

BAB III

TINJAUAN KASUS

Ruangan Rawat : Ruang Sena

Tanggal dirawat : 30 Agustus 2023

I. Identitas Klien

Inisial : Sdr. B
Umur : 20 tahun
Informan : Sdr. B
Tanggal Pengkajian : 07 september 2023
RM no : 532XXX

II. Alasan Masuk :

Klien mengatakan alasan masuk IGD karena merasa kesal kepada orang tuanya karena tidak diberikan uang untuk berbelanja keinginannya. Dia tidak bisa mengontrol emosinya saat sedang marah, dirinya seperti orang yang depresi lalu berusaha menghancurkan barang yang ada di dekat dirinya seperti kaca, meja, pintu, serta menyakiti dirinya dengan memukul - mukul tembok.

III. Faktor predisoposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

Klien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.

2. Pengalaman

a. Aniaya fisik

Klien mengatakan pernah menjadi penganiaya fisik berupa pemukulan terhadap dirinya sendiri, kadang suka melempar – barang yang ada disekitar..

3. Adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

4. Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan

Klien mengatakan dulu saat di sekolah pasien sering diejek oleh teman-temannya.

IV. Pemeriksaan fisik

1. Tanda Vital

Tekanan darah : 120 / 80 mmHg

Nadi : 76 x/ menit

Saturasi : 98x / menit

Suhu : 36,5 °c

2. Ukur

TB : 170 cm

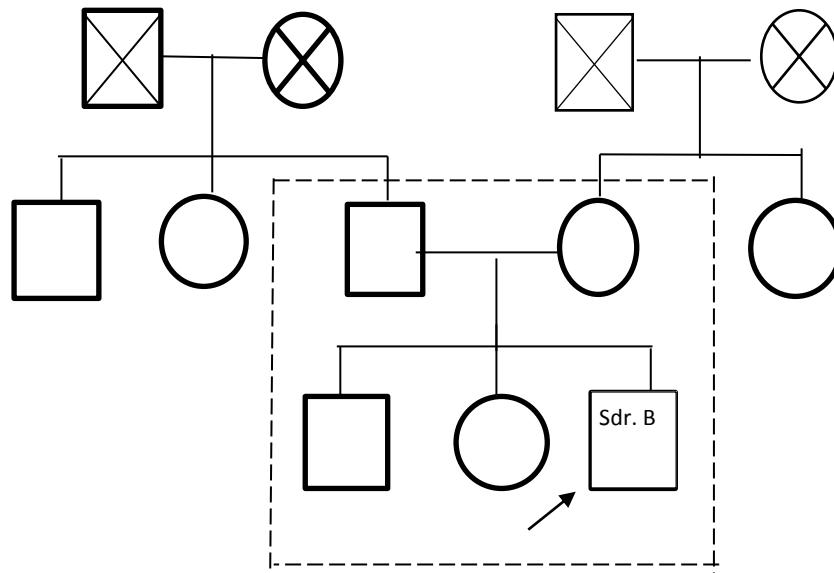
BB : 53 kg

3. Keluhan fisik

Klien mengatakan tidak mempunyai keluhan fisik.

V. Psikososial

1. Genogram



Keterangan :

 : Laki laki

 : Pasien

 : Perempuan

— : Garis Perkawinan

|| : Garis keturunan

X : meninggal perempuan



: Meninggal laki laki

: tinggal serumah

Penjelasan :

Klien mengatakan kalau dia adalah anak terakhir dari 3 bersaudara, klien tinggal bersama orang tua dan kakak – kakaknya, klien mengatakan jika

kedua orang tua pasien bekerja sebagai petani, klien lulus SMK Teknik, dan klien juga mengatakan olahraga kesukaannya adalah badminton dan bisa bermain gamelan.

2. Konsep diri

a. Gambaran diri

Klien mengatakan tidak ada bagian anggota tubuhnya yang dibenci, pasien mengatakan bersyukur dengan anggota tubuh yang dapat berfungsi dengan baik.

b. Identitas

Klien mengatakan umurnya 20 tahun, dan berjenis laki – laki, pasien mengatakan merasa puas dengan dirinya.

c. Peran

klien mengatakan anak ketiga dari tiga bersaudara.

d. Harga diri

klien mengatakan tidak menyangka jika dirinya sakit, klien tidak pernah minder atau putus asa.

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti :keluarga

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Klien mengatakan akrab dengan tetangga bahkan sering bermain dengan anak – anak seusianya.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

klien mengatakan tidak memiliki hambatan berkomunikasi dengan orang lain.

4. Spritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan pasien beragama islam, klien mengatakan bahwa penyakitnya adalah cobaan dari Allah SWT dan percaya sakitnya akan disembuhkan.

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan bahwa saat dirawat pasien menjalankan sholat lima waktu.

VI. Status mental

1. Penampilan

Penampilan rapi, rambut acak – acakan, baju dan celana dipakai semestinya, wajah tegang.

2. Pembicaraan

Pembicaraan jelas kadang cepat, meloncat ke satu topik ke topik lainnya (inkoheren), klien cepat tersinggung, saat berbicara menggunakan intonasi tinggi.

3. Aktivitas motorik

Klien sering mondar – mandir , tidak bisa tenang dan duduk dalam waktu yang lama, saat dilakukan interaksi

4. Alam perasaan

Klien mengatakan masih merasa kesal kalau mengingat orang tuanya.

5. Afek

Klien labil, agresif, mudah emosi, mudah tersinggung

6. Interaksi dalam wawancara

Interaksi dalam wawancara kurang baik, klien cepat tersinggung kadang mengepalkan tangannya, kadang klien menjawab dengan nada tinggi, kontak mata tajam.

7. Persepsi

Klien mengatakan dia mendengar suara – suara yang menyuruhnya untuk menantang orang lain.

8. Proses pikir

Klien mampu menjawab pertanyaan dengan benar

9. Isi pikir

Klien mengatakan tidak mempunyai phobia dan obsesi terhadap sesuatu.

10. Tingkat kesadaran

Klien tampak mengepalkan tangannya dan melotot.

11. Disorientasi

Klien tidak mengalami disorientasi waktu dan tempat.

12. Tingkat konsentrasi

klien mudah beralih, tidak bisa fokus, dapat berhitung namun pertanyannya harus diulang dahulu baru bisa menjawab.

13. Kemampuan penilaian

Klien tidak mengalami gangguan penilaian, terbukti ketika klien ditanya dipel atau disapu dulu? klien menjawab disapu dulu baru dipel.

14. Daya titik diri

Klien mengatakan tidak menyadari jika mengalami gangguan jiwa, klien mengatakan hanya tau dirinya sedang marah

VII. Kebutuhan persiapan pulang

1. Makan

Klien mengatakan makan 3 x sehari, dengan makanan yang diberikan oleh rumah sakit dengan porsi penuh, klien mendapatkan bubur kacang hijau sehari sekali pagi hari pukul 10.00 WIB.

2. BAB/ BAK

Klien mengatakan BAB sehari 1 pada pagi hari dan BAK 4 – 5 x perhari.

3. Mandi

Klien mandi 2 x sehari, pagi dan sore hari.

4. Berpakaian / berhias

Klien mampu berpakaian sendiri, mengganti pakaian 1x sehari, dan cara berpakaian rapi dan tidak terbalik.

5. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan selama dirumah sakit tidur siang hanya 2 jam saja, dan tidur malam pukul 20.00 WIB, dengan frekuensi tidur nyenyak.

6. Penggunaan obat

Klien mengatakan selama dirumah sakit minum obat teratur, diminum secara mandiri tetapi dengan pengawasan perawat.

7. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan jarang pergi ke rumah sakit untuk pemeriksaan.

8. Kegiatan di dalam rumah

Klien mengatakan saat dirumah dapat mencuci piring, dan kadang membantu orang tua di sawah.

VIII. Masalah psikososial

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan lingkungan pendidikan, lingkungan tetangga dan teman – teman, ia mengatakan tidak mempunyai masalah dalam berhubungan dengan orang lain.

IX. Pengetahuan Kurang Tentang Penyakitnya

Klien mengatakan tidak tau tentang kenapa dia sering marah – marah.

X. Aspek medis

Diagnosa medis : F.20 Skizofrenia tidak terinci

Terapi medik : Tryhexyphenydil (2 mg)

Chlorpromazine (100 gram)

Respiridone (2 mg)

XI. Analisa Data

Tabel 3.1 analisa data

Nama : Sdr. B	Dx Medis :F.20		
Umur : 20 tahun	Ruang : Sena		
No	Hari / Data Fokus	Masalah	TD
Tanggal			
1	Kamis 07 september 2023	Ds : Klien mengatakan masih merasa kesal kalau mengingat saat dia tidak diberikan uang oleh orang tuanya, ia mengatakan tidak bisa mengontrol emosinya saat sedang marah, Do : klien mengepalkan tangan, pasien tampak mudah tersinggung, saat diajak berbicara ekspresi wajah tampak tegang, pandangan mata tajam, pembicaraan dengan intonasi tinggi.	Resiko Perilaku Kekerasan

2	Kamis 07 september 20223	Ds : Klien mengatakan bahwa dia mendengar suara yang mengatakan menyuruhnya untuk menantang orang lain Do : klien tampak bingung, pasien tampak mengepalkan tangan	Gangguan persepsi : Halusinsi Pendengaran
3	Kamis 07 september 2023	Ds : Klien mengatakan saat marah dia membanting barang – barang yang ada di rumah dan sering memukul diri sendiri Do : Klien pandangan matanya tajam, pasien tampak tidak tenang dan sulit diarahkan	Resiko menciderai orang diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

XII. Pohon Masalah

Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan



Resiko Perilaku kekerasan



Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

XIII. Diagosa Keperawatan :

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
3. Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

XIV. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 intervensi keperawatan

Nama : Sdr. B

Dx Medis :F.20

Umur : 20 Tahun

Ruang : Sena

Hari / Tgl	Dx Kep	Intervensi keperawatan				TTD
		Tujuan		Intervensi		
07 Septem ber 2023	Resiko perilaku kekerasan	Setelah keperawatan diharapkan pasien dengan resiko perilaku kekerasan dapat teratasi dengan kriteria hasil	dilakukannya selama 5 x pertemuan dengan resiko perilaku kekerasan dapat teratasi dengan kriteria hasil	asuhan Komunikasi terapeutik 1. Bina Hubungan Saling Percaya 2. Panggil klien dengan nama yang disukai 3. Bicara dengan sikap tenang SP 1 :		
				1. klien dapat membina hubungan saling percaya pasien dapat mengidentifikasi, perilaku, tanda, dan kerugian akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan	1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan dan akibat dari PK	
				2. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	2. Jelaskan cara mengontrol PK secara fisik, obat, verbal dan spiritual 3. Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik tarik nafas dalam dan	

-
3. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan verbal dan latihan asertif memukul bantal SP 2 :
1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian,
 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat jelaskan 6 benar : jenis, dosis, guna, frekuensi, cara minum, kontuinitas minum obat
 3. Masukkan pada jadwal harian
- SP 3 :
1. Evaluasi kegiatan harian latihan fisik dan obat, beri pujian
 2. Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal
 3. Latih mengontrol marah dengan latihan asertif dengan mengatakan keinginan dangan baik, dan menolak dengan baik tanpa melukai orang lain
 4. Masukkan kegiatan yang sudah dilatih
-

pada jadwal harian

SP 4 :

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik obat, verbal dan latihan asertif, beri pujian
2. Melatih cara mengontrol perilaku dengan spiritual
3. Masukkan pada jadwal harian

SP 5 :

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat, verbal, latihan asertif, spiritual, beri pujian
2. Nilai kemampuan yang sudah dilakukan secara mandiri

07	Gangguan	Setelah	dilakukannya	asuhan	Komunikasi terapeutik
septem	presepsi	keperawatan	selama 5 x	pertemuan	5. Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP)
ber	sensori :	diharapkan	pasien dengan	gangguan	6. Menanyakan perasaan
2023	halusinasi	presepsi sensori	halusinasi	pendengaran	7. Panggil klien dengan nama yang disukai
n		dapat teratasi dengan	kriteria hasil		8. Bicara dengan nada yang tenang.
	pendengara	5. klien dapat	membina	hubungan	SP 1

n	<p>saling percaya pasien dapat mengenali halusinasinya, frekuensi, dari halusinasi</p> <p>6. klien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik</p> <p>7. klien dapat mengontrol halusinasi dengan meminum obat dengan benar</p> <p>8. klien dapat mengontrol marah dengan bercakap – cakap dengan orang lain</p> <p>9. klien dapat mengontrol halusinasinya dengan kegiatan yang disukai</p>	<p>5. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik, sapa nama klien, memperkenalkan diri secara sopan. tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan. tunjukan sikap menerima klien apa adanya. beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.</p> <p>6. Observasi jenis, isi, konten, waktu, faktor pencetus, dan respon halusinasi.</p> <p>7. Ajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.</p> <p>8. Masukkan kegiatan yang sudah dilatih pada jadwal harian</p> <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi SP1 mengontrol halusinasi dengan menghardik Latih cara mengontrol halusinasi dengan
---	--	---

minum obat jelaskan 6 benar : jenis,
dosis, guna, frekuensi, cara minum,
kontinuitas minum obat

3. Masukkan kegiatan yang sudah dilatih
pada jadwal harian

SP 3

1. Evaluasi kegiatan yang sudah dilatih SP
1 menghardik, dan SP 2 minum obat
2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan
berbincang – berbincang dengan orang
lain
3. Masukkan kegiatan yang sudah dilatih
pada jadwal harian

SP 4

5. Evaluasi kegiatan yang sudah dilatih SP
1 menghardik, SP 2 meminum obat
dengan 6 benar, SP 3 berbincang –
bincang dengar orang lain
 6. Menanyakan kegiatan yang disukai
-

-
7. Lakukan kegiatan yang disukai
8. Masukkan kegiatan yang disukai pada
jadwal harian.
-

IX. Catatan Perkembangan

Tabel 3.3 catatan perkembangan

TGL	DX SP	Implementasi	Evaluasi
07 September, 2023	SP I Resiko perilaku kekerasan	<p>Data :</p> <p>klien mengatakan masih merasa kesal kalau mengingat saat orang tuanya tidak memberikan dia uang dan klien tampak mengepalkan tangan, pasien tampak mudah tersinggung, saat diajak berbicara ekspresi wajahnya tampak tegang.</p> <p>Dx Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan perasaan saat ini baik Klien mengatakan bersedia berbincang – bincang Klien mengatakan masih merasa kesal kalau mengingat orang tuanya Klien mengatakan kerugian dari perilaku kekerasan adalah badannya akan terluka saat dia memukul dirinya sendiri Klien mengatakan mau diajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu

-
- Tindakan Keperawatan :**
1. Melakukan komunikasi Terapeutik dengan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) memukul bantal, dan menarik nafas
 2. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan dan kerugian akibat dari Perilaku Kekerasan O : Klien sulit kooperatif saat berinteraksi, mudah tersinggung saat diajak berinteraksi
 3. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, P : Resiko perilaku kekerasan belum teratasi obat, verbal, asertif, dan spiritual Anjurkan klien untuk latihan mengontrol perilaku
 4. Melatih mengontrol perilaku kekerasan (PK) secara fisik, tarik nafas dalam dan memukul bantal A : Resiko perilaku kekerasan dengan memukul bantal dan tarik nafas dalam 2 x sehari jam 09.00 WIB dan 19.00 WIB

Rencana Tindak Lanjut :

1. Mengevaluasi SP I (memukul bantal dan tarik nafas dalam)
 2. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat (
-

SP 2)

3. Masukan kegiatan yang sudah dilakukan pada jadwal kegiatan
-

08	SP 2	Data : September 2023 Resiko perilaku kekerasan	S : Klien mengatakan sudah lebih tenang dari sebelumnya dan Klien terlihat masih mengepalkan tangan, dan berbicara dengan nada tinggi	1. Klien mengatakan perasaan saat ini baik 2. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memkul bantal dan tarik nafas dalam
		Diagnosa Keperawatan Resiko perilaku kekerasan		3. Klien mengatakan mau diajarkan cara meminum obat dengan 6 benar
		Tindakan keperawatan :		4. Klien mengatakan mau memasukkan cara meminum obat pada jadwal kegiatan
		1. Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian, 2. Melatih cara mengontrol perilaku Kekerasan (PK) dengan minum obat jelaskan 6 benar : jenis, dosis, guna, frekuensi, cara minum, kontuinitas minum obat	O : Klien terlihat sudah mampu melakukan SP 1 dan SP 2 yang sudah dilatih tetapi klien masih tampak mengepalkan tangan dan nada masih tinggi	A : Resiko Perilaku Kekerasan belum teratasi
		3. Memasukkan kegiatan yang dilatih	P :	

		<p>pada jadwal harian</p> <p>Rencana Tindak Lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi SP 1 , dan meminum obat SP2 2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan (PK) dengan verbal dan latihan asertif 3. Memasukkan kegiatan yang dilatih pada jadwal kegiatan harian 	<p>Menganjurkan klien untuk meminum obat dengan 6 benar</p>
09 September 2023	SP 3 Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Data:</p> <p>Klien mengatakan masih ingat dengan kegiatan yang sudah dilatih dan Klien tampak tenang dan kooperatif, namun nada masih tinggi</p> <p>Diagnosa Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan harian latihan fisik dan obat, beri pujian 2. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal, tarik nafas dalam dan meminum obat dengan 6 benar 3. Klien mengatakan mau diajarkan untuk mengontrol marah dengan verbal dan latihan asertif 4. Klien mengatakan jika ingin sesuatu maka ia akan mengatakan “ pak, bu saya ingin minta uang untuk 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan perasaan saat ini baik

-
- 2. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal berbelanja makanan”
 - 3. Melatih mengontrol marah dengan latihan asertif dengan mengatakan keinginan dengan baik, dan menolak dengan baik tanpa melukai orang lain O : Klien terlihat sudah mampu melakukan SP 1, SP 2, SP
 - 4. Memasukkan kegiatan yang sudah dilatih pada jadwal harian A : 3 dan latihan asertif , namun intonasi masih tinggi

Rencana Tindak Lanjut :

- 1. Mengevaluasi SP 1 memukul bantal dan tarik nafas dalam, P : Resiko perilaku kekerasan belum teratas
 - 2. Mengevaluasi SP2 meminum obat dengan 6 benar Anjurkan klien untuk melatih mengontrol marah dengan verbal dan asertif setiap 2 x sehari jam 10 .00 WIB dan 19.00 WIB
 - 3. Mengevaluasi SP 3 dengan verbal dan latihan asertif
 - 4. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual (SP 4)
-

5. Memasukkan kegiatan yang sudah
dilatih pada jadwal harian

11	SP 4	Data :	S :
september	Resiko	Klien mengatakan masih ingat cara	1. Klien mengatakan perasaan saat ini baik
2023	perilaku	mengontrol marah dan Klien tampak	2. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol
	Kekerasan	tenang dan kooperatif	PK, dengan memukul bantal, tarik nafas, minum obat, verbal, asertif.
		Diagnosa Keperawatan	
		Resiko perilaku kekerasan	3. Klien mengatakan mau diajarkan latihan mengontrol pk dengan spiritual
		Tindakan keperawatan	
		1. Mengevaluasi SP 1 latihan fisk memukul bantal dan tarik nafas dalam	4. Klien mau memasukkan kegiatan yang sudah dilatih ke dalam jaddwal kegiatan harian
		2. Mengevaluasi SP 2 meminum obat dengan 6 benar	O :
		3. Mengevaluasi SP 3 dengan verbal	Klien mampu mempraktekan cara mengontrol perilaku kekerasan, dengan fisik, obat, verbal, asertif dan spiritual
		4. Mengevaluasi Latihan Asertif	A :
		5. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spritual SP 4	Reiko perilaku kekerasan belum teratasi
		6. Memasukkan kegiatan yang sudah	P :
			Intervensi dilanjutkan dan evaluasi seluruh kegiatan

dilatih pada jadwal harian yang sudah dilatih

Rencana Tindak Lanjut

1. Mengevaluasi kegiatan yang sudah dilatih
 2. Beri pujian
 3. Bantu klien untuk melakukan kegiatan
-

12	SP 5	Data : september 2023 Resiko Perilaku Kekerasan	S : Klien mengatakan sudah mampu mengontrol marahnya sendiri dan klien tapak tenang, dan juga kooperatif	1. Klien mengatakan perasaan saat ini baik 2. Klien mengatakan masih ingat cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal, tarik nafas, minum obat, verbal, asertif dan spiritual 3. Klien mengatakan kalau klien ingin sesuatu maka mengatakan “pak bu saya mau minta uang untuk berbelanja makanan” 4. Klien mau memasukkan kegiatan yang sudah dilatih ke dalam jadwal kegiatan harian
		Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan	Tindakan keperawatan: 1. Mengevaluasi kegiatan latihan fisik SP I 2. Mengevaluasi SP 2 meminum obat dengan 6 benar 3. Mengevaluasi SP 3 dengan Verbal	O : Klien sudah mampu mempraktekan cara mengontrol

-
- | | |
|--|--|
| dan latihan asertif | perilaku kekerasan, dengan memukul bantal, tarik nafas, minum obat, verbal, asertif, dan spiritual |
| 4. Mengevaluasi SP 4 dengan spiritual | |
| 5. Nilai kemampuan yang sudah dilakukan secara mandiri | A :
Resiko perilaku kekerasan teratas
P :
Anjurkan klien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih disaat marah |
-