

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Tabel 3.1
Identitas pasien

Identitas pasien	Pasien
Nama	Ny. A
usia/Tanggal lahir	34 Thn / 02/10/ 1989
Jenis kelamin	Perempuan
Status Perkawinan	Menikah
Pekerjaan	IRT
Agama	Islam
Alamat	Lampung
Pendidikan	SMA
Suku	Jawa
Bahasa yang digunakan	Jawa dan Indonesia
Diagnosa	RPK
Penanggung jawab	
Nama	Tn. J
Umur	36 Thn
Agama	Islam
Jenis Kelamin	Laki-laki
Alamat	Lampung
Pendidikan	SMA
Pekerjaan	Petani

2. Riwayat Masuk RS

Klien pernah masuk rumah sakit jiwa provinsi lampung diantar oleh keluarganya pada tahun 2020 dengan alasan masuk Pasien mengatakan merasa kesal, pasien mengatakan saat ada masalah pasien membentak orang lain, membanting barang, nada bicara keras dan lantang, terkadang berteriak dan mengeluarkan suara keras, terkadang pasien

suka memukul-mukul meja, emosi berubah-ubah, saat diajak bicara suka tersinggung.

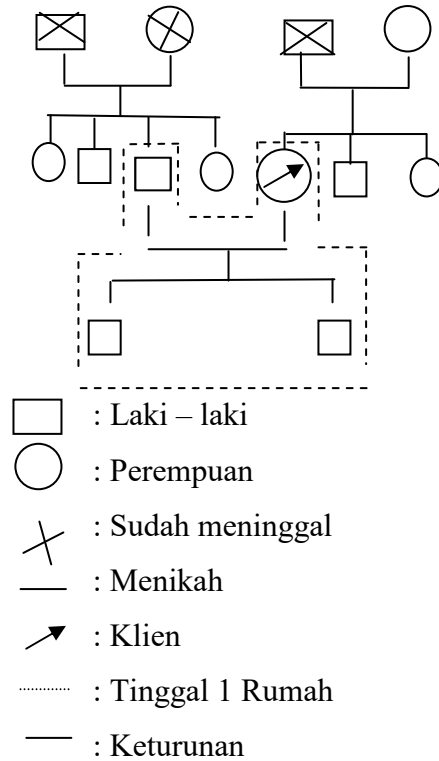
3. Faktor Predisposisi

Tabel 3.2
Faktor Predisposisi

Observasi	Ya	Tidak
Pernah mengalami gangguan jiwa	Klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa 3 tahun yang lalu, klien pernah berobat sebelumnya namun tidak berhasil klien mengatakan di rumah malas minum obat karena merasa tidaksakit Masalah keperawatan : koping individu tidak efektif	
Penganiayaan	Klien mengatakan pernah melakukan penganiayaan fisik kepada keluarga dan teman- temannya seperti memukul karena merasa digunjing. Masalah keperawatan : resiko perilaku Kekerasan	
Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa		Klien mengatakan tidak ada amgotakeluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti klien.
Pengalaman masalah	Klien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu klien merasa selalu di gunjing dan di kucilkan oleh orang sekitar. Masalah keperawatan : Harga diri rendah	

4. Riwayat Penyakit Keluarga

**Genogram
Bagan 3.1**



Klien mengatakan adalah anak pertama dari 3 bersaudara dan saat ini sudah menikah dan memiliki 2 orang anak, klien mengatakan dalam keluarganya hanya dirinya yang mengalami gangguan jiwa, klien tinggal dengan keluarganya. pengambilan keputusan dilakukan dengan cara musyawarah, pola asuh klien mengatakan sejak kecil sampai dewasa diasuh dengan didikan yang keras namun mendidik seperti bangun dari tidur harus merapihkan tempat tidur, pola komunikasi klien mengatakan jika ada masalah klien lebih suka berbicara kepada suaminya, saat ini klien berada di rumah sakit, klien mengatakan orang terdekat klien saat di rumah adalah suaminya.

5. Konsep Diri

- a. Gambaran diri : klien mengatakan sangat senang pada semua bagian tubuhnya, namun penampilan klien kurang rapih terlihat dari kuku yang panjang dan kotor.
 - b. Identitas diri : klien seorang wanita berusia 34 tahun, klien sudah menikah dan lulus sekolah menengah atas.
 - c. Peran :klien mengatakan perannya sebagai seorang istri dan ibu mengurus segala keperluan suami dan anaknya.
 - d. Ideal diri : Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan dia malu jika orang lain tau kalau dia sedang sakit.
 - e. Harga diri : klien mengatakan malu dengan keadaannya saat ini, klien merasa minder karena menjalani pengobatan, klien malu dianggap gila oleh orang lain, klien terlihat malu
- Masalah keperawatan : Harga diri rendah

6. Psikososial-Spiritual

- a. Hubungan social

Klien mengatakan selama dirumah orang terdekat adalah suaminya, klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat karena klien merasa dikucilkan, klien mengatakan mending di rumah, klien mengatakan senang menyendiri di kamar,klien mengatakan ngobrol dengan keluarga hanya seperlunya saja.

Masalah keperawatan :Isolasi social

b. Spiritual

Klien mengatakan bahwa beragama islam dan percaya kepada Allah SWT, klien mengatakan melaksanakan sholat jika di ingatkan.

7. Status mental

a. Penampilan

Penampilan klien kurang rapih, tubuh terlihat kotor, dan rambut klien acak-acakan, klien mengatakan mandi 2x sehari tidak menggunakan sabun, gosok gigi, shampoo, ganti baju 1x sehari.

Masalah keperawatan : Deficit perawatan diri

b. Pembicaraan

Cara berbicara klien keras dan cepat, klien mendominasi pembicaraan, klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik

Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan

c. Aktifitas motoric

Klien mengatakan jarang beraktifitas, klien tampak tegang, klien terkadang mengepalkan tangan, klien tidak mengalami tremor, klien mengatakan aktifitasnya merapihkan rumah, klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain

Masalah keperawatan : isolasi social

d. Alam perasaan

Klien mengatakan kesal dengan pandangan orang terhadapnya, klien mengatakan tidak takut dan khawatir, klien tampak kesal dan terkadang mengepalkan tangannya.

Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

e. Afek

Klien terlihat labil, emosi klien berubah-ubah

Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

f. Interaksi selama wawancara

Klien kooperatif, klien terlihat mengawasi gerak gerak peneliti, klien mau berbicara dengan perawat, pandangan klien tajam, nada suara tinggi dan cepat saat diajak berbicara

Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

g. Persepsi

Klien mengatakan terkadang mendengar suara wanita yang mengejeknya sehingga mengakibatkan emosi, Klien mengatakan belum tentu suara muncul dalam sehari, klien mengatakan suara muncul jika pasien sedang sendirian, klien mengatakan kesal dengan suara yang muncul, klien menutup telinga saat suara tersebut muncul.

Masalah keperawatan : halusinasi pendengaran

h. Proses piker

Klien berinteraksi dengan perawat, klien selalu menjawab pertanyaan perawat, berbicara klien baik.

i. Isi piker

Klien mengatakan tidak memiliki rasa ketakutan seperti fobia, klien tidak berbicara kalau tidak diajak berbicara duluan

j. Tingkat kesadaran

Klien dapat mengenal waktu, tempat dan orang lain yang ada disekitarnya.

k. Memori

Klien dapat mengingat masalahnya, saat klien ditanya apa yang dibicarakan klien dapat mengulanginya, klien tidak mengalami gangguan memori jangka pendek karena klien dapat mengingat kejadian yang terjadi selama seminggu terakhir, klien tidak mengalami gangguan daya ingat saat ini karena ditanya apa yang baru dibicarakan klien dapat mengulangi

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien tidak mudah beralih, mampu berkonsentrasi dan mampu menghitung secara sederhana 1-10

m. Kemampuan penilaian

Klien mampu mengambil keputusan sederhana yang berhubungan dengan kebutuhan sehari-hari seperti memilih cuci tangan terlebih dahulu sebelum makan.

n. Daya titik diri

Klien mengatakan dirinya sehat dan ingin cepat menyelesaikan program pengobatannya.

8. Sumber Koping

- a. Penilaian positif: Klien yakin bahwa dirinya bisa segera sembuh dan pulang kerumah
- b. Kemampuan personal: Klien sudah dapat berinteraksi dengan orang lain, klien mampu menjawab pertanyaan dengan baik dan benar.
- c. Kemampuan finansial: Klien berobat dengan pembayaran melalui jaminan sosial BPJS.
- d. Sistem dukungan: Klien mendapatkan dukungan sembuh dari tim medis dan keluarga.

9. Kebutuhan persiapan pulang

- a. Makan dan minum

Klien mengatakan makan dan minum sendiri tanpa bantuan, klien makan 3x sehari nafsu makan klien baik, klien menghabiskan makanan yang disediakan.

- b. BAB / BAK

Klien mengatakan BAB/BAK di wc, klien mengatakan BAB 1x sehari, BAK 5-6x sehari, klien mandiri, klien membersihkan wc setelah menggunakannya.

- c. Mandi

Klien mengatakan mandi 2x sehari, klien mengatakan ketika mandi tidak memakai sabun, sikat gigi, shampoo.

d. Berpakaian / berhias

Klien mampu berpakaian secara mandiri tanpa bantuan teman dan perawat, klien mengatakan ganti baju 1x sehari, klien mengatakan tidak menyisir rambut, klien tampak kurang rapih, klien tidak menggunakan alaskaki.

e. Istirahat / tidur

Klien mengatakan tidur malam jam 22:00 -05:30, klien tidak pernah tidur siang, klien tidak mengalami gangguan saat tidur.

f. Penggunaan obat

Klien mengatakan minum obat 3x sehari setelah makan pagi, siang dan setelah makan sore yang berfungsi untuk memberikan efek tenang dan rileks pada klien, klien dapat minum obat sendiri tanpa bantuan.

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan berobat untuk segera sembuh .

h. Kegiatan didalam rumah

Klien mengatakan jarang merapihkan isi rumah, klien mengatakan ngobrol dengan keluarga hanya seperlunya saja.

i. Kegiatan diluar rumah

Klien mengatakan jarang keluar rumah, klien lebih suka di dalam rumah.

10. Aspek Medis

Tabel 3.4
Terapi medis

Nama obat	Dosis	Pemberian
Trihexksipenidil	2 mg	1 x 1
Haloperidol	5 mg	2 x1

B.Data Fokus

Data Subjektif

1. Klien mengatakan pernah melakukan penganiayaan fisik kepada keluarga dan teman- temannya seperti memukul merasa digunjing
2. Klien mengatakan kesal dengan pandangan orang seolah menggunjing dan menghina
3. Pasien mengatakan saat ada masalah pasien membentak orang lain dan membanting barang.
4. Klien mengatakan kesal dan marah karena orang-orang menjauhinya karena menganggap dia gila.
5. Klien mengatakan jika ada masalah terkadang klien diam dan terkadang juga sering merasa kesal
6. Klien mengatakan terkadang mendengar suara wanita yang mengejeknya sehingga mengakibatkan emosi
7. Klien mengatakan belum tentu suara muncul dalam sehari
8. Klien mengatakan suara muncul jika pasien sedang sendirian
9. klien mengatakan kesal dengan suara yang muncul
10. klien menutup telinga saat suara tersebut muncul.

11. Klien mengatakan mandi 2x sehari tidak menggunakan sabun, gosok gigi, shampoo,
12. Klien mengatakan ganti baju 1x sehari
13. klien mengatakan malu dengan keadaannya saat ini
14. klien mengatakan merasa minder karena menjalani pengobatan
15. klien malu dianggap gila oleh orang lain
16. Klien mengatakan selama dirumah orang terdekat adalah suaminya
17. klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat karena klien merasa dikucilkan
18. klien mengatakan mending di rumah
19. klien mengatakan senang menyendiri di kamar
20. klien mengatakan ngobrol dengan keluarga hanya seperlunya saja.
21. klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain

Data Objektif

1. Kontak mata tajam dan berfokus, pasien cepat bosan kadang menghindar.
2. Saat diajak bicara suka tersinggung
3. Cara berbicara klien cepat
4. Klien terlihat labil, emosi klien berubah-ubah
5. Klien tampak kesal dan terkadang mengepalkan tangannya
6. Klien terlihat bingung terhadap dirinya sendiri
7. Klien tidak dapat mengontrol dirinya
8. Klien terlihat sulit mengendalikan dirinya

9. Penampilan klien kurang rapih
10. Tubuh klien terlihat kotor
11. Rambut klien terlihat acak-acakan.
12. klien terlihat malu
13. Klien tampak menundukan kepala

C. Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

Data	Diagnosa keperawatan
DS : 1. Klien mengatakan pernah melakukan penganiayaan fisik kepada keluarga dan teman- temannya seperti memukul merasa digunjing 2. Klien mengatakan kesal dengan pandangan orang seolah mengunjing dan menghina 3. Pasien mengatakan saat ada masalah pasien membentak orang lain dan membanting barang. DO : 1. Kontak mata tajam dan berfokus, pasien cepat bosan kadang menghindar. 2. Saat diajak bicara suka tersinggung 3. Cara berbicara klien cepat 4. Klien terlihat labil, emosi klien berubah-ubah 5. Klien tampak kesal dan terkadang mengepalkan tangannya	Resiko perilaku kekerasan
DS : 1. Klien mengatakan kesal dan marah karena orang-orang menjauhinya karena menganggap dia gila. 2. Klien mengatakan jika ada masalah terkadang klien diam dan terkadang juga sering merasa kesal DO : 3. Klien terlihat bingung terhadap dirinya sendiri 4. Klien tidak dapat mengontrol dirinya 5. Klien terlihat sulit mengendalikan dirinya	Koping Individu tidak efektif
DS : 1. Klien mengatakan terkadang mendengar suara wanita yang mengejeknya sehingga mengakibatkan	Halusinasi pendengaran

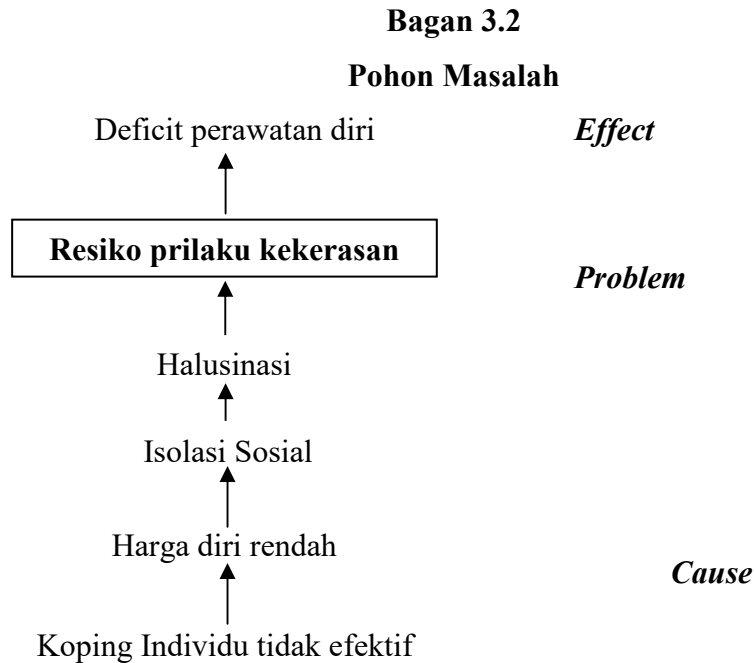
<p>emosi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien mengatakan belum tentu suara muncul dalam sehari 3. Klien mengatakan suara muncul jika pasien sedang sendirian 4. klien mengatakan kesal dengan suara yang muncul 5. klien menutup telinga saat suara tersebut muncul. <p>DO :</p> <p>-</p>	
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan malu dengan keadaannya saat ini 2. klien merasa minder karena menjalani pengobatan 3. klien malu dianggap gila oleh orang lain <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. klien terlihat malu 	Harga diri rendah
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan selama dirumah orang terdekat adalah suaminya 2. klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat karena klien merasa dikucilkan 3. klien mengatakan mending di rumah 4. klien mengatakan senang menyendiri di kamar 5. klien mengatakan ngobrol dengan keluarga hanya seperlunyasaja 6. klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Klien tampak menundukan kepala 	Isolasi sosial
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mandi 2x sehari tidak menggunakan sabun, gosok gigi, shampoo 2. Klien mengatakan ganti baju 1x sehari. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Penampilan klien kurang rapih 4. Tubuh terlihat kotor 5. Rambut klien acak-acakan, 	Deficit perawatan diri

D. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko Prilaku Kekerasan
2. Koping Individu tidak efektif
3. Halusinasi pendengaran

4. Harga diri rendah
5. Isolasi Sosial
6. Deficit perawatan diri

E. Pohon Masalah



F. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6
Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	SP Intervensi
Resiko perilaku kekerasan	SP 1 : <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK • Jelaskan cara mengontrol PK : fisik, obat, verbal, spiritual. • Latihan cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal • Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik
	SP 2 : <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian

	<ul style="list-style-type: none"> • Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar minum obat) • Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat
	<p>SP 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan latihan fisik & minum obat beri pujian • Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak, dengan benar) • Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal.
	<p>SP 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, verbal dan beri pujian • Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan) • Masukkan ke jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.

G. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi	Evaluasi
<p>Sp pengkajian</p> <p>Hari / tanggal : Rabu, 27 September 2023</p> <p>Pukul : 10.00-11.30 WIB</p> <p>Data:</p> <p>DS :-</p> <p>DO :-</p> <p>Diagnosa keperawatan:</p> <p>-Resiko Prilaku Kekerasan</p> <p>tindakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan pengkajian BHSP 2. menentukan masalah utama <p>RTL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. melakukan pengkajianlanjutan 4. Berikan terapi spiritual terjadwal (berwudhu) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih mudah mengamuk - Pasien mengatakan merasa kesal - Pasien mengatakan saat ada masalah pasien membentak orang lain dan membanting barang - Sementara keluarga klien mengatakan nada bicara klien keras dan lantang , terkadang berteriak - Klien mengatakan pernah melakukan penganiayaan fisik kepada keluarga dan teman- temannya seperti memukul merasa di gunjing dan di hina - Klien mengatakan kesal dengan pandangan orang terhadapnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata tajam dan berfokus, pasien cepat bosan kadang menghindar. - Saat diajak bicara suka tersinggung - Cara berbicara klien keras dan cepat - Klien terlihat labil, emosi klien

	berubah-ubah
	- Pandangan klien tajam, nada suara tinggi dan cepat saat diajak berbicara
	- Klien tampak kesal dan terkadang mengepalkan tangannya
A :	- risiko perilaku kekerasan
P :	- mengkaji kembali apa yang belum disampaikan
	- Berikan terapi spiritual terjadwal (wudhu)
	Ttd. Nama jelas

Yayan Eka S

Sp 1	S :
Hari / tanggal : Rabu, 27 September 2023	- klien mengatakan telah melakukan terapi spiritual terjadwal (berwudhu)
Pukul : 13.30-14.00 WIB	- klien mengatakan sekarang masih sering muncul rasa marah
Data DS :	
- klien mengatakan mudah mengamuk	- klien mampu mengungkapkan masalah-masalah klien
- klien mengatakan saat mengamuk O :	
klien bicara mengancam	
DO :	A :
- Cara berbicara klien dan cepat	- risiko perilaku kekerasan
- klien tampak tegang	
- klien terkadang mengepalkan tangan	P :
- klien tampak cemas dan gelisah	- latihan mengontrol PK dengan fisik dengan pukulan bantal atau kasur 3x sehari
- klien curigaan	- Berikan terapi spiritual terjadwal (Shalat tepat waktu)
Diagnosa keperawatan	
- risiko perilaku kekerasan	
Tindakan:	Ttd. Nama jelas
1. mengidentifikasi penyebab tanda dan gejala serta penyebab PK	
2. melatih cara pukulan bantal atau kasur	
3. Berikan terapi spiritual terjadwal (wudhu)	
4. masukkan dalam jadwal harian klien 3x sehari	
	Yayan Eka S
RTL :	
1. evaluasi kegiatan yang lalu latihan fisik pukulan bantal atau kasur,	

beripujian	
2.	latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar jenis, guna, dosis, cara, frekuensi, kontinuitas minum obat) 3xsehari
3.	masukkan ke jadwal harian latihan fisik dan obat 3x sehari
4.	Berikan terapi spiritual terjadwal (Shalat tepat waktu)
Sp 2	S :
Hari / tanggal : Kamis, 28 September 2023	- Klien mengatakan telah melaksanakan terapi spiritual terjadwal (Shalat tepat waktu)
Pukul : 13.00-14.00 WIB	- klien mengatakan terkadang masih merasa emosi
Data DS :	O :
- klien mengatakan sering merasa jengkel	- klien menyebut macam-macam obat, guna obat, dosis obat, cara, frekuensi
- klien mengatakan di rumah mengamuk	A :
- klien mengatakan saat mengamuk klien bicara mengancam	- risiko perilaku kekerasan
- Klien mengatakan kesal dengan pandangan orang terhadapnya	P :
- Klien mengatakan telah melaksanakan terapi spiritual terjadwal (Shalat tepat waktu)	- latihan mengontrol PK dengan fisik dengan pukul bantal atau kasur 3xsehari
DO :	- latihan mengontrol PK dengan cara obat 3xsehari
- Cara berbicara klien cepat	- Berikan terapi spiritual terjadwal (berdzikir)
- klien tampak tegang	
- klien terkadang mengepalkan tangan	
- klien tampak cemas dangemisah	
diagnosa keperawatan	
- risiko perilaku kekerasan	
tindakan:	Ttd. Nama jelas
1. mengevaluasi kegiatan SP 1 beripujian	
2. melatih cara mengontrol PK dengan obat (6 benar jenis, guna, cara, dosis, frekuensi, kontinuitas) 3xsehari	
3. Berikan terapi spiritual terjadwal (shalat tepat waktu)	Yayan Eka S
4. masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan fisik dan obat 3xsehari	
RTL :	
1. evaluasi kegiatan lalu (fisik, obat) beripujian	
2. latih cara mengontrol PK dengan verbal (mengungkapkan, meminta,	

	menolak)	
	3. masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minumobat, dan verbal	
	4. Berikan terapi spiritual terjadwal (berdzikir)	
Sp 3		S :
Hari / tanggal : Kamis, 28 September 2023		- klien mengatakan telah melakukan terapi spiritual terjadwal (berdzikir)
pukul: 09.35-10.00 WIB		- klien mengatakan terkadang berbicara masih tinggi, namun sudah mulai dapat dikendalikan
Data DS :		O :
- klien mengatakan masih merasa jengkel		- klien bisa mengulangi cara menolak, meminta, mengungkapkan denganbaik
- klien mengatakan di rumah mengamuk		A :
- klien mengatakan saat mengamuk klien bicara bermacam		- risiko perilaku kekerasan
DO :		P :
- klien tampaktegang		- latihan fisik: pukul bantal atau kasur 3xsehari
- klien tampakgelisah		- latihan mengontrol PK dengan cara obat 3xsehari
- Cara berbicara klien cepat		- latihan cara verbal, mengungkapkan, meminta, menolak 3x sehari
- klien terkadang mengepalkan tangan		- Berikan terapi spiritual terjadwal (berdoa)
diagnosa keperawatan		
- risiko perilaku kekerasan		
tindakan:		
1. melatih cara mengontrol PK dengan verbal (mengungkapkan, meminta,menolak)		
2. Berikan terapi spiritual terjadwal (berdzikir)		
3. masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, obat,verbal		
RTL :		Ttd. Nama jelas
1. evaluasi kegiatan lalu (fisik, obat, verbal) beripujian		
2. Berikan terapi spiritual terjadwal (berdoa)		
3. masukkan ke jadwal harian klien kegiatan latihan fisik, obat, verbal danspiritual		Yayan Eka S
Sp 4		S :
Hari / tanggal : Jum'at, 29 September 2023		- klien mengatakan telak melakukan terapi spiritual terjadwal (berdoa)
Pukul : 10.00-10.30 WIB		- klien mengatakan sudah mampu mengontrol emosi
Data DS :		O :
- klien mengatakan masih sering merasajengkel		- klienkomperatif
DO :		

<ul style="list-style-type: none"> - klien tampak masih gelisah - klien terkadang masih mengepalkan tangan <p>diagnosa keperawatan</p> <p>risiko perilaku kekerasan tindakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluasi kegiatan cara mengontrol PK :fisik, obat, verbal - Berikan terapi spiritual terjadwal (berdoa) - masukkan pada jadwal untuk latihan fisik obat verbal dan spiritual <p>RTL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluasi latihan mengontrol PK dengan fisik (pukul bantal atau kasur), obat, verbal, spiritual, beri pujian - nilai kemampuan yang telah mandiri nilai apakah PK terkontrol dengan terapi spiritual terjadwal 	<ul style="list-style-type: none"> - klien terlihatrelax <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - risiko perilaku kekerasan <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - latihan fisik: pukul bantal atau kasur 3xsehari - latihan mengontrol PK dengan cara obat 3xsehari - latihan cara verbal, mengungkapkan, meminta, menolak 3x sehari - latihan kegiatan mengontrol PK dengan fisik, obat, verbal, dan spiritual 3xsehari - klien mengatakan telah melakukan terapi spiritual terjadwal secara lengkap <p style="text-align: right;">Ttd. Nama jelas</p>
--	---

Yayan Eka S