BAB III

TINJAUAN KASUS

Pengkajian dilakukan pada hari Jumat, 27 Maret 2026, bertempat di Ruang Nakula, Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Arif Zainuddin Surakarta. Proses pengumpulan data dilakukan melalui metode autoanamnesis, yaitu dengan memperoleh informasi secara langsung dari pasien.

A. Identitas Pasien

Nama	: Tn. A
Umur	: 25 Tahun
Alamat	: Ngadirejo rt3 rw5 Karanganyar
Tanggal Pengkajian	: 27 Maret 2026
Dx.Medis	: Resiko Perilaku Kekerasan

B. Identitas penanggung Jawab

Nama	: Tn. A
Umur	: 48 Tahun
Alamat	: Ngadirejo rt3 rw5 Karanganyar
Hub. Dengan Pasien	: Orang Tua

C. Alasan Masuk dan Faktor Presipitasi

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami perubahan perilaku setelah satu minggu sepulang merantau pada tahun 2024, pasien jadi sering mengamuk melempari barang-barang ke istri dan mengancam mau membunuh orang lain,

pasien sering marah-marah, teriak-teriak, sulit tidur, gaduh, dan gelisah. Ternyata selema kerja pasien mengalami bullying di lingkuangan kerja.

D. Faktor Predisposisi

Pasien mengatakan sebelumnya tidak minum obat, karena merasa malas.

E. Pemeriksaan fisik

1. Tanda-Tanda Vital

   TD : 123/80 mmHg

   S : 36^0 C

   HR : 95 x/menit

   RR : 20 x/permenit

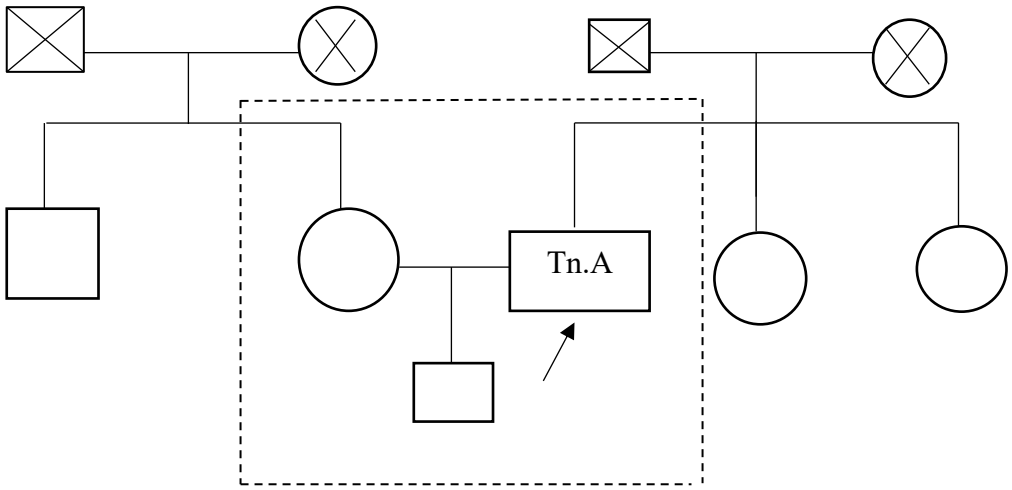
2. Antropomerti

   BB : 56 kg

   TB : 168 cm

F. Psikososial

1. Genogram



Keterangan :

: Simbol laki-laki

: Simbol perempuan

: Simbol yang menunjukkan pasien

------ : Simbol anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah

: Simbol anggota keluarga yang telah meninggal

Gambar 3. 1 Genogram

1. Konsep Diri

   a. Citra Diri

      Pasien menyatakan bahwa dirinya dapat menerima dan menyukai kondisi fisiknya saat ini. Pasien juga mengungkapkan rasa syukur karena tidak memiliki kelainan fisik lainnya.

b. Identitas Diri

Pasien mampu mengidentifikasi dirinya dengan menyebutkan nama dan alamat tempat tinggalnya di Karanganyar. Pasien juga menyampaikan bahwa bermain gim merupakan hobinya dan kegiatan tersebut sering dilakukan setiap hari.

c. Peran Diri

Pasien menyuarakan rasa malu atas kondisi dirinya karena merasa belum dapat menjalankan tanggung jawabnya secara optimal sebagai seorang kepala keluarga/laki-laki untuk bekerja dan menghasilkan nafkah mandiri demi memenuhi kebutuhan rumah tangga.

d. Identitas Diri

Pasien mengekspresikan harapannya untuk dapat segera pulih, kembali ke rumah, dan berkumpul bersama keluarganya sebagaimana masa-masa sebelumnya.

e. Harga Diri

Pasien mengutarakan penurunan rasa percaya diri akibat riwayat perundungan (*bullying*) di tempat kerja terdahulu, yang dipicu oleh anggapan ketidakmampuan dalam mencukupi kebutuhan finansial istri dan anaknya. Selain itu, pasien merasa menjadi beban bagi keluarga serta memandang dirinya kurang berguna lantaran tidak lagi memiliki pekerjaan dan mengalami kendala dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

2. Hubungan

a. Orang yang berarti

Dalam kehidupan pasien, anggota keluarga diakui sebagai sosok yang paling bermakna dan berharga bagi dirinya.

b. Peran dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak pernah berpartisipasi dalam kegiatan sosial, baik di luar rumah maupun di lingkungan tempat tinggalnya.

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Pasien mengungkapkan bahwa dirinya jarang berinteraksi dengan tetangga maupun teman karena merasa rendah diri terhadap kondisi yang sedang dialaminya. Pasien juga menyampaikan bahwa ketika berusaha menjalin interaksi dengan orang lain, dirinya kerap menerima perkataan yang tidak menyenangkan, sehingga memicu perasaan marah dan membuatnya enggan untuk berinteraksi kembali.

3. Spiritual

Pada aspek spiritual, pasien menuturkan bahwa dirinya rutin menunaikan shalat wajib lima waktu serta aktif mengikuti kegiatan pengajian di tempat tinggalnya sebelum mengalami sakit. Namun, semenjak menjalani perawatan di rumah sakit jiwa, rutinitas beribadah tersebut menjadi terhenti dan pasien tidak pernah lagi melaksanakan shalat lima waktu.

G. Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian pasien tampak menggunakan pakaian rumah sakit dengan rapi, kondisi tampak bersih dan rambutnya rapi.

2. Pembicaraan

   Pasien saat diajak bicara cepat dan menjawab pertanyaan juga cepat.

3. Aktivitas motorik

   Berdasarkan hasil pengkajian, pasien menunjukkan kontak mata dengan tatapan tegang dan melotot. Ekspresi wajah tampak memerah, disertai perilaku gelisah dan sering mengamati kondisi di sekitar ruangan. Selama berada di ruangan, pasien terlihat berjalan mondar-mandir sambil mengepalkan tangan. Selain itu, pasien berbicara dengan nada tinggi dan suara keras, serta cenderung mengulang perkataan yang sama secara berulang dan terkadang berbicara secara tidak terarah.

4. Alam prasaan

   Pada penilaian alam perasaan, pasien mengutarakan bahwa dirinya sewaktu-waktu merasa sedih meratapi kondisinya saat ini karena belum dapat berkumpul kembali bersama anggota keluarga seperti sedia kala.

5. Afek

   Berdasarkan hasil pengkajian, pasien menunjukkan ekspresi wajah murung dan tegang, disertai tatapan mata yang melotot. Pasien juga tampak menunjukkan ekspresi datar selama beberapa saat ketika diberikan pertanyaan mengenai hal-hal yang membuatnya merasa tidak nyaman.

6. Persepsi

   Pasien mengatakan sering marah-marah dan emosi ketika mengingat dirinya dicaci maki di bully sama temannya,Pasien gelisah,menunduk saat menceritakan kondisinya.

7. Memori

    a. Jangka panjang: Pasien mengatakan lahir tahun 2001.

H. Kebutuhan persiapan pulang

1. Pola Makan

    Menu makanan harian disiapkan oleh pihak perawat rumah sakit. Pasien memiliki nafsu makan yang baik dengan frekuensi tiga kali sehari serta mampu menghabiskan satu porsi penuh secara mandiri.

2. Eliminasi (BAB / BAK)

    Kebiasaan buang air besar (BAB) pasien saat di rumah tercatat dua kali sehari, sedangkan selama menjalani perawatan di rumah sakit frekuensinya menjadi sekali sehari secara mandiri di toilet. Untuk buang air kecil (BAK), pasien dapat melakukannya sendiri di toilet sebanyak empat hingga lima kali sehari.

3. Kebersihan Diri (Mandi & Berhias)

    Pasien mengaku mandi dua hingga tiga kali sehari menggunakan sabun secara mandiri di kamar mandi, namun belum terbiasa menggunakan handuk untuk mengeringkan tubuh. Kegiatan sikat gigi dilakukan sendiri sebanyak satu kali dalam sehari.

4. Berpakaian

    Pasien memiliki kemampuan mengenakan pakaian secara mandiri, dengan kebiasaan mengganti baju setiap dua atau tiga hari sekali.

5. Istirahat tidur

   Pola tidur pasien tergolong teratur, di mana ia tidur malam sekitar pukul 21.00 dan terbangun pada pukul 05.00 pagi untuk menunaikan ibadah shalat subuh.

6. Penggunaan obat

   Proses konsumsi obat pasien berada di bawah pengawasan dan pemantauan ketat perawat rumah sakit. Pasien selalu patuh meminum obat yang diberikan dan menyebutkan bahwa ia memperoleh dua jenis obat.

7. Pemeliharaan kesehatan

   Pasien mengekspresikan keinginan yang kuat untuk segera pulang dan berjanji akan rutin meminum obat dari rumah sakit sesampainya di rumah nanti. Selain itu, pasien menegaskan tidak ingin kembali dirawat di rumah sakit jiwa setelah kepulangannya.

8. Aktifitas dalam rumah

   Sebelum sakit, pasien terbiasa membantu meringankan pekerjaan istri serta menjaga anak-anaknya di rumah.

9. Aktifitas di luar rumah

   Dahulu pasien aktif berpartisipasi dalam kegiatan sosial kemasyarakatan. Namun, semenjak masalah kejiwaannya muncul, frekuensi interaksi sosial pasien dengan lingkungan sekitar menjadi berkurang.

I. Mekanisme Koping

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

J. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pasien mengalami hambatan dalam menjalin hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya, yang ditunjukkan dengan ketidakmampuannya dalam berinteraksi dengan orang lain secara optimal..

K. Kurang pengetahuan

Pasien menyatakan bahwa dirinya tidak mengalami gangguan jiwa. Namun, berdasarkan informasi yang diperoleh dari perawat serta hasil wawancara selama pengkajian, ditemukan adanya permasalahan keperawatan berupa risiko perilaku kekerasan.

L. Aspek Medik

Diagnosa Medik	:	Resiko perilaku kekerasan
Terapi Medik	:	Ari pripazole 1x 10 mg (oral)
		Olanzapine 1x 10mg (oral)

M. Analisa Data

Tabel 3. 1 Analisa Data

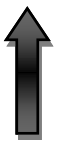
Hari/Tanggal	Analisa Data	Masalah
Jumat 27 Maret 2026	DS: 1. Pasien mengatakan mengamuk melempari barang-barang ke istri saat dirumah. 2. Pasien mengatakan sering marah-marah DO: 1. Pasien menunjukkan adanya kontak mata selama pengkajian. 2. Pasien memperlihatkan ekspresi dan sikap tubuh yang tampak tegang. 3. Pasien menunjukkan tatapan mata yang tajam disertai pandangan melotot. 4. Pasien berbicara dengan intonasi tinggi dan volume suara keras, terkadang pembicaraannya kurang terarah serta mengulang perkataan yang sama secara berulang kali.	**Resiko perilaku kekerasan (D.0146)**
Jumat 27 Maret 2026	DS: 1. Pasien mengungkapkan bahwa dirinya pernah mengalami perundungan (*bullying*) di lingkungan tempat kerja. 2. asien mengekspresikan perasaan tidak berdaya dan menganggap kehadiran dirinya telah membebani pihak keluarga. Kondisi tersebut diperparah oleh ketidakmampuan pasien dalam mencari nafkah serta kendala finansial yang dialaminya untuk mencukupi kebutuhan hidup sehari-hari. DO: 1. Pasien tampak berbicara dengan suara pelan, menunjukkan kondisi lesu, dan kurang mempertahankan kontak mata selama pengkajian. 2. Pasien terlihat menundukkan kepala ketika menceritakan kondisi yang sedang dialaminya	**Harga diri rendah (D.0086)**

N. Pohon masalah

Risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan *Effect* (Akibat



Risiko perilaku kekerasan *Core Problem* (Masalah Utama)



Gangguan konsep diri: harga diri rendah *Causa* (Penyebab)

Gambar 3. 2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan (Adji, 2022)

Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain/lingkungan
2. Resiko perilaku kekerasan

O. INTERVENSI KEPERAWATAN

NAMA : Tn.A DX : F.20.3

UMUR : 25 Tahun RUANGAN : Nakula

Tabel 3. 2 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI
1.	**Resiko perilaku kekerasan (D.0146)**	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil (L.09076) : Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 1. Verbalisasi umpatan perilaku memukul diri sendiri atau orang lain menurun 2. Perilaku merusak lingkungan sekitar perilaku agresif atau amuk menurun 3. Suara keras menurun 4. Bicara ketus menurun	Manajemen pengendalian marah (I .09290) **Observasi:** 1. Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan 2. Indentifikasi harapan dan perilaku terhadap ekspresi kemarahan 3. Monitor potensi agresif tidak konstruktif melakukan tindakan sebelum agresif **Terapeutik:** 1. Gunakan pendekatan yang tenang atau meyakinkan 2. Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaftif 3. Cegah kerusakan fisik akibat eksperisi marah 4. Cegah aktifitas pemicu agresif 5. Dukung menerapakn strategi pengendalian marah dan eksperesi amarah dan adaptif

			6. Lakuakan kontrol eksternal berikan pengutan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah **Edukasi**: 1. Jelaskan makna, fungsi marah,frustasi,dan respon marah 2. Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama keteganggan meningkat 3. Ajarkan strategi untuk ekspersi marah maladaftif 4. Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis.) latihan asertif, teknik relasi,jurnal,aktifitas penyaluran enerji **Kolaborasi:** Kolaborasi pemberian obat, jika perlu
2.	**Harga Diri Rendah Kronis berhubungan dengan gangguan psikiatri (D.0086**	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan konsep diri rendah membaik: (L.090760) : 1. verbalisasi kepuasan terhadap diri meningkat 2. verbalisasi kepuasan terhadap diri meningkat	Promosi harga diri (I.09308) **Obsevasi:** 1. Identifikasi budaya,agam,ras,jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri 2. Monitor verbalisasi yang merendahakan diri sendiri 3. Monitor tingkat diri setiap waktu sesuai kebutuhan

	3. verbalisasi kepuasan terhadap penampilan peran meningkat 4. verbalisasi kepuasan terhadap citra tubuh meningkat 5. verbalisasi kepuasan terhadap identitas diri meningkat 6. verbalisasi keinginan meningkat 7. verbalisasi rasa percaya diri meningkat	**Terapeutik:** 1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 2. Motifasi menerima tentangan atau hal baru 3. Diskusikan pernyataan tentang harga diri 4. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri 5. Diskusikan pengalaman yang meningkatakan haraga diri 6. Diskusikan persepsi negatif diri 7. Fasilitasi lingkungan dan aktifitas yang meningkatkan harga diri 8. Berikan umpan balik positif atau peningkatan mencapai tujuan **Edukasi:** 1. Memberikan penjelasan kepada pihak keluarga mengenai signifikansi dukungan moral dalam membantu membangun pembentukan konsep diri yang positif pada pasien. 2. Mendorong pasien untuk mengenali serta mengidentifikasi berbagai kelebihan dan potensi positif yang dimilikinya. 3. Memotivasi pasien agar senantiasa menjaga kontak mata secara konsisten saat berinteraksi dengan orang lain.

	4. Mengarahkan pasien supaya lebih terbuka dan siap menerima masukan atau kritik negatif secara konstruktif. 5. Menganjurkan pasien untuk melakukan penilaian serta refleksi berkala terhadap tindakan yang telah dilakukannya. 6. Melatih dan membimbing pasien mengenai cara-cara efektif dalam menghadapi atau mengatasi tindakan perundungan (*bullying*) 7. Melatih pasien untuk menumbuhkan serta meningkatkan rasa tanggung jawab terhadap diri sendiri.

P. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn.A Ruangan : Nakula

Umur : 25 Tahun Dx : F.20.3

Tabel 3. 3 Implementasi dan evaluasi pasien Tn. A

Hari/Tanggal/Jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Jum,at 27 maret 2026 10.00 Wib	**Data Subjektif:** Pasien mengatakan marah marah,mengamuk melempari barang-barang ke istri, mengancam mau membunuh orang lain.	**S:** 1. Pasien mengatakan marah-marah, melempari barang-barang ke istri, mengancam mau membunuh orang lain.

	Data Objektif: Pasien tampak saat berintraksi tangan mengepal,wajah merah, nada bicara keras. **Tindakan Keperawatan:** 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. Mengidentifikasi penyebab/pemicu kemarahan 3. Mengidentifikasi harapan dan perilaku terhadap ekspresi kemarahan 4. Membantu pasien mengungkapkan penyebab perasaan emosi 5. Mengajarkan cara mengontrol marah denan fisik relaksasi nafas dalam 6. Mengajarkan cara mengontrol marah dengan verbal terapi *Assertiveness Training* **RTL:** 1. Menilai perkembangan kemampuan pasien dalam mengontrol respons perilaku kekerasan melalui latihan perilaku asertif (*Assertiveness Training*) 2. Mengevaluasi cara mengontrol marah dengan fisik relaksasi nafas dalam 3. Jelaskan makna, fungsi marah, frustasi, dan respon marah	2. Pasien mengatakan mau di ajarkan mengontrol marah dengan cara latihan *Assertiveness Training* **O:** 1. Pasien tampak bina hubungan saling percaya 2. Pasien tampak mau diajarkan cara mengontrol marah **A:** Risiko perilaku kekerasan belum teratasi **P:** Lanjutkan intervensi 1. Anjurkan pasien melakukan cara mengontrol marah dengan nafas dalam secara mandiri 2. Anjurkan pasien melakukan latihan Assertiveness Training dalam saat kesal atau sedang marah-marah.

	4. Membantu pasien mengidentifikasi dan mengungkapkan faktor-faktor yang memicu munculnya emosi 5. Mengajarkan pasien untuk melatih mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara latihan *Assertiveness Training* 6. SP 2 mengajarkan cara mengontrol marah dengan fisik : pukul bantal	
Jum,at 27 maret 2026 13.00 Wib	**Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih marah- marah, mengamuk, mengancam mau membunuh orang lain. **Data Objektif:** Pasien tampak masih mengepalkan tangan, dan berbicara dengan nada tinggi. **Tindakan Keperawatan:** 1. Mengidentifikasi harapan dan perilaku terhadap ekspresi kemarahan 2. Membantu pasien mengungkapkan penyebab perasaan emosi 3. Mengajarkan cara mengontrol marah denan fisik relaksasi nafas dalam 4. Mengajarkan cara mengontrol marah dengan verbal terapi *Assertiveness Training* **RTL:**	**S:** 1. Pasien mengatakan masih marah-marah, mengamuk, mengancam mau membunuh orang lain. 2. Pasien mengatakan mau di ajarkan mengontrol marah dengan cara fisik relaksasi napas dalam dan pukul bantal **O:** 1. Pasien tampak bina hubungan saling percaya 2. Pasien tampak mau diajarkan cara mengontrol marah **A:** Resiko perilaku kekerasan belum teratasi **P:** Lanjutkan intervensi 1. Anjurkan pasien melakukan cara mengontrol marah dengan fisik relaksasi napas dalam dan pukul bantal

	1. Mengajarkan pasien untuk melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara latihan *Assertiveness Training* 2. Mengevaluasi cara mengontrol marah dengan fisik relaksasi nafas dalam 3. Mengevaluasi pasien untuk melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara latihan *Assertiveness Training*	2. Anjurkan pasien melakukan latihan Assertiveness Training dalam saat kesal atau sedang marah-marah.
Sabtu 28 maret 2026 **11.00 Wib**	**Data Subjektif:** pasien mengatakan masih marah-marah. **Data Objektif:** pasien saat intraksi mata masih melotot,tangan mengepal,gelisah **Tindakan Keperawatan :** 1. Membuatkan jadwal harian klien 2. Menilai kemampuan pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan melalui penerapan latihan komunikasi asertif (*Assertiveness Training.* 3. Mengevaluasi cara mengontrol marah dengan fisik relaksasi nafas dalam 4. Jelaskan makna, fungsi marah, frustasi, dan respon marah	**S:** pasien mengatakan mau diajarkan cara mengontrol marah **O:** pasien tampak bisa melakukannya, kontak mata ada, terlihat lebih rileks **A:** Resiko perilaku kekerasan belum teratasi **P:** Lanjutkan intervensi 1. Anjurkan menambahkan kegiatan pada jadwal harian 2. Anjurkan pasien untuk melakukan cara mengontrol marah dengan *Assertiveness Training* 3. Anjurkan pasien untuk melakukan cara mengntrol marah dengan cara fisik pukul bantal secara mandiri

5. Bantu pasin mengungkapkan penyebab parasaan emosi
6. Mengajarkan pasien untuk melatih mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara latihan *Assertiveness Training*
7. SP 2 mengajarkan cara mengontrol marah dengan fisik : pukul bantal

RTL:

1. Mengevaluasi cara mengontrol marah dengan fisik : pukul bantal dan dengan cara verbal : *Assertiveness Training*
2. Dukung menerapakn strategi pengendalian marah dan eksperesi amarah dan adaptif
3. Memberikan edukasi kepada pasien mengenai cara mengendalikan emosi melalui pendekatan spiritual serta kepatuhan dalam mengonsumsi obat sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan.

Minggu 29 maret 2026 08.00 Wib	**DS:** Pasien mengatakan sudah mampu mengontrol marahnya sendiri,tenang, dan juga kooperatif **DO:** pasien tampak tenang, eksperesi muka sudah tidak tegang, tidak mengepalkan tangan **Tindakan Keperawatan :** 1. Mengevaluasi cara mengontrol marah dengan fisik : pukul bantal dan dengan cara verbal : *Assertiveness Training* 2. Dukung menerapakn strategi pengendalian marah dan eksperesi amarah dan adaptif Mengajarkan cara mengontrol marah dengan spiritual dan minum obat	**S :** 1. Pasien mengatakan sudah lebih tenang, sudah mampu mengontrol marah dengan cara terapi *Assertiviness Training* 2. Pasien mengatakan akan melakukan cara mengontrol marah secara mandiri dan akan selalu minum obat secara rutin **O:** 1. Pasien tampak tegang, ekspresi muka sudah tidak tegang, tidak mengepal tangan 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan. 3. Pasien tampak memperaktikan cara mengontrol marah dengan baik. **A:**Resiko perilaku kekerasan teratasi **P:** Lanjutkan intervensi 1. Anjurkan pasien untuk tetap melakukan latihan terapi Assertiviness Training disaat kesal dan marah secara mandiri dan minum obat teratur