BAB III
LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Inisial	: Tn. A
Jenis kelamin	: Laki-laki
Umur	: 34 tahun
Pendidikan	: SMA
Suku/bahasa	: Jawa
Informasi	: Tn. A (pasien)
Tanggal pengkajian	: 9 Maret 2021

2. Keluhan utama

   Klien mengatakan mendengar suara-suara yang muncul pada saat klien menyendiri, klien mengatakan suara itu seperti suara orang ngobrol tetapi hanya ada suara nya saja. Klien merasa terganggu dengan suara-suara dengan lingkungan sekitar. Klien mengatakan sering marah-marah, mengamuk, gelisah, dan membanting benda yang ada disekitar. Klien tidak bisa diam mondar-mandir dan mengeluh sulit tidur dan selalu emosian, klien datang ke RSJ Bandar Lampung dengan cara diantar oleh ibu kandung sekitar tahun 2019.

3. Faktor predisposisi

   a. Klien sebelumnya pernah menjalani terapi kejiwaan maupun pengobatan medis.

b. Klien mengatakan pernah menimpuk orang lain karena mengikuti bisikan dari suara yang didengar.

c. Klien mengatakan anggota keluarga sebelumnya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

d. Klien mengatakan mempunyai pengalaman masalalu yaitu pernah menggunakan obat-obatan terlarang (narkoba) dari situ timbul suara-suara yang mengajak klien mengobrol, pada saat klien mengikuti suara tersebut klien pernah menimpuk orang yang ada disekitarnya dengan benda. Masalah keperawatan : gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran.

4. Pemeriksaan fisik

a. Tanda tanda vital

Tekanan darah	: 120/80 mmHg
Nadi	: 84x/menit
Suhu	: 36,7°C
Pernapasan	: 20x/menit

b. Ukur

Tinggi badan	: 165 cm
Berat badan	: 64 kg

c. Penampilan fisik

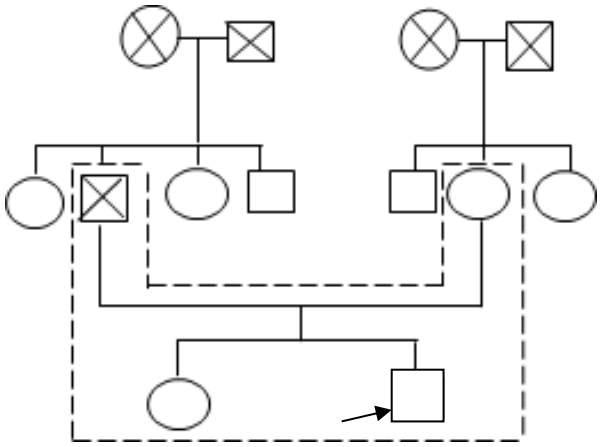
Rambut klien tampak bersih, tidak berketombe, dan harum, kulit klien tampak bersih berwarna kuning langsat, kuku klien tampak bersih dan terawat.

e) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit gangguan kejiwaan.

a. Genogram

Gambar 3. 1
Genogram Keluarga Tn.A dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi



Keterangan

▭	: laki – laki	↗	: klien
⬭	: perempuan	—	: hubungan keluarga
⊠	: laki–laki meninggal	..	: tinggal serumah
⊗	: perempuan meninggal		: Genogram istri tidak diketahui

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya, tapi yang paling klien suka postur tubuhnya, klien mengatakan kalau mempunyai tubuh yang tidak pendek, klien mengatakan bahwa

klien adalah anak ke dua dari dua bersaudara.

2) Identitas diri

Klien mengatakan bahwa dirinya laki-laki, klien juga dapat memperkenalkan namanya dan alamat rumahnya, klien juga dapat menyebutkan nama anaknya dan istrinya.

3) Peran

Klien mengatakan dia adalah seseorang ayah dari kedua anaknya.

4) Harga diri

Klien mengatakan masih dihargai oleh keluarganya dirumah tetapi ketika di lingkungannya klien merasa tidak dihargai. Masalah keperawatan : harga diri rendah.

c. Hubungan sosial

1) Orang yang berarti atau orang yang terdekat

Menurut klien orang yang terdekat adalah keluarga yang berada dirumah, terutama istri klien yang selalu menemani klien dan memenuhi kebutuhan klien dan anak-anak klien selalu mendukung klien untuk sembuh.

2) Peran serta dalam kelompok masyarakat

Saat pengkajian klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun di lingkungan masyarakatnya.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak suka dengan kakaknya karena kakaknya lebih disayang oleh orang tuanya.

d. Spiritual

Klien mengatakan beragama islam dan klien megatakan sholat 5 waktu tetapi terkadang lupa untuk sholat

e. Status mental

1) Penampilan

Penggunaan pakaian klien tidak sesuai dan tidak rapi. Klien sering menggulungkan celana dan mengangkat bajunya, tetapi ketika pulang klien menggunakan pakaian secara rapi dan normal.

2) Pembicaraan

Klien saat diajak berbicara menjawab pertanyaan dengan cepat.

3) Aktivitas motorik

Klien terlihat gelisah, klien selalu mengeluh mengatakan ingin pulang karena rindu dengan keluarganya terutama istri dan anaknya.

4) Alam perasaan

Klien masih labil saat diajak berbicara.

5) Afek

Pada saat melakukan pengkajian muka pasien tampak datar.

6) Interaksi selama wawancara

Klien sangat kooperatif saat diajak bercakap-cakap

7) Persepsi atau halusinasi

Klien mengatakan mendengar bisikian untuk melukai dirinya saat di rumah. Klien mendengar bisikan tersebut bisa sehari 3

kali Masalah keperawatan : halusinasi pendengaran.

8) Proses pikir

Proses pikir pasien sesuai dengan apa yang ditanyakan, walaupun jawabannya tidak masuk akal.

9) Isi pikir

Pada saat pengkajian klien mengatakan ingin cepat pulang dan ingin bekerja untuk menafkahi istrinya lagi.

10) Tingkat kesadaran

Klien dapat berorientasi dengan perawat, dan tepat waktu. Nilai *Glasgow Coma Scale* klien 15 dengan kesadaran umum *composmentis*.

11) Memori

Klien sering lupa nama perawat yang hanya sekali bertemu.

12) Tingkat konsentrasi berhitung

Klien dapat berkonsentrasi dengan baik.

13) Kemampuan penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sederhana lalu meminta bantuan orang lain.

14) Daya tilik diri

Klien merasa sudah sembuh dan cepat ingin pulang kerumah.

Masalah keperawatan : koping individu tidak efektif

f. Mekanisme koping yang bisa digunakan

1) Adaptif : ingin berbicara dengan orang lain.

2) Maladaptif : pergi ketempat lain atau mengikuti perintah dari suara.

g. Masalah psikososial dan lingkungan

1) Masalah berhubungan dengam dukungan kelompok spesifik klien nyaman berada di rumah sakit jiwa.

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan fisik klien mengatakan peduli dengan lingkungannya.

h. Kurang pengetahuan tentang penyakit

Klien tidak menyadari apa yang terjadi pada dirinya, dan klien mengakui tidak mengetahui tentang faktor penyebab terjadinya.

i. Aspek medis

1) Diagnosa medis : *skizofrenia*

2) Terapi medik :

a) *Resperidone* 2x3g

b) *Chlorpromazine* 2x100mg

c) *Trihexyphenidyl* 2x2g

B. Analisa Data

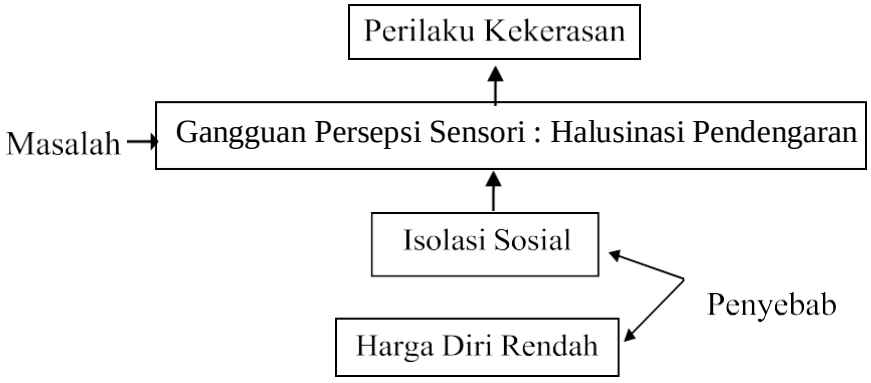
Tabel 3. 1
Analisa Data Pada Tn. A dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran

Data	Masalah
1	2
Data subjektif 1. Klien mengatakan mendengar bisikan untuk melakukan sesuatu 2. Klien mengatakan mendengar sesuatu bisikan mengajak bercakap-cakap Data objektif 1. Berbicara sendiri 2. Melamun 3. Tertawa sendiri	Halusinasi pendengaran
Data subjektif 1. Klien mengatakan pernah menimpuk orang lain. 2. Klien mengatakan ketika dirumah sering marah-marah.	Perilaku kekerasan

1	2
3. Klien mengatakan ketika dirumah klien pernah mengamuk dan membanting benda yang ada di sekitar. Data objektif 1. Klien tampak labil saat diajak berbicara 2. Klien tampak emosian.	

C. Pohon Masalah

Gambar 3. 2
Pohon masalah klien dengan masalah sensori persepsi : halusinasi



Diagnosa keperawatan :

1. Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran
2. Perilaku kekerasan

Prioritas masalah pada Tn. A adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.

D. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada Tn. A dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada tabel 3.2 dan 3.3 berikut ini:

Tabel 3. 2
Rencana Tindakan Keperawatan Pada Tn. A dengan Halusinasi Pendengaran
Pada Kasus Skizofrenia di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
9-11 Maret 2021

Diagnosa	SLKI	SIKI
Gangguan persepsi sensori: halusinasi	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Melamun menurun 4. Respons sesuai stimulus membaik	Konseling Teraupetik Bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya dan penghargaan Manajemen halusinasi Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrolperilaku 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi Edukasi 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberidukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melaukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukanaktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat anti psikotik dan anti ansietas, jika perlu

Tabel 3. 3
Rencana Tindakan Keperawatan Pada Tn. A dengan Resiko Perilaku Kekerasan
Pada Kasus Skizofrenia di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung 9-11
Maret 2021

Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3
Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil	Konseling Teraupetik

1	2	3
	1. Verbalisasi ancaman kepada orang lainmenurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungansekitar menurun 6. Perilaku agresif/ngamuk menurun 7. Suara keras menurun	Bina hubungan teraupetik berdasarkan rasa percaya dan penghargaan Pencegahan Perilaku Kekerasan Observasi 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membayakan (mis. pisau cukur) Terapeutik Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin Edukasi 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan non verbal (mis. relaksasi, bercerita)

E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 4
Catatan Keperawatan Bina Hubungan Saling Percaya Pada Tn. A dengan Halusinasi Pendengaran Pada Kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung 9-11 Maret 2021

Implementasi	Evaluasi
1	2
Tanggal : Selasa, 9 Maret 2021 Pukul: 09.00 WIB DS : 1. Klien mengatakan mendengar suara-suara yang mengganggu telinganya 2. Klien mengatakan suara itu seperti suara orang ngobrol tetapi hanya ada suaranya saja DO : 1. Klien tampak diam 2. Klien menatap kearah bawah Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	Pukul : 10.00 WIB S : 1. Klien mengatakan namanya “Tn. A senang dipanggil Tn. A” 2. Klien mau berkenalan 3. Klien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang yang mengajak ngobrol O : 1. Saat ditanya nama klien menyebutkan namanya 2. Klien mau berjabat tangan 3. Saat perawat mengatakan akan berkunjung selama 6 hari klien menjawab iya 4. Klien tampak sering melamun

1	2
Tindakan Keperawatan : Membina hubungan saling percaya (SP 1 terlampir) dengan cara : 1. Memberi salam teraupetik setiap berinteraksi 2. Menjelaskan tujuan pertemuan yaitu untuk 3. membina hubungan saling percaya sehingga klien dan perawat akan lebih nyaman dalam melakukan perawatan atau interaksi. 4. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya 5. Menciptakan lingkungan yang bersahabat : menatap mata klien saat berinteraksi 6. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan Kontrak tindak lanjut : 1. Diskusikan tentang halusinasi yang dialami 2. Diskusikan dengan klien isi halusinasi 3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi 4. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaanya 5. Jelaskan cara mengontrol halusinasi (ada 4 cara : menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dengan orang lain dan aktivitas terjadwal)	A : Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran P : Membantu klien cara mengendalikan suara-suara yang didengar tetapi tidak ada wujudnya Perawat Muhammad Khoiri Akbar

Tabel 3.5
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP1 Pasien Halusinasi Pada Tn. A dengan Halusinasi Pendengaran Pada Kasus *Skizofrenia* di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung

Implementasi	Evaluasi
1	2
Tanggal : Rabu, 10 Maret 2021 Pukul: 09.00 WIB DS: 1. Klien mengatakan mendengar suara-suara seperti orang mengajak bercakap-cakap 2. Klien mengatakan suara itu datang menyendiri DO: 1. Klien tampak berbicara sendiri. 2. Klien tampak melamun. 3. Tatapan mata klien tampak kosong. Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran TindakanKeperawatan 1. Bina hubungan saling percaya : mengucapkan salam	Pukul : 09.45 WIB S: 1. Klien mengatakan masih mendengar suara-suara yang tidak jelas 2. Klien mengatakan merasa terganggu dengan suara-suara tersebut 3. Klien mengatakan mau belajar cara mengontrol halusinasi O: 1. Klien tampak bicara sendiri 2. Jarak antara perawat dan pasien 1 meter 3. Klien tampak mampu memperagakan cara menghardik yang diajarkan perawat A : Masalah belumteratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Latihan cara menghardik 2 x sehari 2. Masukkan kegiatan menghardik dalam jadwal kegiatan

1	2
2. Memonitor perilaku pasien yang mengidentifikasiHalusinasi : klien tampak bicara sendiri 3. Memonitor isi halusinasi pasien : klien mendengar suara mengobrol 4. Mempertahankan lingkungan yang aman saat berkomunikasi dan memberikan tindakan kepada pasien: menjauhkan benda-benda yang tajam, menjaga jarak aman dengan pasien minimal 1 meter 5. Mendiskusikan perasaan dan respon pasien terhadap halusinasi (SP 1 terlampir) 6. Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi (ada 4 cara yaitu: latihan cara menghardik, latihan bercakap-cakap dengan orang lain, latihan kegiatan terjadwal, latihan minum obat) 7. Mengajarkan cara pertama mengontrol halusinasi : menghardik (SP 1 terlampir) Rencana tindak lanjut 1. Motivasi klien untuk latihan menghardik 2x sehari 2. Masukan latihan menghardik pada jadwal kegiatan 3. Kontrak latihan kedua yaitu mengontrol halusinasi dengan minum obat	Perawat Muhammad Khoiri Akbar

Tabel 3. 6
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 2 Pasien Halusinasi Pada Tn. A dengan Halusinasi PendengaranPada Kasus Skizofrenia di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung 9-11 Maret 2021

Implementasi	Evaluasi
1	2
Tanggal : Rabu, 10 Maret 2021 Pukul: 14.00 WIB DS : 1. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrolhalusinasi dengan menghardik 2. Klien mengatakan mau belajar cara mengontrol halusinasi DO : 1. Berbicara sendiri 2. Pikiran berubah-ubah 3. Pandangan tajam Diagnosa : Halusinasi PendengaranTindakan Keperawatan 1. Bina hubungan saling percaya : mengucapkan salam 2. Mengevaluasi kemampuan latihan menghardik padapasien.	Pukul : 13.30 WIB S : 1. Klien sudah bisa menghardik dengan baik 2. Klien mengatakan senang bisa mengetahui tentang obat dan meminum obat dengan teratur. O : Klien tampak memahami apa yang disampaikan oleh perawat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Latihan bercakap-cakap dengan orang lain

1	2
Mengajarkan pasien dan keluarga mengontrol halusinasi cara ke 2 minum obat (SP 2terlampir) • Menjelaskan jenisobat, fungsi serta jadwal minum obat*Risperidone* : 2x1tablet/hari *Chlorponazine* : 2x1 tablet/hari *Haloperidol 5mg* : 2 x 1 tablet/hari • Cara minum obat dengan benar 4. Mendiskusikan respon dan halusinasi klien terhadap tindakan cara ke 2 minum obat Rencana Tindakan Lanjut : Kontrak waktu pertemuan selanjutnya SP 3 : Latih bercakap-cakap dengan orang lain	Perawat Muhammad Khoiri Akbar

Tabel 3. 7
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 3 Pasien Halusinasi Dengan Halusinasi Pendengaran pada Tn. A Pada Kasus Skizofrenia di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung 9-11 Maret 2021

Implermentasi	Evaluasi
Tanggal : kamis 11 Maret 2021 Pukul : 10.00 WIB DS : 1. Klien mengatakan masih mendengarsuara-suara mengajak bercakap 2. Klien mangatakan mendengar bisikan untuk melakukan sesuatu DO : 1. Klien tampak berbiacara sendiri 2. Pandangan kosong Masalah : Halusinasi pendengaran Tindakan keperawatan Sp 3 pasien : bercakap-cakap dengan orang lain 1. Bina hubungan saling percaya : mengucapkan salam 2. Mengevaluasi kemampuan minum obat pada klien 3. Melatih bercakap-cakap (SP 3terlampir) 4. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan cara ke 3 bercakap-cakap Rencana Tindak Lanjut 1. Kontrak waktu kegiatan selanjutnya 2. SP 4 : melatih kegiatan terjadwal	Pukul : 10.30 WIB S : 1. Klien mengatakan masih mendengar suara-suara seperti orang bercakap-cakap/mengobrol 2. Klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi yang ke-3 O : Klien tampak berbicara sendiri A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi SP 4 latih kegiatan terjadwal Perawat Muhammad Khoiri Akbar

Tabel 3. 8
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 4 Pasien Halusinasi pada Tn. A
Pada Kasus Skizofrenia di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
9-11 Maret 2021

Implementasi	Evaluasi
Tgl : Kamis, 11 Maret 202 Pukul : 14.00 WIB DS : Klien mengatakan masih mendengar suara-suara seperti orang bercakap-cakap /mengobrol DO : Klien tampak berbicara sendiri Masalah : Halusinasi pendengaran Tindakan Keperawatan 1. Bina hubungan saling percaya : mengucapkan salam 2. Mengevaluasi kemampuan klien bercakap-cakap 3. Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara ke 4 kegiatan terjadwal (SP 4 terlampir melatih kegiatan terjadwal) 4. Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan cara ke 4 kegiatan terjadwal Rencana Tindak Lanjut *Follow up* SP 1-4 pada klien halusinasi kepihak RSJ	Pukul : 14.45 WIB S : Klien mengatakan masih mendengar suara-suara tetapi sudah mampu mengontrol halusinasi bila suara-suara muncul O : Klien tampak berbicara sendiri A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi *Follow up* SP 1-4 kepihak RSJ Perawat Muhammad Khoiri Akbar

Tabel 3. 9
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 1 Pasien Risiko Perilaku Kekerasan
Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. A di Ruang Nuri
Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung 9-11 Maret 2021

Implementasi	Evaluasi
1	2
Tgl : Selasa, 9 Maret 2021 Pukul : 14.00 WIB DS : 1. Klien mengatakan pernah menimpuk orang lain. 2. Klien mengatakan ketika dirumah sering marah-marah. 3. Klien mengatakan ketika dirumah klien pernah mengamuk dan membanting benda yang ada di sekitar	Pukul : 11.00 WIB S : 1. Klien mengatakan suka marah-marah 2. Klien mampu melakukan cara mengontrol RPK cara pertama O : Klien tampak fokus pada satu titik A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi SP 2 latihan mengontrol RPK dengan cara fisik

1	2
DO : 1. Klien tampak labil saat diajak berbicara 2. Klien tampak emosian Masalah : Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan 1. Bina hubungan saling percaya : mengucapkan salam 2. Monitor benda yang berpotensi membahayakan (mis. tali, pisau) 3. Identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan 4. Cara mengontrol RPK dengan napas dalam (SP 1 terlampir) Rencana Tindak Lanjut 1. Kontrak waktu kegiatan selanjutnya 2. SP 2 : latihan mengontrol RPK dengan cara fisik (pukul kasur dan bantal)	Perawat Muhammad Khoiri Akbar

Tabel 3. 10
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 2 Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn.A Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. A di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung 9-11 Maret 2021

Implementasi	Evaluasi
1	2
Tgl : 10 Maret 2021 Pukul : 14.00 WIB DS : 1. Klien mengatakan pernah menimpuk orang lain. 2. Klien mengatakan ketika dirumah sering marah-marah. 3. Klien mengatakan ketika dirumah klien pernah mengamuk dan membanting benda yang ada di sekitar . DO : 1. Klien tampak labil saat diajak berbicara 2. Klien tampak emosian Masalah : Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan 1. Bina hubungan saling percaya : mengucapkan salam 2. Evaluasi latihan nafas dalam 3. Latih cara fisik ke-2: pukul kasur dan bantal (Sp 2 terlampir) 4. Susun jadwal kegiatan harian cara kedua	Pukul : 11.00 WIB S : 1. Klien mampu melakukan cara mengontrol RPK cara kedua denganbaik 2. Klien mengatakan suka marah-marah O : 1. Klien tampak fokus pada satu titik 2. Klien tampak bisa melakukan tindakan mengontrol kemarahancara kedua A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi SP 3 latihan mengontrol RPK dengan cara verbal

1	2
Rencana Tindak Lanjut 1. Kontrak waktu kegiatan selanjutnya 2. Evaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik 3. Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.	Perawat Muhammad Khoiri Akbar

Tabel 3. 11
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 3 Pasien Risiko Perilaku Kekerasan
Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. A di Ruang Nuri
Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung 9-11 Maret 2021

Implementasi	Evaluasi
Tgl :10 Maret 2021 Pukul : 14.00 WIB DS : 1. Klien mengatakan pernah menimpuk orang lain. 2. Klien mengatakan ketika dirumah sering marah-marah. 3. Klien mengatakan ketika dirumah klien pernah mengamuk dan membanting benda yang ada di sekitar . DO : 1. Klien tampak labil saat diajak berbicara 2. Klien tampak emosian Masalah : Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan 1. Bina hubungan saling percaya : mengucapkan salam 2. Evaluasi latihan mengontrol kemarahan secara fisik 3. Latih cara fisik ke-3: mengungkapkan rasa marah secara verbal (SP 3 terlampir) 4. Susun jadwal kegiatan harian cara ketiga Rencana Tindak Lanjut 1. Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual 2. Latihan sholat 3. Buat jadwal latihan sholat	Pukul : 11.00 WIB S : 1. Klien mampu melakukan cara mengontrol RPK cara kedua dengan baik 2. Klien mengatakan suka marah-marah O : 1. Klien bisa melakukan SP 3 dengan baik 2. Klien tampak fokus pada satu titik A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi SP 4 latihan mengontrol RPK dengan cara verbal Perawat Muhammad Khoiri Akbar

Tabel 3. 12
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 4 Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. A Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn.A di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 9-11 Maret 2021

Implementasi	Evaluasi
Tgl : 11 Maret 2021 Pukul : 14.00 WIB DS : 1. Klien mengatakan pernah menimpuk orang lain. 2. Klien mengatakan ketika dirumah sering marah-marah. 3. Klien mengatakan ketika dirumah klien pernah mengamuk dan membanting benda yang ada di sekitar . DO : 1. Klien tampak labil saat diajak berbicara 2. Klien tampak emosian. Masalah : Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan 1. Bina hubungan saling percaya : mengucapkan salam 2. Evaluasi latihan mengontrol kemarahan secara fisik 3. Latih cara fisik ke-4: mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual (SP 4 terlampir) 4. Susun jadwal kegiatan harian cara keempat Rencana Tindak Lanjut 1. Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat 2. Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benarn dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat	Pukul : 11.00 WIB S : 1. Klien mampu melakukan cara mengontrol RPK cara ketiga dengan baik 2. Klien mengatakan suka marah-marah O : 1. Klien bisa melakukan SP 4 dengan baik 2. Klien tampak fokus pada satu titik A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi SP 5 latihan mengontrol RPK dengan minum obat Perawat Muhammad Khoiri Akbar

Tabel 3. 13
Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 5 Pasien Risiko Perilaku Kekerasan
Pada Tn.A di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
Tanggal 9-11 Maret 2021

Implementasi	Evaluasi
Tgl :10 Maret 2021 Pukul : 14.00 WIB DS : 1. Klien mengatakan pernah menimpuk orang lain. 2. Klien mengatakan ketika dirumah sering marah-marah. 3. Klien mengatakan ketika dirumah klien pernah mengamuk dan membanting benda yang ada di sekitar DO : 1. Klien tampak labil saat diajak berbicara 2. Klien tampak emosian Masalah : Perilaku Kekerasan Tindakan Keperawatan 1. Bina hubungan saling percaya : mengucapkan salam 2. Evaluasi latihan mengontrol kemarahan secara fisik 3. Latih cara fisik ke-5: (SP 5 terlampir) 4. Susun jadwal kegiatan harian cara kelima RencanaTindakLanjut *Follow up* SP 1-5 kepihak Rumah Sakit Jiwa	Pukul : 11.00 WIB S : 1. Klien mampu melakukan cara mengontrol RPK cara ketiga dengan baik 2. Klien mengatakan suka marah-marah O : 1. Klien bisa melakukan SP 5 dengan baik 2. Klien tampak fokus pada satu titik A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi *Follow up* SP 1-5 kepihak Rumah Sakit Jiwa Perawat Muhammad Khoiri Akbar