LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Prosedur Operasional (SPO) Pengkajian Psikiatik

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI BANDUNG JURUSAN KEPERAWATAN BANDUNG Standar Procedur Operasional (SPO)	

PENGKAJIAN S.D PERENCANAAN KEPERAWATAN PSIKIATRIK

A. TUJUAN

a. Memperoleh data yang akurat dan mendukung adanya masalah keperawatan pada Pasien dengan gangguan jiwa (psikiatrik)
b. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa (psikiatrik)
c. Membuat perencanaan keperawatan jiwa (psikiatrik)

B. RUANG LINGKUP

Indikasi dilakukan pada Pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (psikiatrik)

C. ACUAN

1. Gorman Linda N & Anwar Robynn.2014. Neeb's Fundamentals of Mental Health Nursing. . Ed.4. F.A. Davis Company.Philadelphia
2. Budi Anna Keliat. 2006. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa.Ed2.Jkt:EGC
3. Diklat RSCM Bogor. 2007. Standar Proses Keperawatan Jiwa
4. PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta.
5. Townsend, Mary C. 2008. Essentials of Psyichiatric Mental Health Nursing. Ed.4.By F.A. Davis Company. Philadelphia
6. Yosep Iyus. 2010. Keperawatan Jiwa, Refika Aditama. Bandung

7. Yusuf Ah, PK Fityasari R, Nurhayati Endang H. 2015.Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Salemba Medika

D. DEFINISI

1. Pengkajian pasien gangguan kesehatan jiwa adalah : pengumpulan data yang akurat dan sistematis pada pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa
2. Merumuskan diagnose keperawatan jiwa (psikiatrik) adalah: kegiatan yang dimulai dengan mengelompokkan data dan membuat rumusan diagnose keperawatan dan disampaikan kepada Pasien.
3. Membuat perencanaan adalah: menyampaikan prioritas masalah/diagnose keperawatan dan rencana tindakannya

E. PROSEDUR

1. Tanggung jawab dan wewenang

a. Bagian akademik sebagai penanggung jawab pembelajaran
b. Koordinator mata ajaran keperawatan Jiwa yang bertanggung jawab dalam pengelolaan ketercapaian prosedur pengkajian sampai dengan perencanaan Pasien dengan gangguan kesehatan jiwa (psikiatrik)
c. Pembimbing praktek pendidikan dan lahan yang bertanggung jawab dalam membimbing dan menilai ketercapaian pelaksanaan prosedur tindakan setiap peserta didik secara objektif baik di laboratorium mapun di lahan praktek

2. Pelaksanaan

2.1.2Pastikan kebutuhan Pasien mengalami gangguan psikiatrik untuk dilakukan pengkajian

2.1.3Cuci tangan (sesuai SPO)

2.1.4Persiapan alat

1) Pedoman penilaian pengkajian psikiatrik

2) Alat-alat pemeriksaan fisik (Spignomanometer, stetoskop, Timbangan BB, microtois dan 1 lembar kertas HVS (untuk mengkaji tremor)
3) Kertas kecil & ballpoint untuk mencatat data yang sulit diingat seperti; genogram dll
4) Persiapan lingkungan

1) Mengatur posisi berhadapan/sedikit menyamping (sesuai kebutuhan)

2) Minimalkan stimulus bagi Pasien & menjaga privacy dengan menutup gordin/pintu.

3) Menjaga jarak terapeutik (45 cm-120 cm)

5) Persiapan Pasien (Orientasi)

1) Mengidentifikasi identitas Pasien dengan benar
2) Mengucapkan salam, tersenyum
3) Memperkenalkan diri (status, nama dan nama panggilan)
4) Menanyakan nama Pasien dan nama panggilan yang disukai
5) Menjelaskan peran Perawat – Pasien (**sesuai kebutuhan**)
6) Menjelaskan kerahasiaan (**sesuai dengan kebutuhan)**
7) Menjelaskan rencana tindakan dan tujuannya
8) Menyepakati kontrak (waktu, tempat dan topik)
9) Menanyakan tindakan yang telah dilakukan sebelumnya terkait dengan tindakan yang akan dilakukan
10) Membicarakan topik netral : menanyakan aktivitas yang sudah dilakukan dan perasaan Pasien setelah melakukan aktivitas tersebut
11) Memberikan respon verbal dan non verbal yang sesuai

6) Pelaksanaan :

2. **Melakukan Pengkajian**

1. Mengkaji identitas Pasien & keluarga
2. Mengkaji faktor presipitasi dan alasan masuk rumah sakit:

a. Menanyakan tanda dan gejala yang menyebabkan Pasien dibawa ke RS (**alasan masuk RS**)

b. Menanyakan kondisi yang menyebabkan tanda dan gejala tersebut muncul (**faktor presipitasi**)

c. Menanyakan perasaan Pasien (setelah menyatakan alasan masuk pencetusnya.

3. Mengkaji faktor predisposisi, meliputi :

a. Menanyakan pernahkan mengalami gangguan jiwa di masa lalu

b. Menanyakan pengobatan sebelumnya

c. Menanyakan pernahkan mengalami aniaya fisik,seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan criminal

d. Menanyakan riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa

e. Menanyakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

4. Melakukan Pemeriksaan fisik **(focus pada kebersihan & efek samping obat):**

a. Mendekatkan alat-alat yang akan digunakan

b. Menjelaskan alat yang akan digunakan untuk melakukan pemeriksaan fisik **(apabila Pasien belum tahu)**

c. Menanyakan keluhan fisik yang dirasakan saat ini

d. Mengukur tinggi Badan dan Berat Badan

e. Mengkaji sistem integument : Melakukan pemeriksaan kebersihan diri dan adanya alergi (ruam pada kulit) setelah 6 minggu pemberian obat

f. Mengkaji sistem penglihatan dan pendengaran:Menanyakan & mengobservasi adanya penglihatan kabur dan pendengaran berkurang.

g. Mengkaji sistem pencernaan : Menanyakan dan mengobservasi adanya : mulut kering, stomatitis, konstipasi dan nyeri lambung.

h. Mengkaji sistem endokrin : Menanyakan dan mengobservasi adanya pembesaran kelenjar tiroid dan perubahan BB setelah minum obat.

i. Mengkaji sistem perkemihan : Menanyakan dan mengobservasi adanya retensi urine (berapa banyak minumnya, apakah baknya lancer

j. Mengkaji sistem persyarafan : Menanyakan dan mengobservasi adanya ***drowness*** (mengantuk) dan **tremor** (sebagai efek samping obat terhadap sistem ekstrapiramidal)

k. Mengkaji sistem musculoskeletal : Menanyakan dan mengobservasi adanya kekakuan dan kelematan otot pada ekstremitas,adanya kataton dan stupor (karena penyakit), dan adanya ngences akibat kekakuan otot pada daerah facial

l. Mengukur Tekanan Darah dilakukan 2 kali pada posisi yang berbeda (untuk mengetahui adanya efek samping obat ; hipotensi orthostatic)

Mengukur tekanan darah (TD) ke-1, dapat dilakukan dalam dua posisi : **posisi tidur atau duduk (pilih salah satu sesuai kondisi)**

1) **Apabila Pengukuran TD 1 dalam Posisi tidur :**
   Meminta Pasien untuk berbaring lakukan pengukuran TD -1. Setelah TD ke -1 diukur, manset tidak dilepas,**Pasien diminta duduk,** kemudian : tanyakan apakah Pasien merasa pusing pada saat berubah posisi, apakah ada kekakuan pada lutut :periksa refleks patella, kemudian periksa,RR, Nadi dan suhu (**apabila demam**), **masih dalam posisi duduk lakukan pengukuran tekanan darah ke-2**
2) **Apabila pengukuran TD I dalam Posisi duduk :**

Meminta Pasien untuk duduk , lakukan pengukuran TD ke-1, setelah TD diukur, manset tidak dilepas **Pasien diminta berdiri,** kemudian : tanyakan apakah Pasien merasa pusing pada saat berubah posisi, periksa RR,Nadi dan suhu (**suhu sesuai kebutuhan**),apakah ada kekakuan pada kaki : Pasien diminta untuk berjalan, **masih dalam posisi berdiri lakukan pengukuran TD ke-2**

5. Mengkaji aspek psikososial, hubungan social, sistem pendukung dan spiritual

a. Menanyakan genogram (3 generasi, paling sedikit)

b. Menanyakan konsep diri (gambaran diri, identitas, peran, ideal diri dan harga diri)

c. Mengkaji Hubungan social :

1) Menanyakan siapa orang yang dekat/ seseorang yang bisa dijadikan tempat curhat

2) menanyakan peran serta Pasien dalam kegiatan kelompok /masyarakat,

3) menanyakan adakah hambatan dalam berhubungan

d. Menanyakan Sistem pendukung: keluarga, teman (sekolah, satu pekerjaan , atasan) dan lingkungan

e. Melakukan pengkajian spiritual :

1) Menanyakan pandangan Pasien terhadap kehidupannya

2) Menanyakan keyakinan Pasien akan penyakit yang dialaminya

3) Menanyakan keyakinan Pasien akan kesembuhan penyakitnya

4) Menanyakan kegiatan keagamaan /ibadah yang dilakukan Pasien selama sakit.

6. Melaksanakan pemeriksaan status mental:

a. Mengobservasi penampilan, dan menyatakan hasilnya : rapih/tidak rapi,sesuai/ tidak sesuai

b. Mengobservasi pembicaraan dan menyatakan hasilnya:cepat,keras,gagap, inkoheren, apatis, lambat, membisu, lembut dan jelas,sulit memulai pembicaraan

c. Mengobservasi aktivitas motoric dan menyatakan hasilnya : lesu, tegang, gelisah, agitasi, tik, grimasen, tremor,kompulsif, tenang.

d. Menanyakan dan mengobservasi alam perasaan (mood) saat ini dan menyatakan hasilnya : sedih, ketakutan, putus asa, khawatir,gembira berlebihan, senang.

e. Mengobservasi afek dan menyatakan hasilnya : datar, tumpul, labil,sesuai / tidak sesuai
f. Menyampaikan hasil observasi interaksi selama wawancara : bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang, defensif/bertahan pada pendapatnya, kooperatif.
g. Menanyakan adanya halusinasi pendengaran, penglihatan, penghidu, perabaan, pengecapan, atau persepsi akurat
h. Menyampaikan hasil observasi alur pikir : sirkumstansial, tangensial, kehilangan asosiasi, flightofidea, blocking, perseverasi, tidak terganggu
i. Mengobservasi isi pikir dan menyatakan hasilnya: obsesi, phobia,hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait, pikiran magis, tidak terganggu
j. Mengobservasi isi pikir dan menyatakan hasilnya : waham agama,somatis, kebesaran,curiga, nihilistic, sisip pikir,siar pikir, control pikir, atau tidak ditemukan
k. Menyampaikan hasil observasi dan menyatakan hasilnya: tingkat kesadaran : bingung, sedasi, stupor, tidak terganggu
l. Menanyakan apakah Pasien mengenal : waktu,tempat dan orang
m. Menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan daya ingat ; jangka panjang, jangka pendek dan saat ini , serta mengobservasi adanya konfabulasi
n. Menyampaikan hasil observasi tingkat konsentrasi apakah mudah beralih,tidak mampu konsentrasi dan mengobservasi kemampu berhitung sederhana
o. Mengidentifikasi kemampuan penilaian : dapat /tidak dapat membuat penilaian yang sederhana, dengan memberikan contoh masalah sederhana
p. Menanyakan wawasan/daya tilik terhadap penyakitnya : mengingkari, menyalahkan hal-hal diluar dirinya, menyadari /mengatakan bahwa dirinya sedang sakit

7. Mengkaji Persiapan pulang & Mekanisme Koping

   a. Menanyakan dan melakukan observasi terhadap kebutuhan persiapan pulang:

      1) Makan ,bab, bak : mandiri, bantuan minimal, bantuan total

      2) Mandi,berpakaian / berhias : mandiri, bantuan minimal, bantuan total

3) Istirahat dan tidur : lamanya:tidur siang.malam dan kegiatan sebelum dan sesudah tidur

4) Menanyakan pengetahuan dan penggunaan obat: obat yang digunakan : nama/warna,manfaat , dosis dan cara.

5) Menanyakan penggunaan obat : bantuan minimal, bantuan total

6) Menanyakan Pemeliharaan kesehatan : perawatan lanjutan & perawatan pendukung

7) Menanyakan kegiatan yang biasa dilakukan di dalam dan di luar rumah

b. Mengkaji Mekanisme Koping

1) Menanyakan cara penyelesaian masalah saat ini yang adaptif dan maladaptif

8. Mengkaji Terapi Modalitas & Aspek Medis

a) Menanyakan Terapi gerak pernah dilakukan

b) Menanyakan Terapi Aktivitas Kelompok Musik (TAKM) yang pernah diikuti

c) Menanyakan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) yang pernah diikuti

d) Mengkaji diagnosa medik (data sekunder)

e) Mengkaji terapi medik : Obat dan ECT (primer atau sekunder)

f) Mengkaji hasil pemeriksaan Laboratorium (data sekunder)

g) Mengkaji hasil pemeriksaan diagnostic (data sekunder

II. **Merumuskan Masalah / Diagnosa keperawatan**

1. Melakukan pengelompokkan data yang selaras dan mendukung terhadap munculnya semua masalah keperawatan psikiatrik

2. Menyampaikan semua masalah keperawatan psikiatri yang muncul (sesuai DS dan DO) yang ditemukan

3. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti (kalimat sederhana)

4. Memperlihatkan sikap empati, tenang,bersahabat dan kontak mata

III. Membuat perencanaan

a. Menyampaikan masalah keperawatan yang akan diatasi berdasarkan prioritas

b. Menyampaikan rencana tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan prioritas masalah dan rasional / alasannya

c. Menyepakati bersama Pasien dan keluarga tentang rencana tindakan yang akan dilakukan

d. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti

e. Mengakhiri pertemuan

1. Mengingatkan waktu interaksi akan berakhir

2. Menanyakan perasaan Pasien tentang berakhirnya interaksi

3. Meminta Pasien menceritakan kembali apa yang telah dibicarakan /dilakukan

4. Menyatakan rencana tindak lanjut

5. Menyepakati kontrak pertemuan selanjutnya (topik, tempat & waktu)

6. Mengucapkan salam

F. **PENGENDALIAN/PEMANTAUAN**

1. Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani

2. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan

3. Format penilaian tindakan pengkajian keperawatan gangguan jiwa yang telah di tanda-tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan

G. DOKUMEN

d. SPO No : tentang cuci tangan

e. SPO No : tentang komunikasi terapeutik

f. SPO No : tentang etika

Pengesahan:

Versi 4 Disusun oleh: a.n. Tim Kep Jiwa Tim Keperawatan Jiwa	Ketua Program Studi Diploma III Kuslan Sunandar, S.KM., M.Kep., Sp.Kom	Disetujui dan disahkan oleh: Ketua Jurusan Keperawatan Bandung Dr.H.Asep Setiawan,SKp.,M.Kes

Lampiran 2 Tindakan Mengatasi Risiko Perilaku Kekerasan

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI BANDUNG JURUSAN KEPERAWATAN BANDUNG Standar Procedur Operasional (SPO)	

TINDAKAN MENGATASI RPK

A. TUJUAN

Klien mampu:

- Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan
- Menyebutkan tanda-gejala perilaku kekerasan yang dirasakan
- Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk melampiaskan perasaan marah
- Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- Menyebutkan cara mengatasi perilaku kekerasan yang tepat

B. RUANG LINGKUP

Klien Dengan risiko perilaku kekerasan

C. ACUAN

1. Gorman Linda N & Anwar Robynn.2014. *Neeb's Fundamentals of Mental Health Nursing*. . Ed.4. F.A. Davis Company.Philadelphia
2. Budi Anna Keliat. 2006. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*.Ed2.Jkt:EGC
3. Diklat RSCM Bogor. 2007. *Standar Proses Keperawatan Jiwa*
4. PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta.
5. Townsend, Mary C. 2008. *Essentials of Psyichiatric Mental Health Nursing*. Ed.4.By F.A. Davis Company. Philadelphia

D. DEFINISI

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku dengan tindak kekerasan yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis

E. PROSEDUR

1. Tanggung jawab dan wewenang

a. Bagian akademik sebagai penanggungjawab pembelajaran
b. Koordinator mata ajaran keperawatan Jiwa I dan Jiwa II yang bertanggung jawab dalam perencanaan (pembuatan silabus, SAP, SPO, dan menghubungi dosen) pelaksanaan pembelajaran dan evaluasi serta koordinasi dengan anggota tim mata ajaran keperawatan jiwa yang secara langsung berkaitan dengan SPO ini
c. Dosen dan tim mata ajaran Keperawatan Jiwa bertanggung jawab atas pencapaian kompetensi SPO ini di laboratorium keperawatan
d. Pembimbing klinik bertanggung jawab terhadap pelaksanaan praktek di lahan praktek

F. PELAKSANAAN

1. Persiapan klien dan keluarga
   a. Ucapkan salam dengan ramah
   b. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
   c. Lakukan kontrak dengan dengan klien dan keluarga berkaitan dengan rencana tindakan yang akan dilakukan
2. Persiapan Lingkungan
   a. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
   b. Jaga Privacy klien dengan melindungi baik secara fisik, dan psikososial.
   c. Batasi jumlah orang disekitarnya maksimal 3 orang
   d. Atur posisi dengan jarak terapeutik.
3. Tindakan Perawat Ners untuk klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan
   A. Diskusikan dengan klien perasaan dan penyebab marah/ perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
   B. Diskusikan tanda-tanda yang klien alami jika marah/ terjadi perilaku kekerasan, secara:..
      - Fisik
      - Emosi/ psikologis
      - Sosial
      - Spiritual
      - Intelektual
   C. Diskusikan bersama klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
   D. Diskusikan akibat dari perilaku kekerasan
   E. Ajarkan klien cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan/ perilaku kekerasan:
      - Menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 8 benar, keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat

- Secara fisik : tarik napas dalam, memukul bantal/ kasur, Olah Raga, atau pekerjaan lain yang memerlukan tenaga
- Secara sosial/verbal : Lakukan dalam kelompok cara marah yang sehat, latihan asertif latihan manajemen perilaku kekerasan, katakan bahwa anda sedang kesal/tersinggung/jengkel
- Secara spiritual : anjurkan klien sembahyang, berdoa, ibadah lain, meminta pada Tuhan untuk diberi kesabaran dalam menghadapi kekesalan atau kejengkelan.

F. Tindakan Perawat Ners untuk keluarga dengan Resiko Perilaku Kekerasan
- Tujuan : Keluarga mampu merawat klien dengan perilaku kekerasan dirumah.
- Menjelaskan masalah risiko perilaku kekerasan
- Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien risiko perilaku kekerasan
- Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien risiko perilaku kekerasan
- Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien risiko perilaku kekerasan
- Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up*, cara rujukan kesehatan klien dan mencegah kekambuhan

G. Mengakhiri interaksi:
- Mengingatkan waktu interaksi akan segera berakhir
- Menanyakan perasaan klien tentang berakhirnya interaksi
- Meminta klien menceritrakan yang telah dibahas
- Menganjurkan pada klien untuk melanjutkan tindakan yang telah diajarkan.
- Menyepakati kontrak baru untuk pertemuan berikutnya waktu, tempat, topik.
- Mengucapkan salam dengan ramah, sopan dan bersahabat.
- Dokumentasikan hasil tindakan dengan menggunakan format yang tersedia

H. Dokumentasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan dalam format asuhan keperawatan

I. PENGENDALIAN/PEMANTAUAN

1. Absensi mahasiswa dan dosen yang telah ditanda tangani
2. Dokumentasi laporan asuhan keperawatan

3. Format penilaian tindakan pengkajian keperawatan gangguan jiwa yang telah di tanda-tangani dan diberi nama jelas instruktur yang menilai dan peserta didik yang bersangkutan

Disusun oleh: a.n. Tim Kep Jiwa	Ketua Program Studi Diploma III	Disetujui dan disahkan oleh: Ketua Jurusan Keperawatan Bandung
Tim Keperawatan Jiwa	Kuslan Sunandar, S.KM., M.Kep., Sp.Kom	Dr.H.Asep Setiawan,SKp.,M.Kes

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan Pada Pasien RPK

4.1.3Pengkajian

g. Identitas Klien :

Inisial	: Tn.D (L)	Tanggal Pengkajian	: 19-20 April 2024
Umur	: 33 tahun	No. Medical Record	: 104701
Pendidikan	: SD	Agama	: Islam
Pekerjaan	: Buruh	Status Marital	: Cerai Hidup
Alamat	: Kp. Campaka 003/001 Kel. Pataruman Kec. Cihampelas Kota Bandung Barat	Suku	: Sunda
		Diagnosa Medis	: Skizofrenia Paranoid

h. Identitas Penanggung Jawab:

Inisial	: Ny.L (P)	Hubungan dengan klien	: Istri
Umur	: 28 tahun	Status Marital	: Cerai Hidup
Pendidikan	: SD	Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga		
Alamat	: Kp. Campaka 003/001 Kel. Pataruman Kec. Cihampelas Kota Bandung Barat		

i. Faktor Presipitasi dan Alasan Masuk

4) Presipitasi:
   Kehilangan.
5) Alasan Masuk RS
   Pasien mengatakan di rumah suka mengamuk dan memecahkan barang-barang karena emosi mendengar dan melihat bayangan yang membuat emosi meningkat sehingga pasien tidak dapat mengontrol perilaku kekerasan. Sebelum dibawa ke Rumah Sakit, pasien diberi air minum yang sudah diberi do'a oleh istrinya akan tetapi tak kunjung sembuh, sehingga Ny.L segera melapor ke RT,RW dan Tn. D di bawa ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat menggunakan ambulance oleh Ny.L, RT dan RW.
6) Saat Dikaji
   Saat dikaji pasien tampak sedih karena ingat anak, menunduk, kontak mata kurang, mudah tersinggung, sinis, postur tubuh kaku,pasien mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan, pasien mengatakan sejak di ruang tenang sudah tidak pernah mendengar dan melihat bayangan yang membuat emosi pasien meningkat, hasil dari pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah: 120/60 mmHg, N : 92x/menit, S: 36,6 ℃, R: 17x/menit.

g. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? [ ] Ya [√] Tidak
2) Pengobatan sebelumnya : [ ] Berhasil [ ] Kurang berhasil [ ] Tidak berhasil
3)

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya fisik	√ 33	√ 33	√ 33
Aniaya seksual	- -	- -	- -
Penolakan	- -	- -	- -
Kekerasan dalam keluarga	- -	- -	- -
Tindakan kriminal	- -	- -	- -

Jelaskan No. 1, 2, 3:
Pasien mengatakan pernah menjadi pelaku, korban, dan saksi dalam perkelahian bersama temannya.

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
[ ] Ya [√] Tidak

Hubungan keluarga	Tidak ada
Gejala	Tidak ada
Riwayat pengobatan/perawatan	Tidak ada

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
Pasien mengatakan hal yang tidak menyenangkan ketika anak yang ke dua meninggal sehingga pasien menjadi lebih emosi.

h. Fisik

5) Tanda vital TD I : 120/60 mmHg, N : 92x/menit, S: 36,6 ℃, R: 17x/menit

TD II: 130/70mmHg

6) Ukur: TB : 172 cm BB : 58 kg. IMT : 19,60 (normal) berat badan sebelum di rawat pasien tidak mengetahui.
7) Keluhan fisik: [√] Ya [ ] Tidak
Jelaskan:
Terdapat bekas luka gatal masih sedikit gatal dan perih
8) **Sistem Tubuh**

a) Sistem Integumen :
Pasien terdapat tato di kedua lengan,dada dan punggung, kulit bersih, rambut bersih, kuku pendek, terdapat luka gatal di lengan kiri dan telapak kanan terdapat bekas luka akibat memecahkan gelas.

b) Penglihatan dan pendengaran :
Pasien dapat melihat dengan jelas, pasien dapat membaca dengan jarak 30cm, pasien dapat mendengar dengan jelas, pasien dapat menyebutkan ulang apa yang dibisikan dengan jarak 30cm.

c) Pencernaan :
Bibir kering, mengunyah dan menelan tidak ada gangguan, nafsu makan tidak ada keluhan, bising usus: 7x/menit, BAB: 1x/hari, tidak ada nyeri perut,makan 3x 1porsi habis.

d) Endokrin :
Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, ada tremor, tidak ada tanda-tanda peningkatan atau penurunan gula darah, berat badan saat di rawat 58 kg namun saat sebelum dirawat pasien tidak mengetahui.

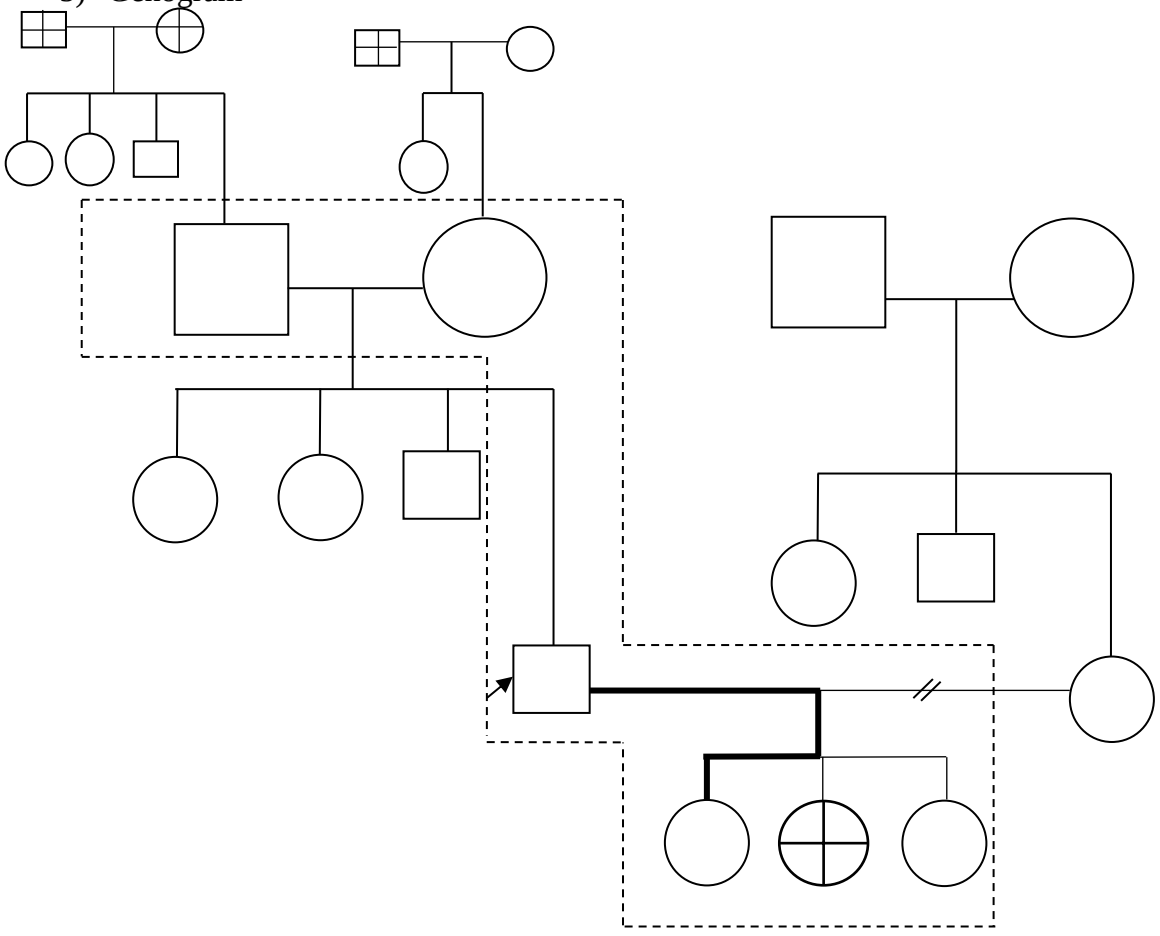
e) Perkemihan :
Minum air putih sebanyak 1,5 liter, BAK tidak terasa sakit, sehari 6-7x, warna urine kuning pekat, tidak ada keluhan.

f) Persyarafan:
Pasien tidak bingung dan gelisah, pergerakan lidah dan wajah tidak ada gangguan, dapat membedakan rasa dan bau, pasien terkadang merasa ngantuk ringan ketika setelah minum obat, pasien sedikit tremor, tidak ada ngences

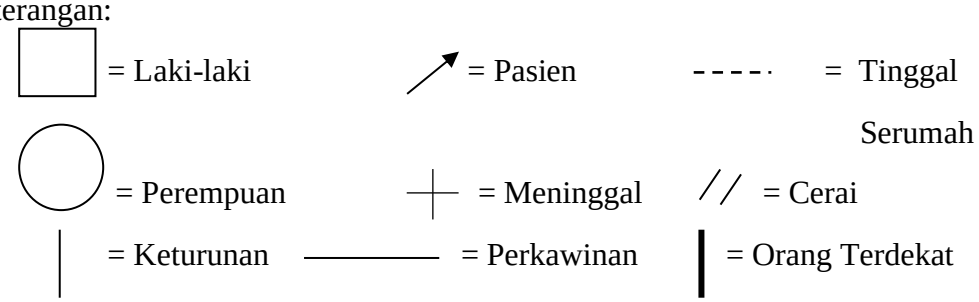
g) Muskuloskeletal
Pasien merasa pegal-pegal, tidak ada keterbatasan gerak, kekuatan otot ekstremitas bawah dan atas 5.

i. PSIKOSOSIAL

5) Genogram



Keterangan:



Jelaskan:

d) Pola asuh

Pasien diasuh oleh orang tuanya. Orang tua pasien selalu membebaskan apa yang dilakukan oleh pasien.

e) Pola penyelesaian masalah

Dalam menyelesaikan masalah pasien terkadang berdiskusi terlebih dahulu atau ditinggal mancing atau pergi dengan teman dan mabuk, dalam keluarga jika ada masalah selalu di diskusikan.

f) Pola komunikasi

Pasien dapat berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia dan Sunda kepada anggota keluarganya dan kerabatnya. masing-masing anggota keluarga memiliki *handphone* untuk memberi kabar.

6) Konsep diri

h) Gambaran diri :

Pasien mengatakan suka dengan anggota tubuh bagian kepala karena bisa digunakan untuk berfikir dan memberikan ide. Namun pasien tidak menyukai bagian tangan karena pernah melakukan aniaya fisik kepada orang lain.

i) Identitas:

Pasien mengatakan ia seorang laki-laki yang bekerja di PDAM dan mempunyai 2orang anak. Pasien merasa puas memiliki pekerjaan tersebut walaupun gaji yang UMR.

j) Ideal diri :

Pasien mengatakan ingin cepat pulang dan bertemu anaknya, ingin menjadi orang sukses dan mempunyai rumah sendiri.

k) Peran :

Pasien mengatakan perannya sebagai ayah yang ingin menyekolahkan anaknya. Pasien belum merasa puas sebagai ayah karena belum bisa memberikan contoh yang baik.

l) Harga diri:

Pasien menilai dirinya sendiri sebagai orang yang mudah tersinggung dan memiliki emosi yang tidak stabil. Orang lain menilai pasien sebagai orang yang mudah marah dan kasar.

7) Hubungan Sosial & Sistem Pendukung

b) Hubungan sosial

(4) Orang yang berarti

Anak pertamanya.

(5) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :
Jarang mengikuti acara di sekitar karena bekerja.
(6)Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :
Pasien mengatakan suka merasa tersinggung oleh ucapan orang lain. Jika tersinggung, pasien memilih diam.

c) Sistem Pendukung

(3) Keluarga
Saat pasien di rawat di RSJ, keluarga suka menjenguk bersama istri dan anaknya.
(4) Teman : sekolah,satu pekerjaan,dan atasan
Pasien mengatakan memiliki hubungan cukup dekat dengan atasannya dan dua orang teman

8) Spiritual

d) Nilai /keyakinan terhadap sakitnya :
Pasien mengatakan semua ini adalah ujian hidup.

e) Keyakinan klien akan kesembuhan :
Pasien yakin untuk sembuh.

f) Kegiatan ibadah :
Pasien seama sakit tidak melakukan ibadah sholat hanya berdoa saja.

h. Status Mental

1) Penampilan

[√] Rapih [ ] Tidak rapih [√] Penggunaan pakaian sesuai [ ] Tidak sesuai/Cara berpakaian tidak seperti biasanya
Jelaskan:
Pasien tampak rapih dan menggunakan pakaian sesuai.

2) Pembicaraan

[√] Cepat [ ] Keras [ ] Gagap [ ] Inkoheren
[ ] Apatis [ ] Lambat [ ] Membisu [ ] lembut dan jelas
[ ] Tidak mampu memulai pembicaan

Jelaskan :
Pasien berbicara cepat namun bisa dimengerti.

3) Aktivitas Motorik:

[√] Lesu [ ] Tegang [ ] Gelisah [ ] Agitasi [ ] TIK
[ ] Grimasen [√] Tremor [ ] Kompulsif [ ] Tenang

Jelaskan :
Pasien tampak lesu, tremor saat menunjuk dan saat diberi kertas di tangan.

4) Alam perasaaan

[√] Sedih [ ] Ketakutan [ ] Putus asa [ ] Khawatir [ ] Gembira
[ ] Senang

Jelaskan :

Pasien merasa sedih karena belum bertemu dengan anaknya.

5) Afek

[ ] Datar [ ] Tumpul [ ] Labil [√] Sesuai [ ] Tidak sesuai

Jelaskan :

Pasien memiliki afek sesuai ketika ditanya alasan sedih adalah belum bertemu anaknya menunjukkan ekspresi sedih dengan mata berkaca-kaca dan bibir cemberut.

6) lnteraksi selama wawancara

[ ] Bermusuhan [ ] Tidak kooperatif [√] Mudah tersinggung

[√] Kontak mata (-) [ ] Defensif [ ] Curiga [√] Kooperatif

Jelaskan :

Pasien menunduk saat di ajak bericara, mudah tersinggung dan kooperatif

7) Persepsi

[√] Pendengaran [√] Penglihatan [ ] Perabaan [ ] Akurat

[ ] Pengecapan [ ] Penghidu

Jelaskan :

Pasien memiliki halusinasi penglihatan dan pendengaran namun saat ini sudah tidak ada. Pasien sudah diajarkan teknik menghardik oleh perawat di ruang sebelumnya.

8) Proses Pikir

[ ] Sirkumtansial [ ] Tangensial [ ] Kehilangan asosiasi

[ ] Flight of idea [√] Blocking [ ] Pengulangan pembicaraan/perseverasi

[ ] Tidak terganggu

Jelaskan :

Pasien saat menjawab suka berhenti tiba-tiba akan tetapi masih bisa melanjutkan.

9) Isi Pikir

[ ] Obsesi [ ] Fobia [ ] Hipokondria [ ] Pikiran magis [ ] Ide yang terkait

[ ] Depersonalisasi [√] Tidak terganggu

Waham

[ ] Agama [ ] Somatik [ ] Kebesaran [ ] Curiga

[ ] Nihilistic [ ] Sisip pikir [ ] Siar pikir [ ] Kontrol pikir

[√] Tidak ditemukan

Jelaskan :

Tidak ditemukan waham dan isi pikir.

10) Tingkat kesadaran

☐ Bingung ☐ Sedasi ☐ Stupor ☑ Tidak terganggu

Disorientasi:

☐ Waktu ☐ Tempat ☐ Orang ☑ Orientasi baik

Jelaskan :

Pasien sadar, dapat menyebutkan tempat bahwa pasien berada di Ruang Perkutut Rumah Sakit Jiwa, waktu pada pagi hari bulan April, dan menyebutkan nama teman sekamar dengan benar.

11) Memori

☐ Gangguan daya ingat jangka panjang ☐ Gangguan daya ingat jangka Pendek

☐ Gangguan daya ingat saat ini ☐ Konfabulasi ☑ Tidak ada gangguan

Jelaskan :

Pasien dapat mengingat menu makan pagi hari dengan nasi,ayam,tahu. Pasien dapat mengingat siapa saja yang mengantarnya ke RSJ dan dapat mengingat kejadian yang tidak menyenangkan di masa lalu yaitu anak keduanya meninggal pada tahun 2018.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

☐ Mudah beralih ☐ Tidak mampu konsentrasi ☑ Baik dan mampu berhitung sederhana

☐ Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

Pasien dapat berhitung sederhana seperti penjumlahan dan pengurangan dengan 5tingkat.

13) Kemampuan penilaian

☑ Dapat membuat penilaian yang sederhana ☐ Tidak dapat membuat penilaian yang sederhana

Jelaskan :

Pasien dapat menjawab ketika saat mau sarapan lebih baik mandi terlebih dahulu.

14) Daya tilik diri

☑ Mengingkari penyakit yang diderita ☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

☐ Mengatakan bahwa dirinya sedang sakit/gangguan jiwa

Jelaskan :

Pasien mengatakan tidak sakit gangguan jiwa.

m. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan:

☑ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

2) BAB/BAK:

☑ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantual total

Jelaskan :

Pasien dapat makan dengan mandiri dan BAB/BAK mandiri tanpa bantuan. Sebelum makan pasien mencuci tangan dan berdoa, Setelah makan pasien dapat membersihkan alat makan dan menyimpannya di tempat kotor. Setelah mandi pasien mengeringkan badannya dengan handuk. Setelah BAK/BAB pasien selalu membersihkan dengan sabun.

3) Mandi:

☑ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

4) Berpakaian/berhias:

☑ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan:

Pasien dapat mandi secara mandiri dan berpakaian mandiri. Saat mandi, pasien menggunakan sabun, gosok gigi, dan sampo untuk keramas. Setelah mandi pasien selalu merapihkan rambut menggunakan tangan karena tidak disediakan sisir di ruangan.

5) Istirahat dan tidur:

☐ Tidur siang lama: 13.00 s/d 13.30

☐ Tidur malam lama : 21.00 s/d 05.00

☐ Kegiatan sebelum / sesudah tidur

Jelaskan:

Pasien tidur siang hanya 30 menit namun untuk jamnya bisa berubah jika ada jadwal rehab pada siang hari. Untuk tidur malam 8jam dengan nyenyak. Tidak ada kegiatan khusus yang dilakukan sebelum tidur kecuali BAK, cuci tangan dan kaki, dan doa tidur.

6) Pengetahuan & Penggunaan obat:

a) Pengetahuan tentang pengobatan

☐ Mengetahui jenis obat yang diminum ☑ Mengetahui manfaat obat yang diminum

☐ Pengetahuan pasien tentang lamanya harus minum obat

b) Penggunaan Obat

☐ Bantuan minimal ☐ Bantual total

Jelakan:

Pasien tidak mengetahui jenis obat yang diminum karena pasien kesulitan untuk menghafal nama obat, Pasien mengetahui bentuk dan warna obat yang diminum serta mengetahui manfaat obat yang diminum supaya halusinasi tidak datang akan tetapi tidak mengetahui pengetahuan tentang lamanya minum obat.

7) Pemeliharaan Kesehatan:

Perawatan lanjutan ☑ Ya ☐ Tidak

Perawatan pendukung ☑ Ya ☐ Tidak

8) Kegiatan di dalam rumah:

Mempersiapkan makanan ☑ Ya ☐ Tidak

Menjaga kerapihan rumah ☑ Ya ☐ Tidak

Mencuci pakaian ☑ Ya ☐ Tidak

Pengaturan keuangan ☑ Ya ☐ Tidak

9) Kegiatan di luar rumah:

Belanja ☑ Ya ☐ Tidak

Transportasi ☑ Ya ☐ Tidak

Lain-lain :------- ☐ Ya ☐ Tidak

Jelaskan :

Pasien dapat memasak sendiri seperti menggoreng tahu,tempe,telur dan sebagainya. Pasien dapat menyapu,mengepel lantai, dan membersihkan rumah. Pasien dapat mencuci pakaian dan mengatur keuangan. Pasien mampu berbelanja ke warung atau pasar dan mengendarai motor sendiri.

n. Mekanisme Koping

Adaptif	**Maladaptif**
☑ Bicara dengan orang lain	☑ Minum Alkohol
☑ Mampu menyelesaikan masalah	☐ Reaksi lambat/berlebih
☐ Teknik relaksasi	☐ Bekerja berlebihan
☐ Aktivitas konstruktif	☑ Menghindar
	☐

☐ Olahraga ☐ Mencederai diri

☐ Lainnya _____

Jelaskan:

Pasien jika ada masalah terkadang berbicara dengan orang lain dam mampu menyelesaikan masalah. Namun pasien juga dalam menyelesaikan masalah terkadang pergi mancing atau pergi bersama teman dan meminum alkohol.

o. Terapi Modalitas :

Terapi Gerak	Senam setiap pagi hari.
Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)	Pasien mengikuti satu kali pada tanggal 23 April 2024.
Terapi Aktivitas Kelompok Musik (TAKM)	Sudah mengikuti dua kali seperti bernyanyi, bermain alat musik

p. Aspek Medik

4) Diagnosa Medik

Skizofrenia paranoid

5) Terapi Medik : (Obat yang digunakan dan program ECT yang diberikan)

NAMA	DOSIS	WAKTU	RUTE	FUNGSI
Olanzapine	1x1 (10mg)	Pagi	Oral	Mengobati gejala halusinasi
Risperidone	2X1 (1mg)	Pagi Malam	Oral	Meredakan gejala skizofrenia
Clindamicin	300 mg (1x1)	Malam	Oral	Mengatasi infeksi kulit

6) Hasil Pemeriksaan Penunjang

b) Laboratorium :

18-04-2024

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Imunologi			
Syphilis	Non-reaktif		
Imunnoserologi			
HIV	Non-reaktif		

19-04-2024

Jenis Pemeriksanaan	Hasil	Satuan	Rujukan

Hematologi			
Hemoglobin	15.3	g/dL	13,2-17,3
Leukosit	9,000	/µL	3,800-10,600
Hematokrit	46	%	40-52
Trombosit	155,000	/µL	150,00-400,000
Eritrosit	5,06	10^6/µL	4.4-5.9
MCV	90,4	P9	80-100
MCH	30,2	IF	28-33
MCHC	33,4	g/dL	33-36

q. Analisa Data

NO	DATA	MASALAH
1.	Subjektif: - Pasien mengatakan emosi saat halusinasi muncul. - Pasien mengatakan memecahkan gelas . - Pasien mengatakan pernah menjadi pelaku,saksi, dan korban penganiyaan fisik. Objektif: - Pasien memiliki bekas luka di telapak kanan. - Kelopak mata kanan lebam. - Mudah tersinggung.	Risiko perilaku kekerasan (D.0146)
2.	Subjektif: - Pasien mengatakan saat dirumah mengalami halusinasi. - Pasien mengatakan kesal halusinasi itu muncul. - Pasien mengatakan saat di rumah sakit sudah tidak mengalami halusinasi. - Pasien mengatakan sudah pernah diajarkan Teknik menghardik oleh perawat di ruang sebelumnya. Objektif: - Pasien tampak tenang	Gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dan pendengaran (D.0085)

4.1.4 DIAGNOSIS KEPERAWATAN

2. Daftar Diagnosis Keperawatan

c. Risiko perilaku kekerasan

d. Gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dan pendengaran

4.1.4 Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi Formatif

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
	Resiko Prilaku Kekerasan	TUM : Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK : 2. Pasien dapat membina hubungan saling percaya Dengan kriteria evaluasi : setelah 1x pertemuan Pasien menunjukan tanda-tanda percaya pada perawat : e. Wajah tersenyum. f. Mau berkenalan. g. Ada kontak mata. h. Bersedia menceritakan perasaan atau masalah yang dirasakan.	3. Bina hubungan saling percaya dengan : h. Beri salam setiap interaksi. i. Perkenalan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi. j. Tanyakan dan panggil nama kesukaan Pasien. k. Tunjukan sikap empati jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi. l. Tanyakan perasaan Pasien dan permasalahan yang dihadapi. m. Buat kontrak interaksi yang jelas.	2. Hubungan saling percaya merupakan dasar utama untuk melakukan intrvensi selanjutnya.	**19 April 2024** **10.00** **Pertemuan 1** 2. Membina hubungan saling percaya a. Memberi salam b. Memperkenalkan nama c. Menanyakan nama dan nama panggilan pasien d. Menunjukkan sikap empati,jujur dan menepati janji e. Menanyakan perasaan dan masalah pasien yang dialami f. Membuat kontrak interaksi g. Mendengarkan penuh perhatian **Evaluasi Formatif** **S:** - Pasien menjawab salam - Pasien dapat menceritakaan masalah yang dirasakan - Pasien menjawab nama lengkap dan menyebutkan nama panggilan - Pasien menyepakati kontrak waktu - Pasien mengatakan tidak nyangka akan seperti ini dan rindu anaknya O:

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
			n. Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapkan perasaan Pasien.		- Kontak mata (-) - Pasien tersenyum - Pasien mau berkenalan A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A
		4. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya Dengan kriteria evaluasi setelah 1x pertemuan Pasien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya : b. Menceritakan penyebab, perasaan jengkel atau kesal baik dari diri sendiri	2. Bantu Pasien mengungkapkan perasaan marahnya : d. Motivasi Pasien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya. e. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan Pasien. f. Berikan pujian saat Pasien dapat menjawab penyebab perilaku kekerasan.	2. Membantu Pasien mengungkapkan apa yang dirasakan untuk membantu pasien dalam menyelesaikan perasaan marah.	**19 April 2024** **13.00** **Pertemuan 2** 2. Membantu pasien mengungkapkan perasaan marahnya a. Memotivasi pasien menceritakan penyebab kesal b. Mendengarkan tanpa menyela c. Memberi pujian saat pasien dapat menjawab penyebab melakukan perilaku kekerasan **Evaluasi Formatif:** **S:** - Pasien mengatakan kesal saat halusinasi datang O:

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		maupun lingkungannya			- Kontak mata (+) - Pasien dapat menceritakan penyebab jengkel atau kesal A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A
		5. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah 1 x pertemuan Pasien menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan d. Tanda fisik : mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang dll.	2. Bantu Pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya : d. Motivasi Pasien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi. e. Motivasi Pasien menceritakan kondisi emosinya(tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan. f. Motivasi Pasien menceritakan kondisi hubungan dengan orang	2. Mengetahui tanda-tanda perilaku kekerasan sehingga dapat mencegah perilaku yang berbahaya.	**20 April 2024** **09.00** **Pertemuan 1** 1. Membantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan d. Memotivasi pasien menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan e. Memotivasi pasien meceritakan kondisi emosional f. Memotivasi pasien menceritakan kondisi sosia **Evaluasi Formatif** **S:** - Pasien mengatakan saat marah mata melotot

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		e. Tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar. f. Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.	lain(tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan.		- Pasien mengatakan saat marah tubuhnya berasa panas - Pasien mengatakan saat marah wajah memerah - Pasien mengatakan saat marah berbicara kasar - Pasien mengatakan saat marah tidak mau didekati atau diajak bicara O: - Pasien saat bercerita blocking - Pasien saat berbicara cepat namun bisa dimengerti - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A
		6. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya	2. Diskusikan dengan Pasien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini : d. Motivasi Pasien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang	2. Mengetahui perilaku kekerasan apa saja yang sudah dilakukan dalam menyelesaikan	**20 April 2024** **13.10** **Pertemuan 2** 2. Mendiskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang dilakukan

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		Dengan kriteria evaluasi Setelah 1x pertemuan Pasien menjelaskan: d. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya. e. Perasaannya saat melakukan kekerasan. f. Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.	selama ini pernah dilakukannya. e. Motivasi Pasien menceritakan perasaan Pasien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi. f. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.	masalah atau perasaan yang dialaminya.	d. Memotivasi pasien menceritakan jenis tindakan perilaku kekerasan yang dilakukan e. Memotivasi pasien menceritakan perasaan setelah melakukan perilaku kekerasan f. Mendiskusikan apakah dengan tindakan tersebut masalah teratasi **Evaluasi Formatif** **S:** - Pasien mengatakan memecahkan gelas - Pasien mengatakan pernah memukul orang - Pasien mengtakan saat memecahkan gelas dan memukul orang perasannya menjadi lega namun tidak dapata menyelesaikan masalah O: - Pasien terlihat tenang saat bicara - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		7. Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah 1x pertemuan Pasien menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya : g. Diri sendiri : luka, di jauhi teman dll. h. Orang lain atau keluarga : luka, tersinggung, ketakutan dll. i. Lingkungan : barang atau benda rusak dll.	2. Diskusikan dengan Pasien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada : g. Diri sendiri. h. Orang lain atau keluarga i. Lingkungan.	2. Membantu pasien mengetahui dampak atau kerugian dari tindakan kekerasan yang dilakukan.	**22 April 2024** **10.00** **Pertemuan 1** 2. Mendiskusikan dengan pasien akibat perilaku kekerasan d. Diri sendiri e. Orang lain atau keluarga **f.** Lingkungan **Evaluasi Formatif** S: - Pasien mengatakan akibat terhadap diri sendiri yaitu ada luka - Pasien mengatakan akibat ke orang lain yaitu menjadi takut untuk mendekat - Pasien mengatakan akibat ke lingkungan yaitu rusaknya perabotan rumah O: - Pasien dapat menyebutkan kembali apa yang sudah di diskusikan mengenai akibat perilaku kekerasan A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		8. Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan Dengan kriteria evaluasi setelah 1 x pertemuan Pasien : b. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah.	2. Diskusikan dengan Pasien : d. Apakah Pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat. e. Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk megungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui Pasien. f. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah. 5) Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga. 6) Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan orang lain. 7) Sosial : latihan asertif dengan orang lain. 8) Spiritual : sembahyang atau berdoa, dzikir, meditasi dsb sesuai keyakinan agama.	2. Menurunkan perilaku agresif yang berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, dan atau lingkungan.	**22 April 2024** **11.00** **Pertemuan 1** 2. Mendiskusikan dengan pasien: d. Apakah pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat e. Menjelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien f. Menjelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah: 5) Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau Kasur, olahraga 6) Cara Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan orang lain 7) Cara sosial: Latihan asertif dengan orang ain 8) Cara spiritual: sembahyang atau berdoa, berdzikir,sesuai keyakinan agama **Evaluasi Formatif:** S: - Pasien mengatakan ingin mengetahui cara marah yang sehat O: - Pasien dapat mengulang kembali berbagai cara marah yang sehat seperti nafas dalam, pukul bantal atau kasur A:

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
					Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A
		8. Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah 1x pertemuan Pasien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan : d. Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga. e. Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan orang lain. f. Spiritual : sembahyang atau	4. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurka Pasien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan 5. Latih Pasien memperagakan cara yang dipilih : f. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih. g. Jelaskan manfaat cara tersebut. h. Anjurkan Pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan. i. Beri penguatan pada Pasien, memperbaiki cara yang masih belum sempurna.	5. Dengan cara yang di pilih, Pasien dapat mengontrol kemarahannya secara konstruktif. 6. Dengan memperagakan ulang, dapat mengetahui sejauh mana Pasien dapat mengontrol kemarahannya. 7. Memberikan dukungan positif terhadap keberhasilan pasien dalam melakukan marah konstruktif.	**22 April 2024** **13.00** **Pertemuan 1** 4. Mendiskusikan cara yang mungkin dipiih dan dianjurkan pasien memilih cara yang mungkin untuk menungkapkan 5. Melatih pasien memperagakan cara yang dipilih: f. Pergakan cara melaksanakan cara yang dipilih g. Jelaskan manfaat cara tersebut h. Menganjurkan pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan i. Memberi penguatan pada pasien memperbaiki cara yang masih belum sempurna j. Memberi pujian setelah pasien mempraktekkan 6. Menganjurkan pasien mengungkapkan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		berdoa, dzikir, meditasi dsb sesuai keyakinan agama.	j. Beri pujian setelah pasien mempraktekan. 6. Anjurkan Pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel.	8. Membiasakan Pasien mngontrol kemarahannya dengan baik.	**Evaluasi Formatif** **S:** - Pasien mengatakan memilih cara marah yang sehat dengan teknik nafas dalam, pukul bantal atau kasur - Pasien mengatakan lebih rileks karena dapat menyaluran marahnya dengan sehat O: - Kontak mata (+) - Pasien dapat mempraktekkan kembali cara marah sehat seperti nafas dalam, pukul bantal atau kasur A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		10. Pasien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah 1x pertemuan keluarga : c. Menjelaskan cara merawat Pasien dengan perilaku kekerasan d. Mengungkapkan cara merawat pasien sesuai anjuran.	8. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan. 9. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan. 10. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat pasien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga 11. Peragakan cara merawat Pasien. 12. Beri kesempatan pada keluarga untuk memperagakan ulang. 13. Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan. 14. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan.	3. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan. 4. Meningkatkan kemampuan keluarga tentang merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan.	Tidak melakukan karena tidak bertemu dengan keluarga. Tetapi penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk menyampaikan informasi mengenai pengertian,penyebab,akibat dan cara merawat anggota keluarga dengan risiko perilaku kekerasan.  Hanifah S.A

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		11. Pasien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan Dengan kriteria evaluasi Setelah 1 x pertemuan Pasien menjelaskan : i. Manfaat minum obat. j. Kerugian tidak minum obat. k. Nama obat. l. Bentuk dan warna obat. m. Dosis yang diberikan kepadanya. n. Waktu pemakaian. o. Cara pemakaian. p. Efek yang dirasakan. Setelah…..x pertemuan pasien menggunakan obat sesuai program.	5. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat. 6. Jelaskan kepada Pasien : f. Jenis obat (nama, warna dan bentuk). g. Dosis yang tepat untuk Pasien h. Waktu pemakaian. i. Cara pemakaian. j. Efek yang akan dirasakan Pasien. 7. Anjurkan Pasien : g. Minta dan menggunakan obat tepat waktu. h. Lapor ke perawat atau dokter jika mengalami efek yang tidak biasa. i. Beri pujian terhadap kedisiplinan menggunakan obat.	4. Pasien dapat mengetahui jenis obat. 5. Meningkatkan pengetahuan Pasien mengenai pengobatan. 6. Minum obat sesuai anjuran, mempercepat kesembuhan Pasien.	**23 April 2024** **13.00** **Pertemuan 1** 3. Menjelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat. 4. Menjelaskan kepada pasien: 2. Jenis obat (nama,warna dan bentuk) f. Dosis yang tepat untuk Pasien g. Waktu pemakaian. h. Cara pemakaian. i. Efek yang akan dirasakan Pasien. 8. Menganjurkan Pasien : c. Meminta dan menggunakan obat tepat waktu. d. Melapor ke perawat atau dokter jika mengalami efek yang tidak biasa. 3. Memberi pujian terhadap kedisiplinan menggunakan obat. **Evaluasi Sumatif:** S: - Pasien mengatakan jika minum obat dapat membuat tenang - Pasien mengatakan jika tidak minum obat halusinasi akan menjadi gelisah dan sulit diarahkan - Pasien mengatakan paham terkait yang dijelaskan mengenai obat (manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat,

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
					nama obat, bentuk dan warna, dosis, waktu pemberian,cara pemakaian, dan efek samping obat tersebut). O: - Pasien dapat menjelaskan kembali nama obat Risperidone, waktu pemberian, manfaat, rute,dosis dan efek setelah meminum obat. - Pasien tampak tenang - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A

8.1.4 Evaluasi Sumatif

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
1.	Risiko Perilaku Kekerasan	1 Membina hubungan saling percaya	19 April 2024 10.00 S: - Pasien menjawab salam - Pasien dapat menceritakaan masalah yang dirasakan - Pasien menjawab nama lengkap dan menyebutkan nama panggilan - Pasien menyepakati kontrak waktu - Pasien mengatakan tidak nyangka akan seperti ini dan rindu anaknya O: - Kontak mata (-) - Pasien tersenyum A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan	 Hanifah S.A
		2 Membantu pasien mengungkapkan perasaan marahnya	19 April 2024 13.00 S: - Pasien mengatakan kesal saat halusinasi datang O: - Kontak mata (+) - Pasien dapat menceritakan penyebab jengkel atau kesal A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan	 Hanifah S.A

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
		3 Membantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang di alaminya	20 April 09.00 **S:** - Pasien mengatakan saat marah mata melotot - Pasien mengatakan saat marah tubuhnya berasa panas - Pasien mengatakan saat marah wajah memerah - Pasien mengatakan saat marah berbicara kasar - Pasien mengatakan saat marah tidak mau didekati atau diajak bicara O: - Pasien saat bercerita blocking - Pasien saat berbicara cepat namun bisa dimengerti - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan	 Hanifah S.A
		4 Mendiskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang dilakukan	20 April 13.10 S: - Pasien mengatakan memecahkan gelas - Pasien mengatakan pernah memukul orang - Pasien mengtakan saat memecahkan gelas dan memukul orang perasannya menjadi lega namun tidak dapata menyelesaikan masalah O: - Pasien terlihat tenang saat bicara - Kontak mata (+)	 Hanifah S.A

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
			A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan	
		5 Mendiskusikan dengan pasien akibat perilaku kekerasan	22 April 2024 09.00 S: - Pasien mengatakan akibat terhadap diri sendiri yaitu ada luka - Pasien mengatakan akibat ke orang lain yaitu menjadi takut untuk mendekat - Pasien mengatakan akibat ke lingkungan yaitu rusaknya perabotan rumah O: - Pasien dapat menyebutkan kembali apa yang sudah di diskusikan mengenai akibat perilaku kekerasan A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dipertahankan	 Hanifah S.A
		6 Mendiskusikan dengan pasien cara mengungkapkan marah yang sehat	22 April 2014 11.00 S: - Pasien mengatakan ingin mengetahui cara marah yang sehat O: - Pasien dapat mengulang kembali berbagai cara marah yang sehat seperti nafas dalam, pukul bantal atau kasur A: Masalah teratasi sebagian	 Hanifah S.A

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
			P: Intervensi dipertahankan	
		7 Mendiskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan pasien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan marahnya	22 April 2024 13.00 S: - Pasien mengatakan memilih cara marah yang sehat dengan teknik nafas dalam, pukul bantal atau kasur - Pasien mengatakan lebih rileks karena dapat menyaluran marahnya dengan sehat O: - Kontak mata (+) - Pasien dapat mempraktekkan kembali cara marah sehat seperti nafas dalam, pukul bantal atau kasur A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan	 Hanifah S.A
		8 Mendiskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan	Tidak melakukan karena tidak bertemu dengan keluarga. Tetapi penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk menyampaikan informasi mengenai pengertian,penyebab,akibat dan cara merawat anggota keluarga dengan risiko perilaku kekerasan.	 Hanifah S.A
		9 Menjelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugiannya jika tidak menggunakan obat	23 April 2024 13.00 S: - Pasien mengatakan jika minum obat dapat membuat tenang	 Hanifah S.A

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
			- Pasien mengatakan jika tidak minum obat halusinasi akan menjadi gelisah dan sulit diarahkan - Pasien mengatakan paham terkait yang dijelaskan mengenai obat (manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna, dosis, waktu pemberian,cara pemakaian, dan efek samping obat tersebut). O: - Pasien dapat menjelaskan kembali nama obat Risperidone, waktu pemberian, manfaat, rute,dosis dan efek setelah meminum obat. - Pasien tampak tenang - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan	

PERENCANAAN						IMPLEMENTASI DAN FORMATIF
No	**Diagnosa Keperawatan**	**Tujuan**	**Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	
1.	Gangguan persepsi sensori: pendengaran dan penglihatan	TUM: Klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. 1. Klien dapat mengenal halusinasinya	2. Setelah 1x pertemuan klien dapat: a. menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi b. menyatakan perasaan dan responnya saat mengalami halusinasi: marah, takut, sedih, senang, cemas dan jengkel	1. Diskusikan jenis, isi, waktu, dan frekuensi terjadinya halusinasi 2. Tanyakan situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi 1. Tanyakan perasaan klien saat mengalami halusinasi 2. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut 3. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya	1. Menambah pengetahuan klien mengenai halusinasi 2. Mengetahui penyebab timbulnya halusinasi 1. Mengetahui perasaan klien terhadap halusinasinya 2. Menambah pengetahuan klien dalam mengatasi perasaan tersebut 3. Menyadarkan klien tentang dampak yang akan dialami jika klien menikmati halusinasinya.	**19 April 2024** **09.00** 1. Melakukan diskusi terkait jenis, isi,waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi 2. Menanyakan situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi 3. Menanyakan perasaan klien saat mengalami halusinasi 4. Mendiskusikan dengana klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut 5. Mendiskuskan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya. **Evaluasi formatif:** S: - Pasien mengatakan mendengar bisikan namun suara tidak jelas dan melihat bayangan hitam. Bayangan dan suara muncul tiba-tiba dengan durasi yang tidak menentu.

						- Pasien mengatakan bayangan dan suara muncul saat situasi sepi - Pasien mengatakan marah dan kesal karena suara dan bayangan itu muncul - Pasien mengatakan tidak mengetahui cara untuk mengatasi halusinasi - Pasien mengatakan saat di rumah sakit sudah tidak mendengar bisikan dan melihat bayangan O: - Pasien tampak tenang A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dipertahankan
		3. Klien dapat mengontrol halusinasinya	3. Setelah 1 x pertemuan klien dapat: a. menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya b. menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi c.Dapat memilih cara mengatasi halusinasi (dengar/lihat/penghidu/raba/ kecap)	1. Diskusikan cara atau tindakan yang digunakan klien untuk mengendalikan halusinasinya - Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian - Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut 1. Diskusikan cara baru untuk memutus atau mengontrol timbulnya halusinasi - Katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata dengan	Membantu klien mengidentifikasi cara yang bisa digunakan untuk mengendalikan halusinasinya Dengan berdiskusi dapat membantu klien dalam menambah cara baru untuk mengontrol dan mengatasi timbulnya halusinasi	**22 April 2024** **13.00** 1. Melakukan diskusi cara atau tindakan yang digunakan klien untuk mengendalikan halusinasinya - Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian - Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut 2. Melakukan Diskusi cara baru untuk memutus atau

				cara menghardik (Saya tidak mau dengar/lihat/penghidu/ raba/kecap pada saat halusinasi terjadi - temui orang lain (perawat/teman/anggota keluarga) untuk menceritakan tentang halusinasinya - Anjurkan klien untuk berdoa - Anjurkan klien untuk membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang dapat dilakukannya 1. Bantu klien memilih cara yang sudah dilatih untuk dicobanya 2. Berikan pujian jika klien berhasil	1. Jika sudah memilih dan melatih caranya maka klien akan lebih mudah untuk mengontrol halusinasinya 2. Untuk menguatkan dan memberikan apresiasi atas kemajuan klien	mengontrol timbulnya halusinasi - Katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata dengan cara menghardik (Saya tidak mau dengar/lihat/penghidu/ raba/kecap pada saat halusinasi terjadi - temui orang lain (perawat/teman/anggota keluarga) untuk menceritakan tentang halusinasinya - Anjurkan klien untuk berdoa - Anjurkan klien untuk membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang dapat dilakukannya 3. Membantu klien memilih cara yang sudah dilatih untuk dicobanya - Berikan pujian jika klien berhasil **Evaluasi Fornatif:** **S:** - Pasien mengatakan tidak melakukan apa-apa dalam mengatasi halusinasi saat di rumah - Pasien mengatakan kesal halusinasi datang sehingga

						emosi dan memecahkan barang - Pasien mengatakan memilih menghardik dan bercakap-cakap O: - Pasien memperhatikan ketika dijelaskan terkait cara mengatasi halusinasi (menghardik, bercakap-cakap, berdoa dan membuat jadwal) - Pasien dapat menyebutkan ulang cara mengatasi halusinasi (menghardik, bercakap-cakap, berdoa dan membuat jadwal) A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dipertahankan
		4. klien dapat membuat rencana kegiatan sehari-hari yang akan dilakukan dirumah sakit dan dirumah	Setelah 1 x pertemuan klien dapat: Menyebutkan mengenai rencana kegiatan yang akan dilakukan dirumah sakit maupun dirumah	1. Diskusikan bersama klien mengenai rencana kegiatan sehari-hari dirumah sakit 2. Masukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan klien kedalam jadwal 3. Diskusikan bersama klien mengenai rencana kegiatan sehari-hari setelah pulang ke rumah	1. Agar klien dapat membuat jadwal kegiatan yang dapat dilakukan sehari-hari. 2. Kegiatan diluar kemampuan klien akan memberikan stressor yang baru bagi klien. 3. Dengan melakukan banyak aktifitas di rumah klien tidak akan memiliki kesempatan untuk berhalusinasi	**20 April 2024** **13.10** 1. Melakukan diskusi bersama klien mengenai rencana kegiatan sehari-hari di rumah sakit 2. Memasukkan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan klien kedalam jadwal 3. Melakukan diskuso bersama klien mengenai rencana kegiatan sehari-

				4. Berikan pujian atas usaha klien dalam membuat rencana kegiatan sehari-hari	4. Untuk menguatkan perilaku klien	hari setelah pulang ke rumah 4. Memberikan pujian atas usaha klien dalam membuat rencana kegiatan sehari-hari **Evaluasi Formatif:** S: - Pasien mengatakan di rumah sakit hanya tidur, mandi, makan, minum obat, senam, karaoke. - Pasien mengatakan berencana melakukan kegiatan yang sama saat dirumah namun ditambah bekerja O: - Pasien tampak antusias ketika memasukkan kegiatan ke jadwal sehari-hari A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dipertahankan
		5. Klien dapat mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok	Setelah melakukan ... x pertemuan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok	1. Diskusikan dengan klien mengenai aktivatas kelompok yang meliputi tujuan, lamanya pertemuan dan isi dari aktivitas kelompok. 2. Libatkan klien dalam TAK sesuai orientasi realitas dan stimulasi persepsi	1. Untuk menambah pengetahuan klien mengenai terapi aktivitas kelompok 2. Agar klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok	**23 April 2024** **11.00** 1. Melakukan diskusi dengan klien mengenai aktivitas kelmpok meliputi tujuan, lamanya pertemuan dan isi dari aktivitas kelompok

					sesuai dengan orientasi dan stimulus persepsinya	2. Melibatkan klien dalam TAK sesuai orientasi realitas dan stimulasi presepsi **Evaluasi Formatif:** S: - Pasien mengatakan mengikuti TAK menghardik bersama pasien yang lain O: - Pasien tampak semangat ketika melakukan TAK A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dipertahankan
		6. Klien dapat mengetahui manfaat minum obat atau efek terapi.	Setelah 1 x pertemuan klien mengikuti terapi obat.	1. Diskusikan dengan klien tentang manfaat minum obat 2. Kenalkan kepada klien jenis-jenis obat yang harus di konsumsi (nama obat, warna obat, dosis obat, cara minum obat 3. Diskusikan cara mengatasi jika terjadi efek samping obat 4. Diskusikan kerugian jika tidak minum obat secar teratur dan berhenti minum obat tanpa	1. Untuk menambah pengetahuan klien mengenai manfaat obat yang akan diminumnya 2. Agar klien mengetahui jenis obat yang harus dikonsumsi 3. Klien dapat mengatasi efek samping obat, jika efek tersebut terjadi pada klien 4. Dengan mengetahui kerugian jika tidak minum obat secara teratur, klien	**23 April 2024** **13.00** 1.Melakukan diskusi dengan klien manfaat minum obat Mengenalkan kepada klien jenis-jenis obat yang harus dikonsumsi (obat, warna, dosis, cara minum obat) 3.Mendiskusika cara mengatasi jika terjadi efek samping obat 4. Mendiskusikan kerugian jika tidak minum obat teratur dan berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter

				konsultasi dengan dokter terlebih daulu 5. Pantau klien minum obat 6. Anjurkan klien untuk kontrol teratur dan konsultasi jika terjadi hal-hal yang tidak di inginkan saat minum obat 7. Berikan pujian jika klien minum obat dengan baik dan benar	akan lebih disiplin dalam meminum obat. 5. Memastikan apakah klien telah menelan obatnya. 6. Untuk mengetahui perkembangan keadaan klien 7. Untuk menguatkan perilaku klien dalam minum obat	5. Memantau klien minum obat 6. Menganjurkan klien untuk control teratur dan kosultasi jika terjadi hal-hal yang tidak di inginkan saat minum obat 7. Memberikan pujian jika klien minum obat dengan baik dan benar **Evaluasi Formatif:** S: - Pasien mengatakan hanya megenai manfaat meminum obat, warna obat dan bentuknya - Pasien mengatakan jika tidak minum obat menjadi gelisah O: - Pasien dapat menyebutkan Kembali mengenai manfaat minum obat, dosis, warna, bentuk, dan cara pemakaian - Pasien mengerti terkait diskusi yang dilakukan A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dipertahankan
		7. Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya	Setelah ...x interaksi keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan gejala,	1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga selama	1. Untuk mengetahui kesulitan yang dialami keluarga	Tidak melakukan karena tidak bertemu dengan keluarga. Tetapi penulis berkolaborasi

			proses terjadinya halusinasi, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi	merawat kien yang mengalami halusinasi 2. Diskusikan pengertian, tanda gejala dan penyebab terjadinya halusinasi 3. Diskusikan dengan keluarga cara-cara memutus atau mengontrol halusinasi. 4. Diskusikan cara merawata anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah 5. Dikusikan manfaat obat-obatan dan kerugian minum obat secara tertur atau memberhentikan minum obat tanpa konsultasi 6. Diskusikan pentingnya kontrol teratur 7. Latih keluarga untuk memberiakn pujian jika klien patuh dan cara menegur jika klien tidak patuh.	2. Keluarga dapat mengenali tanda dan gejala agar dapat melakukan tindakan yang teptuat untuk membantu klien 3. Untuk menambah pengetahuan keluarga mengenai cara memutus dan mengontrol halusinasi yang dialami klien 4. Agar keluarga mengetahui cara untuk mengatasi anggota keluarga yang mengalami halusinasi 5. Pengetahuarn keluarga mengenai obat akan membantu proses penyembuhan klien 6. Dengan kontrol yang teratur akan memonitor kondisi klien sehingga dapat mencegah kambuhnya halusinasi 7. Untuk menguatkan perilaku klien saat minum obat	dengan perawat ruangan untuk menyampaikan informasi mengenai pengertian,penyebab,akibat dan cara merawat anggota keluarga dengan risiko perilaku kekerasan.

JADWAL KEGIATAN HARIAN PASIEN

NAMA : Tn. D

RUANG : Perkutut

NO RM: 104701

No	Waktu	Kegiatan	Tanggal			Keterangan
			20/04	21/04	23/04	M : mandiri
1.	04.30	Bangun tidur	M	M	M	D : dibantu
2.	04.35	Bersihkan	M	M	M	
3.	05.00	tempat tidur	M	M	M	
4.	05.30	Sholat subuh	T	T	M	
5.	07.00	Mandi	M	M	M	
6.	08.00	Makan pagi + obat	M	M	M	
7.	09.00	Kegiatan rutin ruangan (ngaji, senam)	M	M	M	
8.	12.00	Rehabilitasi	M	M	M	
9.	12.30	Makan siang	M	M	M	
10.	13.00	Sholat dzuhur	T	T	T	
11.	13.10	Tidur siang	M	M	M	
12.	15.00	Sholat ashar	T	T	T	
13.	16.00	Menyanyi	M	M	M	
14.	16.30	Mandi sore	M	M	M	
15.	18.00	Makan sore	M	M	M	
16.	19.00	Sholat maghrib	T	T	T	
17.	20.00	Sholat isya Tidur	T	T	T	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. **Identitas Diri**

Nama	: Hanifah Syifa Azhari
Tempat, tanggal lahir	: Cimahi, 21 Juni 2003
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Kewarganegaraan	: Indonesia
Status	: Belum menikah/ mahasiswa
Alamat	: Jl. Raden Salen no.59 002/008 Kel. Baros Kec. Cimahi Tengah Kota Cimahi Jawa Barat
No. Handphone	: 087824916352
Email	: hanifah.syifa.azhari@student.poltekkesbandung.ac.id hanifahsyifaa9@gmail.com

2. **Riwayat Pendidikan**

2009-2015	: SD Kartika XIX-3
2015-2018	: SMPN 10 Cimahi
2018-2021	:MAN 1 Kota Cimahi
2021-sekarang	: Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Program Studi Diploma III Keperawatan Jurusan Keperawatan Bandung

3. **Riwayat Organisasi**

2021-sekarang	: Anggota Divisi 3 Satgas PB&WP Polkesban