

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasilpenelitiandideskriptifkandalambentuk proses keperawatan yang mencakup: 1. Pengkajian, 2. Diagnosis, 3. Perencanaan, 4. Pelaksanaan/Tindakan, 5. Evaluasi, 6. Pembahasan

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Pada sub bab ini dijelaskan hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Sdr. S dan Tn. S dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan. Kedua kasus yang diambil adalah pasien rawat inap di ruang Puri Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Penelitian studi kasus ini dilakukan pada bulan Agustus 2018 dengan hasil anamnese di bawah ini :

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

Klien pertama Sdr.Susia46 tahun dengan jenis kelamin laki – laki,klien belum menikah, beragama kristen dan tidak bekerja. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 31 Juli 2018 dan pengkajian dilakukan tanggal 31 Juli 2018

Klien kedua Tn.S usia 50 tahun berjenis kelamin laki-laki, klien sudah menikah dan memiliki 3 orang anak,beragama Islam dan sudah tidak bekerja. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 30 Juli 2018. Dan dilakukan pengkajian tanggal 31 Juli 2018

2. Alasan Masuk

Pada klien Sdr. S alasan masuk klien marah-marah dan memecahkan kaca jendela di rumahnya. Saat ditanya mengenai pekerjaannya, klien mengatakan bahwa klien bekerja sebagai anggota gotong royong yang membenarkan genteng rumah warga dan mengatakan bahwa ada orang lain yang sedang mengawasi keluarganya, klien mudah tersinggung, ekspresi wajah tegang, kontak mata kurang.

Sedangkan pada klien Tn. S alasan masuk pasien marah – marah kepada tetangganya sambil membawa pisau. Saat pengkajian klien mengatakan bahwa tetangganya tersebut punya hutang kepada klien sebesar Rp. 50.000,- dan saat ditagih tetangga klien tidak mau membayarnya. Klien juga mengatakan bahwa dia sering emosi jika ada kemauannya yang tidak segera dituruti saat di rumah terutama pada istrinya.

3. Factor Predisposisi

Pada riwayat pengobatan, klien pertama dan klien kedua pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.

Sdr. S saat ini dirawat untuk ke empat kalinya di RSJ Menur Surabaya mulai tanggal 31 juli 2018 karena mengamuk sambil memecahkan kaca – kaca di rumahnya. Sebelumnya klien pernah dirawat di RSJ Menur pada bulan Mei 2008, Agustus 2012 dan April 2015.

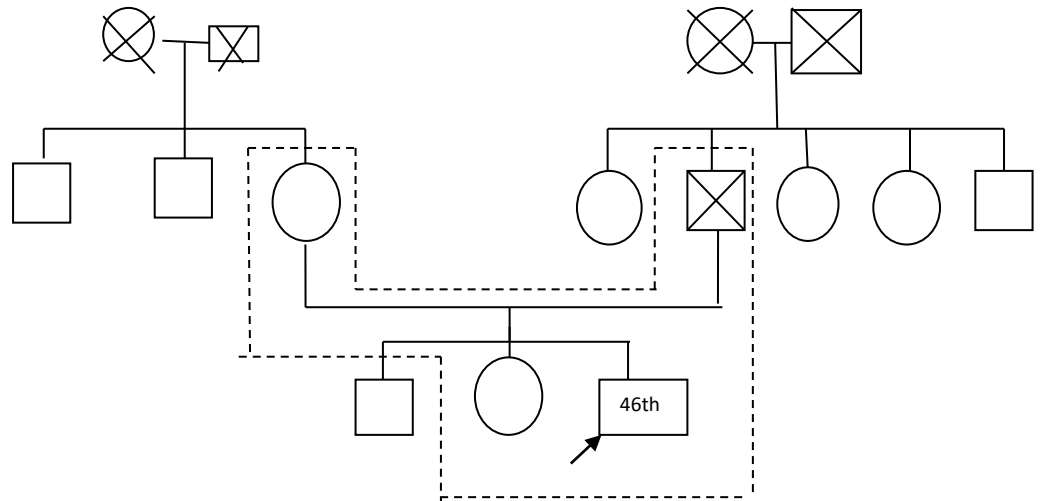
Tn. S saat ini dirawat untuk kedua kalinya di RSJ Menur Surabaya mulai tanggal 31 Juli 2018 karena marah – marah pada tetangganya

Dari hasil pemeriksaan fisik, didapatkan hasil tidak ada masalah keperawatan dari Sdr. S dan Tn. S

5. Psikososial

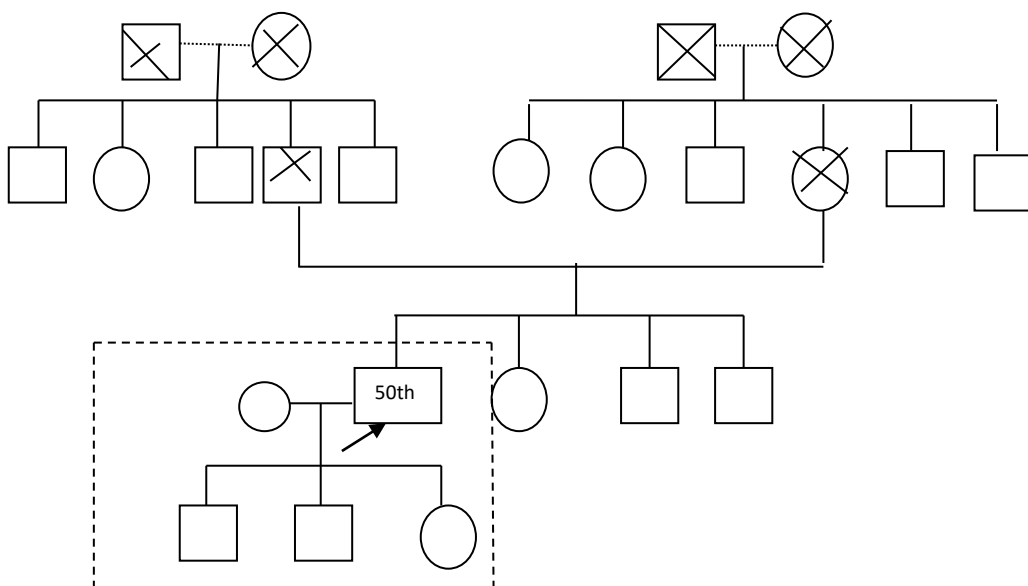
a. Genogram

Klien 1 (Sdr. S)



Klien (Sdr. S) merupakan 3 bersaudara. Klien tinggal serumah bersama ibu dan kakak perempuannya yang sudah menikah.

Klien 2 (Tn.S)



Klien (Tn. S) merupakan anak pertama dari 4 bersaudara. Tn. S sudah menikah dan memiliki 3 orang anak. Tn. S saat ini tinggal serumah dengan istri dan ketiga anaknya

Keterangan

○ : perempuan

□ : laki laki

↘ : pasien

✕ : sudah meninggal

----- : Tinggal serumah

b. Konsep Diri

1. Gambaran Diri

Tidak ada masalah pada gambaran diri kedua klien, Sdr. S dan Tn. S menyukai semua anggota tubuhnya

2. Identitas

Sdr. S mengatakan namanya adalah S, seorang laki – laki berusia 46 tahun dan belum menikah. Tn.S mengatakan namanya adalah SH, seorang laki – laki berusia 50 tahun, sudah menikah.

3. Peran

Sdr. S mengatakan perannya di dalam keluarganya adalah sebagai anak laki- laki dari ibunya yang bekerja mncari nafkah untuk ibu dan saudara – saudaranya.

Tn. S mengatakan perannya di dalam keluarga adalah sebagai kepala rumah tangga, suami dari istri dan ayah dari ketiga anaknya.

4. Ideal diri

Sdr. S mengatakan bahwa ia marah – marah biasa saja. Klien mengatakan bahwa klien maqrah tanpa sebab.

Tn. S mengatakan bahwa ia sering emosi di rumah, klien emosi karena ada keinginan yang belum terpenuhi.

5. Harga diri

Sdr. S mengatakan tidak malu akan penyakitna, bagi Sdr. S dia hanya sakit biasa.

Tn. S mengatakan tidak masalah akan penyakit yang dideritanya

c. Hubungan Sosial

Dalam hubungan social, Sdr. S mengatakan orang yang berarti baginya adalah kedua orang tuanya terutama ayahnya.Sdr.S juga mengatakan bahwa klien berhubungan baik dengan tetangganya. Tetapi Sdr. S mengatakan bahwa klien lebih suka menyendiri

Sedangkan untuk Tn. S mengatakan orang yang berarti baginya adaah keluarganya, yaitu anak dan istrinya.Klien mengatakan bahwa klien juga berhubungan baik dengan tetangganya tetapi jika ada masalah emosinya sering tinggi.

d. Spiritual

Sdr. S mengatakan bahwa ia beragama nasrani. Klien mengatakan bahwa ia jarang pergi sembahyang ke gereja tiap hari minggu. Sedaangkan Tn. S mengatakan bahwa klien beragama Islam, klien mengatakan bahwa klien tidak sholat di RS.

6. Status Mental

a. Penampilan

Sdr. S penampilan tidak rapi, memakai baju RS, rambut panjang tidak tersisir, semenjak MRS klien belum mandi, klien tidak memakai alas kaki.

Tn. S penampilan sedikit lebih rapi, memakai baju dari RS, rambut tidak panjang tapi tidak tersisir, klien baru mandi 1 kali semenjak klien MRS, klien tidak memakai alas kaki

Pada penampilan Sdr. S dan Tn. S mengalami masalah keperawatan deficit perawatan diri : berhias

b. Pembicaraan

Pada pembicaraan Sdr. S, klien tidak bisa memulai pembicaraan, klien juga lambat dalam menjawab pertanyaan. Saat ditanya tentang pekerjaannya klien mengatakan bahwa klien adalah anggota gotong royong yang membenarkan genteng rumah warga. Klien terkadang juga menggumam saat menjawab pertanyaan dan terkadang bicara dengan nada tinggi secara tiba – tiba.

Pada pembicaraan Tn. S, klien tidak mampu memulai pembicaraan, klien menjawab pertanyaan dengan nada menggumam dan sedikit lama saat menjawab pertanyaan. Terkadang klien juga menjawab hal yang di luar pertanyaan (flight of ideas).

c. Aktivitas Motorik

Aktivitas motorik Sdr. S sehari – harinya hanya tiduran terkadang di tempat tidurnya terkadang juga di lantai. Klien sesekali terlihat mondar – mandir tanpa arah dengan ekspresi lesu. Untuk melakukan kegiatan sehari – hari dengan perintah

Aktivitas motorik Tn. S sering terlihat mondar – mandir tanpa arah dengan lesu. Klien juga sering mengusap wajah dan kepalanya. Melakukan kegiatan sehari – hari dengan perintah.

Jadi pada aktivitas motorik, Sdr. S dan Tn. S mengalami masalah keperawatan gangguan aktivitas motorik

d. Alam Perasaan

Sdr. S mengatakan bahwa ia marah – marah tanpa sebab. Klien mengatakan bahwa ia marah – marah biasa saja tidak sampai merusak barang

Tn. S mengatakan saat ia marah berarti ada sesuatu yang klien inginkan tetapi tidak terpenuhi.

e. Afek

Sdr. S mengalami afek datar dan tidak mudah berubah, ekspresi wajah tidak berubah saat klien mengungkapkan alam perasaannya

Tn. S mengalami afek datar dan tidak mudah berubah, ekspresi wajah tidak berubah meski saat ia menceritakan alam perasaannya

f. Interaksi Selama Wawancara

Saat interaksi selama wawancara Sdr. S menunjukkan kontak mata yang kurang, klien selalu melihat ke arah lain. Klien juga selalu bersikeras bahwa ia hanya marah – marah biasa saat di rumah (deensif). Terkadang klien juga menjawab dengan nada yang tinggi dan tidak sesuai realita

Saat interaksi selama wawancara Tn. S menunjukkan kontak mata yang kurang, tidak melihat ke lawan bicara. Terkadang klien menjawab dengan jawaban yang tidak sesuai dengan pertanyaan.

g. Persepsi Halusinasi

Sdr. S dan Tn. S mengatakan tidak pernah mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan maupun melihat bayangan yang non realistis. Tidak ada tanda-tanda halusinasi pada kedua klien.

h. Proses Pikir

Sdr. S maupun Tn. S mengalami proses piker sirkumstansial dimana saat dilakukan pengkajian kedua klien terkesan berbelit – belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan, terkadang juga tidak sesuai dengan apa yang dipertanyakan maupun topic yang dibicarakan. Sdr. S saat ditanya tinggal dengan siapa saja di rumah klien menjawab dengan mengatakan alamat rumahnya dimana, rumahnya seperti apa lalu baru menjawab dengan siapa ia tinggal. Lalu untuk Tn. S saat ditanya tentang apa orang tua dari istrinya

masih hidup atau sudah meninggal beliau masih menjawab dengan berbelit – belit menceritakan silsilah keluarga istrinya. Jadi dari data tersebut Sdr. S dan Tn. S mengalami masalah keperawatan gangguan proses piker

i. Isi Pikir

Dalam hal isi piker Sdr. S terdapat kecenderungan waham, karena saat ditanyai tentang pekerjaan klien menjawab bahwa klien bekerja sebagai anggota gotong royong yang membenarkan genteng warga

Pada klien Tn. S klien tidak mengalami masalah pada isi piker

Dari data tersebut didapatkan hasil bahwa Sdr. S mengalami gangguan proses piker : waham

j. Tingkat Kesadaran

Sdr. S dan Tn. S sadar penuh dengan GCS 4 – 5 – 6, kedua klien juga dapat menjelaskan dengan benar ketika ditanya tentang waktu, tempat maupun orang. Sdr. S dan Tn. S tidak mengalami masalah dalam hal tingkat kesadaran

k. Memori

Sdr. S mampu menceritakan masa lalunya saat ditanya, tetapi klien tidak mampu menceritakan kegiatan yang dilakukan satu atau dua hari yang lalu.

Tn. S mampu menceritakan apa yang dilakukan satu atau dua hari yang lalu serta mampu menceritakan masa lalunya.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Tidak ada gangguan dalam hal tingkat konsentrasi dan berhitung. Sdr. S dan Tn. S mampu berhitung dengan cukup baik saat diberikan perhitungan sederhana.

m. Kemampuan Penilaian

Sdr. S mengalami gangguan bermakna bahwa ia mengaku bekerja sebagai anggota gotong royong yang membenarkan genteng warga dan mengaku hanya marah – marah biasa saat di rumah, tidak sampai memecahkan barang

Tn. S tidak mengalami gangguan dalam kemampuan penilaian

n. Daya Tilik Diri

Sdr. S mengingkari penyakit yang dideritanya dengan mengatakan bahwa ia tidak tahu mengapa dibawa ke RS hanya karena klien marah – marah biasa.

Tn. S tidak mengingkari penyakit yang dideritanya. Klien sadar bahwa klien sering terlalu emosi maka dari itu ia dibawa ke RS.

Dari pengkajian dalam hal daya tilik diri, Sdr. S mengalami masalah keperawatan koping individu inefektif.

7. Kebutuhan Pulang

a. Kemampuan klien memenuhi atau menyediakan kebutuhan

Pada klien Sdr. S mampu makan secara mandiri, dapat menjaga keamanan sendiri dan klien selalu minum obat saat diberi obat oleh perawat, klien mampu berpindah – pindah dan melakukan aktivitas.

Pada klien Tn. S mampu makan secara mandiri, dapat menjaga keamanan sendiri dan klien selalu minum obat saat dikasih obat oleh perawat, klien berpakaian rapi, klien mampu berpindah-pindah dan melakukan aktivitas.

b. Kegiatan hidup sehari – hari

Dalam hal perawatan diri pada Sdr. S masih membutuhkan bantuan minimal dan motivasi untuk mampu menjaga kebersihan dan kesehatannya. Sedangkan klien Tn. S cenderung tidak membutuhkan banyak bantuan dan motivasi.

Pada nutrisi kedua klien semuanya puas dengan makanan yang disediakan RS dengan frekuensi makan sehari tiga kali dan frekuensi kudapan dua kali sehari, nafsu makan meningkat dan porsi habis, kedua klien makan bersama pasien-pasien lain tanpa memisahkan diri. Sdr. S mendapatkan diet rendah kalori 2100, sedangkan Tn. I tidak mendapatkan diet khusus.

Kedua klien pada kasus ini tidak memiliki masalah dalam hal pola tidur. Antara Sdr. S dan Tn. S keduanya tidak ada gangguan saat tidur.

c. Kemampuan klien

Kedua klien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri, mengatur penggunaan obat, dan melakukan pemeriksaan kesehatan.

d. Sistem pendukung

Klien pertama dan klien kedua semuanya memiliki sistem pendukung yakni keluarga, teman sejawat, kelompok sosial dan petugas kesehatan

8. Mekanisme Koping

Mekanisme koping dibagi menjadi dua yaitu adaptif dan maladaptif. Pada Sdr. S koping adaptif yang dimilikinyakni mampu bicara dengan orang lain, sedangkan pada Tn. S koping adaptif yang dimiliki hampir sama yakni mampu bicara dengan orang lain. Sedangkan koping maladaptif pada kedua klien juga terdapat beberapa kesamaan, pada Sdr. S mengalami reaksi berlebih dan mencederai diri maupun orang lain, maupun merusak lingkungan sedangkan pada Tn. I juga mengalami reaksi berlebih dengan mencederai orang lain. Dalam hal ini kedua klien mengalami masalah keperawatan yang sama yaitu koping individu inefektif.

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Pada klien Sdr. S klien tidak memiliki sistem pendukung dari masyarakat karena klien tidak bekerja. Tetapi memiliki sistem pendukung seperti keluarganya dan petugas kesehatan

Pada klien Tn. S klien maemiliki sitem pendukung masyarakat seperti tetanga dan temannya. Lalu ada keluarga dan petugas kesehatan

b. Masalah berhubungam dengan lingkungan

Kedua klien tidak memiliki masalah dengan lingkungannya, merasa nyaman dengan lingkungannya.

c. Masalah dengan pendidikan

Pada klien Sdr. S klien lulus sekolah sampai SMA jurusan, begitu juga dengan klien Tn. S lulus sekolah sampai SMA.

d. Masalah dengan pekerjaan

Pada klien Sdr. S tidak bekerja, tetapi klien mengaku bahwa ia bekerja sebagai anggota gotong royong yang membenarkan genteng warga. Sedangkan pada Tn.I sebelumnya pernah bekerja sebagai tukang kebersihan jalan raya di kantor wali kota.

e. Masalah dengan perumahan

Pada Sdr. S klien tinggal bersama ibu dan keluarga adiknya yang terdiri dari istri dan dua anaknya. Sedangkan Tn. I tinggal serumah dengan istri dan ketiga anaknya.

f. Masalah ekonomi

Klien pertama dan kedua tingkat ekonomi hampir sama yaitu berekonomi menengah kebawah. Kebutuhan ekonomi kedua klien sehari-hari dipenuhi oleh orang tua dan saudara-saudaranya.

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Kedua klien menjalani perawatan di RumahSakit Jiwa Menur dan mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhannya.

10. Pengetahuan

Dalam hal pengetahuan pada Sdr. S dan Tn. Skeduanya kurang mengetahuitentang penyakit jiwa, faktor predisposisi, koping, sistem pendukung, penyakit fisik dan obat – obatan. Sehingga keduanya mengalami masalah keperawatan defisit pengetahuan.

11. Data lain – lain

Klien pertama (Sdr. S) tanggal pemeriksaan 1 Agustus 2018

Tanda – tanda vital Sdr. S

TD : 130/80 mmHg Nadi : 85x/menit

Suhu : 36,7°C RR : 20x/menit

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
WBC	9,2 10 ³ /UL	4.8 – 10.8
RBC	4,70 10 ⁶ /UL	4.2 – 6.1
HGB	14 g/dl	12 – 18
HCT	40,7 %	37 – 52
PLT	333 10 ³ /UL	150 – 450
SGOT	33 U/L	L : 37 P: 31
SGPT	32 U/L	L : 40 P : 31
BUN	11 mg/dl	4.5 - 23
Kreatinin	1,0 g/dl	L : 0.6 – 1.1 P : 2.5 – 6.0

Klien kedua (Tn. S) tanggal pemeriksaan 31 Juli 2018

Tanda – tanda vital Tn. S

TD : 110/80 mmHg Nadi : 80x/menit

Suhu : 36°C RR : 18x/menit

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
WBC	9,1 10 ³ /UL	4.8 – 10.8
RBC	4,73 10 ⁶ /UL	4.2 – 6.1
HGB	14.3 g/dl	12 – 18
HCT	42.9 %	37 – 52
PLT	418 10 ³ /UL	150 – 450
SGOT	26 U/L	L : 37 P: 31
SGPT	25 U/L	L : 40 P : 31
BUN	10.6 mg/dl	4.5 – 23
Kreatinin	1,1 g/dl	L : 0.6 – 1.1 P : 2.5 – 6.0

Aspek Medik

Klien pertama (Sdr. S)

Diagnosa Medik : F. 20.3 (Skizofrenia Tak Terinci)

Terapi Medik : Triheksipenydil 2x2mg (I – O – I)

- Haloperidol 3x5mg (I – I – I)

- Chlorpromazine 1x100mg (I – O – O)

Klien kedua (Tn. S)

Diagnosa Medik : F. 20.3 (Skizofrenia Tak Terinci)

Terapi Medik :

- Triheksipenydil 2x2mg (I – O – I)

- Haloperidol 3x5mg (I – I – I)

- Chlorpromazine 1x100mg (I – O – O)

12. Daftar Masalah Keperawatan

Klien pertama (Sdr. S)

1. Regimen Terapeutik Tidak Efektif
2. Respon Pasca Trauma
3. Gangguan Alam Perasaan
4. Gangguan Proses Pikir
5. Gangguan Daya Tilik Diri
6. Defisit Perawatan Diri
7. Koping keluarga Inefektif
8. Koping individu inefektif
9. Defisit Pengetahuan
10. Resiko Mencederai Diri dan Orang Lain

Klien kedua (Tn. S)

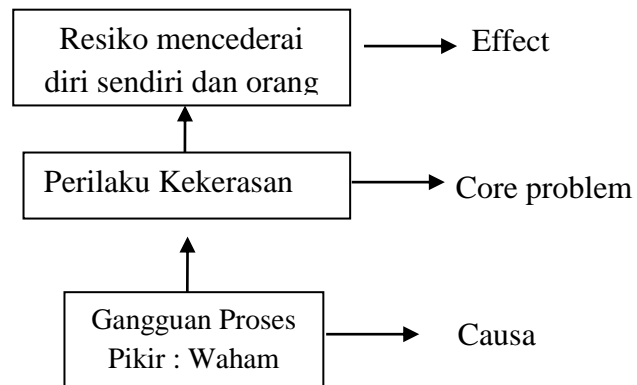
1. Regimen Terapeutik Tidak Efektif
2. Deficit perawatan diri
3. Defisit Pengetahuan
4. Gangguan Proses Pikir
5. Koping Individu Inefektif
6. Gangguan Daya Tilik Diri
7. Gangguan Aktivitas Motorik

4.1.3 Analisa Data

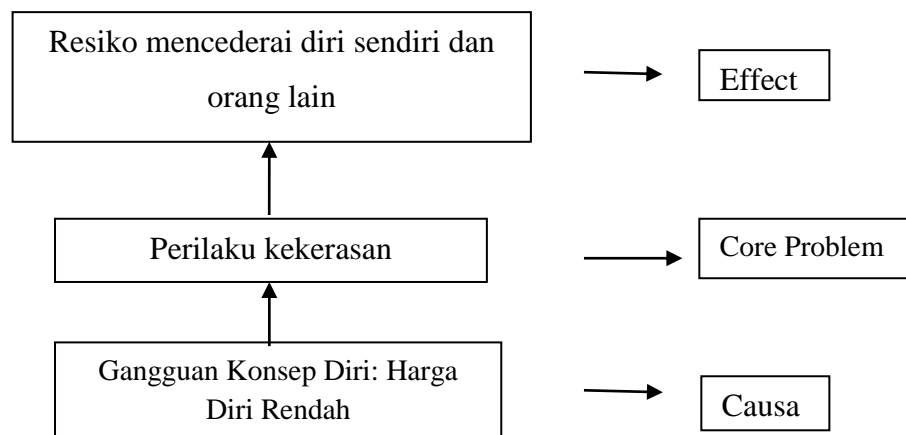
Table 4.1 Analisa Data

Tanggal	Klien 1		Klien 2	
	Data	Masalah	Data	Masalah
31 Juli 2018	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan bahwa ia hanya marah – marah biasa saja, tidak sampai merusak barang</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata kurang - Terkadang menjawab pertanyaan dengan jawaban yang tidak sesuai atau dengan nada yang tinggi - Klien berbicara non realita - Ekspresi datar dan tidak mudah berubah. - Menatap kearah lain saat diajak berbicara, pasif - Penampilan tidak rapi - Tatapan mata tajam dan raut muka tegang meski tidak sering - Nada bicara tinggi saat ditanya perawat 	<p>Perilaku Kekerasan</p>	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan bahwa ia marah – marah ke tetangganya karena tetangganya tidak mau membayar hutangnya oleh klien sebesar Rp. 50.000</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata kurang - Klien kadang menjawab pertanyaan dengan jawaban yang tidak jelas - Klien berbicara dengan nada menggumam - Klien terlihat mondar – mandir tanpa arah - ADL dengan arahan - Menatap kearah lain saat diajak berbicara, pasif - Nada suara kadang meninggi saat berbicara 	<p>Perilaku Kekerasan</p>

Gambar 4.1 Pohon Masalah Klien 1 (Sdr. S)



Gambar 4.2 Pohon Masalah Klien 2 (Tn. S)



4.1.4 Intervensi Keperawatan

Table 4.2 Intervensi Keperawatan Klien 1

Nama : Sdr. S

No.RM : 03-01-xx

Ruangan : Puri Gelatik

Tanggal : 31 Juli 2018

TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN			RASIONAL
		TUJUAN	KRITERIA HASIL	TINDAKAN KEPERAWATAN	
	Perilaku Kekerasan	Tujuan Umum : Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan SP 1 Klien 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat perilaku kekerasan serta perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 3. Klien dapat	1. Klien mampu membina hubungan saling percaya pada perawat dengan kriteria hasil : a. Membalas sapaan perawat b. Ekspresi wajah bersahabat c. Ada kontak mata d. Bersedia berjabat tangan e. Bersedia menyebutkan nama f. Klien bersedia duduk berdampingan	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan 2. Beri kesempatan dan anjurkan klien	1. Hubungan saling percaya merupakan dasar interaksi sehingga klien lebih terbuka, merasa aman dan mau berinteraksi 2. Mengetahui penyebab, tanda gejala, akibat serta kebiasaan perilaku kekerasan yang dialami / dilakukannya serta menentukan intervensi selanjutnya 3. Membantu klien menent

		<p>mendemonstrasikan cara fisik 1, yaitu latihan nafas dalam untuk mencegah perilaku kekerasan</p>	<p>dengan perawat</p> <p>g. Klien mampu mengungkapkan masalah yang dihadapi</p> <p>2. Klien dapat mengungkapkan perasaannya, penyebab perasaan jengkel / kesa, perasaan saat marah / jengkel dan menyimpulkan tanda dan gejalanya, akibat cara yang digunakannya, perilaku kekerasan yang biasa dilakukannya</p> <p>3. Klien dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan cara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam untuk mencegah perilaku kekerasan</p> <p>4. Klien mampu menyusun jadwal latihan cara fisik</p>	<p>mengungkapkan perasaannya, penyebab perasaan jengkel / kesal, apa yang dialami saat marah / jengkel, menyimpulkan tanda dan gejalanya, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat kerugian cara yang dilakukan pasien</p> <p>3. Diskusikan dan beri contoh serta minta klien menirukan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam: anjurkan klien berdiri, tarik nafas dari hidung, tahan sebentar kemudian tiupkan keluar dari mulut, lakukan sebanyak 5 kali</p> <p>4. Diskusikan mengenai</p>	<p>ukancarauntukdapatme ngontrolperilakukeker asan</p> <p>4. Meningkatkan kemamp uan dengan mendorong klien untuk mandiri</p>
--	--	--	--	--	---

			1 yaitu latihan nafas dalam yang dipelajari sebelumnya serta mampu mengevaluasi kemampuannya	frekuensi latihan dan susun jadwal latihan yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi keampuannya sendiri dan beri pujian untuk keberhasilannya	
		SP 2 Klien 1. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 2 yaitu memukul bantal atau kasur untuk mencegah perilaku kekerasan	1. Klien dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan cara fisik 2 yaitu memukul bantal atau kasur untuk mencegah perilaku kekerasan 2. Klien mampu menyusun jadwal latihan cara fisik 2 yaitu pukul bantal atau kasur yang dipelajari sebelumnya serta mampu mengevaluasi keampuannya	1. Diskusikan dan beri contoh serta minta klien menirukan cara fisik 2 yaitu memukul bantal atau kasur 2. Diskusikan mengenai frekuensi latihan dan susun jadwal latihan yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi keampuannya sendiri dan beri pujian	1. Membantu klien menentukan cara untuk dapat mengontrol perilaku kekerasan 2. Meningkatkan kemampuan dengan mendorong klien untuk mandiri
		SP 3 Klien 1. Klien dapat mendemonstrasikan dengan cara social /	1. Klien dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan cara bicara (verbal) yang baik	1. Diskusikan dan beri contoh serta minta klien menirukan cara social / verbal dengan	1. Membantu klien menentukan cara untuk dapat mengontrol perilaku

		verbal untuk mencegah perilaku kekerasan	<p>tanpa marah, suara nada rendah dan tidak menggunakan kata kasar dalam :</p> <ol style="list-style-type: none"> Meminta dengan baik Menolak dengan baik Mengungkapkan perasaan dengan baik <p>2. Klien mampu menyusun jadwal cara bicara (verbal) yang baik serta mampu mengevaluasi kemampuannya sesuai jadwal yang disusun</p>	<p>cara yang baik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Meminta dengan baik, “permisi, saya minta tolong untuk....” Menolak dengan baik, “maaf saya tidak bisa melakukannya” Mengungkapkan perasaan dengan baik “saya jadi ingin marah / kesal karena....” <p>2. Diskusikan mengenai frekuensi latihan dan susun jadwal latihan yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi kemampuannya sendiri dan beri pujian untuk keberhasilannya</p>	<p>kekerasan</p> <p>2. Meningkatkan kemampuan dengan mendorong klien untuk mandiri</p>
		<p>SP 4 Klien</p> <p>1. Klien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku</p>	<p>1. Klien dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan</p>	<p>1. Diskusikan, bantu menilai dan memilih serta minta klien mendemonstrasikan kegiatan ibadah</p>	<p>1. Membantu klien menentukan cara untuk dapat mengontrol perilaku kekerasan</p>

		kekerasan	2. Klien mampu menyusun jadwal kegiatan ibadah	2. Susun jadwal yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi kemampuannya sendiri dan beri pujian	2. Meningkatkan kemampuan dengan mendorong klien untuk mandiri
		SP 5 Klien 1. Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan	1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu, manfaat obat serta mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan 2. Klien dapat mengevaluasi kepatuhan minum obat	1. Diskusikan dengan klien tentang : a. Jenis obat : nama, besarnya, warna, waktu, cara minum b. Manfaat obat c. Proses minum obat : meminta obat, memeriksa obat, meminum obat 2. Susun jadwal latihan yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi kemampuannya sendiri dan beri pujian	1. Membantu klien menentukan cara untuk dapat mengontrol perilaku kekerasan 2. Meningkatkan kemampuan dengan mendorong klien mandiri
		SP 1 Keluarga 1. Keluarga mampu merawat klien perilaku kekerasan di rumah	1. Keluarga dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan tentang perilaku kekerasan, masalah yang	1. Jelaskan kepada keluarga mengenai perilaku kekerasan 2. Diskusikan masalah yang dihadapi	1. Dengan diberikannya pendidikan kesehatan tentang perilaku kekerasan, keluarga akan lebih mengerti

			dihadapi keluarga dalam merawat klien, kondisi klien yang perlu segera dilaporkan	keluarga dalam merawat klien 3. Diskusikan kondisi klien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat	dan mudah dalam merawat klien pada saat di rumah
		SP 2 Keluarga 1. Keluarga mampu mengendalikan kemarahan klien	1. Keluarga tahu tentang marah, mampu memotivasi klien, memberikan klien pujian dengan tepat, mampu bertindak jika klien menunjukkan kekambuhan	1. Ajarkan keluarga mengenai marah 2. Latih keluarga memotivasi klien melakukan tindakan yang telah diajarkan perawat 3. Ajarkan keluarga memberikan pujian jika klien melakukan kegiatan dengan tepat 4. Diskusikan bersama keluarga tentang apa yang harus dilakukan jika klien kambuh	1. Keluarga akan lebih mengerti cara merawat klien dan sudah terbiasa dalam merawat klien dengan perilaku kekerasan
		SP 3 Keluarga Keluarga klien mampu membuat perencanaan pulang bersama perawat	1. Keluarga klien mampu membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat 2. Keluarga klien mampu menjelaskan follow up klien setelah pulang	1. Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat 2. Jelaskan follow up klien setelah pulang	1. Keluarga akan lebih memahami aktifitas yang harus dilakukan klien saat di rumah

Table 4.3 Intervensi Keperawatan Klien 2

Nama : Tn. S

No.RM : 02-78-xx

Ruangan : Puri Gelatik

Tanggal : 31 Juli 2018

TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN			RASIONAL
		TUJUAN	KRITERIA HASIL	TINDAKAN KEPERAWATAN	
	Perilaku Kekerasan	<p>Tujuan Umum :</p> <p>Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan</p> <p>SP 1 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat perilaku kekerasan serta perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 3. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 1, yaitu latihan nafas dalam untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu membina hubungan saling percaya pada perawat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> a. Membalas sapaan perawat b. Ekspresi wajah bersahabat c. Ada kontak mata d. Bersedia berjabat tangan e. Bersedia menyebutkan nama f. Klien bersedia duduk berdampingan dengan perawat g. Klien mampu mengungkapkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan 2. Beri kesempatan dan anjurkan klien mengungkapkan perasaannya, penyebab perasaan jengkel / kesal, apa yang dialami saat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan saling percaya merupakan dasar interaksi sehingga klien lebih terbuka, merasa aman dan mau berinteraksi 2. Mengetahui penyebab, tanda gejala, akibat serta kebiasaan perilaku kekerasan yang dialami / dilakukannya serta menentukan intervensi selanjutnya 3. Membantu klien menentukan cara untuk dapat mengontrol perilaku kekerasan 4. Meningkatkan kemampuan dengan mendorong klien untuk

		mencegah perilaku kekerasan	<p>masalah yang dihadapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien dapat mengungkapkan perasaannya, penyebab perasaan jengkel / kesa, perasaan saat marah / jengkel dan menyimpulkan tanda dan gejalanya, akibat cara yang digunakannya, perilaku kekerasan yang biasa dilakukannya 3. Klien dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan cara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam untuk mencegah perilaku kekerasan 4. Klien mampu menyusun jadwal latihan cara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam yang dipelajari sebelumnya serta mampu mengevaluasi 	<p>marah / jengkel, menyimpulkan tanda dan gejalanya, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat kerugian cara yang dilakukan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Diskusikan dan beri contoh serta minta klien menirukan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam: anjurkan klien berdiri, tarik nafas dari hidung, tahan sebentar kemudian tiupkan keluar dari mulut, lakukan sebanyak 5 kali 4. Diskusikan mengenai frekuensi latihan dan susun jadwal latihan yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi 	mandiri
--	--	-----------------------------	--	---	---------

			kemampuannya	keampuannya sendiri dan beri pujian untuk keberhasilannya	
		<p>SP 2 Klien</p> <p>1. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 2 yaitu memukul bantal atau kasur untuk mencegah perilaku kekerasan</p>	<p>1. Klien dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan cara fisik 2 yaitu memukul bantal atau kasur untuk mencegah perilaku kekerasan</p> <p>2. Klien mampu menyusun jadwal latihan cara fisik 2 yaitu pukul bantal atau kasur yang dipelajari sebelumnya serta mampu mengevaluasi keampuannya</p>	<p>1. Diskusikan dan beri contoh serta minta klien menirukan cara fisik 2 yaitu memukul bantal atau kasur</p> <p>2. Diskusikan mengenai frekuensi latihan dan susun jadwal latihan yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi keampuannya sendiri dan beri pujian</p>	<p>1. Membantu klien menentukan cara untuk dapat mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>2. Meningkatkan kemampuan dengan mendorong klien untuk mandiri</p>
		<p>SP 3 Klien</p> <p>1. Klien dapat mendemonstrasikan dengan cara social / verbal untuk mencegah perilaku kekerasan</p>	<p>1. Klien dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan cara bicara (verbal) yang baik tanpa marah, suara nada rendah dan tidak menggunakan kata kasar dalam :</p> <p>a. Meminta dengan baik</p>	<p>1. Diskusikan dan beri contoh serta minta klien menirukan cara social / verbal dengan cara yang baik :</p> <p>a. Meminta dengan baik, “permisi, saya minta tolong untuk.....”</p> <p>b. Menolak dengan</p>	<p>1. Membantu klien menentukan cara untuk dapat mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>2. Meningkatkan kemampuan dengan mendorong klien untuk mandiri</p>

			<ul style="list-style-type: none"> d. Menolak dengan baik e. Mengungkapkan perasaan dengan baik b. Klien mampu menyusun jadwal cara bicara (verbal) yang baik serta mampu mengevaluasi kemampuannya sesuai jadwal yang disusun 	<p>baik, “maaf saya tidak bisa melakukannya”</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Mengungkapkan perasaan dengan baik “saya jadi ingin marah / kesal karena....” <p>2. Diskusikan mengenai frekuensi latihan dan susun jadwal latihan yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi kemampuannya sendiri dan beri pujian untuk keberhasilannya</p>	
		<p>SP 4 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan 2. Klien mampu menyusun jadwal kegiatan ibadah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan, bantu menilai dan memilih serta minta klien mendemonstrasikan kegiatan ibadah 2. Susun jadwal yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi kemampuannya sendiri dan beri pujian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu klien menentukan cara untuk dapat mengontrol perilaku kekerasan 2. Meningkatkan kemampuan dengan mendorong klien untuk mandiri

		<p>SP 5 Klien</p> <p>1. Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan</p>	<p>1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu, manfaat obat serta mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan</p> <p>2. Klien dapat mengevaluasi kepatuhan minum obat</p>	<p>1. Diskusikan dengan klien tentang :</p> <p>a. Jenis obat : nama, besarnya, warna, waktu, cara minum</p> <p>b. Manfaat obat</p> <p>c. Proses minum obat : meminta obat, memeriksa obat, meminum obat</p> <p>2. Susun jadwal latihan yang telah dipelajari serta ajarkan klien mengevaluasi kemampuannya sendiri dan beri pujian</p>	<p>1. Membantu klien menentukan cara untuk dapat mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>2. Meningkatkan kemampuan dengan mendorong klien mandiri</p>
		<p>SP 1 Keluarga</p> <p>Keluarga mampu merawat klien perilaku kekerasan di rumah</p>	<p>1. Keluarga dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan tentang perilaku kekerasan, masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien, kondisi klien yang perlu segera dilaporkan</p>	<p>1. Jelaskan kepada keluarga mengenai perilaku kekerasan</p> <p>2. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien</p> <p>3. Diskusikan kondisi klien yang perlu segera dilaporkan</p>	<p>1. Dengan diberikannya pendidikan kesehatan tentang perilaku kekerasan, keluarga akan lebih mengerti dan mudah dalam merawat klien pada saat di rumah</p>

				kepada perawat	
		SP 2 Keluarga Keluarga mampu mengendalikan kemarahan klien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga tahu tentang marah, mampu memotivasi klien, memberikan klien pujian dengan tepat, mampu bertindak jika klien menunjukkan kekambuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan keluarga mengenai marah 2. Latih keluarga memotivasi klien melakukan tindakan yang telah diajarkan perawat 3. Ajarkan keluarga memberikan pujian jika klien melakukan kegiatan dengan tepat 4. Diskusikan bersama keluarga tentang apa yang harus dilakukan jika klien kambuh 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga akan lebih mengerti cara merawat klien dan sudah terbiasa dalam merawat klien dengan perilaku kekerasan
		SP 3 Keluarga Keluarga klien mampu membuat perencanaan pulang bersama perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mampu membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat 2. Keluarga klien mampu menjelaskan follow up klien setelah pulang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat 2. Jelaskan follow up klien setelah pulang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga akan lebih memahami aktifitas yang harus dilakukan klien saat di rumah

4.1.5 Implementasi

Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan dan keterampilan berdasarkan ilmu keperawatan serta ilmu lain yang ada kaitannya. Berdasarkan perencanaan diatas maka pelaksanaan keperawatan pada diagnosa keperawatan perilaku kekerasan dilaksanakan antara tanggal 31 Juli 2018 – 06 Agustus 2018

Klien 1 (Sdr. S)

1. Pertemuan hari ke – 1 Tanggal : 31 Juli 2018

SP 1 Pasien

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab marah
- c. Diskusikan perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan
- d. Diskusikan tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- e. Diskusikan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
- f. Diskusikan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam)

Pada pertemuan hari pertama di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah belum teratasi karena klien masih bingung. Klien dapat mengidentifikasi penyebab marah namun belum bisa mengungkapkan tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan beserta akibatnya, klien juga belum mampu mengikuti arahan untuk mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam)

2. Pertemuan hari ke – 2 Tanggal : 01 Agustus 2018

SP 1 Pasien

- a. Diskusikan perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan

- b. Diskusikan tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- c. Diskusikan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
- d. Diskusikan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam)

Pada pertemuan hari kedua di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah teratasi sebagian. Klien bisa mengungkapkan perilaku apa yang biasa klien lakukan saat marah dan apa yang dirasakan tetapi klien masih belum bisa menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam

3. Pertemuan hari ke – 3 Tanggal : 02 Agustus 2018

SP 1 Pasien

- a. Diskusikan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
- b. Diskusikan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam)

Pada pertemuan hari ketiga dilakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah teratasi. Klien bisa menjelaskan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya dan klien juga sudah bisa melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam.

4. Pertemuan hari ke – 4 Tanggal : 03 Agustus 2018

SP 2 Pasien

- a. Evaluasi mengendalikan perilaku dengan cara fisik pertama (nafas dalam)
- b. Membantu pasien dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (memukul kasur dan bantal)
- c. Menyusun jadwal kegiatan harian

Pada pertemuan hari ke-empat dilakukan intervensi sesuai dengan SP 2 Pasien, masalah teratasi sebagian. Klien sedikit lupa cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam. Klien bisa menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal / kasur.

5. Pertemuan hari ke – 5 Tanggal : 04 Agustus 2018

SP 3 Pasien

- a. Evaluasi mengendalikan perilaku dengan cara fisik pertama (nafas dalam)
- b. Membantu pasien dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (memuku kasur dan bantal)
- c. Menyusun jadwal kegiatan harian

Pada pertemuan hari ke-lima dilakukan intervensi sesuai dengan SP 2 Pasien, masalah teratasi. Klien mampu mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan yang telah diajarkan sebelumnya, klien bisa menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul / bantal kasur. Klien bisa memasukkan kegiatan tersebut ke dalam jadwal harian

6. Pertemuan hari ke – 6 Tanggal : 06 Agustus 2018

SP 3 Pasien

- a. Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara social atau verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan)
- b. Latihan untuk mengungkapkan perasaan marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
- c. Susun jadwal latihan mrngungkapkan marah secara verbal

Pada pertemuan hari ke-enam dilakukan intervensi sesuai dengan SP 3 Pasien, masalah teratasi sebagian. Klien mengingat dan dapat mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal / kasur, tetapi klien masih belum dapat mengungkapkan perasaan marahnya secara verbal.

Klien 2 (Tn. S)

1. Pertemuan hari ke – 1 Tanggal : 31 Juli 2018

SP 1 Pasien

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab marah
- c. Diskusikan perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan
- d. Diskusikan tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- e. Diskusikan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
- f. Diskusikan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam)

Pada pertemuan hari pertama di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah teratasi sebagian.Klien mau memperkenalkan dirinya, klien juga bisa menyebutkan penyebab marahnya dan perilaku kekerasan yang dilakukannya.

2. Pertemuan hari ke – 2 Tanggal : 01 Agustus2018

SP 1 Pasien

- a. Diskusikan perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan
- b. Diskusikan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
- c. Diskusikan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam)

Pada pertemuan hari kedua di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 Pasien, masalah teratasi. Klien dapat menyebutkan perasaan marah yang dirasakan, akibat dari perilaku kekerasan dan mampu menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam

3. Pertemuan hari ke – 3 Tanggal : 02 Agustus 2018

SP 2 Pasien

- a. Evaluasi mengendalikan perilaku dengan cara fisik pertama (nafas dalam)
- b. Membantu pasien dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (memukul kasur dan bantal)
- c. Menyusun jadwal kegiatan harian

Pada pertemuan hari ketiga, intervensi dilakukan sesuai dengan SP 2 Pasien, masalah belum teratasi. Pasien tidak bisa mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam. Pasien juga tidak bisa menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal / kasur

4. Pertemuan hari ke – 4 Tanggal : 03 Agustus 2018

SP 2 Pasien

- a. Evaluasi mengendalikan perilaku dengan cara fisik pertama (nafas dalam)
- b. Membantu pasien dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (memukul kasur dan bantal)
- c. Menyusun jadwal kegiatan harian

Pada pertemuan hari ke-empat, intervensi dilakukan sesuai dengan SP 2 Pasien, masalah teratasi. Klien dapat mengulang cara mengontrol perilaku

kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan mampu menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal / kasur.

5. Pertemuan hari ke – 5 Tanggal : 04 Agustus 2018

SP 3 Pasien

- a. Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara social atau verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan)
- b. Latihan untuk mengungkapkan perasaan marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
- c. Susun jadwal latihan mrngungkapkan marah secara verbal

Pada pertemuan hari ke-lima, intervensi dilakukan sesuai dengan SP 3 Pasien, masalah teratasi sebagian. Klien bisa mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal / kasur. Tetapi klien belum bisa mengungkapkan perasaan marahnya secara verbal

6. Pertemuan hari ke – 6 Tanggal : 05 Agustus 2018

SP 3 Pasien

- a. Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara social atau verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan)
- b. Latihan untuk mengungkapkan perasaan marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
- c. Susun jadwal latihan mrngungkapkan marah secara verbal

Pada pertemuan hari ke-enam, intervensi dilakukan sesuai dengan SP 3 Pasien, masalah teratasi. Klien mampu mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal / kasur serta klien mampu mengungkapkan perasaan marahnya secara verbal.

4.1.6 Evaluasi

Klien Pertama (Sdr. S)

1. Tanggal 31 Juli 2018

Evaluasi: SP1

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik dan menyebutkan namanya
- b. Klien mengatakan bahwa ia hanya marah – marah biasa saja. Klien marah tanpa sebab

Objektif :

- a. Kontak mata kurang saat diajak berbicara. Klien sering melihat kearah lain
- b. Klien menjawab pertanyaan dengan nada menggumam, terkadang juga dengan nada tinggi. Klien bercerita bahwa ia bekerja sebagai anggota gotong royong yang membenarkan genteng warga

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning :Pertahankan SP1

2. Tanggal 01 Agustus

Evaluasi: SP1

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
- b. Klien mengatakan bahwa saat ia marah sering berbicara dengan nada tinggi pada orang – orang di rumah
- c. Saat ditanya hal apa yang membuat klien marah, klien hanya menjawab “tidak apa – apa mbak, pingin marah aja”

Objektif :

- a. Kontak mata (+) saat diajak berbicara
- b. Klien masih tampak kesusahan menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Pertahankan SP1

3. Tanggal 02 Agustus

Evaluasi: SP1

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
- b. Saat ditanya tentang apa yang dapat terjadi saat klien marah, klien menjawab, “ya nanti orang – orang bisa takut sama saya, nggak mau dekat – dekat”

Objektif :

- c. Kontak mata (+) saat diajak berbicara
- d. Klien mampu mendengarkan dan menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam

Assessment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP1, lanjutkan SP 2

4. Tanggal 03 Agustus

Evaluasi: SP2

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
- b. Klien mengatakan “agak lupa” saat diminta mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam

Objektif :

- a. Kontak mata (+) saat diajak berbicara
- b. Klien mendengarkan dengan baik dan dapat menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal / kasur

Assessment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Pertahankan SP 2

5. Tanggal 04 Agustus

Evaluasi SP 2

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
- b. Klien mengatakan “bisa mbak” saat ditanya tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam

Objektif :

- a. Kontak mata (+) saat diajak berbicara
- b. Klien bisa mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan yang telah diajarkan yaitu tarik nafas dalam
- c. Klien mendengarkan dengan baik dan dapat menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal / kasur

Assessment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP 2, lanjutkan SP 3

6. Tanggal 06 Agustus

Evaluasi SP 3

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
- b. Klien mengatakan “bisa” saat diminta mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal / kasur

Objektif :

- a. Kontak mata (+) saat diajak berbicara
- b. Klien bisa mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan yang telah diajarkan yaitu memukul bantal / kasur
- c. Klien mendengarkan dengan baik dan dapat menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengungkapkan kekesalan secara verbal

Assessment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP 3, lanjutkan SP 4

Klien Kedua (Tn. S)

1. Tanggal 31 Juli 2018

Evaluasi: SP1

Subjektif :

- a. Klien menjawab namanya adalah S.H
- b. Saat ditanya kabar, pasien menjawab dngan nada menggumam
- c. Klien mengatakan bahwa iamarah kepada tetangganya karena tetangganya tidak amu membayar hutangnya sebesar RP. 50.000

Objektif :

- a. Kontak mata kurang saat diajak berbicara. Klien sering meihat kearah lain
- b. Klien menjawab pertanyaan dengan nada menggumam, terkadang juga menjawab dengan jawaban yang tidak sesuai dengan pertanyaan

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Pertahankan SP1

2. Tanggal 01 Agustus

Evaluasi: SP1

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik

- b. Saat ditanya apa yang bisa ditimbulkan saat klien marah, klien menjawab, “nanti orang – orang pada ngejauhin saya mbak, terus nanti dendam”

Objektif :

- e. Kontak mata (+) saat diajak berbicara
 f. Klien mendengarkan dan dapat menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafaa dalam

Asessment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP1, lanjutkan SP 2

3. Tanggal 02 Agustus

Evaluasi: SP 2

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
 b. Saat ditanya tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam klien mengatakan “tidak bisa”

Objektif :

- a. Kontak mata (+) saat diajak berbicara
 b. Klien mampu mendengarkan dan menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal / kasur

Asessment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Pertahankan SP 2

4. Tanggal 03 Agustus

Evaluasi: SP2

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
- b. Klien mengatakan “bisa” saat diminta mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam

Objektif :

- a. Kontak mata (+) saat diajak berbicara
- b. Klien bisa mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam
- c. Klien mendengarkan dengan baik dan dapat menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal / kasur

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP 2, lanjutkan SP 3

5. Tanggal 04 Agustus

Evaluasi SP 2

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
- b. Klien mengatakan “bisa mbak” saat ditanya tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam

Objektif :

- a. Kontak mata (+) saat diajak berbicara

- b. Klien bisa mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan yang telah diajarkan yaitu tarik nafas dalam
- c. Klien mendengarkan dengan baik dan dapat menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal / kasur

Assessment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP 2, lanjutkan SP 3

6. Tanggal 06 Agustus

Evaluasi SP 3

Subjektif :

- a. Klien menjawab kabarnya baik
- b. Klien mengatakan “bisa” saat diminta mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal / kasur

Objektif :

- a. Kontak mata (+) saat diajak berbicara
- b. Klien bisa mengulang cara mengontrol perilaku kekerasan yang telah diajarkan yaitu memukul bantal / kasur
- c. Klien mendengarkan dengan baik dan dapat menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengungkapkan kekesalan secara verbal

Assessment : Masalah teratasi

Planning : Pertahankan SP 3, lanjutkan SP 4

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil yang diperoleh saat pengkajian didapatkan bahwa 2 klien yaitu Sdr. S dan Tn. S didapatkan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang ditunjukkan klien seperti pada Sdr. S klien melakukan perilaku kekerasan dengan merusak lingkungan yaitu marah – marah sambil memecahkan kaca – kaca di rumahnya, berbicara dengan nada tinggi, klien menatap kearah lain saat diajak bicara, dan bicara dengan menggumam. Klien saat ditanya tentang pekerjaannya klien menjawab bahwa ia bekerja sebagai anggota gotong royong yang membenarkan genteng warga. Sedangkan pada klien Tn. S melakukan perilaku kekerasan yaitu marah – marah sambil membawa pisau ke tetangganya karena saat karena tidak mau membayar hutangnya sebesar RP.50.000, saat diajak berbicara terkadang klien menjawab dengan menggumam atau dengan jawaban yang tidak sesuai dengan pertanyaan. Kurangnya kontak mata. Klien juga mengatakan bahwa dia sering emosi apabila ada keinginan yang tidak segera dituruti.

Berdasarkan (Yoseph, 2014) diungkapkan beberapa teori yang memungkinkan menjadi factor predisposisi timbulnya perilaku kekerasan salah satunya merupakan factor biologic. Teori biologic neurologic factor yaitu komponen sistem syaraf synap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis memfasilitasi atau menghambat rangsangan yang mempengaruhi sifat agresi, sedangkan sistem limbik sangat terlibat dalam stimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif. Teori biologic genetik factor yaitu adanya factor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi

potensi perilaku agresif. Teori biologis *circadian rhythm* yaitu pada jam tertentu seperti jam menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan orang lebih mudah terstimulasi perilaku agresif dikarenakan peningkatan kortisol. Teori biologis *biochemistry factor* yaitu peningkatan hormone androgen dan noropinephrine serta penurunan serotonin GABA pada cairan serebrospinal vertebra menjadi factor predisposisi perilaku agresif. Teori biologis brain area disorder yaitu gangguan pada sistem limbic, sindrom otak organik, tumor otak, ensefalitis maupun epilepsy sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

Yoseph (2009) mengemukakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Fisik
 - a. Muka merah dan tegang
 - b. Mata melotot / pandangan tajam
 - c. Tangan mengepal
 - d. Rahang mengatup
 - e. Postur tubuh kaku
 - f. Jalan mondar - mandir
2. Verbal
 - a. Bicara kasar
 - b. Suara tinggi, membentak atau berteriak
 - c. Mengancam secara verbal atau fisik
 - d. Mengumpat dengan kata – kata kotor
 - e. Suara keras

- f. Ketus
3. Perilaku
- a. Melempar atau memukul benda / orang lain
 - b. Menyerang orang lain
 - c. Merusak lingkungan
 - d. Amuk / agresif
4. Emosi
- a. Tidak adekuat
 - b. Tidak nyaman dan aman
 - c. Rasa terganggu
 - d. Dendam dan jengkel
 - e. Tidak berdaya
 - f. Bermusuhan
 - g. Mengamuk
 - h. Ingin berkelahi
 - i. Menyalahkan dan menuntut
5. Intelektual
- a. Mendominasi
 - b. Cerewet
 - c. Kasar
 - d. Berdebat
 - e. Meremehkan
 - f. Sarkasme

6. Spiritual
 - a. Merasa diri berkusa dan benar
 - b. Mengkritik pendapat orang lain
 - c. Tidak peduli dan kasar
7. Social
 - a. Menarik diri
 - b. Pengasingan
 - c. Penolakan
 - d. Kekerasan
 - e. Ejekan
 - f. Sindiran
8. Perhatian
 - a. Bolos
 - b. Mencuri
 - c. Melarikan diri
 - d. Penyimpangan seksual

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh dari pengkajian didapati kesamaan dengan teori yang dipaparkan yaitu teori biologic, teori ini sesuai dengan gambaran kondisi kedua klien yang juga menderita skizofrenia yang merupakan penyakit neurologis akibat adanya kesalahan / kerusakan neurotransmitter (Yosep, 2014) sehingga memunculkan masalah keperawatan yang begitu kompleks. Pada klien pertama, Sdr. S disebabkan oleh gangguan proses piker : waham. Sedangkan

pada klien kedua, Tn. S disebabkan harga diri rendah. Sehingga memunculkan masalah inti pada kedua klien yaitu perilaku kekerasan.

4.2.2 Diagnosa

Dari hasil anamneses pada kedua klien didapatkan bahwa kedua klien mengalami masalah keperawatan yang sama, yaitu perilaku kekerasan. Akan tetapi ada beberapa perbedaan masalah lain yang muncul pada kedua klien. Seperti pada klien pertama, Sdr. S lebih banyak mengalami masalah lain seperti gangguan proses piker : waham, gangguan daya ingat sedangkan Tn. S tidak mengalami hal tersebut. Ada beberapa penyebab perbedaan munculnya masalah lain pada kedua klien.

Menurut (Yosep, 2014) tindakan kekerasan pada agresi permusuhan timbul sebagai kombinasi antara frustrasi yang intens dengan stimulus (implus) dari luar sebagai pemicu. Pada hakekatnya, setiap orang memiliki potensi untuk melakukan tindakan kekerasan. Namun ada yang mampu menghindari kekerasan walau belakangan ini semakin banyak orang cenderung berespon agresi. Ciri kepribadian (*personality trait*) seseorang sejak masa balita hingga remaja berkembang melalui tahapan perkembangan kognitif (*intelegensia*), respon perasaan dan pola perilaku yang terbentuk melalui interaksi faktor herediter, gen, karakter tempramen (*nature*) yang membentuk ciri kepribadian di masa dewasa. Pola kepribadian tersebut membentuk reflek respon pikiran dan perasaan seseorang saat menerima stimulus dari luar, khususnya saat kondisi menerima stimulus ancaman 'ancaman'. Bila reflex yang telah terpolakan berupa tindakan kekerasan, maka

saat menghadapi stimulus ‘ancaman’ respon yang muncul adalah tindak kekerasan (Muhith, 2015).

Dari beberapa teori diatas terdapat keterkaitan antara teori yang satu dengan yang lain sehingga dapat dilihat bahwa perbedaan masalah pada kedua klien dipengaruhi oleh perbedaan coping tiap – tiap individu yang membentuk cirri kepribadian kedua klien hingga masa dewasa. Terbukti dengan Sdr. S lebih banyak mengalami masalah dibandingkan dengan Tn. S

4.2.3 Intervensi

Pelaksanaan intervensi keperawatan pada kedua klien dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) dilakukan pada kedua klien, Sdr. S dan Tn. S selama 6 hari sejak tanggal 31 Juli 2018 – 06 Agustus 2018. Tindakan ini terdiri dari 5 Strategi Pelaksanaan untuk klien dan 3 Strategi Pelaksanaan untuk keluarga. Sebelum pemberian intervensi terlebih dahulu peneliti melakukan kontrak waktu dengan klien, tempat yang akan digunakan dan menyiapkan alat yang akan digunakan yaitu kertas, alat tulis, lembar pengkajian dan lembar evaluasi. Sebelum memberikan intervensi peneliti melakukan BHSP dan mengkaji karakteristik Perilaku Kekerasan klien sehingga intervensi mudah dilaksanakan. Setelah BHSP dan karakteristik Perilaku Kekerasan berhasil dikaji peneliti menyiapkan pelaksanaan intervensi. Peneliti mengajak pasien ke tempat yang sudah disepakati bersama di awal, lalu menjelaskan prosedur tindakan kepada klien, setelah klien memahami prosedur dan tujuan intervensi maka peneliti memulai untuk melaksanakan intervensi dalam bentuk strategi pelaksanaan.

Dalam (Keliat, 2010) dijelaskan mengenai SP Pasien terdiri dari SP 1 Pasien yaitu, mengidentifikasi penyebab marah klien, mengidentifikasi tanda dan gejala yang dirasakan klien, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien, mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan klien, melatih klien dengan cara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam untuk mencegah perilaku kekerasan, menganjurkan klien memasukkan cara fisik 1 ke jadwal harian kegiatan klien. SP 2 Pasien yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur dan bantal untuk mencegah perilaku kekerasan, menganjurkan klien memasukkan cara fisik 2 kedalam jadwal kegiatan harian. SP 3 Pasien yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien secara social / verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik) untuk mencegah perilaku kekerasan, menganjurkan klien memasukkan latihan secara social / verbal kedalam jadwal kegiatan harian.SP 4 Pasien yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual, menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.SP 5 Pasien yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat, menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Sedangkan SP Keluarga terdiri dari SP 1 Keluarga yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan di rumah, SP 2 Keluarga yaitu melatih keluarga melakukan cara – cara mengendalkikan kemarahan klien. SP 3 Keluarga yaitu membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

Berdasarkan penjelasan di atas, telah disusun intervensi berupa Strategi Pelaksanaan (SP) yang diberikan kepada kedua klien Sdr. S dan Tn. S yang telah disesuaikan dengan intervensi keperawatan jiwa yang telah dipaparkan sebelumnya.

4.2.4 Implementasi

Rencana tindakan keperawatan yang sudah dibuat dilaksanakan dalam bentuk fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi yang kemudian di dokumentasikan sesuai dengan tanggal pelaksanaan dan disertai tanda tangan petugas (Towsend, 2005). Peneliti telah melakukan urutan implementasi keperawatan pada kedua pasien.

Pada tanggal 31 Juli 2018 pukul 08.00 peneliti melaksanakan bina hubungan saling percaya baik pada Sdr. S maupun Tn. S. Kemudian pelaksanaan SP1P pada Sdr. S pukul 08.00 WIB yaitu membina hubungan saling percaya, menayakan tentang perilaku kekerasan, dan mendiskusikan dengan klien mengenai kebutuhan yang tidak terpenuhi. Hal ini penting dilakukan agar klien merasa nyaman dan percaya sehingga klien lebih mudah menceritakan apa yang dirasakan. Sedangkan pelaksanaan SP1P pada Sdr. S dilaksanakan dihari yang sama pukul 10.00 WIB dengan tindakan keperawatan yang sama yaitu membina hubungan saling percaya, membantu orientasi realita klien, dan mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi.

Pada SP1 P tindakan keperawatan masih belum maksimal dan belum teratasi karena kedua klien masih belum mengenal baik dengan peneliti, belum mau terbuka saat diajak berbicara tentang kehidupannya. Pada tanggal 31 Juli 2018 pukul 09.00 WIB, pada kasus Tn. I peneliti masih melaksanakan

SP1 P pasien dengan membantu orientasi realita dan mendiskusikan kebutuhan klien yang tidak terpenuhi, membantu klien memenuhi kebutuhannya dan menganjurkan pada klien untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Sedangkan pada kasus Tn. I di hari yang sama tanggal 1 Agustus 2018 pukul 08.00 WIB peneliti juga melaksanakan SP1 P dengan melaksanakan kegiatan yang sama yaitu membantu orientasi realita dan mendiskusikan kebutuhan klien yang tidak terpenuhi, membantu klien memenuhi kebutuhannya dan menganjurkan pada klien untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Kondisi kedua klien lebih tenang dari hari pertama, klien sudah mau terbuka, klien dapat mengungkapkan perasaannya, menceritakan pengalaman masa lalunya, disini peneliti menilai klien sudah mulai berbicara pada orientasi realita dan peneliti berusaha memberikan motivasi kepada klien untuk fokus terhadap pengobatan klien dan tidak menyesali apa yang sudah terjadi, meyakinkan pada klien bahwa klien masih memiliki keluarga yang selalu mendukung klien.

Pada tanggal 2 Agustus 2018, pada kasus Sdr. S dan Tn. S peneliti mulai melakukan SP2P dengan mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, berdiskusi tentang kemampuan yang dimiliki dan menganjurkan klien untuk memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Pada pelaksanaan SP2 P pasien ini, peneliti mengkaji kemampuan yang dimiliki, menuliskannya dalam jadwal kegiatan dan membantu melaksanakan jadwal tersebut. Peneliti dapat mengetahui kemampuan/ hobi dan kegemaran kedua klien dan memasukkannya kedalam jadwal kegiatan harian. Pada SP2 P tindakan keperawatan masih belum maksimal dan belum teratasi karena kedua klien

masih belum mau melakukan kemampuan atau hobi yang dimiliki klien dan mempraktekannya bersama perawat.

Pada tanggal 3 Agustus 2018 pukul 08.00 WIB peneliti masih melakukan pelaksanaan SP2 P, pada kasus Sdr. S peneliti dapat melatih kemampuan yang dimiliki klien dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang sering dilakukan setiap hari) seperti, membersihkan dan merapikan tempat tidur setelah bangun tidur secara rutin, olahraga senam pagi, mengikuti rehabilitasi, meminum obat pagi siang dan malam hari, menonton televisi. Klien tampak kooperatif dan sudah mencoba melakukan aktifitas yang terjadwal seperti mandi 2x sehari, gosok gigi sesudah dan sebelum tidur, makan dan minum obat sesuai jadwal serta berbincang-bincang dengan temannya.

Sedangkan pada kasus Tn. S dihari yang samatanggal 4 Agustus 2018 pukul 10.00 WIB peneliti dapat melatih kemampuan yang dimiliki klien dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang sering dilakukan setiap hari) seperti, membaca koran, olahraga senam setiap pagi, mengikuti rehabilitasi, meminum obat pagi siang dan malam hari, menonton televisi. Klien tampak kooperatif dan sudah mencoba melakukan aktifitas yang terjadwal seperti mandi 2x sehari, gosok gigi sesudah dan sebelum tidur, makan dan minum obat sesuai jadwal, membaca koran secara rutin serta berbincang-bincang dengan temannya.

SP 3 pasien ini dilakukan dalam waktu 2 hari karena kedua klien sudah mau dan bersedia belajar dengan peneliti. Setelah kedua klien berhasil melakukan kegiatan harian sesuai kemampuan klien, peneliti memberikan

pujian yang realistis kemudian menyarankan untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian klien.

Pada tanggal 5 dan 6 Agustus 2018 yaitu pelaksanaan SP3, dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur supaya klien mempunyai pengetahuan yang cukup tentang obat, sehingga klien mempunyai kesadaran melanjutkan pengobatan ketika sudah diperbolehkan pulang. Sebelum peneliti menjelaskan, peneliti menanyakan pada klien tentang jenis obat yang dikonsumsi setiap harinya dan fungsinya. Klien mampu menjawab meskipun dengan menggunakan bahasanya sendiri dan singkat. Klien mengerti tentang bagaimana penggunaan obat secara teratur sehingga klien mempunyai kesadaran untuk selalu minum obat teratur. Klien juga menyadari bahwasanya mengikuti program pengobatan yang teratur dan optimal itu penting untuk mendukung proses penyembuhan klien.

Selain itu, ada beberapa cara dalam menangani perubahan proses pikir : waham yaitu penanganan medis meliputi pemberian obat-obatan anti psikosa dan tindakan kejang listrik (ECT) sedangkan penanganan non medis meliputi pemberian tindakan aktifitas kelompok, terapi psikomotor, terapi keluarga, terapi spiritual, terapi okupasi dan terapi lingkungan. Rehabilitasi sebagai suatu refungsionalisme dan perkembangan klien supaya dapat melaksanakan sosialisasi secara wajar dalam kehidupan bermasyarakat (Rusdi dan Darmawan,2013). Pemberian aktivitas terjadwal pada klien untuk mengurangi resiko perubahan proses pikir: waham muncul kembali. Membimbing klien dengan membuat jadwal yang teratur akan memberikan aktivitas pada klien dengan beraktivitas secara terjadwal, klien tidak

mengalami banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan waham muncul kembali.

Pada teori tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada klien dengan waham adalah melakukan strategi pelaksanaan dengan keluarga klien, namun pada kasus ini peneliti tidak melakukannya dikarenakan keterbatasan waktu dan informasi, keluarga klien datang dan menjenguk klien namun peneliti tidak sempat bertemu dengan keluarga klien. Strategi pelaksanaan keluarga dilakukan oleh perawat jaga rumah sakit, keluarga klien sangat peduli dengan kondisi klien. Seringkali klien dijenguk 2-3 kali dalam sebulan, klien pun mengatakan rasa senang karena keluarga selalu perhatian dan menjenguknya. Peneliti juga memotivasi keadaan tersebut kepada klien supaya klien selalu bersemangat dalam menjalani pengobatannya.

Pada dasarnya penanganan waham dapat berupa pelaksanaan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan dengan cara mengorientasi realita klien, menggali kemampuan positif yang dimiliki klien dan melatih kemampuan positif tersebut selama klien dirumah sakit. Jika klien mampu melakukan kemampuan positif tersebut, maka peneliti memberikan reinforcement berupa pujian yang realistis kepada klien (Keliat, 2010). Selain itu, penanganan non medis bisa berupa pemberian terapi aktivitas kelompok, memberikan aktivitas terjadwal pada pasien, dan melibatkan keluarga dalam penanganan pasien (Stuart, 2006).

Jika membandingkan antara teori dan implementasi yang telah dilakukan peneliti, penanganan waham lebih berpusat pada pelaksanaan

strategi pelaksanaan tindakan keperawatan dan BHSP (bina hubungan saling percaya) karena dengan dua hal tersebut, klien bersedia berdiskusi dengan peneliti untuk mengorientasi realita, mengidentifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki guna dilatih oleh peneliti, sehingga mampu menjadikan klien lupa tentangwahamnya.

4.2.5 Evaluasi

Setelah diberikan intervensi dalam bentuk strategi pelaksanaan selama 6 hari dari tanggal 31 Juli – 06 Agustus, peneliti mengevaluasi pelaksanaan yang telah dilakukan yakni di dapatkan bahwa kedua klien mampu mengontrol perilaku kekerasan, hal ini dapat dilihat pada saat awal pengkajian pada klien Sdr. S kurang merespon apa yang orang lain katakan, klien menjawab pertanyaan yang diberikan dengan menggumam bahkan terkadang menjawab dengan nada tinggi, klien juga bicara non realita tentang pekerjaannya, serta menjawab pertanyaan kadang tidak sesuai dengan pertanyaan yang diajukan. Sedangkan pada klien Tn. S, klien juga merespon dengan nada menggumam, namun saat ditanya apa penyebab klien dibawa ke RSJ klien bisa menyebutkan penyebabnya, tetapi saat diajak berbicara kurang adanya kontak mata dengan klien, klien sering menatap keraha lain saat diajak berbicara.

Akan tetapi setelah mendapatkan tindakan keperawatan berupa strategi pelaksanaan (SP) selama 6 kali pertemuan dapatkan bahwa kedua klien mampu mengungkapkan perasannya, kedua klien bisa menyebutkan hal apa yang membuat klien marah serta perilaku kekerasan apa yang biasa klien lakukan saat marah, klien juga mampu mendemonstrasikan cara mengontrol

perilaku kekerasan dengan bantuan perawat. Hasil evaluasi yang dilakukan dari pemberian tindakan ini adalah masalah teratasi sebagian oleh karena itu perlu dipertahankan SP 1 – SP 5.

Evaluasi dilakukan sesuai tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses dan evaluasi formatif, dilakukan tiap selesai melaksanakan tindakan evaluasi hasil atau somatic dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan S (respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan), O (Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan), A(simpulan dari analisa ulang atas data subjektif dan objektif), P (perencanaan atau tindakan lanjut berdasarkan hasil analisa) (Keliat, 2010).

Dari hasil pemaparan di atas dan hasil evaluasi yang dilakukan dari pemberian tindakan ini masalah teratasi sebagian, oleh karena itu perlu dipertahankan SP 1 – SP 5, perkembangan klien 2, Tn. S lebih cepat daripada klien 1, Sdr. S . Namun berdasarkan kondisi objektif kedua klien menunjukan perubahan yang cukup baik yaitu berkurangnya tanda – tanda gangguan perilaku kekerasan pada klien baik Sdr. S maupun Tn. S dan peneliti telah memberikan implementasi yaitu SP 1 – SP 5 sesuai intervensi yang direncanakan, hal ini membuktikan bahwa tindakan ini secara keseluruhan dapat dikatakan kurang berhasil.