

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A dengan Resiko Perilaku kekerasan : *Skizofrenia* yang meliputi pengkajian, dianosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri pengumpulan dan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Keliat, 2010). Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan klien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Menurut Yosep & Sutini (2014), Resiko Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol. Sedangkan menurut teori Derja (2011), tanda dan gejala pada klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah ditandai dengan: wajah memerah, tegang, tidak nyaman merasa terganggu, dendam jengkel, mengamuk, gangguan. Hubungan sosial, dan menarik diri. Menurut Direja (2011,132), ada beberapa faktor penyebab resiko perilaku kekerasan seperti : faktor predisposisi, faktor presipitasi.

Selama proses pengkajian pada Tn.A terdapat adanya faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dari proses pengkajian adalah klien kooperatif selalu menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh penulis sehingga mempermudah penulis dalam menggali data-data masalah yang ada pada klien. Klien bersedia diajak berbicara dan senang saat diajak berbicara serta tidak menolak ajakan penulis dalam menggali data pada klien. Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan pengkajian yaitu tidak adanya keluarga Klien untuk menggali informasi dan tidak dapat melakukan validasi data yang didapat dari klien sehingga penulis hanya mendapat data dari interaksi klien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori menurut Yosep & Sutini (2014), ada 8 diagnosa keperawatan sebagai berikut : Resiko Perilaku kekerasan, Harga diri rendah kronik, resiko mencederai (diri sendiri, orang lain, lingkungan). Perubahan persepsi sensori : halusinasi, isolasi sosial, berduka fungsional, Koping tidak efektif, Koping keluarga tidak efektif. Sedangkan pada kasus nyata diagnosa yang muncul hanya 5 yaitu : Resiko Perilaku Kekerasan, Harga diri rendah Kronis, Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain, Gangguan kognitif, Gangguan proses pikir. Diagnosa keperawatan yang diangkat berdasarkan core problem adalah : Resiko perilaku kekerasan. Alasan mengapa penulis mengangkat diagnosa resiko perilaku kekerasan sebagai core problem adalah berdasarkan data pengkajian keluhan utama, tanda dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan klien dengan resiko perilaku kekerasan. Resiko Perilaku kekerasan di sebabkan banyak faktor salah satu faktor penyebabnya adalah Koping Individu tidak efektif. Awalnya individu berada pada satu situasi yang penuh dengan stressor, individu berusaha

menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga timbul pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi peran.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus nyata karena dalam analisa data dan diagnosa yang ada di teori sama dengan yang ada pada kasus Tn. A.

4.3 Rencana Keperawatan

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu Resiko Perilaku kekerasan : *Skizofrenia paranoid* yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) Klien yang terbagi dua streategi yang tertuju pada Klien dan keluarga. Pada tinjauan teori terdapat delapan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada Klien.

1. Sp 1 Klien, klien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang di lakukan, akibat, dan cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam).
2. Sp 2 Klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (evaluasi latihan nafas dalam, latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul bantal/kasur), menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).
3. Sp 3 Klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan resiko perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik,

meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik), susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal).

4. Sp 4 klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa).
5. Sp 5 klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan obat (bantu Klien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar [benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu).
6. Sp 1 Keluarga, yaitu Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat Klien resiko perilaku kekerasan di rumah (diskusi masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat Klien, diskusikan bersama keluar tentang resiko perilaku kekerasan [penyebab, tanda, dan gejala, perilaku yang dan muncul dari akibat perilaku tersebut], diskusikan bersama keluarga kondisi Klien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda atau orang lain)

SP 2 Keluarga, Melatih keluarga melakukan cara cara mengendalikan kemarahan (evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah, anjurkan keluarga untuk memotivasi Klien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat, ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada Klien jika Klien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat, diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan

jika Klien menunjukkan gejala-gejala resiko perilaku kekerasan).

4.4 Tindakan Keperawatan

Pada tinjauan teori implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implmentasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai oleh keadaan klien saat ini (*her and now*). Pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Keliat, 2011).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah di sesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan klien disebutkan terdapat lima strategi pelaksanaan yang akan dilakukan, diantaranya :

Sp 1 Evaluasi Klien, klien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, resiko perilaku kekerasan yang di lakukan, akibat, dan cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam).

Sp 2 Evaluasi Klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko

perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (evaluasi latihan nafas dalam, latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul bantal/kasur), menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).

Tahap pelaksanaan ini, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien kooperatif dalam pelaksanaan kegiatan klien menuruti sesuai arahan yang diberikan perawat pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan mulai tanggal 21 oktober 2020 Sampai dengan 22 Oktober 2020.

Sp 1 dilaksanakan dalam 1 hari, yaitu pada tanggal 21 Oktober 2020 pukul 15.00 WIB. selama 15 menit di meja tengah dengan posisi duduk berhadapan. Klien kurang kooperatif dan kontak mata kurang fokus, saat saat dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya, Klien mau menyebutkan nama panjang dan nama panggilannya, Klien mampu mengenal pemicu marah yang dialami Klien, Klien mengatakan “saya jengkel sama kedua orang tua saya mbak”, rasa marah tersebut timbul karena keinginan Klien tidak terpenuhi. Saat di ajarkan untuk mengevaluasi latihan tarik nafas dalam klien mampu memperagakannya 2x. Pada saat di lakukan wawancara untuk Sp 1 jawaban selalu sampai pada tujuan . Klien terlihat antusias ketika di ajarkan cara yang pertama.

Sp 2 dilakukan pada hari berikutnya pada tanggal 22 Oktober 2020 pukul 11.00 WIB selama 15 menit di meja tengah dengan posisi duduk berhadapan. Pada pertemuan ke 2 Klien duluan yang menyapa dan mengajak ngobrol. Evaluasi sp 1 di dapatkan klien mampu menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pulul bantal/kasur. Klien juga menjelaskan kembali cara latihan yang selanjutnya yaitu dengan cara verbal yaitu menolak dengan cara baik, menungkkapkan dengan baik dan menolak dengan baik. Di dalam wawancara

kontak mata Klien cukup baik, selanjutnya perawat mengajarkan cara melatih marah dengan memukul bantal/kasur, tetapi Klien enggan melakukannya.