

Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi NERS Universitas Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto:

Nama : M.Dimas Maulana NIM

: 202503104

Akan mengadakan studi kasus dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Perilaku Kekerasan dengan Intervensi Teknik Memukul Bantal di Rumah Singgah Al-Hidayah.”.

Untuk kepentingan di atas, maka saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi responden dalam studi kasus ini. Selanjutnya saya mohon saudara untuk memberikan jawaban secara jujur. Jawaban yang saudara berikan dijamin kerahasiaannya dan tidak perlu mencantumkan nama pada lembar asuhan keperawatan.

Demikian permohonan saya, atas kesediaan dan kerjasamanya, saya sampaikan terima kasih

Mojokerto, 20 April 2026

Hormat saya

Penulis

Lampiran 2 Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini Kode responden :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat studi kasus yang diselenggarakan oleh mahasiswa Universitas Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto, maka saya

(Bersedia / Tidak Bersedia*) Untuk berperan serta sebagai responden.

Apabila sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat studi kasus ini, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

*) Coret yang tidak dipilih

Mojokerto, 20 April

2026 Yang

bersangkutan

(.....)

Lampiran 3 SOP Terapi Memukul Bantal

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) CARA MEMUKUL BANTAL PADA PASIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN	
Pengertian	Pukul Bantal adalah salah satu cara untuk mengontrol kemarahan sehingga klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan dapat menyalurkan emosinya pada tempat yang benar
Tujuan	1. Klien mampu Mengontrol Kemarahan 2. Klien mampu Menyalurkan Emosi 3. Klien tidak melakukan Perilaku Kekerasan
Kebijakan	Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan
Petugas	Perawat
Peralatan	1. Bantal dari bahan yang lembut
Prosedur Pelaksanaan	A. Fase Orientasi 1. Memberi salam Teraupetik dan Perkenalan 2. Evaluasi Perasaan/Masalah/Keluhan Utama 3. Validasi Kemampuan Klien 4. Kontrak Waktu dan Tempat 5. Topik/Tindakan yang akan Dilakukan 6. Tujuan Pertemuan B. Fase Kerja 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala, Penyebab dan akibat ingin marah 2. Menjelaskan Cara mengontrol marah dengan, Cara Fisik 2 : Pukul Bantal 3. Melatih Klien cara mengontrol marah dengan cara fisik 2 : Pukul Bantal 4. Melatih memasukkan kegiatan pukul bantal ke dalam jadwal kegiatan harian C. Fase Terminasi 1. Evaluasi Perasaan (Subjektif) - Pasien mengatakan pasien lebih lega - Ekspresi muka pasien tampak bersahabat 2. Evaluasi Kemampuan Klien (Objektif) 3. Rencana Latihan Klien - Latihan Pukul Bantal 2x/hari - Latihan dilakukan selama 30 detik/pertemuan

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

Pengkajian

Ruang rawat : Rumah Singgah Al-Hidayah

Tanggal dirawat : 20 Agustus 2025

Tanggal pengkajian : 5 Juli 2026

I. Identitas Klien

- a) Nama: Tn. B (Laki-laki)
- b) Umur: 23 Tahun (Lahir: 29 Maret 2002)
- c) Agama: Islam
- d) Pendidikan: SMK
- e) Pekerjaan: Belum bekerja
- f) Status Perkawinan: Belum kawin
- g) Alamat: Salatiga

II. Alasan Masuk

Keluhan Utama : Klien mengatakan sering marah-marah dan mengamuk, mengancam anggota keluarga, berbicara dengan nada tinggi dan ketus. Klien mengatakan semua hal yang dia inginkan tidak sesuai dengan harapannya.

- III. Faktor Presipitasi : Klien mengatakan alasan marah karena semua hal yang dia inginkan tidak sesuai dengan harapannya. Klien merasa frustrasi karena harapan dan kenyataan tidak pernah sejalan. Klien mencontohkan bahwa ia ingin membuka usaha kafe dan semua kebutuhan serta kelengkapan sudah disediakan oleh orang tuanya sebagai bentuk dukungan, namun menurut klien semua itu belum sesuai dengan yang diharapkan. Klien merasa kecewa karena apa yang telah diberikan oleh orang tuanya dianggap tidak cukup atau tidak sesuai dengan standar yang ia inginkan. Perasaan tidak puas dan kecewa ini kemudian memicu kemarahan yang berlebihan dan diwujudkan dalam bentuk perilaku kekerasan.

IV. Faktor Predisposisi :

1. Riwayat Penyakit Dahulu : Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu seperti DM, Asma, TBC, maupun Hipertensi.
2. Pengobatan Sebelumnya : Klien mengatakan pernah dirawat di RSJ Menur Surabaya. Klien rutin minum obat risperidon 2x2 mg dan trihexyphenidyl 2x2 mg.
3. Trauma :

Jenis trauma	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya fisik				
Aniaya seksual				
Penolakan				
Kekerasan dalam keluarga				
Tindakan kriminal				
Pengalaman traumatic				

Masalah keperawatan :

Masalah utama :Resiko Perilaku Kekerasan

DS : Klien mengatakan sering marah-marah dan mengamuk, mengancam anggota keluarga,memukul tembok,membanting barang di sekitar, berbicara dengan nada tinggi dan ketus, klien mengatakan kecewa karena semua hal yang diinginkan tidak sesuai harapan meskipun orang tua sudah memberikan dukungan.

DO : Tatapan mata tajam dan sinis, berbicara dengan nada suara yang tinggi dan ketus, tampak gelisah, mudah tersinggung, riwayat merusak barang-barang.

4. Anggota keluarga yang gangguan jiwa? Tidak ada

Bila ada :

Hubungan dengan keluarga : -

Gejala : -

Riwayat pengobatan : -

Masalah keperawatan : -

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan? Klien mengatakan kecewa karena keinginannya tidak sesuai harapan meskipun orang tua sudah memberikan dukungan.

V. Pemeriksaan Fisik

Tanda vital : TD : 120/80 mmHg , N : 85x/mnt S : 36,5 °C , RR : 20x/mnt

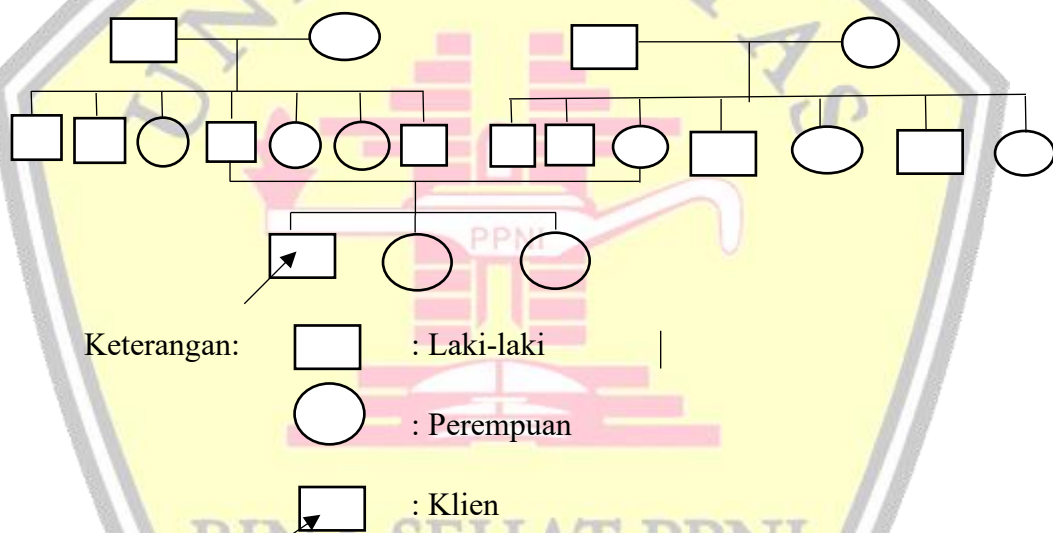
Ukuran : Berat badan : 65 Kg Tinggi Badan : 168 cm

Keluhan fisik : klien mengatakan tidak ada keluhan

Masalah kesehatan : -

VI. Psikososial

1. Genogram :



Jelaskan: Klien merupakan anak pertama dari 3 bersaudara, dengan dua orang adik perempuan. Ayah klien merupakan anak ke-4 dari 7 bersaudara, sedangkan ibu klien merupakan anak ke-3 dari 7 bersaudara. Klien tinggal serumah dengan ayah, ibu, dan kedua adiknya.

2. Konsep diri :

- Gambaran diri : Klien mengatakan biasa saja dengan dirinya, tidak ada bagian tubuh yang paling di sukai
- Identitas diri : Klien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki yang sudah dewasa dan menjadi anak sulung di rumah.
- Peran : Klien mengatakan sebagai anak sulung.
- Ideal diri : Klien mengatakan ingin segera pulang untuk berkumpul dan beraktivitas di rumah bersama keluarga.

- e) Harga diri : Klien mengatakan ingin marah jika ada yang menggangu.
- f) Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan
- 3. Hubungan sosial :
 - a) Orang yang berarti : Klien mengatakan menyayangi semua keluarga.
 - b) Peran serta kegiatan kelompok/masyarakat : Klien mengatakan tidak memiliki kegiatan kelompok/masyarakat.
 - c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Klien mengatakan ingin marah jika ada orang yang menggangu, klien jarang bersosialisasi dengan orang lain.Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan
- 4. Spiritual :
 - a) Nilai dan keyakinan : Klien mengatakan beragama Islam.
 - b) Kegiatan ibadah : Klien mengatakan sholat 5 waktu, namun selama di rumah singgah jarang melaksanakan sholat.Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan
- VII. Status Mental
 - 1. Penampilan : Saat pengkajian klien berpakaian rapi memakai pakaian sesuai seragam di rumah singgah.
 - Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan
 - 2. Pembicaraan : Saat pengkajian klien berbicara cepat dan keras, berbicara agak ngelantur, dan sering tiba-tiba menyendiri.
 - Masalah keperawatan : Gangguan Komunikasi Verbal
 - 3. Aktivitas motorik : Klien tampak gelisah.
 - Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan
 - 4. Afek dan emosi :
 - a) Afek : datar
 - Jelaskan : Klien tampak datar saat berinteraksi dengan tatapan tajam.
 - b) Alam perasaan (emosi) : mudah marah
 - Jelaskan : Klien mudah tersinggung saat membicarakan tentang keluarganya.
 - Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan
 - 5. Interaksi selama wawancara : mudah tersinggung, kontak mata tajam
 - Jelaskan : Pada awal berinteraksi, klien berbicara dengan tatapan yang sinis dan mudah tersinggung.
 - Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan
 - 6. Persepsi-sensori : Apakah ada gangguan : tidak ada
 - 7. Proses pikir : Klien kadang menjawab pertanyaan tiba-tiba berhenti lalu melanjutkan jawaban.
 - Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan
 - 8. Isi pikir : Klien sering mengulangi isi pikir dan waham.

9. Tingkat kesadaran : compos mentis
10. Memori : normal , Klien mampu menjawab pertanyaan yang diajukan dengan baik.
11. Tingkat konsentrasi dan berhitung : Klien dapat berhitung dengan sederhana
Jelaskan : Klien mampu menjawab hitungan sederhana dengan baik.
Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan
12. Kemampuan penilaian : Klien mampu membuat keputusan sesuai keinginan.
13. Daya tilik diri : Klien mengatakan jika tidak meminum obat maka dirinya tidak akan pulang, klien juga merasa bahwa dirinya tidak mengalami gangguan jiwa.

VIII. Kebutuhan Perencanaan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan :

Kemampuan memenuhi kebutuhan	Ya	Tidak
Makanan	√	-
Keamanan	√	-
Perawatan Kesehatan	-	√
Pakaian	√	-
Transportasi	-	√
Tempat tinggal	√	-
Kuangan	-	√

2. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL) :

- a) Perawatan diri :

Kegiatan hidup sehari-hari	Bantuan total	Bantuan minimal
Mandi	-	√
Kebersihan	-	√
Makan	-	√
Buang air kecil	-	√
Buang air besar	-	√

Kegiatan hidup sehari-hari	Bantuan total	Bantuan minimal
Ganti pakaian	-	√

Jelaskan : Klien mampu melakukan aktivitas dengan bantuan minimal.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

b) Nutrisi :

- Apakah anda puas dengan pola makan anda? Ya
- Apakah anda makan memisahkan diri? Tidak
- Frekuensi makan sehari : 3x sehari , porsi habis
- Nafsu makan : normal
- Berat badan saat ini : 65 KG

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

c) Tidur :

- Apakah ada masalah tidur? Ada, sering terbangun
- Apakah anda merasa segar setelah bangun tidur? Iya
- Apakah ada kebiasaan tidur siang? Tidak pernah karena ramai
- Lama tidur malam : jam 21.00 WIB sampai jam 04.00 WIB

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Kemampuan klien dalam hal-hal berikut ini :

- Mengantisipasi kebutuhan sehari-hari: Ya
- Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri : Ya
- Mengatur penggunaan obat : Tidak
- Melakukan pemeriksaan kesehatan : Tidak

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Klien memiliki sistem pendukung :

- Keluarga : Ya
- Teman : Ya
- Kelompok sosial : Tidak

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

IX. Mekanisme Koping

Adaptif		Maladaptif	
Bicara dengan orang lain	-	Minum alkohol	-
Mampu menyelesaikan masalah	-	Reaksi lambat/berlebihan	√
Teknik relaksasi	-	Bekerja berlebihan	-
Aktivitas konstruktif	-	Menghindar	√
Olahraga	-	Mencederai diri	√
Lain-lain	-	Lain-lain (merusak barang, memukul tembok)	√

Jelaskan : Klien menggunakan mekanisme koping maladaptif dengan mencederai diri sendiri dan orang lain, menghancurkan barang-barang, dan memukul tembok sebagai pelampiasan amarahnya.

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

X. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya: klien mengatakan ingin marah jika ada yang mengganggunya
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya: klien mengatakan ingin marah jika ada yang mengganggunya
- Masalah dengan perumahan, spesifiknya: klien tinggal serumah dengan orang tua dan kedua adiknya
- Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya: sebelum sakit klien bekerja, namun saat ini sudah tidak bekerja lagi
- Masalah dengan ekonomi, spesifiknya: keterbatasan finansial akibat tidak bekerja
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya: selama di rumah singgah kooperatif dan minum obat

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

XI. Pengetahuan Kurang Tentang

Klien mengetahui jika dirinya gangguan jiwa dan sedang dirawat. Klien kurang mengetahui tentang penyakit yang dialaminya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

XII. Aspek Medis

Terapi medis :

- Risperidon 2x2 mg
- Trihexyphenidyl 2x2 mg (diberikan seminggu 2 kali karena pasien sudah kooperatif)

XIII. ANALISA DATA

No	Data	Masalah
1.	Subyektif : - Klien mengatakan sering marah-marah dan mengamuk, mengancam anggota keluarga, berbicara dengan nada tinggi dan ketus. - Klien mengatakan kecewa karena semua hal yang diinginkan tidak sesuai harapan meskipun orang tua sudah memberikan dukungan. Obyektif : - Tatapan mata tajam dan sinis. - Berbicara dengan nada suara yang tinggi dan ketus. - Tampak gelisah, mudah tersinggung. - Riwayat merusak barang-barang.	Resiko Perilaku Kekerasan
2.	Subyektif : - Klien mengatakan malas untuk memakai shampo saat mandi Obyektif : - Rambut klien tampak kotor dan banyak ketombe	Defisit perawatan diri
3.	Subyektif : - Klien merasa frustasi karena harapan dan kenyataan tidak pernah sejalan. Obyektif : - Reaksi berlebihan, menghindar. - Mencederai diri (menghancurkan barang-barang dan memukul tembok sebagai pelampiasan amarah).	Koping individu tidak efektif

XIV. Gambaran Permasalahan

Risiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain, dan Lingkungan (akibat)



Resiko Perilaku Kekerasan (Core problem)



Koping individu tidak efektif (causa/penyebab)

XV. Daftar Diagnosa Keperawatan Prioritas

1. Resiko Perilaku Kekerasan

III. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : Tn. B

Nomor RM : -

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria evaluasi	Tindakan keperawatan	
DX Kep : Perilaku Kekerasan	TUM : Klien mampu mengontrol dan menurunkan resiko perilaku kekerasan. TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya.	Ekspresi wajah bersahabat, mau menjawab salam, berjabat tangan, kontak mata ada, mau duduk berdampingan, klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	- Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal. - Perkenalkan diri dengan sopan - Tanya nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien - Jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji - Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. - Beri perhatian pada klien dan	Hubungan saling percaya akan menimbulkan kepercayaan klien pada perawat sehingga akan memudahkan dalam pelaksanaan tindakan selanjutnya.

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria evaluasi	Tindakan keperawatan	
			sediakan waktu untuk mendengarkan klien.	
	TUK 2 : Klien dapat mengidentifikasi penyebab, tanda, dan akibat marah.	Klien mampu menyebutkan penyebab marah, tanda fisik/psikologis yang dirasakan, serta akibat merusak dari resiko perilaku kekerasan.	Bantu klien mengidentifikasi pemicu marah (ketidaksesuaian harapan cafe), tanda fisik (dada berdebar, tangan mengepal), dan akibat buruk dari marahnya.	Kesadaran terhadap fase awal kemarahan membantu klien mencegah eskalasi menjadi tindakan kekerasan fisik.
	TUK 3 : Klien dapat mengontrol marah secara fisik (Terapi Memukul Bantal).	Klien mampu mendemonstrasikan teknik memukul bantal saat marah dan memasukkannya ke jadwal harian.	Jelaskan prosedur terapi memukul bantal, berikan contoh cara memukul bantal yang kuat dan aman selama 10-15 menit, bimbing klien melakukan secara mandiri, masukkan ke jadwal harian.	Menyediakan pelampiasan fisik yang aman (katarsis), menurunkan ketegangan otot, dan mengalihkan energi destruktif ke media adaptif.
	TUK 4 : Klien dapat mengontrol marah secara verbal.	Klien mampu mengungkapkan rasa kesal secara verbal dengan baik (meminta, menolak, dan menyatakan kekecewaan secara sopan).	Latih cara mengungkapkan perasaan jengkel dengan kalimat asertif (Contoh: "Saya merasa kecewa karena harapan cafe saya belum terpenuhi...").	Komunikasi asertif menurunkan frustrasi psikologis dan menggantikan bentakan dengan dialog konstruktif.

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
	Tujuan	Kriteria evaluasi	Tindakan keperawatan	
	TUK 5 : Klien dapat mengontrol marah secara spiritual dan patuh obat.	Klien mampu melakukan ibadah/doa untuk meredakan emosi serta patuh minum obat sesuai prinsip 5 benar.	Latih kegiatan spiritual (berdoa, bersyukur, istighfar) dan edukasi prinsip 5 benar minum obat (Risperidon & THP).	Spiritualitas menenangkan kondisi batin dan menumbuhkan rasa syukur, sementara obat menstabilkan kadar neurotransmitter di otak.

Strategi Pelaksanaan (SP) Berdasarkan Pertemuan

SP 1 Pasien: Membina Hubungan Saling Percaya dan Mengidentifikasi Masalah

SP 2 Pasien: Latihan Mengontrol Fisik dengan Terapi Memukul Bantal

SP 3 Pasien: Latihan Mengontrol Verbal

SP 4 Pasien: Latihan Spiritual

SP 5 Pasien: Kepatuhan Minum Obat

IV. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Tn. B

Nomor RM : -

Hari/Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan nama
Rabu, 20 April 2026 10.00 WIB Pertemuan 1	Resiko Perilaku Kekerasan	Implementasi dilakukan pada Tn. B pada pukul 10.00 WIB dengan kegiatan sebagai berikut : SP 1 Pasien (BHSP)	S : Klien mengatakan sering marah-marah dan mengamuk karena semua hal yang diinginkan tidak sesuai harapan (usaha caffe belum sesuai harapan). Klien juga mengancam anggota keluarga.	dimas

Hari/Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan nama
		- Menyapa klien dengan ramah, memperkenalkan diri dengan sopan. - Menjelaskan tujuan pertemuan dan membuat kontrak waktu/tempat. - Melakukan pendekatan empatik tanpa menghakimi keluhan klien. - Mengobservasi tanda non-verbal kemarahan (pandangan mata tajam, gelisah). - Melakukan pengkajian secara langsung untuk mengetahui kondisi kesehatan jiwa klien secara menyeluruh.	O : Wajah klien nampak tegang, tatapan dengan mata tajam/sinis, berbicara dengan nada suara yang tinggi dan ketus. A : Klien masih sulit diajak berinteraksi dan merespon dengan singkat, ketidakpuasan terhadap harapan menjadi pemicu utama resiko perilaku kekerasan. P : Lanjutkan intervensi pada pertemuan berikutnya (SP 1 - Mengidentifikasi Masalah).	
Kamis, 20 Juni 2026 10.00 WIB Pertemuan 2	Resiko Perilaku Kekerasan	Implementasi dilakukan pada Tn. B pada pukul 10.00 WIB dengan kegiatan sebagai berikut : SP 1 Pasien (Mengidentifikasi Masalah) - Perawat melakukan	S : Klien mengatakan alasan marah karena semua hal yang dia inginkan tidak sesuai dengan harapannya. Klien mengatakan tanda-tanda marah yang dirasakan: dada berdebar, tangan menggepal, muka terasa panas, dan ingin memukul. Klien mengakui biasa	dimas

Hari/Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan nama
		pengkajian dengan mendengarkan perasaan dan keluhan klien saat ini. - Membantu klien mengidentifikasi penyebab marah (ketidaksesuaian harapan dan kenyataan). - Membantu klien mengidentifikasi tanda dan gejala marah serta akibat perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.	memukul tembok, merusak barang, membentak. O : Klien tampak lebih kooperatif, mampu menyebutkan penyebab marah dengan jelas, mampu mengidentifikasi tanda dan gejala marah yang dirasakan. A : SP 1 tercapai. P : Lanjutkan ke SP 2 (latihan memukul bantal).	
Jumat, 7 Juli 2026 10.00 WIB Pertemuan 3	Resiko Perilaku Kekerasan	Implementasi dilakukan pada Tn. B pada pukul 10.00 WIB dengan kegiatan sebagai berikut : SP 2 Pasien (Latihan Memukul Bantal) - Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1). - Menjelaskan tujuan dan manfaat terapi memukul bantal sebagai sarana menyalurkan	S : Klien mengatakan senang bisa meluapkan kemarahannya dengan cara yang aman tanpa harus memukul tembok atau merusak barang. Klien merasa lebih lega dan tenang setelah memukul bantal. O : Klien mampu mempraktikkan teknik memukul bantal dengan baik sesuai arahan, klien tampak lebih tenang setelah melakukan latihan, klien dapat membuat jadwal latihan (3 kali sehari pada saat marah atau sebelum tidur).	dimas

Hari/Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan nama
		emosi marah secara aman dan terkontrol. - Memberikan contoh dan mendampingi klien melakukan latihan sesuai prosedur: posisi duduk, bantal di pangkuan, tarik napas dalam, pukul bantal dengan sekuat-kuatnya selama 10-15 menit. - Membuat jadwal kegiatan latihan.	A : SP 2 tercapai. P : Lanjutkan ke SP 3 (latihan verbal).	
Sabtu, 8 Juli 2026 10.00 WIB Pertemuan 4	Resiko Perilaku Kekerasan	Implementasi dilakukan pada Tn. B pada pukul 10.00 WIB dengan kegiatan sebagai berikut : SP 3 Pasien (Latihan Verbal) - Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 2). - Melatih klien cara mengontrol marah secara verbal. - Mengajarkan tiga cara bicara yang baik: meminta dengan baik, menolak dengan	S : Klien mengatakan memahami cara bicara yang baik untuk mengungkapkan perasaan kecewa tanpa harus marah-marah. O : Klien mampu mempraktikkan cara meminta dengan baik ("Saya minta tolong..."), menolak dengan baik ("Maaf, saya tidak bisa..."), dan mengungkapkan perasaan dengan baik ("Saya kecewa karena..."). Nada suara lebih rendah dan sopan. A : SP 3 tercapai. P : Lanjutkan ke SP 4 (latihan spiritual).	dimas

Hari/Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan nama
		baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik. - Meminta klien mempraktikkannya.		
Minggu, 9 Juli 2026 10.00 WIB Pertemuan 5	Resiko Perilaku Kekerasan	Implementasi dilakukan pada Tn. B pada pukul 10.00 WIB dengan kegiatan sebagai berikut : SP 4 Pasien (Latihan Spiritual) - Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 3). - Melatih klien cara mengontrol marah melalui kegiatan spiritual. - Mendiskusikan pentingnya bersyukur atas apa yang telah diberikan orang tua dan Tuhan, serta mempraktikkan doa untuk menenangkan hati.	S : Klien mengatakan mulai menyadari bahwa apa yang diberikan orang tua sudah merupakan bentuk kasih sayang dan dukungan. Klien mengatakan akan berusaha lebih bersyukur dan jika marah akan berdoa agar hatinya tenang. O : Klien mampu mempraktikkan doa yang diajarkan, klien tampak lebih tenang dan mulai menerima nasihat. A : SP 4 tercapai. P : Lanjutkan ke SP 5 (kepatuhan minum obat).	dimas
Senin, 10 Juli 2026 10.00 WIB Pertemuan 6	Perilaku Kekerasan	Implementasi dilakukan pada Tn. B pada pukul 10.00 WIB dengan	S : Klien mengatakan mengetahui jenis obat yang dikonsumsi, berjanji akan rutin minum obat, merasa	dimas

Hari/Tgl Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan nama
		kegiatan sebagai berikut : SP 5 Pasien (Kepatuhan Minum Obat) - Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 4). - Melatih klien tentang kepatuhan minum obat. - Menjelaskan jenis obat yang dikonsumsi (risperidon dan trihexyphenidyl), manfaat, akibat tidak patuh, serta prinsip 5 benar minum obat.	setelah minum obat rutin amarahnya berkurang. O : Klien mampu menyebutkan jenis obat, dosis, waktu minum obat, serta 5 benar minum obat. Klien tampak lebih tenang dan kooperatif. A : SP 5 tercapai. Perilaku kekerasan teratasi secara optimal. P : Evaluasi akhir dan discharge planning. Pertahankan jadwal aktivitas mandiri.	

BINA SEHAT PPNI

Lampiran 5 SPTK

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)

SPTK PERTEMUAN 1: BINA HUBUNGAN SALING PERCAYA (BHSP)

- Pertemuan ke : 1
- Perawat : Dimas
- Hari/Tanggal : 5 Juli 2026 pukul 10.00 WIB
- Tempat : Kamar No. 05 Rumah Singgah Al-Hidayah

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

- a) DS (Data Subjektif): Klien mengatakan bersedia diajak berbicara sebentar. Klien mengamuk, merusak barang, memukul tembok, dan mengancam orang karena kesal semua keinginannya dibatasi dan usaha cafenya tidak sesuai harapan pribadi.
- b) DO (Data Objektif): Kontak mata ada tapi tajam/sinis, wajah tampak tegang, suara keras dan ketus, tangan tampak gelisah meremas kain celana.

2. **Diagnosa Keperawatan** Perilaku Kekerasan berhubungan dengan coping individu tidak efektif ditandai dengan Klien mengatakan bersedia diajak berbicara sebentar. Klien mengamuk, merusak barang, memukul tembok, dan mengancam orang karena kesal semua keinginannya dibatasi dan usaha cafenya tidak sesuai harapan pribadi, kontak mata ada tapi tajam/sinis, wajah tampak tegang, suara keras dan ketus, tangan tampak gelisah meremas kain celana.
3. **Tujuan Keperawatan** Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat sebagai fondasi awal pengelolaan perilaku agresif.

B. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik "Selamat pagi Mas B. Perkenalkan saya Dimas, mahasiswa keperawatan yang akan merawat Mas B selama di Rumah Singgah Al-Hidayah ini. Bagaimana keadaan Mas B pagi ini? Apakah Mas B merasa nyaman jika saya duduk di sini di samping Mas B untuk berkenalan?"
2. Evaluasi dan Validasi "Saya melihat Mas B tampak tegang dan tangannya sesekali mengepal. Apakah ada hal yang sedang mengganggu pikiran Mas B saat ini? Saya bersedia mendengarkan cerita Mas B."

3. Kontrak "Baik Mas B, pagi ini kita akan berbincang-bincang santai untuk saling mengenal dan mengetahui apa yang Mas B rasakan saat ini. Waktunya sekitar 10–15 menit di kamar ini saja. Apakah Mas B bersedia?"

C. Tahap Kerja

- "Mas B lebih suka dipanggil dengan nama apa?"
- "Kalau boleh tahu, Mas B asalnya dari mana? Sudah berapa lama berada di rumah singgah ini?"
- "Bisa Mas B ceritakan, apa yang menyebabkan Mas B dibawa ke rumah singgah ini oleh keluarga?"
- "Mas B mengatakan kesal karena usaha cafe tidak sesuai harapan pribadi? Bisa diceritakan lebih lanjut seperti apa konsep cafe yang Mas B inginkan?"
- "Bagaimana sikap Mas B di rumah kalau sedang merasakan kekecewaan tersebut muncul?"

D. Terminasi

1. **Evaluasi Respon Klien**
 - Subjektif: "Terima kasih Mas B sudah bersedia menceritakan pemicu kemarahan Mas B dengan terbuka kepada saya."
 - Objektif: "Mas B sudah sangat hebat mau menjawab salam, berjabat tangan, dan kooperatif menceritakan masalah usaha cafe tadi."
2. **Rencana Tindak Lanjut (RTL)** "Mas B, karena kita sudah saling mengenal, nanti siang kita akan mengobrol lagi untuk mengenali lebih dalam apa saja tanda fisik yang Mas B rasakan dan akibat dari luapan marah tersebut."
3. **Kontrak Pertemuan Selanjutnya**
 - Topik : Mengidentifikasi pemicu, tanda, gejala, dan akibat perilaku kekerasan.
 - Tempat : Kamar No. 05 (Bed Klien).
 - Waktu : Kamis, 20 Juni 2026 pukul 10.00 WIB. "Saya permisi dulu ke ruang perawat Mas B. Selamat istirahat. Wassalamualaikum."

SPTK PERTEMUAN 2: IDENTIFIKASI PENYEBAB, TANDA, GEJALA, DAN AKIBAT PK

- Pertemuan ke : 2
- Perawat : Dimas
- Hari/Tanggal : 6 Juli 2026 pukul 10.00 WIB
- Tempat : Kamar No. 05 Rumah Singgah Al-Hidayah

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

- DS (Data Subjektif): Klien mengatakan penyebab utama marahnya adalah rasa kecewa karena kelengkapan cafe dari orang tua tidak sesuai ekspektasinya. Mengaku jika marah dadanya berdebar, muka panas, dan refleks memukul dinding/merusak barang.
- DO (Data Objektif): Klien kooperatif duduk berhadapan, mampu menguraikan tanda dan akibat marah dengan runut, nada suara masih agak tinggi dan ketus saat membahas fasilitas keluarga.

2. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan berhubungan dengan coping individu tidak efektif.

3. Tujuan Keperawatan Klien mampu mengenali pemicu spesifik, respons tubuh internal saat emosi, serta dampak buruk dari perilaku kekerasan.

B. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik "Assalamualaikum Mas B. Selamat pagi. Sesuai janji saya kemarin, saya Perawat Dimas kembali lagi untuk mengobrol dengan Mas B. Apakah Mas B masih mengingat saya?"
2. Evaluasi dan Validasi "Kemarin Mas B sudah luar biasa mampu menceritakan pemicu kesalnya karena cafe. Bagaimana perasaan Mas B pagi ini setelah sempat mengobrol dengan saya kemarin? Apakah tidurnya semalam nyenyak?"
3. Kontrak "Sesuai kontrak kita kemarin, pagi ini kita akan membahas lebih lanjut mengenai tanda fisik apa saja yang Mas B rasakan saat emosi naik serta apa akibatnya jika Mas B meluapkannya dengan merusak barang. Waktunya 10-15 menit di sini ya Mas B."

C. Tahap Kerja

- "Mas B, ketika mengingat masalah cafe itu, apa yang pertama kali dirasakan oleh tubuh Mas B? Apakah adanya berdebar-debar kencang?"
- "Apakah mukanya terasa panas dan tangan secara otomatis mengepal kuat seperti mau memukul?"
- "Lalu setelah tangan mengepal, apa yang biasanya Mas B lakukan? Memukul tembok atau menghancurkan barang di sekitar?"
- "Menurut Mas B, apa akibatnya kalau Mas B memukul tembok dan merusak barang panti? Tangan jadi luka dan barang-barang jadi hancur, bukan? Apakah masalah cafenya selesai dengan cara itu?"
- "Bagaimana perasaan Mas B setelah barang-barang tersebut hancur? Apakah timbul rasa menyesal?"

D. Terminasi

1. **Evaluasi Respon Klien**
 - Subjektif: "Terima kasih Mas B sudah sangat hebat hari ini karena mampu merinci dan mengenali apa saja tanda-tanda tubuh Mas B saat mulai marah."
 - Objektif: "Mas B tampak jauh lebih tenang saat merinci akibat marahnya, ekspresi wajah mulai mengendur, dan kontak mata selama kita mengobrol sudah semakin fokus."
2. **Rencana Tindak Lanjut (RTL)** "Mas B, besok pagi saya akan kembali lagi untuk mengajarkan cara pertama mengontrol amarah tersebut secara fisik menggunakan media bantal agar tangan Mas B tidak luka lagi."
3. **Kontrak Pertemuan Selanjutnya**
 - Topik : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dengan Terapi Memukul Bantal.
 - Tempat : Kamar No. 05 (Bed Klien).
 - Waktu : 7 Juli 2026 pukul 10.00 WIB. "Pertemuan kita hari ini sudah cukup Mas B. Silakan beristirahat kembali. Wassalamualaikum."

SPTK PERTEMUAN 3: LATIHAN FISIK I (TERAPI MEMUKUL BANTAL)

- Pertemuan ke : 3
- Perawat : Dimas
- Hari/Tanggal : 7 Juli 2026 pukul 10.00 WIB
- Tempat : Kamar No. 05 Rumah Singgah Al-Hidayah

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

- DS (Data Subjektif): Klien mengatakan merasa sangat lega, nyaman, dan puas bisa meluapkan amarahnya pada bantal. Berjanji akan menggunakan bantal daripada memukul tembok rumah yang bikin tangannya sakit.
- DO (Data Objektif): Klien mempraktikkan cara memukul bantal dengan penuh energi dan benar, wajah tampak lebih relaks setelah latihan selesai, memasukkan latihan ke jadwal kegiatan secara mandiri.

2. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan berhubungan dengan coping individu tidak efektif.

3. Tujuan Keperawatan Klien mampu mempraktikkan secara mandiri teknik katarsis memukul bantal untuk menyalurkan kemarahan secara aman tanpa destruktif.

B. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik "Assalamualaikum Mas B. Selamat pagi. Bagaimana perasaan Mas B hari ini? Sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan langsung mempraktikkan latihan Terapi Memukul Bantal untuk menyalurkan rasa jengkel Mas B."
2. Evaluasi dan Validasi "Apakah Mas B masih ingat tanda-tanda marah yang kita bahas kemarin? Bagus, dada berdebar dan tangan mengepal ya. Apakah bantal tidurnya sudah disiapkan di pangkuan Mas B?"
3. Kontrak "Latihan memukul bantal ini akan berlangsung kurang lebih 10-15 menit di atas tempat tidur Mas B ini. Tujuannya agar emosi Mas B tersalurkan tanpa melukai tangan. Apakah Mas B siap?"

C. Tahap Kerja

- "Baik Mas B, silakan duduk dengan tegak dan nyaman. Letakkan bantal ini di pangkuan atau di atas meja depan Mas B."
- "Sebelum mulai, mari pejamkan mata sejenak, lakukan teknik napas dalam: hirup udara dari hidung secara dalam, tahan 3 detik, hembuskan perlahan lewat mulut... Lakukan 3 kali untuk relaksasi otot."
- "Sekarang, bayangkan rasa kecewa Mas B tentang fasilitas cafe yang tidak sesuai standar itu muncul kembali. Rasakan energinya berkumpul di tangan Mas B."
- "Nah, jika dadanya sudah mulai berdebar, kepalkan tangan dominan Mas B kuat-kuat, lalu hantam dan pukullah bantal ini sekuat-kuatnya! Terus pukul Mas B! Luapkan semuanya pada bantal ini!"
- "Bagus sekali! Lakukan terus sampai tangan terasa lelah dan dadanya mulai terasa longgar serta lega."
- "Cukup Mas B, mari kita berhenti. Buka matanya perlahan, lalu tarik napas dalam lagi sebanyak 2 kali untuk menenangkan detak jantung Mas B."

D. Terminasi

1. **Evaluasi Respon Klien**
 - Subjektif: "Wah luar biasa, Mas B mengatakan rasanya plong dan lega sekali ya setelah meluapkan amarah ke bantal tadi."
 - Objektif: "Mas B mempraktikkan teknik pukulan dengan sangat tepat, energi destruktifnya tersalurkan dengan baik, dan wajah Mas B sekarang kelihatan jauh lebih rileks."
2. **Rencana Tindak Lanjut (RTL)** "Mari kita masukkan kegiatan memukul bantal ini ke jadwal harian Mas B ya. Tulis di sini: dilakukan 3 kali sehari atau setiap kali Mas B merasakan dada berdebar ingin mengamuk."
3. **Kontrak Pertemuan Selanjutnya**
 - Topik : Latihan mengontrol amarah secara verbal/asertif.
 - Tempat : Kamar No. 05.
 - Waktu : Minggu, 8 Juli 2026 pukul 10.00 WIB. "Besok kita akan belajar cara mengungkapkan rasa jengkel lewat kata-kata yang sopan. Saya permisi dulu Mas B. Wassalamualaikum."

SPTK PERTEMUAN 4: LATIHAN VERBAL (KOMUNIKASI ASERTIF)

- Pertemuan ke : 4
- Perawat : Dimas
- Hari/Tanggal : 8 Juli 2026 pukul 10.00 WIB
- Tempat : Kamar No. 05 Rumah Singgah Al-Hidayah

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

- DS (Data Subjektif): Klien mengatakan paham cara bicara sopan. Mengatakan akan mencoba bilang: *"Saya merasa jengkel dan kecewa karena konsep cafenya belum pas"* daripada langsung berteriak memaki orang tua.
- DO (Data Objektif): Klien mampu memperagakan kalimat asertif dengan intonasi suara yang lebih rendah, tenang, tidak ketus, dan kontak mata fokus selama interaksi.

2. **Diagnosa Keperawatan** Perilaku Kekerasan berhubungan dengan coping individu tidak efektif.
3. **Tujuan Keperawatan** Klien mampu mengungkapkan kekecewaan atau menolak sesuatu secara asertif tanpa menggunakan nada membentak atau mengancam.

B. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik "Assalamualaikum Mas B. Selamat pagi. Bagaimana kabarnya hari ini? Apakah jadwal latihan memukul bantalnya sudah diisi dan dipraktikkan jika merasa kesal? Bagus sekali, Mas B rutin melaksanakannya."
2. Evaluasi dan Validasi "Hari ini sesuai kesepakatan kita kemarin, kita akan latihan cara mengontrol marah yang kedua, yaitu dengan cara verbal atau berbicara yang baik saat Mas B sedang merasa kecewa."
3. Kontrak "Kita akan latihan mempraktikkan tiga cara bicara asertif selama 10-15 menit di ruangan ini. Apakah Mas B bersedia?"

C. Tahap Kerja

- "Mas B, ada tiga cara bicara yang baik untuk mencegah amarah meledak. Yang pertama adalah meminta sesuatu dengan baik tanpa membentak. Contohnya: 'Tbu,

saya minta tolong belikan perlengkapan cafe yang seperti ini...'. Coba Mas B peragakan."

- "Bagus! Yang kedua adalah menolak perintah dengan sopan jika Mas B tidak bisa melakukannya. Contohnya: 'Maaf Ibu, saat ini saya belum bisa melakukan itu karena saya sedang lelah'. Silakan diulangi Mas B."
- "Luar biasa! Yang ketiga adalah mengungkapkan perasaan kecewa secara asertif. Daripada Mas B berteriak memaki orang tua, Mas B bisa sampaikan: 'Saya merasa jengkel dan kecewa karena kelengkapan cafe ini belum sesuai dengan konsep standar saya'. Coba Mas B praktikkan dengan nada yang tenang."
- "Hebat sekali Mas B! Kalimatnya jelas, nadanya rendah, dan tidak menyinggung perasaan orang lain."

D. Terminasi

1. Evaluasi Respon Klien

- Subjektif: "Mas B mengatakan merasa lebih dihormati ya kalau berbicara dengan tenang dan sopan seperti tadi."
- Objektif: "Mas B mampu mempraktikkan tiga gaya komunikasi asertif dengan intonasi yang lembut dan ekspresi wajah yang damai."

2. Rencana Tindak Lanjut (RTL) "Mari kita masukkan latihan bicara asertif ini ke dalam jadwal kegiatan harian Mas B. Praktikkan setiap kali Mas B ingin meminta atau menyampaikan kekecewaan pada teman panti atau keluarga."

3. Kontrak Pertemuan Selanjutnya

- Topik : Latihan mengontrol marah secara spiritual (bersyukur dan berdoa).
- Tempat : Kamar No. 05.
- Waktu : 8 Juli 2026 pukul 10.00 WIB. "Besok kita akan belajar menenangkan hati lewat ibadah dan doa. Saya permisi dulu Mas B. Wassalamualaikum."

SPTK PERTEMUAN 5: LATIHAN SPIRITUAL (BERSYUKUR DAN BERDOA)

- Pertemuan ke : 5
- Perawat : Dimas
- Hari/Tanggal : 9 Juli 2026 pukul 10.00 WIB
- Tempat : Kamar No. 05 Rumah Singgah Al-Hidayah

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

- DS (Data Subjektif): Klien mengatakan sadar dan insyaf bahwa orang tuanya sebetulnya sangat mendukungnya. Mengaku hatinya lebih adem setelah diajarkan berdoa, dan berniat sholat dzuhur berjamaah.
- DO (Data Objektif): Klien tampak tenang, ekspresi wajah melunak, tatapan mata sinis hilang, mampu membaca doa penenang hati dengan khusyuk.

2. **Diagnosa Keperawatan** Perilaku Kekerasan berhubungan dengan coping individu tidak efektif.

3. **Tujuan Keperawatan** Klien mampu mempraktikkan kegiatan spiritual berupa doa penenang hati dan menumbuhkan rasa syukur untuk mengendalikan distorsi pikiran negatifnya.

B. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik "Assalamualaikum Mas B. Selamat pagi. Bagaimana perasaannya pagi ini? Latihan fisik pukul bantal dan bicara asertifnya tetap dijalankan dengan baik ya? Luar biasa sekali perkembangan Mas B."
2. Evaluasi dan Validasi "Pagi ini kita akan melatih metode keempat untuk mengontrol amarah Mas B, yaitu dengan pendekatan spiritual. Kita akan belajar menenangkan jiwa lewat doa dan merutinkan sholat kembali."
3. Kontrak "Waktu kita sekitar 10-15 menit di sini ya Mas B. Apakah Mas B bersedia?"

C. Tahap Kerja

- "Mas B, kalau boleh tahu, selama di rumah singgah ini apakah Mas B masih merutinkan sholat 5 waktu? Oh, agak jarang ya karena malas berbaur. Mulai hari ini kita coba merutinkan kembali ya Mas B."
- "Sekarang mari kita bahas tentang usaha cafe kemarin. Sebenarnya, orang tua Mas B membelikan semua peralatan itu karena mereka sangat sayang dan mendukung Mas B, bukan? Walau belum sempurna, mari kita syukuri dulu dukungannya."
- "Nah, jika Mas B mendadak merasa emosi atau kecewa, selain memukul bantal, silakan Mas B duduk, beristighfar, lalu bacakan doa penenang hati ini:

'Allahumma adzhib ghaizha qalbi' yang artinya 'Ya Allah, hilangkanlah kemarahan di hatiku'."

- "Mari kita lafalkan bersama-sama secara khusyuk Mas B. Bagus sekali, bagaimanakah rasanya setelah membaca doa tersebut? Terasa lebih adem?"

D. Terminasi

1. Evaluasi Respon Klien

- Subjektif: "Mas B mengatakan pikirannya menjadi lebih terbuka dan menyadari ketulusan orang tuanya ya."
- Objektif: "Klien tampak sangat tenang, kerutan tegang di dahi hilang, dan mampu melafalkan doa penenang hati dengan sangat lancar."

2. Rencana Tindak Lanjut (RTL) "Mari masukkan kegiatan sholat 5 waktu dan doa penenang hati ini ke dalam jadwal harian Mas B. Praktikkan setiap selesai beribadah."

3. Kontrak Pertemuan Selanjutnya

- Topik : Edukasi kepatuhan minum obat secara teratur (Prinsip 5 Benar).
- Tempat : Kamar No. 05.
- Waktu : Selasa, 10 Juli 2026 pukul 10.00 WIB. "Besok adalah latihan terakhir kita mengenai cara minum obat yang benar agar emosi Mas B tidak kambuh lagi. Saya permisi dulu. Wassalamualaikum."

SPTK PERTEMUAN 6: KEPATUHAN MINUM OBAT (PRINSIP 5 BENAR)

- Pertemuan ke : 6
- Perawat : Dimas
- Hari/Tanggal : 10 Juli 2026 pukul 10.00 WIB
- Tempat : Kamar No. 05 Rumah Singgah Al-Hidayah

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

- DS (Data Subjektif): Klien mengatakan tahu obatnya warna putih dan kuning (Risperidon dan THP). Berjanji akan selalu rutin minum obat agar emosinya stabil dan tidak kambuh lagi.

- DO (Data Objektif): Klien mampu menyebutkan prinsip 5 benar minum obat secara lancar, perilaku agresif nihil, pasien sangat kooperatif, tenang, dan siap menghadapi pemulangan jangka panjang.
- 2. **Diagnosa Keperawatan** Perilaku Kekerasan teratasi secara optimal.
- 3. **Tujuan Keperawatan** Klien memahami jenis, dosis, kegunaan, dan prinsip 5 benar minum obat demi mencegah terjadinya kekambuhan halusinasi paranoid atau perilaku agresif.

B. Strategi Komunikasi Orientasi

1. Salam Terapeutik "Assalamualaikum Mas B. Selamat pagi. Wah, hari ini wajah Mas B tampak segar, cerah, dan murah senyum ya. Seluruh jadwal kegiatan harian dari memukul bantal sampai spiritual sudah terisi penuh dengan tanda mandiri."
2. Evaluasi dan Validasi "Hari ini adalah pertemuan terakhir kita Mas B. Kita akan membahas cara mengontrol amarah yang paling penting untuk jangka panjang, yaitu kepatuhan minum obat secara teratur."
3. Kontrak "Kita akan berdiskusi tentang manfaat obat selama 10-15 menit di kamar ini. Mas B bersedia?"

C. Tahap Kerja

- "Mas B, ini ada dua jenis obat yang Mas B minum setiap hari. Yang warnanya putih ini namanya Risperidon, gunanya untuk menenangkan pikiran Mas B agar tidak mudah curiga atau tersinggung. Diminum 2 kali sehari (jam 7 pagi dan jam 7 malam) dengan dosis 2 mg."
- "Lalu yang warnanya kuning ini namanya Trihexyphenidyl (THP), gunanya untuk merilekskan otot-otot tubuh Mas B agar tidak kaku atau gemetar akibat efek obat pertama. Sama, diminum 2 kali sehari dengan dosis 2 mg."
- "Ingat prinsip 5 benar ya Mas B: Benar Pasien (pastikan nama Mas B), Benar Obat (Risperidon & THP), Benar Dosis (masing-masing 1 tablet), Benar Waktu (pagi dan malam), dan Benar Cara (diminum dengan air putih setelah makan)."
- "Apa akibatnya jika Mas B berhenti minum obat tanpa izin dokter? Emosi Mas B bisa meledak lagi, cafe tidak akan terwujud, dan Mas B harus dirawat kembali di RSJ Menur. Mas B tidak mau itu terjadi, kan?"
- "Nah, sekarang coba Mas B ulangi apa saja warna obat dan prinsip 5 benar tadi?"

D. Terminasi

1. Evaluasi Respon Klien

- Subjektif: "Bagus sekali Mas B, Anda berkomitmen penuh untuk selalu patuh minum obat demi masa depan usaha cafe Mas B nanti."
- Objektif: "Mas B mampu merinci jenis obat dan prinsip 5 benar minum obat secara lancar tanpa ada kesalahan. Pasien tampak sangat tenang dan stabil."

2. Rencana Tindak Lanjut (RTL) "Jadwal minum obat ini sudah kita masukkan ke tabel harian. Mulai hari ini, silakan kelola secara mandiri di bawah pengawasan petugas caregiver panti Al-Hidayah."

3. Kontrak Jangka Panjang / Discharge Planning "Karena seluruh strategi pelaksanaan dari SP 1 sampai SP 5 sudah Mas B kuasai dengan sangat luar biasa, asuhan keperawatan berkala kita akhiri sampai di sini ya Mas B. Pertahankan semua latihan ini agar Mas B bisa segera pulang ke Mojokerto dan sukses membuka cafenya. Terima kasih banyak atas kerja samanya yang hebat selama ini. Wassalamualaikum."

BINA SEHAT PPNI

Lampiran 6 Lembar bimbingan



YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA PERAWATAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA
UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

<http://www.ubs-ppni.ac.id>
fikes@ubs-ppni.ac.id

0321-390203
 Jln. Raya Jabon KM.06 Mojoanyar Mojokerto

Lembar Revisi KIAN

Nama Mahasiswa : Mokhammad Dimas Maulana
 NIM : 202503104
 Judul Skripsi : Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Perilaku Kekerasan Dengan
 Intervensi Teknik Memukul Bantal Di Rumah Singgah Al-Hidayah
 Pembimbing : Dr. Imam Zainuri, S. Kep. Ns., M.Kes

No	Tanggal	Uraian Bimbingan	Tanda Tangan
1.	13 Juni 2026	1. Pengajuan judul 2. ACC judul	
2.	13 Juli 2026	Bimbingan Bab 1 dan 2 1. Revisi penulisan judul 2. Kurangi teori medis 3. Tambahkan manfaat teoritik dan manfaat praktis 4. Lanjut bab 3	
3.	14 Juli 2026	Bimbingan bab 3 1. Revisi pengkajian 2. Sistematis penulisan 3. Lanjut bab 4,5	
4.	15 Juli 2026	Bimbingan bab 4,5 1. Revisi intervensi bagian pembahasan bab 4 2. Revisi di bagian saran	
5.	16 Juli 2026	1. Revisi abstrak 2. ACC ujian	

Lampiran 7 Uji Similaritas

	YAYASAN KESEJAHTERAAN WARGA PERAWATAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO FAKULTAS ILMU KESEHATAN
http://www.ubs-ppni.ac.id fikes@ubs-ppni.ac.id	0321-390203 Jln. Raya Jabon KM.06 Mojoanyar Mojokerto

FORMULIR UJI KEMIRIPAN (SIMILARITAS)

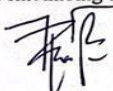
Identitas

Nama : MOKHAMMAD DIMAS MAULANA
NIM : 202503104
Fakultas : KESEHATAN
Prodi : PROFESI NERS
Email : mukhdimas2002@gmail.com
Telpon/HP : 0882009882034
Pembimbing 1 : Dr. Imam Zainuri, S.Kep.Ns., M.Kes
Pembimbing 2 : -

Materi Uji:

Jenis : a. TA b. Skripsi c. Tesis d. Disertasi
 e. KIAN f. CoC g. Lain – Lain

Judul : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN DENGAN INTERVENSI TEKNIK MEMUKUL BANTAL DI RUMAH SINGGAH AL-HIDAYAH

Mengetahui	Mojokerto, 7/17/2026
Pembimbing 1	Pemohon
	Mahasiswa
Dr. Imam Zainuri, S.Kep.Ns., M.Kes	(MOKHAMMAD DIMAS MAULANA)
NIK. 162601022	

Validasi Similaritas	
Besaran similaritas	30 %
Tanggal Pemeriksaan	20 JUL 2026
Diperiksa oleh	ARIF BUDI UTAMA

Diisi oleh petugas perpustakaan


FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Lampiran 8 Dokumentasi

