



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DIRUMAH SAKIT Jiwa
DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

**MEGAWATI TRI FAJRIANA
2011101**

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT JIWA
DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

Laporan Tugas Akhir

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

**MEGAWATI TRI FAJRIANA
2011101**


**PRODI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
Jakarta, 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Megawati Tri Fajriana

Nim : 2011101

Tanda tangan : 

Tanggal : 14 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT JIWA DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

Pembimbing



Ns. Dian Furia, M.Kep., Sp.Kep.J.

Penguji I



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

penguji II



(Ns. Ninuk Catur Puspitarini, S.Kep.)

Menyetujui,

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ellynia S.E., M.M.

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan kemudahan karena atas berkat rahmatnya, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di jurusan keperawatan STIKES RS Husada. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, Oleh Karena itu, Saya ingin menyampaikan rasa terimakasih kepada :

1. Ellynia, SE., MM. Selaku Direktur STikes RS Husada Jakarta.
2. Dr. Fidiansyah, SPKJ., MPH Selaku direktur utama rumah sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
3. Bapak Ns. Parlindungan Sijabat, S.Kep. Selaku kepala ruangan subadra Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
4. Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J., selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, memberikan bimbingan pengarahan dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep., Sp,Kep.J., selaku penguji I yang memberikan banyak masukan dan motivasi positif kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Ninuk Catur Puspitarini.S. Kep. selaku penguji yang memberikan banyak masukan dan motivasi positif kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ns. Yarwin Yari,M.Kep.,M.Biomed selaku wali kelas yang selalu memberi motivasi dan support dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
8. Dosen beserta staff STIKES RS Husada yang telah membimbing dari semester

pertama sampai terakhir.

9. Kepala ruangan dan CI serta Staff Ruangan Subadra Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor yang telah membimbing, membantu dalam proses pencarian pasien dan membantu mendapatkan data.
10. Kedua Orang Tua saya, Bapak AKP SUPARNO dan Almh NALURI yang selalu memberikan do'a, semangat, dukungan dan motivasi untuk belajar bersungguh-sungguh, dan adik kandung saya yang memberikan saya semangat juga.
11. Teman seperjuangan kelompok jiwa gelombang 2
12. Teman seperjuangan kelompok jiwa (Dinda happy ayu silvia, Rosa Aulia, Eva Hermana Lia Putri, Dila Sri Oktaviani, Tri Halimah Nur Rahmadhani, Shella Pradita Umi Astuti, Bella puspita sari) yang telah memberi saran, saling menguatkan dan berbagi ilmu dalam mengerjakan karya tulis ilmiah. Terimakasih sudah mendengarkan keluh kesah penulis
13. Untuk sahabat seperjuangan saya (Rosa Aulia, Dinda Happy Ayu Silvia, Iren Adela, Imelda Widya Ningsih, Lusitania Eka Tejongingrum, Dila Sri Oktaviani, Shela Pradita Umiastuti, Eva Hermana Lia Putri, Tri Halimah Nur rahmadhani, Meisya Dwi Safitri) terimakasih sudah berjuang sampai saat ini.
14. Teman-Teman seperjuangan angkatan 33 STikes RS Husada Khususnya kelas 3C, dan selaku teman seangkatan 3A, 3B yang sudah berjuang bersama selama 3 tahun ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 2023

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINIL	Iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	Iv
LEMBAR PENGESAHAN	V
KATA PENGANTAR	Iv
DAFTAR ISI	Ix
DAFTAR GAMBAR	Xi
DAFTAR TABEL.....	Xi
	i
DAFTAR LAMPIRAN.....	Xi
	ii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Ruang Lingkup	6
D. Metode Penulisan.....	6
E. Sistematika penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORI	8
A. Pengertian Perilaku Kekerasan.....	8
B. Psikodinamika.....	9
C. Asuhan Keperawatan.....	16
BAB III TINJAUAN KASUS.....	44
A. Pengkajian Keperawatan	44
B. Analisa Data	51
C. Pohon Masalah.....	55
D. Diagnosis Keperawatan.....	55
E. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	55
BAB IV PEMBAHASAN.....	79
A. Pengkajian	79
B. Diagnosis Keperawatan.....	84
C. Intervensi Keperawatan	85
D. Implementasi Keperawatan	85

E. Evaluasi Keperawatan	91
BAB V PENUTUP.....	93
A. Kesimpulan.....	93
B. Saran	95
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan	15
Gambar 2. 2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	18
Gambar 3.1 Genogram	46
Gambar 3.2 Pohon Masalah Ny.T	55

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data.....	51
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Strategi Pelaksanaan

Lampiran 2: Analisis obat

Lampiran 3: Rencana keperawatan

Lampiran 4: Lembar konsu

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Individu akan dikatakan sehat jika dirinya sehat secara fisik, jiwa maupun sosial. Dimana sehat fisik adalah memiliki kondisi tubuh yang sehat dan bugar, sedangkan sehat jiwa dimana seseorang merasa senang dan bahagia tanpa ada tekanan dalam hidupnya. Seseorang yang sehat mampu berkembang secara fisik, mental, maupun sosial sehingga seseorang tersebut bisa menyadari akan kemampuan yang ada pada dirinya dan mampu menyelesaikan masalah atau tekanan yang pada diri seseorang tersebut.

Kesehatan jiwa menurut *WHO (World Health Organization)* 2018 adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. kesehatan jiwa menurut UU NO 18 tahun 2014 adalah kondisi dimana seorang individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan dan bekerja secara produktif. Gangguan jiwa merupakan sindrom pada perilaku yang secara klinis bermakna yang berkaitan langsung dengan stres yang menimbulkan perilaku tidak sesuai pada fungsi kehidupan manusia.

Menurut *World Health Organization (WHO)* 2018, jumlah jumlah penderita gangguan jiwa diseluruh dunia hampir mencapai 450 juta orang, dimana sepertiganya berdomisili di negara-negara berkembang. demikian hal ini diperkuat dengan data dan fakta bahwa hampir separuh populasi dunia

tinggal di negara-negara berkembang banyak membawa perubahan dari segi kehidupan manusia. Setiap perubahan situasi kehidupan baik positif maupun negatif dapat mempengaruhi keseimbangan fisik, mental dan psikososial seperti bencana dan konflik kehidupan sehingga sangat berdampak besar pada kesehatan jiwa seseorang, hal ini akan meningkatkan jumlah pasien gangguan jiwa (Keliat,2011).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bias diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Dimana seseorang yang mengalami risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020).

Menurut riskesdas 2018 yang dilakukan oleh kementerian kesehatan republik Indonesia menyimpulkan bahwa prevalensi gangguan jiwa bervariasi dimana prevalensi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut provinsi yang memiliki angka gangguan jiwa tertinggi adalah provinsi Bali (11%) dan terendah provinsi Kepulauan Riau (3%), Jawa Barat 5 per mil. Menurut data diagnosis terbanyak rawat inap psikiatri tahun 2020 di RS DR. H. Marzuki Mahdi Bogor yaitu skizofrenia paranoid dengan data pasien laki-laki 1743 jiwa dan data pasien perempuan

677 jiwa. Menurut Mutiara (2020), Pasien dengan risiko perilaku kekerasan Indonesia sekitar 10.000 orang.

Salah satu penyebab faktor penyebab kambuh gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien dirumah, keluarga merupakan system pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan sehat maupun sakit pada klien. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien dirumah. Keberhasilan perawat dirumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan dirumah yang kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh). Peran serta keluarga sejak awal asuhan dirumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien dirumah, sehingga kemungkinan kekambuhan dapat dicegah (videbeck.2008).

Adapun dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan yaitu kehilangan kontrol pada dirinya, dimana pasien akan dikuasai oleh rasa amarahnya sehingga pasien dapat melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, bila tidak ditangani dengan baik maka perilaku kekerasan mengakibatkan kehilangan control yang dapat berisiko melukai diri sendiri, orang lain serta lingkungan, sehingga upaya-upaya penanganan perilaku kekerasan yaitu mengatasi stres termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri, bersama pasien mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan dan terapi medis.

Oleh sebab itu upaya mengatasi perawat memiliki peran yaitu : peran perawat ada empat yaitu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Promotif

adalah kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Preventif dimana ditunjukan dengan data Menurut riskesdas 2018 alasan minum obat tidak rutin 1 bulan terakhir yang merasa sudah sehat (36,1%), tidak rutin brobat (33,7%) tidak mampu membeli obat rutin (23,6%), tidak tahan ESO (7%, sering lupa (6,1%), obat tidak tersedia (2,4%) dan lainnya (32%). (riskesdas,2018). Kuratif dimana peran perawat dapat mencakup pengobatan gangguan jiwa skizofrenia yang berobat (84,9%), tidak berobat (15,1%), minum obat rutin (49,9%), dan tidak rutin (51,1%). Rehabilitatif merupakan suatu kegiatan yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Dengan demikian, maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus gangguan jiwa khususnya dengan risiko perilaku kekerasan dengan memberi “ Asuhan Keperawatan pada pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor”

B. Tujuan penulisan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “ Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor”. Tujuan penulisan dari karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mengerti dan memahami serta dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, mendapat pengalaman serta menerapkan asuhan keperawatan pada pasien.

2. Tujuan Khusus

a. Mengkaji klien dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan

dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid.

- b.** Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan dengan diagnosis medis skizofrenia paranoid.
- c.** Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan dengan diagnosis medis Skizofrenia paranoid.
- d.** Mengevaluasi klien dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan dengan diagnosis medis skizofrenia paranoid.
- e.** Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama risiko perilaku kesehatan dengan diagnosis medis skizofrenia paranoid.

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan mengenai hasil pelaksanaan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit DR.H. Marzoeqi Mahdi Bogor yang dilaksanakan mulai dari tanggal 07 – 19 November 2022.

D. Metode penulisan

Metode dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan deskriptif dan studi kepustakaan, adapun teknik pengumpulan data yang digunakan antara lain study kasus dengan mengambil kasus pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Marzoeqi Mahdi Bogor. Komunikasi dengan pasien sebagai upaya untuk melengkapi dan memvalidasi data penulis berkolaborasi

dengan perawat ruangan. Penulis mengobservasi secara langsung keadaan yang berlangsung dan perilaku pasien. Study jurnal dengan mengumpulkan beberapa referensi diantara buku-buku dengan cara membaca serta pencarian melalui internet serta mempelajari bahan yang berhubungan dengan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini disusun sistematis yang terdiri dari BAB I adalah pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan teori yang meliputi pengertian, psikodinamika, rentan respon dan konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, menurut teori. BAB III adalah menjelaskan tentang kasus yang terdiri dari pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. BAB IV yaitu membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kasus nyata, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. BAB V yaitu penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang pernah atau mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan baik secara fisik/emosional/seksual dan verbal (Keliat, 2010). Perilaku kekerasan merupakan ekspresi kekuatan fisik dengan menyerang diri sendiri atau orang lain, serta pemaksaan keinginan seseorang kepada orang lain (Townsend, 2009).

Perilaku kekerasan muncul karena adanya dorongan alami atau timbul sebagai bentuk mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan tindakan konstruktif atau destruktif yang secara langsung ditujukan pada diri sendiri atau orang lain. Perilaku kekerasan biasanya berupa kekerasan secara fisik atau kekerasan secara verbal. Perilaku kekerasan biasanya timbul untuk menutupi kekurangan seseorang, misalnya rendahnya percaya diri (Townsend, 2009).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusmawati dan Hartono, 2010).

Tanda gejala yang ada adalah ada ide melukai, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, depresi berat, marah, sikap bermusuhan/panik, bicara ketus, mengucapkan kata-kata kotor, serta adanya riwayat perilaku kekerasan (Keliat, 2010). Tanda dan Gejala perilaku

kekerasan yang meliputi Fisik dengan Mata melotot / pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengantup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku. Verbal Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus. Perilaku Menyerang orang lain, melukai diri sendiri / orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif. Emosi Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut. Intelektual Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme. Spiritual seperti Merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keragua-raguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat. Sosial Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran perhatian bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

B. Psikodinamika

Ada beberapa faktor penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan

1. Faktor Predesposisi

a. Faktor psikologis

Terdapat asumsi bahwa seorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan yang memotivasi perilaku kekerasan, Lalu dengan Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan, Rasa frustrasi, Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga atau lingkungan, Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan bahwa tidak

terpenuhinya. kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah.

b. Faktor sosial budaya

Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosiaonalnya secara agresif sesuai dengan respons yang dipelajarinya. Sesuai dengan terori bandura bahwa agresif tidak berbeda dengan repons-respons yang lain. Faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi. Dan semakin sering mendaptkan penguatan maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan tidak dapat diterima.

c. Faktor biologis

Berdasarkan hasil penelitian pada hewan, adanya pemberian stimulus elektris rungan pada hipotalamus (system limbik) ternayata menimbulkan perilaku agresif, diamana jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional) dan lobus temporal (untuk interprestasi indera penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi dan hendak menyerang objek yang ada disekitanya. Selain itu berdasarkan teori biologi, ada beberapa hal yang dapat meperngaruhi sesorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut : Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistrm neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan

menghambat implus agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif. Pengaruh biokimia, menurut Goldstein dalam Townsend (1996).

Ade Hermawan (2011) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epineprin, norepineprin, dopamine, asetikolin dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat implus agresif. Peningkatan hormon androgen dan norefineprin serta penurunan serotonin dan pada cairan serebropinal merupakan faktor predesposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang. Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XXY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara tindak kriminal (narapidana). Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsy (epilepsy lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

d. Faktor presipitasi

Secara umum seorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injury secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri (Stuart, 2016). Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1) Kelemahan fisik keputusan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif dan amsa lalu yang tidak menyenangkan

Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan. Lingkungan : yaitu dimana lingkungan yang ruang lingkungannya sempit, panas, padat dan bising.

Menurut Shives (1998) dalam Fitria (2009), hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan antara lain sebagai berikut: Kesulitan kondisi ekonomi, Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu, Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai seorang yang dewasa, pelaku mungkin mempunyai riwayat antisosial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi, kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan atau perubahan tahap perkembangan keluarga, Mekanisme koping.

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya, mekanisme

koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi represif, denial dan reaksi formasi.

2) Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain

a) Menyerang atau Menghindar

Pada saat ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprinyang menyebabkan tekanna darah meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b) Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan indivisu dalam mengekpresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara terbaik, individu dapat mengekpresikan rasa marahnya tanpa meyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu dapat mengembangkan diri.

c) Berontak

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain. Perilaku

kekerasan Tindakan kekerasan atau amuk yang ditunjukkan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

C. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab (Muhith, 2015).

Adapun Masalah Keperawatan yang dikutip dari buku ajar asuhan keperawatan jiwa (Herman, 2011) yaitu :

1. Risiko perilaku kekerasan
2. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
3. Harga diri rendah kronis
4. Isolasi Sosial

D. Rencana Keperawatan

Rencana Tindakan keperawatan dikutip dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa teoritis dan aplikasi praktik klinik (Azizah, et al. 2016)

Diagnosis : Risiko perilaku kekerasan

Tujuan umum : klien tidak mencederai diri.

Tujuan khusus :

TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria hasil : klien mau membalas salam, klien mau menjabat tangan, klien mau tersenyum, klien mau kontak mata, klien mau mengetahui nama perawat.

Intervensi : Beri salam/panggil nama, jelaskan maksud hubungan interaksi, jelaskan akan kontrak yang akan dibuat, beri rasa aman dan sikap empati. lakukan kontak singkat tapi sering

TUK 2 :

Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien dapat mengungkapkan perasaannya. klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri)

Intervensi : Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya, bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan perasaan jengkel/kesal

TUK 3:

Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan

Kriteria Hasil : Klien dapat mengungkapkan perasaan jengkel/kesal, klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialaminya

Intervensi : Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah/jengkel, observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada klien, Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialami.

TUK 4 :

Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

Kriteria hasil: Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, klien dapat mengetahui cara yang bisa dilakukan untuk menyelesaikan masalah.

Intervensi : Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien (verbal, pada orang lain, pada lingkungan dan pada diri sendiri), bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, bicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai.

TUK 5:

Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

Kriteria hasil: Klien dapat menjelaskan akibat cara yang digunakan klien

Intervensi : Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang digunakan, bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien, tanyakan kepada klien apakah klien mau mempelajari cara baru yang sehat.

TUK 6:

Klien dapat mendemostrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik, klien dapat mengidentifikasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan, Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya, klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang disusun.

Intervensi : Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan, beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam. anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajarisaat marah/jengkel, validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan, berikan pujian atas keberhasilan klien

TUK 7 :

Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan, klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik, klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun

Intevensi : Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien, meminta klien mengikuti cara bicara yang baik, minta klien mengulang sendiri, beri pujian atas keberhasilan klien, Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari, alidasi kemampuan klien dalam melakukan latihan, berikan pujian atas keberhasilan klien

TUK 8 :

Klien dapat mendemostrasikan cara osial untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil: Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan, klien dapat mendemostrasikan cara verbal yang baik, klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik, klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang disusun

Intervensi : Diskusikan dengan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan, minta klien mendemostrasikan kegiatan ibadah yang dipilih, validasi kemampuan klien dalam melakukan validasi, berikan pujian atas keberhasilan klien

TUK 9 :

Klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien dapat menyebutkan jenis, dosis dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu, klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan, klien mengevaluasi kemampuan dalam mematuhi minum obat

Intervensi :

Diskusikan dengan klien manfaat minum obat secara teratur, diskusikan tentang proses minum obat, klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat klien, validasi pelaksanaan minum obat klien, beri pujian atas keberhasilan klien

TUK 10 :

Klien dapat mengikuti TAK : stimulasi presepsi pencegahan perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien dapat mengikuti TAK, klien mempunyai jadwal, klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan TAK

Intervensi : Anjurkan klien untuk mengikuti TAK stimulasi presepsi pencegahan perilaku kekerasan, diskusikan dengan klien tentang jadwal TAK, masukkan jadwal TAK dalam jadwal kegiatan harian, beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK, beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK, beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK

TUK 11 :

Klien mendapat dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Keluarga dapat mendemostrasikan cara merawat klien

Intervensi : Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien sesuai yang telah dengan keluarga terhadap klien selama ini, elaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien, jelaskan cara-cara merawat klien.

E. Implementasi

Menurut Keliat (2012) implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang actual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Dermawan (2013) menjelaskan bahwa tindakan keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan terdiri dari : SP 1 (pasien) : membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal penyebab perilaku kekerasan, membantu klien dalam mengenal tanda dan gejala dari perilaku kekerasan. SP 2 (pasien) : membantu klien mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal atau kasur. SP 3 (pasien) : membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal seperti

menolak dengan baik atau meminta dengan baik. SP 4 (pasien) : membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat atau berdoa. SP 5 (pasien) : membantu klien dalam minum obat

F. Evaluasi

Evaluasi pasien dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku pasien setelah di berikan tindakan keperawatan. Pada risiko perilaku kekerasan : pasien dapat mengontrol atau mengendalikan perilaku kekerasan, pasien dapat menerima kehadiran perawat, pasien dapat mengungkapkan perasaan dan keberdayaannya saat ini secara verbal : pasien dapat menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya, pasien dapat mendemostrasikan cara mengontrol marah dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, pasien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam, memukul bantal/kasur. Pasien mengungkapkan perasaan kesal, mengungkapkan rasa jengkel pada orang lain tanpa menyakiti, pasien menggunakan obat sesuai program yang di tetapkan, pasien menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepada pasien, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan dan pasien menggunakan obat sesuai program, memperagakan cara mengontrol dengan spiritual : berdzikir/berdoa, meditasi sesuai agamanya, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang ada pada pasien diharapkan tidak muncul kembali.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan dengan data sebagai berikut :

A. Pengkajian

1. Identitas klien

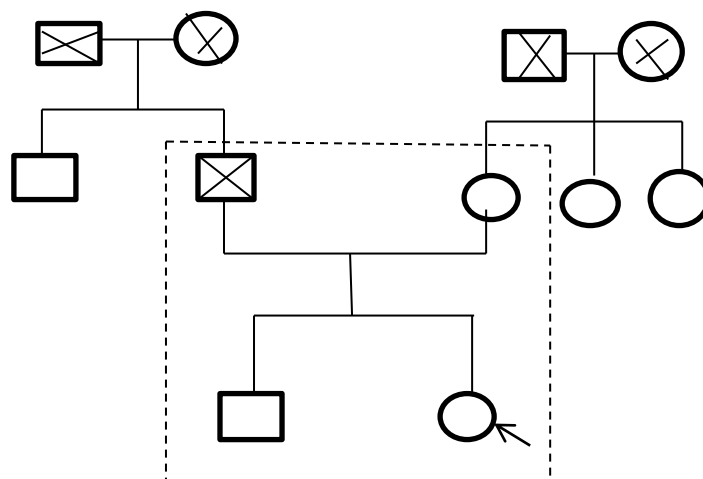
Pengkajian dilakukan pada tanggal 08 November 2022. Pasien bernama Ny.T, umur 32 tahun, jenis kelamin Perempuan. Masuk dengan diagnosis medis skizofrenia. Pasien masuk Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, pasien masuk tanggal 01 November 2022. Dengan Nomor register 0064003. Pasien menganut agama Kristen Katolik, status pasien belum menikah, pendidikan terakhir pasien SMP, suku bangsa pasien adalah China. Pasien masuk Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor dengan keluhan dari keluarga yaitu pasien marah – marah, pasien sering bicara sendiri, pasien sering membanting barang, pasien sering mondar-mandir.

2. Riwayat Kesehatan Masa lalu

Faktor Predisposisi, pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil. Pasien pernah memukul dirinya jika keinginannya tidak terpenuhi. Menurut sumber informasi yang tertulis di rekam medis pasien mengalami gangguan jiwa sejak usia

12 tahun sudah mengalami ganggaun jiwa, pasien ingin kabur dari rumah , pasie sering gelisah, dan membanting barang. Tidak ada anggota keluarga pasien yang mengalami gangguan jiwa, pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan pasien mengatakan saat kepergian ayahnya saat pasien duduk di bangku sekolah menengah pertama (SMP) pasien menjadi merasa tidak berguna, dan sedih dan membuat pasien tidak ingin melanjutkan sekolahnya. Masalah keperawatan yang muncul : risiko perilaku kekerasan, Harga diri rendah kronik

3. Psikososial



Keterangan :

□ : Laki – Laki

○ : perempuan

↗ : pasien

□ (dashed) : Tinggal serumah

⊗ : Meninggal

Pasien atas nama Ny.T berumur 32 tahun, pasien anak ke dua dari 2 bersudara, orang tua pasien tinggal ibunya saja, pasien tinggal bersama ibu dan kakaknya. Pasien berkomunikasi 2 arah. Pada komunikasi pasien tidak mampu mengambil keputusan karena sulit mengungkapkan, yang mengambil keputusan dalam keluarga adalah mamahnya. Anggota keluarga pasien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Masalah keperawatan yang muncul : Harga Diri Rendah.

Konsep diri, pasien mengatakan kurang cantik karna rambutnya pendek. Identitas diri pasien mampu menyebutkan nama, jenis kelamin, alamat, tempat tanggal lahir dengan benar. Pasien mengatakan seorang anak dan adik di dalam keluarga, pasien mengatakan sangat di sayang, pasien tidak memiliki maslah pada peran. Ideal diri, pasien mengatakan ingin menjadi guru TK, tetapi tidak tercapai karna pasien putus sekolah, perasaan pasien merasa malu dan sedih. Harga diri pasien, pasien mengatakan merasa malu karna merasa tidak cantik, dan tidak meneruskan sekolahnya, pasien sekolah hanya sampai SMP, pasien mengatakan putus sekolah karna dirawat. Masalah keperawatan yang muncul : Harga diri Rendah kronik.

Hubungan sosial, pasien mengatakan oerang yang berarti baginya adalah papah dan mamahnya, pasien tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok karna malu merasa dirinya tidak mengerti apapa. Pasien tidak suka bersosialisasi dengan tetangganya Karen malu dengan dirinya yang sekarang. Selama dirumah sakit pasien lebih banyak menutup diri.

Masalah keperawatan yang muncul : isolasi sosial, harga diri rendah kronik. Spiritual pasien, pasien menganut agama Kristen katolik, pasien yakin dengan adanya tuhan dan yakin akan sembuh, pasien juga selalu berdoa.

4. Status mental

Penampilan : Pasien tidak rapi. Pasien jarang berhias karena pasien tidak tau cara berhias, rambut pasien sering berantakan, gigi pasien kotor pasien tidak rutin sikat gigi, pasien belum mampu toilet training.

Masalah keperawatan : defisit perawatan diri

Pembicaraan : Pasien tidak mampu memulai pembicaraan, bicara pasien lambat, terlalu banyak bengong. Masalah keperawatan : isolasi sosial

Aktivitas motorik : Pasien rutin mengikuti kegiatan TAK dan Senam pagi, namun mengikuti kegiatan pasien terlihat lesu dan kurang bersemangat, dan sering mondar-mandir. Masalah keperawatan yang muncul adalah : isolasi sosial.

Alam perasaan : Pasien mengatakan sedih jika ditanya tentang orang tuanya terutama ayahnya karena ayahnya sudah meninggal pasien juga sedih karena ingin pulang untuk ketemu ibunya. Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik.

Afek Pasien datar, karena pasien terlihat menyendiri, malu memulai pembicaraan. Masalah keperawatan yang muncul : isolasi sosial

Interaksi selama wawancara : Kontak mata kurang, mudah tersinggung, curiga Pasien saat di ajak komunikasi tidak menatap mata dan mudah sekali tersinggung. Masalah keperawatn yang muncul : Risiko Perilaku Kekerasan

Persepsi sensori (halusinasi) : Pasien mengatakan mendengar suara-suara mendengung seperti lalat 3x selama 2 menit, muncul pada sore dan malam secara tiba-tiba, pasien mengatakan sulit tidur, ia mengatakan melihat bayangan hitam mondar mandir secara tiba-tiba. Hal yang dilakukan pasien saat halusiasinya muncul dengan mneggelengkan kepalanya. Masalah keperawatan : halusinasi penglihatan dan pendengar

Pola pikir Pada saat pengkajian tidak ada gangguan dalam proses pikir dan tidak ditemukan waham pada pasien. Masalah keperawatan : tidak ditemukan masalah keperawatan.

Tingkat kesadaran : Pasien sadar dengan identitas diri, waktu, tempat dimana sekarng ini, lalu pasien mengatakan pasien sedang dirawat di rumah Sakit Marzoeke Mahdi Bogor, pasien dapat membedakan antara pagi, siang, sore dan malam hari. Pasien tidak ada gangguan daya ingat, pasien masih ingat PR yang kemarin di berikan.

Memori : Gangguan daya ingat saat ini Pasien tidak mampu mengingat yang terjadi saat ini. Masalah keperawatan : halusinasi

Tingkat konsentrasi dan berhitung : Pasien mampu berhitung dengan benar, dan konsentrasi. Masalah keperawatan : tidak terdapat masalah

Kemampuan penilaian : Pasien mampu memilih menggambar dan menulis Masalah keperawatan : tidak terdapat masalah keperawatan

Daya tilik diri : Mengingkari penyakit yang dideritanya pasien mengatakan dirinya tidak menderita gangguan jiwa masalah keperawatan : penyangkal total terhadap penyakitnya.

Kebutuhan persiapan pulang : Pasien mampu melakukan kegiatan mandiri seperti, mandi, makan 3x sehari dengan porsi dihabiskan. Toilet training pasien masih di bantu perawat karna pasien masih suka buang air kecil sembarangan. Pasien mengatakan tidur siang tetapi waktunya tidak tentu kadang-kadang setelah makan siang tidur lalu bangun sore hari, dan pasien mulai tidur malam dari jam 18:00 WIB sampai bangun dijam 04:30 WIB pagi hari. Pemeliharaan kesehatan pasien melakukan perawatan lanjutan kegiatan sebelum atau berdoa. Pasien diluar rumah adalah belanja dan transportasi. Minum obat pasien masih membutuhkan pendamping. Masalah keperawatan yang muncul : defisit keperawatan diri.

Kegiatan di luar rumah Belanja : pasien mengatakan tidak pernah berbelanja, Transportasi : pasien mengatakan tidak berpanah menggunakan transportasi lain selain milik pribadi, Pasien mengatakan tidak pernah keluar rumah selain gereja. Masalah keperawatan : isolasi sosial

Mekanisme Koping adaptif pasien adalah dengan berbicara dengan orang lain dan melakukan kegiatan seperti berdoa, apabila pasien kesal

ia melakukan relaksasi nafas dalam, sedangkan maladaptif pasien adalah apabila masalah pasien tidak dapat teratasi pasien cenderung lebih banyak tidur, tidak bersosialisasi dengan lingkungan dan orang-orang sekitar. Masalah keperawatan yang muncul risiko perilaku kekerasan. Masalah psikososial dan lingkungan. Pada saat dilakukan pengkajian Masalah keperawatan : koping tidak efektif

Masalah Psikososial dan Lingkungan Masalah dengan dukungan kelompok spesifik : pasien mengatakan tidak dapat dukungan kelompok, karna pasien tidak mau mengikuti kegiatan kelompok. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik ,lingkungan keluarga terlalu memanjakan pasien dan selalu menuruti kemampuan pasien, saat keinginannya tidak tercapai pasien melakukan tindakan kekerasan/ membanting barang. Masalah dengan pendidikan, spesifik : pasien mengatakan tidak melanjutkan pendidikannya karna mengalami gangguan jiwa. Masalah dengan perumahan, spesifik : pasien tidak bersosialisasi dengan tetangga/ lingkungan rumahnya. Masalah ekonomi, spesifik : pasien mengatakan tidak ada masalah ekonomi Masalah dengan layanan kesehatan, spesifik : pasien mengatakan lingkungan perumahnya jauh dari rumah sakit Masalah lainnya : tidak terdapat masalah keperawatan lainnya. Masalah dengan dukungan lingkungan, spesifik : pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan di lingkungan rumahnya karna merasa takut bertemu orang lain. Pengetahuan pasien mengatakan bahwa dirinya dirawat di ruangan dewi amba, pasien sedang menjalani pengobatan di rumah sakit. Pasien

mengatakan lebih suka duduk sendiri dan menonton tv Masalah
keperawatan : isolasi sosial

Aspek Medik : Diagnosis medik pasien adalah *Skizofrenia*. Terapi
medic yang didapatkan pasien adalah : lorozepam 0,5mg/24jam, Thp
3x2 mg, olazopin 1x1 mg

ANALISA DATA

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
08 November 2022	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan marah-marahan jika keinginannya tidak tercapaiPasien mengatakan setiap kesal suka membanting barang</p> <p>Do :</p> <p>Pasien tampak ke sal jika ditanya alasan dimarah, Pasien mudah tersinggung, Pasien sering mengepalkan tanganya, Pasien saat makan suka memukul meja</p>	Risiko Perilaku kekerasan
	<p>Ds :</p> <p>Klien mengatakan melihat bayangan yang mondar mandir, Klien mengtakan halusinasinya muncul setiap saat, Klien mengatakan kadang mendengar suara</p> <p>Do :</p> <p>Pasien tampak gelisah, Bola mata pasien sulit focus, Pasien tampak sulit berkonsentrasi,Saat diajak bicara pasien sering diam</p>	Halusinasi penglihatan dan pendengaran

	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan ingin sendirian, Pasien mengatakan tidak mau banyak bicara, Pasien mengatakan tidak suka mengobrol</p> <p>Do :</p> <p>Pasien jarang terlihat berinteraksi dengan pasien lain, Kontak mata pasien kurang, Pasien lebih banyak menunduk, Pasien lebih sering menyendiri</p>	<p>Isolasi Sosial</p>
	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan malu memiliki rambut pendek, Pasien mengatakan dirinya kurang cantik, Pasien mengatakan dirinya tidak biasa apa</p> <p>Do :</p> <p>Bicara pasien lambat, Pasien terlihat lesu. Pasien lebih banyak menunduk, Kontak mata kurang</p>	<p>Harga Diri Rendah Kronik</p>

A. POHON MASALAH



B. Diagnosis keperawatan

1. Isolasi sosial
2. Halusinasi
3. Risiko Perilaku Kekerasan
4. Defisit perawatan diri
5. Harga Diri Rendah Kronik

C. Perencanaan, pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Diagnosis keperawatan Risiko perilaku kekerasan

Selasa tanggal 08 November 2022

Data Subjektif : sering marah-marrah jika keinginanya tidak terpenuhi, pasien mengatakan setiap kesal selalu membanting barang.

Data Objektif : pasien tampak kesal jika ditanya alasan dia marah, pasien mudah sekali tersinggung, pasien sering sekali mengepalkan tangannya, saat makan pasien juga memukul meja.

Tujuan umum : pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan

Tujuan khusus : klien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria hasil : setelah dilakukan 3x pertemuan pasien diharapkan dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah pasien bersahabat, kontak mata positif, mau berjabat tangan, ekspresi wajah bersahabat, pasien mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau bercerita tentang masalah yang di hadapi. pasien mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur.

Diagnosis keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

Rencana Keperawatan : disiskusikan cara yang mungkin dipilih serta anjurkan pasien memilih cara yang mungkin diterapkan untuk mengungkapkan kemarahannya; latih pasien pasien mempragakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih : jelaskan manfaat cara tersebut : anjurkan pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan ; beri penguatan pada pasien, perbaiki cara yang masih belum sempurna, anjurkan pasien mebggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel.

Tindakan keperawatan : membina hubungan saling percaya, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, akibat dari risiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 dan latihan fisik 2 (Teknik relaksasi napas dalam dan memukul benda lunak).

Evaluasi

Data subjektif : pasien mengatakan rileks setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan akan melakukan relaksasi nafas alam agar lebih tenang, pasien mengatakan sudah rileks.

Data objektif : pasien dapat mempraktikkan cara mengontrol emosi secara mandiri, pasien tampak rileks setelah latihan nafas dalam.

Analisa : Risiko perilaku kekerasan dapat dikontrol latihan relaksasi nafas dalam dan pukul bantal masih perlu motivasi.

Perencanaan : anjurkan pasien melakukan aktifitas sesuai jadwal, anjurkan pasien melakukan relaksasi nafas dalam saat merasa kesal, anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dan pukul bantal setiap hari sebagai bentuk latihan dan menjelaskan ke dalam jadwal harian

RTL: Menjadwalkan untuk melakukannya 5x dalam sehari, menanyakan kontrak, dimana jam berapa untuk bertemu kembali. evaluasi relaksasi nafas dalam dan pukul bantal (benda lunak), kontrak waktu latih cara minum obat yang benar, evaluasi kegiatan harian.

Rabu, tanggal 09 November 2022

Data subjektif :pasien mengatakan senang setelah diajarkan latihan fisik 1 dan 2, pasien mengatakan tangannya tidak sakit lagi , pasien mengatakan sudah lebih tenang saat diemosinya tinggi.

Data objektif : pasien mampu mempraktekan kembali cara relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak, pasien mampu menjelaskan manfaat relaksasi nafas dalam, pasien mampu melakukannya berulang kali sampai

marahnya berkurang.

Tujuan umum : pasien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan

Tujuan khusus : Klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, mampu melakukan Sp 2 cara meminum obat dengan benar.

Diagnosis keperawatan : risiko perilaku kekerasan

Rencana tindakan keperawatan : evaluasi kemampuan pasien sp1, beri perhatian dan penghargaan. Latih sp 2 cara mimun obat dengan benar.

Tindakan keperawatan : strategi pelaksanaan kedua pasien dengan risiko perilaku kekerasan, menyapa pasien, menanyakan kabar dan perasaan pasien, mengingatkan kembali kontrak waktu pada pasien yang sudah disepakati dalam topik, tempat, dan waktu, menjelaskan tujuan mengontrol Perilaku Kekearsan, berikan pujian kepada pasien, menjelaskan kegunaan obat yang didapatkan, menjelaskan akibat bila tidak minum obat, jelaskan cara mendapat obat/berobat bila putus obat jumlah obat yang diminum, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara). Memberikan pujian keberhasilan pasien, menjelaskan kontrak yang akan datang untuk membahas perawat atau orang lain, menanyakan kontrak besok tempat dan jam berapa.

Evaluasi

Subjektif : mengatakan mau minum obat yang rajin, pasien mengatakan sudah rajin minum obat

Objektif : 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.

Analisa : Risiko perilaku kekerasan masih ada, perlu dibantu untuk minum obat.

Perencanaan : anjurkan pasien relaksasi nafas dan memukul bantal berulang kali sampai dirinya tenang.. Anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur dan benar, anjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan setelah minum obat.

Kamis, 10 november 2022

Data subjektif : pasien mengatakan senang setelah diajarkan cara relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak, pasien mengatakan mengerti cara minum obat dengan benar, pasien mengatakan sudah rajin minum obat.

Data objektif : pasien mampu menyebutkan warna obat dan jumlah obat yang akan diminum, pasien mampu menyebutkan akibat tidak minum obat, pasien mampu meminta dengan baik kepada perawat.

Tujuan umum : pasien mampu mengontrol risiko perilakunya

Tujuan khusus : Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : setelah dilakukan 3x pertemuan membina hubungan saling percaya kepada perawat, pasien mampu meminta dan menolak dengan baik dan dengan nada suara yang lembut.

Diagnosis keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

Rencana tindakan keperawatan : anjurkan pasien relaksasi nafas dalam dan memukul bantal berulang kali saat amarahnya muncul, anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur, evaluasi sp 1 : cara relaksasi dan sp 2 : minum obat dengan benar, latih sp 3 meminta dan menolak dengan baik. Memotivasi pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam, minum obat secara teratur, meminta dan menolak dengan baik untuk mengontrol perilaku kekerasannya.

Tindakan keperawatan : Mengevaluasi relaksasi nafas dalam dan pukul bantal (benda lunak), mengevaluasi cara minum obat yang benar, mengajarkan meminta dan menolak dengan baik, membantu pasien mengisi jadwal harian.

Evaluasi:

Data subjektif: Pasien mengatakan senang setelah mengetahui cara meminta dan menolak dengan baik.

Data objektif: Pasien dapat mempraktikkan cara meminta dan menolak dengan baik.

Analisa: Risiko perilaku kekerasan dapat dikontrol latihan relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, risiko perilaku kekerasan masih ada

Perencanaan: Anjurkan pasien melakukan aktivitas sesuai jadwal, anjurkan pasien melakukan relaksasi nafas dalam saat merasa kesal, anjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dan pukul bantal setiap hari, anjurkan pasien untuk minum obat yang benar secara teratur, anjurkan pasien meminta dan menolak dengan baik, anjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal harian

RTL: Evaluasi relaksasi nafas dalam dan pukul bantal (benda lunak), evaluasi cara minum obat yang benar, evaluasi pasien cara meminta dan menolak dengan baik.

Evaluasi : jadwal kegiatan harian pasien, latih pasien cara mengontrol emosi dengan cara spiritual

2. Diagnosis : Gangguan Persepsi Sensori

Jum'at, 11 November 2022

Data subjektif : pasien mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil, pasien mengatakan melihat bayangan yang mondar mandir, pasien mengatakan halusinasinya muncul setiap saat, pasien mengatakan kadang mendengar suara.

Data objektif : pasien tampak gelisah, pasien tampak sulit berkonsentrasi, bola mata pasien sulit fokus, saat diajak bicara pasien lebih banyak diam, pasien saat melakukan kegiatan terlihat senyum-senyum sendiri.

Tujuan umum : pasien mampu mengontrol halusinasinya

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

Kriteria hasil : pasien dapat membina hubungan saling percaya, mau berjabat tangan, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau bercerita tentang masalah yang dihadapi, mengidentifikasi isi, waktu, frekuensi, halusinasi

Diagnosis keperawatan : gangguan persepsi sensori halusinasi : penglihatan dan pendengaran

Rencana tindakan keperawatan : bina hubungan saling percaya, dengan menggunakan komunikasi terapeutik, perkenalan diri, tanyakan nama pasien dan panggilan yang disukai oleh pasien, jelaskan tujuan interaksi dengarkan keluhan pasien dengan empati, beri kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan isi, waktu, frekuensi halusinasi, apa yang dilakukan pasien saat halusinasinya muncul, ajarkan pasien cara menghardik halusinasi, berikan kesempatan kepada pasien untuk mencoba cara menghardik, mengidentifikasi kemampuan menghardik halusinas ketika halusinasinya muncul. Tindakan keperawatan: strategi pelaksanaan pertama menyapa pasien, membina hubungan saling percaya, mendiskusikan kepada tentang suara yang muncul, mendiskusikan hal apa yang dilakukan saat halusinasinya muncul, mengajarkan pasien cara

pertama menghardik halusinasi, memberikan pujian atas usaha yang telah dilakukan pasien, menjadwalkan untuk melakukan cara menghardik setiap kali muncul halusinasinya dan melakukan setiap 3 kali dalam sehari, menanyakan kontrak, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali.

Evaluasi:

Subjektif: 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

Objektif: pasien mampu mempraktekan kembali cara menghardik halusinasi secara benar, pasien mampu menyebutkan nama panggilan, nama pasien: Theresia suka dipanggil boli, pasien dapat menyebutkan tujuan menghardik.

Analisa: gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran masih ada.

Perencanaan: anjurkan pasien untuk menghardik 3 kali dalam sehari dan setiap kali halusinasinya muncul, anjurkan pasien memasukkan aktivitas Menghardik ke jadwal harian.

Sabtu, 12 November 2022

Data subjektif: pasien 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

Objektif: 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.

Tujuan umum: pasien mampu mengenal halusinasinya dan mampu mengontrolnya.

Tujuan khusus: Pasien dapat mengontrol halusinasi nya.

Kriteria hasil: setelah dilakukan 3x pertemuan membina hubungan saling percaya kepada perawat, mau berkenalan dengan perawat atau orang lain. Diagnosis keperawatan: gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran Rencana tindakan keperawatan: anjurkan pasien untuk menghardik 3 kali sehari, anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur, evaluasi Sp 1: cara menghardik dan Sp 2: cara menggunakan dan meminum obat dengan benar dan teratur, latih Sp 3 halusinasi: bercakap-cakap dengan orang lain. memotivasi pasien untuk melakukan menghardik halusinasi, minum obat teratur, bercakap cakap dan melakukan aktivitas untuk mengontrol halusinasinya.

Tindakan keperawatan: strategi pelaksanaan kedua pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi, menyapa pasien, menanyakan kabar dan perasaan pasien hari ini, menanyakan apakah ada keluhan, mengingatkan pada pasien tentang kontrak waktu yang kemarin yang

telah disepakati dalam topik, tempat dan waktu, menjelaskan tujuan mengontrol halusinasi, berikan pujian kepada pasien. Menjelaskan cara bercakap-cakap, mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, mengevaluasi perasaan pasien setelah bercakap-cakap, berikan motivasi dan pujian.

Evaluasi:

Subjektif: pasien mengatakan perasaannya lega, tenang setelah bercakap cakap, pasien mampu menyebutkan tujuan bercakap-cakap. Pasien mengatakan senang diajak bercakap-cakap oleh perawat, Pasien mengatakan akan bercakap-cakap dengan temannya jika halusinasinya muncul

Objektif: pasien mampu menyebutkan tujuan dari bercakap-cakap.

Perencanaan: anjurkan pasien untuk bercakap-cakap dengan teman sekamarnya. Anjurkan pasien untuk melakukan kegiatan harian yang dilaksanakan di ruangan dan anjurkan pasien untuk tetap melakukan cara menghardik halusinasi, cara menggunakan dan meminum obat secara benar dan teratur, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan kegiatan. Anjurkan untuk selalu mengingat dan melakukan apa yang sudah diajarkan.

Senin, 14 November 2022

Data subjektif: pasien 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

Objektif: 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. Tujuan umum: pasien mampu mengontrol halusinasi pendengaran yang dialaminya.

Tujuan khusus: pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan.

Kriteria hasil: setelah dilakukan 3 kali pertemuan pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat atau orang lain dan pasien mampu melakukan kegiatan.

Diagnosis keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran Rencana tindakan keperawatan: anjurkan pasien untuk menghardik tiga kali sehari, anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur, evaluasi Sp1: cara menghardik dan Sp2: cara menggunakan dan meminum obat dengan benar dan teratur, Evaluasi Sp3 halusinasi: bercakap-cakap dengan orang lain. Tindakan keperawatan: mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian, sapa pasien dengan ramah, tanyakan perasaan pasien hari ini, dan bagaimana tidurnya tadi malam, berikan pujian atas apa yang dilakukan pasien. jelaskan tujuan dari melakukan kegiatan harian, manfaat melakukan kegiatan harian dan kerugian apa jika tidak melakukan

kegiatan harian.

Evaluasi :

Subjektif: pasien aktivitas terjadwal jika halusinasinya muncul, pasien mengatakan akan melakukan cara menghardik halusinasi ny pasien mengatakan mengerti akan tujuan, manfaat dari melakukan kegiatan harian.

Objektif: pasien mampu menyebutkan tujuan dari melakukan kegiatan harian, pasien mampu menyebutkan kerugian dan keuntungan melakukan kegiatan harian. pasien terlihat mengontrol halusinasi dengan menghardik dan bercakap-cakap

Perencanaan: anjurkan pasien untuk tetap melakukan cara menghilangkan halusinasi bila halusinasi muncul kembali dan mengingat-ingat semua yang sudah diajarkan perawat dan memasukkannya kejadwal harian pasien.

3. Diagnosis harga diri rendah kronik

Hari , selasa 15 November 2022

Data subjektif : pasien mengatakan malu memiliki rambut pendek, pasien mengatakan dirinya kurang cantik, pasien merasa dirinya tidak bisa apa karna ditinggal ayahnya.

Data objektif : pasie saat berbicara sangat lambat, pasien terlihat lesu, pasien lebih banyak menunduk.

Tujuan Umum : Pasien memiliki konsep diri yang positif.

Tujuan khusus : Pasien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya..

Kriteria Hasil : pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat melalui, ekspresi wajah ceria, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, bersedia menceritakan perasaannya, bersedia mengungkapkan masalah.

Diagnosis keperawatan: Harga diri rendah kronik

Rencana tindakan : Bina hubungan saling percaya, Diskusikan dengan pasien tentang: Aspek positif yang dimiliki pasien; Bersama pasien buat daftar tentang Aspek positif pasien, keluarga, lingkungan; Kemampuan yang dimiliki pasien: Beri pujian yang realitis, hindarkan memberi penilaian negatif; Diskusikan dengan pasien kemampuan yang dapat dilaksanakan: Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya: Diskusikan kemampuan yang akan dipilih; Latih kemampuan yang dipilih pasien, beri pujian Rencanakan waktu latihan kemampuan yang sudah dilatih bersama pasien; Minta pasien menuliskan dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan keperawatan: Membina hubungan dengan pasien hubungan saling percaya, mengidentifikasi harga diri rendah, melatih menilai dan menggali kemampuan yang dimiliki seperti: bersih-bersih tempat tidur, bernyanyi, menggambar, Mendiskusikan dengan pasien tentang kemampuan yang dapat digunakan, mengevaluasi jadwal harian,

menganjurkan pasien memasukkan ke jadwal harian setelah melakukan kemampuan membereskan tempat tidur, Memberi pujian yang relatif setelah melakukan ke kemampuannya.

Evaluasi:

Data subjektif: Pasien mengatakan senang bisa membersihkan ruang tidurnya, pasien mengatakan tempat tidurnya rapih

Data objektif: Pasien mampu merapihkan tempat tidur dengan motivasi, Pasien tampak sudah merapihkan tempat tidur

Analisa: Harga diri rendah masih ada

Perencanaan: Anjurkan pasien merapihkan tempat tidur sehabis bangun tidur, anjurkan pasien melakukan kegiatan dan memasukan kedalam kegiatan harian, beri semangat dan pandu positif.

RTL : Evaluasi menilai dan menggali kemampuan yang dimiliki: merapihkan tempat tidur, latih kemampuan yang dimiliki selanjutnya.

Hari rabu 16 November 2022

Data subjektif: Pasien mengatakan senang bisa membersihkan ruang tidurnya, pasien mengatakan tempat tidurnya rapih

Data objektif: Pasien mampu merapihkan tempat tidur dengan motivasi, Pasien tampak sudah merapihkan tempat tidur

Tujuan Umum : pasien mampu menggali kemampuan yang dimiliki.

Tujuan khusus : Pasien mampu mengembangkan konsep diri yang

positif.

Kriteria Hasil : pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat melalui, ekspresi wajah ceria, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, bersedia menceritakan perasaannya, bersedia mengungkapkan masalah.

Diagnosis keperawatan: Harga diri rendah

Rencana tindakan : Bina hubungan saling percaya, Diskusikan dengan pasien tentang: Aspek positif yang dimiliki pasien; Bersama pasien buat daftar tentang Aspek positif pasien, keluarga, lingkungan; Kemampuan yang dimiliki pasien: Beri pujian yang realitis, hindarkan memberi penilaian negatif: Diskusikan dengan pasien kemampuan yang dapat dilaksanakan: Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya: Diskusikan kemampuan yang akan dipilih; Latih kemampuan yang dipilih pasien, beri pujian Rencanakan waktu latihan kemampuan yang sudah dilatih bersama pasien; Minta pasien menuliskan dalam jadwal kegiatan harian Tindakan keperawatan: Membina hubungan dengan pasien hubungan saling percaya, mengidentifikasi harga diri rendah, melatih menilai dan menggali kemampuan yang dimiliki seperti: bersih-bersih tempat tidur, bernyanyi, menggambar, Mendiskusikan dengan pasien tentang kemampuan yang dapat digunakan, mengevaluasi jadwal harian, menganjurkan pasien memasukkan ke jadwal harian setelah melakukan kemampuan bernyanyi, Memberi pujian yang relatif setelah melakukan ke kemampuannya.

Evaluasi:

Data subjektif: Pasien mengatakan senang saat bernyanyi, pasien mengatakan suka kalau setiap pagi bernyanyi

Data objektif: Pasien terlihat senang dan semangat bernyanyi, pasien terlihat sangat suka bernyanyi

Analisa: Harga diri rendah masih ada

Perencanaan: Anjurkan pasien merapihkan tempat tidur sehabis bangun tidur, anjurkan pasien melakukan kegiatan dan memasukan kedalam kegiatan harian, beri semangat dan pandu positif.

RTL : Evaluasi menilai dan menggali kemampuan yang dimiliki: merapihkan tempat tidur

Evaluasi : kemampuan bernyanyi, latih kemampuan yang dimiliki selanjutnya, evaluasi jadwal harian.

4. Diagnosis Isolasi Sosial

Data subjektif: pasien selalu ingin sendirian, pasien tidak mau banyak bicara, pasien mengatakan tidak suka mengobrol.

Data Objektif: pasien jarang berinteraksi dengan pasien lain, kontak mata pasien kurang, pasien lebih banyak menunduk, pasien lebih sering menyendiri.

Tujuan Umum: Pasien mampu berkenalan dengan satu-dua orang

Tujuan Khusus: Pasien dapat bersosialisasi dengan lingkungannya

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan 3x tindakan pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah bersahabat, ada kontak mata mau berjabat tangan, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien dapat berkenalan dengan satu-dua orang.

Diagnosis keperawatan: Isolasi sosial

Rencana tindakan keperawatan: Bina hubungan saling percaya, sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama panggilan perawat, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dapat dipercaya dan peduli, tanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, tanyakan keuntungan mempunyai teman, tanyakan kerugian tidak mempunyai teman, latih cara berkenalan dengan satu orang.

Tindakan pelaksanaan: Membina hubungan saling percaya, menanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, menjelaskan keuntungan mempunyai teman, menjelaskan kerugian tidak mempunyai teman, melatih cara berkenalan dengan satu-dua orang, menganjurkan memasukkan ke jadwal harian

Evaluasi:

Data Subjektif: Pasien mengatakan sudah bisa cara berkenalan dengan temannya sekamar, pasien mengatakan senang bisa berkenalan dengan teman baru, pasien mengatakan keuntungan punya teman adalah “bisa berbagi cerita dan pendapat”, pasien mengatakan kerugian tidak punya

teman adalah “selalu sendirian”.

Data Objektif: Pasien tampak mempraktikan atau mencontohkan cara berkenalan yang benar, pasien dapat menyebutkan keuntungan punya teman dan kerugian tidak punya teman, pasien berkenalan dengan perawat.

Analisa: Isolasi sosial masih ada

Perencanaan: Anjurkan pasien untuk berlatih berkenalan 2 orang atau lebih, anjurkan untuk memasukkan ke jadwal harian

RTL: Membuat jadwal kegiatan harian, evaluasi SP1 : Melatih cara berkenalan dengan 1 orang, latih SP2 : Melatih pasien berkenalan dengan 2 orang atau lebih

Jum’at 17 November 2022

Data subjektif: Pasien mengatakan sudah bisa cara berkenalan dengan temannya sekamar, pasien mengatakan senang bisa berkenalan dengan teman baru, pasien mengatakan keuntungan punya teman adalah “bisa berbagi cerita dan pendapat”, pasien mengatakan kerugian tidak punya teman adalah “selalu sendiri.

Data Objektif: Pasien tampak mempraktikan atau mencontohkan cara berkenalan yang benar, pasien dapat menyebutkan keuntungan punya teman dan kerugian tidak punya teman, pasien berkenalan dengan perawat.

Tujuan Umum: Pasien mampu berkenalan dengan kelompok

Tujuan Khusus: Pasien dapat bersosialisasi dengan kelompok

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan 3x tindakan pasien dapat membina hubungan saling percaya kepada perawat, ekspresi wajah bersahabat, ada kontak mata mau berjabat tangan, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien dapat berkenalan dengan satu-dua orang.

Diagnosis keperawatan: Isolasi sosial

Rencana tindakan keperawatan: Bina hubungan saling percaya, sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama panggilan perawat, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dapat dipercaya dan peduli, tanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, tanyakan keuntungan mempunyai teman, tanyakan kerugian tidak mempunyai teman, latih cara berkenalan dengan satu orang

Tindakan pelaksanaan: Membina hubungan saling percaya, menanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, menjelaskan keuntungan mempunyai teman, menjelaskan kerugian tidak mempunyai teman, melatih cara berkenalan dengan satu-dua orang, menganjurkan memasukkan ke jadwal harian.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang kesenjangan antara teori dan tinjauan kasus termasuk faktor pendukung dan penghambat dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit marzoeki Mahdi Bogor. Penulis mulai melakukan asuhan keperawatan pada tanggal 07 November-19 November 2022. Yang dilakukan dengan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Berikut penulis akan membahas satu persatu dari proses keperawatan tersebut.

A. Pengkajian

Saat pengkajian penulis mendapatkan data secara bertahap yaitu dengan cara wawancara, pengamatan catatan keperawatan dan perawat ruangan. keinginannya tidak terpenuhi, pasien marah- marah saat tidak didengar. Salah satu tanda dan gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami Risiko Perilaku Kekerasan berupa membanting barang, marah, tindakan kekerasan, bicara ketus (Handayani et al, 2017). Berdasarkan data yang penulis dapatkan saat berkomunikasi dengan pasien, pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil. pasien mengatakan sering membanting barang jika keinginannya tidak terpenuhi, pasien mengatakan marah- marah jika tidak didengar. Perilaku ini sesuai dengan teori Risiko Perilaku Kekerasan.

Faktor predisposisi tersebut terdiri dari faktor perkembangan, faktor

psikologis dan sosial buday (Keliat .2014). faktor psikologis merupakan tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab dan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adaktif. Hal ini berpengaruh pada ketidak mampuan pasien dalam mengambil putusan yang tepat demi masa depannya. Faktor predisposisi yang dialami Ny.T adalah faktor psikologis dan faktor perkembangan, hal ini juga dialami Ny.T dimana pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil. pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan saat pasien tinggalkan oleh ayahnya di usia 13 tahun dan pasien malu karena mengalami gangguan jiwa diusia 12 tahun dan sudah pernah dirawat.

Faktor presipitasi adalah stimulus yang menantang, mengancam, atau menuntut individu (Stuart, 2016). Stress sosial adalah stress dan kecemasan akan meningkatkan bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dari orang yang penting atau ditinggalkan kelompok. Faktor lingkungan adalah partisipasi pasien dengan kelompok kurang, terlalu banyak diajak bicara tentang objek yang ada dilingkungan, sauna sepi (isolasi), dapat menyebabkan stres dan kecemasan (keliat,2010). Berdasarkan kasus dan teori tidak terjadi kesenjangan pada faktor presipitasi karena dimana pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak mau minum obat, pasien juga stres karena ditinggal ayahnya Ny.T merasa sedih dan tidak berguna setelah kepergian ayahnya.

Menurut Handayani et al (2017) tanda dan gejala yang muncul mata meolotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah

memerah, tegang, postur tubuh kaku dan suara keras. Berdasarkan data yang didapatkan penulis, tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena pada data pasien marah-marah, membanting barang, tangan mengepal. Pada data objektif yang penulis dapatkan pasien kalau makan selalu memukul meja, tatapan tajam, muka memerah, mata yang meolotot.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan adalah adanya hubungan saling percaya antara penulis dan pasien, sehingga pasien mau menceritakan masalahnya. Pelaksanaan yang penulis temukan adalah pasien paham dalam melaksanakan implementasi strategi pelaksanaan dengan membina hubungan saling percaya dan penulis berkerjasama dengan perawat ruangan serta pasien dalam melakukan strategi pelaksanaan. Sedangkan faktor penghambat pelaksanaan keperawatan yaitu ketika pasien dikuasi rasa marahnya maka penulis mengajarkan pasien untuk relaksasi nafas dalam dilakukan berulang kali sampai energi negatif pada diri pasien hilang.

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan dasar pemilihannya intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab (Muhith, 2015). Adapun diagnosis keperawatan yang sering muncul yaitu : Risiko Perilaku kekerasan, Gangguan Persepsi Sensori : (Halusinasi), Isolasi Sosial, Harga Diri Rendah Kronik. Menurut data yang didapatkan oleh penulis pada Ny.T yang muncul penulis menemukan lima diagnosis pada pasien yaitu Perilaku Kekerasa, Gangguan Persepsi Sensor, Harga Diri Rendah Kronik, Isolasi Sosial, Defisit Perawatan Diri, diagnosis

ini di tegakkan karena sesuai data yang didapatkan penulis pasien sering marah- marah jika keinginanya tidak terpenuhi, pasien suka membanting barang, pasien kesal jika omongan pasien tidak didengar dan keinginanya tidak terpenuhi. Faktor penghambat pasien belum bisa mengontrol marahnya dengan baik, pasien juga belum bisa mengontrol keinginanya. Faktor pendukung yang penulis temukan saat merumuskan diagnosis adalah data-data yang sesuai memudahkan penulis untuk mengakkan diagnosis.

C. Intervensi Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosis keperawatan dan membuat perencanaan yaitu dengan menetapkan tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan. Pada tahap pembuatan perencanaan penulis membuat perencanaan keperawatan untuk Ny. T yang dilakukan dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan. Penulis melakukan strategi pelaksanaan dari 1 samapi 4 yaitu sp 1 membantu keliem mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul benda lunak, sp 2 membantu klien dalam minum obat, sp 3 membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal, sp 4 membantu klien mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual. Tindakan tersebut bertujuan untuk pasien dapat mengontrol perilaku kekerasanya, pasien dapat mengenal perlaku kekerasanya, pasien dapt mengenal tanda dan gejala. Pasien mampu mengontrol emosinya dengan memukul benda lunak, mengontorol minum obat dengan teratur, mengontrol perilaku kekerasanya dengan secara verbal, mengontrol perilaku kekerasannya dengan spiritual atau berdoa. Pada perencanaan penulis tidak menemui hambatan karena Ny.T dapat mengikut kegiatan yang sudah direncanakan.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini, tindakan keperawatan Ny. T dapat dilakukan menggunakan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan yaitu dengan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul benda lunak, jika pasien sedang dikuasai amarahnya maka lakukan relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak berulang kali hingga rasa amarahnya dapat tersalurkan dan pasien menjadi lebih tenang. Tidak ada hambatan karna jika pasien merasa emosi pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam hingga emosinya menurun. Strategi yang kedua yaitu dengan cara minum obat secara teratur dan pasien belajar tujuan minum obat, bagaimana kerugian jika tidak minum obat, mengenali warna jenis obat yang di berikan apa saja. Pada strategi ini karena pasien mempunyai riwayat putus obat maka pasien di berikan juga motivasi agar dapat mencegah putus obat kembali. Tidak ada hambatan sesuai data pasien mengatakan mau minum obat yang rajin, dan pasien sudah rajin minum obat. Strategi yang ketiga mengontrol perilaku kekerasan secara verbal dengan cara meminta dan menolak dengan baik, pasien mampu menyebutkan tujuan meminta dan menolak dengan baik, pasien dapat mempraktikan cara menolak dan meminta dengan faktor pendukungnya tempat yang aman dan tenang, terbinanya hubungan sling percaya, pasien yang mau mempraktikan kembali. Faktor penghambat tidak ada hambatan karna pasien mau mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir. Strategi yang keempat yaitu mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual. Faktor pendukung yang penulis dapatkan didalam pelaksanaan keperawatan adalah terbinanya hubungan saling percaya antara penulis, pasien.

Tindakan tersebut pasien dapat mengenal masalah yang ada pada dirinya, pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul benda lunak, pasien mampu mengontrol perilaku kekerasannya dengan minum obat secara teratur, pasien mampu mengontrol perilaku kekerasannya dengan secara verbal, pasien mampu mengontrol emosinya dengan cara spiritual. Pada pelaksanaan penulis tidak menemukan hambatan karena Ny.T dapat mengikuti kegiatan yang sudah direncanakan.pasien. faktor penghambat yang penulis alami adalah dimana pasien mulai merasa bosan dan tegang. Solusinya adalah penulis mencoba untuk membuat suasana rileks serta pembicaraan yang sederhana untuk pasien agar mampu focus dan tidak merasa terancam selama tindakan keperawatan berlangsung.

Gangguan persepsi sensori : strategi pelaksanaan pertama (sp 1) yaitu mengenal halusinasi dan cara menghardik, faktor pendukung yaitu pasien mampu mempraktikkan kembali cara menghardik, faktor penghambat yaitu saat halusinasi pasien muncul dan pasien menjadi tidak fokus saat kegiatan berlangsung. strategi pelaksanaan yang ke dua (sp 2) mengevaluasi relaksasi nafas dan memukul bantal, minum obat dengan benar, faktor pendukung pasien sudah mampu minum obat secara teratur dan mampu menyebutkan jenis obat, faktor penghambat tidak faktor penghambat karna pasien sudah rajin minum obat secara benar dan tepat waktu. strategi pelaksanaan yang ke tiga (sp 3) mengevaluasi jadwal harian pasien, melatih cara bercakap-cakap dengan orang lain, faktor pendukung perawat diruangan mau serta membantu dalam bercakap-cakap kepada pasien, faktor penghambat pasien masih belum mampu memulai pembicaraan lebih dulu. strategi yang ke

empat (sp 4) mengevaluasi jadwal harian pasien, melatih cara melakukan aktifitas sambil bercakap-cakap, menganjurkan memasukan ke jadwal harian, faktor pendukung yaitu tempat yang aman nyaman dan stimulus pasien yang kooperatif dari awal kegiatan sampai akhir kegiatan, faktor penghambat saat halusinasi pasien muncul pasien menjadi lupa dengan apa yang sedang dirinya kerjakan.

Harga Diri Rendah : strategi pelaksanaan yng pertama (sp 1) yaitu mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/ menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian. Faktor pendukung pasien mau berkerja sama untuk memilih kemampuan yang masih dimiliki pasien, faktor penghambat pasien kurang percaya diri akan kemampuan tersebut dan ragu untuk melakukannya. Solusinya yaitu memberikan motivasi kepada pasien bahwa kemampuan yang dimilikinya itu dapat bermanfaat untuk dirinya maupun orang lian. Strategi pelaksanaan kedua (sp 2) yaitu membina hubungan saling percaya, mendiskusikan dengan pasien tentang: aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian, faktor pendukung terbinanya hubungan saling percaya dan pasien yang kooperatif, faktor penghambat pasien yang masih kurang

percaya percaya pada kemampuannya. Solusinya dengan membeinya motuvasi dan memberikan pujian. Strategi pelaksaan ketiga (sp 3) yaitu mendiskusikan dengan pasien tentang : aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat diagunakan, membantu pasien memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan keampuan yang telah dilatih dalam rencana harian, faktor pendukung terbinanya hubungan saling percaya dan pasien yang sudah mulai percaya diri dengan kemampuan yang dimilikinya, faktor penghambat tidak ada faktor penghambat pasien sudah mulai percaya akan kemampuannya.. Strategi pelaksaan keempat (sp 4) yaitu mengevaluasi jadwal harian pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian, faktor pendukung pasien melakukan kegiatan dengn baik dan pasien mampu mengembangkan kemampuannya, faktor penghambat tidak faktor penghambat pasien mampu melakukan kegaitan dengan baik..

Isolasi Sosial: strategi pelaksanaan pertama (sp 1) yaitu membinahubungan saling percaya, menanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, menjelaskan keuntungan mempunyai teman, menjelaskan kerugian tidak mempunyai teman, melatih cara berkenalan dengan satu-dua orang, menganjurkan memasukan ke jadwal harian, faktor penukung terbinanya hubungan kepercayaan pasien mampu mengikuti kegiatan dari

awal hingga akhir dengan kooperatif, faktor penghambat pasien belum mampu memulai pembicaraan atau berkenalan terlebih dahulu. Solusinya dengan memotivasi pasien untuk mau memulai berkenalan. Strategi pelaksanaan kedua (sp 2) yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, membina hubungan saling percaya, menanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, menjelaskan keuntungan mempunyai teman, menjelaskan kerugian tidak mempunyai teman, melatih cara berkenalan dua- tiga orang, menyarankan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian, faktor pendukung terbinanya hubungan saling percaya, pasien mampu menyebutkan cara berkenalan dan mampu mempraktikanya, faktor penghambat pasien masih belum mau berkenalan lebih dulu. Strategi pelaksanaan yang ketiga (sp 3) yaitu mengevaluasi jadwal harian pasien, menanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, menjelaskan keuntungan mempunyai teman, menjelaskan kerugian tidak mempunyai teman, melatih cara berkenalan 3- 5 orang, menyarankan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian faktor pendukung pasien mau berkenalan dengan didalam kelompok dan pasien sudah mampu berinteraksi lebih banyak, faktor penghambat pasien tetap belum mau memulai perkenalan atau memulai percakapan lebih dahulu, rasa percaya diri pasien kurang. Strategi pelaksanaan keempat (sp4) yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, menjelaskan keuntungan mempunyai teman, menjelaskan kerugian tidak mempunyai teman, melatih cara berkenalan dengan 5 orang / kelompok, menyarankan memasukan ke jadwal harian, faktor pendukung perawat ruangan berkerjasama dalam melakukan strategi yang ke 4, faktor

penghambat pasien malu berinteraksi dan tidak mau berbicara dan perawat ruangan yang kurang ikut berinteraksi dalam kegiatan.

Defisit Perawatan Diri: strategi pelaksanaan pertam (sp 1) yaitu membina hubungan saling percaya, mencari tahu penyebab defisit perawatan diri, menjelaskan cara menjaga kebersihan diri, membantu pasien mempraktikan cara menjaga kebersihan, mengajarkan pasien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian pasien. Faktor pendukung terbinanya hubungan kepercayaan, pasien mampu menyebutkan dampa kalau tidak membersihkan diri, faktor penghambat tidak ada hambatan pasien mampu dalam membersihkan diri. Strategi pelaksanaan kedua (sp 2) yaitu menjelaskan cara berhias, pantau pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri, mendiskusikan dengan pasien tentang perasaan setelah perawatan diri, memberi pujian saat pasien melaksanakan perawatan diri secara mandiri. Faktor pendukung perawat ruangan berkerja sma dalam memberikan alat-alat berhias untuk pasien dan pasien mau mempraktikan kembali cara berhias, faktor penghambat pasien masih malas menyisir rambutnya karena tidak menyukai rambutnya yang pendek. Strategi pelaksanaan yang ketiga (sp3) yaitu mengevaluasi jadwal harian pasien, mengevaluasi cara perawata diri dan cara berhias, menjelaskan cara makan dan minum dengan benar, mengajarkan pasien cara makan dan minum dengan benar, mengajarkan pasien cara makan dan minum secara mandiri dan masukan kedalam jadwal harian. Faktor pendukung pasien biss makan dengan mandiri tetapi tetap harus diperhatikan, faktor penghambat pasien kalau makan masih memukul meja. Strategi pelaksanaan keempat (sp 4)

yaitu mengevaluasi jadwal harian pasien, mengevaluasi cara perawatan diri dan cara berhias, makan minum dengan benar, menjelaskan toileting dengan benar, memasukan ke jadwal harian. Memilih/ menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih dalam rencana harian. Faktor penudukung trbinanya hubungan kepercayaan dan pasien yang kooperatif, pasien yang mampu mempraktikan dengan mandiri. Faktor penghambat tidak ada karna pasien kooperatif mengikuti kegiatan sampai selesai..

Pada tahap pelaksanaan penulis bekerja sama dengan tim perawat diruangan untuk melaksanakan tindakan yang mengacu pada rencana tindakan. Tindakan yang tidak dilakukan pada Ny.T adalah strategi pelaksanaan keemoat (sp4) yaitu melatih pasien cara mengontrol marah dengan cara spritiual. Pada halusinasi strategi pelaksanaan ketiga (sp 3) yaitu mendiskusikan dengan pasien tentang: aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai keampuan yang masih dapat digunakan. Strategi pelaksanaan keempat (sp 4) yaitu membantu pasien menilai kemampuan yang akan dilatih. Pada isolasi sosial strategi pelaksanaan ketiga (sp 3) yaitu melatih cara berkenalan dengan 3-5 orang. Strategi pelaksanaan keempat yaitu melatih cara berkenalan dengan 5 orang/ kelompok. Pada diagnosis defisit perawatan diri strategi pelaksanaan ketiga (sp 3) yaitu menjeskan cara makan dan minum dengan benar, mengajarkan pasien cara makan dan minum dengan benar secara mandiri. Strategi pelaksanaan keempat (sp 4) yaitu menjelaskan toileting dengan

benar.

Faktor pendukung pelaksanaan keperawatan yang penulis temukan adalah pasien paham dalam melaksanakan implementasi strategi pelaksanaan dengan membina hubungan saling percaya dan penulis bekerjasama dengan perawat ruangan serta pasien dalam melakukan strategi pelaksanaan. Sedangkan faktor penghambat pelaksanaan keperawatan yaitu terbatasnya waktu karena pasien sudah dianjurkan untuk pulang dan terbatasnya waktu karena COVID – 19 sehingga melaksanakan strategi pelaksanaan kurang maksimal. Solusinya adalah penulis mencoba untuk membuat suasana rileks serta mengontrol perilaku kekerasan untuk pasien agar fokus dan tidak merasa terancam selama tindakan keperawatan berlangsung.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan evaluasi pada setiap tindakan keperawatan yang dilakukan dari diagnosis pertama hingga diagnosis ke lima. Pada diagnosis pertama masalah risiko perilaku kekerasan yang telah dilakukan strategi pelaksanaan. Pada strategi keperawatan yang pertama pasien sudah dapat membina hubungan saling percaya serta sudah dapat melakukan cara menarik nafas dalam dan memukul benda lunak. Pada strategi kedua pasien sudah dapat mengontrol perilaku kekerasnya dengan cara minum obat secara teratur sesuai dengan prinsip 6 benar dibuktikan dengan pasien kalau pasien belum dapat obat maka pasien akan meminta kepada perawat pada saat jadwal minum obat pagi, siang dan malam.

Strategi pelaksanaan ketiga pasien sudah dapat mengontrol perilaku kekerasannya secara verbal yaitu dengan cara meminta dan menolak dengan baik. Jika pasien menginginkan sesuatu pasien sudah bisa meminta dengan nada yang lembut dan tenang. Strategi pelaksanaan yang keempat pasien sudah mampu mengontrol perilaku kekerasannya dengan melakukan kegiatan berdoa sambil menyendiri.

Faktor pendukung pada evaluasi keperawatan yang penulis temukan adalah kemudahn dalam melakukn evaluasi strategi pelaksanaan dengan mengevaluasi yang sudah diajarkan penulis untuk melakukan kembali cara meminta dan meolak dengan baik, minum oabt secara teratur, melakukan kembaloi teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak dan mampu melakukan kembali cara berdoa untuk meredakan amarahnya. Sedangkan faktor penghambat evaluasi keperawtan yaitu dimana pasien kesulitan focus dan banyak bengong. Solusinya adalah penulis mencoba untuk membuat suasana rileks saat pembicaraan yang seerhana untuk pasien agar mampu fokus dan tidak merasa terancam selama tindakan keperawatan.

BAB V

PENUTUP

Setelah membuat asuhan keperawatan pada Ny.T dengan masalah Risiko Perilaku kekerasan di ruangan Dewi Amba Rumah Sakit Marzoeke Mahdi Bogor. Penulis mulai melakukan asuhan keperawatan mulai dari tanggal 07 – 19 November 2022 didapatkan kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Risiko perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang pernah atau mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan baik secara fisik/emosional/seksual dan verbal.

Pasien yang mengalami perilaku kekerasan seperti ketidak mampuan mencapai tujuan, serta mencelakakan orang lain dan lingkungan. Dari pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.T didapatkan masalah utama yaitu Risiko Perilaku Kekerasan. Data yang penulis dapatkan yaitu pasien suka marah-marah, memabnting barang jika keinginanya tidak terpenuhi, dan melukai diri sendiri, pasien terlihat sering mondar mandir, pasien juga saat diajak bicara kadang nyambung kadang tidak merespon, pasien juga saat melakukan kegiatan sering terlihat kesal dan mencurigai. Pada kasus Ny.T faktor predisposisi yang dialami Ny.T adalah faktor psikologis dan faktor perkembangan, hal ini juga dialami Ny.T dimana pasien mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil. pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan dimana keadaan tersebut saat pasien

ditinggal ayah nya diusia 12 tahun , pasien mengatakan dirinya tidak berguna, dan tidak meneruskan sekolahnya. Pada faktor presipitasi dimana pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak minum obat, pasien juga sering marah-marah dan ingin memukul ibunya.

Pada kasus ini penulis menemukan lima diagnosis keperawatan yang muncul yaitu risiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori, harga diri rendah, isolasi sosial, defisit perawatan diri.

Pada tahap pembuatan perencanaan penulis membuat perencanaan keperawatan untun Ny.T yang dilakukan dengan masalah risiko perilaku kekerasan . peniulis melakukan strategi pelaksanaan dari 1 sampai 4 yaitu sp 1 menarik nafas dalam dan mukul benda lunak, sp 2 meminum obat dengan benar, sp 3 mengontrol perilku kekerasan secara verbal yaitu meminta dan menolak dengan baik, sp 4 melakukan kegiatan spiritual untuk menurunkan amarah nya. Pada tahap ini perencanaan sudah di sesuaikan dengan prioritas masalah serta kebutuhan pasien.

Pada implementasi penulis melakukan semua asuhan keprawatan pada Ny.T dengan masalah Risiko perilaku kekerasan. Selain itu, penulis mengevaluasi tanda dan gejala yaitu pasien sering marah-marah, mata melotot, membanting barang, ingin meluakai dirinya sendiri, tatapan nya tajam dan curiga dimana Risiko Perilaku Kekerasan masih ada pada pasien. Pada evaluasi penulis mengevaluasi tindakan keperawatan pada strategi pelaksanaan 1, pelaksanaan 2, strategi pelaksanaan 3, strategi pelaksanaan 4 pada kasus masalah dan risiko perilaku kekerasan dengan hasil pasien sudah

mampu mengontrol perilaku kekerasannya dan minum obat teratur, risiko perilaku kekerasan masih ada.

B. Saran

Adapun saran dari penulis adalah sebagai berikut :

1. Mahasiswa/penulis

Diharapkan berdasarkan pengalaman penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis memberikan saran kepada teman-teman mahasiswa agar mempelajari konsep dasar asuhan keperawatan jiwa sehingga saat melakukan praktik lebih memahami kasus dan juga memberikan asuhan keperawatan yang maksimal kasus yang diteliti khususnya pada pasien risiko perilaku kekerasan. memanfaatkan waktu yang ada sebaik mungkin dan menjalin hubungan saling percaya, melakukan pendekatan, melakukan kotak mata sebaik mungkin, serta melakukan hubungan kerja sama yang baik dengan perawat ruangan.

2. Perawat ruangan

Tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal dan ikut serta dalam kegiatan tersebut untuk memberikan kegiatan positif dan menyenangkan, serta berguna bagi pasien yang sangat berdampak baik bagi proses penyembuhan. Contohnya seperti senam, benyanyi, menggambar, dan bercerita agar pasien tidak bosan dan termotivasi untuk cepat sembuh.

3. Institusi

Diharapkan kepada institusi agar penyusunan karya tulis ilmiah lebih ditingkatkan lagi khususnya penyediaan buku, jurnal yang ada

diperpustakaan. Dengan meningkatkan keefektifan dalam belajar, kemampuan, pengetahuan, dan keterampilan mahasiswa selama pembuatan karya tulis ilmiah bagi mahasiswa semester akhir. karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan informasi dan referensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade Herman Surya Direja 2011, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa* Yogyakarta Nuha Medika
- HIMPSI. (2020). *Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia*.
- Himpsi.or.Id, September 2019, 13. <https://himpsi.or.id/blog/pengumuman2/post/kesehatan-jiwa-dan-resolusi-pascapandemi-di-indonesia-panduanpenulisan-132>
- Keliat, BA, et.al. (2011), *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CHMN (Basic cours)*. Jakarta : EGC
- Kemenkes RI. (2018a). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Kementrian Kesehatan RI, 53(9), 1689–1699.
- Kusumawati, Hartono (2010) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* Jakarta : Salemba Medika.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta : Andi
- Maulana, I., Suryani, S., Sriati, A. (2019). *Penyuluhan kesehatan jiwa untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang masalah kesehatan jiwa dilingkungan sekitarnya*. Media Karya Kesehatan 2 pada tanggal 28 mei 2021.
- Nita Fitria, (2014). *Laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan* (revisi 2012) jakarta: Jagakarsa.
- Pardede, JASiregar, LM., & HalawaM(2020). *Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan* Jurnal Kesehatan 11(2), 189-196.
- Riskesdas (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar*. [Http://www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) (diakses pada 23 November 2018)
- ShivesL.R(1998) *Basic Consepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*, (4 ed) Philadhelpia: J.B Lappincott Company
- Suryani. (2017). *Peran keluarga dukung kesehatan jiwa masyarakat*
- Stuart, (2016). *prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa Stuart Edisi Indonesia* (Heni Dwi, dkk, penerjemah). Singapore: ELSEVIER
- Sutejo, (2013). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Townsend & Mery (2009) *Psychiatric Mental Health Nursing* (6") Philadelphia : F.A Davis Company
- Videbeck, S.L. (2008) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (Renata Komalasari & Alfrina Hani Penerjemah) Jakarta: EGC.

- World Health Organization. (2019). *Mental health in the workplace*. dari https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2018. Geneva: World Health Organization
- Yosep, (2011). *Keperawatan jiwa*. Bandung. Mengger girang.
- Yusuf, A. (2015). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*. Di unduh dari kesehatan%20jiwa.
- Zelika, A. A., & Dermawan, D. (2015). Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada Sdr. D Di Ruang Nakula Rsjd Surakarta. *Profesi*, 12(2), 8–15

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP I = Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi penglihatan, Latihan Menghardik Pertemuan :
Ke-I

Hari, tanggal : Selasa, 08 November 2022 Nama pasien : Ny. T

Ruangan :

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien Ds:

- pasien mengtakan melihat bayangan yang mondar mandir
- pasien mengatakan halusinasinya muncul setiap saat
- pasien mengatakan kdang mendegar suara,

Do :

- pasien tampak gelisah
- pasien tampak sulit berkosemtrasi
- bola mata pasien sulit focus
- saat diajak bicara pasien lebih banyak diam
- pasien saat melakukan kegiatan terlihat senyum-senyum sendiri.

2. Diagnosis Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran penglihatan

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

3. 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

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi Pak/bu, Perkenalkan nama saya suster mega, saya mahasiswa dari Stikes RS Husada, saya akan berdinas diruangan ini selama 3 hari kedepan, dari pukul 07.00 – 14.00. Kalau saya boleh tau namanya siapa ya? Senangnya dipanggil apa?”

b. Evaluasi Validasi

Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah semalam tidurnyanyenyak ?

c. Kontrak (topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol pak/bu? Apakah bapak/ibu mau ? kita ngobrol selama 30 menit kedepan pak? Kita ngobrol disini saja, bapak mau?”

d. Tujuan

“supaya bapak/ibu bisa cerita apa yang mengganggu pikiran ibu/bapak”.

2. Fase kerja

“Bapak/ibu, kita ngobrol yuk tentang yang dialami bapak/ibu saat ini, mungkin ada yang ingin bapak/ibu ceritakan, bruder akan mendengarkan bapak/ibu. Apa yang bapak/ibu rasakan sekarang? Kenapa bapak/ibu tampak kesal dan malu? Apa bapak/ibu pernah mendengar sesuatu? Apa yang bapak dengar? Bapak/ibu mendengar suara seperti itu biasanya kapan saja? Dalam sehari kira-kira berapa kali pak/bu mengalami hal seperti itu? Biasanya kalau sedang mendengar atau melihat hal seperti itu, apa yang bapak/ibu lakukan untuk mengusir suaranya? Bagus sekali ya, bapak/ibu sudah paham banyak hal mengenai halusinasi yang bapak/ibu alami. Kalau begitu sekarang kita belajar cara menghardik halusinasi. Pertama bapak/ibu harus tau kalau

Suara atau bayangan hitam itu tidak nyata ya pak/ibu, lalu jika suara itu muncul bapak/ibu tutup mata tutup telinga lalu bilang “pergi-pergi kamu palsu, kamu tidak nyata, kamu suara palsu”. begitu ya pak/bu dan biasakan bapak/ibu ulangi terus sampai suara itu benar-benar hilang ya. Coba sekarang bapak/ibu praktekan yang tadi bruder ajarkan.”

3. Fase Terminasi

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

b. Evaluasi Objektif : “Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita praktikkantadi, cara menghardik halusinasinya.”

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

d. Kontrak yang akan datang

1) Topik: “Bapak/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: “Bapak/ibu, 5untuk pertemuan selanjutnya bapak ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu saya pamit dulu nanti kita ketemu lagi ya, selamat pagi pak/ibu.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP II = Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran, Cara meminum obat yang benar

Pertemuan : Ke-II

Hari, tanggal : Selasa, 08 November 2022 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruangan Dewi Amba

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Pasien DS:

pasien 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: there suka dipanggil boli, pasien dapat menyebutkan tujuan menghardik. Pasien sering mondar mandir, Pasien saat melakukan kegiatan terlihat senyum-senyum sendiri

2. Diagnosis Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran Dn penglihatan.

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 kontak yang akan datang untuk membahas tentang cara bercakap-cakap untuk menghilangkan halusinasi

e. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

2. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi Pak/bu, masih ingat dengan bruder? Iya betul saya Bruder mega”

b. Evaluasi Validasi

“Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Masih denger suara- suara? Atau bayangan hitam ? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak pak/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 pak/bu? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak/bu mau?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar bapak/ibu dapat mengontrol halusinasi yang bapak/ibu alami dengan cara minum obat dengan prinsip 6 benar”

2. Fase kerja

“Bapak/ibu, bagaimana apakah ada bedanya pas sudah minum obat dengan belum minum obat? Kalau minum obatnya teratur apakah suaranya berkurang sampai dengan hilang? Nah bapak/ibu sudah tahu belum tentang bagaimana caranya minum obat dengan prinsip 6 benar? Bapak/ibu tahu tidak obatnya ada berapa? Warna nya apa saja?

Diminum berapa kali sehari? Minumnya kapan saja? Iya benar sekali pak, karena bapak/ibu sudah pintar dan sudah tahu tentang obat punya bapak, jadi bapak/ibu

harus rajin minum obat terus ya pak/bu, supaya bapak/ibu cepat sembuh. Nah kalau begitu bagaimana kalau minum obat ini kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian pak/bu?”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan bapak/bu setelah tadi belajarcara minum obat yang benar?”

- b. Evaluasi Objektif : “Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara minum obat yang benar sesuai yang saya ajarkan.”
- c. Rencana tindak lanjut: “Bapak/ibu, bagaimana jika nanti bruder tidak ada bapak/ibu coba sendiri untuk minum obat yang benar ya sesuai yang tadi kita lakukan, lalu bapak/ibu masukkan kedalam jadwal harian bapak/ibu.”
- d. Kontrak yang akan datang
- 1) Topik: “Bapak/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: “Bapak/ibu, untuk pertemuan selanjutnya bapak/ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu saya pamit dulu besok kita ketemu lagi ya, selamat pagi pak/ibu.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

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

Hari, tanggal : Selasa, 08 November 2022 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruang Dewi Amba

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien Ds:

- pasien 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

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. Diagnosis Keperawatan : Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dan penglihatan

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 Pak/bu, masih ingat dengan bruder? Iya betul saya mega.”

b. Evaluasi Validasi

“Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Masih denger suara- suara? Atau bayangan hitamnya tidak ? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak pak/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 pak/bu? Bagaimana kalau 15 menit? bapak mau?

d. Tujuan

“Tujuannya agar bapak/ibu dapat mengontrol halusinasi yang bapak/ibu alami dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain”

2. Fase kerja

“Bapak/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, bapak/ibu jangan terfokus dengan suara tersebut, namun bapak/ibu harus mengendalikannya salah satunya dengan cara mencari teman untuk bercakap-cakap. Jadi saat bapak/ibu sendiri dan merasa jika halusinasinya muncul bapak/ibu bisa mengalihkan dengan mencari teman sekamar, atau perawat untuk diajak ngobrol supaya

halusinasi bapak/ibu tadi tidak jadi muncul. Oke sekarang kita coba ya pak/bu, iya bagus

Pak/bu, sekarang mari kita coba lagi ngobrol dengan teman sekamar bapak. Ohiya pak/bu, bagaimana kalau bercakap-cakap kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian pak/bu?"

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif : "bagaimana perasaan bapak/bu setelah tadi belajar cara bercakap-cakap dengan orang lain?"

b. Evaluasi Objektif : "Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara bercakap-cakap sesuai yang bruder ajarkan."

e. Rencana tindak lanjut: "Bapak/ibu bagaimana jika nanti bruder tidak ada bapak/ibu coba sendiri untuk bercakap-cakap dengan orang lain atau teman sekamar, sesuai yang tadi kita lakukan, lalu bapak/ibu masukkan kedalam jadwal harian bapak/ibu."

f. Kontrak yang akan datang

1) Topik: "Bapak/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: "Bapak/ibu, untuk pertemuan selanjutnya bapak/ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu saya pamit dulu besok kita ketemu lagi ya, selamat pagi pak/bu."

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP IV = Melakukan kegiatan atau beraktivitas Pertemuan : Ke-IV

Hari, tanggal : Selasa, 08 November 2022 Nama pasien : Ny.N

Ruangan : Ruang Dewi Amba

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

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. Diagnosis 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. Menganjurkan pasien memasukkan cara mengendalikan halusinasi dengan cara

melakukan kegiatan kedalam jadwal harian.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat siang Pak/ibu, masih ingat dengan bruder? Iya betul sayamega .”

b. Evaluasi Validasi

“Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Masih denger suara- suara? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak pak/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 pak/bu? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak/ibu mau?

d. Tujuan

“Tujuannya agar bapak/ibu dapat mengontrol halusinasi yang bapak/ibu alami dengan cara melakukan kegiatan secara terjadwal”

2. Fase kerja

“Bapak/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, bapak/ibu jangan terfokus dengan suara tersebut, namun bapak harus mengendalikannya salah satunya dengan cara melakukan aktivitas . Jadi saat bapak/ibu sendiri dan merasa jika halusinasinya muncul bapak/ibu bisa melakukan aktivitas seperti membereskan tempat tidur, menyapu ataupun yang lain yang bapak/ibu suka supaya

halusinasi bapak/ibu tadi tidak jadi muncul. Oke sekarang kita coba ya pak, iya bagus pak/bu. Ohiya pak/bu, bagaimana kalau beraktivitas kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian pak/bu?”

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan bapak/ibu setelah tadi belajar cara melakukan aktivitas yang bapak/ibu suka?”
- b. Evaluasi Objektif : “Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara melakukan aktivitas untuk menghilangkan halusinasi tadi.”
- c. Rencana tindak lanjut: “Bapak/ibu, bagaimana jika nanti bruder tidak ada bapak/ibu coba sendiri untuk melakukan aktivitas secara mandiri atau dengan teman sekamar, sesuai yang tadi kita lakukan, lalu bapak/ibu masukkan kedalam jadwal harian bapak.”
- d. Kontrak yang akan datang

Topik: “Bapak/ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, cara-cara mengontrol halusinasi sudah semua kita pelajari, jadi ketika suster sudah tidak berdinis disini bapak akan tetap bisa melakukan kegiatan-kegiatan yang sudah kita pelajari sejak kemarin.”

Waktu: “Bapak/ibu, untuk pertemuan selanjutnya bapak ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu saya pamit dulu besok kita ketemu lagi ya, sampai jumpa.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Sp I : Risiko Perilaku Kekerasan, Mengontrol Marah dengan cara relaksasi nafas dan memukul bantal (Benda lunak)

Hari, Tanggal: Selasa, 08 November 2022 Nama Pasien : Ny.T

Ruangan: Ruangan Dewi Amba

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien DS:

- sering marah-marah jika keinginannya tidak terpenuhi
- pasien mengatakan setiap kesal selalu membanting barang.

DO:

- pasien tampak kesal jika ditanya alasan dia marah
- pasien mudah sekali tersinggung
- pasien sering sekali mengepalkan tangannya
- saat makan pasien juga memukul meja.

2. Diagnosis Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

Tujuan: Pasien pasien dapat membina hubungan saling percaya, Pasien mampu mengontrol halusinasi

3. Tindakan Keperawatan

a. Membina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik:

- Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
- Perkenalkan diri dengan sopan

- Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien
- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala akibat dari Risiko perilaku kekerasan
- c. Melatih pasien untuk mengontrol Risiko perilaku kekerasan dengan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik: Selamat pagi pak/ibu, Saya suster mega yang merawat dari pagi jam 07.00 – 14.00.

b. Evaluasi/Validasi

Bagaiman perasaannya hari ini pak/ibu ? Bagaimana tidurnya semalam, apakah nyenyak?

c. Kontrak

Baiklah, bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang hal-hal yang menyebabkan bapak/ibu marah? mau dimana kita bercakap-

cakap ? Bagaimana kalau di taman saja? Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit ?

d. Tujuan

Agar bapak/ibu lebih rileks dan tenang, dan juga unruk mengontrol emosi bapak/ibu.

2. Fase Kerja

“ Bapak/ibu, waktu kemaren bapak/ibu pernah cerita sama bruder kalau bapak/ibu pernah marah, kalau saya boleh tau karna apa pak/bu penyebabnya? Bagaimana kalau sekarang suster ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, nanti bruder contohkan, “ pertama bapak/ibu harus duduk yang rileks atau yang nyaman, setelah itu bapak/ibu bisa tarik nafas dalam dari hidung lalu dikeluarkan lewat mulut secara pelahan, dilakukan 3x ya pak/bu, apakah bapak/ibu sudah mengerti? Nah sekarang coba bapak/ibu praktekkan yang saya ajarkan tadi? Wahh bagus pak/bu. Kalau begitu kita belajar lagi cara mengontrol emosi bapak dengan cara pukul bantal, yang pertama bapak/ibu ambil bantal lalu bapak/ibu luapin emosi nya ke bantal, setelah itu dipukul pukul pak/bu, apakah bapak/ibu sudah mengerti? Baik pak/bu coba bapak/ibu lakuin relaksasi nafas dalam dan pukul bantal. Wahh bagus pak/bu

seperti itu ya pak/bu. Nanti kalau bapak/ibu mendengar halusinasi yang bikin bapak/ibu emosi bapak bisa melakukan teknik ini ya pak. Baik pak sekarang kita masukkan ke jadwal harian ya pak/bu.

3. Fase terminasi

- a. Evaluasi Subyektif: Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah mempraktikkan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal?
- b. Evaluasi Objektif: Bapak/ibu, Coba ulangi yang kita praktekkan tadi, cara teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal.
- c. Rtl: “ Bapak/ibu, Nanti kalau saya tidak ada bapak bisa melakukan cara yang sudah kita pelajari tadi yaa, untuk meredakan emosi bapak/ibu, jangan lupa dimasukkan ke jadwal harian bapak.
- d. Kontrak yang akan datang
 - 1) Topik: “Bapak/ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol emosi bapak/ibu yang kedua yaitu dengan cara minum obat dengan benar dan teratur.”
 - 2) Waktu: “ Bapak/ibu, untuk pertemuan hari selanjutnya bapak/ibu ingin ketemu jam berapa? Kalau begitu saya pamit dulu, nanti kita ketemu lagi ya, selamat siang pak/bu.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP II = Risiko perilaku kekerasan, Cara meminum obat yang benar Pertemuan : Ke-II

Hari, tanggal : 15 November 2022 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruang Dewi Amba

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien DS:

DO

-

2. Diagnosis Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

Tujuan : pasien melakukan Sp2 Risiko perilaku kekerasan yaitu cara meminum obat dengan benar, pasien mampu mengatasi risiko perilaku kekerasan 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 6 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian, benar dokumentasi)
- d. Membantu pasien mengisi jadwal harian

B. Strategi Komunikasi 1.Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi Pak/bu, masih ingat dengan bruder? Iya betul saya suster mega.”

b. Evaluasi Validasi

“Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Masih denger suara- suara? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak pak/ibu? Coba bapak/ibu ulangi lagi cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal. Wahhbagus pak/ibu. 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 pak/ibu? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak/ibu mau?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar bapak/ibu dapat mengontrol marah yang bapak alami dengan cara minum obat dengan prinsip 6 benar”

2. Fase kerja

“Bapak/ibu, bagaimana apakah ada bedanya pas sudah minum obat dengan belum minum obat? Kalau minum obatnya teratur apakah sudah reda marahnya pak/ibu? Nah bapak/ibu sudah tahu belum tentang bagaimana caranya minum obat dengan prinsip 6 benar? Baik saya ajarkan ya pak/ibu, yang pertama benar pasien bapak/ibu harus lihat dulu nama nya di kotak obat itu nama bapak/ibu atau bukan, lalu benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar dokumentasi. Bapak/ibu tahu tidak obatnya ada berapa? Warna nya apa saja? Diminum berapa kali sehari? Minumnya kapan saja? Iya benar sekali pak/ibu. Ayo sekarang kita ulangi ya pak/ibu pertama harus benar pasien, itu punya bapak/ibu atau bukan, lalu benar obat bisa melihatnya dari warna dan jumlahnya benar dosis, benar waktu yang ketika pagi harus minum obat, waktu pemberian secara diminum., benar karena bapak/ibu sudah pintar dan sudah tahu tentang obat punya bapak/ibu, jadi bapak/ibu harus rajin minum obat terus ya pak, supaya bapak/bu cepat sembuh. Nah kalau begitu bagaimana kalau minum obat ini kita masukkan

kedalam jadwal kegiatan harian pak/bu?”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan bapak/ibu setelah tadi belajarcara minum obat yang benar?”

b. Evaluasi Objektif : “Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara minum obat yang benar sesuai yang saya ajarkan.”

c. Rencana tindak lanjut: “Bapak/ibu, bagaimana jika nanti saya tidak ada bapak/ibu coba sendiri untuk minum obat yang benar ya sesuai yang tadi kita lakukan, lalu bapak/ibu masukkan kedalam jadwal harian bapak/ibu.”

d. Kontrak yang akan datang

1) Topik: “Bapak/ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol Risiko perilaku kekerasan yang ketiga yaitu dengan meminta dan menolak dengan baik.”

2) Waktu: “Bapak/ibu, untuk pertemuan selanjutnya bapak/ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu saya pamit dulu nanti kita ketemu lagi ya, selamat pagi pak/bu.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP III = mengontrol Risiko perilaku kekerasan dengan cara Meminta dan menolak dengan baik

Pertemuan : Ke-III

Hari, tanggal : Kamis, 11 November 2022 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruang Dewi Amba

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien DS:

DO:

- Pasien pernah menjadi korban aniaya fisik pada usia 13 Tahun, pengalaman masa lalu.

2. Diagnosis Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

Tujuan : pasien mampu melakukan Sp3 risiko perilaku kekerasan yaitu mengontrol dengan cara menerima dan menolak dengan baik

3. Tindakan Keperawatan:

a. Mengevaluasi kegiatan harian sesuai jadwal kegiatan harian pasien

b. Melatih pasien mengendalikan marah dengan cara menerima dan menolak dengan baik

c. Menganjurkan pasien memasukkan cara mengendalikan marah dengan cara menerima dan menolak dengan baik

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi Pak, bagaimana kabarnya hari ini? Sudah makan belum? masih ingat dengan saya? Iya betul saya suster mega.”

b. Evaluasi Validasi

“Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Kemarin masih ingat cara minum obat yang benar? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak pak/ibu? Kalau jadwal hariannya udah dilakuin belum?”

c. Kontrak (topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, sesuai janji kita kemarin, hari ini kita melakukan cara menerima dan menolak dengan baik. Kita lakuin disini ya pak? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak/ibu mau?”

d. Tujuan

“Tujuannya agar bapak/ibu dapat mengontrol marah atau emosi dengan cara menerima dan menolak dengan baik”

2. Fase kerja

“Bapak/ibu, kemarin kita sudah belajar tentang cara mengontrol marah yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dengan memukul bantal dan meminum obat dengan prinsip 6 benar. Nah sekarang kita akan belajar cara mengontrol marah dengan cara menerima dan menolak dengan baik. Kalau bapak/ibu ingin meminta sesuatu harus yang baik, misalnya bapak/ibu ingin meminta permen, begini bilanganya “ permisi saya ,apakah boleh saya minta permennya?”. Baik pak/bu coba ulangi cara yang sudah saya ajarkan tadi. Wahh bagus sekali pak/bu. Sekarang kita belajar menolak dengan baik ya pak/bu. Contohnya ketika teman

bapak/ibu menawarkan bapak/ibu roti durian sedangkan bapak/ibu tidak suka, maka cara menolaknya gini, “ Terimakasih, tapi maaf saya kurangsuka, mungkin bisa diberikan ke yang lainnya yang ada disini”. Coba bapak/ibu ulangi?. Nah bapak/ibu kan sudah bisa cara meminta dan menolak dengan baik, kalau begitu ayo kita masukkan ke jadwal harian bapak/ibu”.

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan bapak/ibu setelah tadi belajar cara meminta dan menolak dengan baik?”
- b. Evaluasi Objektif : “Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara menerima dan menolak dengan baik sesuai yang sayac ajarkan.”
- c. Rencana tindak lanjut: “Bapak/ibu, bagaimana jika nanti saya tidak ada bapak/ibu coba sendiri sesuai yang tadi kita lakukan, lalu bapak/ibu masukkan kedalam jadwal harian bapak/ibu.”
- d. Kontrak yang akan datang
 - 1) Topik: “Bapak/ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol emosional yang keempat yaitu dengan melakukan cara berdoa dan spiritual.”
 - 2) Waktu: “Bapak/ibu, untuk pertemuan selanjutnya bapak/ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu suster pamit dulu besok kita ketemu lagi ya, selamat pagi pak/bu.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP I = Harga diri rendah, mencari tahu aspek positif yang dimiliki pasien Pertemuan : Ke-I

Hari, tanggal : Selasa, 08 November 2022 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruang Dewi Amba

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien DS:

Do :

- pasien tampak menyendiri

2. Diagnosis Keperawatan : Harga diri rendah

Tujuan : pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.

3. Tindakan Keperawatan:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki
- c. Melatih kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien
- d. Membantu memilih kegiatan yang berdasarkan daftar kegiatan
- e. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi Pak/bu, bagaimana kabarnya hari ini? Sudah makan belum? masih ingat dengan bruder? Iya betul saya suster mega.”

b. Evaluasi Validasi

Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah semalam tidurnya nyenyak ?

c. Kontrak (topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol pak/bu? Apakah bapak/bu mau ? kita ngobrol selama 30 menit kedepan pak/bu? Kita ngobrol disini saja, bapak/ibu mau?

d. Tujuan

“supaya bapak/ibu bisa melakukan kegiatan yang bapak/ibu suka dan kemampuan yang dimiliki bapak/ibu”.

2. Fase kerja

“Bapak/ibu, kita ngobrol yuk tentang yang dialami bapak/ibu saat ini, mungkin ada yang ingin bapak/bu ceritakan, bruder akan mendengarkan bapak. Apa yang bapak rasakan sekarang? Kenapa bapak tampak malu? Baik pak sekarang kan bapak/ibu sedang malu,

saya beritahu pak/bu kalau sikap

orang itu memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Jadi bapak gausah malu karna itu, sekarang saya tanya, apakah bapak/ibu sering melakukan kegiatan? Kegiatan apasaja? Coba bapak/ibu sebutkan 3 kelebihan atau hal yang bapak/ibu suka? Bagaimana kalau sayar ajarkan salah satu kegiatan yang bapak/bu sebutkan tadi, sekarang kegiatan apa dulu yang

ingin dilakukan? Baik pak/ bu sekarang kita mau melakukan merapihkan tempat tidur. Wah bagus sekali pak. Baik pak kita mulai sekarang ya?, wah bagus pak/ibu, kita masukkan ke jadwal harian ya pa/bu.

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan bapak/ibu setelah merapihkan tempat tidur?”
- b. Evaluasi Objektif : “Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita praktikkantadi.”
- c. Rencana tindak lanjut: “Bapak/ibu ,setelah kita lakukan tadi jika bruder tidak ada, bapak/ibu bila melakukannya di bad tidur punya bapak/ibu,jangan lupa dimasukkan ke jadwal harian ya pak/ibu
- d. Kontrak yang akan datang
 - 1) Topik: “Bapak/ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang kemampuan yang kedua yaitu bernyanyi.”
 - 2) Waktu: “Bapak, untuk pertemuan selanjutnya bapak/ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu saya pamit dulu nanti kita ketemu lagi ya, selamat pagi pak/bu.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP II = Harga diri rendah, melakukan kemampuan positif yang ke 2 Pertemuan : Ke-II

Hari, tanggal : Rabu, 15 November 2022 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruang Dewi Amba

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien Ds:

Pasien mengatakan senang bisa membersihkan ruang tidurnya, pasien mengatakan tempat tidurnya rapih

DO:

Pasien mampu merapihkan tempat tidur dengan motivasi, Pasien tampak sudah merapihkan tempat tidur

2. Diagnosis Keperawatan : Harga diri rendah

Tujuan : pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki.

3. Tindakan Keperawatan:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki
- c. Melatih kemampuan aspek positif yang dimiliki pasien
- d. Membantu memilih kegiatan yang berdasarkan daftar kegiatan
- e. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik

“Selamat Pagi Pak/bu, bagaimana kabarnya hari ini? Sudah makan belum? masih ingat dengan saya? Iya betul saya suster mega.”

b. Evaluasi Validasi

Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini? Apakah semalam tidurnyanyenyak ?

c. Kontrak (topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol pak/ibu? Apakah bapak/ibu mau ? kita ngobrol selama 20 menit kedepan pak/ibu? Sesuai kontrak waktu kemarin? Apakah bapak/ibu mau ?

d. Tujuan

“supaya bapak/ibu bisa melakukan kegiatan yang bapak/ibu suka dan kemampuan yang dimiliki bapak/ibu yang kedua yaitu bernyanyi”.

2. Fase kerja

““Bapak/ibu, apakah bapak/ibu masih ingat kemampuan yang kemaren? sekarang kita mau melakukan merapihkan tempat tidur. Wah bagus sekali pak/bu. Baik pak/bu kita mulai sekarang ya? Sekarang kita bernyanyi pak , wah bagus pak/bu, kita masukkan ke jadwal harian ya pak/bu”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan bapak/ibu setelah bernyanyi?”

b. Evaluasi Objektif : “Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita praktikkan tadi.”

c. Rencana tindak lanjut: “Bapak/ibu ,setelah kita lakukan tadi jika saya tidak ada,

bapak/ibu bila melakukannya, jangan lupa dimasukkan ke jadwal harian ya pak/bu

d. Kontrak yang akan datang

1) Topik: “Bapak/ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang kemampuan yang kedua yaitu bernyanyi.”

2) Waktu: “Bapak/bu, untuk pertemuan selanjutnya bapak ingin bertemu jam berapa?

Kalau begitu saya pamit dulu nanti kita ketemu lagi ya, selamat pagi pak/bu.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP I = Isolasi Sosial, Berkenalan dengan 1-2 orang.

Pertemuan : Ke-II

Hari, tanggal : Selasa, 08 November 2022 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruang Dewi Amba

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien DS:

DO:

2. Diagnosis Keperawatan : Harga diri rendah

Tujuan : pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat berkenalan dengan orang, pasien dapat mendemonstrasikan cara berkenalan dengan orang, pasien dapat berkenalan 1- 2 orang

3. Tindakan Keperawatan:

a. Membina hubungan saling percaya

b. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial

c. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan punya teman dan kerugian tidak punya teman

d. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan harian setelah berkenalan yang sudah dilakukan

e. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi:

- a. Salam Teraupetik: selamat pagi pak, benar pak saya suster mega
- b. Evaluasi/validasi : bagaimana perasaan hari ini ? semalam tidurnya nyenyak ga?.
- c. Kontrak (topik,waktu,tempat) : bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol pak? apakah bapak/ibu mau ? kita ngobrol selama 30 menit kedepan pak/ibu, kita ngobrol disini saja, bapak/ibu mau ?.
- d. Tujuan : supaya bapak/ibu bisa bercerita apa yang mengganggu pikiran bapak/ibu.

2. Fase kerja:

“ Baiklah sekarang coba bapak/ibu ceritakan apa yang membuat bapak/ibu sedih sampai mengurung diri didalam kamar ? kalau dirumah bapak/ibu dengan siapa tinggalnya ? kalau dirumah bapak/ibu suka ngobrol sama siapa saja ? kenapa tidak mau ngobrol dan keluar kamar pak/ibu? Kalau begitu bapak/ibu sudah kenal belum sama teman satu kamar bapak/ibu?

Menurut bapak/ibu manfaat berkenalan dan punya teman apa? Dan rugianya apa jika tidak berkenalan dan punya teman ? nah kalau begitu sekarang suster mau ajak bapak/ibu berkenalan dengan teman satu kamar bapak/ibu, sebelumnya bapak/ibu masih ingat tidak cara berkenalan seperti apa ? caranya gini ya pak/ibu, pertama bapak/ibu jabat tangan orang yang mau bapak/ibu ajak berkenalan, lalu bapak sebutkan nama bapak/ibu terlebih dulu, lalu bapak tanya nama teman yang bapak/ibu ajak berkenalan, dan tanyakan juga hobi dan alamat rumah teman yang bapak/ibu ajak berkenalan. Sekarang coba bapak berkenalan dengan teman satu kamar bapak/ibu sayya mau lihat. Bagus ya pak/ibu.

3. Fase Terminasi:

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaannya pak/bu setelah tadi berkenalan dengan teman ?
- b. Evaluasi Objektif : coba sekarang bapak/ibu ulangi cara berkenalan yang tadi suster ajarkan ?.
- c. Rencana Tindak Lanjut : pak/ibu nanti kalau bruder tidak ada bapak/ibu coba lagi ajak berkenalan dengan teman bapak/ibu yang lain yaa. Besok saya tanya bapak/ibu sudah kenal dengan berapa orang .
- d. Kontrak yang akan datang : pak/bu besok kita bertemu lagi ya, besok saya akan mengajarkan cara berkenalan dengan 3 orang atau lebih, apa bapak/ibu mau?jam berapa? baiklah jam 10.00 pagi ditaman ya pak/ibu, baiklah kalau begitu saya pamit dulu besok kita bertemu lagi yaa. Selamat pagi pak/bu.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP II = Isolasi Sosial, Berkenalan dengan 3-4 orang.

Pertemuan : Ke-II

Hari, tanggal : Rabu, 16 November 2022 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruang Dewi Amba

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien DS:

Pasien mengatakan tidak pernah ikut kegiatan kelompok/ masyarakat. Pasien mengatakan malu memulai pembicaraan, pasien malu jika bertemu perempuan, pasien tidak suka bersosialisasi dengan tetangganya karena malu dengan keadaannya sekarang.

DO:

Pasien tampak lebih sering menyendiri, pasien tampak tidak mampu memulai pembicaraan, Selama dirumah sakit sering menghabiskan waktunya didalam kamar hanya berbaring atau istirahat saja, dan cenderung menutup diri dari lingkungan sekitar.

2. Diagnosis Keperawatan : Harga diri rendah

Tujuan : pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat berkenalan dengan orang, pasien dapat mendemostrasikan cara berkenalan dengan orang, pasien dapat berkenalan 3- 4 orang

3. Tindakan Keperawatan:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial
- c. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan punya teman dan kerugian tidak punya teman

d. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan harian setelah berkenalan yang sudah dilakukan

e. Menanyakan kontrak waktu, dimana dan jam berapa untuk bertemu kembali

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Teraupetik: selamat pagi pak/ibu, masih ingat nama saya tidak?

b. Evaluasi/validasi : bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini ? semalam tidurnya nyenyak ga?

Bagaimana bapak/ibu sudah kenal dengan berapa orang ? masih ingat tidak cara berkenalan yang kemarin saya ajarkan ?.

c. Kontrak (topik,waktu,tempat) : sesuai perjanjian kita kemarin ya pak/bu, hari ini kita mau berkenalan lagi dengan tiga orang teman bapak/ibu yang lain. Bapak/ibu mau?.

d. Tujuan : supaya bapak mempunyai lebih banyak teman lagi.

2. Fase kerja:

“Kemarin suster kasih tugas untuk bapak berkenalan lagi dengan teman yang lain, apa bapak sudah berkenalan dengan temannya yang lain? Kalau sudah namanya siapa pak/bu teman yang bapak/bu ajak kenalan? sekarang bapak/bu masih ingat tidak cara berkenalan yang kemarin suster ajarkan ? sekarang kita coba berkenalan lagi ya pak/bu dengan temannya yang lain, tetapi sekarang berkenalan dengan dua orang ya pak/bu, caranya masih sama dengan yang kemarin ya pak. Supaya teman bapak bertambah banyak ya pak/bu.

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : bagaimana perasaannya pak/bu setelah berkenalan dengan dua orang teman baru bapak/bu?.
- b. Evaluasi Objektif: coba sekarang bapak/ibu ulangi cara berkenalan yang tadi suster ajarkan ? Coba sebutkan nama teman bapak/bu yang tadi diajak berkenalan?
- c. Rencana Tindak Lanjut : pak/bu nanti kalau bruder tidak ada bapak/bu jangan lupa ya untuk berkenalan lagi dengan teman bapak/bu yang lain lagi, besok saya tanyakan lagi nama-nama teman bapak/bu.
- d. Kontrak yang akan datang : pak/bu besok kita bertemu lagi ya, besok saya akan mengajarkan cara berkenalan dengan empat orang/ kelompok, apa bapak/ibu mau? jam berapa? baiklah jam 10.00 pagi ditaman ya pak, baiklah kalau begitu sayapamit dulu besok kita bertemu lagi yaa. Selamat pagi pak/bu.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP I = Defisit perawatan diri: Mandi.

Pertemuan : Ke-I

Hari, tanggal : Rabu 16 November 2022 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruang Dewi Amba

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien DS:

Do:

2. Diagnosis Keperawatan : Defisit perawatan diri

Tujuan : pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri

3. Tindakan Keperawatan:

a. Membina hubungan saling percaya

b. Mengidentifikasi penyebab defisit perawatan diri

c. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri

d. Membantu pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan, mengajarkan pasien memasukkan jadwal harian.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi:

- a. Salam Teraupetik: selamat pagi pak/bu, benar pak saya suster mega
- b. Evaluasi/validasi : bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini ? semalam tidurnya nyenyak ga?.
- c. Kontrak (topik,waktu,tempat) : bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol pak/bu? apakah bapak/ibu mau ? kita ngobrol selama 30 menit kedepan pak/bu, kita ngobrol disini saja, bapak/ibu mau ?.
- d. Tujuan : supaya bapak/ibu tetap bersih, supaya bapak/ibu menjadi bersih,tidak gatal,terlihat ganteng,dan wangi.

2. Fase kerja:

“Berapa kali bapak/ibu mandi dalam sehari? Apakah bapak/ibu sudah mandi hari ini? Menurut bapak/ibu apa kegunaan mandi? Apa alasan bapak/ibu tidak bisa merawat diri? Menurut bapak/ibu apa manfaat dari kita menjaga diri dengan baik seperti apa ya? Badannya gatal- gatal,mulut bau,apalagi? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut bapak/ibu yang muncul? Wah betul sekali pak/bu,ada kutu kudis,ketombe,dan sebagainya. Menurut bapak kalau mandi kita harus bagaimana? Sebelum mandi apa yang harus kita persiapkan? Benar sekali kita harus menyiapkan pakaian ganti handuk,sikat gigi,shampo,dan sabun. Bagaimana kalau kita sekarang ke kamar mandi suster akan

membimbing bapak/ibu untuk melakukannya pertama-tama sesudah melepas baju bapak/ibu siram seluruh tubuh bapak/ibu dari kepala sampai ujung kaki lalu bapak/ibu bisa menggunakan shampo agar rambutnya bersih dan wangi caranya ambil shampo lalu gosokkan di kepala sampai berbusa,lalu selanjutnya bapak/ibu ambil sabun gosokkan seluruh tubuh

sampai merata,lalu diamkan sebentar kemudian bapak/ibu sikat gigi menggunakan sikat gigi dan odol,giginya disikat dr atas ke bawah,kemudian kumur-kumur sampai bersih selanjutnya siram seluruh tubuh mulai dari kepala sampai ujung kaki hingga bersih lalu bapak/ibu bisa menggunakan sabun cuci muka untuk mencuci muka,terakhir bilas lagi dengan air ke seluruh tubuh lalu ambil handuk keringkan badan lalu ganti pakaian dan sisir rambutnya.

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

“bagaimana perasaan bapak/ibu setelah berbincang-bincang tadi apakah bapak/ibu sudah mengerti cara merawat kebersihan diri dengan benar?

b. Evaluasi Objektif

“wah sekarang coba bapak/ibu sebutkan lagi apa saja alat-alat yang harus diperlukan untuk mandi?”

c. Rencana Tindak Lanjut

“bapak/ibu nanti kalau saya tidak ada bapak tetap melakukan cara membersihkan diri dengan mandi,kalau begitu sekarang kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian jangan lupa diberi tanda (M) mandiri jika dilakukan dan tanda (T) jika tidak

melakukan. Bapak/bu jangan lupa ya mandi 2x sehari agar badan bapak/bu tetap bersih dan wangi.

d. Kontrak Yang Akan Datang

“pak/bu tadi kita sudah mengobrol-ngobrol tentang merawat diri dengan cara mandi. Apa saja yang harus dipersiapkan sebelum mandi,bagaimana cara mandi. Bagaimana kalau besok kita ketemu lagi untuk belajar cara berhias dan berdandan. Apakah bapak/bu bersedia? Maunya dimana pak? Jam berapa? baik kalau begitu saya permisi dulu ya pak/bu”.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

SP I = Defisit perawatan diri: Berhias.

Pertemuan : Ke-II

Hari, tanggal : Kamis, 17 November 2020 Nama pasien : Ny.T

Ruangan : Ruang Dewi Amba

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS: Pasien mengatakan badannya lengket dan gatal Do:

2. Diagnosis Keperawatan : Defisit perawatan diri

Tujuan : pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri

3. Tindakan Keperawatan:

a. Membina hubungan saling percaya

b. Mengidentifikasi penyebab defisit perawatan diri

c. Menjelaskan cara berhias

d. Membantu pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan, mengajarkan pasien memasukkan jadwal harian.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi:

- a. Salam Teraupetik: selamat pagi pak, benar pak/bu saya suster mega
- b. Evaluasi/validasi : bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini ? semalam tidurnya nyenyak ga?.
- c. Kontrak (topik,waktu,tempat) : bagaimana kalau hari ini kita ngobrol-ngobrol pak? apakah bapak/ibu mau ? kita ngobrol selama 30 menit kedepan pak/ibu, kita ngobrol disini saja, bapak/ibu mau
- d. Tujuan : supaya bapak/ibu tetap bersih, rapih, dan ganteng

2. Fase kerja:

“ bapak/ibu, kok bruder liat rambut bapak/ibu belum di sisir, nah baik sekarang kita belajar berhias ya pak/ibu, yang harus dipersiapkan itu sisir, sebelumnya bapak/ibu harus melihat kaca agar rambut bapak/ibu kelihatan lalu bapak/ibu sisir rambut bapak agar rapi, dan juga kalau bajunya basah bapak/ibu bisa ganti baju yang kering dan bersih ya pak. Coba bapak/ibu ulangi yang saya ajarkan tadi, wahh bagus pak/bu,

3. Fase Terminasi:

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaannya pak/bu setelah tadi berhias rambut ?
- b. Evaluasi Objektif : coba sekarang bapak/ibu ulangi cara berhias yang tadi saya ajarkan ?.
- c. Rencana Tindak Lanjut : pak/bu nanti kalau saya tidak ada, bapak/ibu bisa melakukannya sendiri ya pak/bu
- d. Kontrak yang akan datang : pak/bu besok kita bertemu lagi ya, besok saya akan

mengajarkan cara makan dan minum yang baik, apa bapak/bu mau?jam berapa? baiklah jam 10.00 pagi ditaman ya pak/bu, baiklah kalau begitu saya pamit dulu besok kita bertemu lagi yaa.Selamat pagi pak/bu.

ANALISIS OBAT

Lorazepam

Lorazepam adalah obat untuk mengatasi gangguan kecemasan atau kejang. Obat ini juga dapat digunakan untuk mengatasi rasa gelisah atau cemas sebelum tindakan operasi dan insomnia yang terkait dengan gangguan kecemasan.

Manfaat: Menangani gangguan kecemasan atau meredakan kejang, dikonsumsi oleh dewasa dan anak-anak ≥ 5 tahun. Lorazepam untuk ibu hamil dan menyusui

a. Keterangan:

Bentuk obat: Tablet dan suntik

b. Peringatan Sebelum Mengonsumsi Lorazepam

Lorazepam tidak boleh dikonsumsi sembarangan, Hindari konsumsi minuman beralkohol, berkafein, dan hentikan kebiasaan merokok selama menjalani pengobatan dengan lorazepam, karena hal-hal tersebut dapat memengaruhi efektivitas dari obat ini.

c. Cara Mengonsumsi Lorazepam dengan Benar

Selalu ikuti petunjuk dokter dan baca informasi yang tertera pada kemasan obat sebelum mengonsumsi lorazepam. Jangan menambah dosis atau menggunakan lorazepam tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter. Lorazepam dapat memicu gejala putus obat serta ketergantungan. Oleh karena itu, obat ini umumnya diberikan dengan dosis terendah dan durasi konsumsi sesingkat mungkin. Hal ini dilakukan untuk meminimalkan risiko ketergantungan.

d. efek samping yang dapat terjadi setelah mengonsumsi lorazepam: Kantuk, Pusing, Kehilangan koordinasi, Sakit kepala, Mual, Penglihatan buram, Mulut kering, gairah seksual hilang, Konstipasi, Tidak nafsu makan

Trihexyphenidyl

Trihexyphenidyl adalah obat untuk mengatasi gejala penyakit Parkinson dan gejala ekstrapiramidal akibat penggunaan obat antipsikotik tertentu. Gejala ekstrapiramidal meliputi kekakuan otot, gerak tubuh yang tidak terkendali, dan tremor.

Trihexyphenidyl termasuk ke dalam golongan obat antimuskarinik. Obat ini bekerja dengan cara menghambat zat alami asetilkolin, yang salah satu fungsinya adalah menghantarkan perintah kontraksi ke otot.

Dosis dan Aturan Pakai Trihexyphenidyl

Dosis trihexyphenidyl yang diresepkan dokter bisa berbeda-beda, tergantung kondisi dan usia pasien. Berikut adalah dosis umum trihexyphenidyl untuk orang dewasa berdasarkan kondisi yang ingin ditangani:

Kondisi: Gejala ekstrapiramidal akibat efek samping obat

- Dewasa: 1 mg per hari. Dosis dapat ditingkatkan menjadi 5–15 mg per hari, yang dibagi dalam 3–4 kali jadwal konsumsi.

Kondisi: Penyakit Parkinson

Dewasa: 1 mg per hari. Dosis bisa ditambahkan sebanyak 2 mg tiap 3–5 hari, hingga mencapai dosis 6–10 mg per hari yang dibagi dalam 3–4 kali jadwal Efek Samping dan Bahaya Trihexyphenidyl

Beberapa efek samping yang mungkin timbul setelah mengonsumsi trihexyphenidyl, antara lain:

- Penglihatan buram
- Kulit memerah (flushing)
- Pusing atau sakit kepala
- Mulut kering
- Mual atau muntah
- Konstipasi
- Kantuk
- Kelelahan
- Rasa cemas atau gugup

Biasanya efek samping tersebut akan membaik seiring waktu pengobatan. Namun, periksakan diri ke dokter jika keluhan tersebut tidak mereda atau makin berat.

Segera ke dokter jika Anda mengalami reaksi alergi obat, atau efek samping serius berupa:

- Kesulitan menelan atau rasa sakit ketika menelan
- Kesulitan buang air kecil
- Nyeri perut yang berat
- Gairah seksual menurun
- Nyeri dada
- Jantung berdetak cepat, lambat, atau tidak beraturan
- Perubahan suasana hati, kebingungan, halusinasi, atau gangguan ingatan
- Mata terasa nyeri dan bengkak
- Gangguan penglihatan, seperti melihat lingkaran pelangi pada cahaya lampu di malam hari
- Pusing berat seperti akan pingsan
- Demam tinggi

Lampiran 1: Contoh lembar konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing
Nama Mahasiswa
Judul

: Nc. Dian Fitra
: Megawati Tri Egitara
: Risiko perilaku kekerasan

Tanggal		Konsultasi (satu/sesekali)	Hasil (tanggapan)
1.	3/mar/23	Pembuatan bab 1 cara menggunakan mendeley	dx
2.	13/mar/23	Persiapan pengkajian UTK	dx
3.	17/mar/23	konsu arkep Ujian	dx
4.	11/apr/23	Bab 1,2,3	dx
5.	14/apr/23	kumpulkan bab 1,2,3	dx
6.	9/mei/23	Pembelian materi dari bab 1,2,3	dx
7.	20/mei/23	konsu 1,2,3	dx
8.	22/mei/23	Perbaiki bab 2 dan 4	dx
9.	29/mei/23	Perbaiki pengantar dan pembahasan bab 5	dx
10.	30/mei/23	perbaiki bab 3 pembahasan	dx
11.	2/juni/2023	perbaiki bab 3,4	dx
12.	8/juni/2023	perbaiki bab 3,4	dx
13.	3/juni/2023	perbaiki	dx
14.	12/juni/2023	cek typo - susunan, persiapan sidang	dx



