

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Data pengkajian yang diperoleh pada Tn.S yaitu di Rumah Sakit pasien mengatakan pasien mengatakan hatinya gelisah karena tidak bertemu dengan keluarganya serta pasien mengatakan jengkel dan marah bila teringat perkataan tetangganya yang sudah mengejek dirinya. Sebelumnya pasien dirumah marah-marah serta memecahkan kaca tetangganya dengan melempar batu karena telah diejek tetangganya dengan sebutan orang gila. Sehingga selang satu hari pasien dibawa oleh keluarganya untuk dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Klaten..

##### **2. Diagnosa**

Diagnosa yang muncul pada Tn.S sesuai data yang diperoleh penulis saat pengkajian adalah perilaku kekerasan, harga diri rendah, koping individu tidak efektif. Diagnosa tersebut sudah sesuai dengan teori dan diagnosa yang tidak muncul : resiko mencederai diri sendir, orang lain dan lingkungan, koping keluarga tidak efektif, defisit perawatan diri : mandi berhias karena saat pengkajian tidak muncul data tersebut.

##### **3. Perencanaan**

Rencana keperawatan yang direncanakan pada Tn.S sesuai dengan teori dan diagnosa prioritas yang muncul. Rencana keperawatan antara lain :

SP 1 (Identifikasikan penyebab tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat perilaku kekerasan, kemudian jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan : fisik, obat, verbal, spiritual. Selanjutnya latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, kemudian masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik).

SP 2 (Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian, kemudian jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar obat : jenis, guna, dosis, cara, frekuensi, kontinuitas minum obat). SP 3 (Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian. Kemudian latih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (3 cara yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar), selanjutnya masukkan pada jadwal kegiatan untuk

latihan fisik, minum obat an verbal. Sedangkan pada SP keluarga tidak dapat petulis lakukan karena keterbatasan waktu.

#### 4. Implementasi

Dari 5x pertemuan dilakukan tindakan keperawatan SP 1 2x pertemuan dengan tindakan mengidentifikasi penyebab, tanda & gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat perilaku kekerasan ,kemudian jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan : fisik, obat, verbal, spiritual. Selanjutnya latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur.

SP 2 dilakukan 2 pertemuan dengan tindakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat ( menjelaskan 6 benar obat : jenis, guna, dosis, cara, frekuensi, kontinuitas minum obat ).

#### 5. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5x hari kepada pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dengan tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur secara mandiri, dan pasien mampu menyebutkan warna obatnya namun pasien lupa manfaat obatnya. Dan perilaku kekerasan pasien masih ada.

### B. Saran

#### 1. Bagi Akademik

Menambah refrensi karya tulis ilmiah atau sumber buku refrensi tentang masalah keperawatan jiwa khususnya pada masalah perilaku kekerasan.

#### 2. Bagi penulis

Penulis melengkapi karya tulis ilmiah ini agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih baik lagi secara profesional dan komprehensif kepada pasien dengan Perilaku Kekerasan.

#### 3. Bagi perawat

Diharapkan perawat dapat selalu mendampingi setiap tindakan yang dilakukan kepada pasien dan diharapkan perawat lebih kreatif untuk memberikan terapi terapi kegiatan untuk pasien.

#### 4. Institusi RS

Diharapkan supaya RSJD Dr.RM.Soedjarwadi Klaten dapat melengkapi sarana dan memfasilitasi apa yang dibutuhkan oleh pasien untuk penyembuhan serta melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan SOP(*standart operasional procedure*) yang ditetapkan.