

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi serangkaian Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Risiko Perilaku Kekerasan pada Tn. M dengan gangguan psikotik akut yang merupakan hasil kerja nyata yaitu penelitian secara nyata di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pembahasan ini akan memuat serangkaian proses keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun dan menentukan intervensi keperawatan, mengimplementasikan intervensi yang telah disusun dan ditentukan, hingga evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Menur Surabaya yang terletak di jalan Raya Menur No 120 Kelurahan Kertajaya, Kecamatan Gubeng, Kota Surabaya, Jawa Timur, Indonesia dengan kapasitas saat ini sebanyak 286 tempat tidur. Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pertama kali berdiri pada tahun 1923, terletak di jalan Karang Tembok Surabaya dengan kapasitas 100 Tempat tidur, yang kemudian pada tahun 1977 berpindah tempat hingga saat ini.

4.1.2 Pelayanan dan Fasilitas Rumah Sakit

Pelayanan kesehatan yang tersedia RSJ Menur saat ini adalah Instalasi Gawat Darurat (IGD) 24 jam, Instalasi Rawat Jalan (Poli Jiwa Dewasa, Poli Psikogeriatri, Poli Gangguan Mental Organik, Poli Umum Spesialis, Poli Tumbuh Kembang Anak dan Remaja, Poli Psikologi),

Instalasi Rawat Inap (Rawat Inap Jiwa Paviliun Pria dan Wanita (Puri Anggrek), Rawat Inap Jiwa Kelas II Pria dan Wanita (Puri Mitra), Rawat Inap Jiwa Kelas III Pria (Gelatik, Kenari) dan Wanita (Flamboyan), Rawat Inap Psychiatric Care (Wijaya Kusuma), Rawat Inap Jiwa Intensif Pria dan Wanita, Rawat Inap Gangguan Mental Organik, Rawat Inap Forensik (Visum et Repertum), Instalasi NAPZA, Pelayanan Penunjang (Laboratorium Patologi Klinik, *ECT, EEG & Brainmapping*, Fisioterapi, X-ray, EKG, *Echocardiografi*, Farmasi, Konsultasi kesehatan lingkungan), Rehabilitasi Medik dan Mental Psikososial, Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Infeksi, Instalasi Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian, Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat dan PKRS, Instalasi IT dan Casemix, RSJ Menur juga melayani Konsultasi *Telemedicine*.

4.1.3 Kasus Gangguan Jiwa

Didapatkan data klien di Rumah sakit Jiwa Menur Surabaya dengan total 1.299 klien yang terdata pada bulan Januari hingga April 2021, dengan kategori klien halusinasi 617 (47,5) klien perilaku kekerasan 286 (22,02%), klien isolasi sosial 164 (12,62%), klien harga diri rendah 108 (8,31%), klien defisit perawatan diri 53 (4,06%), klien gangguan citra tubuh 32 (2,5%), klien waham 29 (2,23%), dan klien risiko bunuh diri 10 (0,76%).

4.1.4 Pengkajian

1. Identitas Klien

Klien berinisial Tn. M berusia 30 tahun dengan nomor rekam medis 01 – xx – xx . Tn. M mulai dirawat pada tanggal 02 Desember 2022 di ruang

rawat inap gelatik kamar nomor 3. Penulis melakukan pengkajian dimulai pada tanggal 6 Desember 2022.

2. Alasan Masuk

Klien dikirim oleh petugas Satpol PP, klien tidak mempunyai tempat tinggal dan tidak dapat ditemukan keberadaan keluarganya. berdasarkan kesaksian warga sekitar, klien 1 bulan keluyuran di pasar. Klien suka mengambil barang – barang milik orang lain, jika diingatkan klien marah – marah dan mengancam, klien mengatakan pernah jatuh 3 bulan yang lalu. Saat dikaji, klien mengatakan merasa bingung, tidak tahu terkait kondisinya, mata melotot, pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan menarik diri dan perasaannya ingin mengamuk. Klien tidak kooperatif dan bicaranya melantur.

3. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu

Tidak terkaji, menurut sumber data yang didapatkan klien baru pertama kali masuk dan dirawat di Rumah Sakit Jiwa.

2) Pengobatan Sebelumnya

Tidak ada riwayat pengobatan sebelumnya.

3) Pengalaman

Berdasarkan rekam medis klien pernah melakukan tindakan kriminal berupa mencuri barang – barang milik orang lain di pasar sehingga keberadaan klien ditolak oleh warga sekitar dan pernah jatuh 3 bulan yang lalu.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa :

Data tidak terkaji dikarenakan klien tidak memiliki keluarga.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

Klien pernah melakukan tindakan kriminal yaitu mengambil barang – barang di pasar, klien pernah jatuh 3 bulan lalu.

Masalah Keperawatan : Respon pasca trauma

4. Pemeriksaan Fisik :

Pada pemeriksaan fisik yang dilakukan tanggal 06 Desember 2022, didapatkan hasil :

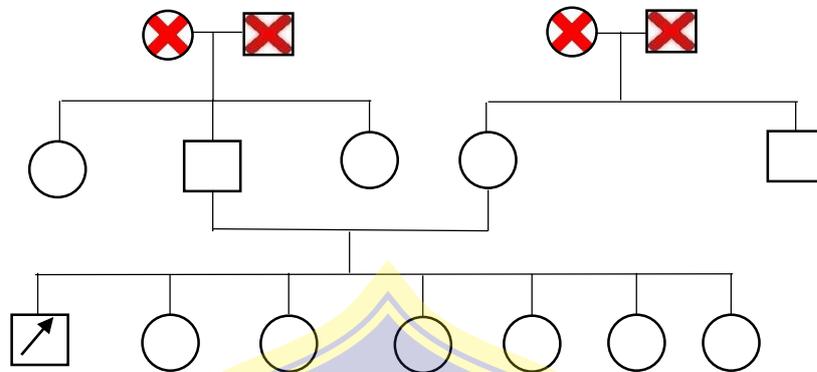
Tabel 4.1 Pemeriksaan Fisik

| No | Pemeriksaan | Hasil |
|----|---------------------------|---|
| 1 | Tanda – Tanda Vital (TTV) | Tekanan darah : 120/80 mmhg Nadi : 100x/menit Suhu : 36,5°C Pernafasan : 20x/menit |
| 2 | Ukur | Tinggi Badan : 164 cm Berat Badan : 65 kg |
| 3 | Keluhan Fisik | Pada saat dikaji klien mengatakan pusing, merasa kedinginan, dan badannya sakit semua. |
| 4 | Keadaan Umum | Data Obyektif yang didapatkan penulis ketika mengkaji adalah kondisi klien tampak lusuh, mata merah, kuku klien panjang dan kotor, klien terus memakai masker yang sudah lusuh dan kotor, klien selalu menghindar dan menarik diri. |

Masalah Keperawatan : Gangguan rasa nyaman

5. Psikososial

1) Genogram



Gambar 4.1 Genogram

Keterangan :

- : Perempuan
- : Laki – laki
- ⊗ : Meninggal
- : Klien

Klien dibawa oleh petugas dinas sosial dikarenakan keluyuran di pasar serta suka mengambil barang milik orang lain, klien tidak punya tempat tinggal dan keluarga.

Data tidak dapat divalidasi dikarenakan klien mengalami gangguan memori

2) Konsep diri :

a. Gambaran diri

Klien mengatakan tidak merasa ada masalah pada tubuhnya, hanya merasa sakit semua dan kedinginan.

b. Identitas

Klien berinisial Tn. M dengan gangguan memori mengatakan berjenis kelamin laki – laki, mengatakan tidak ingat dimana tempat tinggalnya, namun terkadang klien mengingat bahwa berasal dari Jawa Tengah, klien tidak ingat agamanya namun terkadang mengingat bahwa agamanya Islam, klien mengatakan tidak punya pekerjaan. Klien mengatakan mempunyai keluarga, namun tidak ingat siapa nama – nama keluarganya.

c. Peran

Klien mengatakan tidak ingat siapa dirinya di keluarganya.

d. Ideal diri

Klien mengatakan keinginannya hanya ingin keluar dari Rumah Sakit, namun tidak tahu alasannya dan tujuan setelah keluar dari Rumah Sakit.

e. Harga diri

Klien mengatakan hidupnya sendiri saja, klien mengatakan tidak ada sesuatu berharga baginya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3) Hubungan Sosial

Hubungan klien dengan warga sekitar sebelumnya tidak baik karena klien suka marah dan mengancam. Ketika diamati, didapati klien tidak suka keramaian, tidak mau berbaur, selalu menarik diri dan sulit diajak berbicara.

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

4) Spiritual

Klien sering lupa ketika ditanya apakah agamanya, klien tidak pernah sholat dan lupa cara berdzikir, namun terkadang klien mengingat agamanya dan tau cara berdzikir.

Masalah Keperawatan : Distress spiritual

6. Status Mental

1) Penampilan

Pada saat pengkajian, kondisi klien tidak rapi. Klien selalu menggunakan masker yang sudah lusuh dan kotor, ketika diganti dengan masker yang baru klien tetap menggunakan masker yang kotor. Kuku klien panjang dan kotor, dan mengeluh rambutnya gatal.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2) Pembicaraan

Klien tidak mampu memulai pembicaraan ketika diajak berbicara, nada suaranya keras, apa yang dikatakan terkadang tidak nyambung, dan klien lebih banyak diam ketika ditanya.

Masalah Keperawatan : Gangguan komunikasi Verbal

3) Aktivitas Motorik

Klien terlihat gelisah dan terkadang mondar – mandir

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan merasa khawatir, perasaannya tidak tenang, merasa bingung, dan pandangannya kemana – mana.

Masalah Keperawatan : Ansietas

5) Afek

Emosi klien terlihat labil,emosinya tidak menentu. Sering kali berubah – ubah, terkadang senang dan terkadang marah.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

6) Interaksi Selama Wawancara

Klien tidak kooperatif dan mudah tersinggung, ketika diajak untuk bertemu klien selalu menghindar, nada suara klien keras.

Masalah Keperawatan : Gangguan komunikasi verbal

7) Persepsi Halusinasi

Klien mengatakan sering melihat sosok laki – laki dan perempuan yang sebenarnya tidak ada. Klien melihatnya sebanyak 1-2 kali sehari pada siang dan malam hari, klien mengatakan tidak tau cara menghadapi sosok tersebut.

Masalah Keperawatan : Halusinasi (Penglihatan)

8) Proses Pikir

Klien sering tiba – tiba terdiam, ketika ditanya menjawab tidak tahu.

Masalah Keperawatan : Blocking

9) Isi Pikir

Klien mengatakan bingung, pikirannya kemana - mana sehingga tidak bisa fokus, klien mengalami gangguan memori.

Masalah keperawatan : Gangguan proses pikir

10) Tingkat Kesadaran dan Disorientasi

Klien mengatakan bahwa klien bingung sedang ada dimana. Klien mengatakan ia tidak tahu bahwa saat ini sedang berada di Rumah

Sakit. Klien dapat membedakan pagi, siang, dan malam, namun terkadang klien belum bisa membedakan mana yang nyata atau tidak. Klien selalu menarik diri, ketika di kamar klien suka mencari tempat yang sepi dan jauh dari teman – temannya. Klien menghabiskan waktunya hanya untuk tidur dan makan, ketika diajak berbicara suka menghindar.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

11) Memori

Klien mengalami gangguan daya ingat pendek ataupun panjang, klien terkadang lupa namanya, agamanya, keluarganya. Klien juga tidak ingat dimana tempat tinggalnya, menganggap pasar adalah tempat tinggal sebenarnya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Memori

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien tidak mampu berkonsentrasi dan mudah beralih, jawaban yang diberikan tidak sesuai dengan yang dipertanyakan. Klien terkadang mampu berhitung, terkadang lupa.

Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir

13) Kemampuan penilaian

Klien mudah untuk diajari dan dinasehati, hanya saja klien butuh pendekatan terlebih dahulu.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14) Daya Tilik Diri

Klien mengetahui bahwa dirinya sedang sakit dan klien masih ingat yang membawanya adalah segerombolan laki – laki, yang dimaksud adalah petugas Dinas Sosial.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

7. Kebutuhan Pulang

1) Kemampuan klien memenuhi/menyediakan kebutuhan

Klien merupakan pasien yang dikirim oleh petugas Satpol PP yang tidak memiliki pekerjaan, rumah, dan keluarga sehingga, klien tidak mampu memenuhi kebutuhan makannya, pakaian, transportasi, tempat tinggal, dan uang. Klien juga tidak dapat terjamin keamanan dan kesehatannya.

Masalah Keperawatan : Ketidakberdayaan

2) Kegiatan Hidup Sehari – hari

a. Perawatan Diri

Klien belum mampu merawat dirinya sendiri, seperti makan, mandi, menjaga kebersihan, dan anti pakaian. Klien masih harus diberi arahan untuk merawat dirinya.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

b. Nutrisi

Klien mengatakan sudah puas dengan porsi makannya, namun setiap makan klien mencari tempat makan yang sepi sebab klien mengalami kerusakan interaksi sosial. Klien mengatakan makan 3x

sehari dengan porsi yang sudah disediakan, tidak ada pantangan makanan atau minuman.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

c. Tidur

Klien mengatakan tidurnya bermasalah, klien belum merasa segar dan puas walaupun tidurnya sudah banyak. Klien tidur sebanyak lebih dari 8 jam perhari. Klien mengatakan tidurnya cukup terbantu ketika mengkonsumsi obat yang diberikan, sebab klien sering terbangun saat tidur dan gelisah saat tidur.

Masalah Keperawatan : Gangguan pola tidur

3) Kemampuan Klien

Klien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, klien belum mampu mengantisipasi kebutuhannya sendiri serta masih membutuhkan arahan, mulai dari membuat keputusan, minum obat, serta melakukan pemeriksaan kesehatan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4) Sistem Pendukung

Klien mengatakan memiliki keluarga dan sekelompok teman di pasar, namun pihak Rumah Sakit tidak bisa menemukan keluarganya. Klien dirawat oleh tenaga kesehatan terlatih dan professional di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5) Apakah klien menikmati kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Klien mengatakan suka memancing.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

8. Mekanisme Koping

Klien menunjukkan respon perilaku maladaptive, klien suka menghindar dan mengatakan perasaannya ingin ngamuk.

Masalah Keperawatan : Koping individu tidak efektif

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

a. Masalah dengan dukungan sekelompok, spesifik

Klien mengatakan tidak ada dukungan dari orang – orang terdekat.

b. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Klien mengatakan merasa tidak cocok dengan lingkungannya

c. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Klien mengatakan tidak ingat kapan dan dimana terakhir sekolah, dan apa riwayat pendidikan terakhirnya.

d. Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan.

e. Masalah dengan perumahan, spesifik

Klien mengatakan memiliki tempat tinggal, namun lupa alamatnya.

Klien ditemukan berkeliaran di pasar dan tidak punya tempat tinggal.

f. Masalah ekonomi, spesifik

Klien mengatakan tidak mempunyai penghasilan, mendapatkan uang dari orang – orang yang memberi.

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Klien mendapatkan perawatan intensif oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Masalah Keperawatan : Ketidakberdayaan

10. Pengetahuan Kurang Tentang

Klien tidak mengerti tentang penyakit jiwa, faktor presipitasi, dan mekanisme kopingnya, klien juga tidak mengetahui tentang manfaat obat – obat yang diminumnya.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

4.1.5 Data Lain – Lain

Pemeriksaan Swab Antigen hasil negatif (-)

4.1.6 Aspek Medik

a. Diagnosa Medik : F23.9 Gangguan Psikotik Akut dan Sementara, Tidak Spesifik

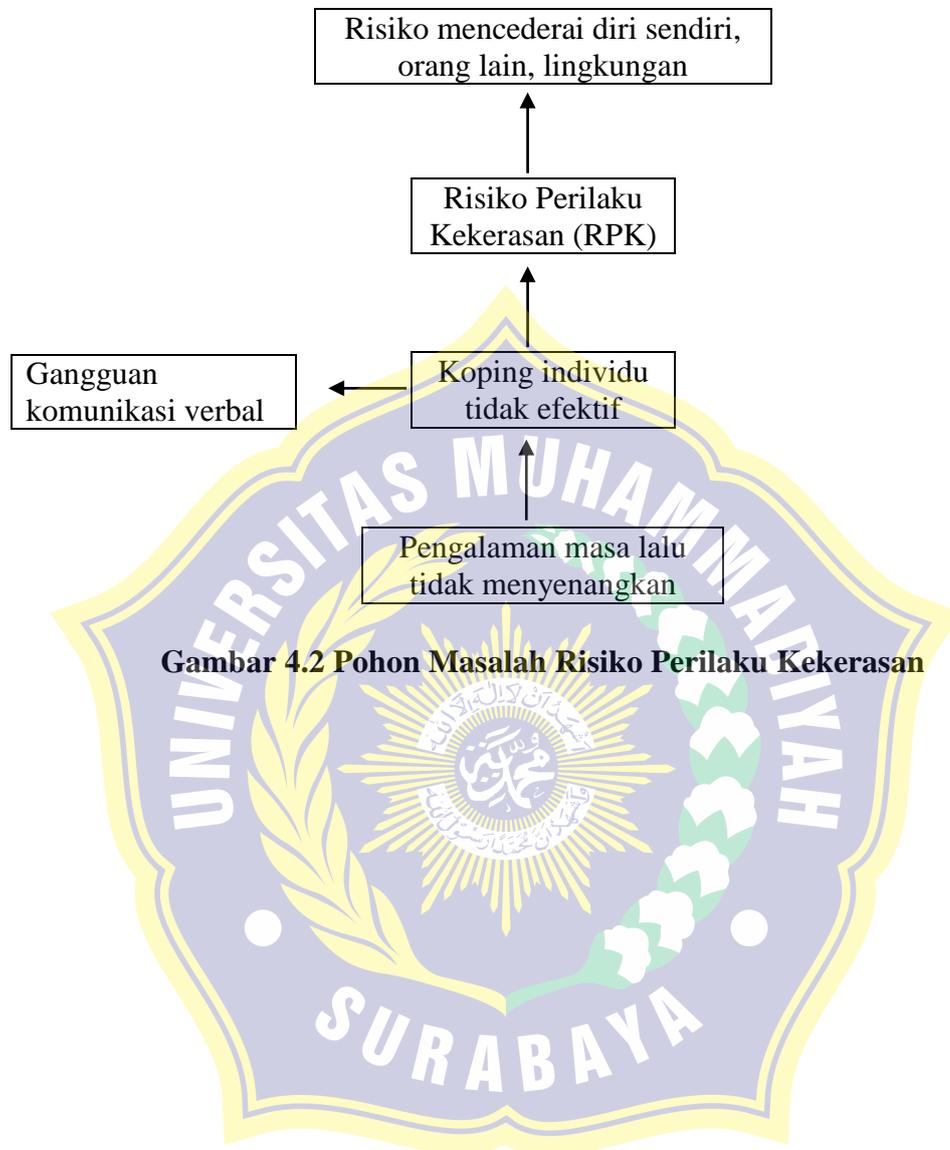
b. Terapi Medik :

- Rehab Medik
- Risperidone 2x2 mg

4.1.7 Daftar Masalah Keperawatan

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Halusinasi (Penglihatan)
3. Isolasi Sosial
4. Defisit Perawatan Diri
5. Defisit Pengetahuan
6. Disstress Spiritual

4.1.10 Pohon Masalah



Gambar 4.2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan

4.1.11 Intervensi Keperawatan

Nama Klien : Tn. M
 NIRM : 01 – xx – xx
 Ruang : Gelatik

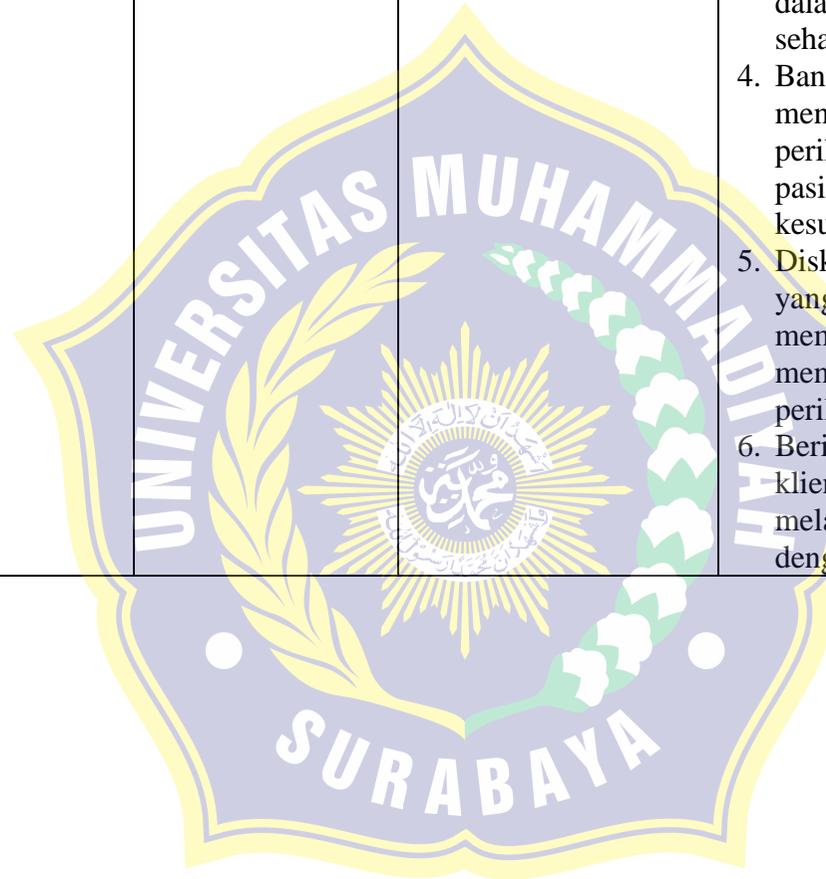
Nama Mahasiswa : Firda Mayangsari
 Institusi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan Jiwa Pada Klien

| No | Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | Tindakan Keperawatan | Rasional |
|----|--------------|---------------------------|---|--|---|--|
| | | | Tujuan | Kriteria hasil | | |
| 1 | 06 – 12 – 22 | Risiko Perilaku Kekerasan | <p>Tujuan Umum :</p> <p>1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>Tujuan Khusus :</p> <p>1) Klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</p> <p>2) Klien mampu mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan</p> | <p>Setelah dilakukan 4 kali pertemuan, diharapkan klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Klien mau memperkenalkan dirinya, mau bertatap muka, menjawab pertanyaan, dan berjabat tangan.</p> <p>2) Klien mampu memahami terkait penyakitnya (tanda dan gejala, penyebab, proses,</p> | <p>1. Identifikasi pengetahuan dan pemahaman klien terkait penyakitnya (Tanda dan gejala, penyebab, proses, dampak, dan solusi)</p> <p>2. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara :</p> <p>a. Latihan fisik 1 : Tarik nafas dalam (Teknik Relaksasi)</p> <p>b. Latihan fisik 2 : Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.</p> | <p>1. Untuk mengkaji pemahaman klien terkait penyakitnya dan menentukan langkah – langkah keperawatan jiwa sesuai kebutuhan klien.</p> <p>2. Agar klien dapat mengatasi rasa marahnya tanpa merusak/menyakiti diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.</p> <p>3. Agar klien terbiasa dengan latihan yang diajarkan dan menerapkan setiap saat klien merasa marah.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|
| | | | <p>3) Klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan</p> <p>4) Klien mampu memahami akibat dan dampak dari perilaku kekerasan</p> | <p>dampak, dan solusi)</p> <p>3) Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengontrol perilaku kekerasan.</p> <p>4) Klien mampu melakukan latihan fisik : memukul bantal atau kasur untuk mengontrol rasa marahnya.</p> <p>5) Klien mampu mengungkapkan perasaannya, menolak, dan meminta dengan cara bicara yang baik.</p> <p>6) klien mampu mengontrol amarahnya dengan cara spiritual : wudhu, berdzikir, sholat, dan berdoa serta dapat patuh dan disiplin minum obat.</p> | <p>c. Latihan secara verbal : latih klien bicara dengan baik (Mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik).</p> <p>d. Latihan secara spiritual : Latih klien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan cara spiritual (wudhu, berdzikir, sholat, berdoa,).</p> <p>e. Latihan patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar Identitas, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar manfaat, benar informasi dan benar dokumentasi).</p> | <p>4. Agar dapat memudahkan proses terapi penyembuhan klien.</p> <p>5. Agar klien memahami mekanisme koping dirinya ketika marah.</p> <p>6. Meningkatkan rasa percaya diri klien dan agar klien merasa dihargai.</p> |
|--|--|--|---|---|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <ol style="list-style-type: none">3. Bimbing klien memasukkan latihan yang diajarkan ke dalam jadwal kegiatan sehari – hari.4. Bantu klien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.5. Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.6. Beri pujian kepada klien setiap selesai melakukan latihan dengan baik. | |
|--|--|--|--|--|---|--|



| No | Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | Tindakan Keperawatan | Rasional |
|----|--------------|---------------------------|---|--|---|--|
| | | | Tujuan | Kriteria hasil | | |
| 2 | 06 – 12 – 22 | Risiko Perilaku Kekerasan | <p>Tujuan Umum :</p> <p>1) Keluarga mampu merawat klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan sesuai kebutuhan.</p> <p>Tujuan Khusus :</p> <p>1) Keluarga mampu memahami apa yang dimaksud risiko perilaku kekerasan.</p> <p>2) Keluarga dapat memahami penyebab risiko perilaku kekerasan.</p> <p>3) Keluarga dapat memahami dan mengidentifikasi</p> | <p>Setelah dilakukan 3 kali pertemuan, diharapkan keluarga dapat merawat klien dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Keluarga mampu menyebutkan masalah yang dihadapi saat merawat klien.</p> <p>2. Keluarga dapat menyebutkan terkait penyakit yang diderita klien (Tanda dan gejala, penyebab, proses, dan dampak)</p> <p>3. Keluarga dapat memahami dan mempraktikkan latihan yang diajarkan.</p> <p>4. Keluarga dapat mempraktikkan</p> | <p>1) Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.</p> <p>2) Menjelaskan pengertian risiko perilaku kekerasan, penyebab, proses, tanda, dan gejala perilaku kekerasan.</p> <p>3) Mendiskusikan cara merawat klien risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat sesuai kebutuhan klien.</p> <p>4) Melatih keluarga cara merawat klien dengan</p> | <p>1. Agar mempermudah perawat membantu keluarga mengatasi masalah.</p> <p>2. Agar dapat mempermudah keluarga mengidentifikasi penyakit yang diderita klien.</p> <p>3. Agar keluarga dapat merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan sesuai kebutuhan klien.</p> <p>4. Agar perawat dapat mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien.</p> <p>5. Agar klien merasa nyaman dan segera pulih.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | <p>tanda dan gejala perilaku kekerasan.</p> <p>4) Keluarga mampu memahami cara merawat pasien risiko perilaku kekerasan.</p> | <p>secara langsung merawat klien.</p> <p>5. Keluarga dapat mengidentifikasi tanda dan gejala berulang yang perlu segera di bawa ke pelayanan kesehatan terdekat.</p> | <p>risiko perilaku kekerasan.</p> <p>5) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk berpartisipasi menciptakan suasana keluarga yang nyaman</p> <p>6) Mengurangi stressor di lingkungan klien dan memberi motivasi pada klien.</p> <p>7) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan berulang dan rujuk segera.</p> <p>8) Sarankan melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.</p> | <p>6. Agar tidak terjadi perilaku kekerasan/perilaku kekerasan berulang.</p> <p>7. Agar tidak terjadi tanda dan gejala, serta dampak yang lebih parah.</p> <p>8. Agar kondisi klien terpantau oleh tenaga kesehatan terlatih.</p> |
|--|--|--|--|--|---|---|

Tabel 4.4 Intervensi Keperawatan Jiwa Pada Keluarga

4.1.12 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Jiwa

Nama Klien : Tn. M
 NIRM : 01 – xx – xx
 Ruang : Gelatik

Nama Mahasiswa : Firda Mayangsari
 Institusi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Jiwa

| Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|--------------|---------------------------|--|--|-------|
| 06 – 12 – 22 | Risiko Perilaku Kekerasan | <ol style="list-style-type: none"> Bina hubungan saling percaya Mendiskusikan perasaannya terhadap kondisi dan penyakitnya Mendiskusikan tanda,gejala, dan akibat perilaku kekerasan. Mendiskusikan cara mengatasi rasa marah klien. SP1 Klien : <ol style="list-style-type: none"> Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 : Teknik Nafas Dalam dengan tahapan menjelaskan, mencontohkan cara, dan memberi kesempatan pada klien untuk mencontohkan | S : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya. Klien mengatakan perasaannya ingin marah dan bingung. Klien mampu memahami dan mencotohkan latihan yang diberikan. Klien mengatakan rasa marahnya sedikit berkurang ketika menerapkan latihan yang diberikan. O : <ul style="list-style-type: none"> Klien masih menghindari ketika ditemui. Klien terkadang masih menggunakan nada yang keras ketika berbicara. | Firda |

| | | | | |
|--------------|---------------------------|---|---|-------|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 2. Membimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal sehari-hari. 3. Memberi pujian kepada klien setelah melakukan latihan yang diberikan. | <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih menghardik. - TTV TD : 120/80 mmhg N : 100x/menit S : 36,4 °C RR : 20x/menit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 1 Tercapai - SP 2 Risiko Perilaku kekerasan <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien : Latihan relaksasi nafas dalam 3x/ hari - Perawat : Latih klien cara mengontrol marah dengan latihan fisik 2 (Memukul bantal/kasur) | |
| 08 – 12 – 22 | Risiko Perilaku Kekerasan | <p>SP 2 Klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang bertambah 2. Mengevaluasi latihan fisik 1 : Teknik Nafas Dalam 3. Menunjukkan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 2 : Memukul bantal/kasur 4. Membimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal sehari-hari 5. Memberi pujian kepada klien setelah melakukan latihan yang diberikan. | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan apa yang sudah diajarkan diterapkan ke jadwal sehari – hari - Klien mengatakan perasaannya lebih baik setelah menerapkan latihan yang diberikan - Klien mengatakan saat ini perasaannya sedang baik – baik saja. - Klien bertanya kapan pulang - Klien mengatakan masalah yang dirasakan tidak bertambah. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mulai mau diajak bicara - Pembicaraan klien terkadang tidak nyambung. - Ekspresi klien masih datar | Firda |

| | | | | |
|-------------|---------------------------|--|---|-------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Klien belum mau berjabat tangan - TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 120/70 mmhg N : 85x/menit S : 36,5°C RR : 20x/menit A : <ul style="list-style-type: none"> - SP2 Tercapai - SP3 Risiko Perilaku Kekerasan P : <ul style="list-style-type: none"> - Klien : Latihan fisik 2 memukul bantal/kasur 3x/hari - Perawat : Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu mengungkapkan dan menolak dengan baik | |
| 9 – 12 – 22 | Risiko Perilaku Kekerasan | <p>SP3 Klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang bertambah 2. Mengevaluasi latihan pertama dan kedua : latihan teknik relaksasi nafas dalam, latihan fisik memukul bantal/kasur 3. Menunjukkan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal : menolak, dan mengungkapkan dengan baik | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada masalah lain yang dirasakan. - Klien bertanya kapan pulang - Klien menyebutkan dan mencontohkan latihan – latihan yang sudah diberikan. - Klien mulai mengerti kondisinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah mau diajak berbicara lama - Klien tidak lagi menghindar | Firda |

| | | | | |
|--------------|---------------------------|---|--|-------|
| | | <p>4. Membimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal sehari-sehari</p> <p>5. Memberi pujian kepada klien setelah melakukan latihan yang diberikan</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Klien mulai berbaur dengan temannya dan mengikuti kegiatan - Klien mau diajak bersalaman. - TTV TD : 110/80 mmhg N : 82x/menit S : 36,5°C RR : 20x/menit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP3 Tercapai - SP3 dan SP4 Risiko Perilaku Kekerasan <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien : Latihan menolak dan mengungkapkan dengan bicara yang baik 2x/hari - Perawat : Latih klien cara mengontrol marah dengan latihan cara spiritual dan patuh minum obat dengan 8 benar. | |
| 11 – 12 – 22 | Risiko Perilaku Kekerasan | <p>SP4 Klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang bertambah 2. Mengevaluasi latihan pertama, kedua, dan ketiga : Teknik relaksasi nafas dalam, latihan | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada masalah lain yang dirasakan - Klien bertanya kapan pulang - Klien dapat menyebutkan dan mencontohkan latihan – latihan yang diberikan - Klien mengatakan perasaannya saat ini sedang baik – baik saja. | Firda |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>memukul bantal/kasur, menolak dan mengungkapkan dengan baik</p> <p>3. Menunjukkan dan Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual : Berdzikir, sholat, berdoa, berwudhu.</p> <p>4. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat dengan benar menggunakan 8 prinsip benar : benar Identitas, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar manfaat, benar informasi dan benar dokumentasi).</p> <p>5. Membimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal sehari-sehari</p> <p>6. Memberi pujian kepada klien setelah melakukan latihan yang diberikan</p> | <p>- Klien mengatakan obatnya selalu diminum dengan baik.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat lebih aktif mengikuti kegiatan - Klien mulai mau banyak bercerita walaupun terkadang masih tidak nyambung - Klien ingat agamanya dan mampu istighfar. - Klien dapat minum obat dengan baik sesuai yang diajarkan. <p>- TTV</p> <p>TD : 110/80 mmhg</p> <p>N : 80x/menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>RR : 19x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat minum obat dengan baik <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP4 dan SP5 tercapai <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 5x/hari dan dengan cara patuh minum obat dengan benar 2x/hari. - Perawat : Intervensi dihentikan. |
|--|--|---|--|

Keterangan Tambahan : Intervensi pada keluarga tidak diimplementasikan dikarenakan klien tidak memiliki keluarga

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Klien berada di Rumah Sakit Jiwa Menur dibawa oleh petugas Satpol PP karena suka mengambil barang – barang milik orang lain di pasar namun ketika diingatkan klien marah – marah dan mengancam sehingga mengganggu ketentraman orang lain. Data dari rekam medis klien didapati bahwa klien keluyuran di pasar selama satu bulan dan suka mengambil barang – barang milik orang lain, marah – marah, dan mengancam.

Penulis melakukan pengkajian kepada klien dimulai pada tanggal 6 desember 2022, pada pengkajian ditemukan beberapa keluhan utama klien masuk yaitu marah – marah dan mengancam. Saat pengkajian berlangsung, tanda tersebut masih ada. Tanda dan gejala lain yang ditemukan yaitu secara obyektif klien mengatakan perasaannya ingin marah, klien menghardik, mengumpat, bicara keras dan kasar, mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan menarik diri. Sedangkan secara subjektif antara lain klien menyatakan tidak senang, menyalahkan orang lain, merasa gagal dan tidak percaya diri, suka mengejek orang lain, dan suka meminta hal yang tidak realistis.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Keliat, dkk (2019) berikut tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan. Tanda mayor mengatakan kesal, ingin menyakiti diri sendiri, orang lain dan lingkungan, mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, gelisah, mondar – mandir, nada bicara keras. Tanda minor seperti wajah merah, postur tubuh kaku, menunjukkan sikap bermusuhan, dan menarik diri.

Masalah lain yang ditemukan yaitu gangguan persepsi sensori (penglihatan) yang ditandai dengan klien mengatakan sering melihat sosok laki-laki dan perempuan yang sebenarnya tidak ada. Klien melihatnya sebanyak 1 - 2 kali sehari pada siang dan malam hari, klien mengatakan tidak tau cara menghadapi sosok tersebut.

Menurut penelitian (Rabba et al., 2014), perilaku kekerasan pada klien dipengaruhi kemampuan klien dalam mengontrol halusinasinya. Halusinasi bersifat menakutkan dan menjadi lebih rumit. Klien akan mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya sehingga sensorinya terganggu, halusinasinya berubah mengancam, memerintah, memarahi, dan menakutkan apabila tidak mengikuti maka klien akan merasa terancam.

Isolasi sosial yang ditandai dengan klien suka menghindar dan mengasingkan diri dari orang lain. Klien enggan diajak berbicara, tidak mau mengikuti kegiatan, makan terpisah, dan kesehariannya hanya digunakan untuk tidur.

Menurut Yosep (2011), bahwa pada tanda dan gejala klien risiko perilaku kekerasan menunjukkan bahwa klien menarik diri dari lingkungannya.

Defisit perawatan diri yang ditandai dengan penampilan klien kurang baik. Klien mengatakan rambutnya gatal, kuku klien panjang dan kotor namun klien menolak untuk memotong kuku, dan masker yang digunakan sudah sangat kotor. Penulis telah memfasilitasi klien dengan memberikan masker yang baru namun klien tidak mau menggunakan dan tetap menggunakan masker yang kotor tersebut.

Menurut Muhith (2015), bahwa penampilan klien risiko perilaku kekerasan antara lain rambut berantakan dan malas berganti pakaian.

Berdasarkan uraian di atas terdapat persamaan antara tanda dan gejala Tn.M dengan tinjauan teori yang ada. Penulis berpendapat bahwa tanda dan gejala yang ditunjukkan Tn. M sesuai dengan tanda dan gejala yang ada di psittik akut dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan.

Berdasarkan hasil analisa data di atas, diagnosis keperawatan Tn. M adalah risiko perilaku kekerasan dengan gejala secara subjektif antara lain klien menyatakan tidak senang, menyalahkan orang lain, merasa gagal dan tidak percaya diri, suka mengejek orang lain, dan suka meminta hal yang tidak realistis. Sedangkan gejala objektif antara lain klien mengatakan perasaannya ingin marah, klien menghardik, mengancam, mengumpat, bicara keras dan kasar, mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan menarik diri.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosis yang sudah ditetapkan, maka intervensi keperawatan yang diberikan untuk Tn. M adalah asuhan keperawatan berupa latihan dan terapi yaitu, yang pertama, Identifikasi pengetahuan dan pemahaman klien terkait penyakitnya (Tanda dan gejala, penyebab, proses, dampak, dan solusi). Kedua, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1: Tarik nafas dalam (Teknik Relaksasi), latihan fisik 2: Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan, latihan secara verbal: latih klien bicara dengan baik (Mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik), latihan secara spiritual: Latih klien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan cara

spiritual (wudhu, berdzikir, sholat, berdoa,), latihan patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar Identitas, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar manfaat, benar informasi dan benar dokumentasi). Ketiga, bimbing klien memasukkan latihan yang diajarkan ke dalam jadwal kegiatan sehari – hari. Kelima, Bantu klien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan. Keenam, diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan. Tak lupa beri pujian kepada klien setiap selesai melakukan latihan dengan baik.

Klien belum pernah diberikan tindakan SP, ini adalah gangguan jiwa yang pertama dan efektif dilakukan kepada klien dengan risiko perilaku kekerasan.

Tindakan keperawatan yang efektif untuk klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah yang pertama, identifikasi pengetahuan dan pemahaman klien terkait penyakitnya (tanda dan gejala, penyebab, proses, dampak, dan solusi). Yang kedua, latih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara: Latihan fisik : Tarik nafas dalam (Teknik Relaksasi), pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan, latihan secara verbal: latih klien bicara dengan baik (Mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik), latihan secara spiritual: Latih klien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan cara spiritual (wudhu, berdzikir, sholat, berdoa,), dan latihan patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar Identitas, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar manfaat, benar informasi dan benar dokumentasi). Ketiga, bimbing klien memasukkan latihan ke dalam jadwal kegiatan sehari – hari. Keempat, Bantu klien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami

kesulitan. Yang kelima, diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

Tak lupa memberikan pujian kepada klien setiap selesai melakukan latihan dengan baik sebagai bentuk reward atas pencapaian klien.

Dengan diberikannya tindakan keperawatan efektif yang disampaikan melalui 4 kali pertemuan diharapkan klien dapat mengontrol perilaku kekerasan.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan selama 7 hari, dimana target perencanaan awalnya dilakukan dalam 4 hari. Hal tersebut terjadi dikarenakan Strategi Pelaksanaan 1 dan 4 klien dilakukan selama 3 hari.

Berdasarkan kondisi klien, maka intervensi yang diterapkan kepada klien yaitu pada tanggal 6 Desember 2022 penulis melakukan SP1 melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1: Teknik relaksasi nafas dalam, membantu klien memasukkan latihan ke jadwal kegiatan sehari – hari, dan memberikan pujian setelah klien dapat melakukan latihan dengan baik. Pada SP1 ini penulis mengalami hambatan yaitu klien sulit untuk diajak bertemu dan berbicara, klien mwngolok, apa yang dikatakan klien juga tidak nyambung sehingga SP1 dilanjutkandi tanggal 7 Desember 2022. Pada tanggal 8 Desember 2022 penulis melakukan SP2 yaitu melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 2: Memukul bantal/kasur, membantu klien memasukkan latihan ke jadwal kegiatan sehari – hari, dan memberikan pujian setelah klien dapat melakukan latihan dengan baik. Klien dapat mengevaluasi latihan yang diajarkan sebelumnya dan klien mengatakan tidak merasa ada masalah lain yang dirasakan, pada SP2 klien bertanya “kapan pulang?”. Pada tanggal 9 Desember

2022 penulis melakukan SP3 yaitu melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal: Mengungkapkan, menolak, meminta dengan bicara yang baik, membantu klien memasukkan latihan ke jadwal kegiatan sehari – hari, dan memberikan pujian setelah klien dapat melakukan latihan dengan baik. Pada pertemuan ini, klien menunjukkan perkembangan yang baik, klien mulai mau berkenalan, bercerita, dan mengajak bersalaman di akhir sesi. Pada tanggal 11 Desember 2022 penulis melakukan SP4 dan SP5 yaitu SP4: Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual (Wudhu, berdoa, berdzikir, sholat), SP5 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar Identitas, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu, benar manfaat, benar informasi dan benar dokumentasi), membantu klien memasukkan latihan ke dalam jadwal kegiatan sehari – hari, dan memberikan pujian setelah klien dapat melakukan latihan dengan baik.

Berdasarkan implementasi yang dilakukan, kriteria hasil yang didapatkan adalah klien mampu melakukan latihan nafas dalam secara mandiri dengan 3 kali pertemuan, klien mampu melakukan latihan memukul bantal/kasur dengan satu kali pertemuan, klien mampu melakukan latihan dengan cara verbal melalui satu kali pertemuan, dan klien mampu melakukan latihan spiritual serta patuh minum obat dengan benar melalui 3 kali pertemuan. Didapati hasil bahwa klien paling mudah memahami latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal/kasur, klien sulit diajak berbicara karena klien selalu menghindar dan apa yang dibicarakan tidak nyambung.

Pada pertemuan terakhir, didapati klien sudah tidak lagi menghindar dan mau untuk diajak berjabat tangan. Klien memilih latihan kedua, yaitu dengan cara

memukul bantal/kasur sebagai cara yang digunakan untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Penulis juga melakukan terapi berupa senam setiap pagi dan mengajak klien bermain catur untuk meningkatkan komunikasi, menggali bakat dan minat klien, serta mengembangkan pemikiran positif klien. Pada hari pertama klien tidak menghiraukan, namun setelah hari ketiga penulis melakukan penelitian, klien mulai tertarik dengan kegiatan tersebut dan melakukannya. Klien terlihat senang dan menikmati.

Selama 7 hari melakukan observasi, intervensi, dan mengimplementasikan, klien banyak menunjukkan perkembangan antara lain klien sudah mau berbaaur dengan teman – temannya, klien mulai aktif mengikuti kegiatan rutin harian, klien mulai tertarik untuk bercerita dan mengobrol.

Berdasarkan implementasi yang dilakukan dan tinjauan teori yang di atas, maka penulis memutuskan penerapan strategi yang telah dilakukan oleh penulis sesuai. Hal demikian dikarenakan penulis melakukan penerapan strategi pelaksanaan secara terjadwal dan rutin selama 7 hari mulai dari mengenal masalah, latihan relaksasi teknik nafas dalam, latihan pukul bantal/kasur, latihan cara verbal, latihan cara spiritual, dan latihan patuh minum obat dengan benar.

Menurut (Saputri, 2020) Hasil studi kasus ini menunjukkan pemberian asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan risiko perilaku kekerasan yang dilakukan di Rumah Sakit dengan terapi terjadwal secara rutin selama tujuh hari menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang mulanya sebelum diberikan tindakan menunjukkan 9 tanda dan gejala perilaku kekerasan

kemudian setelah dilakukan tindakan menjadi 3 tanda dan gejala perilaku kekerasan.

Penulis tidak melakukan implementasi kepada keluarga klien dikarenakan penulis memiliki hambatan yaitu keluarga klien tidak ditemukan keberadaannya, tertulis di rekam medis klien bahwa klien tidak punya keluarga dan tempat tinggal.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan evaluasi hari ketujuh, klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dan masalah teratasi. Setelah diberikan asuhan keperawatan dan mendapatkan terapi – terapi yang diberikan, klien mengatakan dapat mengontrol amarahnya, tanda dan gejala berkurang, klien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan, dan klien mulai membiasakan diri untuk menerapkan terapi yang telah diberikan seperti latihan fisik 1: Teknik relaksasi nafas dalam, latihan fisik 2: Memukul bantal/kasur, latihan secara verbal, latihan secara spiritual, dan latihan patuh minum obat menggunakan 8 prinsip benar.

Hasil dari evaluasi yang didapatkan dari pemberian terapi melalui strategi pelaksanaan adalah tercapai. Berdasarkan kondisi objektif klien menunjukkan perubahan yang lebih baik seperti klien tidak lagi menghindar, klien mau diajak berbicara dan berjabat tangan, klien mulai mau membaur dengan teman yang lain dan mengikuti kegiatan, nada bicara klien tidak lagi keras, klien sudah tidak menghardik, klien dapat mandiri minum obat yang diberikan, dan klien dapat menerapkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan baik. Sedangkan secara subyektif didapatkan hasil klien mengatakan perasaannya lebih lega setelah menerapkan latihan – latihan yang telah diberikan, klien dapat menyebutkan tanda, gejala, dan akibat dari perilaku kekerasan, mulai terbentuk pemikiran

positif , dan klien menikmati kegiatannya. Tidak ada gejala/ masalah lain yang ditunjukkan.

Hasil penelitian oleh (Prasetya, 2018) menunjukkan pemberian terapi kegiatan secara rutin mampu menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan. Pengalaman dan pengamatan peneliti pada pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan sering ditandai dengan perilaku marah, mengamuk, pandangan mata tajam, tangan mengepal, berteriak, postur tubuh kaku, berbicara kotor, gelisah, dan jalan mondar mandir. Setelah dilakukan pemberian terapi kegiatan secara rutin kongnitif klien meningkat, psikomotor klien meningkat dan kemandirian klien dalam mengontrol risiko perilaku kekerasan meningkat.

Berdasarkan uraian penjelasan di atas, penulis menemukan kesamaan antara teori yang ada dan hasil evaluasi yang didapatkan oleh penulis, yaitu klien berhasil mengontrol perilaku kekerasan dan gejala risiko perilaku kekerasan klien menurun setelah hari ketujuh. Maka dari itu, hal tersebut dapat membuktikan bahwa evaluasi penulis didukung oleh teori penelitian Prasetya.

