

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 31 mei 2022 jam 09.30 WITA dengan menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa.

1. Identitas Klien

Klien bernama Tn. Z, laki – laki, umur 24 tahun, klien sudah menikah, beragama Islam, pendidikan SD, , klien masuk Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda pada tanggal 22 mei 2022 pada pukul 19.20 WITA dan dilakukan pengkajian pada tanggal 31 mei 2022 pada pukul 09.30 WITA dengan diagnosa medik Skizofrenia.

2. Alasan masuk

Pada catatan rekam medik, menjelaskan bahwa alasan klien masuk adalah klien mengganggu orang sekitar, keluyuran, mengamuk, teriak - teriak, susah tidur pada saat malam hari, sempat berkelahi dengan sepupunya dan memukul pintu, sehingga dari pihak keluarga membawa klien ke RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda untuk mendapatkan perawatan sesuai dengan kondisi klien. Klien merupakan pasien ulangan. Riwayat dengan keluhan yang sama pada tanggal 13 mei 2022, klien putus obat sehingga pengobatan yang di jalankan dan di lakukan tidak efektif. Dari pengakuan klien, dia mengamuk, mengganggu orang sekitar, pernah memukul pintu dan marah di rumah karena keinginannya tidak terpenuhi.

3. Faktor predisposisi

Klien mengatakan sudah pernah dirawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Klien pernah mengalami aniaya fisik di pukul oleh sepupunya di bagian kepala dan klien marah dan kecewa karena keinginannya tidak terpenuhi. Dari pengakuan klien, dia mengamuk, mengganggu orang, dan marah di rumah karena keinginannya tidak terpenuhi.

4. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan pada dirinya adalah saat klien merasa tidak di hargai karena keinginannya tidak terpenuhi dan mengalami aniaya fisik di pukul oleh sepupunya sehingga membuatnya marah, sedih, serta klien merasa dirinya sangat kecewa.

5. Pemeriksaan fisik

a. Tanda - Tanda Vital

- 1) TD : 130/70 mmHg
- 2) N : 91 x/menit.
- 3) RR : 20 x/menit.
- 4) T : 36,2 °C.

b. Antropometri

- 1) TB : 157 cm
- 2) BB : 49 kg.

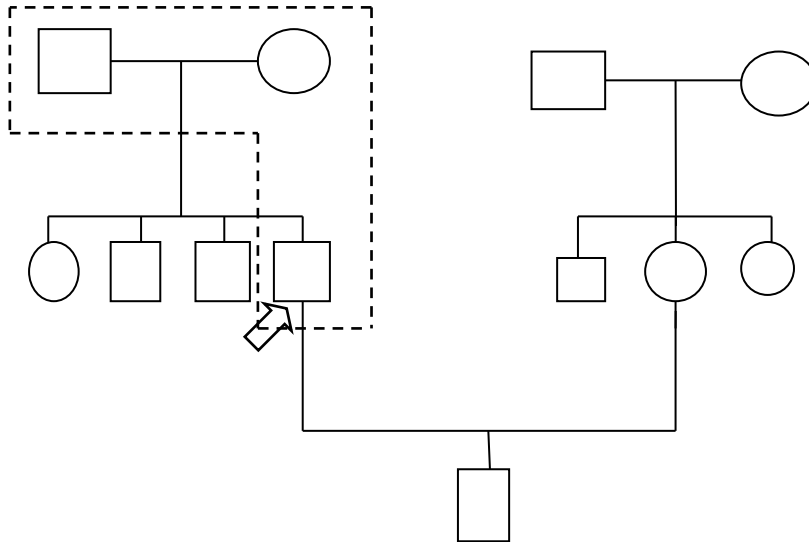
c. Keluhan Fisik

Klien mengatakan luka memar akibat dari pukulan oleh sepupunya

6. Psikososial

a. Genogram

Gambar 3.1 Genogram



Keterangan :

□ : Laki - laki.

○ : Perempuan.

↗ : Klien.

✕ : Meninggal dunia.

∥ : Cerai.

— : Hubungan keluarga.

- - - : Tinggal satu rumah.

Pengkajian psikososial didapatkan dari data di atas yaitu klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang mengalami atau menderita penyakit seperti yang diderita klien saat ini. Klien anak ke empat dari empat bersaudara. Klien menikah, tetapi bercerai dengan istrinya, dan memiliki satu anak laki – laki.

b. Konsep Diri

1) Citra Tubuh

Klien mengatakan ia menyukai tangan nya karna tangan nya dibuat untuk bekerja, klien mensyukuri atas karunia yang diberikan oleh Tuhan.

2) Identitas Diri

Identitas diri, klien mengatakan bahwa dirinya seorang laki - laki, beragama Islam , lulusan SMA, sudah menikah tetapi bercerai dan mempunyai 1 anak, klien mengatakan anak ke 4 dari 4 bersaudara.

3) Peran

Sebagai kepala rumah tangga klien merasa tidak berguna karna merasa tidak dapat membantu urusan keluarga dikarenakan klien masih belum bekerja sehingga klien merasa malu atas kondisinya.

4) Ideal Diri

klien mengatakan ingin segera cepat pulang karena ingin bertemu anaknya.

5) Harga Diri

Klien mengatakan klien merasa malu karna sampai sekarang belum bekerja, klien merasa tidak berguna dengan keadaannya

c. Hubungan Sosial

Pola hubungan sosial, klien mengatakan saat ini orang yang berarti dalam hidupnya adalah anak dan keluarganya. Selama di rumah sakit klien mau mengikuti kegiatan yang ada di RS. Waktu klien lebih banyak digunakan untuk tidur di kamar. Saat diajak ngobrol klien mau diajak berbincang - bincang dan koheren akan tetapi klien masih kurang mampu dalam mengontrol emosinya.

d. Spiritual

Klien mengatakan menyakini bahwa dirinya beragama Islam. Klien menganggap bahwa gangguan jiwa memang ada. Tetapi pandangan masyarakat kurang baik terhadap orang yang pernah dirawat di rumah sakit jiwa. Klien melaksanakan ibadah baik yang wajib dan sunah selama di rumah dan saat di rumah sakit klien selalu melaksanakan ibadah.

7. Status mental

a. Penampilan

Selama di rumah sakit ruang Belibis cara berpakaian cukup rapi, kebersihan cukup, postur tubuh kecil, ekspresi wajah tenang saat bercerita, kontak mata kadang tidak fokus, status kesehatan

secara umum baik (tidak ada penyakit serius yang di derita), cara berjalan normal, rambut kurang rapi.

b. Pembicaraan

Klien berbicara cepat, jika tidak ditanya atau diajak berbicara klien kembali diam tetapi klien koheren.

c. Aktivitas Motorik

Klien terlihat lesu dan terkadang tampak tidak bersemangat tetapi terkadang bersemangat.

d. Alam Perasaan

Klien merasa sedih dan ingin pulang kembali ke rumah karena klien merasa bahwa dirinya tidak gangguan jiwa.

e. Afek

Afek klien kadang labil yaitu hanya sedikit stimulus sudah bereaksi karena emosi, terkadang klien masih belum terkontrol.

f. Interaksi dalam Wawancara

Klien kooperatif dapat menjawab pertanyaan dengan baik, kontak mata kadang tidak fokus, ekspresi wajah saat bercerita serius dan tegang, klien sangat senang saat diajak bicara.

g. Persepsi

Klien mengatakan selama ini tidak pernah mendengar suara/bisikan ditelinga.

h. Proses Pikir

Proses pikir cukup baik, klien mampu menjawab pertanyaan dan mampu mengganti topik pembicaraan jika berbincang - bincang dengan perawat.

i. Isi Pikir

Klien mengatakan bahwa merasa kondisi tubuhnya baik - baik saja. Saat menceritakan hal ini, ekspresi klien serius dan tegang serta klien tidak mempunyai atau memiliki masalah waham.

j. Tingkat Kesadaran

Orientasi waktu, tempat, dan orang klien baik dan normal.

k. Memori

Klien mampu mengingat kejadian - kejadian atau pengalaman yang telah di alami, baik yang lama maupun yang baru saja terjadi.

l. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Klien dapat menghitung sederhana misalnya $10 - 5 = 5$ dan klien dapat berhitung dari 1 sampai 20 tanpa di bantu oleh perawat.

m. Kemampuan Penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sederhana, saat diberi pilihan oleh perawat, misalnya saat di beri pilihan mau berinteraksi dulu atau mau tidur dulu, klien mengungkapkan apa yang diinginkan oleh klien.

n. Daya Titik Diri

Klien mengakui kondisinya masuk rumah sakit jiwa, klien mau berbagi cerita dan ingin dibantu untuk bisa kembali sehat lagi.

8. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Makan disiapkan oleh perawat selama di rumah sakit dengan tetap memandirikan klien seperti dalam hal makan dan minum sendiri dan merapikan tempat makan setelah selesai makan, nafsu baik, dengan porsi makan mampu dihabiskan lebih dari $\frac{1}{2}$ porsi, BB masuk RS 48 kg dan BB saat pengkajian yaitu 50 kg dan mencuci tangan terkadang harus diingatkan.

b. BAB/BAK

BAB teratur satu kali sehari dan dapat dilakukan dit Toilet secara mandiri. BAK dengan frekuensi tidak pernah di hitung serta dapat dilakukan dit Toilet.

c. Mandi

Mandi dilakukan secara mandiri, frekuensi 2 kali sehari, mandi menggunakan sabun mandi, gosok gigi pakai pasta gigi, keramas menggunakan sampo, mandi dikamar mandi dan dilakukan secara mandiri.

d. Berpakaian/Berhias

Klien dapat berpakaian dan berhias sendiri, setiap pagi hari ganti pakaian sehabis mandi menggunakan seragam rumah sakit jiwa.

e. Istirahat/Tidur

Klien tidur sehari kurang lebih 8 sampai 9 jam, tidur malam pukul 21.00 WITA, bangun pagi jam 05.00/06.00 WITA, pada saat siang hari terkadang tidur kurang lebih 2-3 jam.

f. Penggunaan Obat

Klien minum obat disiapkan oleh perawat yang berdinias dan obat diminum setelah makan.

g. Pemeliharaan Kesehatan

Klien mendapatkan perawatan lebih lanjut dan sistem pendukung oleh keluarga untuk memelihara kesehatan saat klien dipulangkan tetapi saat ini klien masih membutuhkan perawatan.

h. Aktivitas di dalam Rumah

Selama dirumah klien melakukan kegiatan sehari - hari seperti p lainnya yaitu melakukan pekerjaan rumah.

i. Aktivitas di Luar Rumah

Selama di luar rumah klien melakukan kegiatan bersama keluarganya.

9. Mekanisme koping

Klien kurang mampu menahan atau mengontrol emosi terhadap orang lain. Selama di RSJD klien suka tidur dan selama pengkajian klien pernah terlihat marah, mengamuk, merusak barang atau melukai diri sendiri.

10. Aspek medik

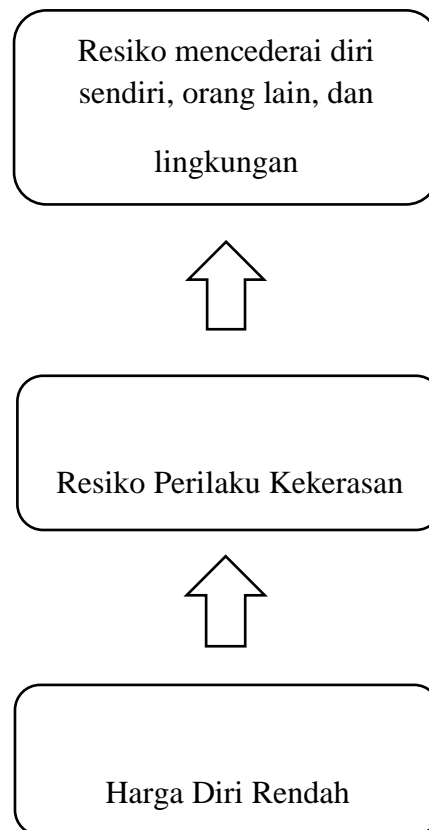
Dengan diagnosa medik F.20.3 (*skizofenia* tak terinci) klien mendapatkan terapi obat yaitu terapi medis Chlorpromazine 1x100 mg, Haloperidol 2x2,5 mg, Trihexyphenidyl 2x2 mg

B. Anallisa data

Tabel 1 Analisa Data

NO.	DATA	MASALAH/PROBLEM
1.	DS : Klien mengatakan mengamuk di rumah karena keinginan nya tidak di penuhi, mengganggu orang sekitar, berteriak - teriak di sekitar rumah DO : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien terkadang marah-marrah. ➤ Tatapan terkadang tajam. ➤ Ekspresi wajah tegang. ➤ Mata terkadang tidak fokus ➤ TD : 130/90 mmHg, N : 96 x/m, RR : 23 x/m. 	D.0146 Resiko Perilaku kekerasan
2.	DS : Klien mengatakan merasa kecewa, tidak berguna, dan marah setelah pengalaman masa lalunya, yaitu bercerai dengan istrinya dan keinginannya tidak di penuhi dengan keluarganya dan mengalami aniaya fisik di pukul oleh sepupunya. DO : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien terlihat sedih. ➤ Klien merasa kecewa. ➤ Klien mengalihkan pembicaraan jika ditanya masa lalunya. 	Harga Diri Rendah Kronis D.086

C. Pohon masalah



D. Diagnosa keperawatan

1. Resiko Prilaku Kekerasan.
2. Harga Diri Rendah

E. Rencana keperawatan

Tabel 2 Rencana/Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	D.0146 Resiko Perilaku kekerasan	Setelah dilakukan Tindakan kep selama....x pertemuan masalah perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil : Kontrol diri (L.09076) 1)Verbalisasi ancaman kepada orang lain 1 2 3 4 5 <input type="radio"/>	Manajemen pengendalian marah (I. 09290) Observasi 1.1Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan 1.2 identifikasi harapan perilaku terhadap kemarahan 1.3 Monitor potensi agresi tidak

		<p>2) Verbalisasi umpatan 1 2 3 4 5 0</p> <p>3) Perilaku menyerang 1 2 3 4 5 0</p> <p>4) Perilaku melukai diri sendiri / orang lain 1 2 3 4 5 0</p> <p>5) Perilaku merusak lingkungan sekitar 1 2 3 4 5 0</p> <p>6) Perilaku agresif/ amuk 1 2 3 4 5 0</p> <p>7) Suara keras 1 2 3 4 5 0</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif</p> <p>1.4 Monitor kemajuan dengan membuat grafik, jika perlu Terapeutik</p> <p>1.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.6 Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif</p> <p>1.7 Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. Menggunakan senjata)</p> <p>1.8 Cegah aktivitas pemicu agresi (mis. Meninju, mondar – mandir)</p> <p>1.9 Lakukan kontrol eksternal (mis. Pengekangan), jika perlu</p> <p>1.10 Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif</p> <p>1.11 Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah Edukasi</p> <p>1.12 Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respon marah</p> <p>1.13 Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat</p> <p>1.14 Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah</p> <p>1.15 Ajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. Latihan asetif, Teknik relaksasi)</p>
2	Harga Diri Rendah Situasional Berhubungan Dengan Perubahan Peran Sosial	<p>Harga Diri (L.09069)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 14 kali pertemuan di harapkan masalah keperawatan teratasi dengan kriteria hasil : (L.13115)</p>	<p>Manajemen Perilaku (I.12463)</p> <p>Observasi :</p> <p>3.1 Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik :</p> <p>3.2 Jadwalkan kegiatan terstruktur konsisten setiap dinas</p>

(D.0087)	<p>1. Penilaian diri positif 1 2 3 4 5 (5)</p> <p>2. Konsentrasi 1 2 3 4 5 (5)</p> <p>3. Kontak mata 1 2 3 4 5 (5)</p> <p>Keterangan : 1=Menurun 2=Cukup menurun 3=Sedang 4=Cukup meningkat 5=Meningkat</p>	<p>3.3 Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</p> <p>3.4 Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi</p> <p>3.5 Cegah perilaku pasif dan agresif Edukasi</p> <p>3.6Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>
----------	---	---

F. Intervensi inovasi

Tabel 3 Intervensi inovasi

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
D.0146 Resiko Perilaku kekerasan	<p>1. Mencapai kondisi relaksasi</p> <p>2. Menimbulkan respon psikologis yang kuat</p> <p>3. Meningkatkan perasaan aman dan nyaman</p>	<p>Setelah dilakukan 12 kali pertemuan diharapkan resiko perilaku kekerasan klien menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Verbalisasi ancaman kepada orang lain 1 2 3 4 5 (5)</p> <p>Perilaku melukai diri sendiri / orang lain 1 2 3 4 5 (5)</p>	<p>1. Tahap orientasi</p> <p>a. Persiapkan lingkungan yang nyaman dan tenang.</p> <p>b. Jelaskan tujuan prosedur.</p> <p>c. Membuat kontrak waktu</p> <p>d. Berikan privasi pada klien.</p> <p>e. Mengatur posisi nyaman</p> <p>2. Persiapan Alat</p> <p>a. Menyiapkan naskah relaksasi autogenic</p> <p>3. Tahap Kerja</p> <p>a. Usahakan situasi, ruangan dan lingkungan tenang dan nyaman.</p> <p>b. Anjurkan klien memilih tempat yang tenang.</p> <p>c. Anjurkan klien mengambil posisi tidur terlentang atau duduk yang paling nyaman.</p>

		<p>d. Sambil menyalakan musik ringan.</p> <p>e. Anjurkan klien untuk memejamkan mata dengan pelan tidak perlu untuk dipaksakan sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata.</p> <p>f. Anjurkan klien untuk mengendurkan otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Lemaskan kepala, leher, dan pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan. Tangan dan lengan diulurkan kemudian kendurkan dan biarkan terkulai disamping tubuh dan usahakan agar tetap rileks.</p> <p>Terdapat 4 langkah (Relaksasi Autogenik) :</p> <p>1) Merasakan Berat</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fokuskan perhatian pada lengan dan bayangkan kedua lengan terasa berat. ➤ Secara perlahan - lahan bayangkan kedua lengan terasa kendur, ringan hingga terasa sangat ringan sekali sambil katakan “aku merasa damai dan tenang sepenuhnya”. ➤ Lakukan hal yang sama pada bahu, punggung, leher, dan kaki. <p>2) Merasakan Kehangatan</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bayangkan darah mengalir keseluruh tubuh dan rasakan aliran darah seperti merasakan minuman hangat. ➤ Kemudian sambil mengatakan “aku merasa tenang dan hangat”. <p>3) Merasakan Denyut jantung</p>
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tempelkan tangan kanan pada dada kiri dan tangan kiri pada perut. ➤ Bayangkan dan rasakan jantung berdenyut dengan teratur dan tenang sambil katakan “jantungku berdenyut dengan teratur dan tenang”. <p>4) Latihan Pernafasan</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Posisi kedua tangan tidak berubah. ➤ Katakan dalam diri “napasku longgar dan tenang” <p>g. Semua langkah tersebut diulangi sebanyak 3-6 kali</p> <p>4. Terminasi</p> <p>a. Menanyakan perasaan klien setelah relaksasi</p> <p>b. Mengucapkan salam</p>
--	--	--	---

G. Implementasi dan evaluasi keperawatan

Tabel 4 Implementasi dan evaluasi keperawatan

WAKTU	IMPLEMENTASI	EVALUASI PROSES
26/5/2022	1.1 Mengidentifikasi penyebab/pemicu kemarahan	S: “klien mengatakan penyebab kemarahannya karena ingin bersekolah tetapi keinginannya tidak di penuhi dengan orang tua nya dan kakak sepupunya memukul kepala klien sehingga membuat klien merasa kesal dan mengamuk”
10.00	“Saya mengamuk karena keinginan saya tidak penuhi dengan orang tua saya”	
10.30	1.3 Memonitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif	
	“saya biasanya kalau marah akan memukul diri sendiri, merusak barang di dekat saya”	
11.00	1.5 Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	O : Ekspresi wajah klien masih tegang, tatapan mata tajam, tangan klien masih mengempal

<p>27/5/2022</p> <p>10.00</p> <p>10.29</p> <p>11.20</p> <p>11.35</p>	<p>1.1 Mengidentifikasi penyebab/pemicu kemarahan</p> <p>“Saya mengamuk karena keinginan saya tidak dipenuhi dengan orang tua saya”</p> <p>1.2 Mengidentifikasi harapan perilaku terhadap kemarahan</p> <p>“saya ingin agar kemarahan saya tidak sampai mengamuk dan memukul”</p> <p>1.5 Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.6 Memfasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif</p>	<p>S : “ klien mengatakan tidak ingin terus terusan marah dan mengamuk”</p> <p>O : Ekspresi wajah tegang, tatapan wajah tajam, klien harus di motivasi ekstra untuk menjawab pertanyaan, klien mau berlatih latihan napas dalam.</p>
<p>28/5/2022</p> <p>10.00</p> <p>10.30</p> <p>11.00</p> <p>11.30</p>	<p>1.5 Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.6 Memfasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif</p> <p>1.10 Mendukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif</p> <p>1.11 Memberikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah</p>	<p>S : klien mengatakan bahwa klien akan belajar cara berkata sopan</p> <p>O : klien mulai kooperatif, wajah klien terkadang masih tegang, tangan klien terkadang masih menggenggam, perasaan marah klien masih ada</p>
<p>30/5/2022</p> <p>10.00</p> <p>10.30</p>	<p>1.12 Menjelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respon marah</p> <p>1.13 Mengajukan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat</p>	<p>S : klien mengatakan akan memanggil perawat jika klien merasa tegang</p> <p>O : klien kooperatif, klien rileks, klien mengungkapkan</p>

		perasaan nya
31/5/2022 10.30	1.11 Memberikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah	S : - O : klien rileks, perasaan marah klien mulai berkurang, tangan klien terkadang masih menggenggam
01/6/2022 10.00 10.30	1.14 Mengajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah 1.15 Mengajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. Latihan asertif, teknik relaksasi, aktivitas penyaluran energi) (Spritual)	S : klien mengatakan setelah melakukan berdoa dan sholat perasaan klien tenang O: klien tenang dan rileks, klien kooperatif mau belajar cara spritual dan perasaan marah klien mulai berkurang
02/6/2022 10.00	1.3 Memonitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif	S : klien mengatakan bahwa perasaan marah klien mulai berkurang O : klien kooperatif, perasaan marah klien mulai berkurang, wajah klien sudah mulai tenang dan tidak tegang lagi
03/6/2022 10.00 10.30	1.11 Memberikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah 1.14 Mengajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah	S : klien mengatakan mau dan senang mempelajari relaksasi autogenik O : klien kooperatif, klien rileks, klien mau mempelajari cara mengontrol marah dengan relaksasi autogenik
04/6/2022 10.00	1.15 Mengajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. Latihan	S : klien mengatakan bahwa perasaan marah klien

	asertif, teknik relaksasi,	sudah berkurang O : klien tenang dan kooperatif, wajah klien rileks setelah mempelajari cara mengontrol marah dengan relaksasi autogenik, perasaan marah klien mulai berkurang
06/6/2022	1.10 Mendukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif 1.11 Memberikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah 1.15 Mengajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. Latihan asertif, teknik relaksasi,	S : klien mengatakan bahwa perasaan marah klien sudah berkurang O : klien tenang dan kooperatif, wajah klien rileks setelah mempelajari cara mengontrol marah dengan relaksasi autogenik, perasaan
10.00		
10.30		
11.30		
07/6/2022	1.3 Memonitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif	S : klien mengatakan sudah tidak ada keinginan untuk marah lagi O : klien tenang, klien kooperatif, klien rileks
10.00		
08/6/2022	1.11 Memberikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah	S : O : klien tenang, klien rileks, klien tidak ada keinginan untuk marah dan mengamuk, wajah klien sudah tidak tegang, tatapan mata klien normal, tangan klien sudah tidak menggenggam lagi
10.00		

H. Evaluasi keperawatan

Tabel 5 Evaluasi Keperawatan

WAKTU	DIAGNOSA	EVALUASI
26/5/2022	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>S : -</p> <p>O : Klien mau berjabat tangan dengan perawat tapi tidak mau berbicara</p> <p>A : Masalah Resiko Perilaku Kekerasan belum teratasi</p> <p>P : setelah 1 kali pertemuan didapatkan :</p> <p>Verbalisasi ancaman 2</p> <p>Perilaku amuk 2</p> <p>Suara keras 2</p> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1.2 Mengidentifikasi harapan perilaku terhadap kemarahan</p> <p>1.3 Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif</p> <p>1.5 Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p>
27/5/2022	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>S : " klien mengatakan tidak ingin terus terusan marah dan mengamuk"</p> <p>O : Ekspresi wajah tegang, tatapan wajah tajam, klien harus di motivasi ekstra untuk menjawab pertanyaan, klien mau berlatih latihan napas dalam.</p> <p>A : Masalah Resiko Perilaku Kekerasan belum teratasi</p> <p>P : setelah 2 x pertemuan didapatkan :</p> <p>Verbalisasi ancaman 3</p> <p>Perilaku amuk 2</p>

		<p>Suara keras 2</p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <p>1.5 Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.6 Memfasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif</p>
28/5/2022	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>S : klien mengatakan bahwa klien akan belajar cara berkata sopan</p> <p>O : klien mulai kooperatif, wajah klien terkadang masih tegang, tangan klien terkadang masih menggenggam, perasaan marah klien masih ada</p> <p>A : Masalah Resiko Perilaku Kekerasan teratasi sebagian</p> <p>P : Setelah 3 x pertemuan didapatkan :</p> <p>Verbalisasi ancaman 4</p> <p>Perilaku amuk 3</p> <p>Suara keras 3</p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <p>1.10 Mendukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif</p> <p>1.11 Memberikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah</p>
30/5/2022	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>S : klien mengatakan akan memanggil perawat jika klien merasa tegang</p> <p>O : klien kooperatif, klien rileks, klien mengungkapkan perasaannya</p> <p>A : Masalah Resiko Perilaku Kekerasan teratasi sebagian</p> <p>P : setelah 4 x pertemuan didapatkan :</p> <p>Verbalisasi ancaman 4</p> <p>Perilaku amuk 4</p>

		<p>Suara keras 3</p> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1.12 Menjelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respon marah</p> <p>1.13 Mengajukan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat</p>
31/5/2022	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>S : klien mengatakan akan memanggil perawat jika klien merasa tegang</p> <p>O : klien kooperatif, klien rileks, klien mengungkapkan perasaannya</p> <p>A : Masalah Resiko Perilaku Kekerasan teratasi sebagian</p> <p>P : setelah 5 x pertemuan didapatkan :</p> <p>Verbalisasi ancaman 5</p> <p>Perilaku amuk 4</p> <p>Suara keras 4</p> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1.11 Memberikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah</p>
01/6/2022	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>S : klien mengatakan setelah melakukan berdoa dan sholat perasaan klien tenang</p> <p>O: klien tenang dan rileks, klien kooperatif mau belajar cara spritual dan perasaan marah klien mulai berkurang</p> <p>A : Masalah Resiko Perilaku Kekerasan teratasi sebagian</p> <p>P : setelah 6 x pertemuan didapatkan :</p> <p>Verbalisasi ancaman 5</p> <p>Perilaku amuk 4</p> <p>Suara keras 4</p> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1.14 Mengajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah</p> <p>1.15 Mengajarkan metode memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. Latihan</p>

		asertif, teknik relaksasi, aktivitas penyaluran energi) (Spritual)
02/6/2022	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>S : klien mengatakan bahwa perasaan marah klien mulai berkurang</p> <p>O : klien kooperatif, perasaan marah klien mulai berkurang, wajah klien sudah mulai tenang dan tidak tegang lagi</p> <p>A : Masalah Resiko Perilaku Kekerasan teratasi</p> <p>P : setelah 7 x pertemuan didapatkan :</p> <p>Verbalisasi ancaman 5</p> <p>Perilaku amuk 5</p> <p>Suara keras 4</p> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1.3 Memonitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif</p>
03/6/2022	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>S : klien mengatakan mau dan senang mempelajari relaksasi autogenik</p> <p>O : klien kooperatif, klien rileks, klien mau mempelajari cara mengontrol marah dengan relaksasi autogenik</p> <p>A : Masalah Resiko Perilaku Kekerasan teratasi</p> <p>P : setelah 8 x pertemuan didapatkan :</p> <p>Verbalisasi ancaman 5</p> <p>Perilaku amuk 5</p> <p>Suara keras 5</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>1.14 Mengajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah</p>
04/6/2022	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	<p>S : klien mengatakan bahwa perasaan marah klien sudah berkurang</p> <p>O : klien tenang dan kooperatif, wajah klien rileks setelah mempelajari cara mengontrol marah</p>

		<p>dengan relaksasi autogenik, perasaan marah klien mulai berkurang</p> <p>A : Masalah Resiko Perilaku Kekerasan teratasi</p> <p>P : setelah 9 x pertemuan didapatkan :</p> <p>Verbalisasi ancaman 5</p> <p>Perilaku amuk 5</p> <p>Suara keras 5</p> <p>Hentikan intervensi</p>
--	--	---