

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan di Ruang ICU Rumah Sakit Jiwa Provinsi pada tanggal 5 April 2021, pukul 10.00 wita dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, catatan keperawatan yang berhubungan dengan status pasien dan wawancara dengan pasien.

Tabel 2. Pengkajian Kasus Kelolaan

Pengkajian	Partisipan I	Partisipan II
Identitas	Nama : Tn. KW Usia : 33 tahun Jenis Kelamin : laki-laki Pendidikan : SMA Status : menikah	Nama : Tn. MK Usia : 47 tahun Jenis Kelamin : laki-laki Pendidikan : SMP Status :menikah
Alasan Masuk Dan Keluhan Saat Pengkajian	Pasien masuk RSJ tanggal 3 April 2021 dengan keluhan sering keluyuran dan sering mengganggu tetangga. Saat pengkajian pasien mengatakan merasa kesal dan jengkel dengan orang disekitarnya.	Pasien masuk RSJ tanggal 4 April 2021 dengan keluhan mengamuk, merusak pintu rumah serta sempat memukul istrinya. Saat pengkajian pasien mengaku kesal dengan istrinya karena curiga istrinya selingkuh dengan tetangganya.
Status Mental	Berdasarkan hasil observasi penampilan klien tidak rapi, rambut acak-acakan dan pakaian kotor.Nada Suara	Berdasarkan hasil observasi pasien tampak tidak memakai baju, celana kotor dan sobek, rambut gondrong

	<p>tinggi dan ketus,Aktivitas motorik meningkat,emosi sangat labil,pasien menyangkal dan tidak mendengar sesuatu yang nyata.</p> <p>Arus pikir : pasien masih mampu menjawab pertanyaan hanya dengan suara yang keras dan ketus</p> <p>Isi Pikir : Pasien tidak ditemukan tanda gejala waham</p> <p>Bentuk pikir: Realitis , proses berpikir sesuai kenyataan yang ada</p> <p>Interaksi : saat wawancara pasien mudah tersinggung dan ketus</p>	<p>acak-acakan serta bau.</p> <p>Nada Suara tinggi dan ketus,Aktivitas motorik meningkat,emosi sangat labil,pasien menyangkal dan tidak mendengar sesuatu yang nyata.</p> <p>Arus pikir : pasien masih mampu menjawab pertanyaan hanya dengan suara yang keras dan ketus</p> <p>Isi Pikir : Pasien tidak ditemukan tanda gejala waham</p> <p>Bentuk pikir: Realitis , proses berpikir sesuai kenyataan yang ada</p> <p>Interaksi : saat wawancara pasien mudah tersinggung</p>
Data Subyektif & Data Obyektif	<p>klien mengatakan sudah mandi tapi tidak pakai sabun, penampilan kurang rapi, mandi dibimbing oleh perawat</p>	<p>Klien mengatakan sudah tidak mandi dari 2 minggu yang lalu, penampilan tampak kotor dan bau, mandi dibimbing oleh perawat dan satpam karena klien sempat melawan saat dimandikan</p>
Predisposisi dan Presipitasi	<p>klien keluyuran dan mengganggu tetangganya, sehingga tetangga takut kalau bertemu dengan klien, Klien sering keluyuran keluar rumah sampai tengah</p>	<p>Klien sangat emosional dan mudah tersinggung terutama kepada istrinya yang dicurigai selingkuh, klien</p>

	<p>malam, pulang kira-kira jam 01.00 wita. Klien sering keluyuran keluar rumah sampai tengah malam, pulang kira-kira jam 01.00 wita. Klien dikatakan sudah pernah dirawat di RSJ, pertama kali dirawat tahun 2009 dan sering keluar masuk RSJ terakhir dirawat 1 bulan yang lalu. Klien saat di rumah mau rutin minum obat yang diberikan keluarga dan petugas. Klien dikatakan sebelumnya pernah ada riwayat mengamuk dan di bawa ke RSJ bila mengamuk. Selama pengkajian klien menunjukkan psikomotor yang sedikit aktif, suka mondar mandir di ruangan. Klien menunjukkan afek dan emosi yang berubah-ubah dari semula tampak diam tiba-tiba tegang dan tersenyum.</p>	<p>sering marah-marah kepada keluarga sehingga keluarga tidak ada yang berani dengan klien, jarang mau keluar rumah, dan lebih sering mengurung diri di kamarnya. Klien dikatakan sudah pernah dirawat di RSJ setahun yang lalu karena dikeluhkan mengamuk dan mengganggu tetangganya. Klien saat dirumah mau rutin minum obat, tetapi sebulan terakhir klien menolak untuk minum obat dengan alasan sudah bosan . selama pengkajian klien menunjukkan psikomotor yang aktif, mondar mandir ruangan, mata melotot, kadang tidak kooperatif, emosi labil, wajah tegang, perilaku masih bisa diarahkan.</p>
Diagnose Medis	skizofrenia hebefrenik	Skizofrenia paranoid
Terapi	Terapi saat pengkajian pada tanggal 6 Mei 2021, adalah CPZ tablet 1 x 100 mg, Stelosi tablet 2 x 5 mg dan Hexymer tablet 1 x 2 mg	Terapi saat pengkajian pada tanggal 6 Mei 2012, adalah clozapine 2 x 50 mg, resperidon 2 x 2 mg, diazepam 1 x 2 mg,

		Hexymer tablet 1 x 2 mg
--	--	-------------------------

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisis data partisipan 1

- a) Data subyektif : Klien mengatakan merasa kesal dan jengkel dengan orang disekitarnya. Klien dikatakan oleh keluarga dibawa ke RSJ karena klien keluyuran dan mengganggu tetangganya, sehingga tetangga takut kalau bertemu dengan klien. Klien ada riwayat perilaku kekerasan sebelumnya.
- b) Data obyektif : Selama pengkajian klien menunjukkan psikomotor yang sedikit aktif, suka mondar mandir di ruangan. Klien menunjukkan afek dan emosi yang berubah-ubah dari semula tampak diam tiba-tiba tegang dan tersenyum.

2. Analisis data partisipan 2

- b) Data subyektif : Klien sangat emosional dan mudah tersinggung terutama kepada istrinya yang dicurigai selingkuh. Klien dikatakan oleh keluarga dibawa ke RSJ karena mengamuk dan mengganggu tetangganya, sehingga tetangga takut kalau bertemu dengan klien.
- c) Data obyektif : selama pengkajian klien menunjukkan psikomotor yang aktif, mondar mandir ruangan, mata melotot, kadang tidak kooperatif, emosi labil, wajah tegang, perilaku masih bisa diarahkan.

Berdasarkan hasil analisa data sebelumnya, maka didapatkan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. KW dan Tn. MK, yaitu risiko perilaku kekerasan, sebagai *core problem* yang paling dirasakan oleh pasien dan bila tidak diatasi

akan menyebabkan perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri dan orang lain, sehingga perlu dicegah.

C. Rencana Keperawatan

Tujuan Umum (TUM) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan pasien mampu mengontrol atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan

Tujuan Khusus (TUK)

1. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya, menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya Intervensi :

- a. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan
- b. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- c. Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau memberi penilaian pada setiap ungkapan perasaan klien

2. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan Kriteria Evaluasi : Pasien dapat menceritakan tandatanda perilaku kekerasan secara fisik (mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang, dan lain-lain). Emosional (perasaan marah, jengkel, bicara kasar). Sosial (bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan). Intervensi :

- a. Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya
- b. Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi

c. Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan

d. Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan

e. Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan

3. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
Kriteria Evaluasi : Pasien dapat : menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya. Perasaannya saat melakukan kekerasan. efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah Intervensi yaitu:

a. Diskusikan dengan pasien seputar perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini

b. Motivasi pasien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya

c. Motivasi pasien menceritakan perasaan pasien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi

d. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya, masalah yang dialami teratasi

4. Pasien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan
Kriteria Evaluasi
Pasien dapat : menjelaskan akibat yang timbul dari tindak kekerasan yang dilakukannya baik diri sendiri, orang lain, lingkungan
Intervensi : Diskusikan

dengan pasien akibat negatif atau kerugian dari cara atau tindakan kekerasan yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

5. Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif atau caracara sehat dalam mengungkapkan kemarahan Kriteria Evaluasi : Pasien dapat menjelaskan caracara sehat dalam mengungkapkan marah Intervensi ; Diskusikan dengan pasien seputar apakah pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat, jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien, jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan.

6. Pasien dapat mendemonstrasikan cara-cara mengontrol perilaku kekerasan Kriteria Evaluasi : Pasien dapat meperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, spiritual dengan cara nafas dalam, memukul bantal, mengungkapkan perasaan kesal/jengkel tanpa menyakiti, zikir/doa sesuai agamanya Intervensi :

a. Diskusikan cara yang mungkin dipilih serta anjurkan pasien memilih cara yang mungkin diterapkan untuk mengungkapkan kemarahannya

b. Latih pasien memperagakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih

c. Jelaskan manfaat cara tersebut kepada klien

d. Anjurkan pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan

e. Beri penguatan pada pasien dengan perbaiki cara yang masih belum sempurna

f. Anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel

7. Pasien mendapat dukungan dari keluarga untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan Kriteria Evaluasi : Keluarga mampu menjelaskan cara merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan, mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan Intervensi :

- a. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan
- b. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan
- c. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat, dan cara merawat klien risiko perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga
- d. Peragakan cara merawat pasien (menangani PK)
- e. Beri kesempatan keluarga untuk mempergakan ulang cara perawatan terhadap pasien
- f. Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan
- g. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan .

D. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn. KW dan Tn. MK yang menjadi prioritas utama adalah risiko perilaku kekerasan. Implementasi keperawatan pada partisipan 1 dan partisipan 2 disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Salah satu tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam,

Pada Partisipan 1 latihan mengontrol marah dengan latihan nafas dalam perlu berulang kali di latih karena pasien sering lupa untuk melakukan latihan

tersebut apabila marah, Setelah tiga kali pertemuan dilakukan latihan napas dalam dan pasien sudah mengingat dan paham dengan latihan tersebut.

Sedangkan pada Partisipan 2 latihan mengontrol marah dengan latihan napas dalam dilakukan sebanyak tiga kali pertemuan .Pada awal pertemuan pasien tampak tidak kooperatif saat dilakukan teknik napas dalam , setelah pertemuuan kedua pasien mulai kooperatif saat dilakukan teknik napas dalam

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi Tn.KW pada tanggal 8 April 2021 meliputi

S :Klien mengungkapkan sudah merasa baikan setelah latihan mengontrol marah dan sudah bisa mempraktekan sendiri cara relaksasi napas dalam.

O: Klien dapat mengungkapkan penyebab perilaku kekerasan, akibat dan cara mengendalikan emosinya. Klien dapat mempraktikkan relaksasi napas dalam.

Raut muka tampak tenang dan dapat mengikuti semua kegiatan yang diberikan kepada klien.

A : Resiko Perilaku Kekerasan

P: Lanjutkan Intervensi Keperawatan

Sedangkan hasil evaluasi Tn. MK pada tanggal 8 April 2021 ,

S: Klien mengungkapkan sudah merasa baikan setelah latihan mengontrol marah dan sudah bisa mempraktekan sendiri cara relaksasi napas dalam.

O: Klien dapat mengungkapkan penyebab perilaku kekerasan, akibat dan cara mengendalikan emosinya. Klien dapat mempraktikkan relaksasi napas dalam.

Raut muka tampak tenang dan dapat mengikuti semua kegiatan yang diberikan

A : Resiko Perilaku Kekerasan

P: Lanjutkan Intervensi Keperawatan

Hasil data subyektif dan obyektif Tn. KW dan Tn MK menunjukkan bahwa kemampuan mengendalikan marah klien ,sudah mulai dapat berinteraksi baik dengan lingkungan sekitarnya, sehingga masalah perilaku kekerasan tidak terjadi