

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas klien

- a. Nama : Ny. R
- b. Umur : 37 tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Status : Belum Menikah
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Babarsari Sleman DIY
- g. Pendidikan : SLTA
- h. Pekerjaan : Tidak Bekerja
- i. Tanggal masuk : 15 July 2024
- j. No. RM : 005xxxx
- k. Diagnosis medis : F25.1
- l. penanggung jawab : Tn. S
- m. Tanggal pengkajian : 17 July 2024

2. Alasan masuk

Pasien dibawa oleh orang tua nya karena di rumah sering marah-marah jika keinginanya tidak ikuti, mencoba melukai diri sendiri, dan membahayakan orang lain

3. faktor presipitasi

Marah-marah dengan mengeluh gejala fisik perilaku menyakiti diri beberapa minggu ini. Pulang dari RSJ Grhasia 30 Mei 2024 kontrol di RS Puri Nirmala di dr. Arsanti SPKJ , selama juni-july setiap minggu kumat sudah 5 kali ini. Saat magrib kata orang tuanya pasien mulai merasa pusing, bingung, dada sakit disuruh makan tidak mau, mual, marah, memukul ibunya sering marah jika tidak di ikuti keinginanya membeturkan kepala, gerakan membahayakan diri menjatuhkan badan, melampar barang, memukul TV, minta minum terus. Menurut orang tua pasien seringnya dimulai gejala sore hari, lalu berakhir gejalanya setelah 3-4 jam kemudian minta maaf. Diluar waktu itu pasien baik baik saja makan minum sulit kadang mandi mau, tidur bisa.

4. FAKTOR PREDISPOSISI

a. Riwayat mengalami gangguan jiwa:

- Ya Tidak

Jelaskan : Pasien mempunyai riwayat gangguan jiwa 13 tahun yang lalu, direkam medis tidak ada catatan, dalam setahun sudah masuk 2 kali ini.

b. Pengobatan sebelumnya:

- Berhasil Belum berhasil Tidak berhasil

Jelaskan : Pernah sembuh berobat teratur, pasien kambuh kembali karena dirumah pasien merasa sering bingung dan tidak ada temen untuk bercerita orang tua nya sibuk masing-masing serta keinginanya tidak di turutin pasien marah

c. Trauma:

- Pernah Tidak

<i>Trauma</i>	<i>Usia</i>	<i>Pelaku</i>	<i>Korban</i>	Saksi
<input type="checkbox"/> Aniaya fisik	-	-	-	-
<input type="checkbox"/> Aniaya seksual	-	-	-	-
<input type="checkbox"/> Penolakan	-	-	-	-
<input type="checkbox"/> Kekerasan dalam keluarga	-	-	-	-
<input checked="" type="checkbox"/> Tindakan kriminal	-	-	-	-

d. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa:

- Ada Tidak

Hubungan keluarga: Tidak ada

Gejala: Tidak ada

Riwayat pengobatan : Tidak ada

e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan: Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada

5. PEMERIKSAAN FISIK

a. TD: 133/85 mmHg

b. HR: 121 x/menit

c. RR: 20 x/menit

d. S: 36 °C

e. TB: 160 cm

f. BB : 70 kg

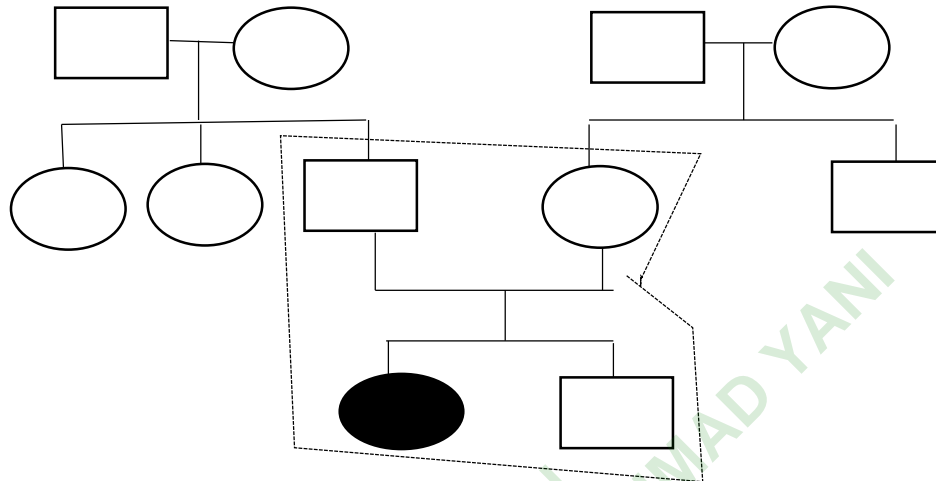
g. Keluhan fisik: Ya Tidak

Yaitu: Tidak ada

Masalah Keperawatan : Tidak ada

6. PSIKOSOSIAL

a. Genogram (minimal 3 generasi ke atas)



Keterangan :



- 1) Pola asuh : Pasien tinggal serumah dengan ayah dan ibu. Termasuk dalam kategori abay yaitu karena orang tua pasien tidak care, tidak mau berkomunikasi dengan yang lain karena di rumah sering di marahin oleh orang tua jadi pasien dengan orang lain takut berbicara tanpa kita terlebih dahulu yang ngajak bicara.
- 2) Pola ekonomi : Biaya hidup pasien di tanggung oleh orang tua, tulang punggung keluarga adalah ayahnya.
- 3) Pola komunikasi : komunikasi pasien dengan ibu dan ayahnya yaitu kurang, banyak permintaan yang tidak di turuti sehingga menyebabkan pasien sering marah-marah.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Pasien mengatakan menyukai bagian tubuhnya yaitu muka dan hidung dan pasien tidak malu dengan kondisinya saat ini.

2) Identitas diri

Pasien mengatakan namanya Ny. R, berjenis kelamin perempuan, usianya 37 tahun, dan alamat tempat tinggal di Babarsari Sleman Yogyakarta

3) Peran

Pasien mengatakan saat di rumah dirinya sebagai anak perempuan yang pertama dan pernah kuliah tetapi pasien merasa tidak puas karena tidak selesai sampai lulus, sekarang hanya berdiam di rumah saja tidak bekerja sama sekali yang membuat dirinya menjadi bingung

4) Ideal diri

Pasien mengatakan berharap hidupnya ingin seperti orang normal biasa dan tidak ketergantungan dengan obat dan bisa mengontrol emosinya dengan lebih baik

5) Harga diri

Pasien mengatakan tidak malu dengan keadaannya yang dialami saat ini, pasien juga ingin cepat pulang dan berkumpul lagi dengan orang tuanya.
Masalah Keperawatan: tidak ada

c. Hubungan sosial

1) Orang terdekat/yang berarti: ibu karena ibunya lembut dalam pembicaraannya walaupun ibunya cuek dengan pasien

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : pasien mengatakan jarang berkumpul/mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat lebih suka menyendiri di kamar

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: pasien mengatakan tidak mau bersosialisasi dengan orang lain karena takut dan tidak terbiasa ngobrol tidak tahu apa yang ingin di bicarakan yang dilakukan pasien hanya bermain hp dan tidak bisa mengontrol marahnya setiap harinya dan keingginnya selalu pengen di turutin

Masalah Keperawatan: tidak ada

d. Spiritual sebelum di RS

1) Nilai dan keyakinan: pasien mengatakan jika dirinya beragama islam tetapi tidak pernah mau untuk sholat dan selalu bermalas-malasan di rumah

- 2) Kegiatan Ibadah: pasien mengatakan selama di RSJ juga tidak pernah menjalankan sholat 5 waktu, selama di rumah tidak pernah mengikuti pengajian, dll

Masalah Keperawatan : tidak ada

7. STATUS MENTAL

a. Penampilan

- ✓ Tidak rapi
- Penggunaan pakaian tidak sesuai
- Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : pasien tampak lesuh, bau mulut, mandi sehari sekali terkadang tidak mau mandi sama sekali, berpakaian tidak rapih, gosok gigi 1x

Masalah Keperawatan: defisit perawatan diri

b. Pembicaraan

- ✓ Cepat
- ✓ Keras
- Gagap
- Inkoheren
- Apatis
- Lambat
- Membisu
- Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan: pembicaraan pasien cepat, keras, dan merespon ketika di tanya

Masalah Keperawatan: tidak ada

c. Aktivitas motorik

- ✓ Lesu
- ✓ Tegang
- Gelisah
- Agitasi
- Tic
- Grimace
- Tremor
- Kompulsif

Jelaskan: pasien tampak lesu tidak bersemangat untuk melakukan kegiatan sehari hari lebih sering tidur di kamar

Masalah Keperawatan: tidak ada

d. Alam perasaan

- Sedih
- Takut
- Putus asa
- Khawatir
- Euphoria

Jelaskan : pasien mengatakan takut berbicara dengan orang lain karena takut di marahin

Masalah Keperawatan : tidak ada

e. Afek

- Datar
- Tumpul
- Labil
- Tidak sesuai

Jelaskan: pasien mau berbicara ketika di ajak ngobrol saja, dan terkadang mudah berubah-ubah, terkadang berperilaku menolak untuk diajak bicara menutup mata dan telinga

Masalah Keperawatan: tidak ada

f. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan
- Tidak kooperatif
- Mudah tersinggung
- Kontak mata kurang
- Defensif
- Curiga

Jelaskan: pasien mengatakan mudah curiga dengan orang di sekitarnya karena takut di marahin dan dihukum, selalu berpikir negatif. Pasien kooperatif, pasien berinteraksi jika didahului, kontak mata pasien ada namun tidak tahan lama dan mudah tersinggung, pasien tampak nutup mata dan telinga saat di ajak bicara serta tidak mau mendengarkan suara orang disekitar atau mengobrol dengan orang lain.

Masalah Keperawatan: tidak ada

g. Persepsi

Halusinasi:

- Pendengaran
- Penglihatan

- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan: tidak ada halunisasi

Masalah Keperawatan : tidak ada

h. Isi pikir

- Obsesi
- Phobia
- Hipokondria
- Depersonalisasi
- Ide terkait
- Pikiran magis

Waham:

- Agama
- Somatik
- Kebesaran
- Curiga
- Nihilistik
- Sisip pikir
- Siar pikir
- Kontrol pikir

Jelaskan: tidak ada waham

Masalah Keperawatan: tidak ada

i. Proses pikir

- Sirkumtansial
- Tangensial
- Kehilangan asosiasi
- Flight of idea
- Blocking
- Pengulangan pembicaraan

Jelaskan: proses pikir pasien normal

Masalah Keperawatan: tidak ada

j. Tingkat kesadaran

- Bingung
- Sedasi
- Stupor
- Disorientasi waktu
- Disorientasi orang
- Disorientasi tempat

Jelaskan: pasien mengatakan selalu bingung dengan kesehariannya

Masalah Keperawatan: tidak ada

k. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang
- Gangguan daya ingat jangka pendek
- Gangguan daya ingat saat ini

Jelaskan: konfabulasi, pasien tampak terkadang menutupi gangguan daya ingatannya apa yang sudah diberikan tetapi tergantung dengan mood pasien

Masalah Keperawatan: tidak ada

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- ✓ Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan: pasien mampu berkonsentrasi terhadap pembicaraan yang dilakukan namun mudah teralihkan

Masalah Keperawatan: tidak ada

m. Kemampuan penilaian

- ✓ Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan: kemampuan penilaian pasien mengatakan mampu mengambil keputusan yang sederhana seperti mandi dulu sebelum makan

Masalah Keperawatan: tidak ada

n. Daya tilik diri (*insight*)

- ✓ Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan: pasien mengalami gangguan ringan ditandai dengan pasien mengatakan jika dirinya sering marah-marah di rumah tidak menyadari apa yang sudah diperbuat bisa membahayakan diri sendiri dan orang lain

Masalah Keperawatan: risiko perilaku kekerasan

8. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

	Bantuan minimal	Bantuan total
a. Makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. BAB/BAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Mandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Berpakaian/berhias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Penggunaan obat	<input type="checkbox"/> ✓	<input type="checkbox"/>

	Ya	Tidak
f. Pemeliharaan Kesehatan		
Perawatan lanjutan	<input type="checkbox"/> ✓	<input type="checkbox"/>
Perawatan pendukung	<input type="checkbox"/> ✓	<input type="checkbox"/>
g. Aktifitas di rumah		
Mempersiapkan makanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menjaga kerapian rumah	<input type="checkbox"/> ✓	<input type="checkbox"/>
Mencuci pakaian	<input type="checkbox"/> ✓	<input type="checkbox"/>
Pengaturan keuangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Aktivitas di luar rumah		
Belanja	<input type="checkbox"/> ✓	<input type="checkbox"/>
Transportasi	<input type="checkbox"/> ✓	<input type="checkbox"/>
Lain-lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Istirahat/tidur		
<input type="checkbox"/> Tidur siang lama: 13:00 s.d. 16:00		
<input type="checkbox"/> Tidur malam lama: 20:00 s.d. 05:00		
<input type="checkbox"/> Kegiatan sebelum/sesudah tidur: setelah bangun tidur subuh mandi, membereskan tempat tidur, senam, makan, rehabilitas di luar wisma, minum obat		
Jelaskan: setiap mandi 1x sehari secara mandiri, pasien mengatakan jika dirinya mandi selalu menggunakan sabun dan terkadang tidak menggosok gigi, pasien setelah mandi dapat menggunakan pakaian sendiri. Pasien selalu memakan yang telah disediakan oleh tenaga kesehatan gizi dengan menu sajian seperti nasi, sayur, lauk pauk, setelah makan pasien minum 1 gelas air putih/air teh.		

Masalah Keperawatan: tidak ada

9. MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
Berbicara dengan orang lain	Minum alkohol
Mampu menyelesaikan masalah	Reaksi lambat
Teknik relaksasi	Bekerja berlebihan
Aktivitas konstruktif	Menghindar
Olah raga	✓Menciderai diri sendiri

Distraksi Lainnya	Lainnya
----------------------	---------

Jelaskan: pasien marah ketika keinginannya tidak diikuti oleh orang tuanya, memukul ibunya, membenturkan kepala, menjatuhkan badan sendiri

Masalah Keperawatan: risiko bunuh diri

10. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- a. Masalah dengan dukungan kelompok: tidak ada
- b. Masalah dengan lingkungan: pasien mengatakan tidak memiliki masalah dengan lingkungan karena jarang bersosialisasi disekitarnya lebih suka berdiam di kamar saja
- c. Masalah dengan pendidikan: pasien mengatakan pernah kuliah tetapi tidak sampai selesai karena IPK nya jelek dan pasien merasa dirinya bodoh dan selalu pusing, tidak mengerti pelajaran yang dijelaskan oleh dosen sehingga memutuskan untuk berhenti di semester 2
- d. Masalah dengan pekerjaan: tidak ada karena selama ini pasien tidak pernah bekerja
- e. Masalah dengan perumahan: pasien mengatakan tidak akur dengan kedua orang tuanya karena sibuk dengan kegiatan masing-masing, orang tua cuek, tidak suka di suruh-suruh dan selalu marah sementara pasien ingin di dengarkan ceritanya oleh orang tua
- f. Masalah dengan ekonomi: tidak ada
- g. Masalah dengan pelayanan kesehatan: tidak ada
- h. Masalah lainnya: tidak ada

Masalah Keperawatan : tidak ada

11. KURANG PENGETAHUAN TENTANG:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> Faktor predisposisi |
| <input type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> Sistem pendukung |
| <input type="checkbox"/> Penyakit fisik | <input checked="" type="checkbox"/> Obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya | |

Jelaskan : pasien mengatakan mengetahui penyakit yang di deritanya saat ini dan tahu obat-obatan yang di konsumsi setiap harinya

Masalah Keperawatan : tidak ada

12. ASPEK MEDIS

Dx Medis : F25.1

Axis I : F25.1 dd F20.0

Axis II : Bad

Axis III : Dispepsia, Mild Leukositosis

Axis IV : Tidak Jelas

Axis V : Gaf Scale 40-31

Terapi Medis:

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Side Effect
Risperidon	2 mg, 1-0-1	Membantu gejala beberapa kondisi kesehatan mental seperti skizofrenia	Rasa kantuk, masalah pergerakan, dan sakit kepala
THP	2 mg, 1-0-1	Untuk mencegah atau mengobati salah efek samping dari penggunaan obat antipsikotik konvensional jangka pendek dan panjang	Penglihatan buram, kulit memerah, pusing atau sakit kepala, mulut kering
Clozapin	25 mg, 0-0-1	Skizofrenia	Mengantuk/sedasi, peningkatan berat badan, pandangan kabur, demam, bibir kering
Ranitidin	150 mg, 1-0-1	Untuk asam lambung	Sakit kepala, pusing, insomnia, halunisasi, mual muntah, dan ruam
Fluoxetin	25 mg, 1-0-0	Untuk mengatasi depresi, gangguan obsesif kompulsif, gangguan disforik pramenstruasi	Menguap berlebihan, tremor, diare, gangguan tidur, sakit kepala

Pemeriksaan Darah dan Kultur

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Normal	Satuan	Hasil	Interpretasi
05/07/2024	Lekosit	5-11	Ribu/mmk	11,50	Abnormal
05/07/2024	Netrofil segmen	36-66	%	75,9	Abnormal
05/07/2024	Limfosit	22-40	%	17,8	Abnormal
05/07/2024	Monosit	4-8	%	4,9	Normal
05/07/2024	Eritrosit	4,5-5,5	Juta/mmk	4,45	Abnormal
05/07/2024	Hematokrit	40-50	%	39,2	Abnormal
05/07/2024	Trombosit	150-450	Ribu/mmk	419	Normal
05/07/2024	GDS	<200	133	Mg/dl	Normal
05/07/2024	Ureum	10-50	19,3	Mg/dl	Normal
05/07/2024	Kreatinin	0,5-0,9	0,70	Mg/dl	Normal
05/07/2024	SGOT	<31	14,4	IU/L	Normal
05/07/2024	SOPT	<32	4,4	IU/L	Normal
05/07/2024	Hbsag	Negatif	Negatif	-	Normal

13. TAHAPAN PENANGANAN KLIEN

a. Skor kategori

Tabel 3. 1 Sistem Kategori Pasien Jiwa

Variabel	Skor
Mencederai diri sendiri/orang lain	Resiko besar (34) Ada ide/keinginan mencederai diri dan orang lain (meskipun mengetahui konsekuensinya)/memiliki halunisasi tingkat 3-4 dengan isi halunisasi berkaitan dengan perintah melakukan kekerasan pada diri atau orang lain tetapi pasien belum melaksanakan perintah halunisasi/belum dapat mengontrol halunisasi
Komunikasi	Ada respon dan sesuai, lancar (0)
Interaksi sosial	Bersedia interaksi dengan lebih dari 1 orang (5)
ADL	Makan Mandiri (0) Dapat melakukan sendiri/apabila menolak karena alasan yang dapat diterima dan tidak membahayakan pasien Mandi Mandiri (0) idem Berpakaian Mandiri (0) idem
Istrahat/tidur	Tenang (0)


	Tidak terjaga atau apabila terjaga karena alasan yang dapat diterima (misalnya haus, dingin, atau ingin ke kamar kecil)
Pengobatan oral/injeksi	Aktif berpartisipasi (0) Bersedia mengikuti pengobatan (farmakologi:oral/injeksi/ECT,dll) dengan 1x pengarahannya
Aktivitas terjadwal	Makan Mengikuti jadwal dengan 1x pengarahannya dan rentang waktu sesuai dengan yang diharapkan (0) Mandi (idem) Berpakaian (idem)

Skoring : 39 kategori II

- b. Tahapan penanganan fase : maintenance/pemeliharaan
- c. Tujuan pengobatan : kembalinya kondisi pasien/recovery
- d. Intervensi keperawatan : penguatan dan sokongan pada respon koping adaptif pasien dan advokasi
- e. Hasil yang diharapkan : meningkatkan fungsi dari pasien

B. Analisis Data

Tabel 3. 2 Analisa Data

 UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA		ANALISA DATA	
NO	DATA FOKUS	MASALAH	ETIOLOGI
1	Ds : 1. pasien mengatakan sering marah marah di rumah/RS ketika keinginannya tidak dituruti 2. pasien mengatakan ingin bercerita dengan orang tuanya tetapi sibuk sendiri dengan pekerjaannya 3. pasien mengatakan takut untuk bicara dengan orang lain karena takut dihukum dan di marahin Do : 1. jika keinginannya tidak terpenuhi maka pasien mencoba melukai diri sendiri, memukul ibunya	Risiko perilaku kekerasan	Kerusakan kontrol impuls

	<ol style="list-style-type: none"> 2. pasien tampak mudah tersingung 3. pasien tampak jarang mau berkomunikasi dengan yang lain 4. mood mudah berubah 5. pasien tampak menutup mata dan telinga karena tidak mau mendengarkan suara orang disekitar atau mengobrol dengan orang lain 		
2	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lebih suka menyendiri di kamar saja 2. Pasien mengatakan tidak mau bersosialisasi dengan orang lain karena takut dan tidak terbiasa ngobrol 3. Pasien mengatakan selalu bingung dengan kesehariannya <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien marah ketika keinginannya tidak diikuti oleh orang tuanya, memukul ibunya, membenturkan kepala, menjatuhkan badan sendiri 	Risiko bunuh diri	-
3	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mau mandi lebih suka tiduran saja 2. Pasien mengatakan merasa lemas dan tidak bergairah <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lesuh 2. Bau mulut 	Defisit perawatan diri	Gangguan psikologis/psikotik


	3. Mandi sehari sekali terkadang tidak mau mandi sama sekali 4. Berpakaian tidak rapih 5. Gosok gigi 1x 6. Pasien tampak marah ketika di suruh mandi		
--	--	--	--

C. Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan kerusakan kontrol impuls (D.0146)
2. Risiko bunuh diri dibuktikan dengan masalah sosial (D.0135)
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis/psikotik (D.0109)

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan

 RENCANA KEPERAWATAN			
NO. DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN/ SDKI	SLKI	SIKI
1	Risiko perilaku kekerasan dd kerusakan kontrol impuls	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kontrol diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Perilaku menyerang menurun 3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 4. Perilaku agresif/amuk menurun 5. Suara keras menurun 	Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, benda tajam, tali) 2. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 3. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin Edukasi

			<p>4. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</p> <p>5. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis, relaksasi, bercerita)</p> <p>Latihan asertif (I.09283)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi hambatan kemampuan asertif (mis, tahap perkembangan, kondisi medis kronis/psikiatrik dan sosial budaya) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fasilitasi membedakan perilaku asertif, pasif, dan agresif 3. Fasilitasi mengidentifikasi hak-hak pribadi, tanggung jawab dan norma yang bertentangan 4. Fasilitasi mengespresikan pikiran dan perasaan positif dan negatif 5. Fasilitasi membedakan antara pikiran dan kenyataan 6. Beri pujian pada upaya mengekspresikan perasaan dan pendapat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Latih perilaku asertif (mis, membuat permintaan, mengucapkan tidak untuk permintaan yang tidak bisa di penuhi serta mulai dan menutup percakapan)
--	--	--	---



2	<p>Risiko bunuh diri dibuktikan dengan masalah sosial</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kontrol diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Perilaku menyerang menurun 3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 4. Perilaku agresif/amuk menurun <p>Dukungan keluarga (L.13112) meningkat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kondisi pasien meningkat 2. Bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan dalam menentukan perawatan meningkat 3. Berpartisipasi dalam perencanaan pulang meningkat 	<p>Pencegahan bunuh diri (L.14538)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala bunuh diri (mis, gangguan mood, panik, kesedihan, gangguan kepribadian) 2. Identifikasi keinginan dan pikiran rencana bunuh diri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri 4. Berikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis, tempat tidur dekat dengan perawat) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain 6. Latih pencegahan risiko bunuh diri (mis, latihan asertif) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasikan pemberian obat antiansietas atau antipsikotik, sesuai indikasi
3	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis/psikotik</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perawatan diri (L.11103) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 3. Mempertahankan 	<p>Dukungan perawatan diri (L.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum,


		kebersihan diri meningkat 4. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	sikat gigi, dan sabun mandi) 4. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	--	---	--


E. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Tabel 3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Catatan Perkembangan Hari ke I


 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN				
NO. DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
1	17/07/2024 10:00 10:04 10:06 10:10 10:35 10:43 10:55	1. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan dan barang (mis, benda tajam, tali) 2. Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 3. Mengidentifikasi hambatan kemampuan asertif 4. Memfasilitasi membedakan antara pikiran dan kenyataan 5. Melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 6. Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis, relaksasi Tarik napas dalam, bercerita, memukul bantal) 7. Memberikan pujian pada upaya mengekspresikan	S : pasien mengatakan tidak marah jika keinginannya belum terpenuhi pasien mengatakan masih sedikit takut untuk bicara dengan orang lain O : pasien tampak rileks, labil, mudah tersinggung, pasien tampak merasa tidak aman. pasien hanya mau mempratekkan aspek mengatakan maaf saja yang pasien lakukan selain itu tidak mau mengungkapkan dan berkata capek ngomong terus menerus, pasien tampak bisa melakukan Tarik napas dan memukul bantal dengan baik	Presti 


		perasaan dan pendapat	<p>A : masalah risiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan dan barang (mis, benda tajam, tali) 2. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 3. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 4. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis, relaksasi Tarik napas dalam, bercerita, memukul bantal) 5. Memfasilitasi mengekspresikan pikiran dan perasaan positif dan negatif 6. Memberikan pujian pada upaya mengekspresikan perasaan dan pendapat 	
2	17/07/2024 10:00 10:04	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gejala bunuh diri (mis, gangguan mood, panik, kesedihan, gangguan kepribadian) 2. Memberikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis, tempat tidur dekat dengan perawat) 	<p>S : Pasien mengatakan lebih suka menyendiri di kamar saja dan tidak mau bersosialisasi/ngobrol dengan orang lain</p> <p>O : Pasien marah ketika keinginannya tidak diikuti, Membenturkan kepala</p>	<p>Presti</p> 


	11:00 11:10 11:48	<ol style="list-style-type: none"> 3. Libatkan dalam perencanaan perawatan mandiri 4. Menganjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain 5. Mengkolaborasikan pemberian obat antiansietas atau antipsikotik, sesuai indikasi 	<p>Mudah tersingung, Pasien tampak merasa tidak aman</p> <p>A : Masalah risiko bunuh diri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain 2. Melatih pencegahan risiko bunuh diri (mis, latihan asertif) 3. Memberikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis, tempat tidur dekat dengan perawat) 4. Mengajarkan berpikir positif tentang diri sendiri, keluarga, dan lingkungan 	
3	17/07/2024 10:00 10:30 11:06 12:00 12:15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan sesuai usia 3. Mempersiapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 4. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri 5. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>S : Pasien mengatakan masih belum mau untuk menjadwalkan perawatan diri dan belum mau untuk mandi</p> <p>O : Pasien tampak masih susah untuk perawatan diri seperti mandi, sikat gigi</p> <p>A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kegiatan perawatan diri 	<p>Presti</p> 

			<p>2. Menjelaskan cara-cara berdandan yang baik dan benar</p> <p>3. Melatih cara berdandan yang baik dan benar</p> <p>Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	
--	--	--	---	--



Catatan Perkembangan hari ke II


NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
1	18/07/2024 15:00 15:05 15:08 15:33 15:42 15:50	<p>1. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan dan barang (mis, benda tajam, tali)</p> <p>2. Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</p> <p>3. Memfasilitasi mengekspresikan pikiran dan perasaan positif dan negatif</p> <p>4. Melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</p> <p>5. Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis, relaksasi Tarik napas dalam, bercerita, memukul bantal)</p> <p>6. Memberikan pujian pada upaya mengekspresikan perasaan dan pendapat</p>	<p>S: pasien mengatakan tidak marah lagi jika keinginannya belum terpenuhi</p> <p>pasien mengatakan dikit demi sedikit tidak takut untuk bicara dengan orang lain</p> <p>O: Pasien tampak rileks, labil, mudah tersinggung, pasien tidak menutup mata dan telinga lagi, pasien tampak sudah mau berkomunikasi dengan yang lain mengungkapkan keinginan, kebutuhan, mengatakan maaf, tidak, alasan, tidak merendahkan, tidak berperilaku kejam kepada orang lain, bisa mempratekkan latihan distraksi Tarik napas dalam dan memukul bantal dengan mandiri</p> <p>A: masalah risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor adanya benda</p>	<p>Presti</p> 

			<p>yang berpotensi membahayakan dan barang (mis, benda tajam, tali)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 3. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 4. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis, relaksasi Tarik napas dalam, bercerita, memukul bantal) 5. Memberikan pujian pada upaya mengekspresikan perasaan dan pendapat 	
2	<p>18/07/2024 15:00</p> <p>15:08</p> <p>15:33</p> <p>16:00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan lingkungan dengan pengamanan ketat dan mudah dipantau (mis, tempat tidur dekat dengan perawat) 2. Menganjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain 3. Melatih pencegahan risiko bunuh diri (mis, latihan asertif) 4. Mengajarkan berpikir positif tentang diri sendiri, keluarga, dan lingkungan 	<p>S : Pasien mengatakan sudah jarang ada niatan melukai diri sendiri/orang lain Pasien mengatakan dikit sedikit sudah mau mengobrol dengan orang lain O ; pasien tampak tidak marah-marah ketika keinginya tidak di ikuti Pasien tampak rileks A : Masalah risiko bunuh diri teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain 2. Mengevaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri sendiri, keluarga, dan lingkungan 3. Melatih pencegahan risiko bunuh diri (mis, 	<p>Presti</p> 

			latihan asertif) 4. Mendiskusikan harapan dan masa depan	
3	18/07/2024 16:00 16:20 16:25 16:34	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kegiatan perawatan diri 2. Menjelaskan cara-cara berdandan yang baik dan benar 3. Melatih cara berdandan yang baik dan benar 4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>S : Pasien mengatakan dikit demi sedikit mau menjadwalkan kegiatan perawatan diri dan mengerti cara merawat diri yang baik</p> <p>Pasien mengatakan mau mandi walaupun sehari sekali saja</p> <p>O : Pasien tampak bisa menyebutkan cara-cara berdandan yang telah dijelaskan tadi</p> <p>Pasien tampak mau mandi tanpa harus di suruh</p> <p>Pasien tampak bersih namun rambut pasien masih berantakan dan tidak gosok gigi</p> <p>A : Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, dan jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan alat dan cara makan, minum yang baik 3. Menjelaskan cara BAB dan BAK yang baik dan benar 4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>Presti</p> 

Catatan Perkembangan Hari ke III

NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
1	19/07/2024 15:10 15:13 15:15 15:40 15:55	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan dan barang (mis, benda tajam, tali) 2. Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 3. Melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 4. Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis, relaksasi Tarik napas dalam, bercerita, memukul bantal) 5. Memberikan pujian pada upaya mengekspresikan perasaan dan pendapat 	<p>S : Pasien mengatakan tidak marah lagi jika keinginannya belum terpenuhi pasien mengatakan tidak takut untuk bicara dengan orang lain</p> <p>O : Mudah tersingung, pasien tampak rileks pasien mampu memenuhi 10 aspek secara keseluruhan kemampuan latihan asertif dengan baik</p> <p>A : Masalah risiko perilaku kekerasan teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	<p>Presti</p> 
2	19/07/2024 15:15 15:30 15:45 16:04	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan mendiskusikan perasaan yang dialami kepada orang lain 2. Mengevaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri sendiri, keluarga, dan lingkungan 3. Melatih pencegahan risiko bunuh diri (mis, latihan asertif) 4. Mendiskusikan harapan dan masa depan 	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak ada niatan melukai diri sendiri/orang lain Pasien mengatakan sudah mau mengobrol dengan orang lain</p> <p>O ; Pasien tampak tidak menyendiri dan lebih baik dari sebelumnya Pasien tampak rileks</p> <p>A : Masalah risiko bunuh diri teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	<p>Presti</p> 

3	19/07/2024 16:05 16:15 16:20 16:35	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, dan jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan alat dan cara makan, minum yang baik 3. Menjelaskan cara BAB dan BAK yang baik dan benar 4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>S : pasien mengatakan lebih segar tidak lemas Pasien mengatakan mau mandi tanpa disuruh O : Pasien tampak terlihat bersih dan segar rambut tersisir dengan rapih Pasien tampak sudah mandi dan gosok gigi A : Masalah defisit perawatan diri teratasi P : Hentikan intervensi</p>	Presti 
---	--	--	---	---

PERPUSTAKAAN
 UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
 YOGYAKARTA