

LAMPIRAN

Lampiran 1. 1 Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Setting : ☐ Rumah Sakit ☐ Masyarakat
 Ruangan : Puskesmas :
 No. RM : No. Register :

Tanggal : Pukul : WIB
 Pengkajian

A. PENGKAJIAN :

I. IDENTITAS

Nama : (L / P)
 Umur : tahun
 Status perkawinar : ☐ Belum menikah ☐ Menikah ☐ Janda / Duda
 Agama : Pendidikan :
 Pekerjaan : Pendapatan :
 Suku / Bangsa :
 Alamat :
 RT RW Desa / Kelurahan
 Kota / Kabupaten

INFORMAN :

Nama : (L / P)
 Umur : tahun
 Pekerjaan :
 Hubungan dengan pasien :
 Tinggal serumah dengan pasien : ☐ Ya ☐ Tidak
 Alamat :
 RT RW Desa / Kelurahan
 Kota / Kabupaten
 No Telp / HP : /

	Pelaku / Usia		Korban / Usia		Saksi / Usia	
Aniaya Fisik						
Aniaya Seksual						

Penolakan

--	--

--	--

--	--

Kekerasan Dalam Keluarga

--	--

--	--

--	--

Tindak Kriminal

--	--

--	--

--	--

Jelaskan :

Diagnosa Gangguan :
 • Mencederai diri
 • Sindroma
 pascatrauma

c. Genogram

Diagnosa Gangguan :
 • Koping keluarga yang tidak efektif
 • Inefektif penatalaksanaan regimen
 terapeutik

Pengambilan keputusan :

Pola komunikasi :

IV. FAKTOR PRESIPITASI

1. Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat

.....

2. Perubahan aktivitas hidup sehari-hari

.....

3. Perubahan fisik

.....

Diagnosa Gangguan :
 • Resiko bunuh diri
 • Resiko PK
 • HDR

4. Lingkungan penuh kritik

.....

V. FISIK

1 Tanda Vital TD : N : S : P :

2 Ukur TB : BB :

☐ Turun ☐ Naik3 Keluhan Fisik : ☐ Ya ☐ Tidak

Jelaskan :

.....

Diagnosa Keperawatan :

.....

Diagnosa Fisik :

- Gangguan pemenuhan nutrisi: kurang/lebih
- Gangguan oksigenasi : ventilasi
- Gangguan keseimbangan cairan
- Gangguan rasa nyaman : nyeri
- Gangguan integritas kulit
- Cemas / panik
- Resiko tinggi cedera

VI. SOSIAL-KULTURAL-SPIRITUAL

1 Konsep diri :

Citra tubuh :

.....

.....

.....

Identitas :

.....

.....

Peran :

.....

Ideal diri :

.....

Harga diri :

.....

Diagnosa Gangguan :

- Harga diri rendah kronis

Diagnosa Psikososial :

- Gangguan citra tubuh
- Gangguan penyesuaian
- Harga diri rendah situasional

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial

Diagnosa Psikososial :

- Harga diri rendah situasional

2. Hubungan sosial

a. Orang terdekat :

.....

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

.....

Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

.....

3. Spiritual :

a. Nilai dan keyakinan

.....

b. Kegiatan ibadah

.....

c. Pengaruh spritual terhadap koping individu

.....

Diagnosa Gangguan :

- Distress spiritual
- Risiko distress spiritual
- Mekanisme koping individu tidak efektif

VII. STATUS MENTAL

1. Deskripsi Umum

a. Penampilan

Diagnosa Gangguan :

- Kurang perawatan diri : berpakaian/berhias

Cara berpakaian

☐ Tidak rapi ☐ Tidak seperti biasanya

☐ Penggunaan pakaian tidak sesuai

Jelaskan

.....

Cara berjalan dan sikap tubuh :

Jelaskan

.....

Kebersihan :

Jelaskan

.....

Ekspresi wajah dan kontak mata :

Jelaskan

.....

b. Pembicaraan

Frekuensi : ☐ Cepat ☐ Lambat

Volume : ☐ Keras ☐ Lembut

Karakteristik : ☐ Gagap ☐ Inkoherensi ☐ Ekolalia

Jumlah : ☐ Membisu ☐ Bicara berlebihan

Jelaskan :

.....

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
- Perilaku kekerasan
- Kerusakan komunikasi verbal

c. Aktivitas motorik

Tingkat aktivitas :

☐ Letargik ☐ Gelisah ☐ Agitasi ☐ Tegang

Jenis aktivitas :

☐ Grimacen ☐ Tremor ☐ Tic

Isyarat tubuh :

☐ Kompulsif ☐ Manirisme ☐ Kataton

Interaksi selama wawancara :

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
- Perilaku kekerasan

Diagnosa Psikososial :

- Ansietas

- ☐ Manipulatif ☐ Seduktif ☐ Defensif ☐ Apatis ☐ Mudah tersinggung
☐ Mengeluh ☐ Curiga ☐ Hati-hati ☐ Tidak kooperatif ☐ Bermusuhan
☐ Kontak mata kurang

Jelaskan :

.....

2. Status Emosi

a. Alam perasaan

- ☐ Sedih ☐ Gembira berlebihan ☐ Cemas
☐ Kesepian ☐ Marah ☐ Mudah terkejut
☐ Putus asa ☐ Apatis ☐ Gugup
☐ Getir ☐ Sombong ☐ Murung
☐ Perasaan meluap ☐ Rasa bersalah
☐ Kurang rasa malu/kurang rasa bersalah

Diagnosa Gangguan :

- Resiko bunuh diri
- Perilaku kekerasan
- Berdukaantisipasi
- Berduka disfungsi
- Sindroma paska trauma

Diagnosa Psikososial :

- Ansietas

Jelaskan :

.....

b. Afek

- ☐ Datar ☐ Tumpul ☐ Ambivalensi
☐ Labil ☐ Tidak sesuai

Diagnosa Gangguan :

- Isolasi sosial
- Berduka disfungsi
- Keputusan

Jelaskan :

.....

3. Persepsi

a. Halusinasi

- ☐ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Penciuman
☐ Pengecapan ☐ Perabaan

Diagnosa Gangguan :

- Gangguan sensori persepsi : halusinasi

Jelaskan :

b. Ilusi

Jelaskan :

c. Depersonalisasi

Jelaskan :

d. Derealisasi

Jelaskan :

4. Proses Pikir

a. Bentuk pikir

☐ Dereisme/dereistik ☐ Otistik ☐ Non realistik

Jelaskan :

b. Arus pikir

☐ Flight of ideas ☐ Logik ☐ Logorea
☐ Inkoherensi ☐ Blocking ☐ Irelevansi
☐ Sirkumstatial ☐ Tangensial ☐ Perseverasi

Jelaskan :

c. Isi pikir (verbal maupun non verbal)

☐ Fantasi ☐ Depersonalisasi ☐ Phobia
☐ Obsesi ☐ Pikiran magis ☐ Pesimistis

- ☐ Ide bunuh diri ☐ Pikiran-hubungan
☐ Ide yang terkait ☐ Ide untuk membunuh
☐ Rasa bersalah yang berlebihan

Diagnosa Gangguan :

- Gangguan proses pikir
- Kebingungan kronik
- Kerusakan komunikasi

Waham

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

Jelaskan :

5. Sensori dan Kognisi

a. Tingkat kesadaran :

- ☐ Koma ☐ Bingung ☐ Sedasi ☐ Stupor ☐ Mengantuk
☐ Disorientasi orang ☐ Disorientasi waktu ☐ Disorientasi tempat

Jelaskan :

b. Daya Ingat (memory)

- ☐ Amnesia ☐ Hiperamnesia ☐ Konfabulasi
☐ Jangka panjang ☐ Jangka pendek Saat ini

Jelaskan :

c. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- ☐ Mudah beralih ☐ Tidak mampu berkonsentrasi
☐ Serial 7's inattention ☐ Tidak mampu menghitung sederhana

Jelaskan :

d. Insight

- ☐ Menerima sakitnya ☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya
- ☐ Mengingkari gangguan penyakit yang dideritanya

Jelaskan :

.....

e. Pengambilan keputusan (Judgment)

Diagnosa Psikososial :
• Gangguan pola tidur

Jelaskan :

.....

VIII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

Diagnosa Gangguan :
• Kurang perawatan diri : makan

Makan

- ☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....

BAB/BAK

- ☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....

Diagnosa Gangguan :
• Kurang perawatan diri : mandi/
hygiene

Mandi

- ☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....

Diagnosa Gangguan :
• Kurang perawatan diri:
berpakaian/ berhias

Berpakaian / berhias

- ☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....

Istirahat dan tidur

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Tidur siang lama : s.d
 Tidur malam hari : s.d
 Aktivitas sebelum / sesudah tidur : s.d

Penggunaan obat

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan total

Jelaskan :

Pemeliharaan kesehatan

	Ya	Tidak
Perawatan lanjutan	☐	☐
Sistem pendukung	☐	☐

Diagnosa Psikososial : • Koping keluarga melemah

Jelaskan :

Aktifitas didalam rumah

	Ya	Tidak
Mempersiapkan makanan	☐	☐
Menjaga kerapian rumah	☐	☐
Mencuci pakaian	☐	☐
Pengatur keuangan	☐	☐

Jelaskan :

Aktifitas diluar rumah

	Ya	Tidak
Belanja	☐	☐
Transpotasi	☐	☐
Lain-lain	☐	☐

Jelaskan :

.....

IX. MEKANISME KOPING

Adatif

- ☐ Bicara dengan orang lain
- ☐ Mampu menyelesaikan masalah
- ☐ Lambat/berlebihan
- ☐ Mencederai diri
- ☐ Aktifitas kontruksi
- ☐ Olah raga ☐ Lainnya

Maladatif

- ☐ Minum alkohol
- ☐ Reaksi formasi
- ☐ Teknik relokasi
- ☐ Bekerja berlebihan
- ☐ Menghindar
- ☐ Lainnya

Jelaskan :

X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- ☐ Masalah dengan dukungan kelompok, uraikan

.....

- ☐ Masalah berhubungan dengan lingkungan, uraikan

.....

- ☐ Masalah dengan pendidikan, uraikan

.....

- ☐ Masalah dengan pekerjaan, uraikan

.....

- ☐ Masalah dengan perumahan, uraikan

.....

XI. KURANGNYA PENGETAHUAN

- | | |
|---|---|
| ☐ Penyakit jiwa | ☐ Sistem pendukung |
| ☐ Faktor presipitasi | ☐ Penyakit fisik |
| ☐ Koping | ☐ Obat-obatan |
| ☐ Obat-obatan | |

Diagnosa keperawatan :

XII. ASPEK MEDIK

Diagnosa medik	:
Terapi medik	:
Riwayat alergi	:
Riwayat penggunaan obat	:
Hasil pemeriksaan Lab	:

Lampiran 1. 2 Informed Consent

**SURAT PERSETUJUAN PASIEN
(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

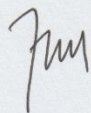
Nama : My.S
Umur : 79 tahun
Agama : Islam
Pekerjaan : Tidak bekerja
Alamat : Jl. Besi

Sebagai pasien atau wali klien, bersedia untuk menjadi pasien kelolaan (studi kasus) untuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Al-Irsyad Cilacap :

Nama Mahasiswa : Ananda Nailul K
NIM : 106122019

Demi membantu pengembangan Ilmu Keperawatan Kesediaan ini saya nyatakan, tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya percaya, bahwa semua data dalam kasus ini, akan dijaga kerahasiaan oleh penulis. Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan keikhlasan.

Cilacap, 10 Juni 2025


(.....)

Lampiran 1. 3 Asuhan Keperawatan

IMPLEMENTASI TERAPI GENERALIS (SPI-4)
PADA PENDEPITA RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI
WILAYAH PUSKESMAS CILACAP UTARA II

Setting : Rumah Tn.K
Tempat : Wilayah puskesmas Cilacap Utara II
Tgl pengkajian : 18 Juni 2025 Pukul 09.00

A. Pengkajian

I. Identitas

Nama : Tn.K
Umur : 48 Tahun
Status perkawinan : Belum menikah
Agama : Islam
Pendidikan : SLTA / SMA
Pekerjaan : Tidak bekerja
Suku / Bangsa : Jawa
Alamat : Jl. Besi RT 03 RW 01 Karangtalun Kabupaten Cilacap

Informan

Nama : Ny.S
Umur : 74 Tahun
Pekerjaan : Tidak bekerja
Alamat : Jl. Besi RT 03 RW 01 Karangtalun Kabupaten Cilacap
Hub. dengan pasien : Mbah pasien
Tinggal serumah dengan pasien : Tinggal serumah
No. HP : 085227497949

II. Keluhan Utama

Pasien mengatakan pernah mengamuk setelah rumahnya dilempari batu oleh seseorang karena mengetahui pasien baru saja pulang dari orang-orang pintar dengan membawa jinak.

III. Faktor Predisposisi

a. Riwayat kesehatan sebelumnya

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat sakit gangguan jiwa sebelumnya

b. Genetik

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa selain dirinya.

2. Psikososial

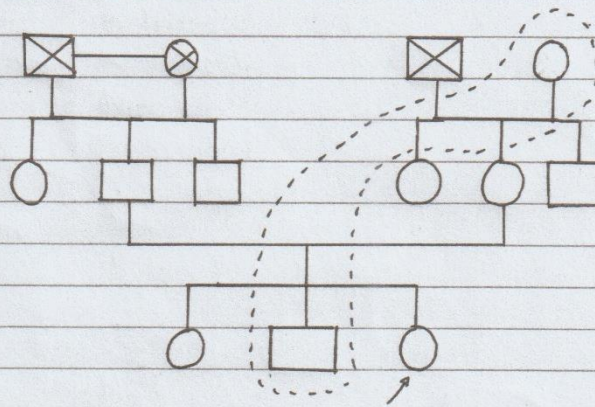
a. Pengalaman masalah yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan tidak mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan.

b. Riwayat penganiayaan

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penganiayaan fisik.

c. Genogram



Keterangan:

□ : Laki - Laki

○ : Perempuan

— : Garis perkawinan

X : Meninggal

---- : Tinggal serumah

→ : Pasien

d. Pengambilan keputusan

Pasien mengatakan pengambilan keputusan dilakukan dengan sendiri.

e. Pola komunikasi

Pasien mengatakan jika mempunyai masalah selalu dipendam sendiri tanpa dibicarakan dengan keluarga.

IV. Faktor Presipitasi

1. Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat

Pasien mengatakan mengamuk karena atapnya dilempari batu jika pulang dari kesepuhan (orang-orang pintar) karena membawa jimat

2. Perubahan aktivitas hidup sehari-hari

Pasien mengatakan terjadi perubahan aktivitas hidup sehari-hari dengan berdiam diri di rumah, berbitara menggunakan nada yang keras dan jarang makan

3. Perubahan fisik

Pasien tampak gigi-garis gusi (karies)

a. Lingkungan penuh kritik

Pasien mengatakan keadaan lingkungan dengan tetangga baik tanpa penuh kritikan

V. Fisik

1. Tanda-tanda vital : TD $125/80$ mmHg S 36°C

N $100 \times / \text{mnt}$ RR $20 \times / \text{mnt}$

2. Ukur : TB 168 cm BB 58 kg

3. Keluhan fisik : Pasien mengatakan tidak mempunyai keluhan fisik

VI. Sosial - Kultural - Spiritual

1. Konsep diri

a. Citra tubuh

Pasien mengatakan merasa puas dengan anggota tubuhnya dan tidak ada bagian tubuhnya yang tidak disukai

b. Identitas

Pasien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki bernama Tn. K Berumur 48 tahun dari 3 bersaudara

c. Peran

Pasien mengatakan dikeluarga sebagai anak sekaligus cucu

d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan mencari pekerjaan

e. Harga diri

Tidak ada masalah pada harga diri pasien, karena pasien bisa berbaur dengan tetangga

2. Hubungan sosial

a. Orang terdekat

Pasien mengatakan paling dekat dengan ibunya, karena satu rumah dengan pasien

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Pasien berperan aktif di masyarakat dengan dapat mengikuti kegiatan yang ada

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain karena pasien dapat berbaur dengan tetangganya

3. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan beragama Islam

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan menjalankan ibadah sholat 5 waktu

c. Pengaruh spiritual terhadap coping individu

Pasien mengatakan sakitnya ini merupakan ujian yang diberikan dari Tuhan

VII. Status Mental

1. Deskripsi umum

a. Penampilan

Cara berpakaian pasien sudah rapih, pasien lebih suka menggunakan kaos berkerah dan celana pendek, cara berjalan tegak, mandi 2 kali sehari.

b. Pembicaraan

Intonasi bicara pasien keras, frekuensi nada bicaranya cepat, karakteristik pasien masih nyambung diajak bicara

c. Aktivitas motorik

Tingkat aktivitas motorik sudah seperti biasanya, pasien tampak semangat jika dikunjungi untuk melakukan wawancara, dan saat wawancara pasien selalu melakukan kontak mata

2. Status emosi

a. Alam perasaan

Pasien sudah terlihat tenang, dan sudah bisa memontrol perasaannya.

b. Afek

Perasaan terlihat dari ekspresi wajah pasien.

Wajah terlihat sangat senang / gembira berlebihan.

3. Sensori dan kognisi.

a. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien CM (Compos mentis)

b. Daya ingat

Daya inget pasien sangat kuat sehingga masih mampu mengingat kejadian yang dulu pernah dialaminya

c. Tingkat konsentrasi dan berhitung.

Pasien dapat berkonsentrasi dengan baik dan dapat menyebutkan angka 1-10.

d. Insight

Pasien dapat mengatakan dirinya sakit dan butuh pertolongan.

e. Pengambilan keputusan (judgment)

Pasien mengatakan pengambilan keputusan dilakukan oleh dirinya sendiri.

4. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan: pasien dapat makan dengan mandiri

b. BAB / BAK : pasien dapat melakukan BAB / BAK secara mandiri

c. Berpakaian / berhias : pasien dapat berpakaian secara mandiri

d. Istirahat dan tidur : Pasien dapat tidur secara mandiri

tidur siang 4-5 Jam, malam 5-6 Jam.

e. Penggunaan obat : Pasien selalu rutin meminum obat dan dilakukan secara mandiri

f. Mandi : Pasien dapat melakukan mandi secara mandiri

g. Aktivitas sebelum / sesudah tidur : Sebelum tidur pasien selalu membaca doa, sesudah tidur pasien langsung mandi

h. Pemeliharaan kesehatan : pasien mengatakan rutin kontrol dan minum obat secara teratur dan menerapkan terapi generalis (SP1-a) untuk mengontrol marahnya

i. Aktivitas dalam rumah : pasien mengatakan hanya berdiam diri di rumah dengan duduk bersantai

j. Aktivitas diluar rumah : pasien mengatakan sering mengikuti kegiatan dimasyarakat seperti kerja bakti, ngeronda

IX. Mekanisme Koping

Pasien mengatakan jika ada masalah selalu dipendam sendiri dan memilih untuk diam

X. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan kelompok

Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah dalam bertetangga.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Pasien mengatakan dapat berburuk dan bertetangga dengan baik

3. Masalah dengan pendidikan

Pasien mengatakan sedang kuliah di UMY ruti 2 Semester karena terkena penyakit gangguan jiwa

4. Masalah dengan pekerjaan

Pasien mengatakan belum bekerja

5. Masalah dengan perumahan

Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah di lingkungan sekitar

XI. Kurangnya Pengetahuan

1. Penyakit jiwa

Pasien sudah paham tentang penyakit yang dialaminya.

2. Koping

Pasien sudah mengetahui bagaimana cara merespon / menangani ketika dirinya sedang kambuh dengan minum obat

3. Obat-obatan

Pasien sudah mengetahui nama obat, warna obat yang diminum secara teratur

XII. Aspek Medik

1. Diagnosa medik

Skizofrenia

2. Terapi medik

• Risperidon 2 x 2mg tablet

• Clozapin 1 x 100mg tablet

XVI. Analisa Data

DATA	PROBLEM
Data Subyektif:	Risiko Perilaku
1.) Pasien mengatakan pernah dibawa ke solo Poli Psikiatri Dr. Aris	Kekerasan (D. 0146)
2.) Pasien mengatakan pernah mengamuk karena atapnya dilempari batu jika pulang dari kesepuhan (orang-orang pintar) karena membawa jimat	
3.) Pasien mengatakan pernah berobat ke so dukun diberikan air dan suruh mandi tanah kuburan	
4.) Pasien mengatakan pernah mengalami kecelakaan sepeda motor ditikungan PLN Lomanis waktu SMA	
5.) Pasien mengatakan sebelum sakit pernah mengonsumsi obat penenang seperti Triheksifenidil, rohypnols, nipam.	
Data Obyektif:	
1.) Nada bicara cepat	
2.) Intonari keras	
3.) TD $125/80$ mmHg RR $20 \times / \text{mnt}$	
N $100 \times / \text{mnt}$ S 36°C	

XV. Pohon Masalah

Risiko mencederai diri sendiri, lingkungan dan orang lain → Effect

↑

Risiko Perilaku Kekerasan → Core problem

↑

Perubahan Persepsi sensori : halusinasi → Causa

Diagnosa keperawatan: Risiko perilaku kekerasan

XVI. Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
Risiko Perilaku Kekerasan	TUM: Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan	Pasien mampu mengontrol Perilaku kekerasannya: 1. Pasien mampu menjelaskan (Penyebab, situasi, respon)	Strategi Pelaksanaan (SP 1): • Membina hubungan saling percaya • Mengidentifikasi penyebab risiko Perilaku kekerasan
	TUK: 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya	2. Pasien mampu mengontrol Perilaku kekerasan dengan teknik nafas dalam dan pukul bantal	• Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang dilakukan
	2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab Perilaku kekerasan	3. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat	• Mengajarkan cara mengontrol marah yang sehat dengan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal
	3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda & gejala risiko Perilaku kekerasan	4. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal seperti meminta sesuatu dan melakukan penolakan dengan cara baik.	Strategi Pelaksanaan (SP 2): • Melatih pasien untuk mengontrol marah dengan patuh minum obat
	4. Pasien dapat mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan yang bisa dialami	5. Pasien mampu mengontrol Perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti Sholat 5 waktu dan berdzikir	Strategi Pelaksanaan (SP 3): • Melatih pasien mengontrol marah secara verbal dengan meminta sesuatu dan
	5. Pasien dapat mengidentifikasi akibat risiko Perilaku kekerasan		
	6. Pasien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah risiko Perilaku kekerasan		
	7. Pasien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah risiko		

XVII. Implementasi dan Evaluasi

Hari Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Parat
Rabu 18/6/2025	Risiko perilaku kekerasan	Strategi Pelaksanaan (SP 1): • Membina hubungan saling percaya • Mengidentifikasi penyebab risiko - Perilaku kekerasan • Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan • Mengajarkan cara mengontrol marah yang sehat dengan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal	S: Pasien mengatakan nama nya Th.K, pernah mengamuk karena atap nya dilempari batu jika pulang dari orang-orang pinter O: Pasien mau mengikuti yang diajarkan oleh perawat dengan baik dan bisa mempraktekan secara mandiri A: SP 1 Tercapai P: Perawat evaluasi SP 1 dan melanjutkan SP 2 Pasien motivasi pasien untuk dapat mengontrol marah dengan menerapkan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal	Ananda 
		Strategi Pelaksanaan (SP 2): • Melatih pasien untuk mengontrol marah dengan nafas minum obat	S: Pasien mengatakan selalu minum obat secara teratur namun tidak sesuai jam yang dianjurkan, sehingga perawat menjelaskan pentingnya minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar O: Pasien tamrak kooperatif A: SP 2 Tercapai	Ananda 

			Oleh perawat secara mandiri	
			A: SP 3 Tercapai	
			P: Perawat	
			Evaluasi SP 1, 2, 3	
			dan lanjutkan SP 4	
			Pasien	
			Pasien dapat mengingat	
			dan mempraktekan	
			SP 1 teknik relaksasi	
			natas dalam dan tukul	
			bantal, SP 2 patuh	
			minum obat dan	
			SP 3 mengontrol	
			marah secara verbal	
			dengan meminta	
			sesuatu atau	
			melakukan penolakan	
			secara baik	
			keluarga	
			Motivasi keluarga	
			untuk membantu	
			kesembuhan pasien	
			dengan memantau	
			dan mengingatkan	
			kepada pasien yang	
			telah diajarkan	
			perawat SP 1, 2 dan	
			3 dan memberikan	
			dukungan	
	Jum'at		Strategi Pelaksanaan	Ananda
	20/6/2023		(SP 4):	
			• Melatih pasien	
			mengontrol marah	
			dengan cara	

			spiritual seperti sholat 5 waktu dan berdzikir	S: Pasien mengatakan mau untuk diajarkan SP 9	
				D: Perawat mengajarkan melatih mengontrol marah dengan cara spiritual seperti menjalankan sholat 5 waktu dan berdzikir mengucap astagfirullahladzin	
				Pasien tampak kooperatif dan menjalankan sholat 5 waktu dan berdzikir	
				A: SP 9 Tercapai	
				P: Perawat evaluasi SP 1-9	
				Pasien dapat mengingat yang diajarkan oleh perawat dengan menyebutkan dan mempraktekan secara mandiri	
				SP 1 - 9	
				Keluarga	
				Motivasi keluarga untuk membantu proses penyembuhan pasien dengan memantau dan menemani kontrol untuk meminta obat	

Lampiran 1. 4 Lembar Observasi Penilaian Tanda dan Gejala

**LEMBAR OBSERVASI
PENILAIAN TANDA DAN GEJALA**

Kode Responden :

No	Tanda dan Gejala	Perilaku Kekerasan	Pre test		Post test	
			YA	TIDAK	YA	TIDAK
1	Perilaku	Melukai diri sendiri atau orang lain	✓			✓
		Merusak lingkungan				
		Mengamuk	✓			✓
		Menyerang orang lain	✓			✓
		Melempar atau memukul benda kepada orang lain				
2	Verbal	Bicara Kasar				
		Suara/intonasi tinggi				
		Menghina orang lain				
		Berdebat				
3.	Emosi	Jengkel				
		Mudah tersinggung				
		Ekspresi tegang	✓			✓
		Marah-marah	✓			✓
		Dendam				
		Merasa tidak aman	✓			✓
		Menuntut				
4	Fisik	Muka merah				
		Tekanan darah meningkat				

		Mata melotot/pandangan tajam				
		Napas pendek				
		Tangan mengepal				
		Postur tubuh berkeringat dan kaku				
Skor						

Lampiran 1. 5 Lembar Konsultasi KTI (Log Book)

Lampiran 8 :

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1	16/5/2025	Judul : Implementasi Tergis gambar 5 Sp 1-4 pada pasien dengan masalah Keperawatan RPTK Lanjutan ke BAB I	A-
2	19/5/2025	BAB I Tata tulis diperbaiki : - Sch alinea lebih dari Sch keilmot - Antara Sch alinea dengan alinea lain akan ditambahkan kalimat penghubung - Lakukan proofse / jangan copy paste	A-
3	20/5/2025	BAB I Tambahkan manfaat terapi Garcis Sp 1-4 sebelum alinea terakhir	A-

Lampiran 8 :

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
4	19/5/2025	Bab I Tata tulis diperbaiki : • Satu alinea lebih dari satu kalimat • Antara alinea satu dengan lainnya untuk ditambahkan kalimat penghubung • Lebih paragraf / heading Copy paste	<i>[Signature]</i>
5	22/5/2025	BAB I Tata tulis untuk diperbaiki Lanjutkan ke BAB II	<i>[Signature]</i>
6	2/6/2025	Simpulan Ujian	<i>[Signature]</i>

Lampiran 8 :

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TTD PEMBIMBING
1.	15 / 5 / 2025	Judul : Implementasi terapi generalis (SP 1-a) pada pasien dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan	6
2.	18 / 5 / 2025	BAB 1 Pendahuluan Latar Belakang	6
3.	26 / 5 / 2025	BAB 1 - 3	6
4.	27 / 5 / 2025	Revisi BAB 1 - 3	6
5.	29 / 5 / 2025	ACC	6

Lampiran 8 :

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TID PEMBIMBING
1	24/6/25	Fakta Prosedur film fpt	J
2	25/6/25	Evaluasi : hlvensi dan dijelaskan ke tahap berikutnya "Kurang tepat karena sudah selesai"	J

Lampiran 8 :

LEMBAR KONSULTASI KTI (LOG BOOK)

NO	TGL/BLN/TH	MATERI dan HASIL KONSULTASI	TID PEMBIMBING
	24 Juni 2025	Konsul Bab 4-5	6
	29 Juni 2025	Revisi bab 4-5 Sistematika dirapikan Lampirannya disesuaikan Analisa data dibuat narasi	6
		ACC magu sidang	6

Lampiran 1. 6 Format Tools Terapi Generalis SP 1-4



FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

LABORA
TORIUM
KEPERA

WATAN
Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

NAMA MAHASISWA :
NIM :

**RESIKO PERILAKU KEKERASAN
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) I
MEMBINA HUBUNGAN SALING PERCAYA, MENGIDENTIFIKASI PENYEBAB PK,
TANDA & GEJALA PK, PK YANG BIASA DILAKUKAN, AKIBAT DARI PK
MENYEBUTKAN CARA MENGONTROL PK,
MELATIH CARA FISIK 1 : NAFAS DALAM DAN PUKUL BANTAL**

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik dan berkenalan			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Menanyakan apa penyebab perasaan kesal/marah (dari diri sendiri, orang lain, lingkungan)	2		
	2. Mendiskusikan bersama klien tanda-tanda kesal/marah yang dialaminya (fisik, emosional, intelektual, sosial, spiritual)	3		
	3. Menanyakan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien di rumah	3		
	4. Menanyakan apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya akan selesai ?	2		
	5. Menanyakan kepada klien apakah cara marah tersebut menguntungkan atau merugikan ?	3		
	6. Mendiskusikan bersama klien kerugian dari cara yang dilakukannya	3		

	7. Menanyakan "apakah klien mau mempelajari cara lain yang sehat?"	3		
	8. Mendiskusikan cara lain yang sehat :			
	a. Secara fisik : tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur, berolah raga atau melakukan pekerjaan yang memerlukan tenaga	3		
	b. Patuh minum obat	3		
	c. Secara verbal, yaitu meminta dan menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan kesal kepada orang yang membuat marah	3		
	d. Secara Spiritual : mengucapkan istighfar, manganjurkan klien untuk berwudhu, sholat, mengaji	3		
	9. Menjelaskan tujuan dari mengontrol PK dengan cara fisik	5		
	10. Melatih klien cara mengontrol PK dengan cara fisik	5		
	11. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mempraktekannya	3		
	12. Mendiskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah	3		
	13. Memberikan reinforcement positif	3		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tuliskan dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan tehnik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		

Observer

(.....)



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

NAMA MAHASISWA :
NIM :

**RESIKO PERILAKU KEKERASAN
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) II
MELATIH KLIEN MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN DENGAN CARA :
PATUH MINUM OBAT**

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik dan berkenalan			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Mengingat nama perawat dan klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Menanyakan apakah klien tahu nama obat yang diminumnya	2		
	2. Menjelaskan nama dan warna obat yang diminum klien	5		
	3. Menjelaskan dosis & frekwensi minum obat	4		
	4. Mendiskusikan indikasi atau manfaat minum obat	8		
	5. Mendiskusikan kerugian bila berhenti minum obat	4		
	6. Menjelaskan prinsip benar minum obat (nama, obat, dosis, cara, waktu)	9		
	7. Menjelaskan efek samping obat yang perlu diperhatikan dan implikasinya	8		
	8. Menganjurkan klien meminta obat dan minum obat tepat waktu	3		
	9. Menganjurkan klien untuk melapor pada perawat/dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan	3		

	10. Memberikan reinforcement	4		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tuliskan dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan teknik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		

Observer

(.....)



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKU
LTAS
ILMU

KESEHATAN

LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

NAMA MAHASISWA :
NIM :

RESIKO PERILAKU KEKERASAN STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) III MELATIH KLIEN MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN DENGAN CARA VERBAL

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Mengingat nama perawat dan klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Menjelaskan tujuan dari mengontrol marah/PK dengan cara verbal	8		
	2. Mendiskusikan bersama klien cara mengontrol marah/PK dengan cara verbal :			
	a. Meminta dengan baik tanpa marah dengan suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar	7		
	b. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh & klien tidak ingin melakukannya dengan suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar	7		
	c. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuatnya kesal klien dengan suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar	7		

	3. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mempraktekkan cara yang telah diajarkan	8		
	4. Menganjurkan kepada klien untuk menggunakan cara yang telah dipelajari saat jengkel atau marah	5		
	5. Mendiskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah	3		
	6. Memberikan reinforcement positif	5		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		
	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tulis dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan tehnik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		

Observer

(.....)



UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN
LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

NAMA MAHASISWA :
NIM :

**RESIKO PERILAKU KEKERASAN
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN (SP) IV
MELATIH KLIEN MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN DENGAN CARA SPIRITUAL :
MENGUCAPKAN ISTIGFAR (SELANJUTNYA AMBIL WUDHU, SHOLAT, MEMBACA AL QURAN)**

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	FASE ORIENTASI			
	1. Memberikan salam terapeutik			
	a. Memberikan salam	2		
	b. Mengingat nama perawat dan klien	2		
	c. Memanggil nama panggilan yang disukai klien	2		
	d. Menyampaikan tujuan interaksi	2		
	2. Melakukan evaluasi dan validasi data			
	a. Menanyakan perasaan klien hari ini	2		
	b. Memvalidasi dan mengevaluasi masalah klien	5		
	3. Melakukan kontrak			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
B.	FASE KERJA			
	Mengucapkan Basmallah bersama-sama klien	2		
	1. Menjelaskan tujuan dari cara mengontrol marah/PK dengan cara spiritual : mengucapkan istigfar	10		
	2. Mendiskusikan bersama klien cara mengontrol PK dengan cara spiritual : mengucapkan istigfar sampai rasa marahnya hilang	10		
	3. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mempraktekkan cara yang telah diajarkan	10		
	4. Menganjurkan kepada klien untuk menggunakan cara yang telah dipelajari saat jengkel atau marah	10		
	5. Mendiskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah	5		
	6. Memberikan reinforcement	5		
	Mengucapkan Hamdalah bersama-sama klien	2		
C.	FASE TERMINASI			
	1. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan :			
	a. Evaluasi subyektif	2		

	b. Evaluasi obyektif	2		
	2. Melakukan rencana tindak lanjut (tulis dalam kegiatan harian klien)	5		
	3. Melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya :			
	a. Waktu	2		
	b. Tempat	2		
	c. Topik	2		
D	SIKAP TERAPEUTIK			
	1. Berhadapan dan mempertahankan kontak mata	2		
	2. Membungkuk ke arah klien dengan sikap terbuka dan rileks	2		
	3. Mempertahankan jarak terapeutik	2		
E	TEHNIK KOMUNIKASI			
	1. Menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti	2		
	2. Menggunakan tehnik komunikasi yang tepat	2		
	JUMLAH	100		

Observer

(.....)