

BAB IV

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

PENGKAJIAN KEPERAWATAN JiWA

Nama Mahasiswa : Titik Hasanah
NPM : 243203033
Ruangan : Srikandi
Tanggal Praktik : 27 – 29 Januari 2025

■

ASUHAN KEPERAWATAN JiWA PADA KLIEN NY. N DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG SRIKANDI RS JiWA GRHASIA

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : Ny. N
2. Umur : 45th
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Status : Lajang
5. Agama : Islam
6. Alamat : Godean, Sleman.
7. Pendidikan : D3
8. Pekerjaan : Tidak bekerja
9. Tanggal masuk : 25 Januari 2025
10. No. RM : 00696xxx
11. Diagnosis medis : F20.3
12. penanggung jawab : Ny. R
13. Tanggal pengkajian : 27 Januari 2025

B. ALASAN MASUK

Berdasarkan hasil pengkajian, faktor predisposisi yang diduga berkontribusi terhadap kondisi Ny. N adalah adanya riwayat gangguan jiwa yang belum tertangani secara optimal. Hal ini terlihat dari perilaku klien yang cenderung menarik diri, menolak melakukan aktivitas sehari-hari, mengabaikan kebersihan diri, serta menunjukkan perilaku destruktif seperti menyobek dan menggunting pakaian miliknya sendiri. Ketidakmampuan dalam mengelola emosi dan menyesuaikan diri dengan lingkungan juga mengindikasikan adanya gangguan fungsi mental yang telah berlangsung cukup lama. Kurangnya dukungan dalam bentuk pemahaman keluarga terhadap kondisi kejiwaan Ny. N turut memperkuat faktor predisposisi ini.

C. FAKTOR PRESIPITASI

Sementara itu, faktor presipitasi yang memicu kekambuhan perilaku klien adalah adanya paparan stimulus lingkungan yang dianggap mengganggu, seperti suara anak-anak atau tetangga yang berisik di sekitar rumah. Rangsangan ini kerap menimbulkan respons marah berlebihan dari klien, yang ditunjukkan melalui kata-kata kasar dan tindakan agresif, seperti memecahkan kaca jendela. Respons negatif terhadap situasi tersebut mencerminkan ketidakmampuan klien dalam mengendalikan emosi dan stresor eksternal, sehingga memicu kekambuhan perilaku kekerasan yang membahayakan dirinya maupun orang lain.

D. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Riwayat mengalami gangguan jiwa:

Ya Tidak

Jelaskan: pasien mengatakan pada tahun 1991, pada tahun tersebut pasien masih duduk di bangku SMA, dan keluarga akan memindahkan pasien ke pondok pesantren guna menimba ilmu keagamaan disana, dengan persetujuan keluarga san pasien juga menyetujui. Akhirnya ada tetangga yang merupakan tokoh agama dan pengikut LDII menyarakankan untuk pasien di pondokkan di daerah Jombang Jawa Timur, akhirnya terjadilah kesepakatan. 1 minggu pasien di pondok pesantren dijenguk oleh keluarga. Ny. R sebagai kakak pasien, melihat ada perbedaan yang

signifikan pada pasien, dimana pasien kala itu terlihat ketakutan, cemas dan menarik diri, saat ditanya kenapa, pasien hanya diam. Dan Ny. R sebagai kakak pasien menanyakan hal ini pada pengurus pondok, kenapa adiknya menjadi seperti ini, tetapi pengurus pondok tidak memberikan jawaban yang diinginkan. Tepat 29 hari pasien akhirnya dibawa pulang, tetapi dengan kondisi yang tidak baik, dimana pasien diam, murung, dan tampak ketakutan. Saat ditanya hanya diam dan sesekali menangis. Akhirnya keluarga pasien menanyakan kepada tokoh agama yang menyarankan bahwa pasien dibawa ke pondok tersebut, tetapi tokoh agama yang menyarankan tidak mau tahu dan hanya mengatakan “di periksakan saja”, tetapi tidak ada dukungan fisik maupun finansial. Saat dibawa ke psikiater Ny. N terdiagnosa Skizofrenia. Selama 3 tahun meminum obat kondisi pasien membaik, dan tetap melanjutkan sekolahnya. Sampai pasien juga melanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi, yaitu perguruan tinggi, tetapi selama masa kuliahnya pasien seringkali kambuh, keluarga pasien membawa pasien ke RSJ untuk kontrol ulang dan tetap meminum obat yang diberikan. Sehingga kejadian dari tahun 1991 hingga saat ini kondisi pasien tidak berubah, dan malah memburuk. Keluarga pasien juga sempat menghentikan terapi medis menggunakan obat herbal selama 2 tahun dan membuahkan hasil, pasien seperti orang normal, dan tidak menunjukkan gejala kekambuhan. Selain itu keluarga pasien juga tidak bisa memantau saat minum obat, karena kesibukan keluarga, sehingga pasien meminum obat apabila ada keluarga yang dirumah, yaitu di jam-jam tertentu.

2. Pengobatan sebelumnya:

Berhasil Belum berhasil Tidak berhasil

Jelaskan: Pasien belum menunjukkan kesembuhan sejak didiagnosis skizofrenia pada tahun 1991 karena sempat mengalami putus obat. Ketidakteraturan dalam menjalani pengobatan menyebabkan gejala tidak terkontrol, meningkatkan risiko kekambuhan, dan memperburuk kondisi. Skizofrenia memerlukan terapi jangka panjang yang konsisten agar gejala tetap stabil.

3. Trauma:

Pernah Tidak

Jelaskan: dari keluarga pasien mengatkana, kemungkinan trauma yang dialami adalah selama di pondok pesantren pada tahun 1991, yang dimana hingga saat ini keluarga pasien tidak mengetahui apa penyebabnya, dan apa yang dilakukan selama di pondok tersebut.

4. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa:

Ada Tidak

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:

Bedasarkan hasil pengkajian keluarga pasien, keluarga pasien mengatakan bahwa, pasien mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan saat di pondok, pasien dimasukan keruangan gelap, dan diberi bisikan oleh pengurus pondok, selang 1 minggu pasien menunjukkan perilaku yang aneh, tampak takut dan menghindar.

6. Masalah Keperawatan:

ketidakpatuhan b.d efek samping pengobatan d.d pasien tidak meminum obat karena merasa ngantuk setelah minum obat sampai meninggalkan sholat.

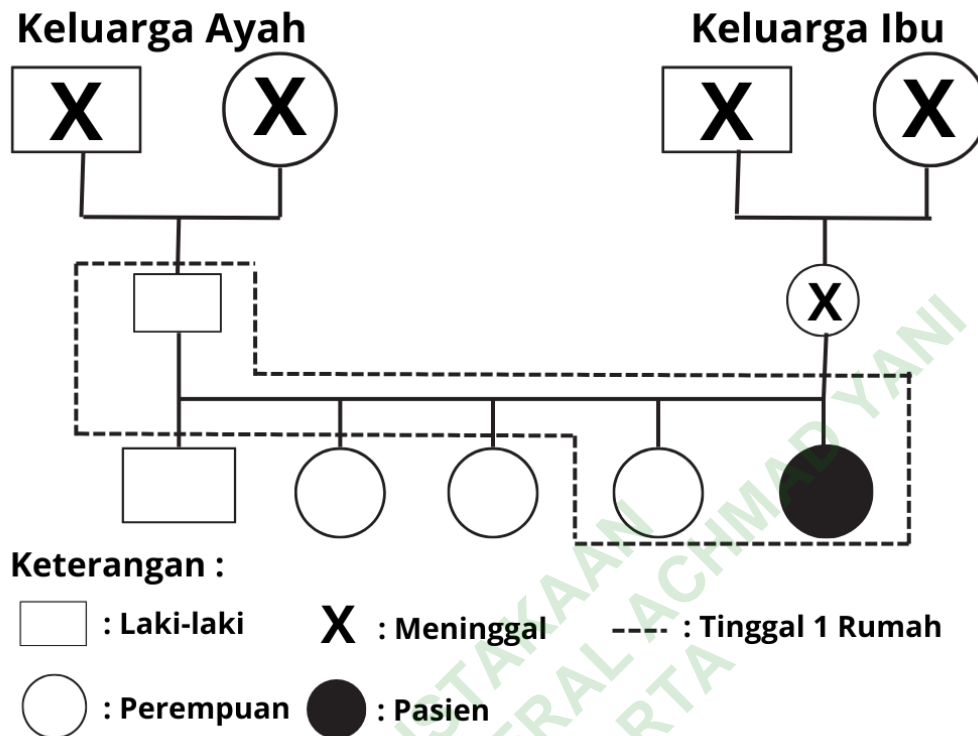
G. PEMERIKSAAN FISIK

1. TD : 107/65 MmHg
2. HR : 115x/menit
3. RR : 21 x/menit
4. S : 36 °C
5. TB : 155 cm
6. BB : 65 kg
7. Keluhan fisik: Ya Tidak

Yaitu: pasien tidak ada keluhan fisik

H. PSIKOSOSIAL

1. Genogram (minimal 3 generasi ke atas)



Gambar 3.1

Hubungan pasien dengan keluarga tergolong baik, di mana keluarga tetap memberikan dukungan dan terlibat dalam pengambilan keputusan, termasuk saat membawa pasien ke rumah sakit. Meskipun pasien cenderung menyendiri, ia tidak menolak kehadiran keluarga dan masih menjalin interaksi meski terbatas. Pola komunikasi pasien singkat dan sederhana, biasanya hanya menjawab sepatah dua patah kata, namun tetap mampu menyampaikan kebutuhan dasar terutama kepada anggota keluarga terdekat yang tinggal serumah.

Pola asuh pasien termasuk dalam kategori suportif. Keluarga menunjukkan keterlibatan aktif dalam perawatan pasien, seperti memberikan dukungan emosional, mendampingi dalam pengambilan keputusan, dan membawa pasien ke rumah sakit saat dibutuhkan. Meskipun pasien cenderung menyendiri, ia tetap menerima kehadiran keluarga dan masih berinteraksi secara terbatas. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga menjalankan peran pengasuhan secara konsisten dan peduli terhadap kondisi pasien.

Kondisi ekonomi pasien berada dalam taraf mencukupi. Keluarga mampu memenuhi kebutuhan dasar pasien sehari-hari serta mengakses layanan kesehatan di rumah sakit. Pasien sendiri tidak bekerja dan bergantung secara ekonomi kepada keluarga, sehingga seluruh pembiayaan dan pemenuhan kebutuhannya ditanggung oleh anggota keluarga yang tinggal serumah.

2. Pola hubungan keluarga

a. Hubungan antar keluarga

Keluarga pasien mengatakan, hubungan natar keluarga baik, tidak terdapat masalah ataupun keterbatasan dalam berhubungan antara keluarga. Keluarga pasien mengatakan apabila adankeluarga yang datang pasien tidak membatasi hubungan, akan tetapi apabila sedang sendiri, pasien memilih diam dikamar atau menonton TV seharian.

b. Pola komunikasi

Pola komunikasi pasien terbatas, keluarga pasien mengatakan pasien hanya menjawab sepatah dua patah kata.

c. Pengambilan keputusan

Keluarga pasien mengatakan, pengambilan keputusan diambil bersama dengan keluarga, contohnya saat pasien dibawa ke RSJ Grhasia, kakak yang bertanggung jawab mengkomunikasikan dengan saudara yang lain, untuk persetujuan tersebut.

3. Konsep diri

a. Citra tubuh

Pasien menunjukkan persepsi positif terhadap dirinya, ditandai dengan sikap puas dan penerimaan terhadap keadaan yang dialami. Hal ini tercermin dari respons pasien yang menggambarkan rasa syukur atas hidup yang dijalani. Meskipun memiliki keterbatasan akibat kondisi kejiwaannya, pasien tetap menunjukkan penerimaan diri yang baik dan tidak mengalami gangguan harga diri.

b. Identitas diri

Pasien mampu mengenali identitas dirinya dengan baik. Ia menyadari bahwa dirinya adalah seorang wanita dan menggambarkan ciri fisiknya sebagai gemuk. Hal ini menunjukkan bahwa orientasi diri pasien, khususnya dalam aspek jenis kelamin dan citra tubuh, masih dalam batas fungsi yang adekuat.

c. Peran

Pasien menunjukkan persepsi diri yang sebagian sesuai dengan kenyataan namun juga disertai dengan delusi identitas. Pasien mengungkapkan bahwa dirinya merasa cukup dengan kondisinya saat ini, yang menunjukkan adanya penerimaan diri. Namun, pasien juga meyakini bahwa dirinya adalah anak presiden dan anak tunggal, yang tidak sesuai dengan realitas. Hal ini mengindikasikan adanya gangguan persepsi terhadap identitas sosial, yang perlu mendapatkan perhatian dalam proses perawatan keperawatan jiwa.

d. Ideal diri

Pasien menunjukkan ideal diri yang mencerminkan keinginan untuk kembali menjalani kehidupan seperti sebelum dirawat, ditunjukkan dengan ungkapan keinginan untuk pulang. Hal ini mencerminkan adanya harapan dan gambaran diri yang ingin mandiri serta berfungsi kembali di lingkungan sosial. Keinginan untuk pulang dapat menjadi indikasi positif apabila disertai dengan kesiapan mental, emosional, dan perilaku yang stabil. Namun, ideal diri ini juga perlu dievaluasi lebih lanjut untuk memastikan apakah harapan tersebut sesuai dengan kondisi aktual pasien, sehingga tidak menimbulkan frustrasi atau konflik realita yang dapat memperburuk kondisi kejiwaannya.

e. Harga diri

Harga diri pasien tergolong baik, ditunjukkan melalui pernyataannya yang mencerminkan penerimaan terhadap diri sendiri dan situasi yang dihadapi. Pasien menyatakan merasa cukup dengan kondisinya dan mengungkapkan rasa syukur, yang mengindikasikan bahwa ia tidak menunjukkan perasaan rendah diri, malu, atau tidak berharga. Sikap ini mencerminkan kemampuan pasien dalam mempertahankan nilai dan pandangan positif terhadap dirinya, meskipun sedang menjalani perawatan akibat gangguan jiwa.

4. Hubungan sosial

- a. Orang terdekat/yang berarti:
Pasien mengatakan semua berarti, orangtua dan mbak rini kakaknya yang tinggal satu rumah.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:
Pasien mengatakan kadang diajak mbak rini ikut ke pengajian.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:
Dari pasien mnegatakan tidak hambatan.

5. Spiritual sebelum di RS

- d. Nilai dan keyakinan:
Pasien beragama islam.
- e. Kegiatan Ibadah:
Pasien jarang sholat

I. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Jelaskan: penambilan pasien rapi, pasien berpakaian seperti orang pada umumnya, rambut panjang sampai leher, gigi kuning dan terdapat plak, kuku pendek, dan telinga kotor.

2. Pembicaraan

Jelaskan: terkadang pasien menunjukkan waham, seperti saat ditanya “berapa saudaramu?”, pasien menjawab “aku anak tunggal, anak presiden dan tinggal di aceh”. Nada bicara pasien lambat.

3. Aktivitas motorik

Jelaskan: Aktivitas motorik pasien baik, tidak tegang ataupun tremor, tanda dan gejala RPK yang ada pada pasien saat pengkajian adalah tatapan mata yang tajam, dan sering memotong pembicaraan karena merasa bosan, pasien mengatakan “uwes urung mbak iki aku ngantuk”, dengan suara yang lambat namun tegas dan tergesa-gesa.

4. Alam perasaan

Jelaskan: pasien merasa bosan, ingin cepat pulang, dan sesekali berkata ‘aku kapan oleh bali iki bu’.

5. Afek

Jelaskan: afek pasien tumpul. Pasien menunjukkan respons emosional yang sesuai dengan situasi. Hanya terkadang saat pasien merasa tidak nyaman akan menghindar dan seperti contohnya ‘uwes urung mbak iki aku ngantuk’, dengan suara yang lambat namun tegas dan tergesa-gesa.

6. Interaksi selama wawancara

√ Kontak mata kurang

Jelaskan: mudah terdistraksi.

7. Persepsi

Tidak ada masalah pada persepsi pasien.

8. Isi pikir

Pasien mengalami waham kebesaran, ditandai dengan keyakinan bahwa dirinya adalah anak presiden. Keyakinan ini tidak sesuai dengan kenyataan dan tidak dapat dikoreksi oleh logika maupun klarifikasi dari orang lain. Hal ini mengindikasikan gangguan isi pikir yang khas pada pasien dengan skizofrenia.

Persepsi pasien terganggu, ditandai dengan adanya waham atau keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan. Pasien meyakini bahwa dirinya adalah anak presiden, meskipun tidak ada bukti nyata yang mendukung keyakinan tersebut. Keyakinan ini tetap dipertahankan meskipun telah diberikan klarifikasi, yang menunjukkan ciri khas dari waham. Jenis waham yang dialami pasien termasuk dalam kategori waham kebesaran, di mana individu merasa memiliki status atau kekuasaan yang tinggi. Gangguan persepsi ini menunjukkan adanya disorganisasi dalam proses berpikir dan perlu mendapatkan intervensi keperawatan jiwa yang tepat untuk membantu pasien membedakan antara realitas dan delusi yang dialami.

9. Proses pikir

Proses pikir pasien menunjukkan gangguan, ditandai dengan pola sirkumtansial dan flight of idea. Pasien cenderung menjawab pertanyaan dengan pembicaraan yang berputar-putar dan dipenuhi detail yang tidak relevan sebelum akhirnya sampai pada inti jawaban, yang menunjukkan adanya proses pikir sirkumtansial. Selain itu, dalam percakapan pasien juga terlihat berpindah-pindah topik dengan cepat, meskipun masih memiliki hubungan secara asosiasi. Topik pembicaraan sering kali tidak selesai dibahas dan langsung berganti ke topik lain, sehingga alur komunikasi menjadi sulit diikuti. Pola ini mengindikasikan adanya flight of idea. Kedua bentuk gangguan ini mencerminkan disorganisasi dalam proses berpikir yang umum terjadi pada pasien dengan skizofrenia, dan perlu ditangani melalui pendekatan terapeutik serta pemantauan ketat dalam perawatan.

Jelaskan: proses pikir pasien sulit dimengerti, contohnya saat pasien tiba-tiba berbicara ‘aku senang...’ berhenti berbicara dan melanjutkan ‘opo yo mbak aku senenge’, pasien tampak bingung. pasien kadang berbicara normal, jawaban sesuai fakta, terkadang jawaban tidak sesuai realita, seperti saat ditanya, berapa saudaranya pasien menjawab ‘anak tunggal tinggal di aceh’, faktanya adalah pasien merupakan anak ke 5 dari 5 bersaudara dan tinggal di jogja.

10. Tingkat kesadaran

Saat dilakukan pengkajian, kesadaran pasien composmentis, tetapi tidak mengenali hari, tanggal, dan waktu dengan baik.

11. Memori

Fungsi memori pasien mengalami gangguan, baik pada aspek memori jangka pendek maupun jangka panjang. Pada memori jangka pendek, pasien tidak mampu mengingat peristiwa yang baru saja terjadi, seperti tidak mengetahui atau lupa kapan ia dibawa ke rumah sakit jiwa. Sementara itu, pada memori jangka panjang, pasien juga tidak dapat mengingat kejadian penting dalam hidupnya, seperti alasan atau peristiwa yang menyebabkan dirinya mengalami gangguan jiwa dan harus menjalani perawatan. Gangguan ini mengindikasikan adanya penurunan fungsi kognitif yang umum terjadi pada pasien dengan gangguan jiwa kronis seperti

skizofrenia, sehingga diperlukan pendekatan keperawatan yang mendukung orientasi dan stimulasi kognitif secara berkala.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu berkonsentrasi, pasien mampu berhitung sederhana, dan fokus pasien baik.

13. Kemampuan penilaian

pasien merasa bingung dibawa ke RSJ, tetapi pasien juga tidak memperlmasalahkan hal tersebut, hanya sering kali pasien mengatakan ingin pulang kerumah.

14. Daya tilik diri (*insight*)

Tidak ada gangguan, pasien merasa dirinya pantas di letakan disini, karena emosinya yang tidak terkontrol.

J. 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"/>	√
	Ya	Tidak
6. Pemeliharaan Kesehatan		
Perawatan lanjutan	√	<input type="checkbox"/>
Perawatan pendukung	√	<input type="checkbox"/>
7. Aktifitas 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Istirahat/tidur | | |
| <input type="checkbox"/> Tidur siang lama: 12.30 s.d. 15.00 | | |
| <input type="checkbox"/> Tidur malam lama: 20.00. s.d. 05.00 | | |
| <input type="checkbox"/> Kegiatan sebelum/sesudah tidur: selama di RS pasien bercerita dengan teman sekamar, setelah itu baru tidur. | | |

K. MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
√ Berbicara dengan orang lain	<input type="checkbox"/> Minum alkohol
<input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah	<input type="checkbox"/> Reaksi lambat
<input type="checkbox"/> Teknik relaksasi	<input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif	<input type="checkbox"/> Menghindar
<input type="checkbox"/> Olah raga	<input type="checkbox"/> Menciderai diri sendiri
<input type="checkbox"/> Distraksi	<input type="checkbox"/> Pasien merasa bingung saat dibawa ke RSJ, pasien tidak marah-marah tetapi sesekali berbicara kotor dan membentak.
<input type="checkbox"/> Lainnya	

Jelaskan: pasien berbicara dengan teman satu kamar.

L. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

a. Masalah dengan dukungan kelompok:

Pasien mengatakan ‘yo ono mbak rini, mbak dwi sek biasane ngancani aku’, dapat disimpulkan bahwa 2 orang yang disebutkan pasien merupakan orang yang memberi dukungan kepada pasien.

b. Masalah dengan lingkungan:

Pasien mengatakan ‘aku randue masalah opo-opo bu’. Tetapi saat dilakukan pengkajian kepada keluarga pasien,, keluarga mengatakan terkadang pasien berteriak dan berbicara kotor apabila ada sesuatu yang mengganggu.

c. Masalah dengan pendidikan:

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam pendidikan, pasien mengatakan ‘aku ki sekolah tekan sarjana yo bu, aku yo iso Bahasa Inggris’. Pertanyaan tersebut sesuai dengan napa yang dikatakan oleh keluarga pasien, bahwa pasien menempuh Pendidikan sampai dengan Diploma 3 dan fasih berbahasa Inggris pada masalah.

d. Masalah dengan pekerjaan:

Pasien mengatakan ia tidak bekerja. Sesuai dengan napa yang dikatakan oleh keluarga pasien, semenjak kekampuhan yang parah tidak pernah bekerja.

e. Masalah dengan perumahan:

Pasien tidak mengatakan apapun terkait hal ini, menunjukkan waham.

f. Masalah dengan ekonomi:

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan perekonomian. Tetapi saat dikaji keluarganya, keluarga pasien mengatakan, pengobatan yang diberikan dari pensiunan orangtuanya dan dukungan biaya dari kakak-kakaknya.

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan:

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan, semua baik, makanan enak setiap hari menunya ganti, pasien juga suka kegiatan rehab saat diluar.

M. KURANG PENGETAHUAN TENTANG:

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

Jelaskan; pasien mengatakan "aku neng kene ki jane tekno ngopo, aku ora loro bu".

N. ASPEK MEDIS

Dx Medis : Gangguan Skizoaktif Tak Berdisiensi (F20.3)

Axis I : F20.3

Axis II : Belum Ada Diagnosa (BAD)

Axis III : Hipertensi

Axis IV : Putus Obat

Axis V : skor GAF 50-41 gangguan fungsi sosial.

N. Terapi medis selama di bangsal maintenance 27 Januari 2025

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi
Haloperidol	Oral	2x1 1,5mg	Antipsikotik obat ini membantu menjernihkan pikiran dan mengurangi halusinasi, rasa gelisah, agresi, pikiran negatif, atau keinginan untuk melukai diri sendiri.
Trihexyphenidil	Oral	2x1 2mg	Antipsikotik membantu menurunkan rasa kaku pada otot, keringat berlebih, dan produksi air liur
Candersatan	Oral	1x1 8mg	Mengurangi tekanan darah dan menurunkan risiko terkena stroke atau serangan jantung.
Clozapine	Oral	1x1	Antipsikotik mengobati skizofrenia. Obat ini diresepkan saat obat lain tidak bekerja atau

		25mg	tidak dapat ditoleransi. Obat ini bekerja dengan menyeimbangkan kadar dopamin dan serotonin di otak, zat yang membantu mengatur suasana hati.
Risperidone	Oral	2x1 2mg	Untuk terapi schizoprenia, iritabilitas terkait dengan gangguan autistik, serta sebagai monoterapi atau terapi adjuvan pada episode manik akut atau campuran pasien gangguan bipolar.
Amlodipine	Oral	1x1 5mg	obat untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.

Tabel 3.1 Daftar Terapi Yang Diberikan

O. Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	Data Subjektif: Keluarga pasien mnegatakan	Risiko Perilaku Kekerasan	d.d pasien memiliki riwayat depresi
	1. Pasien pernah memecahkan seluruh kaca jendela dirumah		
	2. Pasien sering merobek dan.menggunting baju, celana, sprej dan masih banyak lagi.		
	3. Pasien sering mengamuk, menjerit, berbicara kotor apabila pasien merasa terganggu.		

Data Objektif:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontak mata pasien kurang, mudah terdistraksi. 2. Aspek positif. 3. Terkadang mengeluarkan nada tinggi. 			
2.	Data Subjektif	Waham	Stress berlebihan
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan anak tunggal, anak presidem dan asien merasa tinggal di aceh 			
Data Objektif			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien anak ke-5 dari 5 bersaudara 2. Pasien tinggal di jogja 3. Proses pikir sirkumtasial 4. Pasien lebih memilih tidur daripada berinteraksi 			
3.	Data Subjektif	Gangguan komunikasi verbal	Hambatan psikologis
<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga melaporkan bahwa Ny. N sering berbicara kasar dan mengeluarkan kata-kata kotor ketika marah, terutama saat terganggu oleh suara anak kecil atau tetangga. 2. Pasien menyatakan kemarahan terhadap tetangga yang berisik, tetapi tidak ada indikasi bahwa pasien mampu mengungkapkan 			

perasaan ini dengan cara yang konstruktif atau terkontrol sebelum intervensi.

3. Pasien awalnya enggan berbicara atau berinteraksi, lebih memilih berdiam diri, yang menunjukkan kesulitan dalam memulai atau mempertahankan komunikasi verbal.

Data Objektif

1. Pasien menunjukkan perilaku menghindar, seperti memilih tidur daripada berinteraksi dengan teman sekamar, yang mengindikasikan gangguan dalam komunikasi sosial.

Tabel 3.2 Analisa Data

P. Diagnosa keperawatan yang muncul

1. Risiko perilaku kekerasan d.d pasien memiliki riwayat depresi
2. Waham b.d stress berlebihan
3. Gangguan komunikasi verbal b.d hambatan psikologis

Peneliti lebih memprioritaskan diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien Ny. N karena alasan berikut, berdasarkan dokumen yang diberikan:

1. Tingkat Ancaman dan Dampak Serius:

Risiko perilaku kekerasan memiliki ditandai dengan perilaku agresif pasien, seperti merobek pakaian, memecahkan kaca jendela, berbicara kasar, dan berteriak saat terganggu. Perilaku ini menunjukkan potensi bahaya bagi pasien sendiri, orang

lain, dan lingkungan sekitar. Menurut Pardede dan Hulu (2019), perilaku kekerasan dapat menyebabkan cedera, trauma, atau kerusakan lingkungan, sehingga memerlukan penanganan segera untuk mencegah konsekuensi serius seperti melukai diri sendiri atau orang lain.

2. Gejala Dominan dan Relevansi Klinis

Pengkajian menunjukkan bahwa risiko perilaku kekerasan adalah gejala dominan pada Ny. N, yang sejalan dengan data rumah sakit bahwa pasien didiagnosis dengan skizofrenia (F20.3) dengan risiko perilaku kekerasan. Gejala seperti isolasi sosial, kemarahan yang tidak terkontrol, dan perilaku merusak menegaskan bahwa risiko ini adalah masalah utama yang perlu ditangani untuk mencegah eskalasi lebih lanjut.

3. Prioritas Keamanan

Dalam keperawatan jiwa, keselamatan pasien dan lingkungan merupakan prioritas utama. Risiko perilaku kekerasan memiliki potensi langsung untuk membahayakan, sehingga memerlukan intervensi segera dibandingkan diagnosis lain seperti isolasi sosial atau harga diri rendah, yang meskipun relevan, memiliki dampak yang kurang mendesak. Stuart dan Sundeen (2022) menekankan bahwa perilaku kekerasan memerlukan penanganan cepat untuk mengurangi risiko cedera fisik atau psikologis.

4. Efektivitas Intervensi yang Ditargetkan

Penelitian menunjukkan bahwa komunikasi asertif efektif dalam mengurangi intensitas marah dan perilaku kekerasan, seperti yang dibuktikan oleh studi Adminojs & Haryono (2022) dengan hasil penurunan signifikan perilaku kekerasan ($p=0,005$). Fokus pada risiko perilaku kekerasan memungkinkan peneliti untuk menerapkan intervensi komunikasi asertif yang terbukti relevan dan efektif untuk kondisi Ny. N, sehingga mempercepat pemulihan dan mengurangi risiko kekambuhan.

5. Dukungan Data Pengkajian

Pengkajian keluarga dan observasi langsung menunjukkan bahwa perilaku agresif Ny. N, seperti mengurung diri, berbicara ketus, dan merusak barang, terkait erat dengan risiko perilaku kekerasan. Data ini mendukung prioritas diagnosis ini

karena perilaku tersebut mencerminkan ketidakmampuan pasien mengelola emosi marah secara adaptif, yang dapat diatasi melalui latihan komunikasi asertif.

Q. Rencana Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko perilaku kekerasan d.d. Alam perasaan depresi d.d. pasien memiliki riwayat depresi.	Setelah dilakukan tindakan 4 x 24 jam diharapkan kontrol diri membaik dengan kriteria hasil ; 1. Verbalisasi diri dari menurun menjadi meningkat 5 2. Verbalisasi terhadap harga diri menurun 1 menjadi meningkat 5 3. Verbalisasi terhadap penampialan peran menurun 1 menjadi meningkat 5 4. Verbalisasi terhadap citra tubuh menurun 1 menjadi meningkat 5 5. Verbalisasi terhadap identitas diri menurun 1 menjadi meningkat 5 6. Verbalisasi keinginan meningkatkan konsep diri menurun 1 menjadi meningkat 5	Latihan Asertif O 1. Identifikasi hambatan kemampuan asertif T 1. Fasilitasi mengenali dan mengurangi dan mengurangi distorsi kognitif yang menghalangi kemampuan asertif 2. Fasilitasi membedakan asertif, agresif dan pasif 3. Fasilitasi mengidentifikasi hak-hak pribadi, tanggung jawab, dan norma yang bertentangan 4. Fasilitasi mengklarifikasi permasalahan dalam hubungan Interpersonal 5. Fasilitasi mengekspresikan pikiran dan perasaan positif dan negative 6. Fasilitasi mengidentifikasi pikiran yang merusak diri 7. Fasilitasi membedakan antara pikiran dan kenyataan


- | | |
|--|--|
| 7. Verbalisasi rasa percaya diri menurun 1 menjadi meningkat 5 | 8. Beri pujian pada upaya mengekspresikan perasaan dan pendapat |
| 8. Verbalisasi penerimaan terhadap kelebihan diri menurun 1 menjadi meningkat 5 | E
1. Anjurkan bertindak asertif dengan cara yang berbeda |
| 9. Verbalisasi penerimaan terhadap keterbatasan diri menurun 1 menjadi meningkat 5 | 2. Latih perilaku asertif (mis. membuat permintaan, mengucapkan tidak untuk permintaan yang tidak bisa dipenuhi, serta mulai dan menutup percakapan) |
| 10. Tindakan sesuai perasaan memburuk 1 menjadi membaik 5 | |

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan

R. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan latihan asertif dilakukan selama 3 hari, dimana setiap harinya terdapat komunikasi asertif yang disampaikan.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN HARI KE-1

NO	Diagnosa	Hari /tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Risiko perilaku kekerasan Alam perasaan depresi d.d pasien	Senin 27/01/ 2025	08.30	Latihan Aserif 1. Mengidentifikasi hambatan kemampuan asertif 2. Memfasilitasi mengenali dan	Senin 27/01/2025 Jam 10.20 S : Klien mengatakan penyebab marahnya karena ada tetangga yang berisik dan	 Titik Hasanah


memiliki riwayat depresi	08.40	mengurangi dan mengurangi distorsi kognitif yang menghalangi kemampuan asertif	merasa terganggu, sehingga dirinya marah.
			O :
	08.50	3. Memfasilitasi membedakan asertif, agresif dan pasif	1. Kepuasan diri pasien belum terlihat, dirandaai dengan, pasien merasa dirinya anak presiden dan
	09.00	4. Memfasilitasi mengidentifikasi hak-hak pribadi, tanggung jawab, dan norma yang bertentangan	2. Citra tubuh, pasien merasa belum cukup puas 3. Pasien belum menunjukkan perubahan positif dalam konsep diri, kepercayaan diri, maupun penerimaan terhadap kelebihan dan keterbatasannya.
	09.10	5. Memfasilitasi mengklarifikasi permasalahan dalam hubungan Interpersonal	
	09.20	6. Memfasilitasi mengekspresikan pikiran dan perasaan positif dan negative	4. Tindakan yang dilakukan masih dipengaruhi perasaan yang memburuk.

09.30	7. Memfasilitasi mengidentifikasi pikiran yang merusak diri	5. Intervensi lanjut dan pendekatan psikososial sangat diperlukan untuk membantu pasien mengembangkan konsep diri dan meningkatkan adaptasi terhadap kondisi yang dialami
09.40	8. Memfasilitasi membedakan antara pikiran dan kenyataan	
09.50	9. Memberi pujian pada upaya mengekspresikan perasaan dan pendapat	
10.00	10. Menganjurkan bertindak asertif dengan cara yang berbeda	A : Masalah risiko perilaku kekerasan belum teratasi
10.10	11. Melatih perilaku asertif (mis. membuat permintaan, mengucapkan tidak untuk permintaan yang tidak bisa dipenuhi, serta mulai dan menutup percakapan.	P : 1. Mengidentifikasi hambatan kemampuan asertif 2. Memfasilitasi mengenali dan mengurangi dan mengurangi distorsi kognitif yang menghalangi kemampuan asertif 3. Memfasilitasi membedakan

-
- asertif, agresif dan pasif
4. Memfasilitasi mengidentifikasi hak-hak pribadi, tanggung jawab, dan norma yang bertentangan
 5. Memfasilitasi mengklarifikasi permasalahan dalam hubungan Interpersonal
 6. Memfasilitasi mengekspresikan pikiran dan perasaan positif dan negative
 7. Memfasilitasi mengidentifikasi pikiran yang merusak diri
 8. Memfasilitasi membedakan antara pikiran dan kenyataan
 9. Memberi pujian pada upaya mengekpresikan perasaan dan pendapat
-

10. Mengajukan
bertindak asertif
dengan cara yang
berbeda
11. Melatih perilaku
asertif (mis.
membuat
permintaan,
mengucapkan
tidak untuk
permintaan yang
tidak bisa
dipenuhi, serta
mulai dan menutup
percakapan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN HARI KE-2

NO	Diagnosa	Hari /tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Risiko perilaku kekerasan Alam perasaan depresi d.d pasien memiliki riwayat depresi	Selasa 28/01/ 2025	08.30 08.40	1. Mengidentifikasi hambatan kemampuan asertif 2. Memfasilitasi mengenali dan mengurangi dan mengurangi distorsi kognitif yang menghalangi	Selasa 28/01/2025 Jam 10.20 S : Klien mengatakan dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan minum obat dan mengungkapkan perasaan dengan baik. O :	 Titik Hasanah


	kemampuan asertif	1. Mulai ada pergeseran persepsi realita.
08.50	3. Memfasilitasi membedakan asertif, agresif dan pasif	Pasien tidak lagi menyebut dirinya sebagai anak
09.00	4. Memfasilitasi mengidentifikasi hak-hak pribadi, tanggung jawab, dan norma yang bertentangan	presiden, meskipun masih merasa sebagai anak tunggal.
09.10	5. Memfasilitasi mengklarifikasi permasalahan dalam hubungan Interpersonal	2. Pasien mulai mampu mengungkapkan ketidakpuasan secara lebih realistis, menyebut ingin memperbaiki penampilan fisik tertentu.
09.20	6. Memfasilitasi mengekspresikan pikiran dan perasaan positif dan negative	3. Pasien mulai terbuka untuk berdialog,
09.30	7. Memfasilitasi mengidentifikasi pikiran yang merusak diri	meskipun belum sepenuhnya menerima kondisi dan kelebihanannya.
09.40	8. Memfasilitasi membedakan antara pikiran dan kenyataan	Sudah mulai mau mendengarkan perawat.

09.50	9. Memberi pujian pada upaya mengekspresikan perasaan dan pendapat	4. Pasien mulai mengontrol emosi . Mulai mau diajak beraktivitas ringan meskipun masih terbatas.
10.00	10. Menganjurkan bertindak asertif dengan cara yang berbeda	A : Masalah risiko
10.10	11. Melatih perilaku asertif (mis. membuat permintaan, mengucapkan tidak untuk permintaan yang tidak bisa dipenuhi, serta mulai dan menutup percakapan	<p>perilaku kekerasan teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi hambatan kemampuan asertif 2. Memfasilitasi mengenali dan mengurangi dan mengurangi distorsi kognitif yang menghalangi kemampuan asertif 3. Memfasilitasi membedakan asertif, agresif dan pasif 4. Memfasilitasi mengidentifikasi

-
- hak-hak pribadi,
tanggung jawab,
dan norma yang
bertentangan
5. Memfasilitasi
mengklarifikasi
permasalahan
dalam hubungan
Interpersonal
 6. Memfasilitasi
mengekspresikan
pikiran dan
perasaan positif
dan negative
 7. Memfasilitasi
mengidentifikasi
pikiran yang
merusak diri
 8. Memfasilitasi
membedakan
antara pikiran dan
kenyataan
 9. Memberi pujian
pada upaya
mengekpresikan
perasaan dan
pendapat
 10. Mengajukan
bertindak asertif
dengan cara yang
berbeda
-

11. Melatih perilaku asertif (mis. membuat permintaan, mengucapkan tidak untuk permintaan yang tidak bisa dipenuhi, serta mulai dan menutup percakapan.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN HARI KE-3

NO	Diagnosa	Hari	Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Risiko perilaku kekerasan Alam perasaan depresi d.d pasien memiliki riwayat depresi	Rabu 29/01/ 2025	08.30 08.40	1. Mengidentifikasi hambatan kemampuan asertif 2. Memfasilitasi mengenali dan mengurangi mengurangi distorsi kognitif yang menghalangi kemampuan asertif	Rabu 29/01/2025 Jam 10.20 S : Klien mengatakan dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan (marah) dengan spiritual yaitu shalat dan berdoa. O :	 Titik Hasanah

08.50	3. Memfasilitasi membedakan asertif, agresif dan pasif	1. Terjadi perbaikan signifikan. Pasien tidak lagi
09.00	4. Memfasilitasi mengidentifikasi hak-hak pribadi, tanggung jawab, dan norma yang bertentangan	menunjukkan delusi tinggi, berhenti menyebut diri sebagai anak presiden, hanya
09.10	5. Memfasilitasi mengklarifikasi permasalahan dalam hubungan Interpersonal	mengaku anak tunggal tanpa nada superioritas.
09.20	6. Memfasilitasi mengekspresikan pikiran dan perasaan positif dan negative	2. Pasien menunjukkan kesadaran diri yang lebih realistis. Mulai mengungkapkan keinginan
09.30	7. Memfasilitasi mengidentifikasi pikiran yang merusak diri	memperbaiki penampilan dengan cara yang
09.40	8. Memfasilitasi membedakan antara pikiran dan kenyataan	logis dan dapat dicapai.
09.50	9. Memberi pujian pada upaya mengekspresikan	3. Pasien mulai terbuka berdiskusi, bersedia mendengarkan

	perasaan dan pendapat	masukannya dari perawat, serta mengakui beberapa kelebihan dan keterbatasannya
10.00	10. Menganjurkan bertindak asertif dengan cara yang berbeda	
10.10	11. Melatih perilaku asertif (mis. membuat permintaan, mengucapkan tidak untuk permintaan yang tidak bisa dipenuhi, serta mulai dan menutup percakapan	4. Pengendalian emosi membaik, pasien tampak lebih tenang, mau berinteraksi, dan mulai melakukan aktivitas ringan tanpa paksaan. Tidak ada perilaku menolak atau memberontak.

A :

Masalah risiko perilaku kekerasan teratasi.

P :

1. Mengidentifikasi hambatan

-
- kemampuan
asertif
2. Memfasilitasi mengenali dan mengurangi dan mengurangi distorsi kognitif yang menghalangi kemampuan asertif
 3. Memfasilitasi membedakan asertif, agresif dan pasif
 4. Memfasilitasi mengidentifikasi hak-hak pribadi, tanggung jawab, dan norma yang bertentangan
 5. Memfasilitasi mengklarifikasi permasalahan dalam hubungan Interpersonal
 6. Memfasilitasi mengekspresikan pikiran dan perasaan positif dan negative
-

-
7. Memfasilitasi mengidentifikasi pikiran yang merusak diri
 8. Memfasilitasi membedakan antara pikiran dan kenyataan
 9. Memberi pujian pada upaya mengekspresikan perasaan dan pendapat
 10. Mengajukan bertindak asertif dengan cara yang berbeda
 11. Melatih perilaku asertif (mis. membuat permintaan, mengucapkan tidak untuk permintaan yang tidak bisa dipenuhi, serta mulai dan menutup percakapan).
-