

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko Perilaku Kekerasan dan diagnosa medis *Skizofrenia*, yang mulai dari tahap pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 21 Oktober 2020 sampai dengan 22 Oktober 2020 dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.2 Identitas Klien

Tn.A dengan usia 27 Tahun. Klien belum bekerja memiliki agama islam.

3.1.3 Alasan Masuk

Keluarga klien mengatakan bahwa klien suka mengamuk sejak usia mudah, awal mula klien suka marah saat orang tuanya mengalami pertengkaran. Klien juga mengamuk karena tidak diperbolehkan merokok, klien juga jengkel jika mendengarkan suara yang berisik dan keras. Klien mengatakan bahwa dirinya tidak suka melihat ibunya bertengkar dengan ayahnya. Klien sangat mudah tersinggung dengan ucapan siapapun yang menganggunya. Klien juga sering melempar barang-barang ketika dia marah.

3.1.4 Faktor Predisposisi

Klien mengatakan pernah masuk Rumah sakit jiwa lebih kurang 4 kali dan sering kabur dari rumah sakit. Pengobatan yang dilakukan kurang berhasil karena klien tidak teratur meminum obatnya. Klien pernah mengalami aniaya fisik berupa cubitan dan tamparan. mulai usia 5 tahun jika merusak barang ayahnya atau menganggunya. Klien juga sering melihat ibu dan ayahnya bertengkar dan

menggukakan kekerasan fisik. Klien juga mudah tersinggung dan memukul temannya jika dia diejek. Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku kekerasan

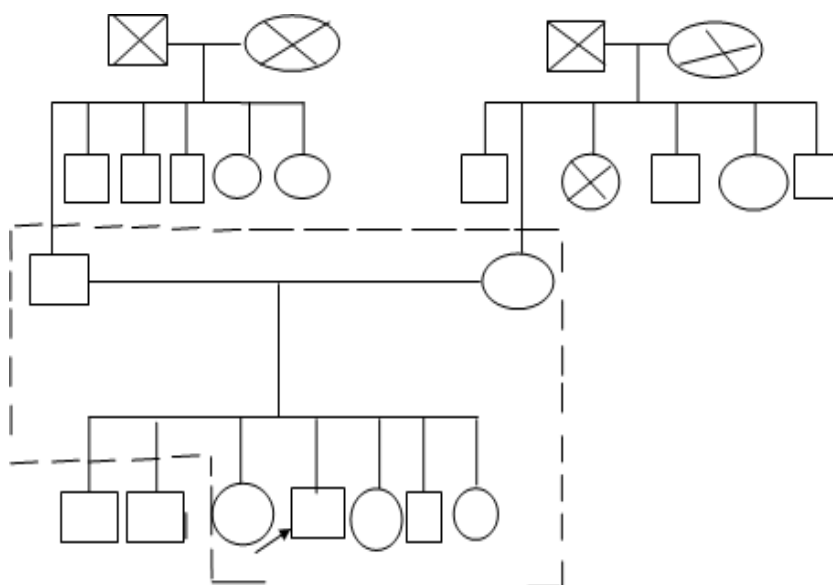
3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital : 100/80 mmHg, N:80 x/mnt, S : 36 °C, RR : 22x/mnt
2. Ukuran : BB : 60kg , TB : 160 cm
3. Keluhan Fisik : Klien tidak mengeluh adanya rasa sakit dibadannya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan


3.1.6 Psikososial

• Genogram



Keterangan :

- | | |
|---|--------------------|
| □ | : Laki-laki |
| ○ | : Perempuan |
| ↗ | : Klien |
| □ | : Garis perkawinan |

- : Garis keturunan
-  : Meninggal
- — : Garis tinggal serumah

Klien mengatakan kalau kakek dan neneknya telah meninggal dunia. Klien tinggal serumah bersama orang tuanya dan kakak perempuannya serta bersama 3 adiknya

,Klien anak ke-4 dari 7 bersaudara.

3.1.7 Konsep Diri

1. Konsep diri .
 - a. Gambaran diri : klien mengatakan “ saya menyukai semua bagian tubuh saya dan saya puas”
 - b. Identitas : klien mengatakan “ saya adalah laki-laki, berumur 27 tahun, belum menikah, berasal dari jawa”
 - c. Peran : klien mengatakan “ saya seorang anak dan punya tiga adek mbak, saya sampai saat ini belum punya pekerjaan yang mapan, saya pengen sekali bisa sembuh total dan membahagiakan k orang tua saya”
 - d. Ideal diri : klien mengatakan : “saya ingin semua keinginan saya di turuti oleh kedua orang tua saya dan orang tua saya tidak boleh pilih kasih ”
 - e. Harga diri : klien mengatakan “saya sejak kecil tidak pernah berguna di mata orang tua saya”

Masalah keperawatan : Gangguan Konsep diri : Harga diri rendah

2. Hubungan social
 - a. Klien mengatakan “Ibu adalah orang yang sangat berarti. Ibunya yang

sayang pada klien dan ibunya adalah tempat meminta bantuan”

- b. Klien mengatakan “saya dirumah tidak ikut kegiatan mbak”
- c. Klien mengatakan “saya sering marah mbak kalau orang lain tidak menuruti saya, kadang orang-orang takut soalnya saya suka mengancam”

Masalah Keperawatan : Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan :

Gangguan interaksi sosial

3.1.8 Stasul Mental

1. Penampilan

Penampilan klien cukup rapi, rambut plontos, kemudian menggunakan baju yang seharusnya, dan mandi 2 kali dalam sehari. Klien cukup memperhatikan penampilanya.

2. Pembicaraan

Klien berbicara dengan keras,kacau serta terlihat cepat tersinggung

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

3. Aktivitas motorik

klien terlihat sehat namun suka menyendiri dan banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur utuk tidur pagi dan siang hari.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

4. Alam perasaan

Klien mengatakan “saya kadang sedih mbak, tapi kadang juga bahagia.

Saya gatau penyebabnya apa”

Masalah Keperawatan : Gangguan alam perasaan

5. Afek

Afek klien labil, cepat marah dan tersinggung serta mengungkapkan keinginannya untuk memukul orang. Data objektif saat wawancara afek klien

cenderung labil, hal ini dibuktikan dengan berubah-ubahnya irama perasaan klien. Di satu waktu klien tampak sangat senang, namun dalam jeda waktu yang tidak terlalu lama klien tampak sedih.

Masalah Keperawatan : Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain

6. Interaksi selama wawancara

Interaksi selama wawancara kadang tampak bermusuhan dan menunjukkan kontak mata tajam.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

7. Persepsi

Klien mengatakan tidak pernah mendengar bisikan-bisikan aneh ataupun melihat bayangan-bayangan aneh juga.

8. Proses pikir

Proses fikir klien adalah flight of ideas karena sering mengganti topic pembicaraan tanpa menyelesaikan topic pertama.

Masalah keperawatan : Waham

9. Isi Pikir

Klien mengatakan dirinya memiliki taxi dan pernah bekerja di luar negeri serta mengaggap dirinya kuat.

Masalah Keperawatan : Waham

10. Tingkat kesadaran

Compus mentis (Klien sadar akan dirinya) Tingkat kesadaran klien baik dan klien tidak mengalami disorientasi terhadap waktu, tempat dan orang.

11. Memori

Klien tidak mengalami gangguan daya ingat karena klien mampu

menjelaskan kegiatan sehari-hari dan juga menceritakan pengalaman-pengalaman saat sebelumnya.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Tingkat konsentrasi Klien baik karena masih dapat berhitung dan dapat menjawab perhitungan sederhana.

13. Kemampuan penilaian

Kemampuan penilaian klien mengalami gangguan penilaian ringan. Klien Tidak bisa memilih antara dua pilihan.

14. Daya tilik diri

Klien mengatakan dirinya sehat.

1. Mekanisme Koping

Respon klien saat mendapat masalah atau sesuatu yang di anggap buruk, berespon berlebihan dan cenderung mencederai diri sendiri maupun orang lain.

2. Masalah Keperawatan : Koping Individu tidak efektif

3. Masalah Psikososial dan Lingkungan

- Masalah dukungan kelompok

Klien mengatakan keluarga dan saudaranya mendukung untuk kesembuhannya.

- Masalah hubungan dengan lingkungan

Klien megatakan mengalami masalah dengan lingkungan karena sering diejek dan ingin memukul orang-orang yang mengejeknya.

- Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pendidikannya.

4. Masalah dengan pekerjaan Klien belum bekerja

5. Masalah ekonomi

Klien mengatakan hidupnya dan keluarganya masih mampu dan berkecukupan.

6. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan sudah pernah berobat kepengobatan alternative

7. Masalah lainnya

Masalah dengan keluarganya : klien selalu bersama ibunya dan kakak adeknya

3.1.9 Daftar Masalah Keperawatan

1. Resiko Perilaku Kekerasan

2. Harga Diri Rendah Kronis

3. Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain

4. Defisit Perawatan Diri

5. Gangguan proses pikir

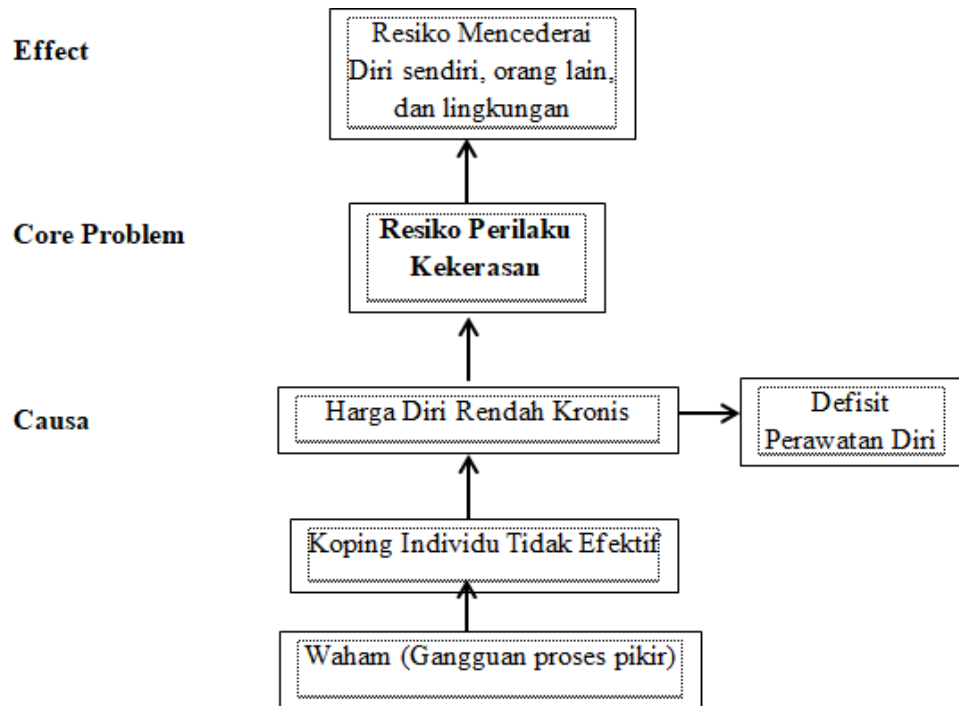
Surabaya , Oktober 2020

Perawat yang mengkaji

3.2 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH KEPERAWATAN
1	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan cepat tersinggung, ingin mengamuk, pernah memukul orang lain serta mengungkapkan keinginan memukul orang-orang yang menjeleknya.</p> <p>DO :</p> <p>Klien berbicara keras, kacau, cepat tersinggung, emosi labil, tampak bermusuhan, kontak mata tajam.</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI hal 312 D.0146)</p>
2	<p>DS:</p> <p>- Klien merasa malu dengan orang lain</p> <p>DO:</p> <p>Menyendiri, lebih banyak menghabiskan waktu di kamar.</p>	<p>Harga Diri Rendah Kronis (SDKI hal. 192 D.0086)</p>
3	<p>DS :</p> <p>Saya marah jika ada yang mengganggu saya, atau ada yang berisik mengganggu ketenangan saya.</p> <p>DO :</p> <p>Klien tampak mengungkapkan kemarahannya dengan nada bicara keras, padangan tajam dan tampak menggebu-gebu.</p>	<p>Koping individu tidak efektif</p> <p>SDKI, 2016 (D.0096)</p>

3.3 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah Tn.A

3.4 Rencana Keperawatan

Nama Klien : Tn. A

Dx Medis: -

RM No. : -

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x kunjungan rumah diharapkan Resiko perilaku kekerasan menurun dengan k.h: 1. Perilaku menyerang berkurang 2. Perilaku menyedera diri sendiri/orang lain. 3. Suara keras berkurang	1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan 2. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan 3. Petahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 4. Libatkan keluarga dalam perawatan 5. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal	1. Mencegah mencedera diri sendiri dan orang lain. 2. Mencegah terjadinya mencedera pada diri sendiri 3. Untuk mengamankan lingkungan dari bahaya cedera 4. Untuk mengontrol amarah klien 5. Agar klien dapat mengontrol emosinya.
Harga Diri Rendah Situasional	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x kunjungan rumah diharapkan harga diri meningkat dengan k.h:	1. Berbicara dengan nada rendah dan tenang 2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 3. Ajarkan cara mengatasi bullying	1. Meningkatkan hubungan saling percaya 2. Mengetahui rasa percaya diri klien

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Kontak mata meningkat 4. Perasaan malu menurun 5. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki 5. Motivasi berpikir positif 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Meningkatkan pengetahuan klien dalam mengatasi masalah 4. Meningkatkan percaya diri klien 5. Mengalihkan kondisi klien saat ini
Koping Tidak Efektif	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x kunjungan rumah diharapkan penampilan peran membaik dengan k.h:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi harapan terpenuhi meningkat 2. Verbalisasi kepuasan peran meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan 2. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi 3. Identifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi yang memicu konflik 4. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tugas dan peran sesuai usia 2. Untuk mendapatkan solusi dari masalah 3. Untuk mengetahui penyebab dari masalahnya 4. Melatih klien untuk dapat memutuskan keputusan dengan baik

	<ol style="list-style-type: none">3. Strategi koping yang efektif meningkat4. Adaptasi peran meningkat5. Perilaku cemas menurun		
--	---	--	--

3.5 Tindakan Keperawatan

Nama: Tn. A

RM No. :

No Dx	Hari & Tanggal Pukul	Implementasi	Evaluasi	TTD
1,2,3	21/10/2020 15.00	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian dengan kunjungan rumah hari ke 1 - Menanyakan perasaan dan keluhan klien saat ini (S: klien mengatakan bahwa sering elihat kekerasan dirumahnya Ketika masih kecil) - mengidentifikasi masalah resiko perilaku social dengan terjadinya isolasi sosa(S: Kx mengatakan bahwa dia mudah tersinggung karena banyak teman atau orang lan yang mengejeknya) - Menjelaskan dampak dari yang dilakukan pada dirinya - Mengajarkan cara relaksasi Tarik nafas Ketika ingin marah 	<p><u>DX: Resiko Perilaku kekerasan</u></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan perasaannya lebih sedikit tenang - Kx mengatakan mulai paham tentang penyebab dari marahnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A tampak lebih tenang - Tn. A tampak mulai menunjukkan perilaku adaptif <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (4,5)</p> <p><u>DX: Harga Diri Rendah Situasional</u></p> <p>S:</p>	wike

			<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bahwa dirinya tidak telalu buruk - Klien mengatakan akan mencoba berinteraksi diluar agar mendapatkan kerjaan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mampu membuat keputusan - Klien tampak memahami konsep dirinya <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (4,5)</p> <p>DX: Koping Tidak Efektif</p> <p>S: Tn. A mengatakan akan mecoba berinteraksi mencari kerja</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cemas berkurang - Px tampak berani memutuskan keputusan - Kepuasan peran diusianya meningkat <p>A:Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (4)</p>	
1,2,3	22/20/2020 11.00	- Melakukan pengkajian kunjungan rumah hari ke 2	<p><u>DX: Resiko perilaku kekerasan</u></p> <p>S:</p>	wike

		<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan perasaan yang dirasakan klien sekarang ini dan mengevaluasi perubahan klien - Mendengarkan keluhan yang dirasakan klien (S: Klien mengatakan sekarang mulai sedikit dapat mengontrol marahnya dengan Tarik nafas dalam) - Memotivasi klien untuk meningkatkan perasaan dan menggali kemampuannya. 	<p>Klien saat ini dapat mengurangi rasa marahnya dengan cara Tarik nafas dalam.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A tampak tenang <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p><u>DX: Harga Diri Rendah Situasional</u></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn.A mengatakan sekarang mulai percaya diri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A tampak mulai berinteraksi dengan tetangga - Tampak ada kontak mata antara klien dengan perawat - Tn. A tampak mampu membuat solusi <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan.</p> <p><u>DX 3: Koping Tidak Efektif</u></p> <p>S:</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Klien mengatakan sekarang percaya diri dan mau berinteraksi dengan orang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A tampak menjalankan keputusannya - Tidak cemas - Puas dengan keputusannya <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
10.00	26/07/2021	<p>SP Keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya - Mengevaluasi status sosial klien - menjelaskan dengan ibu klien tentang resiko perilaku kekerasan - Melaskan kepada ibu klien cara mengatasi resiko perilaku kekerasan 	<p><u>DX: Gangguan Citra Tubuh</u></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu kx mengatakan sudah mengetahui masalah anaknya karena dia trauma dengan masa kecilnya yang ditampar oleh ayahnya. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu kx tampak fokus menghadapi masalah kx - Ibu kx tampak mendukung penyelesaian masalah <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini disajikan pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko Perilaku Kekerasan dan diagnosa medis *Skizofrenia*, yang mulai dari tahap pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 21 Oktober 2020 sampai dengan 22 Oktober 2020 dengan data sebagai berikut :

3.6 Pengkajian

3.1.10 Identitas Klien

Tn.A dengan usia 27 Tahun. Klien belum bekerja memiliki agama islam.

3.1.11 Alasan Masuk

Keluarga klien mengatakan bahwa klien suka mengamuk sejak usia mudah, awal mula klien suka marah saat orang tuanya mengalami pertengkaran. Klien juga mengamuk karena tidak diperbolehkan merokok, klien juga jengkel jika mendengarkan suara yang berisik dan keras. Klien mengatakan bahwa dirinya tidak suka melihat ibunya bertengkar dengan ayahnya. Klien sangat mudah tersinggung dengan ucapan siapapun yang menganggunya. Klien juga sering melempar barang-barang ketika dia marah.

3.1.12 Faktor Predisposisi

Klien mengatakan pernah masuk Rumah sakit jiwa lebih kurang 4 kali dan sering kabur dari rumah sakit. Pengobatan yang dilakukan kurang berhasil karena klien tidak teratur meminum obatnya. Klien pernah mengalami aniaya fisik berupa cubitan dan tamparan. mulai usia 5 tahun jika merusak barang ayahnya atau menganggunya. Klien juga sering melihat ibu dan ayahnya bertengkar dan

menggunakan kekerasan fisik. Klien juga mudah tersinggung dan memukul temannya jika dia diejek. Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku kekerasan

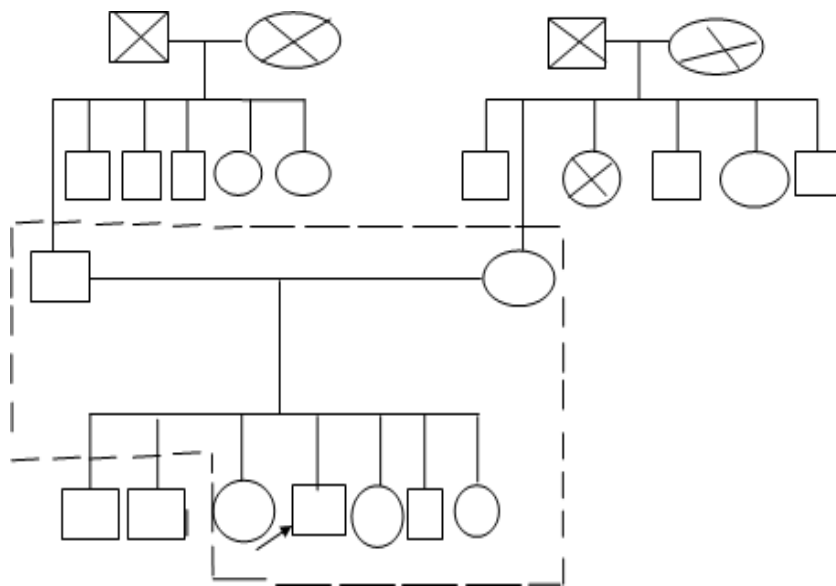
3.1.13 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital : 100/80 mmHg, N:80 x/mnt, S : 36 °C, RR : 22x/mnt
2. Ukuran : BB : 60kg , TB : 160 cm
3. Keluhan Fisik : Klien tidak mengeluh adanya rasa sakit dibadannya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan


3.1.14 Psikososial

- **Genogram**



Keterangan :

- | | |
|---|--------------------|
| □ | : Laki-laki |
| ○ | : Perempuan |
| ↗ | : Klien |
| □ | : Garis perkawinan |

- : Garis keturunan
-  : Meninggal
- — : Garis tinggal serumah

Klien mengatakan kalau kakek dan neneknya telah meninggal dunia. Klien tinggal serumah bersama orang tuanya dan kakak perempuannya serta bersama 3 adiknya

,Klien anak ke-4 dari 7 bersaudara.

3.1.15 Konsep Diri

1. Konsep diri .
 - a. Gambaran diri : klien mengatakan “ saya menyukai semua bagian tubuh saya dan saya puas”
 - b. Identitas : klien mengatakan “ saya adalah laki-laki, berumur 27 tahun, belum menikah, berasal dari jawa”
 - c. Peran : klien mengatakan “ saya seorang anak dan punya tiga adek mbak, saya sampai saat ini belum punya pekerjaan yang mapan, saya pengen sekali bisa sembuh total dan membahagiakan k orang tua saya”
 - d. Ideal diri : klien mengatakan : “saya ingin semua keinginan saya di turuti oleh kedua orang tua saya dan orang tua saya tidak boleh pilih kasih ”
 - e. Harga diri : klien mengatakan “saya sejak kecil tidak pernah berguna di mata orang tua saya”

Masalah keperawatan : Gangguan Konsep dir : Harga diri rendah

2. Hubungan social
 - a. Klien mengatakan “Ibu adalah orang yang sangat berarti. Ibunya yang

sayang pada klien dan ibunya adalah tempat meminta bantuan”

- b. Klien mengatakan “saya dirumah tidak ikut kegiatan mbak”
- c. Klien mengatakan “saya sering marah mbak kalau orang lain tidak menuruti saya, kadang orang-orang takut soalnya saya suka mengancam”

Masalah Keperawatan : Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan :

Gangguan interaksi sosial

3.1.16 Stasul Mental

15. Penampilan

Penampilan klien cukup rapi, rambut plontos, kemudian menggunakan baju yang seharusnya, dan mandi 2 kali dalam sehari. Klien cukup memperhatikan penampilanya.

16. Pembicaraan

Klien berbicara dengan keras, kacau serta terlihat cepat tersinggung

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

17. Aktivitas motorik

klien terlihat sehat namun suka menyendiri dan banyak menghabiskan waktunya ditempat tidur utuk tidur pagi dan siang hari.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

18. Alam perasaan

Klien mengatakan “saya kadang sedih mbak, tapi kadang juga bahagia. Saya gatau penyebabnya apa”

Masalah Keperawatan : Gangguan alam perasaan

19. Afek

Afek klien labil, cepat marah dan tersinggung serta mengungkapkan keinginannya untuk memukul orang. Data objektif saat wawancara afek klien

cenderung labil, hal ini dibuktikan dengan berubah-ubahnya irama perasaan klien. Di satu waktu klien tampak sangat senang, namun dalam jeda waktu yang tidak terlalu lama klien tampak sedih.

Masalah Keperawatan : Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain

20. Interaksi selama wawancara

Interaksi selama wawancara kadang tampak bermusuhan dan menunjukkan kontak mata tajam.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

21. Persepsi

Klien mengatakan tidak pernah mendengar bisikan-bisikan aneh ataupun melihat bayangan-bayangan aneh juga.

22. Proses pikir

Proses fikir klien adalah flight of ideas karena sering megganti topic pembicaraan tanpa menyelesaikan topic pertama.

Masalah keperawatan : Waham

23. Isi Pikir

Klien mengatakan dirinya memiliki taxi dan pernah bekerja di luar negeri serta mengaggap dirinya kuat.

Masalah Keperawatan : Waham

24. Tingkat kesadaran

Compus mentis (Klien sadar akan dirinya) Tingkat kesadaran klien baik dan klien tidak mengalami disorientasi terhadap waktu, tempat dan orang.

25. Memori

Klien tidak mengalami gangguan daya ingat karena klien mampu

menjelaskan kegiatan sehari-hari dan juga menceritakan pengalaman-pengalaman saat sebelumnya.

26. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Tingkat konsentrasi Klien baik karena masih dapat berhitung dan dapat menjawab perhitungan sederhana.

27. Kemampuan penilaian

Kemampuan penilaian klien mengalami gangguan penilaian ringan. Klien Tidak bisa memilih antara dua pilihan.

28. Daya tilik diri

Klien mengatakan dirinya sehat.

8. Mekanisme Koping

Respon klien saat mendapat masalah atau sesuatu yang di anggap buruk, berespon berlebihan dan cenderung mencederai diri sendiri maupun orang lain.

9. Masalah Keperawatan : Koping Individu tidak efektif

10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

- Masalah dukungan kelompok

Klien mengatakan keluarga dan saudaranya mendukung untuk kesembuhannya.

- Masalah hubungan dengan lingkungan

Klien megatakan mengalami masalah dengan lingkungan karena sering diejek dan ingin memukul orang-orang yang mengejeknya.

- Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pendidikannya.

11. Masalah dengan pekerjaan Klien belum bekerja

12. Masalah ekonomi

Klien mengatakan hidupnya dan keluarganya masih mampu dan berkecukupan.

13. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan sudah pernah berobat kepengobatan alternative

14. Masalah lainnya

Masalah dengan keluarganya : klien selalu bersama ibunya dan kakak adeknya

3.1.17 Daftar Masalah Keperawatan

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Harga Diri Rendah Kronis
3. Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain
4. Defisit Perawatan Diri
5. Gangguan proses pikir

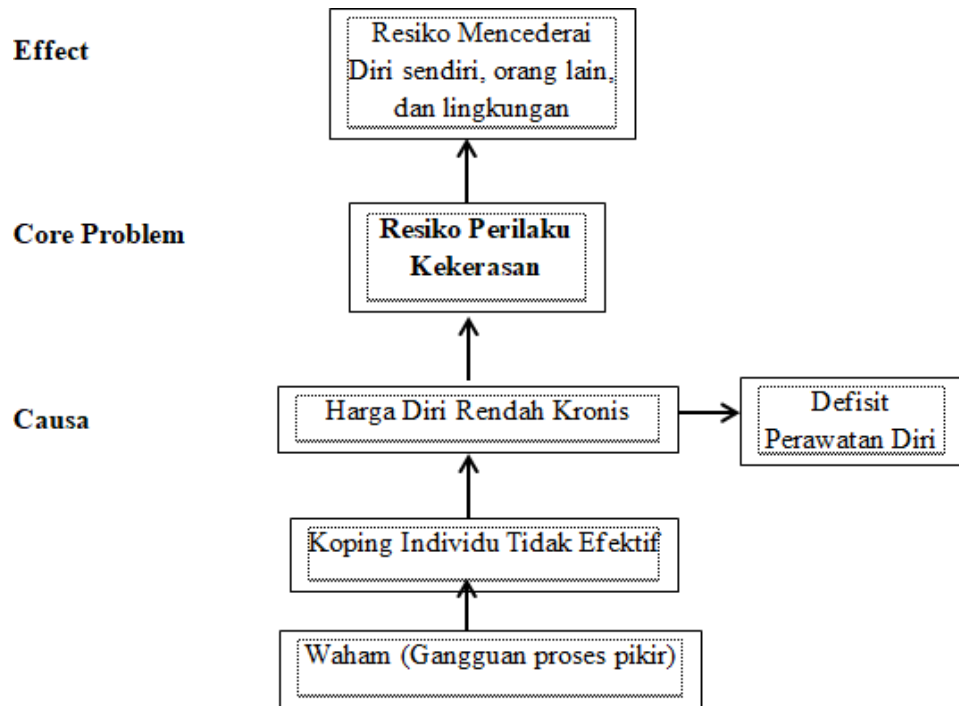
Surabaya , Oktober 2020

Perawat yang mengkaji

3.7 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH KEPERAWATAN
1	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan cepat tersinggung, ingin mengamuk, pernah memukul orang lain serta mengungkapkan keinginan memukul orang-orang yang mengejeknya.</p> <p>DO :</p> <p>Klien berbicara keras, kacau, cepat tersinggung, emosi labil, tampak bermusuhan, kontak mata tajam.</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI hal 312 D.0146)</p>
2	<p>DS:</p> <p>- Klien merasa malu dengan orang lain</p> <p>DO:</p> <p>Menyendiri, lebih banyak menghabiskan waktu di kamar.</p>	<p>Harga Diri Rendah Kronis (SDKI hal. 192 D.0086)</p>
3	<p>DS :</p> <p>Saya marah jika ada yang mengganggu saya, atau ada yang berisik mengganggu ketenangan saya.</p> <p>DO :</p> <p>Klien tampak mengungkapkan kemarahannya dengan nada bicara keras, pandangan tajam dan tampak menggebu-gebu.</p>	<p>Koping individu tidak efektif</p> <p>SDKI, 2016 (D.0096)</p>

3.8 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah Tn.A

3.9 Rencana Keperawatan

Nama Klien : Tn. A

Dx Medis: -

RM No. : -

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x kunjungan rumah diharapkan Resiko perilaku kekerasan menurun dengan k.h: 4. Perilaku menyerang berkurang 5. Perilaku menyedera diri sendiri/orang lain. 6. Suara keras berkurang	6. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan 7. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan 8. Petahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 9. Libatkan keluarga dalam perawatan 10. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal	6. Mencegah mencedera diri sendiri dan orang lain. 7. Mencegah terjadinya mencedera pada diri sendiri 8. Untuk mengamankan lingkungan dari bahaya cedera 9. Untuk mengontrol amarah klien 10. Agar klien dapat mengontrol emosinya.
Harga Diri Rendah Situasional	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x kunjungan rumah diharapkan harga diri meningkat dengan k.h:	4. Berbicara dengan nada rendah dan tenang 5. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 6. Ajarkan cara mengatasi bullying	3. Meningkatkan hubungan saling percaya 4. Mengetahui rasa percaya diri klien

	<p>6. Penilaian diri positif meningkat</p> <p>7. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat</p> <p>8. Kontak mata meningkat</p> <p>9. Perasaan malu menurun</p> <p>10. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun</p>	<p>6. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</p> <p>7. Motivasi berpikir positif</p>	<p>6. Meningkatkan pengetahuan klien dalam mengatasi masalah</p> <p>7. Meningkatkan percaya diri klien</p> <p>8. Mengalihkan kondisi klien saat ini</p>
Koping Tidak Efektif	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x kunjungan rumah diharapkan penampilan peran membaik dengan k.h:</p> <p>3. Verbalisasi harapan terpenuhi meningkat</p> <p>4. Verbalisasi kepuasan peran meningkat</p>	<p>5. Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan</p> <p>6. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi</p> <p>7. Identifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi yang memicu konflik</p> <p>8. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</p>	<p>5. Untuk mengetahui tugas dan peran sesuai usia</p> <p>6. Untuk mendapatkan solusi dari masalah</p> <p>7. Untuk mengetahui penyebab dari masalahnya</p> <p>8. Melatih klien untuk dapat memutuskan keputusan dengan baik</p>

	<ol style="list-style-type: none">6. Strategi koping yang efektif meningkat7. Adaptasi peran meningkat8. Perilaku cemas menurun		
--	---	--	--

3.10 Tindakan Keperawatan

Nama: Tn. A

RM No. :

No Dx	Hari & Tanggal Pukul	Implementasi	Evaluasi	TTD
1,2,3	21/10/2020 15.00	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian dengan kunjungan rumah hari ke 1 - Menanyakan perasaan dan keluhan klien saat ini (S: klien mengatakan bahwa sering elihat kekerasan dirumahnya Ketika masih kecil) - mengidentifikasi masalah resiko perilaku social dengan terjadinya isolasi sosa(S: Kx mengatakan bahwa dia mudah tersinggung karena banyak teman atau orang lan yang mengejeknya) - Menjelaskan dampak dari yang dilakukan pada dirinya - Mengajarkan cara relaksasi Tarik nafas Ketika ingin marah 	<p><u>DX: Resiko Perilaku kekerasan</u></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan perasaannya lebih sedikit tenang - Kx mengatakan mulai paham tentang penyebab dari marahnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A tampak lebih tenang - Tn. A tampak mulai menunjukkan perilaku adaptif <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (4,5)</p> <p><u>DX: Harga Diri Rendah Situasional</u></p> <p>S:</p>	wike

			<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bahwa dirinya tidak telalu buruk - Klien mengatakan akan mencoba berinteraksi diluar agar mendapatkan kerjaan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mampu membuat keputusan - Klien tampak memahami konsep dirinya <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (4,5)</p> <p>DX: Koping Tidak Efektif</p> <p>S: Tn. A mengatakan akan mecoba berinteraksi mencari kerja</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cemas berkurang - Px tampak berani memutuskan keputusan - Kepuasan peran diusianya meningkat <p>A:Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (4)</p>	
1,2,3	22/20/2020 11.00	- Melakukan pengkajian kunjungan rumah hari ke 2	<p><u>DX: Resiko perilaku kekerasan</u></p> <p>S:</p>	wike

		<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan perasaan yang dirasakan klien sekarang ini dan mengevaluasi perubahan klien - Mendengarkan keluhan yang dirasakan klien (S: Klien mengatakan sekarang mulai sedikit dapat mengontrol marahnya dengan Tarik nafas dalam) - Memotivasi klien untuk meningkatkan perasaan dan menggali kemampuannya. 	<p>Klien saat ini dapat mengurangi rasa marahnya dengan cara Tarik nafas dalam.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A tampak tenang <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p><u>DX: Harga Diri Rendah Situasional</u></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn.A mengatakan sekarang mulai percaya diri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A tampak mulai berinteraksi dengan tetangga - Tampak ada kontak mata antara klien dengan perawat - Tn. A tampak mampu membuat solusi <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan.</p> <p><u>DX 3: Koping Tidak Efektif</u></p> <p>S:</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Klien mengatakan sekarang percaya diri dan mau berinteraksi dengan orang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. A tampak menjalankan keputusannya - Tidak cemas - Puas dengan keputusannya <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
10.00	26/07/2021	<p>SP Keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya - Mengevaluasi status sosial klien - menjelaskan dengan ibu klien tentang resiko perilaku kekerasan - Melaskan kepada ibu klien cara mengatasi resiko perilaku kekerasan 	<p><u>DX: Gangguan Citra Tubuh</u></p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu kx mengatakan sudah mengetahui masalah anaknya karena dia trauma dengan masa kecilnya yang ditampar oleh ayahnya. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu kx tampak fokus menghadapi masalah kx - Ibu kx tampak mendukung penyelesaian masalah <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

