

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada tahap ini peneliti akan membahas mengenai hasil studi kasus terhadap pasien kelolaan, yang dijelaskan dalam lima tahapan proses keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi. Berikut merupakan hasil studi kasus asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan pada pasien Ny. S diruang kunti Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

A. PENGKAJIAN

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan. Dalam penelitian ini, peneliti mengambil kasus pada Ny. S dengan diagnosa skizofrenia.

Pengkajian dilakukan terhadap Ny. S dengan identitas sebagai berikut nomer RM 017xxx, berusia 35th bertempat tinggal di bd. Penarukan tengah kelod, Karambitan, Tabanan. Pendidikan terakhir SD, pasien menganut agama Hindu, pasien belum menikah dan pasien berjenis kelamin perempuan. Pada saat dilakukan wawancara, keluhan utama pasien adalah suka marah-marah. Pasien datang diantar oleh ibunya dengan keadaan sadar, menggunakan pakaian atasan putih dan bawah tubuh ditutupi selimut serta rambut yang bercukur pendek 1cm. Pasien menjawab pertanyaan dengan intonasi rendah dan artikulasi yang kurang jelas. Pasien mampu menyebutkan nama, waktu dan tempat berada. Pasien datang diantar oleh ibunya dengan keluhan marah-marah kepada

pamannya sebab merasa selalu disalahkan serta pasien sering mendengar suara bisikan tanpa sumber yang menyuruhnya untuk marah. Pasien mengatakan tidak betah tinggal dirumah dan ingin meminta pindah ke ruang drupati sebab dirumah dia selalu disalahkan dan ingin marah-marrah.

Saat ini pasien tampak cukup kooperatif, dengan kontak verbal bicara ketus, kontak visual ada namun labil dengan muka sesekali diam dan sesekali senyum, badan masih tampak kaku. Menurut wawancara dengan petugas, pada saat pasien marah sering kali menyiram dirinya dan temannya sembari mengumpat dengan suara yang tinggi. Pasien saat ini didiagnosa medis dengan skizofrenia hiperbarik, dengan vital sign TD : 122/80 mmHg Pernapasan : 20 x/menit, Nadi : 80 x/menit, Suhu : 36,6 °C terapi diberikan berupa clozapine 100mg (1 x ½), haloperidol 5mg (2x1), carbamazepine 200mg(2x2), olanzapine 5mg (2x1), arkive 2mg(3x1), obat tersebut diberikan secara oral. Dari data pengkajian diatas maka dapat diambil data focus sebagai berikut:

1. Data subyektif

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan merasa kesal kepada pamannya sebab merasa selalu disalahkan serta pasien sering mendengar suara bisikan tanpa sumber yang menyuruhnya untuk marah. Pasien mengatakan tidak betah tinggal dirumah dan ingin meminta pindah ke ruang drupati sebab dirumah dia selalu disalahkan dan ingin marah-marrah.

2. Data obyektif

Pada saat dilakukan pengkajian pasien cukup tenang, tampak cukup kooperatif, dengan kontak verbal bicara ketus, kontak visual ada namun labil dengan muka sesekali diam dan sesekali senyum, badan masih tampak kaku, pasien bisa menjawab pertanyaan dengan cukup baik, aktivitas sehari-hari diarahkan, pasien terlihat terkadang suka melamun dan berbicara sendiri dan cenderung pasien menyendiri.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Proses penyusunan diagnosa keperawatan terdapat dalam tiga tahapan yaitu menganalisa data, membuat indentifikasi masalah dan merumuskan diagnosis keperawatan serta membuat pohon masalah.

1. Analisa data

Pada tahap ini peneliti melakukan pengumpulan data yang telah diambil melalui hasil wawancara dan observasi kemudian dituangkan kedalam table analisa data.

Tabel 4
Analisa data

No	Data subyektif	Data obyektif	Masalah
1	2	3	4
1	Pasien mengatakan sering marah – marah, pasien mengatakan merasa kesal kepada pamannya sebab merasa selalu disalahkan serta pasien sering mendengar suara bisikan tanpa sumber yang menyuruhnya untuk marah.	pasien cukup tenang, tampak cukup kooperatif, dengan kontak verbal bicara ketus, kontak visual ada namun labil dengan muka sesekali diam dan sesekali senyum, badan masih tampak kaku, pasien bisa menjawab pertanyaan dengan	Resiko Perilaku kekerasan

		cukup baik, aktivitas sehari-hari diarahkan, dan cenderung pasien menyendiri	
2	Pasien mengatakan mendengar suara tanpa sumber yang menyuruhnya untuk marah	Pasien cenderung menyendiri, terlihat terkadang suka melamun dan berbicara sendiri.	Gangguan persepsi sensori

2. **rumusan masalah**

- A. Resiko perilaku kekerasan
- B. Gangguan persepsi sensori
- C. Perilaku kekerasan

3. **Pohon masalah**



Gambar 2. Pohon masalah

4. **Perumusan diagnosis keperawatan**

Pada tahap ini peneliti merumuskan diagnosis keperawatan sesuai dengan *problem* (p) dan faktor resiko. Berdasarkan data masalah yang telah ditemukan maka peneliti merumuskan diagnosis sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu Resiko perilaku kekerasan yang dibuktikan dengan pasien marah-marah, masih merasa kesal dengan kontak verbal bicara ketus, kontak visual

ada namun labil dengan muka sesekali diam dan sesekali senyum, badan masih tampak kaku.

C. PERENCANAAN

Pada tahap ini, peneliti membuat perencanaan pada pasien yang mengacu pada SLKI dan SIKI. Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan, maka peneliti menyusun rencana keperawatan sebagai berikut:

Tabel 5
Penyusunan rencana keperawatan

NO	STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)
1.	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: Kontrol Diri (L.09076) <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5). - Verbalisasi umpatan 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). - Bicara ketus menurun (5). - Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun (5). - Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun (5). - Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun (5). - Verbalisasi rencana bunuh 	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) <i>Observasi:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). - Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). <i>Terapeutik:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahakan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Libatkan keluarga dalam perawatan. <i>Edukasi:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien. - Latih cara mengungkapkan perasaan asertif. - Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita). Promosi Koping (I.09312) <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan - Identifikasi kemampuan yang dimiliki

-
- diri menurun (5).
 - Verifikasi kehilangan hubungan yang penting menurun (5).
 - Perilaku merencanakan bunuh diri menurun (5).
 - Euforia menurun (5).
 - Alam perasaan depresi menurun (5).
 - Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
 - Identifikasi pemahaman proses penyakit
 - Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
 - Identifikasi metode penyelesaian masalah
 - Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial

Terapeutik

- Diskusikan perubahan peran yang dialami
 - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
 - Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
 - Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
 - Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah atau rasa malu
 - Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
 - Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
 - Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
 - Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
 - Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
 - Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
 - Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
 - Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
 - Damping saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan)
 - perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
 - Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
 - Kurangi rangsangan lingkungan yang
-

mengancam

Edukasi

- Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
 - Anjurkan penggunaan sumber spiritual, *jika perlu*
 - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - Anjurkan keluarga terlibat
 - Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
 - Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
 - Latih penggunaan teknik relaksasi
 - Latih keterampilan sosial, *sesuai kebutuhan*
 - Latih mengembangkan penilaian obyektif
-

D. IMPLEMENTASI

Implementasi pada tahap ini dilakukan selama 3 kali pertemuan dengan Ny. S sesuai dengan rencana atau intervensi yang telah ditetapkan.

1. Pelaksanaan implementasi pada Ny. S dihari pertama

Implementasi dilakukan pada hari kamis tanggal 12/5/2022 pukul 09.00 wita dengan implementasi sebagai berikut: pukul 09.00 wita membina hubungan interpersonal saling percaya, memperkenalkan nama saat akan memulai interaksi, melakukan orientasikan orang, waktu, tempat, pukul 09.15 wita memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali). Mempertahakan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin, pukul 09.20 wita mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki, menjelaskan terapi de-eskalasi, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melatih cara mengungkapkan perasaan asertif., mengukur vital sign, motivasi terlibat dalam kegiatan

social, motivasi untuk menentukan harapan yang realistis, pukul 12.00 berkolaborasi peberian obat dengan dokter.

2. Pelaksanaan implementasi pada Ny. S dihari kedua

Implementasi dilakukan pada hari jumat tanggal 13/5/2022 pukul 09.00 wita dengan implementasi sebagai berikut: pukul 09.00 wita membina hubungan interpersonal saling percaya, memperkenalkan nama saat akan memulai interaksi, melakukan orientasikan orang, waktu, tempat, pukul 09.15 wita memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali). Mempertahakan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin, pukul 09.20 wita mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki, menjelaskan terapi de-eskalasi, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melatih cara mengungkapkan perasaan asertif, melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. Relaksasi, bercerita), mengukur vital sign, motivasi terlibat dalam kegiatan social, motivasi untuk menentukan harapan yang realistis, pukul 12.00 berkolaborasi peberian obat dengan dokter.

3. Pelaksanaan implementasi pada Ny. S dihari ketiga

Implementasi dilakukan pada hari sabtu tanggal 14/5/2022 pukul 09.00 wita dengan implementasi sebagai berikut: pukul 09.00 wita membina hubungan interpersonal saling percaya, memperkenalkan nama saat akan memulai interaksi, melakukan orientasikan orang, waktu, tempat, pukul 09.15 wita memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali). Mempertahakan lingkungan

bebas dari bahaya secara rutin, pukul 09.20 wita mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki, menjelaskan terapi de-eskalasi, menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, melatih cara mengungkapkan perasaan asertif, melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. Relaksasi, bercerita), mengukur vital sign, motivasi terlibat dalam kegiatan sosial, motivasi untuk menentukan harapan yang realistis, pukul 12.00 berkolaborasi pemberian obat dengan dokter.

E. EVALUASI

Berdasarkan evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan kepada NY. S maka ditemukan hasil evaluasi setelah pemberian terapi de-eskalasi selama 3 hari yang dimana ditemukan data *subyektif* pasien mampu mengungkapkan perasaan secara asertif, pasien mengatakan rasa kesal dan marah – marah berkurang. Selanjutnya ditemukan data *obyektif* berupa pasien tampak lebih tenang dari sebelumnya, kontak visual ada, kontak verbal koheren, perilaku agresif menurun, verbalisasi ancaman pada orang lain menurun, dan suara keras menurun, skor *RUFA* intensif III (21-30). *Analysis* dari hasil evaluasi tersebut adalah Resiko Perilaku Kekerasan teratasi sebagian, *planning* untuk pasien Ny. S tetap dilakukan sebagaimana yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu pencegahan resiko kekerasan dan promosi koping dengan mengharapkan standar luaran yaitu peningkatan kontrol diri.

F. PELAKSANAAN INTERVENSI INOVASI ATAU TERPILIH SESUAI EBP

Berdasarkan pelaksanaan intervensi invasi yang dilakukan pada pasien Ny. S sesuai dengan intervensi yang ditetapkan yaitu dengan terapi de-eskalasi yang dalam hal ini dilakukan 3 kali selama pertemuan berlangsung (± 10 menit).

1. Pelaksanaan terapi de-eskalasi pada Ny. S dihari pertama

Pelaksanaan intervensi dengan terapi de-eskalasi dilakukan pada pukul 09.20 wita – 09.30 wita dengan peneliti mengawali menyakan kabar dan perasaan pasien hari itu, kemudian meminta waktu untuk duduk berdiskusi tentang masalah yang dialami pasien, pada saat ini pasien masih merasa aneh dan canggung untuk berkomunikasi dengan orang baru, namun peneliti menjelaskan kepada pasien tentang kehadiran peneliti sebagai pendengar dan teman diskusi pasien yang membantu kesembuhan pasien. Kemudian peneliti memberikan pasien waktu pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya secara asertif dengan tetap memperhatikan keamanan diri dan lingkungan sekitar, pasien mengungkapkan bahwa dia merasa kesal dan ingin marah dengan pamannya yang selalu menyalahkan pasien pada saat sedang dirumah. Kemudian peneliti memberikan reinforcement positif kepada pasien atas kesediaan mengungkapkan perasaannya. Pasien tampak kooperatif, dengan kontak verbal bicara ketus, kontak visual ada namun labil dengan muka sesekali diam dan sesekali senyum, badan masih tampak kaku. Kemudian peneliti mencoba memberi saran dan

memotivasi pasien agar tidak menjadi agresif dengan perkataan pamannya dan melatih agar dapat mengontrol emosinya dengan mengalihkan perhatian ke yang hal lain. Pada saat itu pasien mengerti dan menerima saran dari peneliti. Kemudian peneliti membuat kontrak waktu untuk melakukan sesi terapi de-eskalasi selanjutnya.

2. Pelaksanaan terapi de-eskalasi pada Ny. S dihari kedua

Pelaksanaan intervensi dihari kedua dengan terapi de-eskalasi dilakukan pada pukul 09.20 wita – 09.30 wita dengan peneliti mengawali menayakan kabar dan perasaan pasien hari itu, kemudian meminta waktu untuk duduk berdiskusi tentang masalah yang dialami pasien, pada saat ini pasien masih merasa canggung untuk berkomunikasi, namun peneliti menjelaskan kembali kepada pasien bahwa kehadiran peneliti sebagai pendengar dan teman diskusi pasien yang membantu kesembuhan pasien. Kemudian peneliti memberikan pasien waktu pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya secara asertif dengan tetap memperhatikan keamanan diri dan lingkungan sekitar, pasien mengungkapkan bahwa dia masih merasa kesal dan ingin marah dengan pamannya yang selalu menyalahkan pasien pada saat sedang dirumah. pasien tampak kooperatif, dengan kontak verbal bicara ketus, kontak visual ada namun labil dengan muka sesekali diam dan sesekali senyum, badan masih tampak kaku. Kemudian peneliti memberikan reinforcement positif kepada pasien atas kesediaan mengungkapkan perasaannya. Kemudian peneliti mencoba memberi saran dan memotivasi pasien agar tidak menjadi agresif

dengan perkataan pamannya dan melatih agar dapat mengontrol emosinya dengan mencoba melatih napas dalam. Pada saat itu pasien mengerti dan menerima saran dari peneliti. Kemudian peneliti membuatkan kontrak waktu untuk melakukan sesi terapi de-eskalasi selanjutnya.

3. Pelaksanaan terapi de-eskalasi pada Ny. S dihari ketiga

Pelaksanaan intervensi dengan terapi de-eskalasi dilakukan pada pukul 09.20 wita – 09.30 wita dengan peneliti mengawali menayakan kabar dan perasaan pasien hari itu, kemudian meminta waktu untuk duduk berdiskusi tentang masalah yang dialami pasien, pada saat ini pasien masih merasa tidak begitu canggung untuk berkomunikasi dengan peneliti, namun tetap peneliti menjelaskan kepada pasien bahwa kehadiran peneliti sebagai pendengar dan teman diskusi pasien yang membantu kesembuhan pasien. Kemudian peneliti memberikan pasien waktu pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya secara asertif dengan tetap memperhatikan keamanan diri dan lingkungan sekitar, pasien mengungkapkan bahwa perasaan kesal dan ingin marah menurun. Kemudian peneliti memberikan reinforcement positif kepada pasien atas kesediaan mengungkapkan perasaannya. Pasien tampak lebih tenang dari sebelumnya, kontak visual ada, kontak verbal koheren, perilaku agresif menurun, verbalisasi ancaman pada orang lain menurun, dan suara keras menurun. Kemudian peneliti mencoba memberi saran dan memotivasi pasien agar tidak menjadi agresif dan melatih agar dapat mengontrol emosinya dengan mengalihkan

perhatian ke yang hal lain seperti mengajak bersosialisasi dengan teman yang lain. Pada saat itu pasien mengerti dan menerima saran dari peneliti. Pasien mencoba untuk bersosialisasi dengan teman lainnya, berkenalan dan saling bercerita tentang kegiatannya dihari itu, peneliti melakukan dokumentasi pada akhir sesi.