

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

Pengkajian ini dilakukan pada hari Selasa, 12 September 2023 di ruang Sena Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Arif Zaenudin Surakarta secara autoanamnesa

3. Identitas Klien

Nama : Sdr.A
Umur : 21 th
Alamat : Krikilan 9/2 Sragen
Tgl Pengkajian : 12 september 2023
Dx Medis : P.20.3

Identitas Penanggungjawab

Nama : Tn.S
Umur : 41 tahun
Alamat : Krikilan 9/2 Sragen
Hub. Dengan klien : Paman

4. Alasan Masuk dan Faktor Presipitasi

Pasien masuk dibawa ke IGD RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta pada tanggal 9 september 2023, pasien di bawa ke RSJD oleh kedua pamannya dan 1 orang tetangganya dengan keluhan sering marah-marah. Pasien marah karena ada beberapa kemauannya yang tidak dituruti oleh orang tuanya, salah satunya adalah pasien menginginkan motor baru. Selain itu pasien merasa bahwa dirinya dijauhi oleh orang disekitarnya yang pasien sendiri

kurang tau penyebabnya apa, sehingga pasien merasa marah dan emosinya memuncak. Ketika marah pasien sering melempar atau membanting barang yang ada di rumah.

5. Faktor Predisposisi

Pasien belum pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, pasien baru pertama kali mengalami gangguan jiwa dan dibawa ke RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta pada tanggal 9 september 2023 oleh kedua pamannya dan tetangganya karena ketika sedang marah cenderung membahayakan orang sekitar dengan cara melempar barang ke orang yang di dekatnya. Pasien tidak pernah mengalami kekerasan sebelumnya baik secara fisik maupun seksual, belum pernah melakukan pengobatan sebelumnya dan pertama kali mendapatkan pengobatan di RSJD.

6. Pemeriksaan fisik

m. Tanda vital

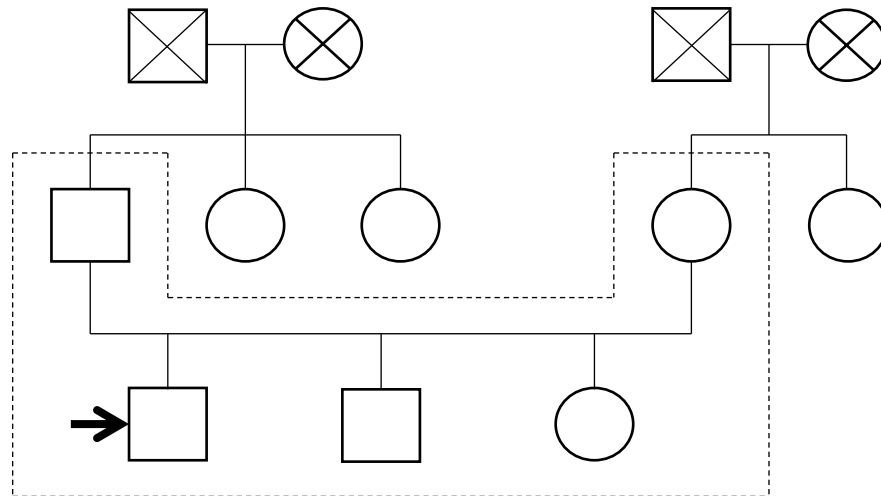
TD : 120/90 mmHg	HR : 76x/menit
S : 36,5° C	RR : 20x/menit

n. Antropometri

BB : 51 kg	TB : 163 cm
------------	-------------

7. PSIKOSOSAL

2. Genogram



keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

⊗ : meninggal

----- : tinggal serumah

➔ : pasien

— : garis keturunan

3. Konsep Diri

3. Citra Diri

Pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya. Saat ditanya bagian tubuh yang paling disukai adalah tangannya, pasien merasa tangannya kuat karena berotot sehingga menyukainya.

4. Identitas Diri

Pasien dapat menyebutkan identitas dirinya (nama Sdr.A, alamat Krikilan 9/2 Sragen, hobi bermain futsal dan bola). Pasien

mengatakan bahwa dirinya saat ini menjalani kuliah di UMS semester 4 dan mengambil jurusan biologi.

5. Peran Diri

Sebelum sakit di rumah pasien mempunyai tanggung jawab sebagai mahasiswa di UMS, tapi setelah sakit pasien terpaksa harus cuti dari kuliahnya.

6. Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera pulang dan berkumpul dengan keluarga seperti dulu. Pasien juga mengatakan ingin segera sembuh dan hidup dengan normal seperti pada umumnya.

7. Harga Diri

Pasien mengatakan merasa kurang percaya diri dengan dirinya. Pasien merasa dirinya kurang mampu sehingga dirinya tidak disukai oleh orang-orang disekitarnya.

4. Hubungan Sosial

5) Orang yang berarti

Pasien mengatakan masih mempunyai keluarga yang utuh, kedua orang tua dan 2 orang adiknya merupakan orang yang sangat di sayangi oleh pasien.

6) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Sebelum dirawat di RSJ sering bergaul dengan teman-teman sebayanya, entah itu teman di rumah atau teman di kampusnya. Pasien

mengatakan juga mengikuti kegiatan karang taruna di dekat tempat tinggalnya dan masih sering ikut kegiatan lainnya.

7) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan bahwa dirinya merasa tidak disukai dan dijauhi orang-orang disekitarnya, karena orang-orang berpikir Sdr.A dapat mencelakai sehingga orang-orang memilih menghindar.

5. Spiritual

Pasien mengatakan sebelum sakit rajin sholat 5 waktu dan sering mengikuti pengajian di kampungnya, setelah dirawat di RSJ pasien tetap rajin sholat 5 waktu.

8. Status Mental

c. Penampilan

Penampilan dalam cara berpakaian rapi dan sesuai, rambut pendek, kuku cukup bersih, memakai pakaian yang sudah disediakan oleh rumah sakit.

d. Pembicaraan

Pasien berbicara dengan jelas, ketika diberi pertanyaan oleh perawat pasien dapat menjawab pertanyaan satu persatu dengan baik.

e. Aktivitas Motorik

Pasien tampak mau melakukan aktivitas sehari-hari di RSJ secara mandiri, saat berinteraksi tampak pasien mengerak-gerakkan tanganya, tangannya tampak seperti mengepal.

f. Alam Perasaan

Pasien mengatakan terkadang merasa sedih dengan keadaannya sekarang, yang tidak bisa berkumpul dengan keluarga seperti dahulu.

g. Afek

Saat diwawancarai raut wajah pasien datar tidak ada ekspresi, tampak lemah dan kurang bersemangat.

h. Interaksi selama wawancara

Pasien mampu menjawab semua pertanyaan yang di ajukan dengan sesuai/ baik, kontak mata ada saat diwawancarai.

i. Persepsi

Pasien merasa marah dan jengkel ketika orang-orang disekitarnya lebih memilih menghindarinya karena dianggap dapat membahayakan orang sekitar.

j. Proses Pikir

Pasien mengatakan tidak ada yang mengendalikan pikirannya. Pasien tidak mempunyai pikiran yang aneh-aneh.

2. Arus Pikir

Perkataan pasien dapat dimengerti dengan baik oleh perawat, selama interaksi berangsur dapat diketahui bahwa pembicaraan sudah terarah.

3. Tingkat Kesadaran

Pasien menyadari bahwa dirinya berada di RSJ, pasien mampu mengingat nama temannya di RSJ yang sudah diajak berkenalan,

orientasi waktu dan tempat, misal dapat menyebutkan jam berapa sekarang dan dimana tempat perawat dan pasien berbincang. Dapat menyebutkan namanya sendiri dan nama perawat.

k. Memori

Untuk Memori segera menjawab dengan baik tidak ada gangguan ingatan dalam jangka panjang dan pendek untuk saat ini.

3. Jangka panjang

Pasien mengatakan dulu tahun 2019 pernah jatuh naik motor.

4. Jangka pendek

Pasien mengatakan yang membawa kerumah sakit adalah paman dan tetangganya

5. Jangka saat ini

Pasien masih ingat tadi pagi makan dengan nasi dan sayur

l. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien mampu berkonsentrasi dan mampu berhitung secara sederhana misalnya berhitung dari 1 sampai 10.

m. Daya Tilik Diri

Pasien tidak menyadari bahwa dirinya sakit, pasien merasa bahwa dirinya baik-baik saja.

9. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Makanan disiapkan oleh perawat dirumah sakit pasien mau makan 3x sehari 1 porsi habis, pasien dapat makan sendiri.

2. BAB/BAK

Klien BAB 1 hari sekali kalau dirumah, selama dirumah sakit pasien BAB 1kali sehari dan dapat dilakukan dit Toilet dan BAK 4-5 x/hari dan dapat dilakukan sendiri di toilet.

3. Mandi

Pasien mengatakan sehari mandi 2 x/hari dan dapat melakukan sendiri dikamar mandi memakai sabun dan handuk, gosok gigi 1kali sehari dapat dilakukan sendiri dikamar mandi.

4. Berpakaian/berhias

Pasien mampu menggunakan baju sendiri, ganti pakaian 1 kali sehari.

5. Istirahat Tidur

Pasien mengatakan tidur sekitar jam 21.00 dan bangun pagi jam 05.00 untuk sholat subuh

6. Penggunaan obat

Pasien minum obat yang diberikan oleh perawat dan dimonitor oleh perawat, pasien selalu meminum obatnya sampai habis, pasien mengatakan mendapatkan obat sejumlah 2

7. Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan ingin segera pulang, pasien mengatakan jika nanti sudah pulang pasien akan ingin minum obat yang akan diberikan oleh rumah sakit, pasien mengatakan bila sudah keluar dari rumah sakit pasien tidak mau dibawa ke RSJ.

8. Aktifitas dalam rumah

Pasien mengatakan di rumah membantu kedua orang tua menjaga toko dirumah.

9. Aktifitas di luar Rumah

Pasien mengatakan saat masih dirumah masih ikut kegiatan dimasyarakat dan membantu orang tua menjaga toko di rumah.

10. Mekanisme Koping

Pasien masih mau diajak berinteraksi dengan orang lain dan bisa diajak berbicara.

11. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Masalah berhubungan dengan lingkungan, pasien kurang berkomunikasi dengan orang disekitarnya karena orang-orang menghindari pasien.

12. Kurang pengetahuan

Pasien mengatakan bahwa dirinya bukan orang dengan gangguan jiwa padahal data yang didapat dari perawat dan wawancara menunjukkan bahwa pasien memiliki gangguan jiwa yaitu RPK

13. Aspek Medik

Diagnosa Medik : skizofrenia Auditori

Terapi Medik : Risperidone 2 x 2 mg

Merlopam 2 x 2 mg

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH
1.	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan bahwa dirinya mudah marah dan sering merasa emosi karena dijauhi orang-orang.</p> <p>DO:</p> <p>Klien saat interaksi dapat menjelaskan secara jelas, pandangan mata tajam dan sesekali tangan mengepal</p>	Resiko Perilaku Kekerasan
2.	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan bahwa dirinya kurang mampu dalam segala hal sehingga merasa dijauhi orang-orang disekitarnya.</p> <p>DO:</p> <p>Pasien mengatakan kurang percaya diri dengan dirinya, merasa tidak bisa melakukan apa-apa</p>	Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah
3.	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan ketika marah ingin melempar barang dan memukul orang yang membuat dirinya marah.</p> <p>DO:</p> <p>Klien tampak gelisah, tangan klien kadang tampak mengepal dan ingin memukul sesuatu, pandangan mata tajam.</p>	Resiko tinggi mencederai diri sendiri dan orang lain.

Pohon Masalah

Akibat

Resiko tinggi mencederai diri dan orang lain



Core (Masalah Utama)

Resiko perilaku kekerasan



Penyebab

Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

Daftar Diagnosa Keperawatan

- g. Resiko perilaku kekerasan
- h. Gangguan konsep diri : harga diri rendah
- i. Resiko tinggi mencederai diri dan orang lain

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tgl	Dx	Ru	Rawat	Kepe	Tujuan	Perencanaan	
						Kriteria Evaluasi	Intervensi
Selasa, 12 September 2023 10.00 WIB			Resiko Perilaku Kekerasan		TUM : Pasien dapat mengetahui penyebab marah dan mengontrol rasa marah TUK : 3) Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat 4) Pasien dapat mengetahui penyebab rasa marah 5) Pasien dapat mengendalikan rasa marah 6) Pasien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan rasa marah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 jam diharapkan pasien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil : 5. Pasien dapat membina hubungan saling percaya 6. Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala 7. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan 8. Pasien mampu mempraktikkan latihan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam	SP 1 : h. Bina hubungan saling percaya i. Identifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan j. Identifikasi tanda dan gejala k. Jelaskan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan fisik, obat, verbal dan spiritual l. Membantu mempraktikkan latihan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik : relaksasi nafas dalam m. Anjurkan pasien untuk

memasukkan ke
jadwal harian

SP2 :

- D. Evaluasi
kegiatan jadwal
harian
- E. monitor pasien
cara mengontrol
resiko perilaku
kekerasan
secara fisik :
terapi relaksasi
nafas dalam
- F. latih pasien
mengontrol
resiko perilaku
kekerasan
dengan cara
minum obat
- G. anjurkan pasien
untuk
memasukkan ke
jadwal harian

SP 3 :

- 3. Evaluasi
kegiatan jadwal
harian
 - 4. Monitor pasien
cara mengontrol
-

resiko perilaku
kekerasan secara
fisik : terapi
relaksasi nafas
dalam

5. Latih pasien
mengontrol
resiko perilaku
kekerasan secara
verbal
6. Anjurkan pasien
untuk
memasukkan ke
jadwal harian

SP 4 :

- d. Evaluasi
kegiatan jadwal
harian
 - e. Evaluasi hasil
cara mengontrol
resiko perilaku
kekerasan
secara fisik :
terapi relaksasi
nafas dalam
 - f. Latih pasien
mengontrol
resiko perilaku
kekerasan
dengan cara
-

					spiritual
					g. Anjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian
Selasa, 12 September 2023 10.00 WIB	Gangguan konsep diri : Harga diri rendah	TUM : pasien memiliki konsep diri yang positif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x2 jam diharapkan pasien mampu : e. Menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : 2. Ekspresi wajah bersahabat 3. Menunjukkan rasa senang 4. Ada kontak mata 5. Mau berjabat tangan 6. Mau menjawab salam 7. Pasien mau duduk berdampingan dengan perawat 8. pasien mau bercerita	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. 4. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 5. Perkenalkan diri dengan sopan 6. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien 7. Jelaskan tujuan pertemuan	

dengan perawat			
TUK :	setelah	dilakukan	SP 1 :
4. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki.	tindakan keperawatan selama 4x2 jam diharapkan pasien mampu menyebutkan:		3. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
5. Pasien dapat melaksanakan kegiatan sesuai yang telah direncanakan.	3) Aspek positif pasien 4) Aspek positif lingkungan pasien		4. Bantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan 5. Bantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai kemampuan pasien 6. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih 7. Berikan pujian terhadap keberhasilan pasien 8. Anjurkan pasien memasukkan

	kejadwal harian
Setelah berinteraksi selama 4x2 jam pasien melaksanakan a. kegiatan sesuai jadwal yang dibuat	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian 2. Anjurkan pasien memilih kegiatan lainnya yang dapat meningkatkan kemampuan positif 3. Anjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian
	<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan sebelumnya 2. Anjurkan pasien untuk menambahkan daftar kemampuan aspek positif lainnya. 3. Anjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian
	<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian 2. Anjurkan pasien untuk menambah

daftar kemampuan

aspek positif

lainnya

3. Anjurkan untuk

memasukkan ke

jadwal harian

4. Lakukan latihan

yang telah

dituliskan sampai

semua kemampuan

dapat dilatih dan

terjadi perubahan

perilaku yang dapat

meningkatkan

harga dirinya.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : Tn.G

Umur : 36 th

Hari / tanggal	Implementasi	Evaluasi
Selasa 12/09/2023 (SP I) Jam 10.00	<p>Data :</p> <p>DS : Pasien mengatakan mudah marah, emosi dan susah mengontrol rasa marahnya</p> <p>DO : Pasien kooperatif, ada kontak mata ketika mengobrol dan dapat menjawab pertanyaan perawat.</p> <p>Diagnosa Keperawatan : resiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan Keperawatan : SP 1 :</p> <p>e. Membina hubungan saling percaya</p> <p>f. Mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan</p> <p>g. Mengidentifikasi tanda dan gejala</p> <p>h. Menjelaskan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan fisik, obat, verbal dan spiritual</p> <p>i. Membantu mempraktikkan</p>	<p>S: - Pasien mengatakan paham cara mengontrol emosinya</p> <p>a. Pasien mengatakan akan melakukan terapi relaksasi nafas dalam secara mandiri ketika tidak ada perawat</p> <p>O: - Pasien kooperatif</p> <p>- Pasien berbicara dengan cukup jelas dan mudah dipahami</p> <p>- Terdapat kontak mata dengan perawat</p> <p>A:</p> <p>Resiko perilaku kekerasan masih ada</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>b. Anjurkan mengontrol marah dengan relaksasi</p>

	latihan cara mengontrol resiko	nafas dalam
	perilaku kekerasan secara fisik :	c. Anjurkan melakukan
	terapi relaksasi nafas dalam	kegiatan positif
	j. Menganjurkan pasien untuk	
	memasukkan ke jadwal harian	
	RTL : - Evaluasi SP 1	
	-Lanjut SP 2	
Rabu 13	DS : Pasien mengatakan rasa marah	S : - Pasien bersedia mengikuti
September	masih sering muncul, masih terbayang-	arahan perawat
2023	bayang ketika dibawa secara paksa oleh	6. Pasien mendengarkan
(SP 2)	keluarganya	penjelasan dari perawat
	DO : Pasien kooperatif, dapat bercerita	tentang 5 benar obat
	tentang awal rasa marah mulai muncul.	O : - Pasien melakukan relaksasi
10.00	Diagosa keperawatan : Resiko perilaku	nafas dalam secara mandiri
	kekerasan	2. Pasien mencoba
	Tindakan keperawatan : SP 2 :	memahami tentang obat
	3. Mengevaluasi kegiatan jadwal	yang dikonsumsi
	harian	A : Resiko perilaku kekerasan
	4. Memonitor pasien cara	masih ada
	mengontrol resiko perilaku	P : Lanjutkan intervensi
	kekerasan secara fisik : relaksasi	d. Evaluasi SP 1 dan SP 2
	nafas dalam	e. Lanjut SP 3
	5. Melatih pasien mengontrol resiko	

perilaku kekerasan dengan cara
minum obat

6. Menganjurkan pasien untuk
memasukkan jadwal harian.

RTL : Lanjut SP 3

Kamis 14 September 2023 (SP 3) 10.00	<p>Ds : Pasien mengatakan sudah sering melakukan relaksasi nafas dalam ketika rasa marah mulai muncul sesuai yang diajarkan perawat</p> <p>Do : Pasien kooperatif, memahami apa yang dijelaskan dan mampu melakukannya</p> <p>Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan keperawatan : SP 3 :</p> <p>4. Mengevaluasi kegiatan jadwal harian</p> <p>5. Memonitor pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik : terapi relaksasi nafas dalam</p> <p>6. Melatih pasien mengontrol resiko</p>	<p>S : - Pasien mengatakan lebih rileks dan tenang ketika melakukan relaksasi nafas dalam</p> <p>3. Pasien mendengarkan penjelasan dari perawat</p> <p>4. Pasien mampu melakukan tindakan sesuai anjuran perawat</p> <p>O : - Pasien kooperatif</p> <p>5. Pasien tampak tenang</p> <p>6. Pasien mulai tersenyum</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>- Evaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3</p> <p>- Lanjut SP 4</p>
--	---	---

	perilaku kekerasan secara verbal	
	7. Menganjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian	
	RTL : Lanjut SP 4	
	Ds : Pasien mengatakan senang dan nyaman, rasa marah sudah jarang muncul	
	Do : - Pasien kooperatif	
	F. Sudah mulai bisa bercanda	
	G. Pasien tampak tenang	
	Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan	
	Tindakan keperawatan : SP 4 :	
	3) Mengevaluasi kegiatan jadwal harian	
	4) Mengevaluasi hasil cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik : terapi relaksasi nafas dalam	
Jumat 15 September 2023 (SP 4)	5) Melatih pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual	S : - Pasien mengatakan setelah sering melakukan relaksasi nafas dalam rasa marah mulai jarang muncul, mulai rileks dan tenang
14.00	6) Menganjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian	7. Pasien mendengarkan arahan dari perawat 8. Pasien mampu

melakukan tindakan
sesuai anjuran yang
diberi perawat

O : - Pasien kooperatif

9. Pasien tampak rileks

10. Pasien sudah bisa

bercanda dan tertawa

A : Masalah teratasi

P : Hentikan intervensi
