

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengumpulan data

Tabel 2

Pengkajian Keperawatan pada pasien Ny.N Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali Tahun 2024

URAIAN	DATA
Identitas pasien	
Nama	Ny. N
Usia	45 tahun
Jenis kelamin	Perempuan
Alamat	Br. Tatag, Manukaya, Tampaksiring, Gianyar
Pendidikan	Tamat SD
Agama	Hindu
Status perkawinan	Cerai hidup
Tanggal dirawat (MRS)	17 Januari 2024
Tanggal pengkajian	29 April 2024
Ruang rawat	Kunti
Keluhan utama	Pada saat pengkajian pasien mengatakan merasa kesal dan jengkel dengan orang disekitarnya.
Riwayat penyakit	Keluarga pasien mengatakan pasien sudah menolak untuk minum obat dan susah diarahkan oleh keluarganya akhirnya pasien dibawa ke RSJ untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mencoba melukai diri sendiri dan orang lain.
Alasan dirawat	Pasien masuk RSJ Provinsi Bali pada tanggal 17 Januari 2024 dengan keluhan pasien mengaku bahwa dirinya mengamuk saat di rumah dan suka melempar barang.
Faktor predisposisi dan Faktor presipitasi	
Pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya?	Pernah dirawat di RSJ pada saat pasien berumur 29 tahun dan sudah dipulangkan namun jika pasien lupa minum obat akan kambuh.
Riwayat trauma	Keluarga pasien mengatakan pada saat pasien berumur 29 tahun pasien sempat memukul kepala adiknya dan melukai diri sendiri.
Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan	

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan	Keluarga pasien mengatakan pasien dulu sering bertengkar dengan saudaranya dikarenakan hal-hal yang sepele sehingga membuat pasien tidak tentram dengan keluarganya
Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan	
Pengkajian sosial	
Orang yang berarti/terdekat	Pasien mengatakan sangat dekat dengan ibunya.
Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain	pasien merupakan orang yang mudah tersinggung dengan pembicaraan yang menyangkut tentang dirinya.
Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan	
Status mental	
Pembicaraan	Pada saat diajak berbincang- bincang, pembicaraan pasien cukup jelas namun nada sedikit keras dan cepat. Pasien tampak tegang saat diajak berbicara, suara pasien ketus dan pandangan datar. Pasien tampak curiga dengan perawat pada saat pertama kali bertemu.
Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan	
Alam perasaan	Pasien mengatakan selalu ada yang membuat pasien marah
Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan	
Afek	Pasien tampak tegang saat diajak berbicara
Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan	
Interaksi selama wawancara	Kontak mata kurang, pasien tampak curiga dan kurang kooperatif. Pasien tampak tegang saat berbicara, suara pasien ketus dan pandangan datar.
Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan	
Persepsi	pasien mengatakan kadang mendengar bisikan untuk memukul seseorang
Masalah keperawatan : gangguan persepsi sensori	
Proses pikir	Pasien tampak impulsive mengulang-ulang pembicaraan
Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan	
Waham	saat diwawancarai tampak curiga dan menjaga jarak dengan perawat.
Penjelasan : waham curiga	
Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan	
Disorientasi	Pada saat pengkajian pasien tidak bisa menjelaskan hari dan jam dan pasien tampak tidak tahu dimana pasien berada
Penjelasan : disorientasi waktu dan tempat	
Masalah keperawatan : risiko perilaku keperawatan	
Mekanisme koping	Maladaptive (mencederai diri sendiri dan orang lain)
Masalah keperawatan : risiko perilaku keperawatan	

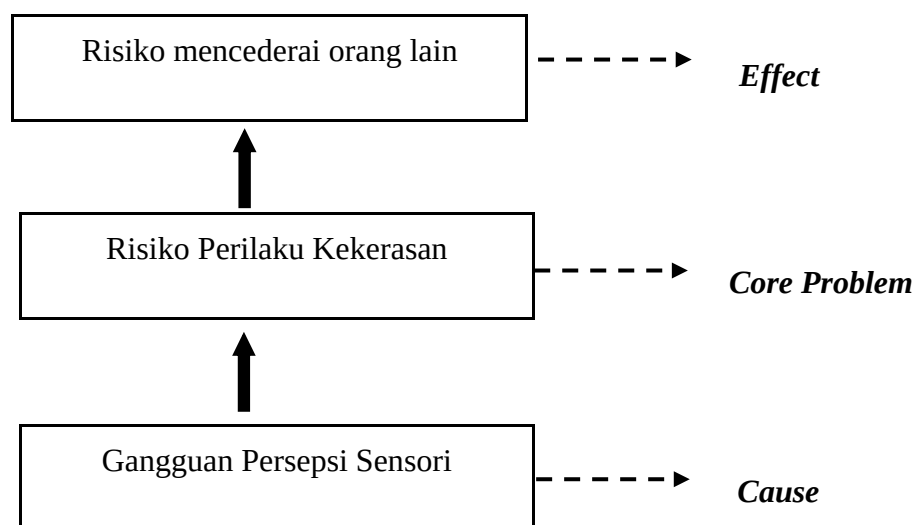
Aspek medik	<i>Clozapine</i> tablet 25mg (1x sehari) <i>Risperidone</i> tablet 2 mg (2 x sehari)
Pengkajian fokus	
Data subjektif	1. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah memukul kepala adiknya menggunakan tangannya sendiri atau benda disekitarnya. 2. Pasien mengatakan pasien suka mengamuk di rumah tanpa alasan yang jelas dan suka berlari membawa benda tajam. 3. Pasien sering mengambil barang-barang adiknya dan disembunyikan. Barang barang tersebut kadang di pakai, kadang juga hanya disembunyikan saja. 4. Menurut keluarga pasien awal mula pasien mengalami gangguan jiwa adalah karena memiliki masa lalu yang suram yaitu sering dikucilkan dilingkungannya. 5. Keluarga pasien mengatakan pasien awal mula pasien mengalami gangguan jiwa karena pasien depresi ditinggal suaminya. 6. Pasien sering menyembunyikan pisau dapur, namun tidak pernah digunakan untuk mengancam orang lain. 7. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengutarakan kepada keluarganya untuk membunuh dirinya, pada saat di tanya keluarga mengenai hal tersebut pasien menjawab ada orang lain yang tidak ingin dia hidup. 8. Keluarga pasien mengatakan pasien dulu sering bertengkar dengan saudaranya dikarenakan hal-hal yang sepele sehingga membuat pasien tidak tentram dengan keluarganya. 9. Pasien mengatakan selalu ada hal-hal membuatnya secara berlebihan. 10. Pasien terkadang berhalusinasi memanggil-manggil suaminya yang sudah meninggal.
Data obkjektif	1. pasien tampak tenang dan bisa diajak berbicara namun cara pasien berbicara tidak mau menatap lawan bicara 2. pasien tampak ketus dalam berbicara, dan tak jarang menggunakan nada tinggi disetiap kalimat. 3. Pada saat pengkajian pasien tidak bisa menjelaskan hari dan jam dan pasien tampak tidak tahu dimana pasien berada 4. pasien tampak impulsive.

-
5. Dalam upaya merawat diri pasien seperti mandi, mencuci tangan, keramas, mampu secara mandiri.
-

2. Rumusan masalah

- a. Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Gangguan persepsi sensori
- c. Risiko mencedrai orang lain

3. Pohon masalah



Gambar 2

Pohon Masalah Pasien Ny. N dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali Tahun 2024

B. Perumusan diagnosis keperawatan

Berdasarkan data dari hasil pengkajian yang telah dilakukan maka dirumuskan satu diagnosis keperawatan yang mengacu kepada standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu Risiko Perilaku Kekerasan Dibuktikan Dengan Riwayat Atau Ancaman Kekerasan Terhadap Diri Sendiri Dan Orang Lain.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan mengacu pada SIKI dan SLKI. Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan maka disusun rencana keperawatan sebagai berikut :

Tabel 3

Rencana Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bangli Tahun 2024

Hari/ Tgl/Jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4	5
Senin, 29 April 2024 / Pukul 08.00 wita	Risiko Kekerasan (D.0146) dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 kali pertemuan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: Kontrol Diri (L.09076) - Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5). - Perilaku menyerang menurun (5). - Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun (5). - Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5). - Perilaku agresif/ amuk menurun (5). - Suara keras menurun (5).	Intervensi utama Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi: - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). Terapeutik: - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Libatkan keluarga dalam perawatan.	- untuk mendeteksi dini benda yang dapat membahayakan - untuk mengontrol kegiatan yang membahayakan agar dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan pasien dan lingkungan pasien. - Untuk menurunkan perilaku yang berpotensi mencederai pasien dan lingkungan sekitar - Keluarga merupakan bagian terpenting dan sistem pendukung utama bagi pasien

Edukasi:

- Anjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien.
- Untuk menyukseskan program pengobatan pasien
- Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, terapi musik).
- Untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan dan membantu penyembuhan pasien secara preventif

(sumber: PPNI, SDKI, SIKI, SLKI, (2017))

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan ini dilakukan dengan menerapkan terapi musik klasik sebanyak 3 kali pertemuan dengan lama tiap pertemuan 15 menit. Berikut ini adalah implementasi yang dilakukan selama 3 kali:

Tabel 4
Implementasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bangli Tahun 2024

Waktu	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4
Pertemuan 1 Senin, 29 April 2024 pada pukul 08.00-08.15 wita	- Membina hubungan saling percaya - Monitor keadaan umum pasien	DS: - Pasien mengatakan sering marah dengan suara keras, mengancam akan memukul dan berkata-kata kasar jika kesal kepada seseorang. DO: - Pasien tampak dapat di arahkan dan kooperatif, pasien memiliki riwayat menyerang orang lain yaitu pernah memukuli kepala adiknya	 Tantri
	- Pemberian terapi music klasik	DS: - Pasien mengatakan bersedia dilakukan terapi music klasik DO: - Pasien tampak kooperatif dan mampu melakukan kegiatan terapi - Terapi yang dilakukan dengan menggunakan headset untuk mendengarkan lagu klasik yang diberikan selama 5 menit pertama Kemudian pasien mengatakan sudah bosan	 Tantri
Pertemuan 2 Selasa, 30 April 2024 08.00-08.15 Wita	- Mengucapkan salam - Monitor keadaan umum pasien	DS: - Pasien mengatakan masih sering marah dengan suara keras, mengancam akan memukuli, dan berkata-kata kasar jika kesal kepada seseorang. DO: - Pasien tampak sedikit tegang - Postur tubuh kaku - Tampak mata sedikit memerah	 Tantri
-			

	- Pemberian terapi music klasik - Libatkan keluarga dalam perawatan	DS: - Pasien mengatakan bersedia akan dilakukan terapi DO: - Pasien tampak kooperatif dan mampu melakukan kegiatan terapi - Pasien tampak tenang dan rileks saat dianjurkan untuk menutup mata sambil mendengarkan lagu yang diberikan - Terapi berhasil diberikan selama 15 menit	 Tantri
Pertemuan 3 Rabu, 1 Mei 2024 08.00- 08.15 wita	- Mengucapkan salam - Monitor keadaan umum pasien	DS: - Pasien mengatakan tidak akan mengancam, berkata-kata kasar, bersuara keras dan ketus kepada orang lain DO: - tampak subjek penelitian peningkatan kontrol diri.	 Tantri
	- Pemberian terapi music klasik - Latih mengurangi kemarahan secara verbal	DS: - Pasien mengatakan senang mendengarkan lagu yang diberikan DO: - Pasien tampak rileks dan nyaman - Tidak ada ciri-ciri perilaku kekerasan	 Tantri

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 kali pertemuan pada setiap pertemuan selama 15 menit dapat dijabarkan seperti tabel 5 dibawah ini:

Tabel 5
Evaluasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bangli Tahun 2024

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Pertemuan 1 Senin, 29 April 2024 pada pukul 08.15 wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	S: - Pasien mengatakan pasien suka mendengar lagu yang diberikan O: - Pasien tampak curiga dan pandangan datar A: - Risiko perilaku kekerasan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi utama - Menganjurkan melakukan pendekatan yang tenang - Lanjutkan pemberian intervensi inovasi	 Tantri
Pertemuan 2 Selasa, 30 April 2024 pada pukul 08.15 wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau merusak barang (destruksi property) orang lain.	S: Pasien mengatakan mau mendengarkan musik O: Pasien tampak senang dan rileks saat dianjurkan untuk menutup mata sambil mendengarkan music yang diberikan A: Risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi utama	 Tantri

		- Mendiskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri - Lanjutkan pemberian intervensi inovasi	
Pertemuan 3 Senin, 1 Mei 2024 pada pukul 08.15 wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau merusak barang (destruksi property) orang lain.	S: - Pasien mengatakan senang mendengar music yang diberikan - Pasien mengatakan perasaan saat ini lebih tenang dari sebelumnya, pasien mengatakan lumayan bisa mengontrol moodnya O: - Perilaku amuk pasien menurun - Verbalisasi keinginan untuk melakukan perilaku kekerasan tidak ada - Tidak ada upaya perilaku kekerasan - Tidak ada upaya menyakiti diri - Ekspresi pasien tampak lebih tenang dan cara bicara pasien sebelumnya lebih A: - Risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi utama - Monitor adanya benda yang membahayakan - Monitor selama penggunaan barang yang membahayakan - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya - Lanjutkan pemberian intervensi inovasi	 Tantri