

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengumpulan data

Pengkajian dilakukan terhadap Ny. AR dengan identitas sebagai berikut nomer RM 019xxx, berusia 46th bertempat tinggal di Br. Purwayu, Tribuana, Abang. Pendidikan terakhir SD, pasien menganut agama Hindu, pasien belum menikah dan pasien berjenis kelamin perempuan. Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 3 Oktober 2023 di ruang drupadi RSJ Provinsi Bali. Sumber data di dapat dari pasien, perawat dan catatan medis, kondisi pasien saat pengkajian sudah tenang sehingga pasien bersedia untuk diwawancarai. Pasien dibawa ke RSJ Provinsi Bali pada tanggal 16 September 2023, sebelumnya pasien sudah pernah masuk rumah sakit jiwa 5x dengan keluhan yang sama. Pasien sempat keluar dari RSJ tanggal 09 September 2023 dan kembali masuk RSJ tanggal 16 September 2023, dengan riwayat pengobatan yang tidak berhasil dimana pasien kadang lupa meminum obat sehingga pasien kadang kumat dengan berkeliaran dan memarahi orang sekitar. Keluhan utama pasien saat masuk rumah sakit yaitu mengamuk. Pasien diantar oleh pamannya ke RSJ Provinsi Bali dengan keluhan mengamuk di rumah tetangga yang sedang mengadakan upacara. Pasien hampir menyerang salah 1 warga dengan kayu. Saat wawancara pasien mengatakan dirinya dibawa ke RSJ karena “guuh-guuh” (mengumik) di rumah tetangga, pasien mengatakan tidak ingat dirinya mengamuk dan menyangkal marah-marah. Pasien mengingat dirinya mengunjungi acara ngaben di rumah tetangga dan pasien berniat untuk membantu serta memberi

perintah kepada salah seorang warga disana dan hanya mengucapkan “aduh-aduh”. Pasien mengatakan dirinya dibawa ke RSJ oleh suaminya yang bertugas sebagai perawat di ruang Sri Kresna RSJ Provinsi Bali yang dimana sebenarnya pasien diantar ke RSJ oleh pamannya.

Pada saat dilakukan wawancara pasien berbicara ketus dan artikulasi tidak jelas, dengan pandangan tajam, ekspresi pasien tampak berubah-ubah, sesaat ekspresi datar dan sesaat senyum-senyum, postur tubuh pasien kaku. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya tidak bekerja karena merasa malu dan tidak mampu untuk bekerja. Pasien mengatakan dirinya tidak disukai oleh orang-orang dan tidak ada yang mau untuk jadi temannya. Jika pasien memberi perintah kepada temannya, tidak ada yang menuruti sehingga pasien merasa kesal. Menurut perawat ruangan, pasien pernah mengancam akan memukul temannya karena pasien tidak mendapatkan apa yang pasien inginkan. Pasien juga menyatakan bahwa pasien merupakan anak ke-2 dari 4 bersaudara, pasien tinggal bersama dengan kedua orang tuanya, kakak laki-laki dan adik laki-lakinya. Saat pengkajian pasien menyangkal dirinya dikatakan pernah marah-marah dan mengamuk pasien hanya memberi perintah, pasien mempertahankan pendapatnya tanpa mau menerima masukan dari orang lain. Pasien tampak hanya menyendiri dan mondar mandir.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien TD:120/85 mmHg, N : 95x/menit, S: 36 °C dan RR : 18x/menit, BB : 59 kg, TB : 156 cm. Aspek medik Ny.AR dengan diagnosis medis skizofrenia hebrefrenek dengan terapi medis Stelosi 2x 5 mg, Clozapin 1x50 mg, Depakote 1x250 mg.

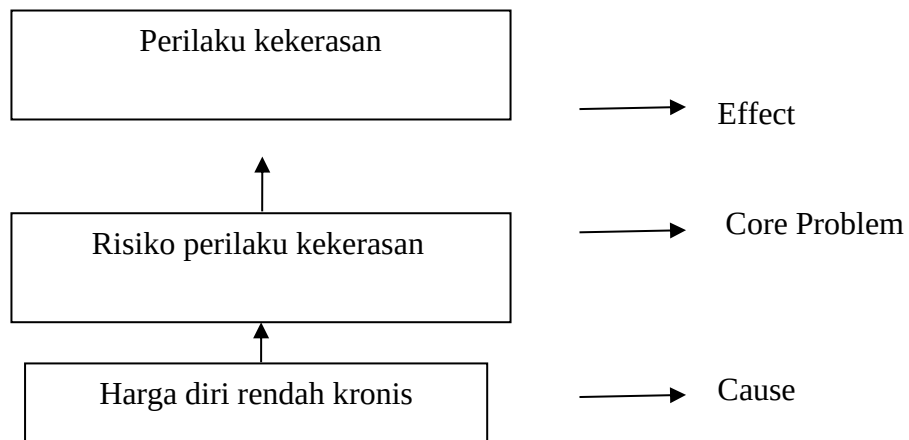
2. Masalah keperawatan

Dari uraian data pengkajian diatas masalah keperawatan yang muncul dapat dilihat pada table 3 di bawah ini:

Tabel 3
Analisis Data Asuhan Keperawatan Resiko Prilaku Kekerasan Pada Pasien yang Mengalami Skizofrenia di Ruang Drupadi RSJ Provinsi Bali

No	Data Subjektif	Data Objektif	Masalah
1	2	3	4
1	Keluarga pasien mengatakan pasien mengamuk di rumah tetangga yang sedang mengadakan upacara. Pasien hampir menyerang salah 1 warga dengan kayu. Pasien mengatakan dirinya ingat mengunjungi rumah tetangganya dan hanya mengucapkan “guuh-guuh (aduh-aduh), pasien berniat untuk membantu serta memberi perintah kepada salah seorang warga disana.	Pada saat dilakukan wawancara pasien berbicara ketus dan artikulasi tidak jelas, dengan pandangan tajam, ekspresi pasien tampak berubah-ubah, sesaat ekspresi datar dan sesaat senyum-senyum, postur tubuh pasien kaku. Pasien menyangkal dirinya mengamuk. pasien mempertahankan pendapatnya tanpa mau menerima masukan dari orang lain.	Resiko Perilaku Kekerasan
2	Pasien mengatakan dirinya tidak bekerja karena merasa malu dan tidak mampu. Pasien mengatakan dirinya tidak disukai oleh orang-orang dan tidak ada yang mau untuk menjadi temannya.	Pasien tampak hanya menyendiri dan mondar mandir.	Harga Diri Rendah
3	Pasien mengatakan dirinya memberi perintah kepada orang lain, jika tidak dituruti pasien merasa kesal. Pasien pernah mengancam.	Pasien tampak berbicara ketus dan artikulasi tidak jelas, dengan pandangan tajam, postur tubuh pasien kaku.	Perilaku Kekerasan

3. Pohon Masalah



Gambar 2 : Pohon Masalah Asuhan Keperawatan Resiko Prilaku Kekerasan pada Pasien yang Mengalami Skizofrenia di Ruang Drupadi RSJ Provinsi Bali.

B. Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan menggunakan penulisan tiga bagian yang terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda atau gejala. Pada bagian masalah yaitu resiko prilaku kekerasan, penyebab yang ditemukan perubahan status mental, dan tanda dan gejala yang muncul berbicara dengan nada tinggi serta mempertahankan pendapatnya tanpa mau menerima masukan dari orang lain dan mengatakan sesuatu yang berubah-ubah serta menunjukkan mekanisme koping kurang dimana pasien menunjukkan reaksi berlebih seperti tertawa dan sering mondar-mandir.

Berdasarkan hasil pengkajian diatas masalah utama (*core problem*) yang muncul yaitu resiko perilaku kekerasan. Penyebab atau (*causa*) yaitu harga diri rendah, bila tidak ditangani maka timbul efek (*effect*) pada pasien yaitu menjadi perilaku kekerasan.

Berdasarkan data yang telah didapatkan maka diagnosis keperawatan yang muncul yaitu resiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan harga diri rendah kronis.

C. Rencana keperawatan

Perencanaan keperawatan yang tepat diberikan pada pasien Ny. AR untuk masalah risiko perilaku kekerasan yaitu :

Tabel 4
Rencana Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Drupadi RSJ Provinsi Bali

Hari/ tanggal	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3	4
Rabu/ 03 Oktober 2023 10.00 WITA	Resiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan harga diri rendah kronis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali kunjungan dalam 15 menit diharapkan Kontrol Diri Meningkat dengan kriteria hasil : (L.09076) 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Perilaku menyerang menurun 3. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun 4. Perilaku agresif/ amuk menurun 5. Suara keras menurun 6. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) <i>Observasi:</i> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). <i>Terapeutik</i> 4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. 5. Libatkan keluarga dalam perawatan. <i>Edukasi</i> 6. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien. 7. Latih cara mengungkapkan perasaan asertif. 8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita). Promosi Koping (I.09312) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki

1	2	3	4
			3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 4. Identifikasi pemahaman proses penyakit 5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah 7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social <i>Terapeutik</i> 8. Diskusikan perubahan peran yang dialami 9. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 10. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri 11. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri 12. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah atau rasa malu 13. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 14. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan 15. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan 16. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis 17. Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan 18. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan 19. Motivasi terlibat dalam kegiatan social 20. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia 21. Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan) 22. perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama 23. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat 24. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam

1	2	3	4
			<i>Edukasi</i>
			25. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
			26. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
			27. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
			28. Anjurkan keluarga terlibat
			29. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
			30. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
			31. Latih penggunaan teknik relaksasi
			32. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
			33. Latih mengembangkan penilaian obyektif

Sumber (PPNI, 2018).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sesuai dengan kondisi pasien, implementasi dilaksanakan selama 3 kali kunjungan yang dilaksanakan dari tanggal 3-5 Oktober 2023 di Ruang Drupadi RSJ Provinsi Bali. Berikut implementasi yang telah dilaksanakan pada Ny. AR disajikan dalam tabel dibawah ini :

Tabel 5
Implementasi Asuhan Keperawatan Resiko Prilaku Kekerasan pada Pasien
Skizofrenia di Ruang Drupadi RSJ Provinsi Bali

Waktu	Intervensi	Respon	Paraf
1	2	3	
Rabu/ 03 Oktober 2023 11.00 WITA	1. Membina hubungan saling percaya - Menyapa pasien dengan ramah, baik verbal dan non verbal - Memperkenalkan nama saat akan memulai interaksi, melakukan orientasikan orang, waktu, tempat - Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien. - memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali). - Mempertahakan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin - Menjelaskan tujuan pertemuan - Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki - Melatih cara untuk mengungkapkan perasaan secara asertif	S : Pasien mengatakan namanya Ny. AR dan membalas salam dari perawat. Pasien mengatakan dirinya senang membuat canang. O : Pasien tampak menjawab salam perawat dan mau menyebutkan namanya. Pasien mampu mengingat tanggal dan menyebutkan tempat. Pasien tampak kontak mata kurang, sesaat ekspresi datar dan sesaat senyum-senyum, pasien berbicara ketus dan postur tubuh kaku. Tidak ada benda yang berpotensi membahayakan di sekitar pasien, pasien tidak menjawab beberapa pertanyaan dan tidak mau mengungkapkan perasaannya.	 Santi
Kamis/ 04 Oktober 2023 11.00 WITA	1. Melatih melakukan Teknik relaksasi (Teknik relaksasi otot progresif) untuk melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal. - Mengidentifikasi tempat yang tenang dan nyaman - mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi - Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi yang nyaman - Mengajarkan melakukan relaksasi otot rahang - Mengajarkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram	S : Pasien mengatakan masih belum memahami penuh tahapan teknik relaksasi, pasien mengatakan ingin mencobanya lagi. O: Pasien tampak lebih tenang dan kooperatif, pasien mampu mengikuti arahan yang diberikan perawat walaupun sesekali pasien melamun dan kadang terdiam, postur tubuh pasien masih kaku, sesekali pasien menjawab dengan nada suara tinggi dan ketus.	 Santi

1	2	3	
	- Menganjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot selama 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali - Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang - Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks		
Jumat/ 05 Oktober 2023 11.00 WITA	1. Mengevaluasi kembali kemampuan pasien dalam terapi relaksasi otot progresif	S : Pasien mengatakan merasa senang dengan terapi yang diberikan, namun pasien mengatakan belum mengingat semua tahapan teknik relaksasi O : Pasien kooperatif, pasien mampu melakukan terapi relaksasi sesuai arahan perawat. pasien masih perlu dituntun untuk melakukan teknik relaksasi	 Santi

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan di lakukan dari tanggal 03-05 Oktober 2023 setelah melakukan implementasi selama 3 kali kunjungan dalam 15 menit. Dibawah ini akan disajikan tabel evaluasi keperawatan pada Ny. AR.

Tabel 6
Evaluasi Asuhan Keperawatan Resiko Prilaku Kekerasan Pada Pasien yang Mengalami Skizofrenia di Ruang Drupadi RSJ Provinsi Bali

Waktu	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1	2	3
Jumat/ 03 Oktober 2023 12.00 WITA	Resiko Kekerasan dbuktikan dengan harga diri rendah kronis.	S : Pasien mengatakan namanya Ny. AR dan membalas salam dari perawat. O : Pasien mampu mengingat tanggal dan menyebutkan tempat. Pasien tampak kontak mata kurang, sesaat ekspresi datar dan sesaat senyum-senyum dengan berbicara ketus, dan postur tubuh kaku A : Risiko perilaku kekerasan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Latih cara mengungkapkan perasaan asertif. - Latih penggunaan teknik relaksasi (teknik relaksasi otot progresif)
Jumat/ 04 Oktober 2023 12.00 WITA	Resiko Kekerasan dibuktikan dengan harga diri rendah kronis.	S : Pasien mengatakan senang melakukan teknik relaksasi, pasien mengatakan ingin melakukannya lagi O : Pasien tampak lebih tenang dan kooperatif, pasien mampu mengikuti arahan yang diberikan peneliti. A : Risiko perilaku kekerasan belum teratasi

1	2	3
		P : Lanjutkan intervensi: - Pertahakan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita). - Latih penggunaan teknik relaksasi (teknik relaksasi otot progresif)
Jumat/ 05 Oktober 2023 12.00 WITA	Resiko Kekerasan dengan harga diri rendah kronis.	Prilaku S : Pasien mengatakan merasa senang dengan terapi yang diberikan, namun pasien mengatakan belum mengingat semua tahapan teknik relaksasi O : Pasien tampak berbicara dengan nada rendah, pasien terlihat lebih tenang pasien masih perlu dituntun untuk melakukan teknik relaksasi A : Risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Latih cara mengungkapkan perasaan asertif. - Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita).