

### **BAB III**

#### **TINJAUAN KASUS**

##### **A. IDENTITAS KLIEN**

Pengkajian pada pasien Ny.D dilakukan tanggal 19 Desember 2023 dengan No.CM 0039XX. Ny.D berdiagnosa F20.0 dengan skizofrenia paranoid. Ny.D berusia 55 tahun dengan jenis kelamin perempuan. Ny.D berstatus sudah menikah, pekerjaan Ibu Rumah Tangga (IRT), dan beragama Islam. Ny.D bertempat tinggal di Klaten Utara dengan pendidikan terakhir SMA. Penanggung jawab dari Ny.D adalah Tn.S yaitu suami dari Ny.D.

##### **B. ALASAN MASUK**

Berdasarkan hasil anamnesis dengan perawat bahwa pasien datang diantar oleh keponakan setelah ditemukan di Madura. Berdasarkan hasil anamnesis dengan perawat pasien tampak bingung, selalu tidur, dan muncul beberapa tanda dan gejala gangguan resiko perilaku kekerasan seperti berbicara ketus, marah-marah, dan pandangan tajam.

##### **C. FAKTOR PRESIPITASI**

Pasien mengatakan bahwa ia dirawat di RSJD karena ditinggal suaminya menikah dan mempunyai istri sirih membuat dirinya diejek oleh tetangga sekitar rumahnya dengan kata-kata tidak menyenangkan membuat tidak percaya diri. Pasien mengatakan suami pernah menampar pasien dikarenakan bertengkar mengenai perselingkuhan suami dan tidak dinafkahi selama 3 bulan terakhir. Pasien mengatakan sering beradu mulut dengan suami karena suami sering memarahinya. Pasien mengatakan pernah membanting kursi dan menendang meja saat bertengkar dengan suaminya.

## **D. FAKTOR PREDISPOSISI**

### **1. Riwayat mengalami gangguan jiwa**

Pasien mengatakan 10 tahun yang lalu pernah melakukan pemeriksaan psikologis di RSJ Grogol dan didiagnosa mengalami depresi tetapi pasien hanya melakukan rawat jalan.

### **2. Pengobatan sebelumnya**

Pasien mengatakan pengobatan sebelumnya belum berhasil, tidak ada kemajuan, dan gejala masih menetap dikarenakan tidak melakukan kontrol rutin dan putus obat sejak 3 bulan yang lalu.

### **3. Trauma**

Pasien mengatakan mengalami trauma dengan sikap suaminya yang menampar dirinya saat menanyakan kebenaran mengenai suami yang melakukan perselingkuhan dan saat kejadian tersebut tidak ada korban maupun saksi.

### **4. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa**

Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

### **5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:**

Pasien mengatakan sejak 10 tahun yang lalu dengan anaknya yang masih berumur 3 tahun mengalami konflik dengan keluarganya mengenai masalah harta dan warisan. Pasien mengatakan suami menyebarkan berita ke tetangga bahwa pasien mengalami gangguan jiwa membuat pasien merasa sedih, tidak memiliki harga diri, dan tidak percaya lagi dengan siapapun. Pasien mengatakan semenjak suami berselingkuh, tetangga mulai mengucilkan pasien.

## **E. PEMERIKSAAN FISIK**

### **1. Pemeriksaan TTV:**

TD: 105/51mmHg

N: 75x/menit

RR: 18x/menit

S: 36°C

SPO2: 99%

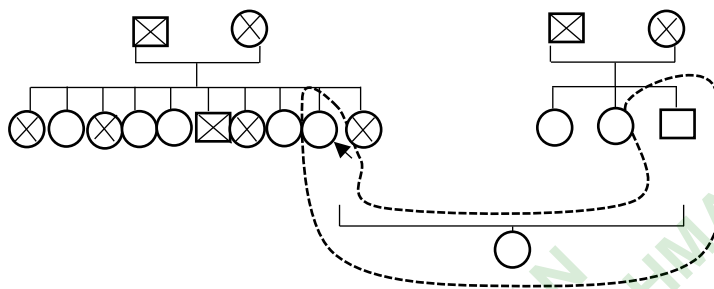
## 2. Pemeriksaan antropometri:

TB: 161 cm

BB: 67 kg

IMT: 25,8 (berat badan berlebih)

## 3. Pasien mengatakan keluhan hanya pusing dan merasa lemas

**F. PSIKOSOSIAL****1. Genogram**

Gambar 3.1 Genogram

**Penjelasan:**

Ny.D merupakan anak ke-9 dari 10 bersaudara. Tinggal bersama keluarga inti terdiri dari suami dan satu anak perempuan. Sejak orangtua dari Ny.D meninggal muncul pertengkaran mengenai harta dan warisan oleh saudara Ny.D dan mengakibatkan Ny.D di santet. Ny.D dengan anggota keluarga Tn.S memiliki hubungan yang baik.

**Keterangan:**

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

○ : Pasien

— : Garis keturunan

----- : Tinggal satu rumah

× : Meninggal

## 2. Konsep diri

### a. Citra tubuh

Pasien menyukai seluruh anggota tubuh karena dapat melakukan aktivitas dan bernyanyi serta bersyukur atas pemberian sang pencipta.

### b. Identitas diri

Pasien dapat menyebutkan :

Nama : D (klien puas dan senang dengan namanya pemberian dari kedua orang tuanya)

Usia : 55 tahun (klien merasa puas dengan usianya yang sudah tidak muda lagi)

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Klaten Utara

Agama : Islam

Status : Menikah

### c. Peran

Pasien mengatakan peran dalam keluarga sebagai ibu dari anaknya dan mampu melaksanakan tugas mengurus rumah tangga.

### d. Ideal diri

Pasien mengatakan mempunyai harapan untuk cepat lekas sembuh, keluar dari RS dan dapat berkumpul dengan keluarganya.

### e. Harga diri

Pasien mengatakan semenjak di santet oleh keluarganya, merasa tidak memiliki harga diri dan selalu menundukkan kepala dikarenakan saat di santet pasien selalu melihat bayangan hitam dan terlihat memukul dirinya sendiri tetapi, kenyataannya makhluk tersebut yang memukul pasien dan pasien ingin menghindari makhluk tersebut. Hal tersebut membuat suami pasien melabeli dirinya mengalami gangguan kejiwaan dan menyebarkan hal itu ke tetangganya.

## 3. Hubungan sosial

### a. Orang terdekat/yang berarti

Pasien mengatakan tidak ada karena pasien tidak mempercayai siapapun dan takut akan diperlakukan buruk kembali.

### b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:

Pasien mengatakan mengikuti kegiatan kelompok/masyarakat seperti arisan RT dan gotong royong.

### c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan mengalami hambatan dalam berhubungan dengan orang lain saat ingin berinteraksi dengan tetangga, pasien

seringkali tidak ditanggapi dan diabaikan karena tetangga menganggap pasien ODGJ.

#### **4. Spiritual sebelum di RS**

##### **a. Nilai dan keyakinan**

Pasien mengatakan percaya dengan kekuasaan Allah SWT.

##### **b. Kegiatan ibadah**

Pasien mengatakan mampu melaksanakan ibadah sebelum masuk RS dan sesudah masuk RS seperti shalat, mengaji, dan puasa.

### **G. STATUS MENTAL**

#### **1. Penampilan**

Pasien tampak berpenampilan rapih, rambut tidak berantakan, dan penggunaan pakaian sesuai.

#### **2. Pembicaraan**

Pasien saat berkomunikasi terlihat lambat, intonasi tinggi, tidak berbelit-belit.

#### **3. Aktivitas motorik**

Pasien terlihat lesu, tegang, dan gelisah. Pasien terlihat menyendiri di ruangan dan tidak mengikuti kegiatan TAK. Pasien terlihat jarang berinteraksi ataupun berkomunikasi dengan teman seruangan.

#### **4. Alam perasaan**

Hasil observasi pasien terlihat sedih. Pasien mengatakan merasa putus asa, cemas, dan takut kehilangan suaminya.

#### **5. Afek**

Pasien tampak labil seperti saat menceritakan masalah suami yang berselingkuh pasien akan menangis dan terlihat sedih.

#### **6. Interaksi selama wawancara**

Pasien saat berinteraksi selalu kooperatif dan tampak mudah tersinggung. Pasien saat berinteraksi pandangan mata selalu berpindah-pindah. Pasien menunjukkan sikap dan perasaan curiga dan mengatakan tidak percaya terhadap orang lain.

## **7. Persepsi**

Pasien mengalami gangguan persepsi penglihatan dan pendengaran. Pasien mengatakan saat di santet, pasien dapat melihat bayangan hitam yang memukul kepala dan badan. Pasien mengatakan saat masuk RS mendengar suara bisikan yang menyatakan bahwa pasien akan disuntik mati. Pasien mengatakan saat ini sudah jarang mendengar suara bisikan tersebut.

## **8. Isi pikir**

Pasien mengalami isi pikir dengan gangguan obsesi. Pasien mengatakan sudah berulang kali mencoba tidak memikirkan perbuatan suami dan keluarganya tetapi, selalu terpikirkan dan membuatnya merasa sedih. Pasien mengatakan sudah tidak percaya dengan siapapun dan takut akan ada orang lain yang menyakitinya kembali.

## **9. Proses pikir**

Pasien dapat menyampaikan pembicaraan tanpa berbelit dan mencapai tujuan pembicaraan.

## **10. Tingkat kesadaran**

Pasien tidak tampak bingung dan kacau. Pasien terlihat dapat mengenali waktu, tempat dan orang.

## **11. Memori**

Pasien mampu mengingat kejadian-kejadian yang terjadi pada dirinya baik dalam waktu yang sudah lama dan saat-saat ini.

## **12. Tingkat konsentrasi dan berhitung**

Pasien terlihat mampu dalam berkonsentrasi, berhitung sederhana 1-10, dan perhatian saat berkomunikasi tidak mudah beralih.

## **13. Kemampuan penilaian**

Pasien mampu mengambil keputusan seperti mencuci tangan terlebih dahulu sebelum makan, setelah makan langsung meminum obat rutin, mandi 2x dalam sehari, beribadah setiap waktu.

#### 14. Daya tilik diri (*insight*)

Pasien menyadari akan kondisinya saat ini dan kebutuhan pasien akan perawatan.

#### H. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

**Tabel 3.1 Kebutuhan Perencanaan Pulang**

	Bantuan Minimal	Bantuan total
1 Makan	✓	<input type="checkbox"/>
2 BAB/BAK	✓	<input type="checkbox"/>
3 Mandi	✓	<input type="checkbox"/>
4 Berpakaian/berhias	✓	<input type="checkbox"/>
5 Penggunaan obat	✓	<input type="checkbox"/>
	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
6 Pemeliharaan Kesehatan		
Perawatan lanjutan	✓	<input type="checkbox"/>
Perawatan pendukung	✓	<input type="checkbox"/>
7 Aktivitas di rumah		
Mempersiapkan makanan	✓	<input type="checkbox"/>
Menjaga kerapian rumah	✓	<input type="checkbox"/>
Mencuci pakaian	✓	<input type="checkbox"/>
Pengaturan keuangan	✓	<input type="checkbox"/>
8 Aktivitas di luar rumah		
Belanja	✓	<input type="checkbox"/>
Transportasi	✓	<input type="checkbox"/>
Lain-lain	✓	<input type="checkbox"/>
9 Istirahat/tidur		
<input type="checkbox"/> Tidur siang lama: 13.00 s.d 14.00		
<input type="checkbox"/> Tidur malam lama: 19.00 s.d 05.00		
<input type="checkbox"/> Kegiatan sebelum/sesudah tidur: Pasien mengatakan berbincang dengan temannya di kamar.		

## I. MEKANISME KOPING

**Tabel 3.2 Mekanisme Koping**

<b>Adaptif</b>	<b>Maladaptif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Berbicara dengan orang lain</li> <li>✓ Mampu menyelesaikan masalah</li> <li>✓ Teknik relaksasi</li> <li><input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif</li> <li>✓ Olahraga</li> <li><input type="checkbox"/> Distraksi</li> <li><input type="checkbox"/> Lainnya: Mendekatkan diri pada Allah SWT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Minum alcohol</li> <li>✓ Reaksi lambat</li> <li><input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan</li> <li><input type="checkbox"/> Menghindar</li> <li>✓ Menciderai diri sendiri</li> <li><input type="checkbox"/> Lainnya: intonasi tinggi, ekspresi tegang, dendam, pandangan tajam, pernah melukai diri sendiri, bicara kasar, marah-marah, dan merasa tidak aman</li> </ul>

## J. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

### 1. Masalah dengan dukungan kelompok

Pasien mengatakan mengikuti kegiatan kelompok di masyarakat seperti arisan dan gotong royong.

### 2. Masalah dengan lingkungan

Pasien mengatakan memiliki masalah dengan lingkungan yaitu dikucilkan oleh tetangga, tidak dianggap dan selalu diabaikan.

### 3. Masalah dengan pendidikan

Berdasarkan hasil wawancara, pasien mengatakan pendidikan terakhirnya SMA dan pernah mengikuti pelatihan akuntansi. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pendidikan.

### 4. Masalah dengan pekerjaan

Berdasarkan hasil wawancara, pasien mengatakan pekerjaannya hanya ibu rumah tangga. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pekerjaan.

### 5. Masalah dengan perumahan

Berdasarkan hasil wawancara, pasien mengatakan tinggal bersama di rumah pribadi bersama anak dan suaminya. Pasien mengatakan tidak ada masalah pada tempat tinggal.

#### 6. Masalah dengan ekonomi

Pasien mengatakan mengalami kesulitan ekonomi semenjak suami berhenti memberikan nafkah dan selalu berhemat dalam kebutuhan sehari-hari.

#### 7. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara, pasien mengatakan saat berobat ke pelayanan kesehatan tidak memiliki hambatan dan petugas kesehatan selalu baik serta membantu dengan baik. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.

### K. KURANG PENGETAHUAN TENTANG

- ✓ Penyakit jiwa                      Faktor predisposisi
- ✓ Koping                                Sistem pendukung
- Penyakit fisik                        Obat-obatan

### L. ASPEK MEDIS

1. Axis I            : F20.0 Skizofrenia Paranoid
2. Axis II           : F60.0 Gangguan kepribadian paranoid
3. Axis III        : Pasien tidak mengalami sakit fisik
4. Axis IV        : Support system (suami berselingkuh, perekonomian terganggu, dan kehilangan pekerjaan)
5. Axis V         : 41-50 (mengalami gejala yang serius dan adanya gangguan serius di keluarga, fungsi sosial, perekonomian dan pekerjaan)

### M. TERAPI MEDIS

**Tabel 3.3 Terapi Medis**

Tanggal	Nama Obat	Dosis	Indikasi	Efek Samping
13-12-2023	Haloperidol	5 mg/12 jam (06.00-18.00)	Mengatasi gangguan mental psikosis seperti skizofrenia	Kantuk, pusing, sulit BAK, gangguan tidur, kecemasan, penglihatan kabur, mual, konstipasi
13-12-2023	Trihexyphenidyl	2 mg/24 jam (20.00)	Mengobati gejala penyakit Parkinson atau gangguan ekstrapiramedal	Kantuk, sakit kepala, penglihatan kabur, mulut

			yang disebabkan oleh efek samping obat psikiatri tertentu		kering, kebingungan, gangguan memori, merasa gelisah atau gugup
13-12-2023	Lorazepam	2 mg/24 jam (20.00)	Obat mengatasi kecemasan, bekerja pada otak dan saraf untuk menghasilkan efek menenangkan	untuk yang bekerja pada otak untuk konstipasi, diare, sulit BAK, gatal, nyeri/bengkak pada payudara, penurunan gairah seksual.	Mengantuk, pusing, mulut kering, pandangan kabur, konstipasi, diare, sulit BAK, gatal, nyeri/bengkak pada payudara, penurunan gairah seksual.
13-12-2023	Risperidone	1 mg/ 24 jam (20.00)	Antipsikotik meredakan skizofrenia dan gangguan bipolar	untuk gejala dan gangguan bipolar	Pusing, kantuk, sakit kepala, mulut kering, mual, muntah, ngiler, peningkatan BB, gangguan tidur.
13-12-2023	Divalproex sodium	250mg/24 jam (20.00)	Mengatasi gangguan bipolar atau mencegah migrain	gangguan bipolar atau mencegah migrain	Diare, kantuk, pusing, rambut rontok, penglihatan buram, telinga berdengung, gemetar, perubahan siklus menstruasi.

## N. PEMERIKSAAN PENUNJANG

**Tabel 3.4 Pemeriksaan Penunjang**

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Normal	Hasil	Interpretasi
13-12-2023	<b>HEMATOLOGI</b>			
	Hemoglobin	12.0-16.0	12,4 g/dl	Normal
	Hematokrit	37-47	37,4 %	Normal
	Leukosit	5-19,5	10,49 ribu/ul	Normal
	Trombosit	150-450	330 ribu/ul	Normal
	Eritrosit	3,1-4,3	4,52 juta/ul	> dari Normal
	Basophil	0,0-1,0	0,1 %	Normal
	Eosinophil	0,5-5,0	0,9 %	Normal
	Netrofil	50,0-70,0	70,5 %	Normal
	Limfosit	60-66	20,0 %	< dari Normal
	Monosit	0-6	8,5 %	> dari Normal
	MCV	80,0-100,0	82,7 u3	Normal
	MCH	28-33	27,4 pg	< dari Normal
	MCHC	32,0-36,0	33,2 g/dl	Normal
13-12-2023	<b>KIMIA KLINIK</b>			
	Glukosa darah sewaktu	70-140	126,15 mg/dl	Normal
	SGOT	0-31	52,80 u/l	> dari Normal
	SGPT	0-32	42,34 u/l	> dari Normal
	Kreatinin	0,5-0,9	1,05 mg/dl	> dari Normal
	Ureum	10-50	32,55 mg/dl	Normal

## O. TAHAPAN PENANGANAN KLIEN

1. Skor kategori : Skor II
2. Tahapan penanganan fase: *Maintenance*/pemeliharaan
3. Tujuan pengobatan : *Recovery*/kembalinya kondisi pasien
4. Intervensi keperawatan : Penguatan dan sokongan pada respon coping adaptif pasien dan advokasi
5. Hasil yang diharapkan : Meningkatnya fungsi dari pasien

## ANALISA DATA

TGL/JAM	DATA	MASALAH	PENYEBAB
20 Desember 2024 07.00 WIB	<p><b>Ds:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berdasarkan hasil anamnesis dengan perawat pasien tampak bingung, selalu tidur, dan muncul beberapa tanda dan gejala gangguan resiko perilaku kekerasan seperti berbicara ketus, marah-marah, dan pandangan tajam.</li> <li>- Pasien mengatakan bahwa ia dirawat di RSJD karena ditinggal suaminya menikah lagi. Pasien mengatakan suami pernah</li> </ul>	<b>Resiko perilaku kekerasan (D.0146)</b>	<b>Disfungsi system keluarga</b>

menampar pasien dikarenakan bertengkar mengenai perselingkuhan suami dan tidak dinafkahi selama 3 bulan terakhir.

- Pasien mengatakan sering beradu mulut dengan suami karena suami sering memarahinya.
- Pasien mengatakan pernah membanting kursi dan menendang meja saat bertengkar dengan suaminya.
- Pasien mengatakan mengalami trauma dengan sikap suaminya yang menampar dirinya saat menanyakan kebenaran mengenai suami yang melakukan perselingkuhan dan saat kejadian tersebut tidak ada korban maupun saksi.

**Do:**

- Pemeriksaan TTV:  
TD: 105/51mmHg  
N: 75x/menit  
RR: 18x/menit  
S: 36°C  
SPO2: 99%
- Pasien saat berkomunikasi terlihat lambat, intonasi tinggi, tidak berbelit-belit.
- Pasien saat berinteraksi pandangan mata selalu berpindah-pindah.
- Pasien tampak labil seperti saat menceritakan masalah suami yang berselingkuh pasien akan menangis dan terlihat sedih.

**20 Desember  
2024  
07.00 WIB**

**Ds:**

- Pasien mengatakan bahwa dirinya ditinggal menikah lagi oleh suami dan mempunyai istri sirih membuat dirinya diejek oleh tetangga sekitar rumahnya dengan kata-kata tidak menyenangkan membuat tidak percaya diri.
- Pasien mengatakan suami menyebarkan berita ke tetangga bahwa pasien mengalami gangguan jiwa membuat pasien merasa sedih, tidak memiliki harga diri, dan tidak percaya lagi dengan siapapun.
- Pasien mengatakan semenjak suami berselingkuh, tetangga mulai mengucilkan pasien.
- Pasien mengatakan semenjak di santet oleh keluarganya, merasa tidak memiliki harga diri dan selalu menundukkan kepala dikarenakan

**Harga diri rendah  
kronis (D.0086)**

**Terpapar  
situasi  
traumatis**

---

saat di santet pasien selalu melihat bayangan hitam dan terlihat memukul dirinya sendiri tetapi, kenyataannya makhluk tersebut yang memukul pasien dan pasien ingin menghindari makhluk tersebut. Hal tersebut membuat suami pasien melabeli dirinya mengalami gangguan kejiwaan dan menyebarkan hal itu ke tetangganya.

**Do:**

- Pasien terlihat lesu, tegang, dan gelisah. Pasien terlihat menyendiri di ruangan dan tidak mengikuti kegiatan TAK. Pasien terlihat jarang berinteraksi ataupun berkomunikasi dengan teman seruangan.
  - Pasien terlihat sedih, merasa putus asa, takut akan kehilangan suami dan cemas.
  - Pasien saat berinteraksi selalu kooperatif dan tampak mudah tersinggung. Pasien saat berinteraksi pandangan mata selalu berpindah-pindah. Pasien menunjukkan sikap dan perasaan curiga dan mengatakan tidak percaya terhadap orang lain.
- 

### **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Resiko perilaku kekerasan (D.0146) ditandai dengan faktor risiko disfungsi system keluarga dengan kondisi klinis penganiayaan fisik, depresi, halusinasi
2. Harga diri rendah kronis (D.0086) b.d terpapar situasi traumatis dibuktikan dengan merasa malu atau bersalah dan menilai diri negatif


## RENCANA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KEPERAWATAN	
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Resiko perilaku kekerasan (D.0146) b.d disfungsi system keluarga dibuktikan dengan penganiayaan fisik, depresi, halusinasi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, maka resiko perilaku kekerasan klien dapat meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Kontrol diri (L.09076)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku agresif/amuk dari sedang (3) menjadi menurun (5)</li> <li>2. Suara keras dari sedang (3) menjadi menurun (5)</li> <li>3. Bicara ketus dari sedang (3) menjadi menurun (5)</li> <li>4. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting dari sedang (3) menjadi menurun (5)</li> <li>5. Alam perasaan depresi dari sedang (3) menjadi menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis.benda tajam, tali)</li> <li>2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</li> <li>3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis.pisau cukur, gunting, sisir, potong kuku)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</li> <li>5. Libatkan keluarga dalam perawatan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</li> <li>7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</li> <li>8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. relaksasi otot progresif, bercerita)</li> </ol>
2.	Harga diri rendah kronis (D.0086) b.d terpapar situasi traumatis dibuktikan dengan merasa malu atau bersalah dan menilai diri negatif	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, maka harga diri rendah klien dapat meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Harga diri (L.09069)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidur dari sedang (3) menjadi meningkat (5)</li> <li>2. Gairah aktivitas dari sedang (3) menjadi meningkat (5)</li> <li>3. Aktif dari sedang (3) menjadi meningkat (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen perilaku (I.12463)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jadwalkan kegiatan terstruktur</li> <li>3. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>4. Bicara dengan nada rendah dan tenang</li> </ol>

- |                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Perilaku asertif dari sedang (3) menjadi meningkat (5)<br>5. Perasaan malu dari sedang (3) menjadi menurun (5)<br>6. Perasaan bersalah dari sedang (3) menjadi menurun (5) | 5. Cegah perilaku pasif dan agresif<br><br><b>Edukasi</b><br>6. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

### HARI KE-1

DIAGNOSA	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
<b>Resiko perilaku kekerasan disfungsi keluarga dengan penganiayaan fisik, depresi, halusinasi</b> <b>b.d system dibuktikan</b>	Rabu, 20 Desember 2023 jam 07.30 WIB	<b>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</b> <b>13.30 WIB</b> - Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis.benda tajam, tali) - Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis.pisau cukur, gunting, sisir, potong kuku) <b>07.35 WIB</b> - Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin <b>07.40 WIB</b> - Melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif <b>08.00 WIB</b>	<b>13.30 WIB</b> <b>S:</b> - Klien mengatakan masih tidak bisa mengontrol emosinya terutama mengingat perlakuan suami terhadap dirinya dan belum dapat memaafkan perlakuan keluarga dan suami - Klien mengatakan sedikit merasa rileks setelah melakukan ROP  <b>O:</b> - Tidak ada barang berbahaya di ruangan dan kasur klien - Berbicara dengan intonasi tinggi, nafas pendek dan tampak terengah-engah, ekspresi tegang,	 <b>NIKI</b>

- 
- Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal dengan melakukan relaksasi otot progresif dan bercerita
- pandangan tajam, emosi labil dan terkadang menangis secara tiba-tiba, pasien kooperatif
- Pemeriksaan TTV:
    - TD: 105/84 mmHg
    - N: 99x/menit
    - RR: 18x/menit
  - Klien dapat melakukan semua gerakan ROP dan menghafal beberapa gerakan ROP
- A:** Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian
- P:** Lanjutkan intervensi:
- Monitor ruangan dan kasur klien dari benda yang dapat membahayakan klien dan orang lain
  - Observasi tanda dan gejala RPK sebelum dan setelah melakukan intervensi teknik ROP
  - Anjurkan klien untuk melakukan secara mandiri gerakan ROP yang masih diingat di saat bangun dan sebelum tidur, merasa stres, dan tidak bisa tidur


---

**Harga diri rendah kronis b.d terpapar situasi traumatis** Rabu, 20 Desember 2023 jam 09.00 WIB **Manajemen perilaku (I.12463)** **09.00 WIB**


**13.30 WIB**

**S:** Klien mengatakan sudah merasa tenang tetapi masih merasa dirinya tidak berharga

---

<b>dibuktikan dengan merasa malu atau bersalah dan menilai diri negatif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</li> </ul> <p><b>09.05 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>- Berbicara dengan nada rendah dan tenang</li> </ul> <p><b>09.15 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencegah perilaku pasif dan agresif</li> </ul>	<p><b>O:</b> Klien masih terlihat tampak sedih, putus asa, malu dan merendahkan diri dengan selalu menundukkan kepala</p> <p><b>A:</b> Masalah harga diri rendah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi peningkatan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>- Monitor perilaku pasif dan agresif</li> </ul>	 <b>NIKI</b>
-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------


### HARI KE-2

DIAGNOSA	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
<b>Resiko perilaku kekerasan b.d disfungsi system keluarga dibuktikan dengan penganiayaan fisik, depresi, halusinasi</b>	Kamis, 21 Desember 2023 jam 07.30 WIB	<p><b>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</b></p> <p><b>07.30 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis.benda tajam, tali)</li> <li>- Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis.pisau cukur, gunting, sisir, potong kuku)</li> </ul> <p><b>07.35 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</li> </ul> <p><b>07.40 WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</li> </ul>	<p><b>13.30 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan terkadang masih tidak bisa mengontrol emosinya, belum dapat memaafkan perlakuan keluarga dan suami</li> <li>- Klien mengatakan sedikit merasa rileks dan tenang setelah melakukan ROP</li> <li>- Klien mengatakan saat sebelum tidur malam melakukan beberapa gerakan ROP mandiri yang masih diingat</li> </ul> <p><b>O:</b></p>	 <b>NIKI</b>

---

**08.00 WIB**

- Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal dengan melakukan relaksasi otot progresif dan bercerita
  - Tidak ada barang berbahaya di ruangan dan kasur klien
  - Berbicara dengan intonasi sedang, nafas sudah tidak terengah-engah, ekspresi sedikit tegang, emosi masih labil dan masih menangis secara tiba-tiba, kooperatif
  - Pemeriksaan TTV:
    - TD: 97/69 mmHg
    - N: 99x/menit
    - RR: 20x/menit
  - Klien dapat melakukan semua gerakan ROP dan menghafal beberapa gerakan ROP
- A:** Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian
- P:** Lanjutkan intervensi:
- Monitor ruangan dan kasur klien dari benda yang dapat membahayakan klien dan orang lain
  - Observasi tanda dan gejala RPK setelah melakukan intervensi teknik ROP
  - Anjurkan klien untuk melakukan secara mandiri gerakan ROP yang masih diingat di saat bangun dan
-

				sebelum tidur, merasa stres, dan tidak bisa tidur
<b>Harga diri rendah kronis b.d terpapar situasi traumatis dibuktikan dengan merasa malu atau bersalah dan menilai diri negatif</b>	Kamis, 21 Desember 2023 jam 09.00 WIB	<b>Manajemen perilaku (I.12463)</b> <b>09.00 WIB</b> - Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <b>09.05 WIB</b> - Meningkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Berbicara dengan nada rendah dan tenang <b>09.15 WIB</b> - Mencegah perilaku pasif dan agresif	<b>13.30 WIB</b> <b>S:</b> Klien mengatakan merasa tenang dan rileks tetapi masih sedikit merasa dirinya tidak berharga <b>O:</b> Klien masih terlihat tampak sedih, putus asa, malu dan merendahkan diri <b>A:</b> Masalah harga diri rendah teratasi sebagian <b>P:</b> Lanjutkan intervensi: - Observasi peningkatan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Monitor perilaku pasif dan agresif	 <b>NIKI</b>

**HARI KE-3**

<b>DIAGNOSA</b>	<b>TGL/JAM</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>TTD</b>
<b>Resiko perilaku kekerasan b.d disfungsi system keluarga dibuktikan dengan penganiayaan fisik, depresi, halusinasi</b>	Jumat, 22 Desember 2023 jam 07.30 WIB	<b>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</b> <b>07.30 WIB</b> - Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis.benda tajam, tali) - Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis.pisau cukur, gunting, sisir, potong kuku) <b>07.35 WIB</b>	<b>13.30 WIB</b> <b>S:</b> - Klien mengatakan sudah bisa mengontrol emosinya dan berusaha untuk memaafkan perlakuan keluarga dan suami - Klien mengatakan sudah merasa rileks dan tenang setelah melakukan ROP	

- 
- Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
- 07.40 WIB**
- Melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
- 08.00 WIB**
- Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal dengan melakukan relaksasi otot progresif dan bercerita
- Klien mengatakan sudah menghafal semua gerakan ROP dan masih melakukan ROP mandiri
- O:**
- Tidak ada barang berbahaya di ruangan dan kasur klien
  - Berbicara dengan intonasi normal, nafas sudah tidak terengah-engah, ekspresi sudah tidak tegang, emosi sudah stabil dan kooperatif
  - Pemeriksaan TTV:  
TD: 95/64 mmHg  
N: 99x/menit  
RR: 20x/menit
  - Klien dapat melakukan semua gerakan ROP dan menghafal semua gerakan ROP
- A:** Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian
- P:** Lanjutkan intervensi:
- Monitor ruangan dan kasur klien dari benda yang dapat membahayakan klien dan orang lain
  - Observasi tanda dan gejala RPK setelah melakukan intervensi teknik ROP
- 



**NIKI**

				- Anjurkan klien untuk melakukan secara mandiri gerakan ROP yang masih diingat di saat bangun dan sebelum tidur, merasa stres, dan tidak bisa tidur
<b>Harga diri rendah kronis b.d terpapar situasi traumatis dibuktikan dengan merasa malu atau bersalah dan menilai diri negatif</b>	Jumat, 22 Desember 2023 jam 09.00 WIB	<b>Manajemen perilaku (I.12463)</b> <b>09.00 WIB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</li> </ul>	<p><b>13.30 WIB</b></p> <p><b>S:</b> Klien mengatakan merasa tenang dan rileks tetapi masih sedikit merasa dirinya tidak berharga</p> <p><b>O:</b> Klien masih terlihat tampak sedih dan putus asa</p> <p><b>A:</b> Masalah harga diri rendah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi peningkatan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>- Monitor perilaku pasif dan agresif</li> </ul>
		<b>09.05 WIB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>- Berbicara dengan nada rendah dan tenang</li> </ul>	
		<b>09.15 WIB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencegah perilaku pasif dan agresif</li> </ul>	



**NIKI**

**Tabel 3.5 Lembar Hasil Observasi Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan**

No	Resiko Perilaku Kekerasan Respon      Pertanyaan		Sebelum (Pre) Ya      Tidak		Setelah (Post)					
					Hari - 1		Hari - 2		Hari - 3	
					Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	<b>Perilaku</b>	Melukai diri sendiri atau orang lain		✓		✓		✓		✓

2.		Merusak lingkungan di sekitarnya	✓	✓	✓	✓
3.		Mengamuk	✓	✓	✓	✓
4.		Menentang	✓	✓	✓	✓
5.		Mengancam	✓	✓	✓	✓
6.		Mata melotot	✓	✓	✓	✓
7.	<b>Verbal</b>	Bicara kasar	✓	✓	✓	✓
8.		Intonasi tinggi	✓	✓	✓	✓
9.		Menghina orang lain	✓	✓	✓	✓
10.		Menuntut	✓	✓	✓	
11.		Berdebat	✓	✓	✓	✓
12.	<b>Emosi</b>	Labil	✓	✓	✓	✓
13.		Mudah tersinggung	✓	✓	✓	✓
14.		Ekspresi tegang	✓	✓	✓	✓
15.		Marah-marah	✓	✓	✓	✓
16.		Dendam	✓	✓	✓	✓
17.		Merasa tidak aman	✓	✓	✓	✓

18.	Fisik	Muka merah	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
19.		Pandangan tajam	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
20.		Nafas pendek	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
21.		Keringat bercucuran	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
22.		Tekanan darah meningkat	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
		<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>14</b>
		<b>Persentase</b>	<b>72,7%</b>	<b>27,2%</b>	<b>72,7%</b>	<b>27,2%</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>36,3%</b>	<b>63,6%</b>

**Keterangan:**

Skor 1-9 = Resiko perilaku kekerasan ringan

Skor 10-15 = Resiko perilaku kekerasan sedang

Skor 16-22 = Resiko perilaku kekerasan berat

**Tabel 3.6 Kategori Hasil Observasi Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan**

<b>Hari</b>	<b>Skor sebelum intervensi</b>	<b>Kategori</b>	<b>Skor setelah intervensi</b>	<b>Kategori</b>	<b>Keterangan</b>
1.	16	Berat	16	Berat	Tidak naik/turun
2.	16	Berat	11	Sedang	Menurun
3.	11	Sedang	8	Ringan	Menurun

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA