**BAB IV**

**HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

1. **Hasil Studi Kasus**
	* + 1. Gambaran Umum

Rumah Sakit Jiwa Grhasia merupakan rumah sakit pendidikan tipe A yang terletak di Jl. Kaliurang KM. 17, Duwetsari, Pakembinangun, Kecamatan Pakem, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta merupakan rumah sakit yang menangani masalah kejiwaan di Yogyakarta. Rumah Sakit Jiwa Grhasia juga memiliki beberapa instalasi penunjang untuk mendukung jalannya sebuah rumah sakit. Instalasi penunjang tersebut antara lain Rawat Jalan, Rawat Inap, IPSRS, Gizi, Apotek, Tumbuh Kembang Anak, Geriatrik, Rehabilitasi, Gadar, dan Napza. Adapun rawat inap yang disediakan di RSJ Grhasia yaitu Wisma Drupadi, Wisma Sembodro, Wisma Arimbi, Wisma Srikandi, Wisma Bima, Wisma Gatotkaca, Wisma Yudhistira, Wisma Nakula, Wisma Sadewa, dan Wisma Arjuna.

Wisma Arjuna merupakan salah satu wisma *Maintenance* bagi pasien berjenis kelamin laki-laki di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta. Wisma ini memiliki 11 perawat yang terdiri dari 1 kepala ruang dan 10 perawat. Wisma ini mampu untuk menampung pasien dengan kapasitas 20 tempat tidur. Wisma ini terdiri dari 4 kelas perawatan yaitu VIP terdapat 2 ruang, Klas I terdapat 4 ruang, Klas II terdapat 2 ruang dan Klas III terdapat 12 ruang. Fasilitas di Wisma ini terdapat televisi yang berada di ruang tengah dan biasanya juga digunakan sebagai tempat kegiatan terapi pasien, dan terdapat 1 tempat ruang makan.

Berdasarkan informasi dari perawat ruang wisma arjuna, penerapan manajemen marah terdapat lima cara yaitu fisik (nafas dalam, berolahraga), verbal (tindakan asertif), spiritual, sosial, dan minum obat. Penerapan manajemen marah tersebut sudah diajarkan kepada pasien ketika pasien dimasukkan di Wisma Arjuna. Pelaksanaan manajemen marah dengan cara fisik yang terdapat di wisma Arjuna dilakukan dalam bentuk individu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan kegiatan olahraga senam setiap pagi. Penerapan kegiatan yang menunjang kesembuhan pasien di Wisma Arjuna dilakukan dalam bentuk TAK, rehabilitasi dan terapi individu. Selain itu, tindakan asertif dilakukan selama kurang lebih 30 menit. Panduan verbal (tindakan asertif) yang dilakukan di Wisma Arjuna menggunakan SOP yang sudah ditetapkan di RSJ Grhasia. Penerapan manajemen marah secara verbal terdapat 3 cara yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik.

Karya tulis ilmiah ini telah dilaksanakan pada bulan April 2021 pada satu pasien yang dirawat di Wisma Arjuna RSJ Grhasia. Satu pasien yang ditentukan adalah pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan. Karakteristik yang dibahas dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah respon pasien setelah diberikan tindakan manajemen marah.

* + - 1. Kasus Kelolaan
1. Pengkajian

Tanggal Dirawat : 24 Maret 2021

Ruang Rawat : Wisma Arjuna

1. Identitas Klien
2. Iniasial : Sdr. A (Laki-laki)
3. Umur : 19 tahun
4. Informan : Pasien, Keluarga Pasien, Perawat

Wisma dan Rekam Medis

1. Tanggal Pengkajian : 1 April 2021
2. No RM : 0108xxx
3. Alasan Masuk

Pasien dibawa ke RSJ Grhasia karena pasien mengalami perubahan tingkah laku kurang lebih 1 tahun sejak lulus SMA. Pasien sering marah-marah, berbicara dengan suara keras, mengamuk hingga merusak barang-barang yang ada di kamar, sering mendengar suara-suara, sering melihat bayangan dan tidak pernah mandi.

### Faktor Predisposisi

Pasien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu. Pasien juga belum pernah memperoleh pengobatan sebelumnya. Pasien pernah mendapatkan penganiayaan fisik dari ayahnya yang sekarang berusia 50 tahun. Pasien sudah mengalami hal tersebut sejak usia 5 tahun. Pasien tidak mempunyai keluarga yang gangguan jiwa. Pasien mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak meyenangkan yaitu sering konflik dengan ayahnya, sejak kecil ia sudah mengalami kekerasan secara fisik sehingga saat ini masih merasa trauma. Pasien mengatakan merasa kecewa dengan ayahnya. Pasien beranggapan bahwa ayahnya selalu menyalahkannya meskipun ia tidak membuat kesalahan. Pasien menganggap orangtuanya berbeda dengan orang tua lainnya.

### Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik diperoleh data tekanan darah 118/68 mmHg, respirasi 20 x/menit, nadi 93 x/menit, suhu 36,7  ͦC dan SpO2 97%. Sedangkan untuk status nutrisi diperoleh data TB 170 cm, BB 49 kg dan IMT 17 kg/m² (*kurus*). Pasien tidak mengalami keluhan fisik.

### Psikososial

1. Genogram



Keterangan:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Perempuan | **------------** | Tinggal satu rumah |  | Garis keturunan |
|  | Laki-laki |  | Hubungan psikologis |  | Pasien |
|  | Meninggal |  | Garis perkawinan |

Pasien terdiri dari 5 bersaudara. Pasien tidak tinggal serumah dengan orangtua karena memilih tinggal di kost.

1. Konsep Diri
2. Gambaran Diri : Pasien menyukai bagian tubuhnya yaitu tangan. Pasien tidak menyukai pikirannya karena sering muncul imajinasi yang berlebih.
3. Identitas : Pasien menyadari dirinya sebagai seorang anak laki-laki dan mengetahui betul identitas lengkapnya.
4. Peran : Pasien mengatakan berperan sebagai anak dan tidak bekerja.
5. Ideal Diri : Pasien berharap cepat pulang ingin hidup mandiri, ingin melanjutkan pendidikan yaitu kuliah, pasien juga ingin membuka usaha sesuai jurusan kuliah.
6. Harga Diri : Hubungan pasien dengan orang lain selama di rumah sakit baik. Pasien tampak mengajak mengobrol temannnya. Pasien merasa kurang percaya diri karena menjaga sikap dengan teman-temannya.
7. Hubungan Sosial
8. Orang Yang Berarti

Pasien menyatakan orang yang berarti adalah ibu, karena ibunya selalu membelanya ketika ada konflik dengan ayah.

1. Peran Serta dalam Kegiatan Kelompok atau Masyarakat

Hubungan sosial pasien selama dirawat di rumah sakit baik. Peran serta dalam kegiatan yang ada di wisma baik. Pasien mau untuk bersosialisasi dengan teman lain dan pasien mau untuk mengikuti kegiatan rehabilitasi dengan baik.

1. Hambatan dalam Berhubungan dengan Orang lain

Pasien terdapat hambatan ketika berhubungan dengan orang lain karena takut salah sikap, takut salah bicara, dan terkadang merasa gugup.

1. Spiritual
2. Nilai Dan Keyakinan : Pasien beragama islam, ia merasa jika sakit merupakan cobaan dari Allah dan pasien menerima sakitnya ini.
3. Kegiatan Ibadah : Pasien menjalankan sholat 5 waktu sesuai dengan waktu. Pasien selalu berdo’a agar selalu diberikan kesehatan. Pasien juga rajin untuk membaca al-quran ketika waktu luang.

### Status Mental

1. Penampilan

Penampilan pasien tidak rapi, pakaian seragam kusut, penggunaan pakaian sesuai, pasien mandi 1x sehari, kulit tampak kotor, gigi tampak kotor, pasien mengatakan menggosok gigi 1x sehari dengan sikat gigi dan pasta gigi, pada ekstermitas tangan dan kaki kuku tampak pendek, rambut pasien tampak tidak rapi, panjang dan acak-acakan, pasien mengatakan malas menyisir rambut.

1. Pembicaraan

Pasien berbicara cepat dan koheren. Pasien mampu untuk memulai pembicaraan kepada teman-teman sewisma.

1. Aktivitas Motorik

Aktivitas motorik pasien tampak gelisah terlihat sering mondar-mandir didalam wisma, dan tampak lesu ketika diajak berkomunikasi.

1. Alam Perasaan

Pasien tampak sedih dan merasa kesal dengan perlakuan ayahnya. Pasien mengatakan ayahnya berbeda ia sangat keras tidak seperti ayah orang lain.

1. Afek

Afek pasien tumpul. Hal ini dibuktikan dengan hanya bereaksi apabila diberikan stimulus yang kuat. Pasien tampak ada perubahan roman muka pada saat membahas tentang ayahnya, saat dikaji pasien bereaksi atau mau menjawab pertanyaan jika ditanya dan pasien menjawab pertanyaan secara singkat.

1. Interaksi Selama Wawancara

Pasien bersikap kooperatif selama berinteraksi tetapi kontak mata kurang saat diajak berinteraksi dengan lawan bicaranya.

1. Persepsi

Berdasarkan rekam medis pasien memiliki masalah persepsi pendengaran dan penglihatan. Pada saat berinteraksi, pasien mengatakan sejak lulus SMA mendengar suara-suara. Pasien mengatakan jika suara itu muncul dari bayangan berupa manusia, suara tersebut menyuruhnya untuk berbuat positif tetapi terkadang juga berbuat negatif. Bayangan itu datang ketika ia sendiri di tempat yang luas dan kosong. Biasanya suara-suara itu sering muncul ketika malam hari ketika mau tidur. Pasien mengatakan merasa takut ketika bayangan itu muncul, sedangkan jika suara-suara itu muncul pasien terkadang melakukan tindakan yang disuruh jika tidak merasa malas. Namun selama di rawat di Grhasia halusinasinya sudah jarang terjadi.

1. Proses Pikir

Proses pikir pasien perseverasi dibuktikan dengan setiap pembicaraan yang diulang berkali-kali oleh pasien.

1. Isi Pikir

Pada saat interaksi tidak ditemukannya obsesi, pasien tidak depersonalisasi, pasien tidak memiliki fobia, pasien tidak memiliki ide yang terkait, pasien tidak hipokondria, pasien tidak ada pikiran magis dan pasien tidak memiliki waham agama, somatik, kebesaran, curiga, nihilistik, sisip pikir, sial pikir dan kontrol pikir.

1. Tingkat Kesadaran

Pasien mengetahui jika sedang dirawat di RSJ Grhasia. Pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang. Pasien mampu menyebutkan orang, tempat dan waktu dengan baik.

1. Memori

Ingatan jangka pendek pasien baik ditunjukkan dengan pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam seminggu terakhir. Ingatan jangka panjang pasien baik ditunjukkan dengan pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan, dan daya ingat saat ini pasien baik ditunjukkan dengan pasien mampu mengingat kejadian yang baru saja terjadi.

1. Tingkat Konsentrasi Dan Berhitung

Kemampuan konsentrasi pasien mampu menjelaskan kembali pembicaraan, perhatian pasien tidak mudah teralih dan pasien mampu berhitung dalam bentuk sederhana dengan baik.

1. Kemampuan Penilaian

Kemampuan penilaian pasien baik tidak ada gangguan dalam penilaian ditunjukkan dengan jika diberikan penjelasan pasien dapat mengambil keputusan.

1. Daya Tilik Diri

Pasien menyatakan dirinya dirawat di Grhasia karena pasien dianggap mengalami gangguan pada jiwanya dan pasien menyadari jika diriya mengalami gangguan jiwa.

### Kebutuhan Selama Di Rumah Sakit

1. Makan

Pasien makan tiga kali sehari, pasien selalu menghabiskan porsi makannya, pasien juga mendapatkan makanan selingan dua kali sehari, pasien dapat makan secara mandiri dan tidak mengalami kesulitan makan.

1. Eliminasi

Pasien buang air besar kurang lebih 1x dalam sehari. Konsistensi fases lunak, berwarna kuning dan bau khas. Buang air kecil kurang lebih 6-7 kali sehari. Warna urine jernih dan baunya khas. Pasien buang air besar dan buang air kecil secara mandiri di toilet. Pasien menggunakan wc duduk, ketika buang air besar pasien mengatakan membilas atau cebok menggunakan air dan dengan sabun sedangkan ketika kencing pasien membilasnya dengan air.

1. Mandi

Pasien mandi 1x sehari dengan cara mandiri. Pasien mengatakan mandinya cepat karena beranggapan bahwa dirinya sudah bersih. Pasien mengatakan biasanya mandi menggunakan sabun mandi, kemudian dibilas air. Pasien mengatakan dirinya akan mandi apabila diingatkan oleh perawat untuk mandi.

1. Berpakaian atau Berhias

Pasien berpakaian dan berhias dengan cara dibimbing oleh perawat. Pasien jarang keramas, rambut pasien terlihat tidak rapi, panjang dan acak-acakan. Pasien mengatakan malas untuk menyisir rambutnya. Pasien mau untuk mengganti bajunya setiap diperintahkan perawat. Pasien mengatakan setiap seminggu sekali rutin untuk memotong kuku. Kuku pasien tampak pendek.

1. Istirahat dan Tidur

Selama di rawat di RSJ Grhasia pasien lebih banyak tidur di malam hari. Di siang hari pasien menyatakan jarang tidur siang. Jika tidak bisa tidur pasien menonton tv sambil rebahan akan tetapi pasien lebih banyak menggunakan waktunya untuk membaca al-quran, dan membaca do’a.

1. Penggunaan Obat

Pasien mau untuk meminum obat secara mandiri. Pasien menyatakan minum obat secara teratur selama di rumah sakit. Pasien menyatakan minum obat di pagi, siang dan sore hari. Pasien mau untuk minum obat karena ingin cepat sembuh selain itu juga diawasi oleh perawat yang bertugas.

1. Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan sekarang minum obat teratur karena ingin cepat sembuh.

1. Kegiatan di dalam rumah

Pasien ketika dirumah tidak menyiapkan makanan, tidak menjaga kerapihan rumah, tidak mengatur kebutuhan biaya sehari-hari, namun pasien mampu untuk mencuci pakaian sendiri.

1. Kegiatan di luar rumah

Pasien mengatakan jarang keluar rumah, sehingga ia kurang mampu untuk belanja keperluan sehari-hari dan tidak melakukan kegiatan lain diluar rumah, tetapi kalau dulu pasien mengatakan keluar rumah dalam melakukan perjalanan menggunakan kendaraan pribadi.

### Mekanisme Koping

### Adaptif

### Pasien menyatakan jika ada masalah ia akan bermain games yang ada di handphone, dan kadang-kadang melakukan solat, berdo’a dan membaca al-quran.

### Maladaptif

Pasien mengatakan jika di rumah ketika ia memiliki masalah ia menyendiri di kamar dan tidak menceritakan masalahnya dengan orang lain. Ketika pasien marah ia merusak barang-barang yang ada didalam kamar, melukai diri sendiri dengan memukul pintu kamar hingga pintu rusak.

### - Diagnosa Medis

Axis 1 : F 20.3

Axis 2 : skizoid

Axis 3 : -

Axis 4 : masalah keluarga

Axis 5 : GAF Scale GAF 60-71

### Terapi medis

Tabel 2. Pemberian terapi pasien Sdr. A di Wisma Arjuna RSJ Grhasia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/Tanggal | Obat | Dosis  | Rute | Manfaat | Efek Samping |
| Kamis,1/04/2021 | * Abilify Discmelt
* THP(Trihexyphenidyl)
* Clozapin
 | 15 mg2 mg25 mg | P.OP.OP.O | * Mengatasi [skizofrenia](http://doktersehat.com/pengertian-dan-tipe-skizofrenia/) akut, gangguan bipolar, gangguan depresi dan iritabilitas yang berhubungan dengan autisme.
* Mengatasi gejala Parkinson
* Mengatasi [skizofrenia](http://doktersehat.com/pengertian-dan-tipe-skizofrenia/) berat
 | * Peningkatan nafsu makan, penambahan berat badan, sakit kepala, gelisah, insomnia, rasa kantuk, hidung tersumbat, mual, muntah, sembelit, gerakan yang tidak terkendali.
* Kekakuan otot, tremor, konstipasi, pusing, mual dan muntah, sakit kepala, mulut kering, lemas, dan mengantuk.
* Sembelit, peningkatan berat badan, demam, penglihatan kabur, mengantuk, pusing, mulut kering, insomnia.
 |
| Jum’at,2/04/2021 | * Abilify Discmelt
* THP (Trihexyphenidyl)
* Clozapin
 | 15 mg2 mg25 mg | P.OP.OP.O | * Mengatasi [skizofrenia](http://doktersehat.com/pengertian-dan-tipe-skizofrenia/) akut, gangguan bipolar, gangguan depresi dan iritabilitas yang berhubungan dengan autisme.
* Mengatasi gejala Parkinson
* Mengatasi [skizofrenia](http://doktersehat.com/pengertian-dan-tipe-skizofrenia/) berat
 | * Peningkatan nafsu makan, penambahan berat badan, sakit kepala, gelisah, insomnia, rasa kantuk, hidung tersumbat, mual, muntah, sembelit, gerakan yang tidak terkendali.
* Kekakuan otot, tremor, konstipasi, pusing, mual dan muntah, sakit kepala, mulut kering, lemas, dan mengantuk.
* Sembelit, peningkatan berat badan, demam, penglihatan kabur, mengantuk, pusing, mulut kering, insomnia.
 |
| Sabtu,3/04/2021 | * Abilify Discmelt
* THP (Trihexyphenidyl)
 | 15 mg2 mg | P.OP.O | * Mengatasi [skizofrenia](http://doktersehat.com/pengertian-dan-tipe-skizofrenia/) akut, gangguan bipolar, gangguan depresi dan iritabilitas yang berhubungan dengan autisme.
* Mengatasi gejala Parkinson
 | * Peningkatan nafsu makan, penambahan berat badan, sakit kepala, gelisah, insomnia, rasa kantuk, hidung tersumbat, mual, muntah, sembelit, gerakan yang tidak terkendali.
* Kekakuan otot, tremor, konstipasi, pusing, mual dan muntah, sakit kepala, mulut kering, lemas, dan mengantuk.
 |

1. Analisa data

Tabel 3. Analisa Data Pasien Sdr. A

|  |  |
| --- | --- |
| DATA | MASALAH |
| Data Subyektif : Pasien mengatakan mendapatkan penganiayaan fisik dari ayahnya sejak usia 5 tahun. Pasien mengatakan masih merasa trauma sampai sekarang. Pasien mengatakan sering berkonflik dengan ayahnya tentang kesalahan kecil lalu dibesar-besarkan. Respon yang diberikan pasien mengatakan sering marah-marah, berbicara dengan suara keras, mengamuk, merusak barang-barang, memukul pintu kamar hingga rusak dan bahkan menonjok ayahnya. Pasien mengatakan merasa kecewa dengan ayahnya. Pasien beranggapan bahwa ayahnya selalu menyalahkannya meskipun ia tidak membuat kesalahan. Pasien menganggap orangtuanya berbeda dengan orang tua lainnya.Data Obyektif : Pasien tampak sedih, kesal dan pasien tampak mengepalkan tangan ketika membahas ayahnya. | Risiko Perilaku Kekerasan(SDKI, D. 0146) |
| Data Subyektif : Pasien mengatakan pasien mengatakan sejak lulus SMA mendengar suara-suara. Pasien mengatakan jika suara itu muncul dari bayangan berupa manusia, suara tersebut menyuruhnya untuk berbuat positif tetapi terkadang juga berbuat negatif. Bayangan itu datang ketika ia sendiri di tempat yang luas dan kosong. Biasanya suara-suara itu sering muncul ketika malam hari ketika mau tidur. Pasien mengatakan merasa takut ketika bayangan itu muncul, sedangkan jika suara-suara itu muncul pasien terkadang melakukan tindakan yang disuruh jika tidak merasa malas. Namun selama di rawat di Grhasia halusinasi pasien sudah jarang terjadi.Data Obyektif : Pasien tampak menyendiri, melamun dan mondar-mandir. | Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan(SDKI, D.0085) |
| Data Subyektif : Pasien mengatakan mandi 1x sehari dengan cara mandiri. Pasien mengatakan mandinya cepat karena beranggapan bahwa dirinya sudah bersih. Pasien mengatakan dirinya akan mandi apabila diingatkan oleh perawat untuk mandi. Pasien berpakaian dan berhias dengan cara dibimbing oleh perawat. Pasien jarang keramas, rambut pasien terlihat tidak rapi, panjang dan acak-acakan. Pasien mengatakan malas untuk menyisir rambutnya. Pasien mau untuk mengganti bajunya setiap diperintahkan perawat. Pasien mengatakan setiap seminggu sekali rutin untuk memotong kuku. Kuku pasien tampak pendek. Data Obyektif : Pasien tampak kurang berminat dalam melakukan perawatan diri | Defisit Perawatan Diri : Mandi dan Berhias(SDKI, D. 0109) |
| Data Subyektif : Pasien mengatakan tinggal di kost, karena merasa lebih tenang.Data Obyektif : Pasien tampak menarik diri, tidak bergairah/lesu | Isolasi Sosial(SDKI, D. 0121) |

Pohon masalah yang dapat digambarkan sebagai berikut :

Perilaku Kekerasan

Core Problem

Risiko Perilaku Kekerasan

Halusinasi : Pendengaran dan Penglihatan

Defisit Perawatan Diri: Mandi dan Berhias

Isolasi Sosial

Gambar 3. Pohon Masalah Pada Pasien Sdr.A

1. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada Sdr. A berdasarkan hasil pengkajian adalah:

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Halusinasi Penglihatan
3. Defisit Perawatan Diri : Mandi dan Berhias
4. Isolasi Sosial
5. Rencana Keperawatan

Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut SLKI (2016) setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan selama selama 3 hari selama 2x pertemuan dalam 1 shift diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil verbalisasi umpatan kepada orang lain menurun, perilaku menyerang menurun, perilaku melukai diri/orang lain menurun, perilaku merusak lingkungan sekitar menurun, perilaku agresif atau amuk menurun, suara keras menurun dan bicara ketus menurun.

Rencana keperawatan menurut SIKI (2016) pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan sebagai berikut :

 Pencegahan risiko perilaku kekerasan

1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan
2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung
3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan
4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
5. Libatkan keluarga dalam perawatan
6. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung kesehatan pasien
7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (misal : relaksasi, bercerita)
9. Fisik misalnya nafas dalam, berolahraga
10. Verbal misalnya menyampaikan rasa marah secara asertif
11. Spiritual misalnya sholat, berdo’a atau sesuai dengan keyakinan pasien
12. Sosial misalnya berkomunikasi dengan orang lain
13. Patuh minum obat secara teratur
14. Implementasi Keperawatan

Pasien bersedia untuk diajak berkomunikasi. Pada diagnosis utama yaitu risiko perilaku kekerasan, implementasi pertama dilakukan pada hari Kamis, 1 April 2021 pada pukul 13.00 WIB. Penulis melakukan data skoring pertama dengan menggunakan format pengkajian perilaku menyerang dan perilaku kekerasan. Kemudian penulis melakukan bina hubungan saling percaya seperti menyapa pasien, berkenalan dengan pasien dan mencoba untuk mengajak berbicara pasien. Pasien diajarkan cara manajemen marah fisik (nafas dalam, olahraga) dan verbal. Penulis mengevaluasi tindakan yang telah diberikan dan membuat jadwal kegiatan harian untuk pasien. Pada pukul 14.00 WIB penulis melakukan tindakan pada ketiga diagnosis yang lain. Pada diagnosis kedua yaitu halusinasi pendengaran dan penglihatan, implementasi pertama yang dilakukan penulis yaitu manajemen halusinasi (menghardik dan bercakap-cakap). Kemudian untuk diagnosis ketiga yaitu defisit perawatan diri dilakukan implementasi pertama yaitu pemberian dukungan perawatan diri mandi (manfaat mandi dan dampak tidak mandi). Pada diagnosis keempat yaitu isolasi sosial penulis melakukan implementasi pertama yaitu edukasi dukungan sosial (motivasi interaksi berhubungan dengan orang tua, teman dan lainnya).

Implementasi hari kedua dilakukan pada hari Jum’at, 2 April 2021 pukul 15.30 WIB. Melanjutkan pemberian tindakan cara manajemen marah yaitu spiritual, sosial dan minum obat. Penulis mengulang kembali pemahaman pasien tentang pemberian cara manajemen marah yang sudah disampaikan saat ini dan sebelumnya. Pada pukul 16.30 WIB penulis melakukan tindakan untuk ketiga diagnosis yang lain. Pada diagnosis kedua yaitu halusinasi pendengaran dan penglihatan, penulis mengulang kembali pemahaman tentang manajemen halusinasi pada pertemuan sebelumnya, lalu implementasi yang dilakukan yaitu manajemen halusinasi (beraktivitas yang positif dan minum obat). Kemudian untuk diagnosis ketiga yaitu defisit perawatan diri penulis menanyakan kembali tindakan sebelumnya terkait manfaat mandi dan dampak tidak mandi, selanjutnya tindakan yang dilakukan yaitu pemberian dukungan perawatan diri berhias. Pada diagnosis keempat yaitu isolasi sosial penulis melakukan implementasi edukasi dukungan sosial (motivasi interaksi berhubungan dengan orang tua, teman dan lainnya) dalam bentuk penulis membantu pasien untuk membangun komunikasi dengan teman sewisma.

Implementasi hari ketiga dilakukan pada hari Sabtu, 3 April 2021 pukul 16.00 WIB. Penulis mengevaluasi semua tindakan terutama diagnosis prioritas yaitu risiko perilaku marah dengan manajemen marah yang sudah diberikan sebelumnya dan melakukan skoring terakhir. Kemudian pada pukul 17.00 WIB penulis juga mengevalusi semua pemberian tindakan pada diagnosis yang lain yaitu halusinasi pendengaran dan penglihatan, defisit perawatan diri dan isolasi sosial.

1. Evaluasi Keperawatan

Dari hasil Implementasi dapat dievaluasi respon pasien yaitu :

1. Evaluasi untuk diagnosis utama risiko perilaku kekerasan dilakukan pada hari Kamis, 1 April 2021, pasien mengatakan belum mengetahui cara melakukan manajemen marah fisik (teknik nafas dalam, olahraga) dan verbal. Pasien tampak mampu melakukan nafas dalam, pasien belum mampu untuk menyebutkan kembali tindakan yang telah diberikan, kontak mata tampak kurang. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana yaitu jadwal kegiatan harian untuk pasien dan membuat kontrak waktu untuk besok memberikan tindakan lain terkait cara manajemen marah yaitu spiritual, sosial dan minum obat. Pada diagnosis kedua halusinasi pendengaran dan penglihatan, pasien mengatakan belum mengetahui cara manajemen halusinasi, pasien mampu untuk menyebutkan kembali tindakan yang diberikan, pasien terlihat kooperatif. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana kontrak waktu untuk besok memberikan tindakan lain terkait cara manajemen halusinasi yaitu beraktivifitas positif dan minum obat. Pada diagnosis ketiga defisit perawatan diri mandi pasien mengatakan akan rajin mandi dan menggosok gigi, pasien mampu untuk meyebutkan kembali manfaat dan dampai tidak mandi, pasien terlihat kooperatif. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana kontrak waktu untuk besok memberikan tindakan lain terkait dukungan perawatan diri berhias. Kemudian untuk diagnosis isolasi sosial pasien mengatakan kurang percaya diri ketika berhubungan dengan orang lain, pasien mau untuk mencoba berkomunikasi dengan orang lain, pasien terlihat lesu dan kontak mata kurang. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana kontrak waktu untuk membantu pasien membangun komunikasi dengan teman sewisma.
2. Evaluasi untuk diagnosis utama dilakukan pada hari Jum’at, 2 April 2021, pasien mengatakan sudah menerapkan nafas dalam sebelum tidur, melakukan olahraga senam setiap pagi, namun belum mampu melakukan cara verbal. Pasien tampak kooperatif dan lesu. Pasien dapat menyebutkan kembali tindakan manajemen marah meskipun ada beberapa hal yang masih terlupa. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana kontrak waktu untuk mengevaluasi semua tindakan manajemen marah yang sudah diberikan sebelumnya. Pasien tampak mampu melakukan nafas dalam, pasien belum mampu untuk menyebutkan kembali tindakan yang telah diberikan, kontak mata tampak kurang. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana yaitu jadwal kegiatan harian untuk pasien dan membuat kontrak waktu untuk besok untuk mengevaluasi semua tindakan manajemen marah. Pada diagnosis kedua halusinasi pendengaran dan penglihatan, pasien mengatakan sudah menerapkan tindakan menghardik dan bercakap-cakap, pasien mampu untuk menyebutkan kembali tindakan manajemen halusinasi yaitu beraktifitas dan minum obat dengan teratur agar gejala tidak kembali muncul. Pasien terlihat kooperatif. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana kontrak waktu untuk besok mengevaluasi semua tindakan. Pada diagnosis ketiga defisit perawatan diri mandi dan berhias pasien mengatakan sudah mandi 2x sehari dan menggosok gigi setelah makan tetapi lupa untuk menggosok gigi sebelum tidur, pasien mampu untuk meyebutkan kembali manfaat dan dampak tidak mandi, pasien mengatakan akan lebih memperhatikan penampilannya. Pasien terlihat kooperatif. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana kontrak waktu untuk besok melakukan evaluasi. Kemudian untuk diagnosis isolasi sosial pasien mengatakan akan terus mencoba berkomunikasi dengan orang lain, pasien terlihat masih malu-malu. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana kontrak waktu untuk besok melakukan evaluasi.
3. Evaluasi untuk diagnosis utama dilakukan pada hari Sabtu, 3 April 2021, penulis mengevaluasi semua tindakan manajemen marah yang sudah diberikan sebelumnya. Pasien mengatakan sudah melakukan semua tindakan cara manajemen marah sesuai dengan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah dibuat, pasien mengatakan akan menerapakan manajemen marah dengan sesuai jadwal sehari-hari yang telah dibuat. Pasien tampak kooperatif dan lesu. Pasien dapat menyebutkan kembali semua tindakan cara manajemen marah dengan benar. Tujuan penulis tercapai penuh dan penulis menghentikan intervensi. Pada diagnosis kedua halusinasi pendengaran dan penglihatan, pasien mengatakan sudah melakukan semua tindakan yang diberikan dan pasien mengatakan halusinasinya sudah jarang muncul. Pasien terlihat kooperatif. Tujuan tercapai penuh dan penulis menghentikan intervensi. Pada diagnosis ketiga defisit perawatan diri mandi dan berhias pasien sudah mampu menerapkan perawatan diri. Pasien mengatakan sudah mandi 2x sehari dan menggosok gigi setelah makan dan sebelum tidur, pasien mau untuk keramas dan menyisir rambutnya. Pasien terlihat bersih dan rapi. Tujuan tercapai penuh dan penulis menghentikan intervensi. Kemudian untuk diagnosis isolasi sosial pasien mengatakan sudah melakukan komunikasi dengan orang lain ketika waktu luang, pasien terlihat lebih percaya diri dan tidak menyendiri. Tujuan tercapai penuh dan penulis menghentikan intervensi.
4. **Pembahasan**

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan jiwa yang telah dilakukan, penulis mengambil satu responden dengan pasien risiko perilaku kekerasan di Wisma Arjuna Rumah Sakit Jiwa Grhasia yaitu pada pasien Sdr. A. Pelaksanakan ini dilakukan sejak tanggal 1-3 April 2021. Dalam penyusunan asuhan keperawatan penulis melakukan suatu proses yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pengelolaan asuhan keperawatan pasien Sdr. A dilakukan 2 kali pertemuan dalam 1 kali shift selama 3 hari. Penulis mendapatkan 4 diagnosis namun penulis hanya memberikan asuhan keperawatan pada diagnosis utama saja.

* + - 1. **Pengkajian Keperawatan**

Sebelum menemui pasien penulis mengomunikasikan kepada perawat terkait tindakan yang akan diberikan kepada pasien. Kemudian penulis melakukan data skoring dengan menggunakan format pengkajian perilaku menyerang dan perilaku kekerasan. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut didapatkan data skor pasien Sdr. A yaitu 4 dengan pencegahan risiko sedang. Penulis kemudian menawarkan kepada pasien bersedia atau tidak untuk diberikan tindakan manajemen marah. Pengkajian pasien dilakukan pada tanggal 1 April 2021 diperoleh hasil data pasien sering marah-marah, mengamuk hingga merusak barang-barang, memukul orang disekitar, dan melukai dirinya dengan memukul pintu kamar hingga rusak. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Surya Direja (2011) yang menyatakan bahwa risiko perilaku kekerasan ialah suatu tindakan dimana seseorang memiliki riwayat perilaku kekerasan yang dapat membahayakan secara fisik, baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, disertai dengan amuk, dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol. Berdasarkan data yang didapatkan pada Sdr. A sesuai dengan teori yang ada dan hipotesis peneliti tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus yang ditemukan selama penelitian.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada pada pasien Sdr. A didapatkan faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya risiko perilaku kekerasan yaitu ini merupakan pertama kalinya pasien dirawat di rumah sakit jiwa karena pasien mengalami perubahan tingkah laku kurang lebih 1 tahun sejak lulus SMA. Pasien sering marah-marah, berbicara dengan suara keras mengamuk hingga merusak barang-barang yang ada di kamar, sering mendengar suara-suara, sering melihat bayangan dan tidak pernah mandi. Pasien belum pernah memperoleh pengobatan sebelumnya. Pasien mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu konflik keluarga dengan ayahnya. Sejak kecil usia 5 tahun ia sudah mengalami kekerasan secara fisik hingga saat ini masih merasa trauma.

Menurut Syafitri (2016) mengatakan bahwa faktor predisposisi adalah psikologis, sosial budaya dan bioneurologis. Namun yang menjadi penyebab utama timbulnya marah pada pasien Sdr. A adalah akibat dari respon psikologis terhadap adanya hambatan yang dialami dapat menimbulkan seseorang menjadi frustasi sehingga dapat mendorong individu melakukan tindakan agresif untuk melukai orang. Hal ini sudah terdapat kesesuaian antara kasus dengan konsep teori.

Sedangkan faktor presipitasi yang ditemukan pada pada pasien Sdr. A yaitu pasien merasa kecewa dengan ayahnya. Pasien beranggapan bahwa ayahnya selalu menyalahkannya meskipun ia tidak membuat kesalahan. Pasien menganggap orangtuanya berbeda dengan orang tua lainnya. Faktor ancaman eksternal tersebut yang menyebabkan perilaku kekerasan timbul pada pasien Sdr. A karena ketidakampuan menempatkan diri sebagai individu yang dewasa yang menyebabkan pasien hilang kontrol disertai amuk. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang telah disampaikan oleh Yosep (2014).

Dalam pengkajian status mental didapatkan data penampilan Sdr. A penampilan pasien tidak rapi, pakaian seragam kusut, penggunaan pakaian sesuai, pasien mandi 1x sehari, kulit tampak kotor, gigi tampak kotor, pasien menggosok gigi 1x sehari dengan sikat gigi dan pasta gigi, pada ekstermitas tangan dan kaki kuku tampak pendek, rambut pasien tampak tidak rapi, panjang dan acak-acakan, pasien malas menyisir rambut. Pembicaraan pasien cepat dan koheren. Pasien mampu untuk memulai pembicaraan. Aktivitas motorik pasien tampak gelisah terlihat sering mondar-mandir didalam wisma, dan tampak lesu ketika diajak berkomunikasi. Alam perasaan pasien tampak sedih dan merasa kesal dengan perlakuan ayahnya. Afek pasien tumpul. Interaksi selama wawancara pasien bersikap kooperatif selama berinteraksi tetapi kontak mata kurang saat diajak berinteraksi dengan lawan bicaranya. Pasien mengalami masalah persepsi pendengaran dan penglihatan. Proses pikir pasien perseverasi. Pada isi pikir pasien tidak ditemukannya obsesi, depersonalisasi, fobia, ide yang terkait, hipokondria, pikiran magis dan waham. Pada tingkat kesadaran pasien mengetahui jika sedang dirawat di RSJ Grhasia. Pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang. Pasien mampu menyebutkan orang, tempat dan waktu dengan baik. Pasien tidak mengalami gangguan memori ingatan jangka pendek, ingatan jangka panjang maupun daya ingat saat ini. Kemampuan konsentrasi dan berhitung baik, perhatian pasien tidak mudah teralih. Pasen tidak ada gangguan dalam kemampuan penilaian dan untuk daya tilik diri pasien menyatakan dirinya dirawat di Grhasia karena pasien dianggap mengalami gangguan pada jiwanya dan pasien menyadari jika diriya mengalami gangguan jiwa.

* + - 1. **Diagnosis Keperawatan**

 Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan 4 diagnosis keperawatan pada Sdr. A. Penulis hanya mengambil satu prioritas diagnosis yaitu risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan data subyektif pasien mengatakan mendapatkan penganiayaan fisik dari ayahnya sejak usia 5 tahun. Pasien mengatakan masih merasa trauma sampai sekarang. Pasien mengatakan sering berkonflik dengan ayahnya tentang kesalahan kecil lalu dibesar-besarkan. Respon yang diberikan pasien mengatakan sering marah-marah, mengamuk, merusak barang-barang, memukul pintu kamar hingga rusak dan bahkan menonjok ayahnya. Sedangkan data obyektif pasien tampak sedih, kesal dan pasien tampak mengepalkan tangan ketika membahas ayahnya. Hal tersebut dapat dibuktikan berdasarkan gejala dan tanda minor dan mayor menurut SDKI (2016) yaitu data subyektif pasien berbicara dengan suara keras dan data obyektif pasien merusak lingkungan, melukai diri sendiri atau orang lain, menyerang orang lain, berperilaku agresif atau amuk dan mengepalkan tangan.

Masalah risiko perilaku kekerasan dapat terjadi karena adanya halusinasi pada pasien sehingga menyebabkan defisit perawatan diri pasien kurang dan sebelum terjadi halusinasi biasanya pasien menarik diri karena harga diri pasien rendah.

* + - 1. **Perencanaan Keperawatan**

Peneliti membuat rencana keperawatan untuk melakukan pelaksanaan tindakan terhadap pasien. Pelaksanaan tindakan keperawatan ini difokuskan pada diagnosis masalah utama yaitu risiko perilaku kekerasan terdiri dari monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan, monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung, monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan, pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin, libatkan keluarga dalam perawatan, anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung kesehatan pasien, latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif, latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (misal : relaksasi, bercerita) atau melakukan tindakan fisik misalnya nafas dalam, berolahraga, verbal dan sosial misalnya menyampaikan rasa marah secara asertif, spiritual misalnya sholat, berdo’a atau sesuai dengan keyakinan pasien, dan patuh minum obat secara teratur dengan menyebutkan kekurangan dan kelebihan dari masing-masing obat. Pelaksanaan tindakan keperawatan untuk diagnosis halusinasi pendengaran dan penglihatan penulis melakukan manajemen halusinasi yaitu menghardik, bercakap-cakap, beraktifitas positif, dan obat. Kemudian untuk pelaksanaan diagnosis defisit perawatan diri dengan melakukan dukungan perawatan diri mandi dan berhias. Sedangkan untuk diagnosis isolasi sosial penulis melakukan edukasi dukungan sosial. Penyusunan rencana keperawatan pada pasien Sdr. A telah sesuai dengan rencana teori berdasarkan SIKI dan SLKI (2016), namun tetap disesuaikan dengan kondisi pasien sehingga harus tetap dievaluasi terus-menerus sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai. Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan penelitian yang telah dilakukan dalam memprioritaskan masalah dan perencanaan tindakan keperawatan.

* + - 1. **Implementasi Keperawatan**

 Implementasi keperawatan yang akan dilakukan harus disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun. Hasil penelitian pada Sdr. A dengan risiko perilaku kekerasan terdapat beberapa tindakan keperawatan yang sudah dilakukan diantaranya: Implementasi pertama dilakukan pada hari Kamis, 1 April 2021 pada pukul 13.00 WIB. Penulis melakukan bina hubungan saling percaya seperti menyapa pasien, berkenalan dengan pasien dan mencoba untuk mengajak berbicara pasien. Pasien bersedia untuk diajak berkomunikasi. Pasien diajarkan cara manajemen marah fisik (nafas dalam, olahraga) dan verbal. Penulis mengevaluasi tindakan yang telah diberikan dan membuat jadwal kegiatan harian untuk pasien. Implementasi hari kedua dilakukan pada hari Jum’at, 2 April 2021 pukul 15.30 WIB. Melanjutkan pemberian tindakan cara manajemen marah yaitu spiritual, sosial dan minum obat. Penulis mengulang kembali pemahaman pasien tentang pemberian cara manajemen marah yang sudah disampaikan saat ini dan sebelumnya. Pada implementasi hari ketiga dilakukan pada hari Sabtu, 3 April 2021 pukul 16.00 WIB. Penulis mengevaluasi semua tindakan manajemen marah yang sudah diberikan sebelumnya. Setelah melakukan manajemen marah pada diagnosis utama, penulis juga bersamaan untuk melakukan implementasi setiap 1 hari selama 2x pertemuan pada masing-masing diagnosisnya (halusinasi pendengaran dan penglihatan, defisit perawatan diri mandi dan berhias, dan isolasi sosial).

* + - 1. **Evaluasi Keperawatan**

 Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan pada tindakan yang telah diberikan. Pada teori maupun kasus dalam membuat evaluasi disusun berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai. Dimana pada kasus penulis melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari selama 2x pertemuan selama 1 shift. Sebelum melakukan suhan keperawatan kepada pasien, penulis melibatkan keluarga dengan memberikan edukasi mengenai manajemen marah. Keluarga pasien mengatakan memahami terkait hal yang telah disampaikan, keluarga tampak kooperatif, tujuan tercapai dan penulis menghentikan intervensi. Pada saat pemberian asuhan keperawatan pasien Sdr. A dengan risiko perilaku kekerasan dari hasil implementasi dapat dievaluasi respon pasien yaitu : pada hari pertama, pasien mengatakan belum mengetahui cara melakukan manajemen marah fisik (teknik nafas dalam, olahraga) dan verbal. Pasien tampak mampu melakukan nafas dalam, pasien belum mampu untuk menyebutkan kembali tindakan yang telah diberikan, kontak mata kurang. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana yaitu jadwal kegiatan harian untuk pasien dan membuat kontrak waktu untuk besok memberikan tindakan lain terkait cara manajemen marah yaitu spiritual, sosial dan minum obat. Kemudian hari kedua pasien mengatakan sudah menerapkan nafas dalam sebelum tidur, melakukan olahraga senam setiap pagi, namun belum melakukan cara verbal. Pasien tampak kooperatif dan lesu, pasien dapat menyebutkan kembali tindakan manajemen marah meskipun masih ada beberapa hal yang terlupa. Tujuan tercapai sebagian dan penulis membuat rencana kontrak waktu untuk mengevaluasi semua tindakan manajemen marah yang sudah diberikan sebelumnya. Pada hari ketiga penulis mengevaluasi semua tindakan mengontrol marah yang sudah diberikan sebelumnya. Pasien mengatakan sudah melakukan semua tindakan cara mengontrol marah sesuai dengan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah dibuat, pasien mengatakan akan menerapakan manajemen marah dengan sesuai jadwal sehari-hari yang telah dibuat. Pasien tampak kooperatif dan lesu. Pasien mampu menyebutkan kembali semua tindakan cara manajemen marah dengan benar. Tujuan penulis tercapai penuh dan penulis menghentikan intervensi. Hal ini sesuai dengan teori dari buku SDKI PPNI (2016) yaitu evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (Subyektif, Objektif, Assessment, Planning).

1. **Keterbatasan Studi Kasus**

Penulis tidak terdapat keterbatasan ketika melaksanakan studi kasus