

## **BAB 2**

### **GAMBARAN KASUS**

#### **2.1 Pengkajian Keperawatan**

##### 1. Identitas Pasien

Nama pasien Ny. D, umur 51 tahun, no. RM : 00392XXX, alamat Bangil – Pasuruan. Tanggal MRS 20 Mei 2024, tanggal pengkajian 21 Mei 2024. Pendidikan SD, agama Islam, pekerjaan : Tidak bekerja diagnosa medis : F 20.3 (Skizofrenia tak terinci)

##### 2. Keluhan Utama

Pasien mengatakan dibawa ke RSUD Bangil karena saat dirumah pasien marah-marrah, ingin membanting kursi plastik.

##### 3. Riwayat Penyakit Sekarang (Faktor Presipitasi) <6 bulan

Pada tanggal 20 mei 2024 pukul 15.00 pasien oleh keluarga dibawa ke IGD karena pasien marah-marrah saat disuruh minum obat. Keluarga pasien mengatakan sempat putus obat selama beberapa waktu. Pasien tampak kaku, tatapan tajam dan nada suara tinggi. Pada pukul 16.00 pasien dipindahkan ke bangsal Melati. Pada saat pengkajian di bangsal melati pada tanggal 21 mei 2024 pasien mengatakan marah-marrah dikarenakan bapak pasien disuruh mengambil sayur tidak segera diambil & suaminya berjanji akan pulang tetapi tidak kunjung pulang. Pasien tampak dengan tatapan masih tajam.

##### 4. Riwayat Penyakit Dahulu (Faktor Predisposisi) > 6 bulan

Pasien mengatakan mengalami gangguan jiwa sudah lama sejak suaminya pergi meninggalkan nya 5 tahun yang lalu yaitu pada tahun 2019. Pasien rutin kontrol ke klinik psikiatri RSUD Bangil, dibawa ke IGD RSUD Bangil karena masih marah-marrah mau melempar kursi plastik ke bapak pasien & tidak mau meminum obat. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien dirumah marah-marrah dengan bapaknya

yang mau dilempar kursi plastik & disuruh minum obat tidak mau. Pasien tidak pernah memiliki riwayat trauma seperti aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, & tindakan kriminal. Hanya pasien yang memiliki gangguan jiwa, pasien juga sadar jika ini dirumah sakit bangil di ruangan khusus jiwa, keluarga pasien juga tidak memiliki riwayat seperti pasien.

#### 5. Pemeriksaan Fisik

Tekanan darah 152/78 mmHg, suhu 36,7 °C, nadi : 104 x/menit, RR 21x/menit

#### 6. Psikososial

##### - Konsep Diri

Citra Tubuh : Pasien mengatakan bahwa dia menyukai semua bentuk tubuhnya. Dia mengatakan bahwa tubuhnya tidak memiliki kecacatan apa pun. Identitas Diri : pasien mengatakan dirinya perempuan dan merasa puas dengan jenis kelamin tersebut, status pasien sudah menikah dan mempunyai 2 anak. Peran : pasien mengatakan usianya 51 tahun., pasien dulunya bekerja sebagai penjual jamu dan sekarang peranya sebagai istri. Saat di rumah sakit pasien berperan sebagai pasien. Ideal Diri : pasien mengatakan merasa bersyukur dengan tubuhnya saat ini, pasien dulu ingin berharap menjadi dokter tetapi biaya tidak mencukupi, pasien saat ini sudah merasa cukup dengan keadaanya. Harga Diri : pasien mengatakan tidak malu dengan orang lain terkait dirinya yang sering kontrol ke poli jiwa

##### - Hubungan Sosial

Orang yang berarti dalam hidup pasien adalah suami pasien. Peran kegiatan masyarakat : pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan di masyarakat, karena tidak diperbolehkan oleh bapaknya pasien keluar rumah hanya saat membeli

kebutuhan rumah yang dibutuhkan. Hambatan berhubungan dengan orang lain :  
pasien mengatakan tidak ada gangguan/hambatan komunikasi dengan orang lain

- Spiritual

Nilai dan keyakinan : pasien beragama islam. Kegiatan ibadah : saat di RS pasien juga melaksanakan sholat 5 waktu dan dzikir secara individu

- Status Mental

Penampilan pasien dengan kondisi rambut yang terurai, kuku tampak kotor, gigi kekuningan, pakaian bersih & tidak bau. Pasien dapat berbicara layaknya orang normal lainnya tetapi mata terlihat tajam, nada suara keras, & terkadang berbicara ngelantur tidak nyambung. Aktivitas motorik pasien gelisah, tegang saat ditanya dengan memainkan jari tangannya Alam perasaan : Pasien mengatakan merasa sedih saat di RS ingin pulang bertemu suami. Afek pasien *inappropriate* (tidak tepat) yaitu datar yang berarti saat dilakukan wawancara pasien tidak menunjukkan perubahan roman muka dan ekspresi wajah, juga saat diberi stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan

Interaksi selama wawancara : Selama wawancara pasien kooperatif, tidak bisa mempertahankan kontak mata atau mudah beralih, ada curiga yang ditunjukkan dengan pasien tampak khawatir dan pasien bertanya bahwa dirinya mau diapakan

Persepsi Pasien mengatakan pernah mendengar suara yang isinya “minumlah janur kuning agar bisa sembuh”, yang munculnya sewaktu waktu atau tidak pasti, frekuensi muncul yang tidak pasti (dengan tiba-tiba muncul). Ketika pasien mendengar suara itu pasien ingin mengikuti dari isi halusinasinya tersebut. Proses pikir pasien repersepsi yaitu pembicaraan yang diulang berkali-kali yaitu membicarakan tentang pekerjaannya waktu pasien berada di Natuna terkadang juga pasien saat berbicara tiba-tiba terhenti. Pasien tidak ada isi pikir seperti obsesi, pobia,

ide terkait, atau waham. Kesadaran pasien stupor dengan tubuh yang kaku dan tampak kacau. Pasien tidak ada disorientasi terhadap waktu & tempat juga orang. Pasien mengatakan bahwa dirinya berada di RS karena marah – marah dirumah. Pasien tidak mengalami gangguan memori. Pasien mampu berkonsentrasi saat diberi pertanyaan. Pasien mampu berhitung 1-10 dengan benar. Pasien mempunyai penilaian yang baik, pasien bisa memilih antara 2 pilihan seperti memilih untuk mandi dulu/tidur, pasien memilih mandi supaya bisa segar & tidak mudah berkeringat, jadi pasien mengalami gangguan penilain ringan. Pasien mengatakan menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa dan tahu sekarang berada di RS. Pasien tahu tujuan dibawa di RS untuk menyembuhkan marah-marahnya

#### Mekanisme Koping

Ketika pasien mengalami masalah tekanan atau peristiwa traumatik, pasien menyelesaikannya dengan marah, terkadang melempar ember pada bapaknya, dan terkadang menceritakannya kepada suaminya. Pasien juga kadang-kadang memilih untuk diam.

## **2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan berdasarkan berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan diagnostik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami pasien adalah Risiko perilaku kekerasan

## **2.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang dibuat perawat yaitu dengan tujuan umum pasien tidak mencederai diri dan tujuan khususnya yang pertama pasien dapat membina hubungan saling percaya, tujuan khusus yang kedua yaitu pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tujuan khusus yang ketiga yaitu pasien dapat mengidentifikasi tanda

dan gejala perilaku, tujuan khusus yang keempat yaitu pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa, tujuan khusus yang kelima yaitu pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku, tujuan khusus yang keenam yaitu pasien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan, tujuan khusus yang ketujuh yaitu pasien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan, tujuan khusus yang kedelapan yaitu pasien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan, tujuan khusus yang kesembilan yaitu pasien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan, tujuan khusus yang kesepuluh yaitu pasien dapat mengikuti TAK (simulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan, tujuan khusus yang kesebelas yaitu pasien mendapatkan dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan.

#### **2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 21 Mei 2024 DS : Pasien mengatakan di rumah marah-marah dengan bapaknya, ingin melempar ember dan juga berkata kasar DO : Wajah tegang, pandangan tajam, bicara nada tinggi. TTV : Tekanan darah : 152/78 mmHg, Nadi : 97 x/menit. SP1: mengidentifikasi penyebab PK, mengidentifikasi tanda dan gejala pk, mengidentifikasi pk yang dilakukan, mengidentifikasi akibat PK, menyebutkan cara mengontrol PK, membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik 1 & 2, mengajarkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian. RTL yang akan dijalankan yaitu : mengevaluasi SP 1 RPK, mengevaluasi jadwal harian, lanjutkan SP 2 minum obat teratur dan benar, melatih pasien mengontrol PK dengan minum obat teratur dan benar, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 22 Mei 2024 DS :Pasien mengatakan rasa ingin marah berkurang, terkadang berbicara keras dengan temannya. DO : Wajah tidak tegang,

pandangan tidak tajam, nada suara terkadang tinggi. TTV : TD : 146/87 mmHg, N : 93 x/menit. SP 2 pertemuan : mengevaluasi jadwal harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara minum obat, melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual (mendengarkan murotal al-qur'an), menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. RTL yang akan dilakukan yaitu: Mengevaluasi SP 1 dan 2 RPK, mengevaluasi jadwal harian, lanjutkan SP 3 cara verbal, melatih pasien mengontrol PK dengan verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, melatih pasien untuk mengontrol PK dengan Murotal Al Qur'an, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal harian.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 23 Mei 2024 DS : Pasien mengatakan tidak ada perasaan ingin marah, tetapi suara keras sesekali ada (sudah berkurang). DO : Wajah tampak tidak tegang, pandangan tidak tajam, nada suara keras berkurang. TTV : TD : 135/91 mmHg, N : 93 x/menit. SP 3 : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal, melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual (mendengarkan murotal al-qur'an), menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal harian. RTL yang akan dilaksanakan yaitu : mengevaluasi SP 1,2 dan 3 RPK, mengevaluasi jadwal harian, lanjutkan SP 4 cara spiritual, melatih pasien mengendalikan PK dengan spiritual.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 24 Mei 2024 DS : Pasien mengatakan diruangan mendengarkan murotal al qur'an. DO : Pasien tampak bahagia suara keras sudah tidak ada TTV : TD : 127/87 mmHg, N : 93 x/menit. SP 4 : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual (mendengarkan murotal al-qur'an), menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. RTL yang akan dilaksanakan yaitu : Mengevaluasi SP 1, 2, 3 dan 4 RPK, mengevaluasi jadwal harian,

melatih pasien mengendalikan PK dengan aktivitas yang terjadwal, menganjurkan pasien memasukkan

## **2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 21 Mei 2024 data subyektif Pasien mengatakan perasaan marah sudah berkurang, data obyektif pasien lebih tenang, suaranya masih agak lebih keras, pasien mampu melakukan latihan nafas dalam & pukul bantal, perencanaan selanjutnya yaitu : Anjurkan pasien untuk latihan nafas dalam dan pukul bantal 2x sehari pada pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB, anjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 22 Mei 2024 data subyektif Pasien mengatakan lebih tenang & perasaan marah berkurang, data obyektif Pasien rileks dan tenang, tetapi terkadang suara keras pasien ada saat berbicara dengan temannya, pasien bisa menyebutkan nama obat, jumlah obat, manfaat, juga cara minum obat dengan 5 benar obat. perencanaan selanjutnya yaitu anjurkan pasien untuk meminum obat 3x sehari pada pukul 08.00 WIB, 13.00 WIB, dan 17.00 WIB, anjurkan pasien untuk latihan nafas dalam dan pukul bantal 2x sehari pada pukul 06.30 WIB dan 15.30 WIB. anjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 23 Mei 2024 data subyektif Pasien mengatakan saat ini lebih tenang, data obyektif pasien tampak rileks, senang, suara keras pasien sudah berkurang, pasien dapat berbicara dengan baik ketika meminta sesuatu, menolak sesuatu, mengungkapkan perasaan dengan baik. perencanaan selanjutnya yaitu ; Anjurkan pasien latihan cara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik pada pukul 09.00 WIB dan 15.00 WIB, anjurkan pasien untuk meminum obat 3x sehari pada pukul 08.00 WIB, 13.00 WIB, dan 17.00 WIB, anjurkan

pasien untuk latihan nafas dalam dan pukul bantal 2x sehari pada pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB., anjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 23 Mei 2024 data subyektif Pasien mengatakan senang dan perasaan marah sudah tidak ada, data obyektif pasien tampak senang dan tenang, suara keras tidak ada, pasien bisa melakukan sholat dan berdoa serta mengucapkan istighfar ketika merasakan tanda – tanda marah. Perencanaan selanjutnya yaitu : anjurkan pasien mengontrol PK dengan spiritual : mendengarkan murotal al-qur'an pada pukul 05.00 WIB, 12.30 WIB,, dan 19.00 WIB, anjurkan pasien latihan cara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik pada pukul 09.00 WIB dan 15.00 WIB, anjurkan pasien untuk meminum obat 3x sehari pada pukul 08.00 WIB, 13.00 WIB, dan 17.00 WIB, anjurkan pasien untuk latihan nafas dalam dan pukul bantal 2x sehari pada pukul 07.00 WIB dan 16.00 WIB, anjurkan pasien untuk memasukkan ke jadwal harian