

LAMPIRAN



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLTEKKES KEMENKES TANJUNGKARANG

JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGKARANG



JL. SOEKARNO HATTA NO. 1 HAJIMENA BANDAR LAMPUNG TELP.

(0721) 703580 FAX. (0721) 703580

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Ruang rawat:

I. IDENTITAS KLIEN

1. Inisial :
2. Jenis kelamin :
3. Umur :
4. Informan :
5. Tanggal masuk RS :
6. Tanggal pengkajian :

II. ALASAN MASUK

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. FAKTOR PRESIDIPOSI

Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu: () ya, tahun () tidak

Pengobatan sebelumnya :() berhasil () kurang berhasil () tidak berhasil

Masalah penganiyaan :

pelaku/usia

korban/usia

saksi/usia

Aniaya fisik			
Aniaya seksual			
Penolakan			
Kekerasan dalam keluarga			
Tindakan criminal			

Jelaskan no. 1, 2, 3 :

.....
.....
.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? () ya () tidak

Hubungan keluarga :

Gejala :

.....
.....

Riwayat pengobatan/perawatan:

.....
.....

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?

(perceraian/perpisahan/konflik)

.....
.....
.....

Pemeriksaan fisik:

1. Tanda-tanda vital TD:mmhg N:x/menit S:°C

P:x/menit

2. Ukur TB:cm BB:Kg () turun () naik

3. Keluhan fisik : () ya () tidak

Jelaskan:

.....

.....

Masalah keperawatan:

.....

IV. PSIKOSOSIAL

1. Genogram:

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

2. Konsep diri

a. Gambaran diri:

.....

.....
.....
.....
.....

b. Identitas diri:

.....
.....
.....
.....

c. Peran:

.....
.....
.....
.....

d. Ideal diri:

.....
.....
.....
.....

e. Harga diri:

.....
.....
.....
.....

Masalah keperawatan:

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti:

.....
b. Peran serta kegiatan kelompok//masyarakat:

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain:

.....
.....

Masalah keperawatan:
.....

4.Spiritual

a. nilai dan keyakinan:
.....

b. kegiatan Ibadah:
.....

Masalah keperawatan:
.....

V. STATUS MENTAL

1. Penampilan: () tidak rapi () penggunaan pakaian tidak sesuai
() cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan:
.....

Masalah keperawatan:
.....

2. Pembicaraan: () cepat () keras () gagap () inkoheren
() apatis () lambat () membisu () tidak mampu memulai bicara

Jelaskan:
.....

Masalah keperawatan:
.....

3. Aktivitas motorik: () lesu () tegang () gelisah () agitasi
() TIK () grimasen () tremor () kompulsif

Jelaskan:
.....

Masalah keperawatan:
.....

4. Alam perasaan: ☐ sedih ☐ ketakutan ☐ putus asa ☐ khawatir
 ☐ gembira berlebihan

Jelaskan:
.....

Masalah keperawatan:
.....

5. Afek: ☐ datar ☐ tumpul ☐ labil ☐ tidak sesuai

Jelaskan:
.....

Masalah keperawatan:
.....

6. Interaksi selama wawancara: ☐ bermusuhan ☐ tidak kooperatif
☐ mudah tersinggung ☐ kontak mata kurang ☐ defensive ☐ curiga

Jelaskan:
.....

Masalah keperawatan:
.....

7. persepsi/ halusinasi: ☐ pendengaran ☐ penglihatan ☐ perabaan
 ☐ pengecapan ☐ penghidungan

Jelaskan:
.....

Masalah keperawatan:
.....

8. proses pikir: ☐ sirkumtansial ☐ tangensial ☐ kehilangan asosiasi
☐ *fight of idea* ☐ bloking ☐ pengulangan pembicaraan persevarasi

Jelaskan:
.....

Masalah keperawatan:
.....

9. isi pikir: ☐ obsesi ☐ fobia ☐ hipokondria ☐ dipersonalisasi
☐ ide yang terkait ☐ pikiran magis

Jelaskan:

.....

Waham: ☐ Agama ☐ Somatik ☐ Kebesaran ☐ Curiga ☐ Nihilistik
☐ Siap pikir ☐ Siap pikir ☐ Kontrol pikir

Jelaskan :

.....

Masalah keperawatan:

10. Tingkat kesadaran ☐ bingung ☐ fobia ☐ hipokondria
Desorientasi: ☐ waktu ☐ tempat ☐ orang

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

11. Memori: ☐ gangguan daya ingat jangka panjang ☐ gangguan daya
ingat
jangka pendek ☐ gangguan daya ingat saat ini ☐ konfabulasi

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung: ☐ mudah beralih ☐ tidak mampu
berkonsentrasi ☐ tidak mampu
berhitung sederhana

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

13. kemampuan penilaian: ☐ gangguan ringan ☐ gangguan bermakna

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

14. daya titik diri: () mengingkari penyakit yang diderita () menyalahkan hal-

hal yang luar dirinya

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

VII. PERSIAPAN PULANG

1. Makan dan minum: () bantuan minimal () bantuan total

Jelaskan:.....

.....

Masalah keperawatan:

.....

2. BAB/BAK: () bantuan minimal () bantuan total

Jelaskan:.....

.....

Masalah keperawatan:

.....

3. Mandi: () bantuan minimal () bantuan total

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

4. Berpakaian/berhias: () bantuan minimal () bantuan total

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

5. Istirahat/tidur: () tidur siang, lama: s/d

.....

() tidur malam, lama: s/d

.....

() kegiatan sebelum/sesudah tidur:

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

6. Penggunaan obat: () bantuan minimal () bantuan total

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

7. Pemeliharaan kesehatan: perawatan lanjut: () ya () tidak

Perawatan pendukung: () ya () tidak

8. Kegiatan di dalam rumah: mempersiapkan makan: () ya () tidak

Menjaga kerapihan rumah: () ya () tidak

Mencuci pakaian: () ya () tidak

Mengatur keuangan: () ya () tidak

Jelaskan:.....

.....

Masalah keperawatan:

.....

9. Kegiatan diluar rumah: belanja: () ya () tidak

Transportasi: () ya () tidak

Lain-lain: () ya () tidak

Jelaskan:.....

.....

Masalah keperawatan:

.....

VIII. MEKANISME KOPING

Adaptif

mal adaptif

- () bicara dengan orang lain () minum alcohol
- () mampu menyelesaikan masalah () reaksi lambat/berlebihan
- () tehnik relaksasi () bekerja berlebihan
- () aktivitas konstruktif () menghindar
- () mencedarai diri/orang lain/barang
- () lain-lain

Jelaskan:

.....

Masalah keperawatan:

.....

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Klien berhubungan dengan dukungan kelompok spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan lingkungan fisik

.....

Masalah berhubungan dengan pendidikan spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan pekerja spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan perumahan spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan ekonomi spesifik

.....

Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan

.....

Jelaskan:.....

.....

Masalah keperawatan:

.....

X. KURANG PENGETAHUAN TENTANG

- () penyakit jiwa () sistem pendukung
- () faktor predisposisi () kondisi fisik
- () mekanisme koping () obat-obatan
- () lain-lain

Jelaskan:.....

.....

Masalah keperawatan:

.....

ASPEK MEDIS

Diagnosa medik:

Terapi medik:

XI. ANALISA DATA

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

JADWAL AKTIVITAS HARIAN PASIEN

NAMA :

ALAMAT :

[illegible]

13	17.00- 18.00									
14	18.00- 19.00									
15	19.00- 20.00									
16	20.00- 21.00									

KETERANGAN:

- Tuliskan jadwal kegiatan harian pasien pada kolom kegiatan sesuai dengan aktivitas yang dijadwalkan pada pasien
- Tuliskan tanggal pada kolom kegiatan
- Berikan kode M = mandiri, B = bantuan, T = tergantung. Pada setiap kegiatan yang telah dilakukan pasien pada kolom dibawah tanggal

KEMAMPUAN PASIEN DALAM MELAKUKAN ADL

Nama :

Ruangan :

Nama Perawat :

NO	KEGIATAN YANG DILAKUKAN PASIEN	KEMAMPUAN			
		Hr1	Hr2	Hr3	Hr4
1	Mandi dengan benar dan bersih				
2	Buang air besar/buang air kecil dengan bersih				
3	Mengganti pakaian dengan pakaian bersih				
4	Membereskan pakaian kotor				
5	Merapikan tempat tidur				
6	Mengambil makanan dengan rapi				
7	Mempersiapkan makanan				
8	Membersihkan ruangan				
9	Ngobrol dengan teman				
10	Ngobrol dengan keluarga				
11	Mendengarkan saran dari keluarga				
12	Berpergian dengan kendaraan sendiri				
13	Berpergian dengan kendaraan umum				
14	Mengikuti kegiatan keluarga				
15	Mengikuti kegiatan masyarakat				
16	Melakukan kegiatan sehari-hari secara teratur				
17	Melakukan kegiatan untuk mengatasi gejala yang dialami				
18	Menceritakan masalah yang dialami kepada petugas kesehatan				
19	Menceritakan masalah yang dialami kepada keluarga				
20	Menceritakan masalah yang dialami kepada teman dekat				
21	Kontrol ke Puskesmas atau Rumah Sakit secara teratur				
22	Minum obat sesuai jenisnya				

23	Minum obat sesuai dosis (takaran yang seharusnya)				
24	Minum obat tepat waktu				
25	Minum obat sesuai cara				

- **Keterangan** : Kemampuan pasien melakukan ADL dicatat setiap minggu dan pada kolom diisi kode tingkat kemandirian (M = Mandiri; B = Bantuan; T = Tergantung)

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

I. IDENTITAS KLIEN

Initial :

Jenis kelamin :

Umur :

Informan :

Tanggal masuk RS :

Tanggal pengkajian :

Nomer register :

II. ALASAN MASUK

[illegible]

DATA: (tuliskan keluhan utama atau data saat ini)

This image shows a full page of primary-ruled paper. It features ten sets of horizontal dotted lines, each set consisting of three dots. These lines are evenly spaced across the entire page, providing a guide for handwriting practice. The background is white, and there are no margins or other markings present.

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

[illegible]

EVALUASI : (Data dan Kemampuan)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENCANA TINDAK LANJUT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

[illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUASI: (Data dan Kemampuan)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENCANA TINDAK LANJUT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

.....

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

[illegible]

.....
.....
.....
.....

.....

EVALUASI: (Data dan Kemampuan)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RENCANA TINDAK LANJUT

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

.....

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

[illegible]

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

[illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUASI: (Data dan Kemampuan)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENCANA TINDAK LANJUT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

.....

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

[illegible]

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUASI: (Data dan Kemampuan)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENCANA TINDAK LANJUT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

.....

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

[illegible]

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

[illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

EVALUASI: (Data dan Kemampuan)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENCANA TINDAK LANJUT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CATATAN KEPERAWATAN KLIEN RESUME

DATA

.....

[illegible]

TINDAKAN KEPERAWATAN

[illegible]

JADWAL AKTIVITAS HARIAN PASIEN RESUME

NAMA :

ALAMAT :

NO	WAKTU	KEGIATAN	TANGGAL							KET
1	05.00-06.00									
2	06.00-07.00									
3	07.00-08.00									
4	08.00-09.00									
5	09.00-10.00									
6	10.00-11.00									
7	11.00-12.00									
8	12.00-13.00									
9	13.00-14.00									
10	14.00-15.00									
11	15.00-16.00									
12	16.00-17.00									

13	17.00- 18.00									
14	18.00- 19.00									
15	19.00- 20.00									
16	20.00- 21.00									

KETERANGAN:

- Tuliskan jadwal kegiatan harian pasien pada kolom kegiatan sesuai dengan aktivitas yang dijadwalkan pada pasien
- Tuliskan tanggal pada kolom kegiatan
- Berikan kode M = mandiri, B = bantuan, T = tergantung. Pada setiap kegiatan yang telah dilakukan pasien pada kolom dibawah tanggal

KEMAMPUAN PASIEN RESUME DALAM MELAKUKAN ADL

Nama :

Ruangan :

Nama Perawat :

NO	KEGIATAN YANG DILAKUKAN PASIEN	KEMAMPUAN			
		Hr1	Hr2	Hr3	Hr4
1	Mandi dengan benar dan bersih				
2	Buang air besar/buang air kecil dengan bersih				
3	Mengganti pakaian dengan pakaian bersih				
4	Membereskan pakaian kotor				
5	Merapikan tempat tidur				
6	Mengambil makanan dengan rapi				
7	Mempersiapkan makanan				
8	Membersihkan ruangan				
9	Ngobrol dengan teman				
10	Ngobrol dengan keluarga				
11	Mendengarkan saran dari keluarga				
12	Berpergian dengan kendaraan sendiri				
13	Berpergian dengan kendaraan umum				
14	Mengikuti kegiatan keluarga				
15	Mengikuti kegiatan masyarakat				
16	Melakukan kegiatan sehari-hari secara teratur				
17	Melakukan kegiatan untuk mengatasi gejala yang dialami				
18	Menceritakan masalah yang dialami kepada petugas kesehatan				
19	Menceritakan masalah yang dialami kepada keluarga				
20	Menceritakan masalah yang dialami kepada teman dekat				
21	Kontrol ke Puskesmas atau Rumah Sakit secara teratur				
22	Minum obat sesuai jenisnya				

23	Minum obat sesuai dosis (takaran yang seharusnya)				
24	Minum obat tepat waktu				
25	Minum obat sesuai cara				

- **Keterangan** : Kemampuan pasien melakukan ADL dicatat setiap minggu dan pada kolom diisi kode tingkat kemandirian (M = Mandiri; B = Bantuan; T = Tergantung)

LAMPIRAN 2

PENJELASAN SEBELUM PROSEDUR

(PSP)

1. Saya Ratna Andayani mahasiswa politeknik kesehatan Tanjungkarang jurusan keperawatan Tanjungkarang Program Studi DIII Keperawatan Tahun 2020 dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam pengumpulan data dari tugas akhir yang berjudul Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Psikososial: Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien skizofrenia dirumah penitipan pasien gangguan jiwa Aulia Rahma tahun 2020.
2. Tujuan dari penulisan adalah menggambarkan Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan pemberian Strategi Pelaksanaan Tindakan keperawatan dengan diagnosa Skizofrenia dirumah penitipan pasien gangguan jiwa Aulia Rahma yang dapat memberi manfaat berupa untuk mendapatkan Strategi Pelaksanaan yang baik pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan, pengumpulan data ini akan berlangsung selama lima hari.
3. Prosedur pengumpulan data dengan cara pemberian Asuhan Keperawatan selama lima hari.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda adalah anda turut terlibat aktivitas mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang anda sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika anda membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini silahkan menghubungi peneliti pada no. HP: 082240071299

PENULIS

Ratna Andayani

LAMPIRAN 1



INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *Tn. I*
Umur : *31 Thn*
Jenis Kelamin : *(Laki-Laki / Perempuan *)*

dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan di atas dan yang telah dijelaskan oleh tim peneliti.
2. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek dalam penelitian yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Psikososial Risiko Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Dirumah Penitipan Klien Gangguan Jiwa Aulia Rahma Kota Bandar Lampung Tahun 2020"

Bandar Lampung, Februari 2020

Pemberi Asuhan,

(Signature)
(Ratna Andayani)

Saksi,

(Signature)
(*Umi Fatimah*)

Subjek,

(Signature)
(*Tn. I*)

Keterangan *): Coret yang tidak perlu

	POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	:	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tgl	:	
	Format Surat Keterangan	Revisi	:	
	Telah Melakukan Asuhan Keperawatan	Halaman : 1 dari 1 Halaman		

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : RATNA ANDAYAKI
 NIM : 1719901068
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Ketidapan Psikososial
Risiko Perilaku kekerasan pada klien Skizofrenia di rumah
Penitipan Gangguan jiwa Aulia Rahma kota Bandar Lampung
tahun 2020

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 29 s/d bulan FEBRUARI tahun 2020 di Ruang Penitipan Gangguan jiwa Aulia Rahma

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

..... / / 20²⁰

Yang Menerangkan

(Kepala Ruangan / Pembimbing /)



NS. SUMARTONO, S.Kep

Keterangan:

- Coret/isi sesuai keperluan

	POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : RATNA ANDAYANI
 NIM : 1214921068
 Pembimbing Utama : N.S. SULESTRI, S.Kep. M. Ksp. Sp. Jiwa
 Judul Tugas Akhir :

Asehan keperawatan Gangguan Pemertahan Ketertarikan Psikososial Resiko
 Perilaku kekerasan Pada Pasien skizofrenia di rumah. Penelitian Klinis
 Gangguan Jiwa Aulia Rahma kota Bandar Lampung tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	22/2020 01	Konsul judul KTI		
2	23/2020 01	Acc judul KTI		
3	03/2020 02	Bab 1 - Bab 3 Lanjut koreksi lanjut konsul lanjut		
4	06/2020 02	lengkapi konten yang bertuliskan		
5	06/2020 02	Persiapan pengumpulan data.		
6	09/2020 03	konsul Bab 4, lengkapi		
7	01/2020 04	konsul Bab 4- bab 5, Pertakan.		
8	03/2020 04	Acc Bab 4-5		
9	03/2020 04	Acc sidang hasil <daring>		
10	19/2020 04	Pertakan Setelah Sidang		
11	19/2020 04	Penambahan resume pasien / table		
12	16/2020 06	Acc penjabaran		

Bandar Lampung, 16 - Juni - 2020
 Pembimbing Utama

N.S. Sulestri, S.Kep. M. Ksp. Sp. Jiwa
 NIP. 197210151991032002

	POLTEKES TANJUNGPUR	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR	Tanggal	
	Lembar Konsultasi Bimbingan	Revisi	
	Laporan Tugas Akhir	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : RATNA ANDAYANI
 NIM : 17-K1 901068
 Pembimbing Pendamping : Yulianti Ambaraningih SKM.M.Kes
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan ketahanan psikososial Risiko Perilaku
 kekerasan Pada Pasien Skizofrenia dirumah Penitipan klien
 Gangguan jiwa Auli Rahma kota Bandar Lampung tahun 2020

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	22/2020 01	Konsul judul KTI	<i>MA</i>	<i>JA</i>
2	23/2020 01	ACC judul KTI	<i>MA</i>	<i>JA</i>
3	06/2020 02	Perbaikan Penulisan Bab 1-3	<i>MA</i>	<i>JA</i>
4	11/2020 02	Perbaikan Penulisan Bab 1-3.	<i>MA</i>	<i>JA</i>
5	13/2020 02	Buat dft pustaka.	<i>MA</i>	<i>JA</i>
6	19/2020 02	Penambahan Format pengantar.	<i>MA</i>	<i>JA</i>
7	19/2020 02	ACC Pengumpulan Data.	<i>MA</i>	<i>JA</i>
8	04/2020 03	Konsul Bab 4-5 Lengkap	<i>MA</i>	<i>JA</i>
9	11/2020 04	Perbaikan Bab 4-5 Lengkap	<i>MA</i>	<i>JA</i>
10	19/2020 04	ACC Bab 4-5	<i>MA</i>	<i>JA</i>
11	02/2020 05	Perbaikan saran Tuisan	<i>MA</i>	<i>JA</i>
12	02/2020 06	ACC Penjilidan	<i>MA</i>	<i>JA</i>

Bandar Lampung, 02 - Juni - 2020
 Pembimbing Pendamping

Yulianti Ambaraningih SKM.M.Kes
 NIP.196607251988032001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN TANGJUNGKARANG
Jalan Soekarno - Hatta No. 6 Bandar Lampung
Telp : 0721 - 783 852 Faxsimile : 0721 - 773 918
Website : <http://poltekkes-tjk.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-tjk.ac.id



10 Februari 2020

Nomor : PP.03.01/I.1/0621/2020
Lampiran : 1 Eks
Hal : Izin Penelitian

Yang terhormat :

1. Kepala Kesbangpol Kota Bandar Lampung
2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung
3. Pimpinan Penitipan Gangguan Jiwa Aulia Rahma Kota Bandar Lampung

Di-

Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah bagi mahasiswa semester VI Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Tanjungkarang Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang Tahun Akademik 2019/2020 maka kami mengharapkan dapat diberikan izin kepada mahasiswa kami untuk dapat melakukan Penelitian di Institusi yang Bpk/Ibu pimpin. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan nama Mahasiswa dan institusi yang terkait dengan proposal penelitian.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Tembusan :

1. Ka. Jurusan Keperawatan
2. Ka-UPT PKM



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 1: Lembar Potensi
 Nomor : PP.07.014.1/.....
 Tanggal : 10 Februari 2020

2020

DAFTAR JUDUL KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN TANJUNGPINANG JURUSAN KEPERAWATAN KELAS REGULER
TAHUN AKADEMIK 2019/2020

NO	NAMA MAHASISWA	NIM	JUDUL KARYA TULIS	TEMPAT
1	DEWA AYU SUKMA S.	1714401087	Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan pada Anak dengan Diare	Puskesmas Kedaton Bandar Lampung
2	BELNI EKA SAFITRI	1714401007	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Masalah Kasapapan Peningkatan Nutrisi pada Ibu Hamil Trimester 1	Puskesmas Kemiling B. Lampung
3	SIRLIA SALSABILA BREN	1714401036	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi pada Kien Hipertensi Keluarga Tn. X	Puskesmas Kemiling B. Lampung
4	PUTU SARI DEWI	1714401045	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi pada Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis	Puskesmas Kemiling B. Lampung
6	MELI SUSNITA	1714401080	Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Hipertensi	Puskesmas Kemiling B. Lampung
7	DONI WENZA	1714401048	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Nutrisi pada Ibu Hamil Trimester 1 dengan Hiperemesis Gravidarum	Puskesmas Panjang Bandar Lampung
8	NI NYOMAN SEKAR S.	1714401088	Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan pada Anak dengan Diare	Puskesmas Panjang Bandar Lampung
9	RIZKI AMALIA PUTRI	1714401029	Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik pada Lansia Gout Arthritis	Puskesmas Susunan Baru Bandar Lampung
10	DEBBY CHINTIA DEWI	1714401037	Asuhan Keperawatan Keluarga Lansia dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri pada Lansia Hipertensi	Puskesmas Susunan Baru Bandar Lampung
11	ADELIA PUSPITA	1714401060	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia	Rumah Penitipan Gangguan Jiwa Aulia Rahma Kota Bandar Lampung
12	RATNA ANDAYANI	1714401068	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia	Rumah Penitipan Gangguan Jiwa Aulia Rahma Kota Bandar Lampung
13	SARI DWI LESTARI	1714401082	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Harga Diri Rendah Pada Pasien Skizofrenia	Rumah Penitipan Gangguan Jiwa Aulia Rahma Kota Bandar Lampung
14	ISMI FATIMAH	1714401084	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Psikososial Defisit Perawatan Diri pada Pasien Skizofrenia	Rumah Penitipan Gangguan Jiwa Aulia Rahma Kota Bandar Lampung



YAYASAN AULIA RAHMA LAMPUNG
LSK-ODK EKSPSIKOTIK AULIA RAHMA

Sekretariat: Jl. Karet/pancasila Gg. Mekar Sari Sumberrejo Kec. Kemiling
Bandar Lampung 35153 Tlp. 08127984395, 0721-8050107

Nomor : 255/YAR/VI/2020 Bandar Lampung, 18 Februari 2020
Sifat :
Hal : Izin Penelitian
Lampiran :

Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes
Tanjungkarang
Di
Bandar Lampung

Berdasarkan surat saudara nomor: PP.03.01/1.1/0624/2020 tanggal 10 Februari 2020, perihal: izin penelitian, dengan ini diberikan izin untuk melakukan penelitian di Yayasan Aulia Rahma kepada:

No	Nama	NIM
1	ADELIA PUSPITA	1714401060
2	RATNA ANDAYANI	1714401068
3	SARI DWI LESTARI	1714401082
4	ISMI FATIMAH	1714401084

Demikian atas perhatiannya diucapkan terimakasih

Ketua Yayasan
AULIA RAHMA

MARTONO S.Kep.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLTEKKESKEMENKES TANJUNGKARANG

JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGKARANG



JL. SOEKARNO HATTA NO. 1 HAJIMENA BANDAR LAMPUNG TELP.

(0721) 703580 FAX. (0721) 703580

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Sp Ke. 1 Latihan Mngidentifikasi Risiko

Perilaku Kekerasan

Nama Mahasiswa : Ratna Andayani
Nama Pasien/Ruang : Tn. I / Aulia Rahma
Hari/Tanggal : Senin, 24 Februari 2020
Hari Ke/ Pertemuan Ke : 1 (Satu) / 1 (Satu)
Sp : 1 (Satu)

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi klien

Klien tenang, kooperatif, klien mampu menjawab semua pertanyaan yang diajukan.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko perilaku kekerasan

3. Tujuan Khusus

- Pasien dapat mengidentifikasi PK
- Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda PK

- c. Pasien dapat menyebutkan jenis PK yang pernah dilakukannya
- d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari PK yang dilakukannya.
- e. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah / mengendalikan PKny

4. Tindakan Keperawatan

SP 1 Klien :

Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam).

B. Strategi Pelaksanaan

1. Fase Orientasi :

Perawat : “ Assalamu’alaikum, selamat pagi pak, perkenalkan nama saya ratna andayani saya biasa dipanggil ratna

Perawat : Saya perawat yang dinas di Aulia Rahma, saya dinas diruangan ini . Hari ini saya dinas pagi dari jam 7 sampai jam 1 siang, jadi ini saya yang merawat bapak.

Pasien : oh iya sus

Perawat : Nama bapak siapa? Dan senang nya dipanggil apa?”

Pasien : nama saya irfan

Perawat : “ Bagaimana perasaan bapak saat ini?”

Pasien : (diam)

Perawat : “masih ada perasaan kesal atau marah?

Pasien : masih sus

Perawat : “ Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah yang bapak rasakan,”

Pasien : ya

Perawat ; “ Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang ? bagaimana kalau 10 menit“ “Dimana kita akan bincang-bincang?

Perawat :“Bagaimana kalau diruang tamu?”

Pasien : ya sus

2. Fase Kerja :

Perawat : “ apa yang menyebabkan bapak marah?
Pasien : rumah berantakan
Perawat : Apakah sebelumnya bapak pernah marah?
Pasien : pernah
Perawat : Terus penyebabnya apa?
Pasien : ibu saya memaksa saya untuk selalu berkerja.
Perawat ; Samakah dengan yang sekarang?
Pasien : sama sus
Perawat : Pada saat penyebab marah itu ada, seperti rumah yang berantakan, ibu selalu marah marah dan memaksa apa ada lagi yang laen pak ?, apa yang bapak rasakan?“
Pasien : ya saya marah semua
Perawat : Apakah bapak merasa kesal, kemudian dada ibu berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat, dan tangan mengepal?“ apa yang ibu lakukan selanjutnya”
Pasien : *(diam)
Perawat : “ Apakah dengan bapak marah-maraha, keadaan jadi lebih baik?
Perawat : “ Menurut bapak adakah cara lain yang lebih baik selain marah-maraha?
Perawat : “maukah bapak belajar mengungkapkan marah dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?
Perawat : ” ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, hari ini kita belajar satu cara dulu,
Perawat : “ begini pak,kalau tanda- marah itu sudah bapak rasakan bapak berdiri lalu tarik nafas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan secara perlahan-lahan dari mulut seperti mengeluarkan kemarahan, coba lagi pak dan lakukan sebanyak 5 kali.
Pasien : iya saya coba dulu ya sus
Perawat : Bagus sekali bapak sudah dapat melakukan nya.

Perawat : “ nah sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul bapak sudah terbiasa melakukannya”.

3. Fase Terminasi :

Perawat : “ Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan bapak? ”

Perawat : ya gitu sus,

Perawat : “ Coba bapak sebutkan penyebab bapak marah dan yang bapak rasakan dan apa yang bapak lakukan serta akibatnya.

Pasien : saya marah kalo beringsik rumah berantakan,lalu ibu saya selalu memaksa untuk berkerja, jantung saya berdebar2

Perawat : “Baik, sekarang latihan tadi kita masukkan ke jadual harian ya pak”

Perawat : ” berapa kali sehari bapak mau latihan nafas dalam ?

Pasien : 2 kali sus

Perawat : “Nanti tolong bapak tulis M, bila bapak melakukannya sendiri, tulis B, bila bapak dibantu dan T, bila bapak tidak melakukan”

Perawat : “baik pak, bagaimana kalau besok kita latihan cara lain untuk mencegah dan mengendalikan marah bapak .

Perawat : ”Dimana kita akan latihan, bagaimana kalau tempatnya disini saja ya pak?”

Perawat : “Berapa lama kita akan lakukan, bagaimana kalau 10 menit saja”

“Saya pamit dulu bapak...Assalamu'alaikum.”

STRATEGI PELAKSANAAN 2

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Klien tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus

- a. Melatih cara mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan secara fisik kedua
- b. Mengevaluasi latihan nafas dalam
- c. Melatih cara fisik ke 2: pukul kasur dan bantal
- d. Menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua

4. Tindakan Keperawatan

SP 2 klien :

Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik ke dua (evaluasi latihan nafas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik ke dua : pukul kasur dan bantal), menyusun jadwal kegiatan harian cara ke dua.

B. Strategi Pelaksanaan

1. Fase Orientasi

Perawat : “ Assalamu’alaikum pak , masih ingat nama saya?

Pasien : masih

Perawat : ” bagus pak,, nama saya ratna”

Perawat : “sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi.

Perawat : “Bagaimana perasaan bapak saat ini, adakah hal yang menyebabkan bapak marah?”

Perawat : “Baik, sekarang kita akan belajar cara mengendalikan perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua.”

Perawat ; “ mau berapa lama? Bagaimana kalau 10 menit?”

Perawat : “ Dimana kita bicara? Bagaimana kalau di ruang ini ya pak”

Pasien : ya terserah

2. Fase Kerja

Perawat : “ Kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal, selain nafas dalam bapak dapat memukul kasur dan bantal.”

Pasien : apa iya sus

Perawat : Sekarang mari kita latihan memukul bantal dan kasur mari ke kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal atau marah, bapak langsung ke kamar dan lampiaskan marah bapak tersebut dengan memukul bantal dan kasur. Nah coba bapak lakukan memukul bantal dan kasur,

Pasien : iya saya coba .

Perawat : ya bagus sekali bapak melakukannya!” “ Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah, kemudian jangan lupa merapikan tempat tidur Ya!”

3. Fase Terminasi

Perawat : “ Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?” “ Coba bapak sebutkan ada berapa cara yang telah kita latih?

Pasien : 2 cara sus

Perawat : “ Mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari bapak. Pukul berapa bapak mau mempraktikkan memukul kasur/bantal?

Perawat : Bagai mana kalau setiap bangun tidur? Baik jadi jam 5 pagi dan jam 3 sore, lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya pak. “ sekarang bapak istirahat, 2 jam lagi kita ketemu ya pak, kita akan belajar mengendalikan marah dengan belajar bicara yang baik. Sampai Jumpa!” Assalamu’alaikum

STRATEGI PELAKSANAAN 3

A. PROSES KEPERAWATAN

1. *Kondisi klien*

Klien kooperatif, tenang, ada kontak mata saat berbicara, sesekali nada bicara agak tinggi.

2. *Diagnosa Keperawatan*

Risiko perilaku kekerasan

3. *Tujuan khusus*

- a. Melatih cara mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal
- b. Mengevaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik
- c. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik
- d. Menyusun jadwal latihan mengungkapkan secara verbal

4. *Tindakan Keperawatan*

SP3 klien :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik), susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal)

B. STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN.

1. *Fase Orientasi*

Perawat : “ Assalamu’alaikum bapak , masih ingat nama saya” bagus bapak,,ya saya perawat ratna ”, sesuai dengan janji saya 2 jam yang lalu sekarang kita ketemu lagi”

perawat :“Bagaimana bu, sudah dilakukan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal?

Pasien : sedikit lebih baik untuk meluapkan marah saya

Perawat : Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?" "Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya. "

Pasien : ini sus

Perawat ; "Bagaiman kalau kita sekarang latihan cara bicara untuk mencegah marah?"

Pasien : ya

Perawat : "Dimana enaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau ditempat yang sama?"

Perawat : "Berapa lama ibu mau kita berbincang-bincang? Bagaiman kalau 10 menit?"

Pasien : iya sus

2. Fase Kerja

Perawat : "Sekarang kita latihan cara bicara bapak baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya bu: 1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin bapak mengatakan penyebab marahnya karena makanan tidak tersedia, rumah berantakan, dan ibu selalu memaksa untuk berkerja mencari uang Coba bapak minta sediakan makan dengan baik:" bu, tolong sediakan makan dan bereskan rumah" Nanti biasakan dicoba disini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. Coba bapak praktekan

Pasien : iya saya prktekan ya sus saya coba

Perawat : Bagus pak. "

perawat : Yang kedua : Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: 'maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan'. Coba bapak praktekan .

Pasien : gitu ya sus yayaya saya ngerti , saya coba ya

perawat : Yang ketiga Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan

orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan: 'Saya jadi ingin marah karena perkataan mu itu'. Coba praktekkan.

Pasien : saya tidak ingin marah

Perawat : Bagus.”

3. Fase Terminasi

Perawat : “Bagaimana perasaan bapak setelah bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?”

Pasien : jauh lebih baik sus

perawat : “Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari.”

Pasien : meminta dengan baik, menolak dengan baik sus

Perawat : “Bagus sekali, sekarang mari kita masukkan dalam jadwal.

Berapa kali sehari bapak mau latihan bicara yang baik? bisa kita buat jadwalnya?”

Pasien : 2 kali sus

perawat : “Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, makanan dll. Bagus nanti dicoba ya pak!”

perawat : “ Bagaimana kalau besok kita ketemu lagi?”

perawat : “ besok kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah ibu yaitu dengan cara ibadah, bapak setuju? Mau dimana pak? Disini lagi? Baik sampai nanti ya bapak...Assalamu'alaikum

STRATEGI PELAKSANAAN 4

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Klien tenang, kooperatif, bicara jelas.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus

Pasien dapat mencegah/ mengendalikan PKnya secara spiritual,

4. Tindakan Keperawatan

SP 4 klien :

Bantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/ berdoa)

B. STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Fase Orientasi

perawat : “ Assalamu’alaikum bapak , masih ingat nama saya” Betul bapak

Perawat : “Bagaiman pak, latihan apa yang sudah dilakukan?
Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?

Pasien : saya bisa mengontrol amarah saya saya sus
Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya?”

Perawat : “Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain
untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?”

Pasien : baiklah sus

Perawat : “Dimana enakya kita berbincang-bincang?
Bagaiman kalu ditempat biasa?”

“Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang?
Bagaimana kalau 10 menit?”

Pasien : ya sus

2. Fase kerja

Perawat ; “Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa bapak lakukan

Pasien : Sholat sus

Perawat : Bagus, yang mana yang mau di coba?”“Nah, kalau bapak sedang marah coba langsung duduk dan langsung tarik nafas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat”. “bapak bisa melakukan sholat secara teratur untuk

meredakan kemarahan.”

perawat : “Coba bapak sebutkan sholat 5 waktu?

Pasien : sholat subuh, zuhur, asar, magrib, isa

Perawat : Bagus, mau coba yang mana? Coba sebutkan caranya?”

Pasien : sholat zuhur sus, caranya ambil wudhu

3. Fase terminasi

Perawat : “Bagaiman perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga ini?”“ Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari?

Pasien : 3 sus

perawat : “Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan bapak. Mau berapa kali bapak sholat. Baik kita masukkan sholat .dan (sesuai kesebutan pasien).”

perawat : “Coba bapak sebutkan lagi cara ibadah yang dapat bapak lakukan bila bapak sedang marah”“Setelah ini coba bapak lakukan sholat sesuai jadwal yang telah kita buat tadi”

perawat : “ 2 jam lagi kita ketemu ya pak,nanti kita bicarakan cara keempat mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat! “

perawat : “Nanti kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah bapak, setuju pak?”....Assalamu’alaikum

STRATEGI PELAKSANAAN 5

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Klien tenang, kooperatif, kontak mata ada saat komunikasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus

Pasien dapat mencegah/ mengendalikan PKnya dengan terapi psikofarmaka

4. Tindakan Keperawatan

SP 5 klien :

Membantu klien latihan mengendalikan PK dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna minum obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur)

B. STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Fase Orientasi

perawat : “ Assalamu’alaikum bapak I, masih ingat nama saya”
bagus pak,,,ya saya ratna “sesuai dengan janji saya 2 jam yang lalu, sekarang kita ketemu lagi”

Pasien : iy sus (menantap)

perawat : “Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam, pukul kasur bantal, bicara yang baik serta sholat?

Perawat : Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?

Pasien : saya jadi bisa mengendalikan diri saya sus

Perawat : Coba kita lihat kegiatannya”. “Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?”“

Pasien : baiklah sus

Perawat : Dimana enak nya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau ditempat tadi?”

pasien : boleh

perawat : “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang?
Bagaimana kalau 15 menit?”

pasien : iya sus

2. Fase Kerja (Perawat membawa obat pasien)

perawat : “bapak sudah dapat obat dari dokter?” “Berapa macam
obat yang ibu minum? warnanya apa saja?”

Pasien : sudah dapat , dapat 3 macam obat , warnanya orange,
putih, dan merah jambu

Perawat : Bagus, jam berapa ibu minum?

Pasien : JAM 7 pagi sus

Perawat : Bagus” “Obatnya ada 3 macam bu, yang warnanya oranye
namanya CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang putih namanya
THP agar rileks dan tidak tegang, dan yang merah jambu ini
namanya HLP rasa merah berkurang. Semuanya ini harus ibu minum
3x sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam” “Bila nanti
setelah minum obat mulut ibu terasa kering, untuk membantu
mengatasinya ibu bias mengisap-isap es batu”. “Bila terasa
berkunang-kunang, ibu sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas
dulu”.

perawat : “Nanti dirumah sebelum minum obat ini bapak lihat dulu
label di kotak obat apakah benar nama bapak tertulis disitu, berapa
dosis yang harus diminum, jam berapa saja harus diminum, baca
juga apakah nama obatnya sudah benar? Disini minta obatnya pada
suster kemudian cek lagi apakah benar obatnya”.

Perawat : “Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum
berkonsultasi dengan dokter ya pak, karena dapat terjadi
kekambuhan.” “Sekarang kita masukkan waktu minum obat kedalam
jadwal ya pak”.

pasien : baiklah sus

3. Fase Terminasi

Perawat : “Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara kita minum obat yang benar?” “Coba ibu sebutkan lagi jenis jenis obat yang bapak minum! Bagaiman cara minum obat yang benar?”

Pasien : CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang putih namanya THP agar rileks dan tidak tegang, dan yang merah jambu ini namanya HLP rasa marah berkurang. Semuanya ini harus bapak minum 3x sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7

Perawat : Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari? Sekarang kita tambahkan jadwal kegiatannya dengan minum obat. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya”. “Baik, besok kita ketemu lagi untuk melihat sejauh mana ibu melaksanakan kegiatan dan sejauh mana dapat mencegah rasa marah. Selamat siang pak, sampai jumpa.” Assalamu’alaikum

Pasien : terima kasih banyak sus

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA KLIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

STRATEGI PELAKSANAAN KELUARGA 1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :
 - a. Data Subjektif
 - 1) Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruh melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
 - b. Data Objektif
 - 1) Klien tampak tenang dan kooperatif\
2. Diagnosa Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan
3. Tujuan :
 - a. Keluarga dapat menjelaskan perasaannya, menjelaskan cara merawat klien perilaku kekerasan, mendemonstrasikan cara perawatan klien

perilaku kekerasan, berpartisipasi dalam perawatan klien perilaku kekerasan.

- b. Keluarga mengerti dan menyebutkan kembali pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan.

4. Tindakan Keperawatan

SP I K

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala, serta proses terjadinya perilaku kekerasan
- 3) Menjelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Orientasi

- a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum pak, perkenalkan nama saya ratna, saya perawat dari poltekes tanjung karang, saya yang akan merawat bapak (pasien). Kalau boleh tau nama bapak siapa ya?”

- b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana keadaan bapak, Mbak? Apakah masih ada perasaan marah atau jengkel?”

- c. Kontrak

- 1) Topik

“Tujuan saya kesini yaitu untuk berbincang-bincang dengan mbak mengenai masalah yang dihadapi mbak dalam merawat bapak. Apakah mbak bersedia?”

- 2) Waktu

“Berapa lama kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?”

- 3) Tempat

“Dimana kita akan berbincang-bincang, Mbak? Kalau kita berbincang-bincang di ruang perawat, bagaimana mbak?”

2. Kerja

“Mbak, apa masalah yang mbak hadapi dalam merawat Bapak? Apa yang mbak lakukan?”

“Baik mbak, Saya akan coba menjelaskan tentang marah Bapak dan hal-hal yang perlu diperhatikan.”

“Mbak, marah adalah suatu perasaan yang wajar tapi bila tidak disalurkan dengan benar akan membahayakan dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan.”

“Yang menyebabkan bapak Mbak menjadi marah dan ngamuk adalah kalau dia merasa direndahkan, keinginan tidak terpenuhi. Kalau Bapak apa penyebabnya, Mbak?”

“Kalau nanti wajah bapak Mbak tampak tegang dan merah, lalu kelihatan gelisah, itu artinya suami ibu sedang marah, dan biasanya setelah itu ia akan melampiaskannya dengan membanting-banting perabot rumah tangga atau memukul atau bicara kasar. Kalau bapak Mbak sedang marah apa perubahan terjadi? Lalu apa yang biasanya dia lakukan?”

“Bila hal tersebut terjadi sebaiknya Mbak tetap tenang, bicara lembut tapi tegas, jangan lupa jaga jarak dan jauhkan benda-benda tajam dari sekitar bapak seperti gelas, pisau. Jauhkan juga anak-anak kecil dari bapak.”

“Bila bapak masih marah dan ngamuk segera bawa ke puskesmas atau RSJ setelah sebelumnya diikat dulu (*ajarkan caranya pada keluarga*). Jangan lupa minta bantuan orang lain saat mengikat bapak ya Mbak, lakukan dengan tidak menyakiti bapak dan dijelaskan alasan mengikat yaitu agar bapak tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan”

“Nah Mbak, Mbak sudah lihat kan apa yang saya ajarkan kepada bapak bila tanda-tanda kemarahan itu muncul. Mbak bisa bantu bapak dengan cara mengingatkan jadwal latihan cara mengontrol marah yang sudah dibuat yaitu secara fisik, verbal, spiritual dan obat teratur”.

“Kalau bapak bisa melakukan latihannya dengan baik jangan lupa dipujiya Mbak”.

3. Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan mbak setelah kita bercakap-cakap tentang cara merawat bapak?”

2) Evaluasi Objektif

“Coba Mbak sebutkan lagi cara merawat bapak”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Setelah ini coba Mbak ingatkan jadwal yang telah dibuat untuk bapak ya Mbak”

c. Kontrak

1) Topik

“Bagaimana kalau kita ketemu 2 hari lagi untuk latihan cara-cara yang telah kita bicarakan tadi langsung kepada bapak?”

2) Waktu

“Berapa lama kita akan berbincang? Bagaimana kalau 30 menit ?”

3) Tempat

“Dimana kita bisa berbincang lagi? Bagaimana kalau disini saja?”

STRATEGI PELAKSANAAN KELUARGA 2

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

a. Data Subjektif

1) Klien mengatakan dirinya dapat mengenal penyebab marah

b. Data Objektif

1) Klien sudah dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat

2. Diagnosa Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan :

a. Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat klien perilaku kekerasan.

- b. Keluarga mampu melakukan cara merawat langsung klien perilaku kekerasan
- 4. Tindakan Keperawatan
SP II K
 - 1) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan
 - 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien perilaku kekerasan

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Orientasi

- a. Salam Terapeutik
“Assalamualaikum mbak, masih ingat dengan saya?”
- b. Evaluasi validasi
“Bagaimana Mbak? Masih ingat diskusi kita yang lalu? Ada yang mau Ibu tanyakan?”
- c. Kontrak
 - 1) Topik
“Sesuai dengan janji kita 2 hari yang lalu sekarang kita ketemu lagi untuk latihan cara-cara mengontrol rasa marah bapak.”
 - 2) Waktu
“Berapa lama mbak kita mau latihan? Bagaimana kalau 30 menit?”
 - 3) Tempat
“Dimana kita akan latihan, Mbak? Bagaimana kalau kita latihan disini saja? Sebentar saya panggilkan bapak supaya bisa berlatih bersama”

2. Kerja

- ”Nah pak, coba ceritakan kepada Mbak, latihan yang sudah Bapak lakukan.”
- “Bagus sekali. Coba perlihatkan kepada Mbak jadwal harian Bapak! Bagus!”

”Nanti di rumah Mbak bisa membantu bapak latihan mengontrol kemarahan Bapak.”

”Sekarang kita akan coba latihan bersama-sama ya pak?”

”Masih ingat pak, Mbak. Kalau tanda-tanda marah sudah bapak rasakan maka yang harus dilakukan bapak adalah?”

”Ya, betul. Bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus, tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali, coba mbak temani dan bantu bapak menghitung latihan ini sampai 5 kali”.

“Bagus sekali, bapak dan mbak sudah bisa melakukannya dengan baik”.

“Cara yang kedua masih ingat pak, mbak?”

“ Ya, benar, kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal”.

“Sekarang coba kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal.”

“Nah, coba bapak lakukan sambil didampingi ibu, berikan bapak semangat ya bu. Ya, bagus sekali bapak melakukannya”.

“Cara yang ketiga adalah bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga caranya pak, coba praktekan langsung kepada Mbak cara bicara ini:

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, misalnya: ‘Nak, Bapak perlu uang untuk beli rokok!’.Coba bapak praktekan. Bagus pak.
2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: ‘Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan’. Coba bapak praktekan. Bagus pak
3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan:’ Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu’. Coba praktekan. Bagus”

“Cara berikutnya adalah kalau bapak sedang marah apa yang harus dilakukan?”

“Baik sekali, bapak coba langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat”.

“Bapak bisa melakukan sholat secara teratur dengan didampingi mbak untuk meredakan kemarahan”.

“Cara terakhir adalah minum obat teratur ya pak, mbak agar pikiran bapak jadi tenang, tidurnya juga tenang, tidak ada rasa marah”

“Bapak coba jelaskan berapa macam obatnya?”

“Bagus. Jam berapa minum obat?”

“Bagus. Apa guna obat tersebut?”

“Bagus. Apakah boleh mengurangi atau menghentikan obat?”

“Wah bagus sekali!”

“Dua hari yang lalu sudah saya jelaskan terapi pengobatan yang bapak dapatkan, bapak tolong selama di rumah ingatkan bapak untuk meminumnya secara teratur dan jangan dihentikan tanpa sepengetahuan dokter”

3. Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi Subjektif

“Baiklah mbak, latihan kita sudah selesai. Bagaimana perasaan mbak setelah kita latihan cara-cara mengontrol marah langsung kepada bapak?”

2) Evaluasi Objektif

“Bisa mbak sebutkan lagi ada berapa cara mengontrol marah?”

b. Rencana Tindak Lanjut

“Selanjutnya tolong pantau dan motivasi Bapak melaksanakan jadwal latihan yang telah dibuat selama di rumah nanti. Jangan lupa berikan pujian untuk Bapak bila dapat melakukan dengan benar ya, Mbak”

c. Kontrak

1) Topik

“Karena Bapak sebentar lagi sudah mau pulang bagaimana kalau 2 hari lagi Ibu bertemu saya untuk membicarakan jadwal aktivitas Bapak selama di rumah nanti.”

2) Waktu

“Berapa lama mbak ingin berbincang-bincang? Oh, 15 menit. Baiklah.”

3) Tempat

“Lalu dimana kita akan berbincang-bincang? Oh, sama disini. Baiklah, Mbak.”

STRATEGI PELAKSANAAN KELUARGA 3

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

a. Data Subjektif

1) Klien mengatakan sudah mengetahui perasaan marah dan akibat tindakan yang dilakukan saat marah

b. Data Objektif

1) Klien tampak tenang dan kooperatif

2. Diagnosa Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan :

- a. Keluarga mampu membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat secara mandiri.
- b. Keluarga mematuhi jadwal yang telah dibuat untuk kesembuhan klien.
- c. Keluarga mengerti/memahami *follow up* yang telah diarahkan pada klien.

4. Tindakan Keperawatan

SP III K

- 1) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*)

2) Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, Pak, Mbak. Masih ingatkah dengan saya kan, Mbak?”

b. Evaluasi Validasi

“Bagaimana mbak, selama mbak membesuk apakah sudah terus berlatih cara merawat bapak? Apakah sudah dipuji keberhasilannya?”

c. Kontrak

1) Topik

“Karena besok bapak sudah boleh pulang, maka sesuai janji kita sekarang ketemu, nah sekarang bagaimana kalau kita bicarakan jadwal di rumah?”

2) Waktu

“Berapa lama mbak mau kita berbicara? Bagaimana kalau 30 menit?”

3) Tempat

“Dimana kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau birbincang-bincangnya disini saja?”

2. Kerja

“Mbak, jadwal yang telah dibuat selama bapak di rumah sakit tolong dilanjutkan dirumah, baik jadwal aktivitas maupun jadwal minum obatnya. Mari kita lihat jadwal bapak”

“Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh bapak selama di rumah. Kalau misalnya bapak menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera datang ke puskesmas atau pelayanan kesehatan terdekat ya”

“Nanti petugas puskesmas tersebut yang akan memantau perkembangan bapak selama dirumah”

3. Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi Subjektif

“Bagaimana Mbak apakah sudah paham? Ada yang ingin ditanyakan?”

2) Evaluasi Objektif

“Coba Mbak sebutkan apa saja yang perlu diperhatikan” (jadwal kegiatan, tanda atau gejala, *follow up* ke Puskesmas).

b. Rencana Tindak Lanjut

“Jangan lupa ya, Mbak materi yang telah saya ajarkan 3 hari ini, baik cara merawat bapak maupun mengatur jadwal bapak dirumah nanti diterapkan, ya.”

“Baiklah, silakan menyelesaikan administrasi ya, Mbak”

“Saya akan mempersiapkan pakaian dan obat.”

c. Kontrak

1) Topik

“Karena bapak sudah boleh pulang, nanti silahkan mbak datang lagi untuk memeriksakan atau mengontrolkan keadaan bapak ya, Mbak. Bagaimana perkembangan kondisi bapak”

2) Waktu

“Satu bulan kemudian ya, Mbak.”

3) Tempat

“Tempatnya nanti silahkan datang ke poliklinik lagi ya, Mbak.”

	POLTEKES TANJUNGPURANG KEMENKES RI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPURANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Lembar Masukan dan Perbaikan	Halaman	

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

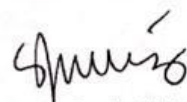
Nama Mahasiswa : Ratna Andayani
 NIM : 1714401068
 Tanggal : 17 April 2020
 Judul LTA : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN
 PSIKOSOSIAL RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN
 SKIZOFRENIA DIRUMAH PENITIPAN GANGGUAN JIWA
 AULIA RAHMA KOTA BANDR LAMPUNG TAHUN 2020

No	Masukan/Perbaikan	Ket. Perbaikan	
		Sudah	Belum
1.	Bahasa ditindakan/implementasi kalimat perintah (intervensi).	✓	
2.	Evaluasi kemampuan dalam 3 hari gambarkan perawatan diri, kemampuan terakhir, evaluasi kemampuan yang sudah diajarkan.	✓	
3.	Sp keluarga	✓	
4.	Kesimpulan harus searah	✓	
5.	Tinjaun pustaka harus sesuai	✓	
6.	Teknik penulisan tabel	✓	
7.	Melakukan sesuai standar pendokumentasian	✓	
8.	Jumlah pasien banyak dan mampu ditangani atau tidak	✓	
9.	Pembahasan diperkaya	✓	

Bandar Lampung, 17 April 2020

Pengesahan setelah perbaikan oleh :

Ketua Penguji



Tumiar Sornin, SKM., M.Kes
 NIP. 195804241985032004

Anggota Penguji 1



Yuliati Amperaningsih, SKM., M.Kes
 NIP. 196607251988032001

Anggota Penguji 2



Ns. Sulastris, M.Kep., Sp. Jiwa
 NIP. 197210151997032002



Dipindai dengan CamScanner

	POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Persetujuan Judul KTI/LTA	Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/ TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : RATNA ANDAYANI

NIM : 1719901068

Judul yang diajukan

1. Asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan Psikososial. Risiko Perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di rumah. Penitipan klien gangguan jiwa Aulia Rahma kota Bandar Lampung tahun 2020.
2. Asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan Psikososial Halusinasi. Pada pasien skizofrenia di rumah. Penitipan klien gangguan jiwa Aulia Rahma kota Bandar Lampung tahun 2020
3. Asuhan keperawatan gangguan kebutuhan Psikososial Defisit Perawatan diri pada pasien skizofrenia di rumah. Penitipan klien gangguan jiwa Aulia Rahma kota Bandar Lampung tahun 2020

Judul yang disetujui

1. Asuhan keperawatan gangguan pemenuhan kebutuhan Psikososial Risiko Perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di rumah. Penitipan klien gangguan jiwa Aulia Rahma kota Bandar Lampung tahun 2020

Bandar Lampung, 23 Januari - 2020

Pembimbing Utama

NS. Sulastri, S.Kep. M.Kep, Sp Jiwa
NIP.197210151997032002

Pembimbing Pendamping

Yulianti Ambaringsih, S.Kem, M.Kes
NIP.19660725198032001