

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Pengkajian ini dilakukan pada hari Senin, 1 April 2024 pukul 08.00 WIB di Ruang Sena, Rumah Sakit Dr. Arif Zainudin Surakarta.

1. Identitas

Identitas Pasien

Nama : Sdr. T
Umur : 35 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tgl. Masuk : 28 Maret 2024
No. RM : 532XXX
Dx. Medik : F.20.3
Informan : Sdr. T

2. Alasan Masuk

Pasien mengatakan alasan dirawat di RSJ karena terlalu banyak mengonsumsi obat dan membuat dirinya tidak bisa mengontrol emosi sehingga mengalami overdosis obat, ketika pasien marah, dirinya seperti orang yang depresi, kemudian berusaha menghancurkan barang yang ada di dekat dirinya

MK : Resiko perilaku kekerasan

3. Faktor predisposisi

- a. Pasien mengatakan sebelumnya sudah pernah dirawat di rumah sakit jiwa, berdasarkan hasil pengobatan sebelumnya pasien dapat beradaptasi dengan lingkungan namun sering menimbulkan gejala seperti berbicara sendiri dan sulit membedakan kenyataan, yang membuatnya hanya berdiam diri di rumah.
- b. Di masalalu pasien pernah kehilangan pacar dan pekerjaanya.
- c. Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.
- d. Pasien mengatakan pernah dihina tetangga karena baru keluar dari rumah sakit jiwa.

4. Pemeriksaan fisik

a. Tanda – Tanda Vital :

Tekanan darah : 130/80 mmHg

Nadi : 78x/ menit

Suhu : 36,5 °c

Respirasi : 99x/ menit

b. Antropometri

BB : 170 cm

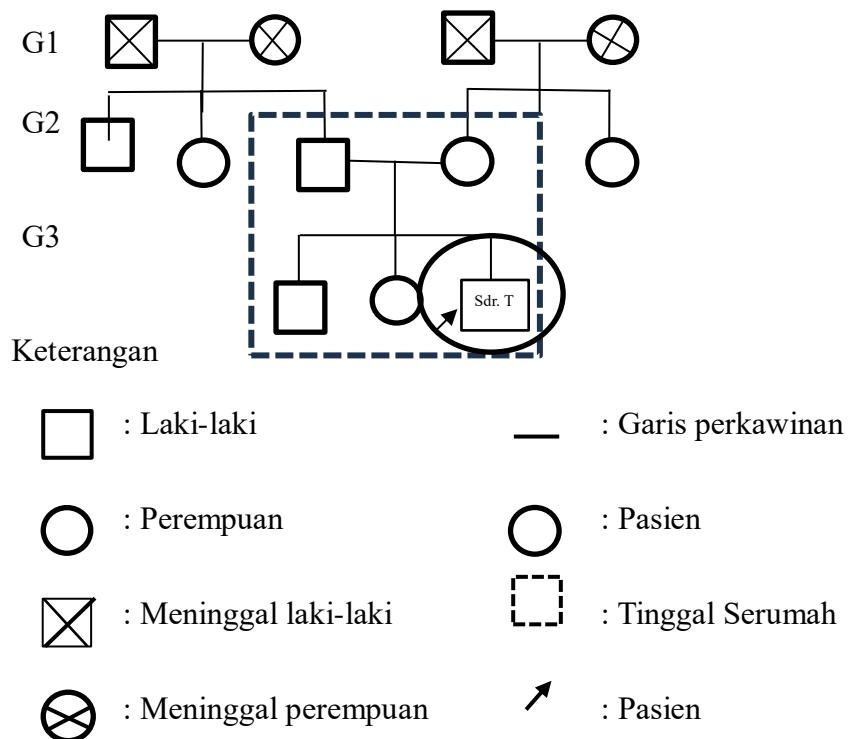
TB : 66 kg

c. Keluhan fisik

Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik yang dirasakan. Pasien mengatakan tidak merasa pusing, maupun mual.

5. Psikososial

Genogram



Penjelasan :

Pasien mengatakan jika dia merupakan anak terakhir dari 3 bersaudara, pasien tinggal bersama dengan orang tua dan kakak-kakaknya, pasien mengatakan jika kedua orang tuanya pasien bekerja sebagai penjaga warung, dan pasien juga mengatakan suka berolahraga dan bermain tenis dan suka mendengarkan musik.

a. Konsep diri

1) Gambar Diri

Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya karena semua itu adalah pemberian Tuhan.

2) Identitas Diri

Pasien merasa dirinya sebagai seorang anak laki – laki yang berusia 35 tahun yang sudah berhenti bekerja.

3) Peran

Pasien di rumah berperan sebagai anak dan membantu orang tuanya menjaga warung.

4) Ideal Diri

Pasien berharap tidak ada masalah dalam tubuh, status, posisi serta tugas atau perannya.

5) Harga Diri

Pasien mengatakan takut dan merasa malu dengan keadaan penyakitnya sekarang, dan tidak suka bergaul dengan teman-teman di lingkungannya.

MK : Isolasi sosial (Menarik Diri)

b. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah orang tuanya, pasien mengatakan tidak mengikuti kelompok atau kegiatan di masyarakat.

2) Peran serta dalam kelompok

Kondisi ini membuat pasien trauma untuk bercengkrama dengan tetangganya dan memilih untuk berdiam diri rumah.

MK : Isolasi sosial (menarik diri)

3) Keterlibatan pasien dalam kelompok

Pasien jarang mengikuti kegiatan seperti gotong royong bersama.

c. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan beragama islam.

2) Kegiatan ibadah

Di rumah pasien jarang ibadah sholat, namun pasien mengatakan akan belajar untuk ibadah.

6. Status Mental

a. Penampilan

Pasien tampak rapi, tampak bersih, kuku pendek, memakai baju dan celana yang sesuai.

b. Pembicaraan

Pembicaraan jelas, kadang cepat terkadang lambat, pasien cepat tersinggung ketika berbicara dengan menggunakan intonasi yang tinggi.

c. Aktivitas Motorik

Pasien hanya duduk dan jarang berinteraksi dengan temannya.

d. Alasan Perasaan

Pasien masih merasa kesal jika mengingat mantan pacarnya.

e. Afek

Pasien labil, mudah emosi dan tersinggung.

f. Persepsi

Pasien mengatakan dia mendengar suara-suara yang berbisik kepadanya untuk bertengkar dengan orang lain.

MK : Halusinasi pendengaran

g. Proses Pikir

Pasien mampu menjawab pertanyaan dengan lancar seperti “selamat pagi mba Ida, hari ini saya sudah mandi dan sarapan pagi”

h. Isi Pikir

Pasien mengatakan memiliki ketertarikan pada olahraga dan seni, pasien merasa senang ketika diajak menonton sepak bola dan diputarkan musik.

i. Memori

Pasien mampu mengingat jadwal sehari-harinya dengan menceritakan aktivitasnya.

j. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien terkadang tidak bisa fokus, dapat berhitung, namun harus ditanyakan kembali.

k. Tingkat Kesadaran

Kesadaran pasien normal comosmentis.

1. Kemampuan Penilaian

Pasien tidak mengalami gangguan penilaian, ketika ditanya menulis menggunakan pensil atau buku, pasien mengatakan pensil dan ditulis di buku.

m. Daya Tarik Diri

Pasien merasa dirinya baik-baik saja dan ingin segera pulang.

7. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Pasien mengatakan makan 3x sehari, dengan makanan yang diberikan oleh rumah sakit dengan porsi penuh, pasien mendapatkan bubur kacang hijau seharu sekali di pagi hari pukul 10.00 WIB.

b. BAB/BAK

Pasien mengatakan BAB sehari 1x di pagi hari dan BAK 4- 5 x sehari.

c. Mandi

Pasien mengatakan dapat mandi sendiri menggunakan sabu, 2x sehari, pagi dan di sore hari.

d. Berpakaian

Pasien mengatakan mampu berpakaian sendiri dan mengganti pakaian 1x sehari, dan cara berpakaian rapi dan tidak terbalik.

e. Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan selama di rumah sakit biasa tidur siang, dan tidur malam dengan baik dan nyenyak.

f. Penggunaan Obat

Pasien mengatakan selama di rumah sakit minum obat secara teratur, diminum secara mandiri tetapi dengan pengawasan perawat.

g. Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan selalu ke rumah sakit apabila mengalami sakit.

h. Aktivitas di Dalam Rumah

Pasien mengatakan saat di dalam rumah dapat membantu menjaga warung milik ibunya.

i. Masalah Psikosial dan lingkungan

Pasien mengatakan merasa malu jika keluar dari rumah, karena takut akan banyak orang yang mengejeknya.

j. Kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa dan obat-obatan.

Pasien mengatakan paham dengan penyakitnya serta obat yang dikonsumsi.

k. Mekanisme coping

Pasien sering bernyanyi dan melipat-lipat kertas.

8. Aspek Medik

a. Terapi

1) Risperidon 2 x 2 mg

2) Clozapin 2 x 25 mg

b. Diagnosa Medis

1) F.20.3

B. ANALISA DATA

Nama	:	Sdr. T	Ruangan	:	Sena
Umur	:	35 tahun	RM	:	532XXX

Tabel 3.1

No.	Hari/Tgl	Data	Masalah Keperawatan
1.	Senin, 1 April 2024	Ds : pasien mengatakan sering marah – marah dengan mengambil uang dan merusak barang di rumahnya dan pergi dari rumah Do : pasien pandangan matanya tajam, pasien tampak tegang dan matanya memerah.	Resiko perilaku kekerasan
2.	Senin, 1 April 2024	Ds : Pasien mengatakan dia mendengar suara-suara yang berbisik kepadanya untuk bertengkar dengan orang lain dan selalu ada ketika dia sendirian. Do : pasien tampak bingung, pasien tampak mengepalkan tangan, tampak berbicara sendiri dan menunjuk – nunjuk ke arah ujung ruangan	Perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran.
3.	Senin, 1 April 2024	Ds : pasien mengatakan tekadang merasa ingin	Isolasi sosial (menarik diri)

menyendiri dan merasa
malu pada orang lain
karena kondisinya
Do : pasien tampak
ingin duduk di tempat
tidur dan menjauh dan
jarang bermain dengan
temen – temanya.

C. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
3. Isolasi sosial menarik diri

D. POHON MASALAH



Gambar 2.1 Pohon masalah menurut Utami (2020)

E. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Isolasi sosial menarik diri

F. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 Intervensi keperawatan

Nama : Sdr. T

Dx : F.20

Umur : 35 Tahun

Ruang : Sena

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Perubahan persepsi sensori	TUM : Pasien dapat mengontrol pendengaran yang dialaminya.	1. Ekspresi wajah tampak bersahabat dan tersenyum. 2. Mau berkenalan.	1. Membina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik. a. Memberi salam dan menyapa klien secara verbal maupun non verbal.
TUK 1 :	Pasien dapat membina hubungan saling percaya.	3. Adanya kontak mata. 4. Mau berjabat tangan. 5. Mau menyebutkan nama. 6. Mau menjawab salam. 7. Klien mau duduk berdampingan dengan perawat. 8. Mau mengutarakan masalah sedang dirasakan.	b. Menanyakan identitas klien c. Menunjukkan sikap jujur d. Menanyakan perasaan yang dirasakan klien e. Membuat kontrak waktu untuk berinteraksi f. Menunjukkan sikap empati dan menerima klien, g. Mendengarkan ungkapan yang dirasakan klien dengan penuh perhatian.
TUK 2 :	Pasien dapat mengetahui	1. Pasien dapat menyebutkan waktu, isi,	SP 1 1. Membuat kontak sering dan singkat secara bertahap.

<p>dan mengenal halusinasinya a yakni : jenis, isi, waktu,situasi , frekuensi, dan respon.</p>	<p>frekuensi, ketika muncul halusinasi.</p> <p>2. Pasien dapat mengungkapkan perasaan tentang halusinasi yang dialaminya.</p>	<p>2. Observasi tingkah laku pasien secara verbal maupun non verbal.</p> <p>3. Bantu pasien untuk mengenal halusinasi yang dirasakanya dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ketika ada pasien yang sedang berhalusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar. b. Jika memang ada, maka biarkan pasien melanjutkan apa yang dialami klien. c. Katakan pada pasien bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat tidak mendengarnya (sampaikan dengan nada yang bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi pasien). d. Katakan bahwa
--	---	---

<p>ada pasien lain,yang mengalami hal yang sama.</p> <p>e. Katakan jika perawat akan membantu permasalahan yang dialami pasien,</p> <p>4. Diskusikan dengan pasien mengenai hal yang dirasakan ketika halusinasi muncul (taku, sedih, marah) beri pasien kesempatan untuk mengungkapkan.</p>	<p>SP 2</p> <p>TUK 3 : Pasien dapat menggunakan obat dengan baik</p>
<p>1. Pasien dapat menyebutkan manfaat, dosis, serta efek samping dari obat tersebut.</p> <p>2. Pasien dapat memperlihatkan cara penggunaan obat dengan benar</p> <p>3. Pasien mendapatkan informasi mengenai efek samping obatnya,</p> <p>4. Pasien dapat memahami</p>	<p>1. Mengevaluasi SP 1 menghardik, kemudian Mendiskusikan dengan pasien mengenai dosis, frekuensi, serta manfaat obat</p> <p>2. Anjurkan pasien meminta obat secara mandiri pada perawat dan mengetahui manfaatnya</p> <p>3. Anjurkan pasien mengatakan pada dokter mengenai efek obat yang diraskan</p> <p>4. Diskusikan mengenai akibat</p>

	akibat yang yang ditimbulkan disebabkan jika berhenti jika berhenti meminum obat meminum obat Pasien dapat menyebutkan Bantu pasien prinsip 5 menggunakan dengan prinsip 5 benat benar obat menggunakan obat
TUK 3 :	SP 3
Pasien dapat mengontrol halusinasinya	<p>1. Pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.</p> <p>2. Pasien dapat menyebutkan cara baru yang digunakan untuk mengontrol halusinasinya.</p> <p>Pasien dapat memilih dan mendemonstrasikan tindakan untuk mengatasi halusinasinya.</p> <p>a. Dengan mengatakan “saya tidak mau mendegar suara kamu, kamu suara</p>

palsu” ketika halusinsi terjadi.

- b. Bercakap-cakap dengan menemui orang lain atau perawat untuk mengatakan halusinasi yang di dengar.
 - c. Membuat aktivitas kegiatan yang sudah terjadwal terapi musik yang sudah disusun untuk dilakukan.
 - d. Memberitahukan pengobatan yang dapat dilakukan dengan minum obat dan pengobatan non farmakologi yang dapat dilakukan dengan terapi musik untuk mengontrol halusinasi
 - e. Bantu pasien untuk memilih cara yang telah dianjurkan untuk dilakukan
 - f. Memantau
-

			tindakan yang telah dipilih dan dilakukan, jika berhasil berikan pujian pada klien
		g.	Selalu libatkan pasien dalam TAK : untuk menstimulasi persepsi sensori pasien
SP 4			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilatih SP 1 menghardik, dan SP 2 minum obat, SP 3 berbincang dengan orang lain dan mendengarkan musik instrumental. 2. Menanyakan kegiatan yang disukai pasien 3. Melakukan kegiatan yang disukai pasien 4. Masukan kegiatan yang disukai pasien pada jadwal harian. 			
Resiko perilaku kekerasan	TUM : Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasnya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x interaksi diharapkan pasien	Membina hubungan saling percaya dengan mengutamakan prinsip komunikasi terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam

	dapat menunjukan percaya kepada perawat :	ketika berinteraksi
	1. Wajah yang tampak tersenyum dengan cerah	2. Menyebutkan nama perawat
	2. Mau berkenalan	3. Menanyakan identitas pasien
	3. Terjalin kontak mata	4. Menjelaskan tujuan pertemuan
	4. Mau menceritakan tentang hal yang dirsakannya	5. Tunjukan bersikap empati dan menerima pasien
TUK 2 :		6. Membuat kontak waktu
Pasien dapat mengidentifikasi sikap dan perilaku kekerasan		Bantu pasien mengungkapkan perasaan jengkel atau marah dan dengarkan dengan penuh perhatian
		SP 1 :
	Setelah dilakukan tindakan keperwatan selama 3x interaksi diharapkan pasien dapat menceritakan penyebab marah dan jengkelnya :	1. Anjurkan pasien untuk mengungkapkan rasa marah dan jengkelnya
	1. Tanda secara fisik : mata kemrahann,, tangan mengepal dan wajah tampak tegang	2. Bantu pasien untuk menggali tanda dan gejala perilaku kekerasannya :
	2. Tanda secara emosional : perasaan marah,	a. Motivasi pasien menceritakan kondisi secara fisik ketika perilaku kekerasan terjadi
		b. Motivasi pasien untuk menceritakan keadaan meosis ketika terjadi

	jengkel	perilaku
3. Tanda secara sosial : TUK 4 : Pasien dapat mengidentifi kasi akibat dari perilaku kekerasan	bermusuhan ketika perilaku kekerasan terjadi	c. Motvasi pasien untuk menceritakan kondisi hubunganya dengan orang lain ketika terjadi perilaku kekerasanya
TUK 5 : Pasien dapat menunjukan cara mengontrol perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x interaksi, diharapkan pasien dapat menjelaskan akibat dari cara yang telah digunakan :	3. Observasi tanda perilaku kekeras yang dialami pasien 4. Simpulan bersama dengan pasien mengenai tanda jengkel dan kesalnya
TUK 6 : Pasien mengguna	benda disekitar dapat rusak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bicarkan akibat dari cara yang pasien lakukan : <ol style="list-style-type: none"> a. Diri sendiri b. Orang lain dan keluarga c. Lingkungan 2. Ajak pasien unutk menyimpulkan dari cara yang dlakukan 3. Tanyakan pada pasien apakah mengetahui cara sehat untuk mengontrol marah dan jengkel 1. Diskusikan dengan pasien mengenai cara yang dipilih

<p>n obat secara benar sesuai dengan program yang ditetapkan</p> <p>Setelah dilakukan 3x interaksi diharapkan klien yang dapat menunjukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fisik 2. Verbal 3. Sosial 4. Spiritual 	<p>dan tepat untuk mengungkapkan amarh</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien dapat mengidentifikasi cara yang telah dipilih 3. Bantu klien memperagakan cara yang telah dipilih <ol style="list-style-type: none"> a. Demonstrasika n cara yang telah dipilih b. Jelaskan manfaat dari cara tersebut c. Beri arahan pada pasien, apabila carea tersebut belum sesuai <p>Setelah dilakukan 3x interaksi, diharapkan pasien dapat menyebutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manfaat dari minum obat dan kerugian apabila tidak meminum obat 2. Nama, warna,dosis, serta efek samping dari obat 3. Mampu benar memperagakan
	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien mengenai : <ol style="list-style-type: none"> a. Manfaat meminum obat dan kerugian apabila tidak meminum obat b. Nama obat, dosis, frekuensi manfaat dan efek samping dari obat 2. Bantu klien menggunakan obat dengan orinsip 5 3. Anjurkan klien

	n	cra	menjelaskan penggunaan obat yang benar. Mampu menyebutkan jika minum obat tanpa konsultasi dengan dokter	4. Diskusikan akibat berhenti meminum obat tanpa berkonsultasi dengan dokter 5. Anjurkan pasien agar berkonsultasi pada dokter atau perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan 6. Beri reinforcement apabila pasien meminum obat dengan benar.
Isolasi sosial : menarik diri	TUM : Pasien dapat berinteraksi bersama orang lain	Setelah 3x TUK 1 : mengungkapkan hal apa yang membina dirsakannya saai hubungan saling percaya	1. Bina hubungan saling percaya dengan prinsip terapi terepeutik 2. Sapa pasien secara verbal mauoun non verbal dengan ramah 3. Ekpresi terlihat bersahabat 4. Menunjukan rasa senang 5. Terdapat kontak mata 6. Dapat berjabat	1. Ekpresi terlihat bersahabat 2. Menunjukan rasa senang 3. Terdapat kontak mata 4. Dapat berjabat

	tangan	7. Tunjukan	sifat
5.	Dapat menjawab salam	empati dan menrima pasien apa adanya	
6.	Pasien tidak menolak duduk berdampingan dengan perawat	SP 1	
7.	Dapat mengutarakan masalah yang sedang dialami	1. Tanyakan pada pasien mengeani :	
		a. Orang yang tinggal satu rumah atau teman sekamarnya	
		b. Hal apa yang membuat pasien merasa dekat dengan orang itu	
	Setelah 3x berinteraksi, pasien mulai dapat menyebutkan penyebab dirinya menarik diri yang dimulai dari :	c. Apa hal pasien merasa jauh dengan orang tersebut saat ini	
	1. Diri sendiri	d. Usaha yang sudah dilakukan untuk mendekatkan diri dengan orang lain	
	2. Orang		
	3. Lingkungan sekitarnya		
		2. Kaji pengetahuan yang dimiliki klien tentang menarik diri dan tanda yang dimilikinya	
		3. Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan hal yang dirasakannya sebagai penyebab	

TUK 2 :
Pasien dapat menyebutkan penyebab menarik diri

<p>menarik diri</p> <p>Setelah 3x berinteraksi pasien mulai dapat menyebutkan keuntungan jika berinteraksi dengan orang lain seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki banyak teman 2. Tidak merasa kesepian 3. Dapt berdiskusi 4. Saling menolong <p>TUK 3 :</p> <p>Pasien dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian yang akan terjadi jika</p>	<p>4. Berikan pujian untuk ekammpuan pasien dalam mengungkapkan yang dirasakannya</p> <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan klien mengenai manfaat dan keuntungan jika berinteraksi dengan orang lain 2. Beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaanya mengenai berinteraksi dengan orang lain 3. Diskusikan bersama pasien mengenai keuntungan jika berinteraksi dengan orang lain 4. Berikan reinforcement positif pada kemampuan pasien untuk mengungkaokan perasaan tentang kebuntungan berinteraksi dengan orang lain 5. Kaji pengetahuan pasien mengenai kerugian apabila tidak berinteraksi
---	---

<p>tidak berinteraksi dengan orang lain.</p> <p>Setelah 3x berinteraksi pasien mulai dapat mengaplikasikan hubungan sosial secara bertahap meliputi :</p> <p>K – P</p> <p>K – P – K</p> <p>K – P – Kel</p> <p>K -P -Klp</p>	<p>dengan orang lain</p> <p>6. Berikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaanya tentang kerugian jika tidak berinteraksi dengan orang lain</p> <p>7. Diskusikan bersama pasien mengenai kerugian apabila tidak tidak berinteraksi dengan orang lain</p> <p>8. Berikan reinforcement positif terhadap kemampuan mengeungkapkan perasaanya mengenai kerugian, jika tidak berinteraksi dengan orang lain</p>
SP 3	
<p>1. Kaji kemampuan yang dimiliki klien untuk membina hubungan dan berinteraksi bersama orang lain</p> <p>2. Dorong dan arahkan pasien untuk membangun hubungan dengan orang lain seperti tahap :</p> <p>K – P</p>	

K – P – P lain

K – P – P – K lain

3. Berikan kesempatan pada keberhasilan yang dicapai pasien
 4. Bantu pasien untuk mengevaluasi manfaat dari berinteraksi
 5. Diskusikan jadwal yang telah disepakati bersama pasien untuk mengisi waktu
 6. Motivasi pasien untuk mengikuti kegiatan di ruangan
 7. Berikan reinforcement untuk kegiatan ruangan yang sudah dilakukan pasien
-

G. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

Hari/TGL	Implementasi	Evaluasi
01 April 2024 Jam : 08.00 WIB	<p>Data :</p> <p>Pasien mengatakan dia mendengar suara-suara yang berbisik kepadanya untuk bertengkar dengan orang lain dan selalu ada ketika dia sendirian.</p> <p>Dx Keperawatan :</p> <p>Persepsi halusinasi</p> <p>Tindakan Keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menyapa pasien 3. Memperkenalan diri dengan sopan 4. Menanyakan nama lengkap dan nama yang disukai 5. Menjelaskan tujuan pertemnaan 6. Jujur, menepati janji dan bersikap simpati serta menerima pasien apa adanya. 	<p>S :</p> <p>“selamat pagi juga mba.. nama saya “T” senang dipanggil “T” rumah saya di sragen”</p> <p>“saya mau berbincang-bincang dengan mba.”</p> <p>“perasaan saya hari ini bingung mba..pengen pulang”</p> <p>“saya masuk kesini karena minum obat terlalu banyak dan di rumah saya sering marah-marah dan melempar barang-barang, karena saya ada mendengar suara bisikan-bisikan yang menyuruh saya berkelahi dengan orang disekitar saya”</p> <p>“ya.. saya mau diajari cara menghardik itu”</p> <p>“kalau mendengar suara-suara saya langsung tutup telinga dan bilang dalam hati, pergi-pergi.. jangan ganggu saya kamu suara palsu pergi jangan ganggu saya kamu suara palsu pergi, seperti itu mba.”</p>

7. Membantu pasien mengenal masalah O :

halusinasinya

8. Mengidentifikasi waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi

9. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

1. Pasien mau berjabat tangan dan memperkenalkan dirinya.

2. pasien nampak kebingungan dan gelisah.

3. Pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.

Rencana tindak lanjut

A :

1. Mengevaluasi SP 1 dan mengajarkan SP 2 untuk mengontrol halusinasinya dengan meminum obat yang banar.

Pasien mampu melakukan satuan pelaksanaan 1 pasien (SP1P) yaitu mengenal halusinasi dengan cara menghardik.

P :

1. Evaluasi SP 1 lanjut SP 2

2. Membuatkan pasien jadwal untuk kegiatan sehari – hari.

3. mengajurkan pasien untuk melakukan SP 1 menghardik ke dalam jadwal kegiatan yang sudah diajarkan dan melakukan SP 1 yang sudah terjadwal.

2	Data :	S :
Selasa, 02	1. Pasien mengatakan kadang-kadang mendengar suara-suara orang memintanya	“selamat pagi juga mba..”
April 2024	untuk memukul orang, ketika dia menyendiri.	“saya sudah melakukan cara menghardik yang mba ajarkan sesuai jadwal”
Jam : 09.00	2. Pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan yang sudah dijadwalkan	“saya mau diajarkan cara mengonsumsi obat dengan benar”
WIB		“obat ini harus rutin diminum supaya saya cepat sembuh dan kalo sudah habis bisa minta ke dokter atau perawat”
		“tadi pagi saya sudah minum obat ini mba..”

Dx. Keperawatan :

Halusinasi Pendengaran

Tindakan Keperawatan

SP 2 :

1. Memvalidasi SP 1
2. Mengajarkan pasien untuk mengonsumsi obat yang benar dan memasukannya pada jadwal kegiatann.

Rencana Tindak Lanjut :

1. Evaluasi SP 1 dan SP 2

O :

1. Pasien nampak senang
2. Pasien mampu mendemonstrasikan SP 2 mengetahui cara meminum obat yang benar

A :

pasien mampu mendemonstrasikan SP 2 meminum obat dengan benar.

2. Ajarkan cara ketiga dengan mendengarkan P :
musik instrumental.

1. Evaluasi SP 1 dan SP 2 dan dilanjutkan SP 3 mendengarkan musik instrumental.
2. Menganjurkan pasien untuk melakukan SP 1, SP 2 yang sudah diajarkan dan memasukan kedalam jadwal kegiatan.

3 **Data :**

Rabu, 03 1. Pasien mengatakan hari ini perasaanya
April 2024 senang

Jam : 2. Pasien mengatakan sudah jarang
09.15 mendengar suara-suara yang
WIB membisiknya.

 3. Pasien nampak antusias dalam
 melaksanakan jadwal kegiatannya

S :

“selamat pagi mba.. Ida”
“saya sudah tidak mendengar suara-suara itu lagi
mba”
“saya sudah melakukan cara-cara yang mba ajarkan.
“saya setiap pagi setelah mandi saya mengikuti
kegiatan di jadwal dan menyetel musik yang mba
rekomendasikan untuk menghilangkan halusinasi
saya”

Dx. Keperawatan :

Halusinasi pendengaran

O :

1. Pasien nampak senang.
2. Pasien nampak antusias dalam melaksanakan

Tindakan Keperawatan :

SP 3 :

1. Memvalidasi SP 1 dan SP 2
2. Mengidentifikasi kegiatan yang bisa dilakukan pasien.

kegiatan yang sudah dijadwalkan.

A :

Pasien mampu mengikuti kegiatan dengan baik.

P :

1. Evaluasi SP 1 sampai SP 3 dilanjut dengan SP.
2. Mengajurkan pasien untuk melakukan kegiatan yang sudah dijadawalkan.

Rabu, 03

April 2024

Jam : Pasien mengatakan masih merasa kesal jika mendengar suara-suara bisikan dan membuatnya marah ingin memukul pintu dan melempar barang-barang. Ekspresi pasien tampak tegang dan mudah tersinggung.

Data :

S :

1. Pasien mengatakan perasaan saat ini baik.
 2. Pasien mengatakan bersedia berbincang-bincang.
 3. Pasien mengatakan masih merasa kesal jika mengingat perkataaan tetangganya.
 4. Pasien mengatakan kerugian dari perilaku kekerasan adalah badanya akan terluka saat
-

Dx. keperawatan :

Resiko perilaku kekerasan

Tindakan keperawatan :

1. Melakukan komunikasi terapeutik bina hubungan saling percaya (BHSP).
2. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan dan kerugian akibat dari perilaku kekerasan.
3. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, assertif, dan spiritual.
4. Melatih mengontrol perilaku kekerasan (PK) secara fisik, tarik nafas dalam dan memukul bantal.

Rencana Tindak Lanjut :

1. Mengevaluasi SP 1 (memukul bantal dan

memukul dirinya.

5. Pasien mengatakan mau diajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu memukul bantal, dan menarik nafas.
6. Pasien mengatakan merasa sedikit nyaman setelah melakukan latihan memukul bantal dan menarik nafas dalam.

O :

Pasien sulit kooperatif saat berinteraksi, mudah tersingung saat diajak berinteraksi.

A :

Resiko perilaku kekerasan belum teratasi.

P :

Anjurkan pasien untuk latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal dan tarik nafas dalam 2 x sehari jam 09.00 WIB dan 19.00 WIB.

tarik nafas dalam).

2. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat (SP 2).
3. Masukan kegiatan yang sudah dilakukan pada jadwal kegiatan.

Rabu, 03

April 2024

Data :

Jam :

14.35 Pasien mengatakan sudah lebih tenang dari sebelumnya dan pasien terlihat masih mengepalkan tangan, dan nada seikit tinggi.
WIB
SP 2

Diagnosa keperawatan :

Resiko perilaku kekerasan

Tindakan keperawatan :

1. Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian.
2. Melatih cara mengontrol perilaku

S :

1. Pasien mengatakan perasaan saat ini baik.
2. Pasien mengatakan masih ingat cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memuku; bantal dan tarik napas dalam.
3. Pasien mengatakan mau diajarkan cara minum obat dengan 6 benar.
4. Pasien mengatakan mau memasukan cara minum obat pada jadwal kegiatan.

O :

Pasien terlihat sudah mampu melakukan SP 1 dan SP 2 yang sudah dilatih tetapi pasien masih tampak

	<p>kekerasan dengan minum obat dan menjelaskan 6 benat : jenis, dosis, guna, frekuensi, cara minum, efek dari minum obat.</p> <p>3. Memasukan kegiatan yang dilatih pada jadwal kegiatan harian.</p> <p>4.</p>	<p>mengepalkan tangan dan nada suara sedikit tinggi.</p> <p>A : Resiko perilaku kekerasan belum teratasu</p> <p>P :</p> <p>Menganjurkan pasien untuk minum obat dengan 6 benar prinsip minum obat.</p>
4	<p>Data :</p> <p>Kamis, 04 April 2024</p> <p>Jam : 09.05 WIB</p> <p>Dx. Keperawatan :</p>	<p>S :</p> <p>“selamat pagi juga mba”</p> <p>“hari ini perasaan saya sangat senang”</p> <p>“saya sudah mendengarkan musik yang mba berikan kemarin, saya sangat senang”</p> <p>“pagi ini saya sudah minum obat yang diberikan perawat”</p> <p>“perbedaan yang saya rasakan setelah minum obat, pikiran saya menjadi lebih tenang.</p> <p>“ada 2 macam obat yang sering saya minum mba, orange dan putih”</p> <p>“iya mba terimakasih atas sarannya, saya akan minum obat secara teratur.”</p>

Halusinasi pendengaran

O :

Tindakan keperawatan :

SP 4

1. Pasien kooperatif dan mampu menyebutkan macam-macam obat dan warnanya.
2. Pasien tampak tenang.

1. Memvalidasi SP 1- SP 3

A :

2. Mengidentifikasi perbedaan ketika pasien minum obat dan tidak minum obat.

Pasien optimal dalam menggunakan obat.

3. Memvalidasi pasien terhadap obat yang didapatkan.

P :

4. Memberi penjelasan mengenai obat yang didapat pasien (dosis,waktu,cara pemberian dan efek jika tidak minum obat secara teratur).

1. Evaluasi SP 1- SP 4

2. Menganjurkan pasien untuk selalu melakukan kegiatan yang sudah terjadwal.

Rencana Tindak Lanjut :

1. Evaluasi dan optimalkan SP 1- SP 4 dilanjutkan evalausai SP 1-2 RPK dan lanjutkan SP 3-4 RPK.

Kamis, 04
April 2024
Jam :
10.20
SP 3

Data :

Pasien mengatakan masih ingat dengan kegiatan yang sudah dilatih dan pasien tampak senang dan kooperatif, namun nada suara masih sedikit tinggi.

Diagnosa keperawatan :

Resiko perilaku kekerasan

Tindakan keperawatan

1. Evaluasi kegiatan harian latihan fisik dan obat, beri pujian.
2. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
3. Melatih mengontrol marah dengan latihan assertif dengan mengatakan keinginan dengan baik tanpa melukai orang lain.
4. Memasukan kegiatan yang sudah dilatih.

S :

1. Pasien mengatakan perasaan saat ini baik.
2. Pasien mengatakan masih ingat cara mengontrol perilaku kekerasan, dengan memukul bantal, tarik nafas, minum obat, verbal dan mendengarkan musik instrumental.
3. Pasien mengatakan mau diajarkan mengontrol marah dengan verbal dan terapi musik instrumental..
4. Pasien mengatakan jika ingin sesuatu maka ia akan mengatakan “pak, bu saya ingin uang untuk belanja makanan”.
5. Pasien mengatakan merasa nyaman setelah melakukan terapi.
6. Pasien mau memasukan kegiatan yang sudah dilatih ke dalam jadwal kegiatan harian.

O : pasien terlihat sudah mampu melakukan SP 1, SP 2, SP 3 dan terapi musik instrumental, namun intonasi masih tinggi.

Rencana tindak lanjut.**A :**

1. Mengevaluasi SP 1 memukul bantal dan tarik nafas dalam. Resiko perilaku kekerasan belum teratas.
 2. Mengevaluasi SP 2 minum obat 6 benar prinsip benar.
 3. Mengevaluasi SP 3 dengan verbal dan mendengarkan musik instrumental untuk merileksasikan diri.
 4. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual (SP 4).
 5. Memasukan kegiatan yang sudah dilatih pada jadwal harian.
- P : Anjurkan pasien untuk melatih mengontrol marah dengan relaksasi mendengarkan musik setiap 2 x sehari jam 10.00 WIB dan 19.00 WIB.

S :**Data :**

Kamis, 04 April 2024 Jam : 13.15 WIB SP 4

Pasien mengatakan masih ingat cara mengontrol marah dan pasien tampak tenang dan kooperatif.

Diagnosa Keperawatan :

Resiko perilaku kekerasan

1. Pasien mengatakan perasaan saat ini baik.
2. Pasien mengatakan masih ingat cara mengontrol PK, dengan memukul bantal, tarik nafas, minum obat, latihan verbal.
3. Pasien mengatakan mau diajarkan latihan mengontrol PK dengan spiritual.

Tindakan keperawatan :

1. Mengevaluasi SP 1 latihan fisik memukull bantal dan tarik nafas dalam,
2. Mengevaluasi SP 2 minum obat dengan prinsip 6 benar.
3. Mengevaluasi SP 3 dengan latihan verbal.
4. Mengevaluasi terapi musik.
5. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual ASP 4
6. Memasukan kegiatan yang sudah dilatih.

4. Pasien mau memasukan kegiatan yang sudah dilaatih ke dalam jadwal kegiatan harian.

O : Pasien mampu mempraktekan cara mengontrol perilaku kekerasan, dengan fisik, obat, verbal dan spiritual.

A : Resiko perilaku kekerasan belum teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan dan evaluasi seluruh kegiatan yang sudah dilatih.

Rencana Tindak Lanjut :

1. Mengevaluasi kegiatan yang sudah dialtih.
2. Berikan pujian pada pasien.
3. Bantu pasien untuk melakukan kegiatan.
4. Lanjutkan evaluasi SP 1-4 RPK dan S :
lakukan SP 5.

Data :

Kamis, 04

1. Pasien mengatakan persamaan saat ini baik.
2. Pasien mengatakan masih ingat cara mengontrol

April 2024	Pasien mengatakan sudah mampu mengontrol marahnya sendiri dan pasien tampak tenang, dan juga kooperatif.	perilaku kekerasan dengan memukul bantal, tarik nafas dalam, minum obat, verbal dan spiritual.
Jam : 15.20 WIB SP 5	Diagnosa keprawatan : Resiko perilaku kekerasan Tindakan keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien mengatakan kalau ingin sesuatu maka mengatakan (pak, bu saya mau minta uang untuk berbelanja” 4. Pasien mau memasukan kegiatan yang sudah dilatih ke dalam jadwal kegiatan harian. <p>O : pasien sudah mampu mempraktekan cara mengontrol perilaku kekerasan, dengan memukul bantal, tarik nafas dalam, minum obat, verbal, dan spiritual.</p>
	1. Mengevaluasi kegiatan latihan fisik SP 1. 2. Mengevaluasi SP 2 minum obat dengan prinsip 6 benar. 3. Mengevaluasi SP 3 dengan latihan verbal. 4. Mengevaluasi SP 4 dengan spiritual. 5. Nilai kemampuan yang sudah dilakukan secara mandiri.	A : Resiko perilaku kekerasan teratas. P : Anjurkan pasien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih saat marah.
