

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data pada Tn.S di lakukan pada tanggal 14 april 2025 pukul 11.30 wita di ruang Nakula Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama berikut hasil pengumpulan data di sajikan dalam tabel 5.

Tabel 5
Pengkajian Keperawatan pada pasien Tn.S Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2025

URAIAN	DATA
Identitas Pasien	
Nama	Tn.S
Usia	56 tahun
Jenis kelamin	Laki-laki
Alamat	Dajan,Peken,Timpag,Kerambitan,Tabanan
Pendidikan	SMA
Agama	Hindu
Status perkawinan	Belum Kawin
Tanggal dirawat (MRS)	25 Maret 2025
Tanggal pengkajian	14 April 2025
Ruang rawat	Nakula
Keluhan utama	Pada saat pengkajian pasien mengatakan merasa kesal dan jengkel dengan orang disekitarnya, pasien mengatakan ingin segera keluar dari rumah sakit karena dirinya merasa tidak sakit.
Riwayat penyakit	Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mau minum obat dan sangat sulit diarahkan oleh keluarganya. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mencoba melukai diri sendiri dan orang lain di sekitar lingkunganya, paien juga suka pergi keluyuran ke rumah-rumah tetangga dan marah-marah, pasien mengaku bahwa dirinya akan segera menikah akhir bulan

	ini, akhirnya pasien dibawa ke RSJ untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien sudah pernah masuk RSJ dari tahun 2024.
--	--

Alasan dirawat	Paisen masuk Rumah Sakit Jiwa pada tanggal 25 Maret 2025 dengan keluhan pasien mengaku bahwa dirinya mengamuk tidak jelas, menendang pintu, melemparkan barang-barang saat di rumah dan sempat membuat keributan dengan orang lain.
-----------------------	---

Faktor predisposisi dan Faktor presipitasi	
---	--

Pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya?	Pernah dirawat di RSJ pada saat pasien berumur 26 tahun dan sudah dipulangkan namun jika pasien tidak minum obat akan kambuh.
--	---

Riwayat trauma	Keluarga pasien mengatakan pasien sempat memukul kakaknya menggunakan kayu 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 pasien sering menyembunyikan barang-barang milik kakaknya dan ingin menjual barang-barang milik kakaknya, sehingga membuat pasien tidak tentram dengan keluarganya
--	--

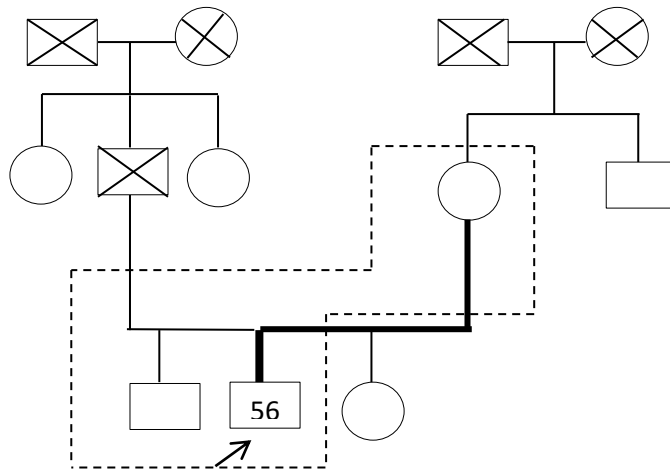
Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

Psikososial

Genogram :

Genogram keluarga yang menggambarkan hubungan anggota keluarga Tn.S berikut di sajikan pada gambar 2.



Keterangan :

- a. Perempuan : ○
- b. Laki-Laki : □
- c. Pasien : ↗
- d. Meninggal : ✕
- e. 56 : Dalam tahun
- f. Serumah : -----
- g. Hubungan dekat : ———

Gambar 2. Genogram Anggota Keluarga Tn.S Khususnya Tn.S Dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan Skizofrenia di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama.

Deskripsi Genogram :

Saat pengkajian keluarga Tn.S mengatakan bapaknya sudah meninggal Tn.S bersaudara 3, anak pertama laki-laki, anak kedua Tn.S, dan anak ketiga perempuan, Tn.S satu rumah bersama kakak pertama dan ibunya, sedangkan adik perempuannya sudah menikah, keluarga Tn.S mengatakan Tn.S dekat dengan ibunya, keluarga Tn.S mengatakan dalam anggota keluarganya tidak ada memiliki gangguan jiwa.

Konsep Diri	
a. Citra tubuh : Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan tidak ada masalah dengan anggota tubuhnya dan tidak ada anggota tubuh yang disukai. b. Identitas : Saat dilakukan pengkajian, pasien dapat menyebutkan namanya yaitu Tn.S dan mengetahui dirinya laki-laki. c. Peran : Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan bahwa pasien belum menikah dan tidak bekerja. Pasien biasanya menghabiskan waktu luangnya untuk melakukan pekerjaan rumah. d. Ideal diri : Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan kondisinya saat ini baik dan ingin segera pulang.	
Hubungan 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.
Spiritual	
a. Nilai dan keyakinan : Saat pengkajian, pasien mengatakan bahwa pasien beragama hindu b. Kegiatan ibadah : Pasien mengatakan tidak pernah melakukan persembahyangan	
Status mental	
Pembicaraan	Pada saat diajak berbincang - bincang, pembicaraan pasien cukup jelas namun nada keras dan cepat. Pasien tampak tegang saat diajak berbicara, suara pasien ketus dan pandangan tajam.
Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan	
Alam perasaan	
Penjelasan : Saat pengkajian, pasien mengatakan perasaannya baik-baik saja, tampak t dengan kondisi saat ini	
Afek	Labil
Penjelasan : Pasien tampak tegang saat diajak berbicara, pandangan tajam.	
Interaksi selama wawancara	
Penjelasan : Kontak mata kurang, pasien tampak curiga dan kurang kooperatif. Pasien tampak tegang saat berbicara, suara pasien ketus dan Pandangan tajam.	

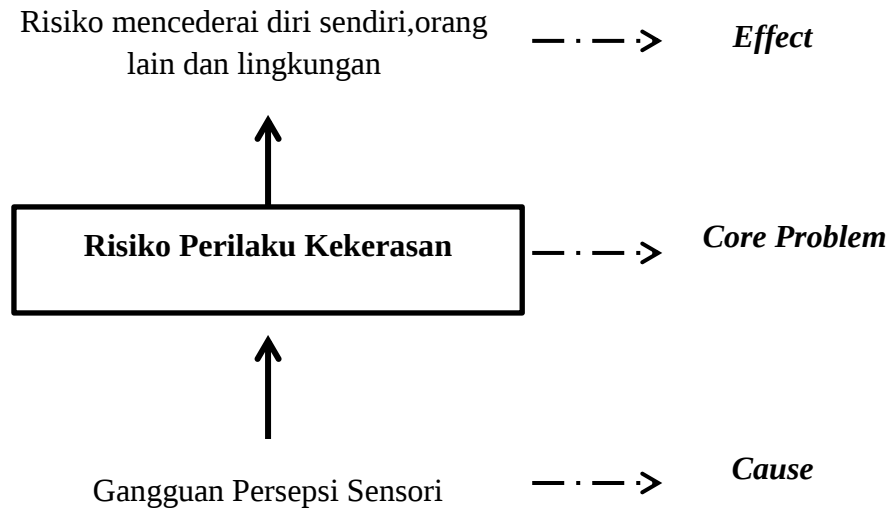
Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan	
Persepsi	pasien mengatakan kadang mendengar bisikan untuk memukul seseorang.
Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori	
Proses pikir	Kesulitan berfikir secara logis
Penjelasan : Pasien tampak mengulang-ulang pembicaraannya pasien mengatakan “saya mau pulang”	
Masalah keperawatan : Waham	
Waham	
Penjelasan : saat diwawancarai pasien tampak curiga dan menjaga jarak dengan perawat.	
Masalah keperawatan : Waham curiga	
Tingkat Kesadaran	Disorientasi
Penjelasan : Pada saat pengkajian pasien bisa menjelaskan hari, jam dan pasien tahu dimana sekarang berada.	
Masalah keperawatan : Tidak ada masalah	
Mekanisme koping	Maladaptive (mencederai diri sendiri , orang lain dan lingkungan)
Masalah keperawatan : Risiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan	
Aspek medic	Stelosi 5 mg Clozapin 100 mg Depacote 250 mg
Data Fokus	
Subjektif	1. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah memukul kakaknya menggunakan kayu dan memukul tangannya sendiri. 2. Pasien mengatakan pasien suka mengamuk di rumah tanpa alasan. 3. Pasien sering mengambil barang-barang kakaknya kadang di sembunyikan dan dijual. 4. Menurut keluarga pasien awal mula pasien mengalami gangguan jiwa adalah karena memiliki masa lalu yang

	suram yaitu sering dikucilkan di lingkungannya.
	5. Keluarga pasien mengatakan pasien awal mula pasien mengalami gangguan jiwa karena pasien depresi ditinggal pacarnya.
	6. 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.
	7. Keluarga pasien mengatakan pasien dulu sering bertengkar dengan saudaranya dikarenakan hal- hal yang sepele sehingga membuat pasien tidak tenang dengan keluarganya.
	8. Pasien mengatakan selalu ada hal-hal yang membuatnya marah secara berlebihan.
	9. Pasien terkadang berhalusinasi akan segera menikah dengan pujaan hatinya.
Objektif	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. pasien tampak impulsive. 4. Dalam upaya merawat diri pasien seperti mandi, mencuci tangan, keramas, mampu secara mandiri.

2. Rumusan masalah

- a. Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- b. Gangguan persepsi sensori
- c. Risiko Perilaku Kekerasan

3. Pohon masalah



Gambar 3. Pohon Masalah Pasien Tn.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia di Ruang Nakula Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2025

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan 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 orang lain dan lingkungan.

C. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan mengacu pada SIKI dan SLKI. Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan maka disusun rencana keperawatan disajikan pada tabel 6.

Tabel 6
Rencana Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia
di Ruang Nakula Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2025

Hari/ Tgl/Jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4	5
Senin, 14 April 2025/ Pukul 11.30 wita	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) Dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 x 15 menit pertemuan diharapkan Kontrol Diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil: - 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) - Membina Hubungan Saling Percaya Observasi: - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). Terapeutik: - Pertahakan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Libatkan keluarga dalam perawatan. - Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (terapi spiritual doa)	- Untuk membangun rasa percaya antara pasien dan perawat - 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 system pendukung utama bagi pasien

1	2	3	4	5
			Edukasi: - Anjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien. - Latih cara mengungkapkan perasaan asertif.	- Untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan dan membantupenyembuhan pasien secara preventif - Untuk menyukseskan program pengobatan pasien
			Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian obat Antipsikotik <i>Stelosi</i> 5 mg <i>Clozapin</i> 100 mg <i>Depacote</i> 250 mg	

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

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan ini dilakukan dengan menerapkan terapi spiritual doa sebanyak 6 kali pertemuan dengan lama tiap pertemuan 15 menit.

Berikut ini adalah implementasi yang dilakukan selama kali:

Tabel 7
Implementasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien
Skizofrenia di Ruang Nakula Rumah Sakit Manah
Shanti Mahottama Tahun 2025

Waktu	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Respon	TTD
1	2	3	4	5
Pertemuan 1 Senin, 14 April 2024 pada pukul 11.30 -11.45 Wita	Risiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	1. Membina Hubungan Saling Percaya dengan mengucapkan salam terapeutik “selamat siang bapak” sambil berjabat tangan , 2. Memperkenalkan diri menanyakan nama, umur dan alamat pasien dengan mengatakan : “perkenalkan saya mita, apakah boleh saya tau nama bapak siapa ?, bapak darimana ? umur bapak berapa sekarang ?” 3. Menjelaskan tujuan pertemuan	Subjektif : - Selamat siang nama saya Tn.S, saya berasal dari tabanan, umur saya 56 tahun Objektif: - Tn.S mau berjabat tangan dengan semangat - Tn.S tampak menatap perawat sambil tersenyum	 Mita

1	2	3	4	5
Pertemuan 2 Senin, 14 April 2024 pada pukul 16.30 -16.45 Wita	Risiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	1. Mengucapkan salam terapeutik “Selamat sore bapak S , 2. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 3. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 4. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 5. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	Subjektif : - Selamat sore bu - Tn.S mengatakan penyebab marah karena saya tidak di kasi menjual barang “ kakak saya Objektif : - Tn.S tampak masih mengingat perawat dan memberikan salam - Kontak mata baik Tn.S dan perawat saling bertatapan mata, - Tn.S dapat menyebutkan kembali nama perawat dan menyebutkan penyebab marah.	 Mita
Pertemuan 3 Rabu, 16 April 2025 10.10 -10.25 wita	Risiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	1. “Selamat siang bapak S” 2. Menanyakan perasaan Pasien 3. Melatih cara mengontrol marah dengan latihan fisik nafas dalam	Subjektif : - Selamat siang bu - Tn.S mengatakan jika marah bisa sampai memukul kakaknya. - Tn.S mengatakan sangat menyesal Objektif : - Tn.S tampak masih mengingat perawat dan memberikan salam - Kontak mata Tn.S baik, Tn.S tampak marah dan mengepalkan tangan ketika menyebutkan kakaknya serta tampak bermusuhan dengan kakaknya. - Tn.S mempragakan relaksasi nafas dalam	 Mita

1	2	3	4	5
Pertemuan 4 Rabu, 16 April 2025 15.10 -15.25 wita	Risiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	1. “Selamat sore bapak S” 2. Menanyakan perasaan Pasien 3. Mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol marah dengan relaksasi 4. Melatih cara mengontrol marah dengan teknik memukul bantal	Subjektif : - Tn.S mengatakan perasaanya masih baik - Tn.S mengatakan sudah mempraktekan nafas dalam - Tn.S mengatakan sudah memahami cara mengontrol dengan teknik memukul bantal - Saya masih merasa kesal dengan kakak saya Objektif : - Tn.S tampak kooperatif - Tn.S tampak bisa mempraktikan cara nafas dalam dan memukul bantal	 Mita
Pertemuan 5 Jumat, 18 April 2025 08.00 -08.15 wita	Risiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	5. “Selamat pagi bapak S” 6. Melatih Tn.S melakukan cara mengontrol kemarahan dengan mempraktikan cara spiritual (terapi inovasi doa) dengan mengatakan : “Om Shanti Om” Ya Tuhan, tenangkan hatiku. Jauhkan aku dari amarah dan kekerasan. Bimbing aku untuk bertindak sesuai Dharma. “Om Shanti, Shanti, Shanti Om”	Subjektif : - Selamat pagi bu - Jika saya marah saya akan banyak berdoa Objektif : - Tn.S menyapa sambil mendekat keperawat - Tn.S tampak kooperatif - Tn.S mampu mendemostrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual doa	 Mita

1	2	3	4	5
Pertemuan 6 Jumat, 18 April 2025 14.00 -14.15 wita	Risiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	1. “Selamat siang bapak S” 2. Membantu Tn.S mengontrol perilaku kekerasan pasien dengan minum obat secara teratur dan masukan dalam jadwal kegiatan harian.	Subjektif : - Selamat siang bu - Saya mengerti jadwal minum obat jam setengah 7 pagi dan jam 6 sore. - Saya sudah minum obat dengan rutin Objektif : - Tn.S menyapa perawat - Tn.S tampak sudah rutin meminum obat dan telah mampu memasukkan kedalam jadwal harian pasien.	 Mita

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan selama 6 kali pertemuan pada setiap pertemuan selama 15 menit dapat dijabarkan seperti tabel 8 :

Tabel 8
Evaluasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di Ruang Nakula Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2025

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Pertemuan 1 Senin, 14 April 2024 pada pukul 11.30 -11.45 Wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	S : - Selamat pagi nama saya Tn.S, saya berasal dari tabanan, umur saya 56 tahun O: - Tn.S mau berjabat tangan dengan semangat - Tn.S tampak menatap perawat sambil tersenyum A: - Sudah terbina hubungan saling percaya	 Mita

1	2	3	4
		P: Lanjutkan intervensi di temu 2: - Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan - Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan - Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan - Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	
Pertemuan 2 Senin, 14 April 2024 pada pukul 16.30 -16.45 Wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	S: - Selamat sore bu - Tn.S mengatakan penyebab marah karena saya tidak di kasi menjual barang “ kakak saya O: - Tn.S tampak masih mengingat perawat dan memberikan salam - Kontak mata baik Tn.S dan perawat saling bertatapan mata,Tn.S dapat menyebutkan kembali nama perawat dan menyebutkan penyebab marah. A: - Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan teratasi P: - Lanjutkan intervensi temu 3 - Menanyakan perasaan Pasien - Melatih cara mengontrol marah dengan latihan fisik nafas dalam	 Mita
Pertemuan 3 Rabu, 16 April 2025 10.10 -10.25 wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	S: - Selamat siang bu - Tn.S mengatakan jika marah bisa sampai memukul kakaknya. - Tn.S mengatakan sangat menyesal O: - Tn.S tampak masih mengingat perawat dan memberikan salam - Kontak mata Tn.S baik, Tn.S tampak marah dan mengepalkan tangan ketika menyebutkan kakaknya serta tampak bermusuhan dengan kakaknya. - Tn.S mempragakan relaksasi nafas dalam	 Mita

1	2	3	4
---	---	---	---

		A : - Mengontrol marah dengan latihan fisik nafas dalam teratasi P: - Lanjutkan intervensi temu 4 - Menanyakan perasaan Pasien - Mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol marah dengan relaksasi - Melatih cara mengontrol marah dengan teknik memukul bantal	
Pertemuan 4 Rabu, 16 April 2025 15.10 -15.25 wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	S : - Tn.S mengatakan perasaanya masih baik - Tn.S mengatakan sudah mempraktekan nafas dalam - Tn.S mengatakan sudah memahami cara mengontrol dengan teknik memukul bantal - Saya masih merasa kesal dengan kakak saya O: - Tn.S tampak kooperatif - Tn.S tampak bisa mempraktikan cara nafas dalam dan memukul bantal A : Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik memukul bantal teratasi P : - Lanjutkan intervensi temu 5 - melatih Tn.S melakukan cara mengontrol kemarahan dengan mempraktikan cara spiritual (terapi inovasi doa)	 Mita

1	2	3	4
Pertemuan 5 Jumat, 18 April 2025 08.00 -08.15 wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	S : - Selamat pagi bu - Jika saya marah saya akan banyak berdoa O: - Tn.S menyapa sambil mendekat keperawat - Tn.S tampak kooperatif - Tn.S mampu mendemostrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual doa A : Mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual teratasi P : - Lanjutkan intervensi temu 6 - Membantu Tn.S mengontrol perilaku kekerasan pasien dengan minum obat secara teratur	 Mita
Pertemuan 6 Jumat, 18April 2025 14.00 -14.15 wita	Risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain.	S : - Selamat siang bu - Saya mengerti jadwal minum obat jam setengah 7 pagi dan jam 6 sore. - Saya sudah minum obat dengan rutin O : - Tn.S menyapa perawat - Tn.S tampak sudah rutin meminum obat dan telah mampu memasukkan kedalam jadwal harian pasien. A : - Risiko Perilaku Kekerasan Teratasi P : - Pertahankan kondisi pasien - Libatkan keluarga dalam pemantauan dan dukungan emosional	 Mita