BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Pada bab ini akan menguraikan hasil asuhan keperawatan kepada Tn.D dengan risiko perilaku kekerasan yang dilakukan pada tanggal 19 April 2024 sampai dengan 27 April 2024 di Ruang Perkutut Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. Adapun hasil Asuhan Keperawatan sebagai berikut:

4.1.1 Pengkajian

a. Identitas Klien :

Inisial	: Tn.D (L)	Tanggal Pengkajian	: 19-20 April 2024
Umur	: 33 tahun	No. Medical Record	: 104701
Pendidikan	: SD	Agama	: Islam
Pekerjaan	: Buruh	Status Marital	: Cerai Hidup
Alamat	: Kp. Campaka 003/001 Kel. Pataruman Kec. Cihampelas Kota Bandung Barat	Suku	: Sunda
		Diagnosa Medis	: Skizofrenia Paranoid

b. Identitas Penanggung Jawab:

Inisial	: Ny.L (P)	Hubungan dengan klien	: Istri
Umur	: 28 tahun	Status Marital	: Cerai Hidup
Pendidikan	: SD	Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga		
Alamat	: Kp. Campaka 003/001 Kel. Pataruman Kec. Cihampelas Kota Bandung Barat		

c. Faktor Presipitasi dan Alasan Masuk

1) Presipitasi:

   Kehilangan.

2) Alasan Masuk RS

   Pasien mengatakan di rumah suka mengamuk dan memecahkan barang-barang karena emosi mendengar dan melihat bayangan yang membuat emosi meningkat sehingga pasien tidak dapat mengontrol perilaku kekerasan. Sebelum dibawa ke Rumah Sakit, pasien diberi air minum yang sudah diberi do'a oleh istrinya akan tetapi tak kunjung sembuh, sehingga Ny.L segera melapor ke RT,RW dan Tn. D di bawa ke Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat menggunakan ambulance oleh Ny.L, RT dan RW.

3) Saat Dikaji

Saat dikaji pasien tampak sedih karena ingat anak, menunduk, kontak mata kurang, mudah tersinggung, nada bicara inggi,pasien mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan, pasien mengatakan sejak di ruang tenang sudah tidak pernah mendengar dan melihat bayangan yang membuat emosi pasien meningkat, hasil dari pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah: 120/60 mmHg, N : 92x/menit, S: 36,6 ℃, R: 17x/menit.

d. Faktor Predisposisi

Pasien tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Pasien tidak pernah menjadi pelaku, korban, dan saksi dalam aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam kleuarga, tindakan kriminal. Namun, pasien pernah menjadi pelaku, korban dan saksi dalam aniaya fisik saat kejadian perkelahian bersama temannya. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, pasien mengatakan hal yang tidak menyenangkan ketika anak yang ke dua meninggal sehingga pasien menjadi lebih emosi.

e. Fisik

1) Tanda vital TD I : 120/60 mmHg, N : 92x/menit, S: 36,6 ℃, R: 17x/menit

TD II: 130/70mmHg

2) Ukur: TB : 172 cm BB : 58 kg. IMT : 19,60 (normal) berat badan sebelum di rawat pasien tidak mengetahui.

3) Terdapat keluhan fisik karena terdapat bekas luka gatal masih sedikit gatal dan perih.

4) **Sistem Tubuh**

a) Sistem Integumen :

Pasien terdapat tato di kedua lengan,dada dan punggung, kulit bersih, rambut bersih, kuku pendek, terdapat luka gatal di lengan kiri dan telapak kanan terdapat bekas luka akibat memecahkan gelas.

b) Penglihatan dan pendengaran :

Penglihatan pasien jelas, pasien dapat membaca dengan jarak 30cm, pendengaran pasien jelas, dapat menyebutkan secara benar saat dibisikkan dengan jarak 30cm.

c) Pencernaan :

Bibir kering, mengunyah dan menelan tidak ada gangguan, nafsu makan tidak ada keluhan, bising usus: 7x/menit, BAB: 1x/ hari, tidak ada nyeri perut,makan 3x 1porsi habis.

d) Endokrin :

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, ada tremor, tidak ada tanda-tanda peningkatan atau penurunan gula darah, berat badan saat di rawat 58 kg namun saat sebelum dirawat pasien tidak mengetahui.

e) Perkemihan :

Minum air putih sebanyak 1,5 liter, BAK tidak terasa sakit, sehari 6-7x, warna urine kuning pekat, tidak ada keluhan.

f) Persyarafan:

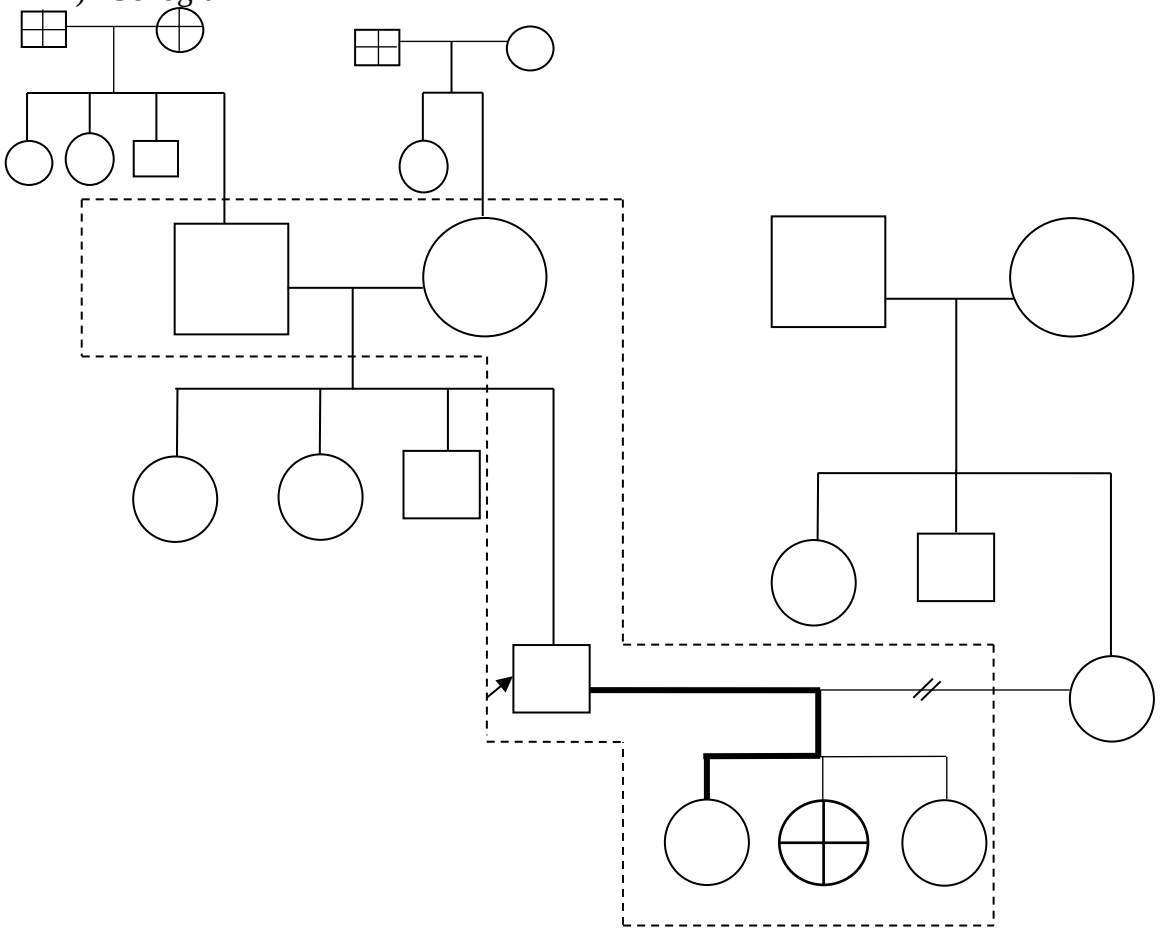
Pasien tidak bingung dan gelisah, pergerakan lidah dan wajah tidak ada gangguan, dapat membedakan rasa dan bau, pasien terkadang merasa ngantuk ringan ketika setelah minum obat, pasien sedikit tremor, tidak ada ngences.

g) Muskuloskeletal

Pasien merasa pegal-pegal, tidak ada keterbatasan gerak, kekuatan otot ekstremitas bawah dan atas 5.

f. PSIKOSOSIAL

1) Genogram



Keterangan:

= Laki-laki = Pasien = Tinggal Serumah

 = Perempuan —— = Meninggal ／ = Cerai

 = Keturunan ———— = Perkawinan = Orang Terdekat

Jelaskan:

a) Pola asuh

Pasien diasuh oleh orang tuanya. Orang tua pasien selalu membebaskan apa yang dilakukan oleh pasien dan diajarkan untuk tidak meremehkan orang lain.

b) Pola penyelesaian masalah

Dalam menyelesaikan masalah pasien terkadang berdiskusi terlebih dahulu atau ditinggal mancing atau pergi dengan teman dan mabuk, dalam keluarga jika ada masalah selalu di diskusikan.

c) Pola komunikasi

Pasien dapat berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia dan Sunda kepada anggota keluarganya dan kerabatnya. masing-masing anggota keluarga memiliki *handphone* untuk memberi kabar.

2) Konsep diri

h) Gambaran diri :

Pasien mengatakan suka dengan anggota tubuh bagian kepala karena bisa digunakan untuk berfikir dan memberikan ide. Namun pasien tidak menyukai bagian tangan karena pernah melakukan aniaya fisik kepada orang lain.

i) Identitas:

Pasien mengatakan ia seorang laki-laki yang bekerja di PDAM dan mempunyai 2orang anak. Pasien merasa puas memiliki pekerjaan tersebut walaupun gaji yang UMR.

j) Ideal diri :

Pasien mengatakan ingin cepat pulang dan bertemu anaknya, ingin menjadi orang sukses dan mempunyai rumah sendiri.

k) Peran :

Pasien mengatakan perannya sebagai ayah yang ingin menyekolahkan anaknya. Pasien belum merasa puas sebagai ayah karena belum bisa memberikan contoh yang baik.

l) Harga diri:

Pasien menilai dirinya sendiri sebagai orang yang mudah tersinggung dan memiliki emosi yang tidak stabil. Orang lain menilai pasien sebagai orang yang mudah marah dan kasar.

3) Hubungan Sosial & Sistem Pendukung

a) Hubungan sosial

(1) Orang yang berarti

Anak pertamanya.

(2) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

Jarang mengikuti acara di sekitar karena bekerja.

(3)Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Pasien mengatakan suka merasa tersinggung oleh ucapan orang lain. Jika tersinggung, pasien memilih diam.

b) Sistem Pendukung

(1) Keluarga

Saat pasien di rawat di RSJ, keluarga suka menjenguk bersama istri dan anaknya.

(2) Teman : sekolah,satu pekerjaan,dan atasan

Pasien mengatakan memiliki hubungan cukup dekat dengan atasannya dan dua orang teman

4) Spiritual

a) Nilai /keyakinan terhadap sakitnya :

Pasien mengatakan semua ini adalah ujian hidup.

b) Keyakinan klien akan kesembuhan :

Pasien yakin untuk sembuh.

c) Kegiatan ibadah :

Pasien seama sakit tidak melakukan ibadah sholat hanya berdoa saja.

g. Status Mental

Pasien berpenampilan rapih dan menggunakan pakaian sesuai. Pembicaraan cepat namun masih bisa dimengerti, pasien tampak lesu dan adanya tremor. Pasien merasa sedih karena belum bertemu dengan anaknya. Afek sesuai ketika berbicara belum bertemu anaknya menunjukan ekspresi sedih, mata berkaca-kaca, cemberut. Interaksi selama wawancara pasien menunduk, mudah tersinggung namun kooperatif. Terdapat persepsi pendengaran dan

penglihatan dan saat ini sudah tidak ada. Pasien sudah diajarkan teknik menghardik oleh perawat di ruang perawatan sebelumnya. Saat menjawab pertanyaan yang diajukan, pasien suka berhenti tiba-tiba akan tetapi masih bisa melanjutkan. Tidak ditemukan isi pikir dan waham. Pasien dalam keadaan tenang, pasien dapat menyebutkan tempat bahwa pasien berada di Ruang Perkutut Rumah Sakit Jiwa, waktu pada pagi hari bulan April, dan menyebutkan nama teman sekamar dengan benar, Pasien dapat mengingat menu makan pagi hari dengan nasi,ayam,tahu. Pasien dapat mengingat siapa saja yang mengantarnya ke RSJ dan dapat mengingat kejadian yang tidak menyenangkan di masa lalu yaitu anak keduanya meninggal pada tahun 2018. Pasien dapat berhitung sederhana penjumlahan dan pengurangan 5 tingkat. Pasien dapat menilai bahwa saat akan sarapan lebih baik mandi terlebih dahulu. Pasien mengingkari penyakit.

h. Kebutuhan Persiapan Pulang

Pasien dapat makan dengan mandiri dan BAB/BAK mandiri tanpa bantuan. Sebelum makan pasien mencuci tangan dan berdoa, Setelah makan pasien dapat membersihkan alat makan dan menyimpannya di tempat kotor. Setelah mandi pasien mengeringkan badannya dengan handuk. Setelah BAK/BAB pasien selalu membersihkan dengan sabun. Pasien dapat mandi secara mandiri dan berpakaian mandiri. Saat mandi, pasien menggunakan sabun, gosok gigi, dan sampo untuk keramas. Setelah mandi pasien selalu merapihkan rambut menggunakan tangan karena tidak disediakan sisir di ruangan. Pasien tidur siang hanya 30 menit namun untuk jamnya bisa berubah jika ada jadwal rehab

pada siang hari. Untuk tidur malam 8jam dengan nyenyak. Tidak ada kegiatan khusus yang dilakukan sebelum tidur kecuali BAK, cuci tangan dan kaki, dan doa tidur. Pasien tidak mengetahui jenis obat yang diminum karena pasien kesulitan untuk menghafal nama obat, Pasien mengetahui bentuk dan warna obat yang diminum serta mengetahui manfaat obat yang diminum supaya halusinasi tidak datang akan tetapi tidak mengetahui tentang lamanya minum obat. Saat akan kontrol, pasien diantar oleh keluarga dan terdapat puskesmas dengan jarak kurang lebih 15menit dari rumah. Pasien dapat memasak sendiri seperti menggoreng tahu,tempe,telur dan sebagainya. Pasien dapat menyapu,mengepel lantai, dan membdemoersihkan rumah. Pasien dapat mencuci pakaian dan mengatur keuangan. Pasien mampu berbelanja ke warung atau pasar dan mengendarai motor sendiri.

i. Mekanisme Koping

Pasien jika ada masalah terkadang berbicara dengan orang lain dam mampu menyelesaikan masalah. Namun pasien juga dalam menyelesaikan masalah terkadang pergi mancing atau pergi bersama teman dan meminum alkohol.

j. Terapi Modalitas :

Terapi Gerak	Senam setiap pagi hari.
Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)	Pasien mengikuti satu kali pada tanggal 23 April 2024.
Terapi Aktivitas Kelompok Musik (TAKM)	Sudah mengikuti dua kali seperti bernyanyi, bermain alat musik

k. Aspek Medik

1) Diagnosa Medik
   Skizofrenia paranoid

2) Terapi Medik : (Obat yang digunakan dan program ECT yang diberikan)

NAMA	DOSIS	WAKTU	RUTE	FUNGSI
Olanzapine	1x1 (10mg)	Pagi	Oral	Mengobati gejala halusinasi
Risperidone	2X1 (1mg)	Pagi Malam	Oral	Meredakan gejala skizofrenia
Clindamicin	300 mg (1x1)	Malam	Oral	Mengatasi infeksi kulit

3) Hasil Pemeriksaan Penunjang

a) Laboratorium :

18-04-2024

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Imunologi			
Syphilis	Non-reaktif		
Imunnoserologi			
HIV	Non-reaktif		

19-04-2024

Jenis Pemeriksanaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Hematologi			
Hemoglobin	15.3	g/dL	13,2-17,3
Leukosit	9,000	/µL	3,800-10,600
Hematokrit	46	%	40-52
Trombosit	155,000	/µL	150,00-400,000
Eritrosit	5,06	10^6/µL	4.4-5.9
MCV	90,4	P9	80-100
MCH	30,2	IF	28-33
MCHC	33,4	g/dL	33-36

l. Analisa Data

NO	DATA	MASALAH
1.	Subjektif: - Pasien mengatakan emosi saat halusinasi muncul. - Pasien mengatakan memecahkan gelas . - Pasien mengatakan pernah menjadi pelaku,saksi, dan korban penganiyaan fisik. Objektif: - Pasien memiliki bekas luka di telapak kanan. - Kelopak mata kanan lebam. - Mudah tersinggung.	Risiko perilaku kekerasan (D.0146)
2.	Subjektif: - Pasien mengatakan saat dirumah mengalami halusinasi. - Pasien mengatakan kesal halusinasi itu muncul. - Pasien mengatakan saat di rumah sakit sudah tidak mengalami halusinasi. - Pasien mengatakan sudah pernah diajarkan Teknik menghardik oleh perawat di ruang sebelumnya. Objektif: - Pasien tampak tenang	Gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dan pendengaran (D.0085)

4.1.2 DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. **Daftar Diagnosis Keperawatan**
   a. Risiko perilaku kekerasan
   b. Gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dan pendengaran

4.1.3 Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi Formatif

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
	Resiko Prilaku Kekerasan	TUM : Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK : 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya Dengan kriteria evaluasi : setelah 1x pertemuan Pasien menunjukan tanda-tanda percaya pada perawat : a. Wajah tersenyum. b. Mau berkenalan. c. Ada kontak mata. d. Bersedia menceritakan perasaan atau masalah yang dirasakan.	1. Bina hubungan saling percaya dengan : a. Beri salam setiap interaksi. b. Perkenalan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi. c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan Pasien. d. Tunjukan sikap empati jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi. e. Tanyakan perasaan Pasien dan permasalahan yang dihadapi.	1. Hubungan saling percaya merupakan dasar utama untuk melakukan intrvensi selanjutnya.	**19 April 2024** **10.00** **Pertemuan 1** 1. Membina hubungan saling percaya a. Memberi salam b. Memperkenalkan nama c. Menanyakan nama dan nama panggilan pasien d. Menunjukkan sikap empati,jujur dan menepati janji e. Menanyakan perasaan dan masalah pasien yang dialami f. Membuat kontrak interaksi g. Mendengarkan penuh perhatian **Evaluasi Formatif** **S:** - Pasien menjawab salam - Pasien dapat menceritakaan masalah yang dirasakan - Pasien menjawab nama lengkap dan menyebutkan nama panggilan - Pasien menyepakati kontrak waktu - Pasien mengatakan tidak nyangka akan seperti ini dan rindu anaknya

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
			f. Buat kontrak interaksi yang jelas. g. Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapkan perasaan Pasien.		- Pasien menceritakan masalah O: - Kontak mata (-) - Pasien tersenyum - Pasien mau berkenalan A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A
		2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya Dengan kriteria evaluasi setelah 1x pertemuan Pasien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya :	1. Bantu Pasien mengungkapkan perasaan marahnya : a. Motivasi Pasien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya. b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan Pasien. c. Berikan pujian saat Pasien dapat menjawab penyebab perilaku kekerasan.	1. Membantu Pasien mengungkapkan apa yang dirasakan untuk membantu pasien dalam menyelesaikan perasaan marah.	**19 April 2024** **13.00** **Pertemuan 2** 1. Membantu pasien mengungkapkan perasaan marahnya a. Memotivasi pasien menceritakan penyebab kesal b. Mendengarkan tanpa menyela c. Memberi pujian saat pasien dapat menjawab penyebab melakukan perilaku kekerasan **Evaluasi Formatif:** **S:**

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		a. Menceritakan penyebab, perasaan jengkel atau kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya			- Pasien mengatakan kesal saat halusinasi datang O: - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A
		3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah 1 x pertemuan Pasien menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan a. Tanda fisik : mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang dll.	1. Bantu Pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya : a. Motivasi Pasien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi. b. Motivasi Pasien menceritakan kondisi emosinya(tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan. c. Motivasi Pasien menceritakan kondisi	1. Mengetahui tanda-tanda perilaku kekerasan sehingga dapat mencegah perilaku yang berbahaya.	**20 April 2024** **09.00** **Pertemuan 1** 1. Membantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan a. Memotivasi pasien menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan b. Memotivasi pasien meceritakan kondisi emosional c. Memotivasi pasien menceritakan kondisi sosia **Evaluasi Formatif** **S:** - Pasien mengatakan saat marah mata melotot

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		b. Tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar. c. Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.	hubungan dengan orang lain(tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan.		- Pasien mengatakan saat marah tubuhnya berasa panas - Pasien mengatakan saat marah wajah memerah - Pasien mengatakan saat marah berbicara kasar - Pasien mengatakan saat marah tidak mau didekati atau diajak bicara O: - Pasien saat bercerita blocking - Pasien saat berbicara cepat namun bisa dimengerti - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A
		4. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya	1. Diskusikan dengan Pasien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini : a. Motivasi Pasien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang	1. Mengetahui perilaku kekerasan apa saja yang sudah dilakukan dalam menyelesaikan	**20 April 2024** **13.10** **Pertemuan 2** 1. Mendiskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang dilakukan

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		Dengan kriteria evaluasi Setelah 1x pertemuan Pasien menjelaskan: a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya. b. Perasaannya saat melakukan kekerasan. c. Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.	selama ini pernah dilakukannya. b. Motivasi Pasien menceritakan perasaan Pasien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi. c. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.	masalah atau perasaan yang dialaminya.	a. Memotivasi pasien menceritakan jenis tindakan perilaku kekerasan yang dilakukan b. Memotivasi pasien menceritakan perasaan setelah melakukan perilaku kekerasan c. Mendiskusikan apakah dengan tindakan tersebut masalah teratasi **Evaluasi Formatif** **S:** - Pasien mengatakan memecahkan gelas - Pasien mengatakan pernah memukul orang - Pasien mengtakan saat memecahkan gelas dan memukul orang perasannya menjadi lega namun tidak dapata menyelesaikan masalah O: - Pasien terlihat tenang saat bicara - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		5. Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah 1x pertemuan Pasien menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya : d. Diri sendiri : luka, di jauhi teman dll. e. Orang lain atau keluarga : luka, tersinggung, ketakutan dll. f. Lingkungan : barang atau benda rusak dll.	1. Diskusikan dengan Pasien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada : d. Diri sendiri. e. Orang lain atau keluarga f. Lingkungan.	1. Membantu pasien mengetahui dampak atau kerugian dari tindakan kekerasan yang dilakukan.	**22 April 2024** **10.00** **Pertemuan 1** 1. Mendiskusikan dengan pasien akibat perilaku kekerasan a. Diri sendiri b. Orang lain atau keluarga **c.** Lingkungan **Evaluasi Formatif** S: - Pasien mengatakan akibat terhadap diri sendiri yaitu ada luka - Pasien mengatakan akibat ke orang lain yaitu menjadi takut untuk mendekat - Pasien mengatakan akibat ke lingkungan yaitu rusaknya perabotan rumah - Pasien dapat menyebutkan kembali apa yang sudah di diskusikan mengenai akibat perilaku kekerasan - O: - Kontak mata (+) - Pasien berbicara cepat A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dipertahankan

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
					 Hanifah S.A
		6. Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan Dengan kriteria evaluasi setelah 1 x pertemuan Pasien : a. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah.	1. Diskusikan dengan Pasien : a. Apakah Pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat. b. Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk megungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui Pasien. c. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah. 1) Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga. 2) Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan orang lain. 3) Sosial : latihan asertif dengan orang lain. 4) Spiritual : sembahyang atau berdoa, dzikir,	1. Menurunkan perilaku agresif yang berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, dan atau lingkungan.	**22 April 2024** **11.00** **Pertemuan 1** 1. Mendiskusikan dengan pasien: a. Apakah pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat b. Menjelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien c. Menjelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah: 1) Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau Kasur, olahraga 2) Cara Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan orang lain 3) Cara sosial: Latihan asertif dengan orang ain 4) Cara spiritual: sembahyang atau berdoa, berdzikir,sesuai keyakinan agama **Evaluasi Formatif:** S: - Pasien mengatakan ingin mengetahui cara marah yang sehat

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
			meditasi dsb sesuai keyakinan agama.		- Pasien dapat mengulang kembali berbagai cara marah yang sehat seperti nafas dalam, pukul bantal atau kasur O: - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A
		7. Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah 1x pertemuan Pasien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan : a. Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga.	1. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurka Pasien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan 2. Latih Pasien memperagakan cara yang dipilih : a. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih. b. Jelaskan manfaat cara tersebut.	1. Dengan cara yang di pilih, Pasien dapat mengontrol kemarahannya secara konstruktif. 2. Dengan memperagakan ulang, dapat mengetahui sejauh mana Pasien dapat mengontrol kemarahannya. 3. Memberikan dukungan positif terhadap	**22 April 2024** **13.00** **Pertemuan 1** 1. Mendiskusikan cara yang mungkin dipiih dan dianjurkan pasien memilih cara yang mungkin untuk menungkapkan 2. Melatih pasien memperagakan cara yang dipilih: a. Pergakan cara melaksanakan cara yang dipilih b. Jelaskan manfaat cara tersebut c. Menganjurkan pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		b. Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan orang lain. c. Spiritual : sembahyang atau berdoa, dzikir, meditasi dsb sesuai keyakinan agama.	c. Anjurkan Pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan. d. Beri penguatan pada Pasien, memperbaiki cara yang masih belum sempurna. e. Beri pujian setelah pasien mempraktekan. 3. Anjurkan Pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel.	keberhasilan pasien dalam melakukan marah konstruktif. 4. Membiasakan Pasien mngontrol kemarahannya dengan baik.	d. Memberi penguatan pada pasien memperbaiki cara yang masih belum sempurna e. Memberi pujian setelah pasien mempraktekkan 3. Menganjurkan pasien mengungkapkan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel **Evaluasi Formatif** **S:** - Pasien mengatakan memilih cara marah yang sehat dengan teknik nafas dalam, pukul bantal atau kasur - Pasien mengatakan lebih rileks karena dapat menyaluran marahnya dengan sehat O: - Kontak mata (+) - Pasien dapat mempraktekkan kembali cara marah sehat seperti nafas dalam, pukul bantal atau kasur A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		8. Pasien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan Dengan kriteria evaluasi setelah 1x pertemuan keluarga : a. Menjelaskan cara merawat Pasien dengan perilaku kekerasan b. Mengungkapkan cara merawat pasien sesuai anjuran.	1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan. 2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan. 3. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat pasien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga 4. Peragakan cara merawat Pasien. 5. Beri kesempatan pada keluarga untuk memperagakan ulang. 6. Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan. 7. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan.	1. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan. 2. Meningkatkan kemampuan keluarga tentang merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan.	Tidak melakukan karena tidak bertemu dengan keluarga. Tetapi penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk menyampaikan informasi mengenai pengertian,penyebab,akibat dan cara merawat anggota keluarga dengan risiko perilaku kekerasan.  Hanifah S.A

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
		9. Pasien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan Dengan kriteria evaluasi Setelah 1 x pertemuan Pasien menjelaskan : a. Manfaat minum obat. b. Kerugian tidak minum obat. c. Nama obat. d. Bentuk dan warna obat. e. Dosis yang diberikan kepadanya. f. Waktu pemakaian. g. Cara pemakaian. h. Efek yang dirasakan. Setelah…..x pertemuan pasien menggunakan obat sesuai program.	1. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat. 2. Jelaskan kepada Pasien : a. Jenis obat (nama, warna dan bentuk). b. Dosis yang tepat untuk Pasien c. Waktu pemakaian. d. Cara pemakaian. e. Efek yang akan dirasakan Pasien. 3. Anjurkan Pasien : d. Minta dan menggunakan obat tepat waktu. e. Lapor ke perawat atau dokter jika mengalami efek yang tidak biasa. f. Beri pujian terhadap kedisiplinan menggunakan obat.	1. Pasien dapat mengetahui jenis obat. 2. Meningkatkan pengetahuan Pasien mengenai pengobatan. 3. Minum obat sesuai anjuran, mempercepat kesembuhan Pasien.	**23 April 2024** **13.00** **Pertemuan 1** 1. Menjelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat. 2. Menjelaskan kepada pasien: 1. Jenis obat (nama,warna dan bentuk) b. Dosis yang tepat untuk Pasien c. Waktu pemakaian. d. Cara pemakaian. e. Efek yang akan dirasakan Pasien. 4. Menganjurkan Pasien : a. Meminta dan menggunakan obat tepat waktu. b. Melapor ke perawat atau dokter jika mengalami efek yang tidak biasa. 2. Memberi pujian terhadap kedisiplinan menggunakan obat. **Evaluasi Sumatif:** S: - Pasien mengatakan jika minum obat dapat membuat tenang - Pasien mengatakan jika tidak minum obat halusinasi akan menjadi gelisah dan sulit diarahkan - Pasien mengatakan paham terkait yang dijelaskan mengenai obat (manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat,

Perencanaan					
No	**Diagnosa Kep**	**Tujuan & Kriteria Evaluasi**	**Intervensi**	**Rasional**	**Implementasi dan Evaluasi Formatif**
					nama obat, bentuk dan warna, dosis, waktu pemberian,cara pemakaian, dan efek samping obat tersebut). - Pasien dapat menjelaskan kembali nama obat Risperidone, waktu pemberian, manfaat, rute,dosis dan efek setelah meminum obat. O: - Pasien tampak tenang - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan  Hanifah S.A

4.1.4 Evaluasi Sumatif

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
1.	Risiko Perilaku Kekerasan	1 Membina hubungan saling percaya	19 April 2024 10.00 S: - Pasien menjawab salam - Pasien dapat menceritakaan masalah yang dirasakan - Pasien menjawab nama lengkap dan menyebutkan nama panggilan - Pasien menyepakati kontrak waktu - Pasien mengatakan tidak nyangka akan seperti ini dan rindu anaknya - Pasien menceritakan masalahnya O: - Kontak mata (-) - Pasien tersenyum - Pasien mau berkenalan A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan dan dilanjutkan	 Hanifah S.A
		2 Membantu pasien mengungkapkan perasaan marahnya	19 April 2024 13.00 S: - Pasien mengatakan kesal saat halusinasi datang - Pasien dapat menceritakan penyebab jengkel atau kesal O: - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian	 Hanifah S.A

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
			P: Intervensi dipertahankan dan dilanjutkan	
		3 Membantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang di alaminya	20 April 09.00 **S:** - Pasien mengatakan saat marah mata melotot - Pasien mengatakan saat marah tubuhnya berasa panas - Pasien mengatakan saat marah wajah memerah - Pasien mengatakan saat marah berbicara kasar - Pasien mengatakan saat marah tidak mau didekati atau diajak bicara O: - Pasien saat bercerita blocking - Pasien saat berbicara cepat namun bisa dimengerti - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan dan dilanjutkan	 Hanifah S.A
		4 Mendiskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang dilakukan	20 April 13.10 S: - Pasien mengatakan memecahkan gelas - Pasien mengatakan pernah memukul orang - Pasien mengtakan saat memecahkan gelas dan memukul orang perasannya menjadi lega namun tidak dapata menyelesaikan masalah O: - Pasien terlihat tenang saat bicara	 Hanifah S.A

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
			- Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan dan dilanjutkan	
		5 Mendiskusikan dengan pasien akibat perilaku kekerasan	22 April 2024 09.00 S: - Pasien mengatakan akibat terhadap diri sendiri yaitu ada luka - Pasien mengatakan akibat ke orang lain yaitu menjadi takut untuk mendekat - Pasien mengatakan akibat ke lingkungan yaitu rusaknya perabotan rumah - Pasien dapat menyebutkan kembali apa yang sudah di diskusikan mengenai akibat perilaku kekerasan O: - Kontak mata (+) - Pembicaraan cepat A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dipertahankan dan dilanjutkan	 Hanifah S.A
		6 Mendiskusikan dengan pasien cara mengungkapkan marah yang sehat	22 April 2014 11.00 S: - Pasien mengatakan ingin mengetahui cara marah yang sehat	

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
			- Pasien dapat mengulang kembali berbagai cara marah yang sehat seperti nafas dalam, pukul bantal atau kasur O: - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan dan dilanjutkan	Hanifah S.A
		7 Mendiskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan pasien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan marahnya	22 April 2024 13.00 S: - Pasien mengatakan memilih cara marah yang sehat dengan teknik nafas dalam, pukul bantal atau kasur - Pasien mengatakan lebih rileks karena dapat menyaluran marahnya dengan sehat O: - Kontak mata (+) - Pasien dapat mempraktekkan kembali cara marah sehat seperti nafas dalam, pukul bantal atau kasur A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan dan dilanjutkan	 Hanifah S.A
		8 Mendiskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan	Tidak melakukan karena tidak bertemu dengan keluarga. Tetapi penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk menyampaikan informasi mengenai pengertian,penyebab,akibat dan cara merawat anggota keluarga dengan risiko perilaku kekerasan.	 Hanifah S.A

No	D.Kep	TUK	Evaluasi	Paraf dan Nama Jelas
		9 Menjelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugiannya jika tidak menggunakan obat	23 April 2024 13.00 S: - Pasien mengatakan jika minum obat dapat membuat tenang - Pasien mengatakan jika tidak minum obat halusinasi akan menjadi gelisah dan sulit diarahkan - Pasien mengatakan paham terkait yang dijelaskan mengenai obat (manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna, dosis, waktu pemberian,cara pemakaian, dan efek samping obat tersebut). - Pasien dapat menjelaskan kembali nama obat Risperidone, waktu pemberian, manfaat, rute,dosis dan efek setelah meminum obat. O: - Pasien tampak tenang - Kontak mata (+) A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dipertahankan dan dilanjutkan	 Hanifah S.A

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil studi kasus yang sudah dilakukan, pada pembahasan ini akan diuraikan tentang hasil pelaksanaan tindakan keperawatan dengan pemberian cara mengontrol marah yang konstruktif pada pasien risiko perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan didasarkan dari pengkajian dan diagnosa keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Tahap pengkajian pada pasien risiko perilaku kekerasan dilakukan interaksi komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien dimana perawat mempunyai tugas untuk mengenal, menerima, dan mengevaluasi perasaan pasien sehingga perawat dapat menyesuaikan diri dalam merawat. Perawat diwajibkan bersikap jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan, tidak larut dalam emosional yang dialami pasien dan dapat menerima apapun kondisi pasien dalam melakukan asuhan keperawatan.

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber seperti pasien dan rekam medis. Adapun lagkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya pada pasien agar pasien terbuka dan lebih percaya.
2. Melakukan pengkajian dengan wawancara.
3. Perawat bersikap jujur, empati, terbuka dan dapat membantu cara mengontrol marah yang konstruktif pada pasien risiko perilaku kekerasan.
4. Melakukan pengkajian dan memvalidasi dengan cara melihat rekam medis.

Dalam pengkajian ini, penulis menemukan kesenjangan karena pada kasus Tn.D tampak menunduk, kontak mata kurang, alam perasaan sedih, mudah tersinggung, merusak lingkungan, keinginan memukul orang lain, mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan, pembicaraan cepat, nada bicara tinggi, melotot, saat di rumah pasien mengatakan pernah memukul orang, memecahkan gelas, serta berbicara kasar.

Gejala yang muncul tidak semua mencakup dengan teori klinis tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan menurut (Keliat,dkk,2019) seperti mengatakan benci/kesal kepada orang lain, sinis, postur tubuh kaku mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, gelisah, mondar-mandir, pandangan tajam, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernapasan meningkat, mendominasi pembicaraan, sarkasme, mengatakan tidak senang, menyalahkan orang lain, mengatakan diri berkuasa, merasa gagal mencapai tujuan, mengungkapkan keinginan yang tidak realistis, suka mengejek dan mengkritik, disorientasi, wajah memerah, menarik diri dan bermusuhan.

Perbedaan ini muncul karena kemungkinan kondisi pasien yang berbeda, lingkungan yang berbeda, lamanya hari perawatan pasien yang sudah 4 hari dan faktor penyebab yang berbeda. Tanda gejala dalam studi kasus ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan Riska Amimi, Eka Malfasari, Rizka Febtrina, Dini Maulinda tahun 2020 dengan judul Analisis Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia didaptkan hasil menunjukkan bahwa tanda dan gejala yang sering muncul pada orang

dengan resiko perilaku kekerasan yaitu : bicara kasar, nada bicara tinggi, menjerit, berteriak, mengepalkan tangan. Faktor predisposisi dan presipitasi menurut (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati,2015) terdapat kesamaan dengan kasus yaitu faktor presipitasinya ialah kehilangan orang yang dicintai sedangkan untuk faktor predisposisinya pasien pernah mengalami aniaya fisik sebagai pelaku,korban atau saksi.

Diperkuat oleh hasil penelitian yang mendukung dilakukan oleh Syah Fitroh Saputri berjudul Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan yang dilakukan pada 17 Februari sampai dengan 23 Februari 2020, pasien bernama Tn.A berusia 39 tahun dia masuk Rumah Sakit Jiwa dr. Arif Zainudin Surakarta. Data pengkajian pada pasien didapatkan data subyektif adalah pasien mengatakan baru pertama kali masuk RSJ, pasien mengatakan sering mengamuk dan membanting barang dirumah dan saat marah tidak pulang ke rumah, pasien mengatakan sering mengumpat saat marah, mengamuk pasien ada keinginan untuk memukul orang tersebut, pasien mengatakan saat ini belum cerai tetapi pisah rumah,pasien mengatakan sering mengamuk setelah ditinggal istriya pisah rumah dan mudah tersinggung. Data obyektif saat observasi selama wawancara yaitu pembicaraan klien cepat dan keras saat diajak mengobrol, tatapan mata yang tajam, wajah pasien terlihat tegang dan gelisah, postur tubuh kaku. Karena di rumah sering mengamuk, akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa Tn.A ke RSJ dr. Arif Zainudin Surakarta.

Berdasarkan hasil penelitian yang tercantum di atas, terdapat kesamaan terkait faktor predisposisi dan presipitasi, pembicaraan cepat, mudah tersinggung, dan keinginan untuk memukul orang lain.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut (Pratama&Senja,2022) sebanyak 3 , yaitu:

1. Risiko perilaku kekerasan
2. Perilaku kekerasan
3. Harga diri rendah

Sedangkan pada kasus Tn.D ditegakkan dua diagnosa keperawatan yang muncul yaitu risiko perilaku kekerasan dan gangguan persepsi sensori:halusinasi penglihatan dan pendengaran. Saat dikaji pasien mengatakan sudah tidak melihat bayangan dan mendengar halusinasi sehingga tampak tenang akan tetapi halusinasi tidak dapat sembuh hanya bisa dikontrol dan memiliki risiko kambuh sehingga diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dan pendengaran ditegakkan. Saat diajukan pertanyaan, pasien menunjukkan gejala mayor dan minor risiko perilaku kekerasan sehingga diagnosa utama adalah risiko perilaku kekerasan.

Diagnosa Harga diri rendah tidak ditegakkan karena dalam pola asuh, pasien dibebaskan dalam melakukan kegiatan dan diajarkan oleh orang tuanya untuk tidak meremehkan orang lain. Saat dilakukan pengkajian, pasien tidak menunjukkan data mayor atau minor harga diri rendah.

4.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan yang dilakukan kepada Tn.D adalah strategi pertemuan satu sampai sembilan sesuai dengan strategi pertemuan menurut Wijayaningsih,2015. Strategi tersebut, yaitu:

1. Bina hubungan saling percaya.
2. Bantu pasien mengungkapkan perasaan marah.
3. Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya.
4. Diskusikan dengan pasien risiko perilaku kekerasan yang dialami.
5. Diskusi dengan pasien akibat melakukan perilaku kekerasan.
6. Diskusi dengan pasien cara sehat untuk mengungkapkan marah.
7. Diskusikan cara yang dipilih untuk mengungkapkan marah dan melatih pasien memperagakan cara yang dipilih.
8. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan.
9. Meningkatkan pengetahuan pasien mengenai terapi obat.

4.2.4 Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis mengatasi masalah sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan yaitu strategi pertemuan risiko perilaku kekerasan dimulai dari yang pertama hingga akhir. Namun, penulis tidak melakukan intervensi bertemu dengan keluarga karena tidak menemukan waktu yang tepat untuk bertemu tetapi untuk intervensi yang lain sudah

diberikan dan memberikan hasil yang positif kepada pasien di buktikan dengan evaluasi formatif.

Pada saat melakukan implementasi, penulis mendapatkan hambatan dan pendukung seperti: pasien kooperatif,perawat ruangan dapat berkolaborasi terkait tindakan keperawatan, semakin sering bertemu dan berkomunikasi pasien semakin percaya kepada penulis namun penulis tidak dapat bertemu keluarga karena keterbatasan waktu dalam praktik klinik keperawatan komprehensif.

4.2.5 Evaluasi

Hasil evaluasi pada tinjauan teoritis diharapkan adalah:

1. Pasien dapat mmebiina hubungan saling percaya.
2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab melakukan perilaku kekerasan.
3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
4. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang dilakukan.
5. Pasien dapat megidentifikasi akibat melakukan perilaku kekerasan.
6. Pasien dapat mengidentifikasi cara sehat dalam mengungkapkan amarah.
7. Pasien dapat mempraktekkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
8. Pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan.
9. Pasin menggunakan obat sesuai program.

Pada kasus ini, evaluasi yang didapatkan adalah:

1. Terbina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien.

2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab melakukan perilaku kekerasan karena kesal melihat dan mendengar halusinasi.
3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan seperti mata melotot, tubuh terasa panas, wajah memerah, berbicara kasar, tidak ada yang berani mendekat, dan barang di rumah rusak.
4. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan yaitu memukul orang lain dan memecahkan gelas.
5. Pasien dapat mengidentifikai akibat melakukan perilaku kekerasan seperti orang terdekat merasa takut dan terdapat luka setelah memecahkan gelas.
6. Pasien dapat mengidentifikasi cara marah konstruktif dalam mengungkapkan marahnya adalah pasien memilih tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur.
7. Pasien dapat mempraktekkan cara marah konstruktif.
8. Pasien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan belum terlaksana karena penulis tidak bertemu keluarga karena keterbatasan waktu tetapi penulis sudah berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk menjelaskan terkait bagaimana perawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan di rumah.
9. Pasien dapat mengetahui manfaat minum obat dan efek terapi obat.
10. Pasien dapat mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok seperti terapi gerak, terapi aktivitas kelompok sosial, terapi menghadir Bersama kelompok, menyanyi dan mendengarkan musik.

Berdasarkan evaluasi berdasarkan teoritis dan kasus, terdapat kesesuaian kecuali saat bertemu keluarga penulis tidak bisa melakukan evaluasi karena tidak bertemu. Untuk masalahnya hanya Sebagian yang teratasi karena penulis sudah selesai dalam melakukan praktik klinik keperawatan tetapi pasien belum pulang, Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan dan keluarga saat di rumah.

4.3 Keterbatasan

Dalam pelaksanaan studi kasus, penulis menemukan beberapa keterbatasan seperti:

1. Penulis tidak dapat bertemu dengan keluarga karena tidak ada waktu yang tepat. Penulis sudah mencoba menghubungi melewati *WhastsApp* maupun telpon seluler, namun nomor yang bersangkutan tidak aktif.
2. Pasien belum pulang tetapi penulis sudah selesai dalam melakukan praktik klinik dan gejala pasien sudah berkurang sehingga sudah dijadwalkan tanggal untuk pulang.