

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 diturutin 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 dirumah.

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

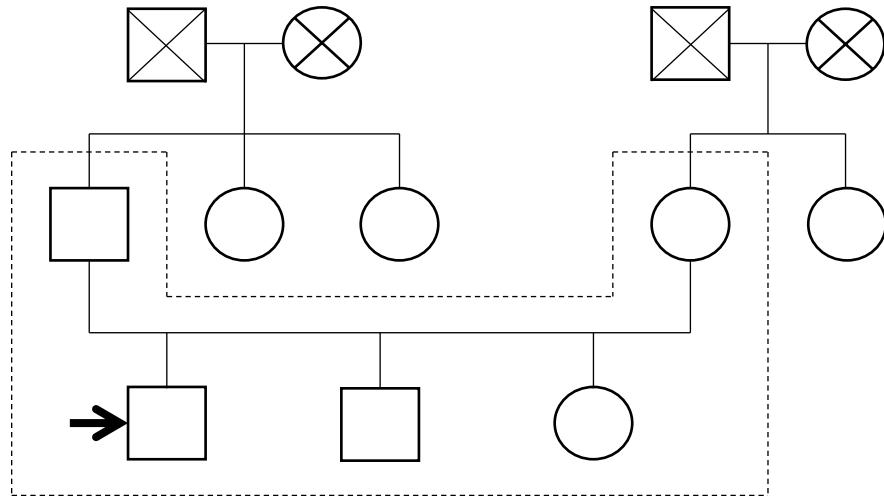
S : 36,5° C RR : 20x/menit

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 dirumah 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 dirumah 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 tangannya, 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 diwawancara raut wajah pasien datar tidak ada ekspresi, tampak lemah dan kurang bersemangat.

h. Interaksi selama wawancara

Pasien mampu menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan sesuai/ baik, kontak mata ada saat diwawancara.

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 pikirnya. Pasien tidak mampunya pikiran yang aneh-aneh.

2. Arus Pikir

Perkataan pasien dapat dimengerti dengan baik oleh perawat, selama interaksi berlangsung 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

1. 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 ditoilet 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 handukan , 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 engatakan 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 Rendah 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
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	R ^{awat}	Kep	Tujuan	Perencanaan		Intervensi
					Kriteria	Evaluasi	
Selasa, 12	Resiko			TUM : Pasien dapat mengetahui penyebab marah dan mengontrol rasa marah TUK : 3) Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat	Setelah tindakan keperawatan selama 3x2 jam	dilakukan pasien mengontrol resiko perilaku	SP 1 : h. Bina hubungan saling percaya i. Identifikasi penyebab resiko perilaku j. Identifikasi tanda dan gejala k. Jelaskan cara mengontrol resiko perilaku
September	Perilaku			mengetahui penyebab marah diharapkan dapat mengontrol resiko perilaku			
2023	Kekerasan						
10.00							
WIB							
				4) Pasien dapat mengetahui penyebab rasa marah	6. Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala		kekerasan dengan fsik, obat, verbal dan
				5) Pasien dapat mengendalikan rasa marah	7. Pasien mampu percaya		spiritual
				6) Pasien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan rasa marah	8. Pasien mampu latihan cara mengontrol resiko perilaku		l. Membantu mempraktikkan latihan cara
							mengontrol resiko perilaku
							kekerasan secara fisik : relaksasi nafas
							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	Gangguan	TUM : pasien	Setelah	dilakukan	Bina hubungan	
September	konsep	memilii konsep diri	tindakan	keperawatan	saling percaya	
2023	diri	: yang positif	selama	4x2 jam	dengan	
10.00	Harga diri		diharapkan	pasien	menggunakan	
WIB	rendah		mampu :		prinsip komunikasi	
			e. Menunjukkan		terapeutik.	
			tanda-tanda		4. Sapa pasien	
			percaya	kepada	dengan ramah	
			perawat :		baik verbal	
			2. Ekspresi wajah		maupun non	
			bersahabat		verbal	
			3. Menunjukkan	5. Perkenalkan diri		
			rasa senang	dengan sopan		
			4. Ada kontak	6. Tanyakan nama		
			mata	lengkap klien		
			5. Mau berjabat		dan nama	
			tangan		panggilan yang	
			6. Mau menjawab		disukai klien	
			salam		7. Jelaskan tujuan	
			7. Pasien mau			
			pertemuan			
			duduk			
			berdampingan			
			dengan			
			perawat			
			8. pasien mau			
			bercerita			

dengan

perawat

TUK :

setelah

dilakukan

SP 1 :

4. Pasien dapat tindakan keperawatan mengidentifikasi selama 4x2 jam kemampuan diharapkan pasien positif yang mampu menyebutkan: dimiliki.

3) Aspek positif pasien

5. Pasien dapat pasien melaksanakan 4) Aspek positif kegiatan sesuai lingkungan pasien yang telah direncanakan.

3. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 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	SP 2 : selama 4x2 jam pasien melaksanakan a. kegiatan sesuai jadwal yang dibuat
	1. Evaluasi jadwal kegiatan harian 2. Anjurkan pasien memilih kegiatan lainnya yang dapat meningkatkan kemampuan positif 3. Anjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian
	SP 3 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan sebelumnya 2. Anjurkan pasien untuk menambahkan daftar kemampuan aspek positif lainnya. 3. Anjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian
	SP 4 : 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)	Data : DS : Pasien mengatakan mudah marah, emosian dan susah mengontrol rasa marahnya DO : Pasien kooperatif, ada kontak mata ketika mengobrol dan dapat menjawab pertanyaan perawat. Diagnosa Keperawatan : resiko perilaku kekerasan Tindakan Keperawatan : SP 1 : e. Membina hubungan saling percaya f. Mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan g. Mengidentifikasi tanda dan gejala masih ada h. Menjelaskan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan fisik, obat, verbal dan spiritual i. Membantu mempraktikkan	S: - Pasien mengatakan paham cara mengontrol emosinya a. Pasien mengatakan akan melakukan terapi relaksasi nafas dalam secara mandiri ketika tidak ada perawat O: - Pasien kooperatif - Pasien berbicara dengan cukup jelas dan mudah dipahami - Terdapat kontak mata dengan perawat A: Resiko perilaku kekerasan P: Lanjutkan intervensi b. Anjurkan mengontrol marah dengan relaksasi
Jam 10.00		

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 dikonsumsinya
 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. Mengajurkan pasien untuk
memasukkan kejadwal harian.

RTL : Lanjut SP 3

Kamis 14 Ds : Pasien mengatakan sudah sering S : - Pasien mengatakan lebih
September melakukan relaksasi nafas dalam ketika rileks dan tenang ketika
2023 rasa marah mulai muncul sesuai yang melakukan relaksasi nafas dalam
(SP 3) diajarkan perawat

3. Pasien mendengarkan

Do : Pasien kooperatif, memahami apa penjelasan dari perawat
10.00 yang dijelaskan dan mampu 4. Pasien mampu
melakukannya melakukan tindakan

sesuai anjuran perawat

Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku O : - Pasien kooperatif

kekerasan 5. Pasien tampak tenang

Tindakan keperawatan : SP 3 : 6. Pasien mulai tersenyum

4. Mengevaluasi kegiatan jadwal

harian A : Masalah teratasi sebagian

5. Memonitor pasien cara P : Lanjutkan intervensi
mengontrol resiko perilaku - Evaluasi SP 1, SP 2 dan SP

kekerasan secara fisik : terapi 3

relaksasi nafas dalam - Lanjut SP 4

6. Melatih pasien mengontrol resiko

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

Jumat 15 September 2023 (SP 4) 5) Melatih pasien mengontrol resiko dalam rasa marah mulai jarang perilaku kekerasan dengan cara muncul, mulai rileks dan tenang spiritual

7. Pasien mendengarkan

14.00 6) Menganjurkan pasien untuk arahan dari perawat memasukkan ke jadwal harian

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
