

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

Inisial : Tn.A
Jenis kelamin : Laki-Laki
Umur : 41 Tahun
Pendidikan : SD
Suku / Bahasa : Sunda / Indonesia
Informasi : Keluarga
Tanggal pengkajian : 15 Maret 2022

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan mendengar suara-suara yang muncul pada saat klien sendiri, klien mengatakan suara itu seperti orang mengobrol dan menyuruhnya mendekati suara itu. Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbincang dengan sesama jenis akan merasa ingin bertengkar, pandangan tajam, tangan mengepal. Pada saat pengkajian klien mengatakan kepalanya pusing, lemas, dan klien terkadang berbicara sendiri.

Masalah keperawatan:

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Resiko Perilaku Kekerasan.

a. Faktor Predisposisi

- 1) Klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya pada tahun 2018 dan di rawat di RSJ dan Puskesmas tetapi pengobatan sebelumnya kurang berhasil dan klien pernah putus obat, lalu masuk RSJ lagi pada tanggal 1 Maret 2021 karena mengeluh sakit kepala, mendengar suara-suara seperti mengajaknya berbicara dan menyuruhnya untuk mengikutinya, bertengkar dengan temannya.
- 2) Klien pernah mengalami aniaya fisik tahun 2018 saat pergi ke kebun di pukul dan di injak tulang rusuknya.
- 3) Klien sudah bercerai dengan istrinya sekitar 2 tahun yang lalu
- 4) Keluarga klien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa

3. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg
Nadi : 80 X / menit
Suhu : 36,5 derajat celcius

b. Ukur

Tinggi Badan : 165 cm
Berat Badan : 65 kg

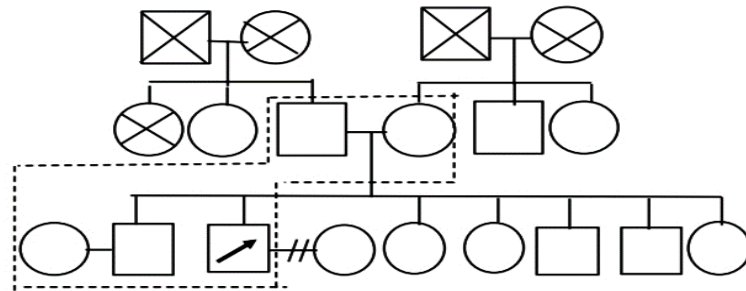
c. Penampilan fisik

Dari pemeriksaan fisik yang dikaji pada klien, rambut klien rapi, pakaian klien rapi, kulit klien tampak bersih berwarna sawo matang, kuku klien bersih dan terawat.

4. Riwayat kesehatan keluarga

1. Genogram

Gambar 3.1
Genogram keluarga Tn.A



Keterangan :

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

⊠ : Laki-Laki yang sudah meninggal

⊗ : Perempuan yang sudah meninggal

▣ : Klien

— : Hubungan Keluarga

--- : Tinggal Serumah

: Cerai

2. Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Klien mengatakan menyukai semua anggota bagian tubuhnya, dan mensyukurinya.

b. Identitas diri

Klien mengatakan identitasnya dengan baik, seperti menyebutkan nama dan tempat ia tinggal.

c. Peran diri

Klien mengatakan mampu melakukan tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat.

d. Ideal diri

Klien mengatakan ingin menjadi orang yang berguna dan membahagiakan kedua orang tuanya.

e. Harga diri

Klien mengatakan tidak malu karena penyakit yang dialaminya.

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti / orang yang terdekat

Klien mengatakan orang terdekat adalah ibunya dan kakak ipar perempuannya yang selalu mendukung kebutuhan dan kesembuhan klien.

b. Peran serta dalam kelompok masyarakat

Klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun di masyarakat.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan dalam bersosialisasi baik-baik saja tidak ada hambatan.

4. Spiritual

Klien meyakini keyakinan yang dianutnya, yaitu beragama Islam dan klien mengatakan jarang untuk melaksanakan sholat 5 waktu.

5. Status mental

a. Penampilan

Penampilan klien rapi dan bersih, klien mengganti baju setiap hari dua kali sehari pagi dan sore hari.

b. Pembicaraan

Klien berbicara lancar dan tidak ada hambatan, memberikan respon ketika diajak berbicara, namun terkadang tidak ditanggapinya dan tidak melihat lawan bicaranya dan berbicara sendiri seperti ada yang mengajaknya mengobrol. Kadang pembicaraan tidak berada pada topik yang dibicarakan.

Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran.

c. Aktivitas Motorik

Klien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang yang mengajaknya untuk mengobrol dan meyuruhnya untuk menghampiri suara tersebut.

Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran.

d. Alam perasaan

Klien merasa sedih karena belum bisa membahagiakan kedua orang tuanya dan khawatir akan kesembuhan dirinya.

e. Afek

Terkadang emosi klien labil saat diajak berkomunikasi.

f. Interaksi saat wawancara

Klien kooperatif saat diajak berkomunikasi namun terkadang kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara

g. Persepsi / halusinasi

Klien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya mengobrol dan menyuruhnya untuk menghampiri suara tersebut selama 2x pada pagi dan siang hari dan respon marah.

Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori: halusinasi pendengaran.

h. Proses fikir

Saat berkomunikasi klien, seperti memikirkan sesuatu namun sebentar, sehingga saat berkomunikasi terkadang klien diam sesaat, lalu pembicaraan dilanjutkan kembali.

i. Isi pikir

Klien mampu menjawab pertanyaan sesuai dengan pembicaraan.

j. Tingkat kesadaran

Klien dapat berorientasi dengan perawat, tempat tinggal klien atau alamat rumah klien.

k. Memori

1) Daya ingat jangka panjang

Klien dapat mengingat bahwa Tn.A dulu sempat bersekolah di SD namun lupa dimana alamat sekolahnya.

2) Daya ingat jangka pendek

Klien terkadang lupa mengingat kejadian 2-3 bulan yang lalu.

3) Daya ingat saat ini

Tidak ada masalah memori

Penjelasan : Klien hanya memiliki masalah daya ingat jangka panjang dan jangka pendek.

l. Tingkat konsentrasi dalam berhitung

Klien mampu berkonsentrasi dan mampu menjawab perhitungan sederhana yang diberikan oleh perawat seperti ($5+2=7$).

m. Kemampuan penilaian

Klien dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain.

n. Daya tilik diri

Klien mengingkari penyakit yang di deritanya, klien mengatakan bahwa dirinya tidak merasakan halusinasi dan perilaku kekerasannya.

6. Mekanisme koping

a. Adaptif : berbincang dengan orang lain

b. Maladaptif : klien mengatakan jika mendengar suara-suara bisikan, klien menghindar.

7. Masalah psikososial dan lingkungan

1. Masalah hubungan dengan kelompok spesifik

Klien mengatakan senang berteman dengan orang yang di sekitarnya seperti tetangganya.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan spesifik

klien lebih senang pergi keluar seperti ke kebun dibanding berdiam diri di rumah.

3. Masalah berhubungan dengan pendidikan spesifik

Klien mengatakan bahwa ia hanya lulusan sekolah dasar (SD).

4. Masalah berhubungan dengan pekerjaan spesifik

Klien mengatakan ia hanya seorang petani.

5. Masalah berhubungan dengan perumahan spesifik

Klien saat dirumah sering membantu kegiatan yang ada di rumah.

6. Masalah berhubungan dengan ekonomi spesifik

Biaya untuk kebutuhan sehari-hari Tn.A dipenuhi oleh keluarga Tn.A.

7. Masalah berhubungan dengan masalah kesehatan

Klien merasa kurang nyaman berada di RSJ, ia hanya ingin berobat di Puskesmas atau rumah sakit terdekat saja.

8. Kurang pengetahuan tentang penyakit

Klien mengetahui tentang apa yang terjadi pada dirinya saat ini, tetapi klien belum bisa mengontrol halusinasinya dengan benar.

Masalah keperawatan: gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

9. Aspek medis

Diagnosa Medis : *Skizofrenia*

Terapi oral : *Risperidone* 2x1 mg, *Trihexyphenidil* 2x1 mg,

Chlorpromazine 1x25 mg

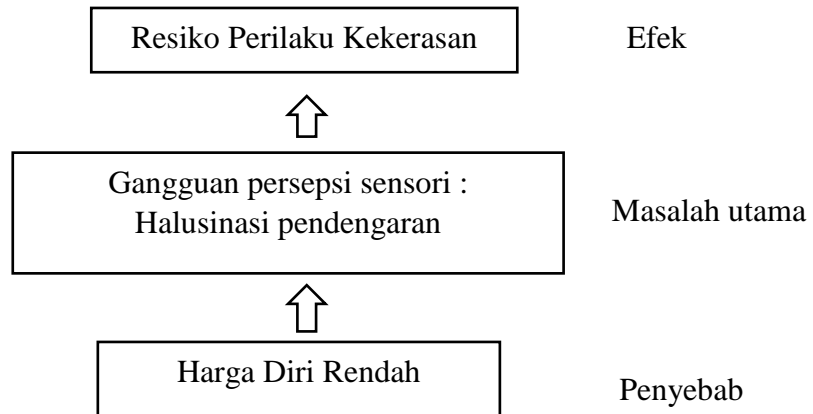
B. Analisa Data

Tabel 3.1
Analisa data pada Tn.A
Dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

Data	Masalah
<i>1</i>	<i>2</i>
Data Subjektif 1. Klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan saat dirinya sendiri 2. Klien mengatakan suara-suara tersebut seperti mengajaknya mengobrol dan menyuruhnya mendekati suara itu Data objektif 1. Klien tampak bicara sendiri 2. Klien tampak gelisah 3. Klien tampak melamun	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran
Data Subjektif 1. Klien mengatakan pernah marah-marah jika berbicara dengan sesama jenis dan bertengkar Data objektif 1. Pandangan tajam 2. Tangan mengepal	Resiko Perilaku kekerasan

C. Pohon Masalah

Gambar 3.2
Pohon Masalah pada Tn.A Dengan
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi



Diagnosa Keperawatan (SDKI)

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
2. Perilaku Kekerasan

Prioritas diagnosa pada Tn.A adalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penderangan.

D. Rencana Keperawatan

Menurut Muhith (2015, hal. 258) rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai setiap tujuan khusus. Rencana keperawatan pada Tn.A dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.2
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
Pada Kasus *Skizofrenia* Terhadap Tn.A Di Rumah Sakit Jiwa Daerah
Provinsi Lampung Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
	D.0085 Gangguan persepsi sensori: Halusinasi	L.09083 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Melamun menurun 4. Konsentrasi membaik	I.10334 Konseling Teraupetik 1. Bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya dan penghargaan I.09288 Manajemen halusinasi Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) Teraupetik 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi Edukasi 1. Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan 4 cara, menghardik, minum obat teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, dan kegiatan terjadwal.


Tabel 3.3
Rencana Tindakan Keperawatan
Terhadap Tn.A dengan Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah
Provinsi Lampung Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
	D.0132 Perilaku Kekerasan	L.09076 Setelah dilakukan intervensi kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku agresif/amuk menurun 6. Suara keras menurun	I.14544 Pencegahan Perilaku Kekerasan Observasi 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam,tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur) Edukasi 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan non verbal (mis. relaksasi,cerita)

E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4
 Catatan Keperawatan Bina Hubungan Saling Percaya
 dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Kasus *Skizofrenia* Terhadap Tn. A
 Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 15-18 Maret 2022


No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 15 Maret 2022 Pukul : 09:00 Wib DS: 1. Klien mengatakan senang dipanggil Tn.A 2. Klien mau berkenalan</p> <p>DO: 1. Perawat tersenyum dengan klien 2. Klien terkadang menatap kebawah saat berbincang</p> <p>Masalah keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan 1. Konseling Membina Hubungan saling percaya dengan: a. Memberi salam teraupetik setiap berbincang antar perawat dan klien b. Memberikan <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum</p>	<p>Jam : 10:00 Wib S: 1. Klien mau berkenalan 2. Klien mengatakan bahwa ia senang dipanggil Tn.A 3. Klien mengatakan mendengar suara-suara-suara yang mengajaknya untuk mengobrol dan menyuruhnya mendekati suara tersebut.</p> <p>O: 1. Saat ditanya nama,klien menyebutkan namanya 2. Klien terkadang suka gelisah dan melamun</p> <p>A: Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</p> <p>P: Membantu klien untuk mengendalikan suara-suara yang didengar klien</p>

1	2	3
	<p>c. dengan klien</p> <p>d. Menjelaskan tujuan pertemuan,yaitu untuk membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan</p> <p>e. Membuat kontrak pertemuana selanjutnya</p> <p>f. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP terlampir)</p> <p>kontrak tindak lanjut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tentang halusinasi yang dialami 2. Diskusikan dengan klien isi halusinasi 3. Diskusikan respons klien 4. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi. 5. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaanya <p>Jelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain dan aktivitas terjadwal</p>	<div style="text-align: center;">  <p>Amelsya Yanti</p> </div>

Tabel 3.5
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 1 Halusinasi Terhadap Tn.A
 dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Kasus *Skizofrenia*
 Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 15 Maret 2022 Jam : 11:00 Wib</p> <p>Data</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mendengar suara-suara seperti mengajaknya mengobrol dan menyuruh untuk mengikuti suara itu 2. Klien mengatakan suara itu datang saat dirinya sendiri. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berbicara sendiri 2. Klien tampak gelisah 3. Klien tampak melamun <p>Diagnosa Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan SP 1 : Mengenal masalah halusinasi dan mampu mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik</p>	<p>Jam : 12:00 Wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih mendengar suara-suara yang mengajaknya mengobrol dan menyuruh mengikutinya 2. Klien mengatakan terkadang merasa terganggu dengan suara-suara tersebut 3. Klien mengatakan ingin mengetahui cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berbicara sendiri 2. Klien mampu mempraktikkan cara menghardik <p>A:</p> <p>Masalah halusinasi belum teratasi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan intervensi 2. Latihan menghardik halusinasi 2x sehari 3. Masukkan kegiatan menghardik ke dalam jadwal kegiatan


1	2	3
	<p>1. Konseling</p> <p>Membina hubungan saling percaya</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberi salam terapeutik setiap berbincang antar perawat dan klien Memberikan <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum dengan klien Menjelaskan tujuan pertemuan, yaitu untuk membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan Membuat kontrak pertemuan selanjutnya Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP 1 terlampir). <p>2. Manajemen Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Menceritakan isi halusinasi yang di alami klien Menceritakan waktu halusinasi yang di alami Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara (menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, dan menyusun latihan terjadwal) Mampu menghardik halusinasi dengan cara menutup kedua telinga, memejamkan mata lalu berkata “ pergi.. pergi.. saya tidak mau dengar.. kamu suara palsu” Menanyakan perasaan dan respon dari halusinasi yang di alami. Memberikan pujian kepada klien setelah mempratikkan cara menghardik dengan baik (SP 1 terlampir) <p>Rencana tindak lanjut: Motivasi klien untuk latihan menghardik 2x sehari saat</p>	

1	2	3
	<p>a. suara-suara muncul</p> <p>b. Masukkan latihan menghardik pada jadwal kegiatan</p> <p>c. Kontrak latihan berikutnya cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu minum obat secara teratur</p> <p>SP 2: Latih minum obat</p>	 <p>Amelsya Yanti</p>

Tabel 3.6
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 2 Halusinasi Terhadap Tn.A
 dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Kasus *Skizofrenia*
 Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 16 maret 2022 Jam : 09:00 Wib</p> <p>Data</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih mendengar suara-suara 2. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Klien ingin mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu cara minum obat <p>DO:</p> <p>Klien tampak senang</p> <p>Diagnosa Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori:Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Konseling <ol style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya 	<p>Jam : 10:00 Wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih mendengar suara-suara 2. Klien mengatakan senang mengontrol cara halusinasi dengan cara menghardik 3. Klien mengatakan senang bisa mengetahui tentang obat dan meminum obat dengan teratur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak memahami apa yang disampaikan oleh perawat 2. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan memanfaatkan obat <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan intervensi 2. Latih bercakap-cakap dengan orang lain (dengan sesama klien atau perawat)


1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> b. Memberi salam terapeutik setiap berbincang antar perawat dan klien. c. Memberikan <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum dengan klien d. Menjelaskan tujuan pertemuan,yaitu untuk membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan e. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya f. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP terlampir). <p>2. Manajemen Halusinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menceritakan isi halusinasi yang di alami klien b. Menceritakan waktu halusinasi yang di alami c. Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara (menghardik, minum obat secara teratur,bercakap-cakap dengan orang lain, dan menyusun latihan terjadwal) d. Mampu meminum obat dengan baik dan teratur. e. Menanyakan perasaan dan respon dari halusinasi yang di alami. f. Memberikan pujian kepada klien setelah mempratikkan cara menghardik dengan baik (SP 2 terlampir). <p>SP 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke dua, 	

<p>yaitu minum obat.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Menjelaskan cara minum obat, jenis obat, fungsi, serta jadwal, minum obat yang benar.3. Mendiskusikan respon dan halusinasi klien terhadap cara ke dua minum obat.4. Masukkan dalam jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.5. Mendiskusikan respon dan halusinasi klien terhadap tindakan cara ke 2 minum obat secara teratur. <p>Rencana tindak lanjut:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya2. SP 3: Latih bercakap-cakap dengan orang lain	 <p>Amelsya Yanti</p>
---	--

Tabel 3.7
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 3 Halusinasi Terhadap Tn.A
 dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Kasus Skizofrenia
 Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 17 Maret 2022 Jam : 09:30 Wib</p> <p>Data DS: 1. Klien mengatakan jarang mendengar suara-suara 2. Klien mengatakan ingin belajar cara bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>DO : 1. Klien tampak tenang 2. Klien dapat menyebutkan kapan saja jadwal minum obat</p> <p>Diagnosa Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan 1. Konseling Membina hubungan saling percaya a. Memberi salam terapeutik setiap berbincang antar perawat dan Klien</p>	<p>Jam : 11:00 Wib</p> <p>S: 1. Klien sudah jarang mendengar suara-suara 2. Klien tampak antusias belajar cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke 3 yaitu bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>O: 1. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. 2. Klien dapat mempraktikan apa yang telah diajarkan perawat</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: 1. Lanjutkan intervensi 2. SP 4: Latihan kegiatan terjadwal</p>


1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> b. Memberikan <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum dengan klien c. Menjelaskan tujuan pertemuan, yaitu untuk membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan d. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya e. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP terlampir). <p>2. Manajemen Halusinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menceritakan isi halusinasi yang di alami klien b. Menceritakan waktu halusinasi yang di alami c. Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara (menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, dan menyusun latihan terjadwal) d. Mampu bercakap-cakap dengan orang lain e. Menanyakan perasaan dan respon dari halusinasi yang di alami. f. Memberikan pujian kepada klien setelah mempratikkan cara menghardik dengan baik (SP 3 terlampir). <p>SP3:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi latihan menghardik dan minum obat 2. Mengajarkan klien cara ngontrol halusinasi dengan cara yang ke 3 yaitu bercakap-cakap dengan orang lain saat terjadi halusinasi 3. Meminta klien lain untuk menyapa/mengajak bercakap-cakap jika halusinasi muncul 	

1	2	3
	<p>4. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan halusinasi</p> <p>5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap</p> <p>Rencana Tindak Lanjut</p> <p>1. Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>SP4: menyusun kegiatan terjadwal</p>	 <p>Amelsya Yanti</p>

Tabel 3.8
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 4 Halusinasi Terhadap Tn.A
 dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Kasus *Skizofrenia*
 Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 18 Maret 2022 Jam: 10:00 Wib</p> <p>Data</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan senang karena ada teman bercakap-cakap 2. Klien mengatakan suara-suara jarang terdengar <p>DO:</p> <p style="padding-left: 20px;">Klien tampak tenang</p> <p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konseling <ul style="list-style-type: none"> Membina hubungan saling percaya <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam teraupetik setiap berbincang antar perawat dan klien b. Memberikan <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum dengan klien 	<p>Jam: 11:00 Wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan akan melakukan kegiatan sesuai jadwal yang telah di buat 2. Klien mengatakan senang telah di kunjungi oleh perawat 3. Klien mengatakan jarang mendengar suara-suara dan sudah mampu mengontrol halusinasi bila muncul <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tenang 2. Klien dan perawat membuat jadwal kegiatan (terlampir) 3. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara latihan kegiatan terjadwal <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan intervensi 2. <i>Follow Up</i> SP 1-4 pada klien halusinasi ke pihak RSJ


1	2	3
	<p>c. Menjelaskan tujuan pertemuan, yaitu untuk membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan</p> <p>d. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>e. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP terlampir).</p> <p>2. Manajemen Halusinasi</p> <p>a. Menceritakan isi halusinasi yang di alami klien</p> <p>b. Menceritakan waktu halusinasi yang di alami</p> <p>c. Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara (menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, dan menyusun latihan terjadwal)</p> <p>d. Mampu melakukan kegiatan terjadwal</p> <p>e. Menanyakan perasaan dan respon dari halusinasi yang di alami.</p> <p>f. Memberikan pujian kepada pasien setelah mempratikkan cara menghardik dengan baik (SP 4 terlampir).</p> <p>SP4:</p> <p>1. Mengevaluasi latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap</p> <p>2. Melatih klien dengan cara yang ke 4 yaitu, melatih kegiatan terjadwal</p> <p>3. Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah di susun</p> <p>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan latihan kegiatan terjadwal</p> <p>5. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan halusinasi</p>	

1	2	3
	<p>6. Beri pujian atas kemampuan klien mempraktikan latihan yang telah dilakukan</p> <p>Rencana Keperawatan</p> <p>1. Mengevaluasi SP 1-4 (menghardik, minum obat, bercakap-cakap, kegiatan terjadwal)</p> <p><i>Follow Up</i> SP 1-4 klien halusinasi ke pihak Rumah Sakit Jiwa.</p>	 <p>Amelsya yanti</p>

Tabel 3.9
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 1 Perilaku Kekerasan
 Pada Tn.A Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
 Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 15 Maret 2022 Jam : 13:00 Wib</p> <p>Data DS: Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengan sesama jenis, akan bertengkar.</p> <p>DO: 1. Pandangan klien tampak tajam 2. Tangan klien mengempal</p> <p>Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Tindakan Keperawatan 1. Konseling Membina hubungan saling percaya a. Memberi salam terapeutik setiap berbincang antar perawat dan klien b. Memberikan <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum dengan klien c. Menjelaskan tujuan pertemuan, yaitu untuk membina</p>	<p>Jam : 13:30 Wib</p> <p>S: 1. klien mengatakan marah ketika berbincang dengan sesama jenis 2. Klien mengatakan ingin mengetahui cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu melatih nafas dalam</p> <p>O: 1. Pandangan klien tampak tajam 2. Tangan klien tampak mengempal</p> <p>A: Masalah resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1. Latih perilaku kekerasan (nafas dalam) 2x sehari 2. Masukkan kegiatan perilaku kekerasan ke dalam jadwal kegiatan 3. Masukkan latihan fisik 1 (nafas dalam) kedalam jadwal kegiatan</p>


1	2	3
	<p>d. hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan</p> <p>e. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>f. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP terlampir).</p> <p>2. Pencegahan Perilaku Kekerasan</p> <p>a. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali)</p> <p>b. Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur).</p> <p>c. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif</p> <p>d. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan non verbal (mis. relaksasi,cerita).</p> <p>e. Mampu melakukan latihan fisik yang pertama yaitu,tarik nafas dalam. “Tarik nafas dalam melalui hidung,tahan beberapa detik (4-5 hitungan) kemudian hembuskan perlahan melalui mulut lakukan selama 1-3 kali”.</p> <p>f. Menanyakan perasaan dan respon dari perilaku kekerasan yang di alami.</p> <p>g. Memberikan pujian kepada pasien setelah mempratikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik (SP 1 terlampir).</p> <p>SP 1 :</p> <p>a. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1,tarik nafas dalam.</p> <p>b. Melatih klien dengan cara fisik yang ke 2 yaitu, mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal. Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang</p>	

1	2	3
	<p>telah di susun</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik 1 (tarik nafas dalam), fisik 2 (pukul bantal), berbicara dengan baik, beribadah, minum obat. d. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan perilaku kekerasan. e. Beri pujian atas kemampuan klien mempraktikkan latihan yang telah dilakukan. <p>Rencana tindak lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi klien untuk latihan fisik 1, 2x sehari saat merasa kesal atau marah. b. Masukkan latihan fisik 1 (tarik nafas dalam) pada jadwal kegiatan c. Kontrak latihan berikutnya cara mengendalikan perilaku kekerasan yang kedua yaitu dengan pukul bantal. d. SP 2: Latihan fisik (pukul bantal) 	<div style="text-align: center;">  <p>Amelsya Yanti</p> </div>

Tabel 3.10
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 2 Perilaku Kekerasan
Pada Tn.A Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal: 16 Maret 2022 Jam: 11:00 wib</p> <p>Data DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengan sesama jenis, akan bertengkar 2. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam 3. Klien ingin mengontrol perilaku kekerasan dengan cara yang kedua yaitu latihan fisik 2 (pukul bantal) <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pandangan klien tampak tajam 2. Tangan klien mengempal <p>Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konseling Membina hubungan saling percaya dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam teraupetik setiap perbincangan antar perawat dan klien. b. Memberi <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum dengan klien 	<p>Jam: 12:00 wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengan sesama jenis, akan bertengkar 2. Klien mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan latihan fisik kedua (pukul bantal) dengan baik. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak memahami apa yang disampaikan oleh perawat. 2. Klien mengontrol perilaku kekerasan dengan pukul bantal <p>A:</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan intervensi 2. Latih berbicara dengan baik dengan orang lain (sesama klien atau perawat).


1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> c. Menjelaskan tujuan pertemuan, yaitu untuk membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan. d. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya. e. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP terlampir). <p>2. Pencegahan perilaku kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). b. Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). c. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif. d. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan non verbal (mis. relaksasi,cerita). e. Mampu melakukan latihan fisik yang kedua yaitu,pukul bantal. f. Menanyakan perasaan dan respon dari perilaku kekerasan yang di alami. g. Memberikan pujian kepada klien setelah mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik (SP 2 terlampir). <p>SP 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2,pukul bantal. b. Melatih klien dengan cara fisik yang kedua yaitu,mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal. c. Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun. d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik 2 (pukul bantal),berbicara yang baik,beribadah,dan minum obat. 	

1	2	3
	<p>e. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan perilaku kekerasan</p> <p>f. Beri pujian atas kemampuan klien mempraktikkan latihan yang telah dilakukan.</p> <p>Rencana tindak lanjut:</p> <p>a. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya</p> <p>b. SP 3: Latih cara verbal (berbicara yang baik dengan orang lain).</p>	 <p>Amelsya Yanti</p>

Tabel 3.11
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 3 Perilaku Kekerasan
 Pada Tn.A Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
 Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	<p>Tanggal : 17 Maret 2022 Jam : 13:00 wib</p> <p>Data DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengan sesama jenis, akan bertengkar. 2. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol kemarahan dengan latihan fisik kedua (pukul bantal) 3. Klien mengatakan ingin belajar cara mengontrol perilaku kekerasan cara ketiga yaitu,berbicara baik dengan orang lain. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pandangan klien tampak tajam 2. Tangan klien mengempal <p>Diagnosa Keperawatan Resiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konseling Membina hubungan saling percaya dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan salam terapeutik setiap perbincangan antar perawat dan klien. 	<p>Jam :13:30 wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik. 2. Klien mengatakn merasa kurang nyaman jika bebrbicara dengan orang lain,akan bertengkar. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menerapkan SP 3 dengan baik 2. Tangan klien masih mengempal <p>A:</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan intervensi 2. Latih kegiatan spiritual (sholat).


1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> b. Memberikan <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum pada klien. c. Menjelaskan tujuan pertemuan, yaitu untuk membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan. d. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya. e. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP terlampir). <p>2. Pencegahan perilaku kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). b. Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). c. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif. d. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan non verbal (mis. relaksasi, cerita). e. Mampu melakukan latihan verbal yang ketiga yaitu,berbicara yang baik kepada orang lain. f. Menanyakan perasaan dan respon dari perilaku kekerasan yang dialami. g. Memberikan pujian kepada klien setelah mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan yang baik (SP 3 terlampir). <p>SP 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara ketiga,berbicara yang baik dengan orang lain. b. Melatih klien dengan cara verbal yang ketiga yaitu, berbicara yang baik dengan orang lain. c. Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun. d. Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan verbal yang ketiga 	

1	2	3
	<p>e. (berbicara yang baik dengan orang lain),beribadah,dan minum obat.</p> <p>f. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan perilaku kekerasan.</p> <p>g. Beri pujian atas kemampuan klien mempraktikkan latihan yang telah dilakukan.</p> <p>Rencana tindak lanjut:</p> <p>a. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya</p> <p>b. SP 4: Latih cara spiritual (sholat).</p>	 <p>Amelsya Yanti</p>

Tabel 3.12
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 4 Perilaku Kekerasan
 Pada Tn.A Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
 Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 18 Maret 2022 Jam : 13:00 wib</p> <p>Data DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengan orang lain, akan bertengkar. 2. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal. 3. Klien mengatakan ingin belajar cara mengontrol perilaku kekerasan cara selanjutnya. <p>DO: klien tampak senang</p> <p>Diagnosa Keperawatan Resiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konseling Membina hubungan saling percaya dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam terapeutik setiap perbincangan antar perawat dan klien. b. Memberi <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum dengan klien. 	<p>Jam : 13:30 wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik. 2. Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengan orang lain, akan bertengkar. <p>O: Klien mampu melakukan SP 4 dengan baik.</p> <p>A: Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan intervensi 2. SP 5: Latih cara minum obat


1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> c. Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu, untuk membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan. d. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya. e. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP terlampir). <p>2. Pencegahan perilaku kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). b. Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). c. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif. d. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan non verbal (mis. relaksasi, cerita). e. Mampu melakukan latihan spiritual (sholat) dengan baik. f. Menanyakan perasaan dan respon dari perilaku kekerasan yang dialami. g. Memberikan pujian kepada klien setelah mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik (SP 4 terlampir). <p>SP 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual (sholat). b. Melatih klien dengan cara yang keempat,spiritual (sholat). c. Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun. d. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan spiritual (sholat),minum obat. e. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan perilaku kekerasan. 	

1	2	3
	<p>f. Beri pujian atas kemampuan klien mempraktikkan latihan yang telah dilakukan.</p> <p>Rencana tindak lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya.b. SP 5: Latih cara minum obat	 <p>Amelsya Yanti</p>

Tabel 3.13
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 5 Perilaku Kekerasan
 Pada Tn.A Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
 Tanggal 15-18 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal: 19 Maret 2022 Jam: 09:30 wib</p> <p>Data DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa kurang nyam jika berbicara dengan sesama jenis, akan bertengkar. 2. Klien masih mengingat cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual (sholat). 3. Klien mengatakan ingin belajar mengontrol perilaku kekerasan cara selanjutnya. <p>DO: Pandangan dan tangan klien sudah tidak tajam dan mengepal</p> <p>Diagnosa Keperawatan Resiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konseling Membina hubungan saling percaya dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi salam teraupetik setiap perbincangan antar perawat dan klien. b. Memberi <i>reinforcement</i> pada klien dengan tersenyum dengan klien. 	<p>Jam: 10:00 wib</p> <p>S: Klien mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik.</p> <p>O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu melakukan SP 5 dengan baik. 2. Pandangan dan tangan klien sudah tidak tajam dan mengepal. </p> <p>A: Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian</p> <p>P: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan intervensi 2. <i>Follow up</i> SP 1-5 ke pihak Rumah Sakit Jiwa. </p>

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> c. Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu, membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan interaksi atau perawatan. d. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya. e. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan (SP terlampir). <p>2. Pencegahan perilaku kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). <ul style="list-style-type: none"> b. Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). c. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif. d. Latih mengurangi kemarahan dengan cara yang kelima, minum obat. e. Menanyakan perasaan dan respon klien dari perilaku kekerasan yang di alami. f. Memberikan pujian kepada klien setelah mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik (SP 5 terlampir) <p>SP 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara minum obat. b. Melatih klien dengan cara kelima yaitu, mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat. c. Membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun. d. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan cara fisik 1 (nafas dalam), fisik 2 (pukul bantal), verbal (berbicara yang baik pada orang lain), dan minum obat. e. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan perilaku kekerasan. 	

1	2	3
	<p>f. Beri pujian atas kemampuan klien mempraktikkan latihan yang telah dilakukan.</p> <p>Rencana tindak lanjut</p> <p>a. Mengevaluasi SP 1-5 resiko perilaku kekerasan (nafas dalam,pukul bantal,berbicara baik dengan orang lain,beribadah,minum obat).</p> <p>b. <i>Follow up</i> SP 1-5 ke pihak Rumah Sakit Jiwa.</p>	 <p>Amelsya Yanti</p>