

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengumpulan data

Tabel 5

Pengkajian Keperawatan pada pasien Tn.W Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2025

URAIAN	DATA
Identitas pasien	
1	2
Nama	Tn.W
Usia	25 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki
Alamat	Br Tegal Antungan
Pendidikan	SMA
Agama	Hindu
Status perkawinan	Belum Kawin
Tanggal dirawat (MRS)	20-07-2024
Tanggal pengkajian	13-08-2024
Ruang rawat	Sri Kresna
Keluhan utama	Pada saat pengkajian pasien mengatakan merasa kesal dan jengkel kepada adik dan orang tuanya

Riwayat penyakit	Pernah dirawat di RSUD Tabanan dan keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah dirawat dengan keluhan yang sama.
Alasan dirawat	Pasien masuk RSJ Provinsi Bali pada tanggal 20 Juli 2024 dengankeluhan pasien marah-marah (mengamuk) saat di rumah karena merasa orang tua lebih menyayangi adiknya serta suka memukul pintu dan menjebol tembok
Faktor predisposisi dan Faktor presipitasi	
Pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya?	Pernah dirawat di RSUD Tabanan saat pasien berumur 25 Tahun dan sudah dipulangkan namun jika pasien lupa meminum obat akan kambuh.
Riwayat trauma	Keluarga pasien mengatakan pada saat pasien berumur 25 tahun pasien sempat memukul kepala adiknya dan melukai dirinya sendiri.
Masalah keperawatan	: Resiko Perilaku Kekerasan
Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan	Keluarga pasien mengatakan pasien dulu sering Bertengkar dengan saudaranya dikarenakan hal-hal yang sepele sehingga membuat pasien tidak tentram dengan keluarganya
Masalah keperawatan	: Risiko perilaku kekerasan
Pengkajian sosial	Pasien mengatakan sangat dekat dengan ibunya.

Orang yang berarti/terdek	Pasien mengatakan sangat dekat dengan ibunya.
Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain	Pasien merupakan orang yang mudah tersinggung dengan pembicaraan yang menyangkut tentang dirinya.
Masalah keperawatan	: Isolasi Sosial
Status mental	
Pembicaraan	Pada saat diajak berbincang- bincang, pembicaraan pasien cukup jelas namun nada sedikit keras dan cepat. Pasien tampak tegang saat diajak berbicara, suara pasien ketus dan pandangan datar. Pasien tampak curiga dengan perawat pada saat pertama kali bertemu.
Masalah keperawatan	: Risiko Perilaku Kekerasan
Alam perasaan	Pasien mengatakan selalu ada yang membuat pasien marah
Masalah keperawatan :	: Risiko Perilaku Kekerasan
Afek	Pasien tampak tegang saat diajak berbicara
Masalah keperawatan	: Risiko Perilaku Kekerasan
Interaksi selama Wawancara	Kontak mata kurang, pasien tampak curiga dan kurang kooperatif. Pasien tampak tegang saat berbicara, suara pasien ketus dan pandangan datar
Masalah keperawatan	:Risiko Perilaku Kekerasan
Persepsi	Pasien mengatakan kadang mendengar bisikan untuk memukul seseorang

Masalah keperawatan	: Gangguan persepsi sensori
Proses pikir	Pasien tampak impulsive mengulang-ulang pembicaraan
Masalah keperawatan	Risiko Perilaku Kekerasan
Waham	Saat diwawancarai tampak curiga dan menjaga jarak dengan Perawat
Penjelasan	waham curiga
Masalah keperawatan :	Resiko Perilaku Kekerasan
Disorientasi	Pada saat pengkajian pasien tidak bisa menjelaskan hari dan jam dan pasien tampak tidak tahu dimana pasien berada
Penjelasan	disorientasi waktu dan tempat
Masalah keperawatan	Reisiko Perilaku Keperawatan
Mekanisme koping	Maladaptive (mencederai diri sendiri dan orang lain)
Masalah keperawatan	Reisiko Perilaku Keperawatan
Aspek medik	Clozapine tablet 25mg (1x sehari) Risperidone tablet 2 mg (2 x sehari)
Data subjektif	1.Keluarga pasien mengatakan pasien pernah memukul Kepala adiknya menggunakan tangannya sendiri atau benda disekitarnya. 2.Pasien mengatakan pasien suka mengamuk di rumah tanpa alasan yang jelas dan suka berlari membawa benda tajam.

	3. Pasien sering mengambil barang-barang adiknya dan disembunyikan. Barang barang tersebut kadang di pakai, kadang juga hanya disembunyikan saja. 4. Pasien sering menyembunyikan pisau dapur, namun tidak pernah digunakan untuk mengancam orang lain. 5. Keluarga pasien mengatakan pasien dulu sering bertengkar dengan saudaranya dikarenakan hal-hal yang sepele sehingga membuat pasien tidak tentram dengan keluarganya.
Data objektif	1. Pasien tampak tegang dan tidak mau menatap lawan bicara 2. Pasien tampak ketus dalam berbicara, dan menggunakan nada tinggi disetiap kalimat dan pandangan tajam 4. Dalam upaya merawat diri pasien seperti mandi, mencuci tangan, keramas, mampu secara mandiri.

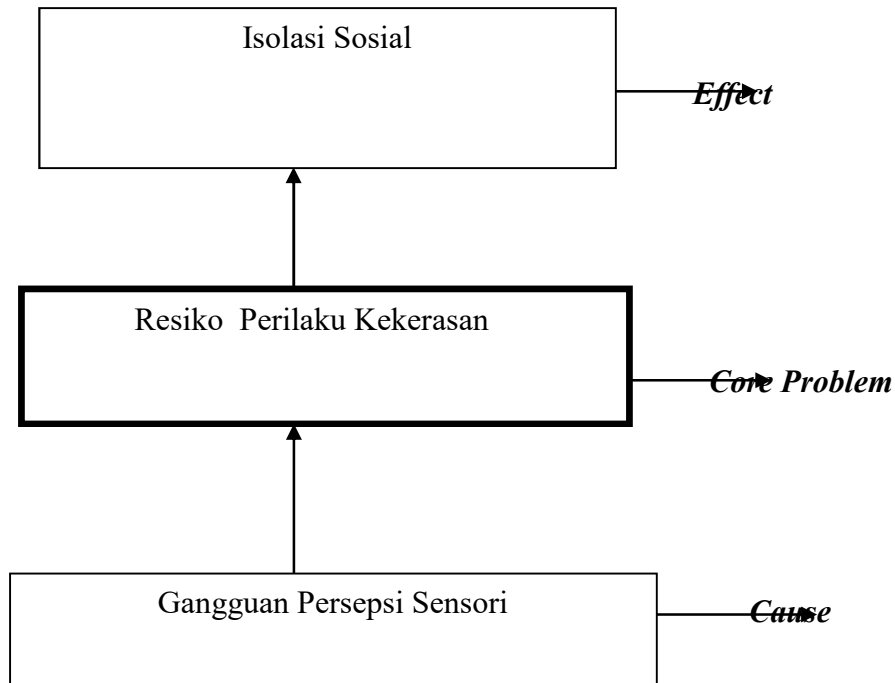
2. Daftar Masalah

Berdasarkan data dari hasil penkajian maka dirumuskan suatu daftar masalah yaitu :

DATA	MASALAH
Data Subjektif 1.pasien mengatakan sewaktu di rumah sering marah dan mudah emosi 2.Pasien mengatakan kesal dan pernah memukul kepala adiknya menggunakan tangannya sendiri dan melukai dirinya sendiri. Data Objektif 1.Wajah klien tampak tegang ketika menceritakan kekerasan kekesalan pada adiknya 2. Tampak mengepal tangan 3. Kontak mata tajam 4. Nada bicara tinggi	Risiko Perilaku Kekerasan

3. Pohon Masalah

Berdasarkan dari ketiga masalah dapat disajikan sebagai berikut:



Gambar 2 Pohon Masalah Pasien Tn. W dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Di Ruang Sri Kresna Rumah Manah Shanti Mahottama

B. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan analisis masalah ditemukan masalah utama (core problem) resiko perilaku kekerasan, dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain, jika masalah utama tidak ditangani akan muncul masalah keperawatan perilaku kekerasan berhubungan dengan resiko perilaku kekerasan. Bila masalah utama tidak ditangani maka muncul diagnosa utama perilaku kekerasan.

C. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan mengacu pada SIKI dan SLKI. Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan maka disusun rencana keperawatan sebagai berikut:

Tabel 6

**Intervensi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang
Sri Kresna Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2025**

Temu/ Waktu	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4	5
Senin, 13 Agustus 2024/ Pukul 08.00 Wita	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: Kontrol Diri Meningkat (L.09076) 1. Terbina hubungan saling percaya 2. Verbalisasi ancaman kepada orang lain	Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi: 1. Lakukan bina hubungan saling percaya 2. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi: 1. Agar meminimalkan potensi bahaya bagi Pasien dan orang lain 2. Agar pasien tidak merugikan orang lain 3. Agar tidak digunakan pasien untuk membahayakan diri Sendiri atau orang lain

menurun (5).	yakan (mis. pisau	
3.Perilaku menyerang	cukur).	
menurun (5).	Terapeutik:	Terapeutik:
4..Perilaku melukai diri	1.Pertahankan	1. Agar lingkungan
sendiri/ orang lain	lingkungan bebas	pasien aman dan tidak
menurun (5).	dari bahaya secara	membayakan
5.Perilaku merusak	rutin.	2. Agar pasien merasakan
lingkungan	2.Libatkan keluarga	bahwa keluarga ikut
Sekitar menurun (5).	dalam perawatan	mendukung proses
6.Perilaku agresif/ amuk	untuk mendukung	kesembuhan pasien
menurun (5)	keselamatan pasien.	
7.Suara keras menurun		Edukasi:
	Edukasi:	1.Agar pasien dapat
	1.Latihan cara	mengungkapkan
	mengungkapkan perasaan	perasaannya kepada
	asertif	orang lain
	2.Latihan menguraikan	2.Agar pasien dapat
	emosi kemarahan secara	mengurangi dan
	verbal dan	mengontrol marah
	nonverbal	
	(mis.relaksasi, fisik,	Kolaborasi
	spiritual,sosial	1.Membantu pasien dalam
	terapi musik klasik)	memperkuat motivasi
	Kolaborasi	pasien menjalani
	1.Kolaborasi	pengobatan
	pemberian	

obat Clozapine

tablet

25mg (1x sehari)

Rispe

ridone tablet 2 mg

(2 x sehari)

2.Membantu pasien dal:
memperkuat motivasi

pasien menjalani

pengobatan

(sumber: PPNI, SDKI, SIKI, SLKI, (2017))

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan ini dilakukan dengan menerapkan terapi musik klasik sebanyak 6 kali pertemuan dengan lama tiap pertemuan 15 menit. Berikut ini adalah implementasi yang dilakukan selama 6 kali.

Tabel 7

Implementasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Sri Kresna Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2025

Temu	Diagnosa	Implementasi	Respon	Paraf
Waktu	Keperawatan			
1	2	3	4	5
Pertemuan 1 Rabu, 14 Agustus 2024 pada pukul 08.30 wita	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain	1.Melakukan bina hubungan saling percaya (BHSP) 2.Menyediakan lingkungan yang terapeotik 2. Menyapa pasien dengan ramah,baik verbal dan non verbal 3.Memperkenalkan nama saat akan dimulai interaksi,kontrak waktu ,dan tempat 4. Menayakan nama lengkap dan nama panggilan yang di sukai pasien 5. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis.benda tajam,tali) 6. Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin	S: 1.Pasien mengatakan namanya Tn.W dari Tabanan,dan membalas salam dari perawat. 2.Pasien mengungkapkan perasaanya hari ini biasa saja 3.Pasien mengatakan pernah memukul kepala adiknya saat dirumah 3.Pasien mengatakan tidak membawa benda tajam 4.Pasien mengatakan tida bisa apa-apa ,tidak bekerja hanya bermain bersama teman –teman 5.Saat diajak kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya pasien	 Melinda

7.Menjelaskan tujuan pertemuan	mau dan ingin mencoba terapi
8.Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien	musik klasik untuk mengontrol matah yang pasien rasakan
9.Melatih mengurangi kemarahan (terapi musik klasik)	O:
	1.Pasien tampak menjawab salam perawat,mau menyebutkan nama serta asal dan berjabat tangan
	2. Pasien mampu menjawab pertanyaan dari perawat
	3.Pasien mampu mengingat hari dan menyebutkan tempat
	4.Pasien tampak kontak mata ada ekspresi datar bicara ketus ,postur tubuh kaku dan menunduk
	5.Tidak ada benda yang membahayakan disekitar

Pertemuan 2	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	1.Mengidentifikasi Penyebab perilaku Kekerasan	S:	 Melinda
Kamis, 15 Agustus 2024 pada pukul	dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan	2.Menyedikan lingkungan yang terapeutik	1.Pasien mengatakan merasa kesal dan jengkel terhadap adiknya dan orang tuanya	
		3.Mendengar secara aktif	2. Pasien mengatakan	

15.00 wita	terhadap diri sendiri atau orang lain	Serta kontak mata dan senyum 4.Melatih mengurangi kemarahan (terapi musik klasik)	ibunya lebih menyanyangi adiknya dibandingkan dirinya 3.Jika pasien marah suka memukul kepala adiknya serta menjebol tembok dan pintu rumah O: 1.Kontak mata baik yaitu pasien dan perawat saling beratap mata 2.Pasien tampak antusias menjelaskan penyebab marahnya 3.Saat pasien menjelaskan penyebab marah pasien menjawab dengan suara lantang dan tatapan tajam 4. Pasien memperagakan bagaimna pasien memukul kepala adiknya 5. Pasien tampak menerima perawat dengan baik dan mau mendengarkan musik klasik selama 10 menit
------------	---------------------------------------	--	--

Pertemuan 3 Jumat, 16 Agustus 2024 pada pukul 08.30 wita	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain	1.Mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Melatih mengurangi kemarahan (terapi musik klasik) 3.Mendengar ucapan dengan emapati 4.Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin	S: 1.Pasien mengatakan“ saya sering ingin memukul orang kalau sedang marah’ 2. Pasien menyadari dirinya cepat marah 3. pasien mengatakan bahwa saat marah, ia sulit mengontrol dirinya 4. pasien mengatakan pernah ingin bunuh diri 5.Pasien mau mendengarkan musik klasik menggunakan headset O: 1. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tegang, pandangan tajam dan nada bicara meninggi 2. Terlihat kedua tangan	 Melinda
--	---	---	---	--

mengepal

3. Pasien tampak senang

atas kedatangan perawat

dan tampak diminta pasien
bertanya tentang musik

yang biasa didengarnya

Pertemuan 4 Sabtu, 17 Agustus 2024 pada pukul 15.00 wita	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri	1. Mengidentifikasi jenis-jenis perilaku kekerasan yang dilakukan 2. Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara Rutin	S: 1. Pasien mengatakan pernah memukul adiknya dan melempar barang-barang dan berkata kasar 2. Pasien mengatakan menyesal setelah melukai	 Melinda
--	--	---	---	--

sendiri atau orang lain	3. Melatih mengurangi kemara Han dengan memberikan (terapi musik klasik) 4.Mendengarkan ucapan dengan empati	orang lain saat marah 3.Pasien mengatakan “ saya tidak akan melukai atau menyakiti orang-orang sekitar lagi” 4.Pasien mengatakan bahwa perilaku kekerasan yang dilakuka dapat membuat orang-orang menjauh 5.Pasien merasa bersalah atas apa yang dilakukanya 6.Pasien mengatakan mau mendengarkan musik klasik O: 1.pasien tampak lebih tenang saat sesi diskusi berlangsung 2. kontak mata membaik dan respon membaik dan kooperatif 3. Tidak ada perilaku mengancam saat diskusi berlangsung 4.Pasien tampak senang dan rileks saat dianjurkan untuk
-------------------------	---	--

menutup mata sambil

mendengarkan lagu yang
diberikan terapi berhasil
diberikan selama 15 menit

Pertemuan 5 Sabtu, 19 Agustus 2024 pada pukul 08.00 wita	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain	1.Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 2.Melatih pencegahan resiko Perilaku kekerasan dengan memberkan terapi musik klasik 3.Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 4. Mendengar ucapan dengan empati 5. Mendengar secara aktif (ada kontak mata,senyum)	S: 1.Pasien menyampaikan “Keluarga saya takut dengan saya apabila sedang marah “ 2.Pasien mengungkapkan penyesalan “ memukul adik saya dan merusak barang- barang di rumah” 3.Pasien berkata setelah saya mengamuk, saya akan di bawah ke rumah sakit jiwa “ 4.pasien mengatakan dapat mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal 5.Pasien mau mendengarkan musik yang di berikan	 Melinda
--	---	---	---	--

O:

1. Pasien tampak menceritakan semua perasaan yang pasien rasakan dari akibat perilaku keekrasan yang dilakukan
2. Pasien tampak rileks dan nyaman dengan lagu yang diberikan selama 15 menit

Pertemuan	Risiko Perilaku	1.Melatih pencegahan/	S:	
6	Kekerasan	mengontrol perilaku	2.Pasien mengatakan sudah mengerti cara dapat	
Senin,20	(D.0146)	kekerasan	berkomunikasi dengan orang yang membuat ia marah	Melind
Agustus	dibuktikan		3.pasien mengatakan jika ada masalah pasien akan berdoa dan akan meminta petunjuk dari tuhan dan meminta pengampunan	
2024 pada	dengan riwayat		4.Pasien mengatakan akan rutin minum obat saat di rumah sakit dan di rumah.	
pukul	atau ancaman		5.Pasien akan mencoba saat pasien marah kesal pasien akan memilih memecakan masalah dengann cara	
15.00 wita	kekerasan			
	terhadap diri			
	sendiri atau			
	orang			
	lain			

mendengarkan musik klasik
mengenai perasaan kesal
dan dapat meminimalisir
saat marah selama 15 menit

O:

1. Pasien tampak rileks dan nyaman
 2. Kontak mata dan respon pasien baik
 3. Perilaku tampak mengikuti arahan perawat
 4. Perilaku melukai diri sendiri dan orang lain tidak ada
 5. Perilaku merusak lingkungan tidak ada
 6. Berbicara dengan nada pelan dan tenang
 7. Ekspresi marah dan kesal menurun
-

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan selama 6 kali pertemuan pada setiap pertemuan selama 15 menit dapat disajikan pada tabel 8 dibawah ini

Tabel 8

Evaluasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Sri Kresna Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2025

Temu/Waktu	Evaluasi	Paraf
1	2	3
Pertemuan 1	S:	
Rabu, 14	1.Pasien mengatakan namanya Tn.W dari Tabanan,dan	 Melinda
Agustus 2024	membalas salam dari perawat.	
pada pukul	2.Pasien mengungkapkan perasaanya hari ini biasa saja	
09.00	3.Pasien mengatakan pernah memukul kepala adiknya	
wita	sat dirumah	
	4.Pasien mengatakan tidak membawa benda tajam	
	5.Pasien mengatakan tida bisa apa-apa ,tidak bekerja	
	hanya bermain bersama teman –teman	
	6.Saat diajak kontrak waktu untuk pertemuan selanjutn	
	pasien mau dan ingin mencoba terapi musik klasik	
	untuk mengontrol marah yang pasien rasakan	
	O:	
	1. Pasien tampak menjawab salam perawat,mau	

menyebut nama serta asal dan berjabat tangan

2. pasien mampu menjawab pertanyaan dari perawat
3. pasien mampu mengingat hari dan menyebutkan tempat
4. Pasien tampak kontak mata ada ekspresi datar, bicara ketus, postur tubuh kaku dan menunduk
5. tidak ada benda yang membahayakan disekitar

Pasien

A:

Telah terjalin hubungan saling percaya antara perawat dan pasien

P:

Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan mengenal menjelaskan penyebab marah dan perilaku kekerasan

Pertemuan 2

S:

Kamis, 15
Agustus 2024
pada pukul
15.00
Wita

1. Pasien mengatakan merasa kesal dan jengkel terhadap adiknya dan orang tuanya
2. Pasien mengatakan ibunya lebih menyanyangi adiknya dibandingkan dirinya
3. Jika pasien marah suka memukul kepala adiknya serta menjebol tembok dan pintu rumah



Melinda

O:

1. Kontak mata baik yaitu pasien dan perawat saling beratap mata

-
2. Pasien tampak antusias menjelaskan penyebab marahnya
 3. Saat pasien menjelaskan penyebab marah pasien menjawab dengan suara lantang dan tatapan tajam
 4. Pasien memperagakan bagaimana pasien memukul kepala adiknya
 5. Pasien tampak menerima perawatan dengan baik dan mau mendengarkan music selama 10 menit

A:

Tujuan mengenal dan menjelaskan penyebab marah atau perilaku kekerasan telah tercapai

P:

Pasien mampu menyebutkan tanda-tanda pasien terjadi perilaku kekerasan

Pertemuan 3	S:	
Jumat, 16	1. Pasien mengatakan “ saya sering ingin memukul orang kalau sedang marah”	 Melinda
Agustus 2024	2. Pasien menyadari dirinya cepat marah	
pada pukul	3. Pasien mengatakan bahwa saat marah, ia sulit mengontrol dirinya	
08.30	4. Pasien mengatakan pernah ingin bunuh diri	
Wit	O:	

-
1. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tegang, pandangan tajam dan nada bicara meninggi
 2. Terlihat kedua tangan mengepal
 3. Pasien tampak senang atas kedatangan perawat dan tampak diminta pasien bertanya tentang music yang biasa di dengar

A:

Pasien mampu mengenal tanda-tanda perilaku kekerasan

P:

Pasien mampu menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang dilakukannya

Pertemuan 4	S:	
Sabtu, 17	1. Pasien mengatakan pernah memukul adiknya	 Melinda
Agustus 2024	dan melempar barang-barang dan berkata kasar	
pada pukul	2. Pasien mengatakan menyesal setelah melukai orang lain saat marah	
16.30	3. Pasien mengatakan “saya tidak akan melukai atau menyakiti orang-orang sekitar lagi”	
Wita	4. Pasien mengatakan bahwa perilaku kekerasan yang dilakukan dapat membuat orang-orang menjauh	
	5. Pasien merasa bersalah atas apa yang	

dilakukanya

O:

1. Pasien tampak lebih tenang saat sesi diskusi berlangsung
2. Kontak mata membaik dan respon membaik dan

kooperatif

3. tidak ada perilaku mengancam saat diskusi berlangsung

A:

Tujuan pasien mampu menyebutkan jenis perilaku

Kekerasan yang dilakukan pasien telah tercapai

P:

Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku keekras yang dilakukan pasien tercapai

Pertemuan 5

S:

Senin, 19
Agustus 2024
pada pukul
09.00
Wita

1. Pasien menyampaikan “Keluarga saya takut dengan saya apabila sedang marah “
2. Pasien mengungkapkan penyesalan “ memukul adik saya dan merusak barang-barang di rumah”
3. Pasien berkata setelah saya mengamuk, saya akan di bawah ke rumah sakit jiwa “



Melinda

4.pasien mengatakan dapat mengontrol marah
dengan cara tarik nafas dalam dan memukul bantal

O:

1. Pasien tampak menceritakan semua perasaan
yang pasien rasakan dari akibat perilaku
keekrasan yang dilakukan

2. Pasien tampak mengikuti arahan dari perawat

A:

Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan
yang dilakukan dan mau melatih pencegahan/ mengon
perilaku kekerasan

P:

Pasien tau cara mengontrol perilaku kekerasan baik
secara fisik,spiritual,sosial.

S:

Pertemuan 6
Rabu, 20
Agustus 2024
pada pukul
15.00
wita

1.Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol
marah dengan cara tarik nafas dan memukul
bantal

2.Pasien mengatakan sudah mengerti cara dapat
berkomunikasi dengan orang yang membuat ia
marah

3.Pasien mengatakan jika ada masalah pasien
akan berdoa dan akan meminta petunjuk dari
tuhan dan meminta pengampunan

4.Pasien mengatakan akan rutin minum obat saat



Melinda

di rumah sakit dan di rumah.

5. Pasien akan mencoba saat pasien marah kesal
pasien akan memilih memecahkan masalah
dengan cara mendengarkan musik klasik
mengenai perasaan kesal dan dapat
meminimalisir saat marah selama 15 menit

O:

1. Pasien tampak rileks dan nyaman
2. Kontak mata dan respon pasien baik
3. Perilaku tampak mengikuti arahan perawat
4. Perilaku melukai diri sendiri dan orang lain tidak ada
5. Perilaku merusak lingkungan tidak ada
6. Berbicara dengan nada pelan dan tenang
7. Ekspresi marah dan kesal menurun

A:

Tujuan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan
tercapai perilaku kekerasan tidak terjadi

P:

Kolaborasi dengan keluarga pasien dalam meningkatkan
dukungan emosional pasien
