

BAB IV

STUDI KASUS

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan oleh Vita Anggia Hermiana, pada tanggal 19 juni 2023 jam 10.00 WIB di Ruang Bima RSUD Banyumas dengan informan dari Pasien dan keluarga pasien.

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny.Y
Umur : 32 Tahun
Status perkawinan : Menikah
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Suku/bangsa : Jawa
Alamat : Desa Hanum RT 03/01 Kec.Dayeh luhur

b. Informan

Nama : Ny.W
Umur : 60 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Desa Cigerang RT 02/09 Kec.Dayeh luhur
Hubungan dengan pasien : Ibu Kandung

Tinggal serumah dengan pasien : Tidak

2. Alasan masuk

Keluarga pasien mengatakan alasan dibawa ke RSUD Banyumas karena gaduh gelisah, berbicara tidak jelas (ngelantur) dengan nada tinggi pasien juga mengatakan ada seseorang yang menyuruh dirinya untuk memegang api tanpa kesadaran dari dirinya , terjadi perubahan tingkah laku sudah 5 hari dari mulai hari selasa sampai sabtu. Keluarga pasien mengatakan pasien sering komat-kamit sambil menunjuk kebagian yang dilihat, kejadian hanya terjadi pada saat menjelang magrib sampai adzan magrib selesai , Pasien mengatakan mendengar bisikan yang menyuruhnya untuk membakar sendok dan tisu lalu memegang apinya untuk dipadamkan

3. Keluhan Utama

Pasien mengatakan lemas, penginnya tidur terus menerus, nafsu makan menurun, pasien juga mengatakan marah karena merasa iri melihat tetangganya yang mempunyai usaha dan berkembang sedangkan pasien untuk membeli ruko saja masih belum cukup tabungannya.

4. Faktor Predisposisi

a. Biologik

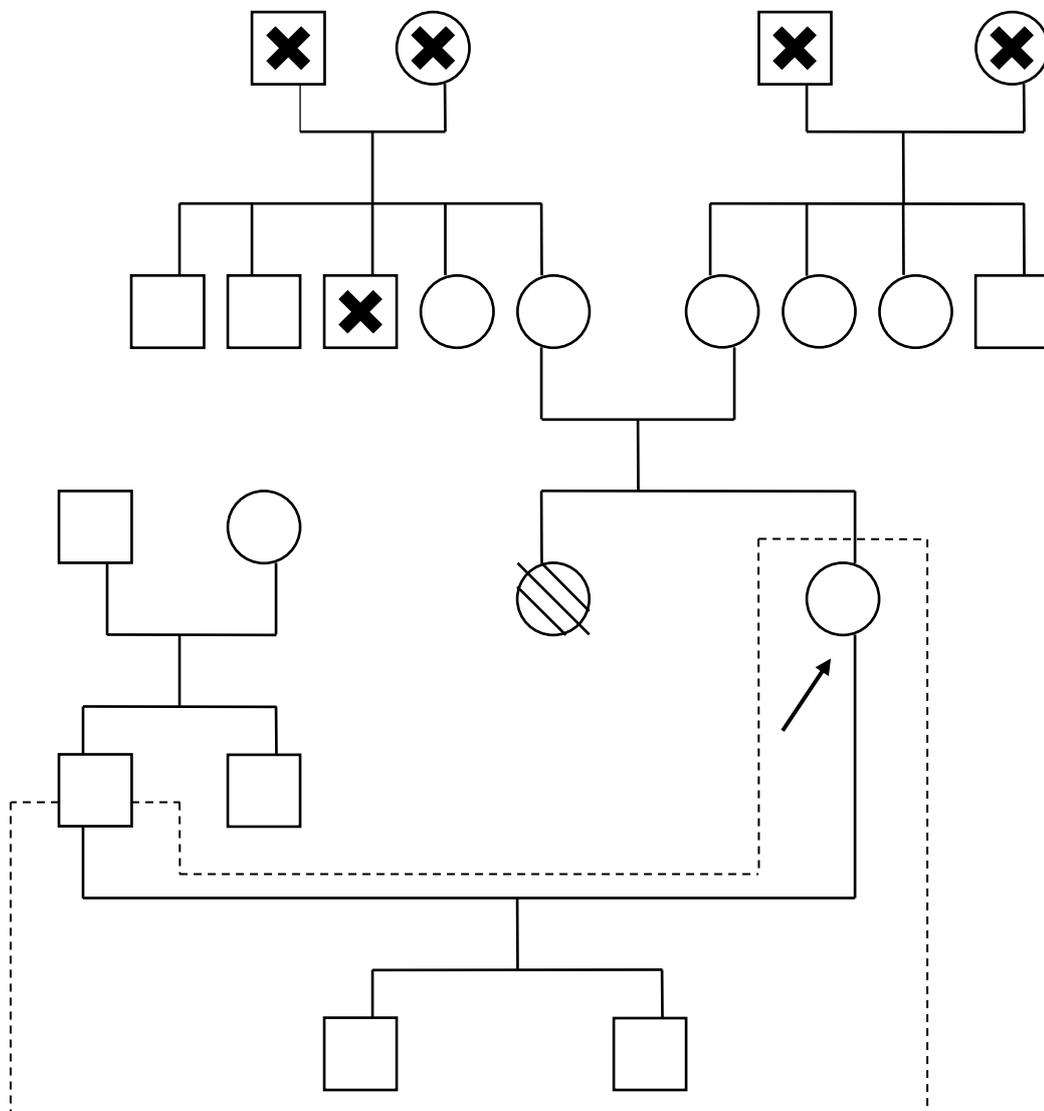
- 1) Riwayat kesehatan sebelumnya : Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat sakit sebelumnya
- 2) Genetik : Keluarga pasien mengatakan ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu kaka dari pasien yang penyebabnya karena korban bully belum menikah dan juga di PHK dari tempat kerjanya, sudah menjalani pengobatan di RSUD Banyumas dan rutin minum obat serta kontrol , keadaan sekarang sudah menikah mempunyai 2 anak dan sudah tidak kambuh lagi

3) Psikososial

a) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan : Keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah dalam psikososialnya

b) Riwayat Penganiayaan : Pasien mengatakan tidak mempunyai / tidak pernah mengalami penganiayaan

c) Genogram



Keterangan



: Laki-laki



: Meninggal



: Perempuan



: Ada Riwayat seperti pasien



: Pasien



: Tinggal serumah



: Garis perkawinan



: Garis Keturunan

Penjelasan :

Pasien sudah menikah mempunyai 2 anak , bapak dari pasien sudah meninggal saat ini pasien tinggal satu rumah dengan sumi dan ke 2 anaknya, kaka pasien sebelumnya mempunyai riwayat yang sama dengan pasien namun sekarang sudah sembuh.

- d) Pengambilan keputusan : Pasien mengatakan pengambilan keputusan dibicarakan dan diputuskan dengan suaminya
- e) Pola Komunikasi : Pasien mengatakan jika mempunyai masalah dibicarakan dengan ibunya dan meminta pendapat sekaligus saran

5. Faktor Presipitasi

- a. Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat : Pasien mengatakan punya keinginan untuk membeli ruko guna melanjutkan usaha dagangannya dan sebagai tambahan biaya sekolah anaknya namun tabungannya masih belum cukup
- b. Perubahan aktivitas hidup sehari-hari : Pasien mengatakan terjadi perubahan aktivitas karena sewaktu dirumah pasien melakukan segala pekerjaan layaknya ibu rumah tangga pada umumnya namun pada saat dirumah sakit pasien penginnya tidur terus dan merasa tubuhnya lemas

- c. Perubahan fisik : Pasien mengatakan tubuhnya menjadi kurus karena ada penurunan nafsu makan
- d. Lingkungan penuh kritik : Pasien mengatakan keadaan lingkungan baik keluarga dan tetangga tidak penuh kritikan

6. Fisik

- c. Tanda Fisik : Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 100 x/menit, Suhu : 36,4, Respirasi : 20 x/menit
- d. Ukur : Tinggi badan : 154 cm, Berat badan : 50 kg
- e. Keluhan fisik : Pasien mengatakan mempunyai keluhan fisik pada bagian tangan kanan karena bekas terkena api

7. Sosial – Kultural – Spiritual

a. Konsep diri

- 1) Citra Diri : Pasien mengatakan merasa puas dengan anggota tubuhnya karena pasien meyakini bahwa ini merupakan karunia yang terbaik yang Tuhan berikan
- 2) Identitas diri : Pasien mengatakan seorang perempuan, yang bernama Ny.Y, umurnya 32 tahun , Pasien mengatakan puas dengan identitas saat ini
- 3) Peran diri : Pasien mengatakan berperan sebagai seorang istri sekaligus ibu, pasien mengatakan bisa menjalankan peran ini dengan baik
- 4) Ideal Diri : Pasien mengatakan mempunyai harapan ingin cepat pulang dan kembali sehat agar bisa melanjutkan keinginannya untuk membeli ruko

5) Harga Diri : Pasien mengatakan merasa baik dengan kondisi saat ini

b. Hubungan Sosial

1) Orang Terdekat : Pasien mengatakan paling dekat dengan ibunya ketika ada masalah pasien lebih suka cerita kepada ibu serta meminta pendapat dan saran yang terbaik

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Pasien mengatakan berperan aktif dimasyarakat sering ngobrol bareng dan juga mengikuti kegiatan yang ada didesanya

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: Pasien mengatakan tidak ada hambatan karena memang pasien senang bersosialisasi dengan tetangga-tetangganya

c. Spiritual

1) Nilai dan Keyakinan : Pasien mengatakan beragama Islam

2) Kegiatan Ibadah : Pasien mengatakan menjalankan Ibadah sholat 5 waktu

3) Pengaruh spiritual terhadap coping individu : Pasien mengatakan sakitnya ini merupakan salah satu ujian yang diberikan dari Tuhan

8. Status Mental

a. Deskripsi Umum

1) Penampilan

a) Cara berpenampilan : pasien sudah rapih namun tampak rambut pasien tidak rapih dan acak-acakan tidak memakai riasan wajah sehingga muka tampak kusam

- b) Cara berjalan dan sikap tubuh : Pasien mengatakan cara berjalannya pelan karena masih merasa tubuhnya lemas sehingga masih berpegangan pada benda sekitar
 - c) Kebersihan : Kebersihan pasien cukup baik pasien mengatakan setiap bangun tidur pasien langsung pergi mandi menggunakan air dan sabun
 - d) Ekspresi wajah dan kontak mata : Pada saat berkomunikasi ekspresi wajah pasien datar namun terkadang senyum tipis dan untuk kontak mata masih belum bisa fokus harus ada rangsang sentuhan
- 2) Pembicaraan : Pasien saat diajak komunikasi Frekuensi lambat, Volume lembut, Karakteristik Inkoherensi (tidak nyambung) tetapi masih bisa dipahami
 - 3) Aktivitas Motorik : Pada saat dilakukan komunikasi tingkat aktivitas pasien Letargik (lemah) karena pasien mengatakan pengennya tidur terus dan merasa lemas, interaksi selama wawancara berlangsung kontak mata masih belum fokus terkadang masih bengong dan harus ada rangsang sentuhan sesekali

b. Status Emosi

- 1) Alam Perasaan : Pasien mengatakan sedih , cemas, dan ada rasa bersalah karena sudah berbicara tidak jelas dengan nada tinggi baik ke ibu suami bahkan tetangga rumahnya, pasien juga mengatakan merasa kesepian karena tidak ada anaknya

2) Afek : Saat dilakukan komunikasi ekspresi muka pasien masih labil terkadang pasien menunjukkan ekspresi muka datar lalu berubah senyum tipis dan kembali ke datar lagi

c. Persepsi

1) Halusinasi : Pasien mengatakan ada yg membisikan dan memerintahkan pasien untuk memegang api

2) Ilusi : Pasien mengatakan tidak mengalami ilusi

3) Depersonalisasi : Pasien tidak mengalami Depersonalisasi (merasa diluar dirinya)

4) Derealisasi : Pasien mengatakan tidak mengalami Derealisasi (tidak sesuai realita)

d. Proses Pikir

1) Bentuk pikir : Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan bentuk pikir

2) Arus Pikir :

a) Pada saat dilakukan komunikasi arus pikir pasien : *Flight of ideas* (berbicara tidak nyambung/ loncat-loncat) dan *Sirkumstantial* (berbelit tapi sampai ke tujuan pembicaraan)

b) Isi Pikir (Verbal maupun Nonverbal) : Pada saat berkomunikasi pasien mengatakan isi pikirannya rasa bersalah yang berlebihan karena sering bicara tidak nyambung dengan nada tinggi tanpa sebab

c) Waham : Pasien mengatakan tidak mengalami isi pikir terkait dengan Waham

e. Sensori dan Kognisi

1) Tingkat Kesadaran : Pasien mengatakan mudah mengantuk dan pengennya tidur karena Sedasi (pengaruh obat) dan pada saat bangun tidur terkadang pasien bingung sedang berada dimana

2) Daya Ingat : Pasien tidak dapat menyebutkan tahun, tanggal, jam hanya menyebutkan ini terang berarti pagi

3) Tingkat konsentrasi dan berhitung : Pasien hanya mampu berhitung penjumlahan dan pengurangan dengan cara diulang-ulang

4) Insight : Pasien mengatakan dapat menerima sakitnya karena ini merupakan suatu ujian yang diberikan oleh tuhan

5) Pengambilan keputusan : Pasien sudah bisa mengambil keputusan pada saat ditanya besok akan dilatih cara mengontrol marah dengan sehat dan pasien langsung menjawab mau

9. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan : Pasien mengatakan dapat makan sendiri tanpa bantuan orang lain

b. BAB/BAK : Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan minimal untuk pergi ke depan pintu kamar mandi

c. Mandi : Pasien mengatakan masih memerlukan bantuan minimal untuk turun dari tempat tidur dan menuju depan pintu kamar mandi karena masih merasa lemas dan pasien takut jatuh

- d. Berpakaian/Berias : Pasien mengatakan berpakaian sendiri dan menyiapkan sendiri
- e. Istirahat dan Tidur : Pasien bisa tidur sendiri tanpa bantuan orang lain, Tidur siang : 4-5 jam , Tidur malam : 5-6 jam. Dan aktivitas yang dilakukan pasien sebelum tidur adalah berdo'a dan sesudah bangun tidur langsung pergi mandi
- f. Penggunaan obat : Pasien mengatakan meminum obat secara langsung tanpa bantuan orang lain
- g. Pemeliharaan Kesehatan : Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam perawatan lanjutan dan system pendukung
- h. Aktivitas didalam rumah : Pasien mengatakan melakukan aktivitas pada umumnya sebagai seorang ibu rumah tangga diantara lain : mempersiapkan makan, menjaga kerapian rumah dan mencuci pakaian
- i. Aktivitas diluar rumah : Pasien mengatakan biasanya belanja ke pasar untuk kebutuhan sehari-harinya menggunakab transportasi montor

10. Mekanisme Koping

- a. Adaptif : Pasien mengatakan apabila sedan gada masalah pasien menceritakannya ke ibu dan meminta saran untuk masalah tersebut
- b. Maladaptif : Pasien melukai dirinya sendiri dengan memegang api sampai melukai tangannya

11. Masalah Psikososial dan Lingkungan

- a. Masalah dengan dukungan kelompok : Pasien mengatakan tidak ada masalah terkait dukungan kelompok

- b. Masalah berhubungan dengan Lingkungan : Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan lingkungannya
- c. Masalah dengan Pendidikan : Pasien mengatakan semenjak sering bersosialisasi dengan tetangganya menjadi lebih menambah wawasan dan pengalaman
- d. Masalah dengan pekerjaan : Pasien mengatakan iri tidak bisa kerja seperti kakanya
- e. Masalah dengan perumahan : Pasien mengatakan hanya ribut kecil dan dapat diselesaikan dengan baik

12. Kurangnya Pengetahuan

Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit jiwa dan obat-obatan yang selama ini pasien minum

13. Aspek Medik

- a. Diagnosa Medik : Psikotik akut lir skizofrenia
- b. Terapi Medik :
 - 1) Risperidone 2x2 mg
 - 2) Chlorpromazine 1x1 mg/malam
 - 3) Injeksi lodomer 1 amp (jika perlu)
 - 4) Injeksi Diazepam 1 amp (jika perlu)

14. Analisa Data

DATA	PROBLEM
<p>Data Subjektif :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien dibawa ke RSUD Banyumas karena gaduh, gelisah dan berbicara tidak jelas (ngelantur) dengan nada suara tinggi .</p> <p>Pasien mengatakan marah karena merasa iri melihat tetangganya yang mempunyai usaha dan berkembang sedangkan pasien untuk beli ruko saja masih belum cukup tabungannya</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak masih ketus saat diajak berkomunikasi, sesekali menjawab dengan nada tinggi, raut muka tampak tegang dan memerah.</p>	<p>RISIKO PERILAKU KEKERASAN</p>
<p>Data subjektif</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien sering komat-kamit sambal menunjuk kebagian yang dilihat, kejadian hanya terjadi pada saat menjelang magrib sampai adzan magrib selesai ,</p> <p>Pasien mengatakan mendengar bisikan yang menyuruhnya untuk membakar sendok dan tisu lalu memegang apinya untuk dipadamkan.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Tampak ada luka dibagian tangan sebelah kanan dan terdapat bula didalam lukanya</p>	<p>HALUSINASI PENDENGARAN</p>

15. Pohon Masalah



B. Diagnosa Keperawatan

Penulis merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data yang didapat yaitu : Risiko Perilaku Kekerasan

C. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
RISIKO PERILAKU KEKERASAN	<p>TUM : pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>TUK: 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya 2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 3. Pasien dapat</p>	<p>Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasannya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mampu menjelaskan (penyebab,situasi,respon) perilaku kekerasan 2. pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal 3. pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat 	<p>SP 1 Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengetahui penyebab perilaku kekerasan, menjelaskan cara mengontrol marah yang sehat dengan Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul</p>

	<p>mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mendapat dukungan dari keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>4. pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal seperti bercakap mengungkapkan keinginan yang ingin diungkapkan dengan perkataan yang baik tanpa menyakiti perasaan diri sendiri dan orang lain</p> <p>5. pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p>	<p>bantal</p> <p>SP 2 Melatih pasien melakukan cara mengontrol marah dengan cara patuh minum obat</p> <p>SP 3 Melatih pasien melakukan cara mengontrol marah dengan cara verbal : mengungkapkan keinginan dengan perkataan yang tidak menyakiti perasaan diri sendiri maupun orang lain</p> <p>SP 4 Melatih pasien melakukan cara mengontrol marah dengan cara spiritual :</p>
--	---	--	---

			menbucapkan istigfar, melakukan sholat 5 waktu, berdzikir, dan membaca sholawat
--	--	--	---

D. Implementasi dan Evaluasi

Hari/Tgl	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Selasa 20-06-23 10.00	Risiko Perilaku Kekerasan	SP 1 1. Membina hunungan saling percaya 2. Membantu pasien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, 3. Mengidentifikasi jenis PK yang dilakukan 4. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 5. Mengidentifikasi akibat PK yang dilakukan 6. Mengajarkan cara mengontrol marah dengan sehat dengan Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal	S : Pasien Menyebutkan Namanya yaitu Ny. Y , Pasien merasa marah karena keinginan membeli Ruko belum tercapai karena tabungannya masih belum cukup, pasien jika marah berbicara sendiri (ngelantur) dengan nada suara tinggi ke semua orang tanpa sebab yang jelas O: pasien tampak mampu diajak berkomunikasi walaupun bicaranya masih berbelit namun masih bisa dipahami , pasien tampak bisa mempraktikan cara mengontrol marah yang sehat dengan Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal A: Masalah Tercapai P: Pasien 1. Pasien mampu menerapkan teknik nafas dalam dan pukul bantal	Vita

13.30	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi mengontrol marah dengan cara fisik : nafas dalam dan pukul bantal 2. Melatih pasien melakukan cara mengontrol marah dengan patuh minum obat 	<p>apabila rasa marah tersebut datang Kembali</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memotivasi keluarga untuk membantu mengingatkan dan mendukung cara mengontrol marah dengan sehat seperti yang sudah diajarkan <p>Perawat : Melanjutkan SP 2 yaitu patuh minum obat</p> <p>S: pasien mengatakan sudah bisa menjelaskan dan mempraktikan ulang kegiatan sebelumnya yaitu cara mengontrol marah yang sehat dengan Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal , pada saat diberikan pendidikan kesehatan tentang nama obat , manfaat dan 5 benar prinsip benar obat pasien mendengarkan dengan baik</p> <p>O: pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan tampak memperhatikan serta dapat menyebutkan ulang 5 prinsip benar obat</p> <p>A: Masalah tercapai</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <p>Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pasien untuk patuh minum obat sesuai jadwal dan 5 prinsip benar obat 2. Memotivasi keluarga untuk melihat bahwa 	Vita
-------	---------------------------	---	--	------

			<p>pasien benar-benar meninum obatnya</p> <p>Perawat : Evaluasi SP 2 dan lanjut ke SP 3</p>	
<p>Rabu 21-06-23 11.00</p>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 3 Membantu pasien melakukan cara mengontrol marah dengan Teknik verbal yaitu menyampaikan keinginan dengan perkataan yang baik tanpa menyakiti perasaan diri sendiri maupun orang lain</p>	<p>S: Pasien mengatakan masih ingat dengan mba vita , pasien mengatakan sudah mencoba cara mengontrol marah dan sekarang pasien sudah bisa mengulang Kembali SP 1 dan SP 2, pasien mengatakan mau diajarkan SP 3</p> <p>O: Pasien tampak mempraktikan kepada suaminya seperti yang sebelumnya sudah diajarkan , pasien tampak mampu mencontohkan 3 poin: meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik</p> <p>A: Masalah tercapai</p> <p>P : Lanjut Intervensi Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menganjurkan pasien untuk mengungkapkan kepada orang apabila ada yang ingin diungkapkan namun dengan perkataan yang tidak menyakiti perasan diri sendiri maupun orang lain 2. memotivasi suami untuk mendengarkan dengan baik apa yang disampaikan oleh pasien <p>Perawat :</p>	<p>Vita</p>

			Evaluasi SP 3 dan lanjut ke SP 4	
Kamis 22-06-23 09.00	Risiko Perilaku Kekerasan	SP 4 Membantu pasien melakukan cara mengontrol marah secara spiritual	<p>S: pasien mengatakan masih ingat dengan mba vita , pasien dapat mereview Kembali dan mempraktikan SP 1,2 dan 3 dengan benar, pasien mengatakan mau diajarkan untuk SP 4</p> <p>O: pasien tampak bisa mempraktikan tata cara sholat beserta lafalnya, lalu dilanjut berdzikir dan membaca sholawat</p> <p>A: Masalah Tercapai</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menganjurkan pasien untuk sholat 5 waktu ,berdzikir dan membaca sholawat supaya perasaan menjadi lebih tenang 2. motivasi keluarga untuk memfasilitasi pasien melakukan cara spiritual seperti yang sudah diajarkan seperti menyiapkan mukena,sajadah dan tasbih <p>Perawat : Evaluasi SP 1-4</p>	Vita

A. PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan melakukan pembahasan mengenai kasus yang diambil pada tanggal 19 – 22 Juni 2023 pada pasien Ny.Y dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Bima RSUD Banyumas. Kasus ini diambil dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan apapun karena penulis telah melaksanakan bina hubungan saling percaya dan mengungkapkan tujuan penulis untuk melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan mengumpulkan informasi melalui wawancara. Berdasarkan informasi yang didapat, pasien dibawa ke IGD pada 17 juni 2023, dirawat di Ruang Bima RSUD Banyumas. Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Psikotik akut skizofrenia. Pasien tersebut dibawa ke ruang gawat darurat karena gaduh gelisah, berbicara tidak jelas (ngelantur) dengan nada suara tinggi .Penulis melakukan proses pengkajian yang terdapat di teori dengan ditambah keluhan saat ini. Dari hasil pengkajian yang telah dipaparkan pada bagian hasil bahwa data yang telah didapatkan sudah melalui tahap wawancara, observasi pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi dimana pada tahap wawancara meliputi identitas pasien, faktor predisposisi & presipitasi. Hal ini sudah sesuai dengan teori Direja (2019) dalam jurnal Satrio (2019) yang mengatakan bahwa data itu sudah mencakup dalam data biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian kasus kelolaan mengenai diagnosa keperawatan yang ditemukan dan teori yang telah dijelaskan diatas, bahwa berdasarkan pohon masalah core problem yaitu resiko perilaku kekerasan, disebabkan oleh harga diri rendah, dan berakibat pada Perilaku mencideraidiri sendiri, orang lain, lingkungan, sehingga pohon masalah tidak ada kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan data yang ditemukan. Diagnosa keperawatan utama pada klien adalah Risiko Perilaku Kekerasan Menurut NANDA (2019).

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan tindakan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu Risiko Perilaku Kekerasan yang mengacu pada terapi generalis strategi pelaksanaan (SP 1-4) pada pasien menurut Nursalam (2020) adalah sebagai berikut :

- a. SP 1 cara mengontrol perilaku kekerasan dengan Teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal
- b. SP 2 cara mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
- c. SP 3 cara mengontrol perilaku kekerasan dengan Teknik verbal
- d. SP 4 cara mengontrol perilaku kekerasan dengan Teknik spiritual

4. Implementasi dan Evaluasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sesuai dengan terapi generalis (SP1-4). Sebelum melakukan SP hendaknya perawat membina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik. Pelaksanaan tindakan keperawatan ini dilakukan mulai tanggal 19 Juni – 22 Juni 2023.

SP 1 dilaksanakan pada tanggal 20 Juni selama 20 menit dengan membina hubungan saling percaya, mendiskusikan tentang penyebab marah, tanda dan gejala marah, kebiasaan marah yang biasa dilakukan dan melatih tarik nafas dalam serta pukul bantal. Hal ini sesuai dengan teori Kusumawati (2019) bahwa tujuan dari tindakan tersebut adalah untuk mengontrol marah dengan cara sehat supaya tidak melukai diri sendiri maupun orang lain . Hasil evaluasi adalah pasien kooperatif dan kontak mata ada, pasien mau menyebutkan namanya “nama saya Y”. Saat diajarkan berkenalan pasien dapat mengikuti, pasien dapat menceritakan penyebab marahnya, pasien dapat mengulangi Teknik nafas dalam dan pukul bantal yang sudah diajarkan sebelumnya. Hal ini sesuai dengan teori Kusumawati (2019) bahwa kriteria hasil untuk tindakan SP 1 adalah pasien dapat mengungkapkan perasaan marah dan meluapkan dengan cara sehat yaitu relaksasi nafas dalam dan pukul bantal sehingga SP 1 tercapai.

SP 2 dilaksanakan pada tanggal 20 juni selama 25 menit sekitar pukul 13.30, pasien mampu menjelaskan dan mempraktikan ulang kegiatan sebelumnya yaitu cara mengontrol marah yang sehat dengan teknik

relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, pada saat diberikan pendidikan kesehatan tentang nama obat manfaat dan 5 benar prinsip benar obat pasien mendengarkan dengan baik. Menurut Hartono (2018) tujuan dari patuh minum obat adalah untuk mencegah perasaan marah tersebut datang Kembali , untuk mempercepat proses penyembuhan dan Hasil evaluasi adalah pasien sudah patuh minum obat apabila obat diberikan oleh perawat pasien langsung meminumnya Hal ini sesuai dengan teori Hartono (2018) bahwa kriteria hasil untuk tindakan SP 2 adalah pasien paham tentang 5 benar prinsip obat dan pasien dapat patuh minum obat sehingga SP 2 tercapai.

SP 3 dilaksanakan pada tanggal 21 juni 2023 selama 25 menit, pasien mengatakan masih ingat dengan mba vita, sudah mencoba cara mengontrol marah dengan nafas dalam, pukul bantal dan patuh minum obat, pada saat pelaksanaan SP 3 pasien mampu mencontohkan mengontrol marah dengan cara verbal yaitu : meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. Menurut Anggita (2019) tujuan dari cara verbal adalah untuk mengungkapkan keinginan atau problem kepada orang lain supaya tidak menumpuk dipikiran pasien yang nantinya menjadi pemicu munculnya perasaan marah bahkan dendam. Hasil evaluasi adalah pasien mampu mencontohkan dengan mengungkapkan perasaannya kepada suami terkait keinginan membeli Ruko, Hal ini sesuai dengan teori Anggita (2019) bahwa kriteria hasil untuk tindakan SP 3 adalah pasien dapat mempraktekan

3 cara verbal yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik sehingga SP 3 tercapai.

SP 4 dilaksanakan pada hari Kamis 22 Juli 2022 pukul 09.00 pasien dapat mengulang kembali dan mempraktikkan SP 1, 2 dan 3 dengan benar. Pada saat diajarkan SP 4 pasien bisa mempraktikkan tata cara shalat beserta lafalnya, lalu dilanjutkan berdzikir dan membaca sholawat. Menurut Sutejo (2018) tujuan dari cara spiritual adalah untuk mengungkapkan marah dengan cara mendekatkan diri kepada Tuhan melalui shalat 5 waktu, berdzikir dan membaca sholawat supaya hati dan perasaan menjadi lebih tenang dan damai untuk Hasil evaluasi adalah pasien dapat mempraktekan dan melafalkan bacaan baik dari shalat, berdzikir dan membaca sholawat namun terkadang masih perlu dibimbing Hal ini sesuai dengan teori Sutejo (2018) bahwa kriteria hasil untuk tindakan SP 4 adalah pasien dapat mempraktekan cara spiritual dalam kehidupan sehari-harinya.

