

## **BAB III**

### **LAPORAN STUDI KASUS**

#### **A. Pengkajian**

##### 1. Identitas Klien

Inisial	: Tn.S
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Umur	: 33 Tahun
Pendidikan	: SMP
Suku	: Jawa
Informasi	: Keluarga
Tanggal pengkajian	: 7 Maret 2022

##### 2. Keluhan Utama

Klien mengatakan saat sendiri mendengar suara-suara kegaduhan dan seperti ajakan untuk mengikuti perintah dari suara tersebut. Klien mengatakan sering ingin bertengkar dan merasa kurang nyaman jika berbincang dengan temannya., 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

Faktor biologis

Klien pernah mengalami putus cinta karna ditolak saat mengajak menikah pada tahun 2019 kemudian kliendendam dan Klien pernah ingin membakar warung makan mantan kekasihnya. Karena sakit hati

b. Faktor presipitasi

Klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya pada tahun 2020 dan di rawat di RSJ dan Puskesmas tetapi pengobatan sebelumnya tidak terlihat perubahan yang signifikan dan dikarenakan klien putus obat, lalu masuk RSJ lagi pada tanggal 24 februari 2022 karena mendengar suara-suara seperti mengajaknya berbicara dan menyuruhnya memukul ayahnya menggunakan batu, serta bertengkar dengan temannya. Keluarga klien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa

3. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmhg  
Nadi : 82x/menit  
Suhu : 36,5°C

b. Ukur

Tinggi Badan : 160 cm  
Berat Badan : 60 kg

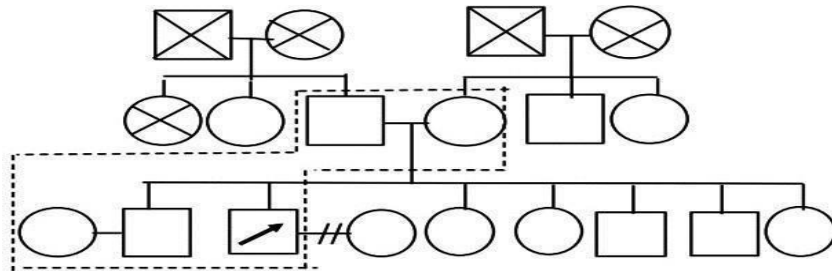
c. Penampilan fisik

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.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak memiliki keluarga dengan riwayat penyakit gangguan jiwa.

## Genogram



## Keterangan

□	: Laki-Laki
○	: Perempuan
X	: meninggal
▣ (with arrow)	: Klien
—	: Hubungan Keluarga
----	: Tinggal Serumah

## 1. 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 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.

2. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti / orang yang terdekat

Klien mengatakan orang terdekat adalah ibunya yang selalu mendukung kebutuhan dan kesembuhanklien.

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.

3. Spiritual

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

4. Status mental

a. Aktivitas Motorik

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

Masalah keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran.

b. Alam perasaan

Klien terlihat tampak marah , memiliki pandangan yang tajam saat bicara dan mengobrol. Masalah keperawatan: perilaku kerasan

c. Afek

Terkadang emosi klien labil saat diajak berkomunikasi.

- d. Interaksi saat wawancara  
Klien kooperatif saat diajak berkomunikasi namun terkadang kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara
- e. Persepsi  
Klien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya mengobrol dan menyuruhnya untuk menghampiri suara tersebut selama 2x pada pagi dan sering dinalam hari dan respon marah.  
Masalah keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: halusinasipendengaran.
- f. Proses fikir  
Saat berkomunikasi klien, seperti memikirkan sesuatu namun sebentar, sehingga saat berkomunikasi terkadang klien diam sesaat, lalu pembicaraan dilanjutkan kembali.
- g. Isi pikir  
Klien mampu menjawab pertanyaan sesuai dengan pembicaraan
- h. memori
- 1) Daya ingat jangka panjang  
Klien dapat mengingat bahwa Tn.S dulu sempat bersekolah diSMPnamun lupa dimana alamat sekolahnya.
  - 2) Daya ingat jangka pendek  
Klien terkadang lupa mengingat kejadian 1-3 bulan yang lalu.
  - 3) Daya ingat saat ini  
Tidak ada masalah memori  
Penjelasan : Klien hanya memiliki masalah daya ingat jangkapanjangdan jangka pendek.
- i. Tingkat konsentrasi dalam berhitung  
Klien mampu berkonsentrasi dan mampu menjawab perhitungan sederhana yang diberikan oleh perawat seperti  $(5+3=8)$ .

- j. Kemampuan penilaian  
Klien dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain.
- k. Daya tilik diri  
Klien mengingkari penyakit yang di deritanya, klien mengatakan bahwa dirinya tidak merasakan halusinasi dan perilaku kekerasannya.

5. Mekanisme koping yang digunakan

- a. Adaptif: berbincang dengan orang lain
- b. Maladaptif : klien mengatakan mendengar suara bisikan

6. Masalah psikososial dan lingkungan

- a. hubungan dengan kelompok spesifik
- b. Masalah Masalah berhubungan dengan lingkungan spesifik  
klien lebih senang pergi keluar seperti ke kebun atau kerumahtemadibanding berdiam diri di rumah.
- c. Masalah berhubungan dengan pendidikan spesifik  
Klien mengatakan bahwa ia hanya lulusan sekolah dasar (SMP).
- d. Masalah berhubungan dengan pekerjaan spesifik Klien  
mengatakan ia hanya seorang petani.
- e. Masalah berhubungan dengan perumahan spesifik  
Klien saat dirumah sering membantu kegiatan yang ada di rumah.
- f. Masalah berhubungan dengan ekonomi spesifik  
Biaya untuk kebutuhan sehari- hari Tn.S dipenuhi oleh keluarga
- g. Masalah berhubungan dengan masalah kesehatan  
Klien merasa kurang nyaman berada di RSJ, ia hanya ingin berobat di Puskesmas atau rumah sakit terdekat saja.
- h. 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

i. Aspek medis

Diagnosa Medis : Skizofrenia

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

2x1mg, *Chlorpromazine* 1x25 mg

## B. Analisa Data

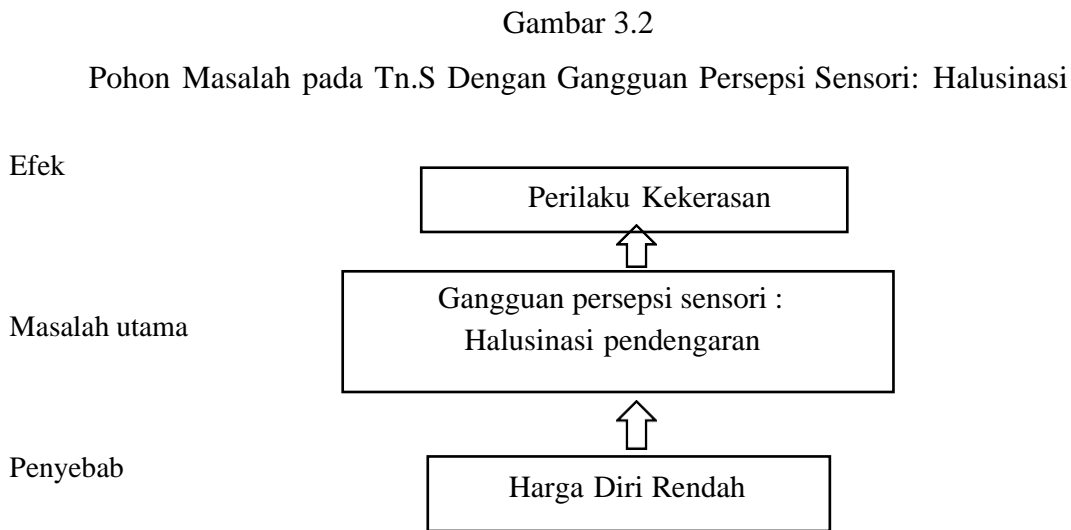
Tabel 3.1

Analisa Data Pada Tn.S Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran pada kasus skizofrenia terhadap Tn.S diruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Lampung

Data	Masalah
1	2
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien mengatakan saat klien sedang sendiri sering mendengarsuara kegaduhan</li> <li>2) Klien mengatakan suara-suara tersebut seperti mengajaknya mengobrol dan menyuruhnya mendekati suara itu</li> <li>3) Klien mengatakan suara tersebut seperti ajakan untuk mengikuti perintah suaranya tersebut.</li> </ol> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien tampak bicara sendiri</li> <li>2) Klien tampak gelisah</li> <li>3) Klien tampak mondar mandir</li> <li>4) Klien tampak melamun</li> </ol>	<p>Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran</p>
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien mengatakan merasa ingin bertengkar dengan temannya.</li> <li>2) Klien mengatakan mudah tersinggung.</li> </ol> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pandangan tajam</li> <li>2) Tangan mengepal</li> </ol>	<p>Perilaku kekerasan</p>

<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Klien mengatakan lebih senang berdiam diri dirumah dibanding berbicara dengan orang lain.</li><li>2) Klien mengatakan ingin sendiri saja</li></ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Kontak mata kurang</li><li>2) klien berbicara dengan suara lemah</li><li>3) Klien menunduk kebawah dan tidak bersemangat saat berbicara</li><li>4) Klien banyak diam</li><li>5) Klien tampak murung</li></ol>	<p>Isolasi sosial</p>
---	-----------------------





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

#### B. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

1. Definisi: evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti , tida berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu yang lama. gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran berhubungan dengan gangguan pendengaran dibuktikan dengan klien sering mendengar suara suara tanpa wujud
2. Definisi: kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkedali secara verbal sampai dengan mencederai orang lainatau merusak lingkungan. Perilaku Kekerasan berhubungan dengan halusinasi dibuktikan dengan klien ketika mendengar suara tanpa wujud itu ingin selalu marah, klien mengatakan melampiaskan kemarahannya dengan merusa barang disekitarnya dan ingin memukul orang dikarenakan bisikan dari suara bisikan tersebut. prioritas diagnosa pada Tn.S adalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penderangan.

3. Definisi: evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu yang lama. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan peran social dibuktikan dengan menilai diri negative, (tidak berguna) merasa malu dan bersalah, melebih-lebihkan penilaian negative terhadap diri sendiri
4. Definisi: ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependendengan orang lain. Isolasi social berhubungan dengan ketidakmampuan menjalin hubungan yang tidak memuaskan dibuktikan dengan merasa ingin sendiri, merasa tidak aman ditempat umum, merasa berbeda dengan orang lain, merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas, tidak ada kontak mata, tidak mampu memenuhi memenuhi harapan orang lain.
5. Diagnosa prioritas : halusinasi pendengaran dan perilaku kekerasan.

### C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.2

Rencana Tindakan Keperawatan dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Kasus Skizofrenia Terhadap Tn.S Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 08-10 Maret 2022

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
	D.0146 Gangguan persepsi sensori: Halusinasi berhubungan dengan gangguan pendengaran dibuktikan dengan Ds: klien mendengar suara bisikan atau bayangan, Do: klien tampak bicara sendiri	L.09083 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Melamun menurun 4. Konsentrasi membaik	I.09288 Manajemen halusinasi Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) Teraupetik 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi Edukasi Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan 4 cara, menghardik, minum obat teratur, bercakap- cakap

Tabel 3.3  
Rencana Tindakan Keperawatan  
Terhadap Tn.S dengan Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 08-10 Maret 2022

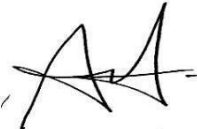
No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
	D.0132 Perilaku Kekerasan berhubungan dengan ketidakmampuan mengendalikan dorongan amarah dibuktikan dengan Ds : klien bicara ketus Do: tampak mengepal	L.09076 Setelah dilakukan intervensi kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada 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 dibawapengunjung 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)

#### D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4


Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 1 Halusinasi Terhadap Tn.S  
dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Kasus Skizofrenia  
Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 08-10 Maret 2022

No.	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 08 Maret 2022 Jam : 11: 00 Wib</p> <p>DS: Klien mengatakan mendengar suara-suara seperti mengajaknya mengobrol dan menyuruh untuk mengikuti suara itu Klien mengatakan suara itu datang saat dirinya sendiri.</p> <p>DO: Klien tampak berbicara sendiri Klien tampak melamun Klien tampak gelisah Kemampuan : Klien mampu menghardik</p> <p>Diagnosa Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Tindakan keperawatan : Motivasi klien untuk latihan menghardik 2x sehari saat</p>	<p>Jam : 12:00 Wib</p> <p>S: 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> <p>O: Klien tampak berbicara sendiri Klien mampu mempraktikkan cara menghardik</p> <p>A: Masalah halusinasi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan interveensi Latihan menghardik halusinasi 2x sehari</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>a. suara-suara muncul,ajarkan menghardik pergi kamu suara palsu jangan ganggu saya</li><li>b. Masukkan latihan menghardik pada jadwal kegiatan</li><li>c. Kontrak latihan berikutnya cara mengontrol halusinasi yang kedua yaitu minum obat secara teratur</li></ul>	<p>3. Masukkan kegiatan menghardik ke dalam jadwal kegiatan</p> <div data-bbox="1451 470 1646 598" data-label="Text"></div> <p data-bbox="1473 678 1675 705">Kayla aurel lasya</p>
--	--	---

Tabel 3.5  
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 2 Halusinasi Terhadap Tn.S  
 dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Kasus Skizofrenia  
 Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 08-10 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 09 maret 2022                      Jam : 09:00 Wib</p> <p>DS:                      1.Klien mengatakan masih mendengar suara-suara                      en mengatakan masih ingat cara mengontrol                      halusinasi dengan cara menghardik</p> <p>DO: Klien tampak melamun                      Klien mampu cara menghardik Kemampuan:                      mengontrol halusinasi menghardik</p> <p>Diagnosa Keperawatan                      Gangguan Persepsi Sensori:Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan :                      Mampu minum obat dengan teratur 2x sehari</p>	<p>Jam : 10:00 Wib</p> <p>S:                      1. Klien mengatakan mium obat sehari 2x klien asih                      mengerti cara menghardik</p> <p>2 Klien senang bisa Mengetahui Tentang Obat</p> <p>O:                      1. Klien meminum obat dengan                      teratur2x sehari                      2 . <i>Risperidone 2x1mg , trihexyphenidyl 2x1g, chlorpomazine 1x25 mg</i></p> <p>A:                      Masalah belum teratasi</p> <p>P:                      1.Lanjutkan intervensi                      Latih bercakap-cakap dengan orang lain ( dengan sesamaklien                      atau perawat)</p>

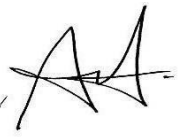
1	2	3
	<p>Dengan prinsip 6 benar obat untuk mengurangi gejala-gejala halusinasi Rencana tindak lanjut: 1. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya</p>	 Kayla aurel lasya



Tabel 3.6

Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 3 Halusinasi Terhadap Tn.Sdengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran  
 PadaKasus SkizofreniaDi Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tanggal 08-10 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
	2	3
	<p>Tanggal : 10 Maret 2022                      Jam : 09:30 Wib</p> <p>1. Klien mengatakan jarang mendengar suara-suara                      2. Klien mengatakan ingin belajar cara bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>DO :</p> <p>1. Klien tampak tenang                      2. Klien dapat menyebutkan kapan saja jadwal minum obat</p> <p>Kemampuan :mampu mengontrol halusinasi sp 2</p> <p>Diagnosa Keperawatan                      Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran</p> <p>Tindakan Keperawatan :</p> <p>SP 3 pasien yaitu melatih pasien mengidentifikasi isi,waktu teradi,dan respon terhadap halusinasi, mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p>	<p>Jam : 11:00 Wib</p> <p>S:</p> <p>1. Klien sudah jarang mendengar suara-suara orang lain                      3. Klien mampu melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke 3 yaitu bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>O:</p> <p>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:. Lanjutkan intersvensi</p>

	<p>Menanyakan perasaan dan respon dari halusinasi yang dialami. Memberikan pujian kepada klien setelah mempraktikkan cara menghardik dengan baik (SP 3 terlampir).</p> <p>Rencana Tindak Lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya follow up</li></ol>	 <p>Kayla aurel lasya</p>
--	---	--

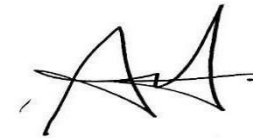
Tabel 3.8

Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 1 Perilaku Kekerasan Pada Tn.S Di Rumah Sakit Jiwa Daerah  
Provinsi Lampung Tanggal 08-10 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 08 Maret 2022 Jam : 13:00 Wib</p> <p>Data DS: Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengan sesama jenis, akan bertengkar. Klien mengatakan mudah tersinggung. DO: 1. Pandangan klien tampak tajam 2. Tangan klien mengempal Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Tindakan Keperawatan Melatih, mengidentifikasi isi, waktu terjadi dan respon terhadap risiko perilaku kekerasan Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan teknik napas dalam Memberikan pujian pada pasien telah melakukan tindakan</p>	<p>Jam : 13:30 Wib</p> <p>S: 1. klien mengatakan marah ketika berbincang dengan sesamajenis 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>

Rencana tindak lanjut:


- 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)



Kayla  
Aurel


Tabel 3.9  
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 2 Perilaku Kekerasan Pada Tn.S Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi  
 Lampung Tanggal 08-10 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal: 09 Maret 2022                      Jam: 11:00 wib</p> <p>Data</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengansesama jenis,akan bertengkar</li> <li>2. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol perilakukekerasan dengan nafas dalam</li> <li>3. Klien ingin mengontrol perilaku kekerasan dengan cara yangkedua yaitu latihan fisik 2 (pukul bantal)</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pandangan klien tampak tajam</li> <li>2. Tangan klien mengempal</li> </ol> <p>Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Tindakan keperawatan                      a.verbal dan nonverbal (mis. relaksasi,cerita).</p>	<p>Jam: 12:00 wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengansesama jenis, akan bertengkar</li> <li>2. Klien mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasanlatihan fisik kedua (pukul bantal) dengan baik.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak memahami apa yang disampaikan oleh perawat.</li> <li>2. Klien mengontrol perilaku kekerasan dengan pukul Bantal</li> </ol> <p>A:</p> <p>Masalah resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lanjutkan intervensi</li> <li>2. Latih berbicara dengan baik dengan orang lain (sesama klienatau perawat).</li> </ol>

<p>Mampu melakukan latihan fisik yang kedua yaitu, puku lbantal. Menanyakan perasaan dan respon dari perilaku kekerasan yang di alami. Memberikan pujian kepada klien setelah mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik Mendiskusikan respon dan perasaan klien terhadap tindakan perilaku kekerasan Beri pujian atas kemampuan klien mempraktikkan latihan yang telah dilakukan.</p> <p>Rencana tindak lanjut: a. Kontrak waktu pertemuan selanjutnya P 3: Latih cara verbal ( berbicara yang baik dengan orang lain).</p>	 <p>Kayla Aurel</p>
--	--

Tabel 3.10  
 Catatan Implementasi dan Evaluasi SP 3 Perilaku Kekerasan Pada Tn.S Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung  
 Tanggal 08-10 Maret 2022

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 10 Maret 2022                      Jam : 13:00 wib</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengan sesama jenis, akan bertengkar.</li> <li>2) Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol kemarahan dengan latihan fisik kedua (pukul bantal)</li> <li>3) Klien mengatakan ingin belajar cara mengontrol perilaku kekerasan cara ketiga yaitu, berbicara baik dengan orang lain.</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pandangan klien tampak tajam</li> <li>2) Tangan klien mengepal</li> <li>3)</li> </ol> <p>Kemampuan : klien mampu mengontrol marah dengan napas dalam</p> <p>Diagnosa Keperawatan Resiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan keperawatan :                      Mampu melakukan latihan verbal yang</p>	<p>Jam : 13:30 wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien mengatakan mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik.</li> <li>2) Klien mengatakan merasa kurang nyaman jika berbicara dengan orang lain, akan bertengkar.</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien mampu menerapkan SP 3 dengan baik                      Tangan klien masih mengepal</li> </ol> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Masalah resiko perilaku kekerasan belum teratasi</li> </ol> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi                      Latih kegiatan spiritual (sholat).</p>

<p>ketigayaitu,berbicara yang baik kepadaorang lain. Menanyakan perasaan dan respon dari perilakukekerasanyang dialami. emberikan pujian kepada klien setelah mempraktikkancara mengontrol perilaku kekerasanyang baik</p> <p>Rencana tindak lanjut: Kontrak waktu pertemuan selanjutnyaSP 4: Latih cara spiritual (sholat).</p>	
--	---