

ASUHAN KEPERAWATAN PADA
KLIEN DENGAN DIAGNOSIS
RISIKO PERILAKU KEKERASAN (
STUDI DI RUANG MAWAR RSJ
DR RADJIMAN
WEDIODININGRAT)

by Marista Rahma Putri Salecha

Submission date: 11-Dec-2023 11:22AM (UTC+0700)

Submission ID: 2255104088

File name: a_Rahma_P._S_ASUHAN_KEPERAWATAN_PADA_KLIEN_DENGAN_DIAGNOSIS.docx (510.47K)

Word count: 10795

Character count: 78454

15

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS
RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

(STUDI DI RUANG MAWAR RSJ DR RADJIMAN WEDIODININGRAT)



OLEH :

MARISTA RAHMA PUTRI SALECHA, S.Kep

226410020

12

PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2023

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berbagai persoalan hidup kerap kali membuat manusia tidak dapat mengontrol mekanisme coping, mekanisme coping yang buruk tentu dapat menyebabkan gangguan pada psikis, salah satunya adalah emosi yang mudah tersulut. Individu yang kurang dalam mengendalikan emosi cenderung akan lebih mudah marah dan berperilaku dengan tidak wajar, apabila hal ini berlangsung lama maka akan menimbulkan ketidaknyamanan bahkan akan membahayakan lingkungan sekitar. Respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami Risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar & Halawa, 2020)

Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, ditandai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol (Dermawan, 2018). Prevelensi perilaku kekerasan di Indonesia berdasarkan (SIMFONI, 2023) sebanyak 15.523 kasus di urutan pertama

Kepulauan Riau 1.471 kasus, kedua Jawa Barat 1.179 kasus, sedangkan angka prevalensi Jawa Timur 207 kasus, Sedangkan menurut data dari Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang pada klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan bulan Februari 2023 18 klien, Maret 29 klien, April 22 Klien. Tanda dan gejala yang sering timbul akibat skizofrenia berupa gejala positif dan negatif seperti perilaku kekerasan, klien yang mengalami gangguan jiwa yang di rawat di ruang Mawar rata- rata menjalani perawatan selama 3 hingga 4 hari dan setelah itu klien di pindah di ruang rawat inap.

Pentingnya peran serta keluarga terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan dapat dipandang dalam berbagai segi, keluarga mampu memberi respon terhadap stresor menjelaskan tentang strategi koping (mekanisme pembelaan) terhadap stresor yang ada. Pada seseorang yang mengalami risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah, pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, marah, mudah tersinggung, mengamuk dan bisa mencederai diri sendiri, perubahan pada fungsi kognitif, fisiologis, afektif, hingga perilaku dan sosial hingga menyebabkan Risiko perilaku kekerasan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. (Pardede, Siregar & Halawa, 2020).

Upaya tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan di rumah sakit yaitu melakukan penerapan standar asuhan keperawatan terapi aktivitas kelompok dan melatih psikoterapi individu, adapun strategi pelaksanaan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan mencakup mengenal gejala perilaku kekerasan, melatih klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara memukul kasur atau bantal, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, serta melakukan aktivitas terjadwal untuk menghindari risiko perilaku kekerasan, meminum obat dengan teratur (Videbeck, 2018).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang?.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menganalisis asuhan keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
2. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

3. Mengidentifikasi intervensi keperawatan pada klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
4. Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
5. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Secara Teoritis

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan sehingga penatalaksanaan bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di rumah sakit yang bersangkutan.

1.4.2 Secara Praktis

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Definisi

Resiko Perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal. Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang individu bisa menunjukkan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung terhadap orang lain. (Sutejo, 2019).

2.1.2 Rentan Respon Marah

Menurut Yosep, (2016) dalam Elvita, (2018) Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1 Rentan Respon Marah

Rentang respon Perilaku Kekerasan Menurut (Keliat, 1996 dalam Puja
2019)

Rentan Respon Marah
Tabel 2.1.2 Rentan Respon Marah

Asertif	Frustrasi	Pasif	Agresif	Kekerasan
Klien mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan	Klien gagal mencapai tujuan kepuasan atau saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif	Klien merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah	Klien mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.	Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol, disertai amuk, merusak lingkungan

2.1.3 Faktor- Faktor Terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan

Sari (2019) menyatakan proses terjadinya perilaku kekerasan antara lain:

1. Faktor Predisposisi

a. Teori Biologik

- 1) Neurologik Faktor, beragam komponen dari sistem syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrit, axon terminalis mempunyai peran

memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.

- 2) Genetik Faktor, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Menurut riset Kazuo Murakami (2009) dalam gen manusia terdapat dormant (potensi) agresif yang sedang tidur dan akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tipe karyotipe XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni perilaku tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.
- 3) *Cycardian Rhytm* (irama sikardian tubuh), memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam tertentu manusia mengalami peningkatan cortisol pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 sampai jam 13. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.
- 4) *Biochemistry factor* (faktor biokimia tubuh), seperti neurotransmitter di otak (epinephrin, norepinephrin, dopamin, asetilkollin, dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantar melalui impuls neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut efferent. Peningkatan hormon androgen dan norepinephrin serta

penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

- 5) *Brain area disorder*, gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

b. Teori Psikologik

- 1) Teori Psikoanalisa Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*). Teori ini menjelaskan adanya ketidakpuasan fase oral usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah.
- 2) *Imitation, modeling and information processing theory* Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang menolelir kekerasan. Model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.
- 3) *Learning Theory*
Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respon ayah

saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respon ibu saat marah. Ia juga belajar bahwa dengan agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut diperhitungkan.

- c. Teori Sosiokultural Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan. Hal ini dipicu juga dengan maraknya demonstrasi, film-film kekerasan, mistik, tahayul dan perdukunan (santet) dalam tayangan televisi.
 - d. Aspek Religiusitas Dalam tinjauan religiusitas, kemarahan dan keagresivitas merupakan dorongan dan bisikan setan yang sangat menyukai kerusakan agar manusia menyesal (*devil support*). Semua bentuk kekerasan adalah 14 bisikan setan melalui pembuluh darah jantung, otak dan organ vital manusia lain yang dituruti manusia sebagai bentuk kompensasi bahwa kebutuhan dirinya terancam dan harus segera dipenuhi tetapi tanpa melibatkan akal (ego) dan norma agama (super ego).
2. Faktor Presipitasi Menurut Sari (2019), faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:
- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian ¹massal dan sebagainya.

- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak adanya dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme, serta tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga terpenting, kehilangan pekerjaan, dan perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Musmini (2019) tanda dan gejala yang ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara tentang perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Jalan mondar-mandir
6. Bicara kasar
7. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
8. Mengancam secara verbal atau fisik

9. Melempar atau memukul benda/orang lain
10. Merusak benda atau barang
11. Tidak memiliki kemampuan mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasan.

2.1.5 Penatalaksanaan

a. Terapi Medis Menurut (Videbeck, 2018) Psikofarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa, jenis obat psikofarmaka adalah :

- 1) Chlorpromazine (CPZ, Largactile) Indikasi untuk mensupresi gejala-gejala psikosa: agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, mania depresif, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil.
- 2) Haloperidol (Haldol, Serenace) Indikasinya yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma gilles de la tourette pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku berat pada anak-anak. Dosis oral untuk dewasa 1-6 mg sehari yang terbagi 6-15 mg untuk keadaan berat. Kontraindikasinya depresi sistem saraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol. Efek samping nya sering mengantuk, kaku, tremor lesu, letih, gelisah.
- 3) Antikolinergik Indikasi dan kontraindikasi obat antikolinergik adalah obat yang mempengaruhi fungsi persarafan. Di dalam tubuh

manusia terdiri dari beribu-ribu sel saraf. Sel saraf satu dengan yang lainnya berkomunikasi melalui zat yang disebut sebagai neurotransmitter. Terdapat berbagai jenis neurotransmitter tergantung pada jenis sel sarafnya. Salah satu neurotransmitter utama di tubuh kita adalah asetilkolin.

4) ECT (*Electro Convulsive Therapy*)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmal secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui elektrode yang dipasang satu atau dua temples. Terapi kejang listrik diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

- b. Tindakan keperawatan Menurut (Videbeck, 2018) Penatalaksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan meliputi:

1) Terapi lingkungan

Begitu pentingnya bagi perawat untuk mempertimbangkan lingkungan bagi semua pasien ketika mencoba mengurangi atau menghilangkan agresif. Aktivitas atau kelompok yang direncanakan seperti permainan kartu, menonton dan mendiskusikan sebuah film, atau diskusi informal memberikan pasien kesempatan untuk membicarakan peristiwa atau isu ketika pasien tenang. Aktivitas juga melibatkan pasien dalam proses terapeutik dan meminimalkan kebosanan. Penjadwalan interaksi satu-satu dengan pasien menunjukkan perhatian perawat yang tulus terhadap pasien dan

kesiapan untuk mendengarkan masalah pikiran serta perasaan klien. Mengetahui apa yang diharapkan dapat meningkatkan rasa aman pasien.

2) Terapi kelompok

Pada terapi kelompok, pasien berpartisipasi dalam sesi bersama dalam kelompok individu. Para anggota kelompok bertujuan sama dan diharapkan memberi kontribusi kepada kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain. Peraturan kelompok ditetapkan dan harus dipatuhi oleh semua anggota kelompok. Dengan menjadi anggota kelompok, pasien dapat mempelajari cara baru memandang masalah atau cara coping atau menyelesaikan masalah dan juga membantunya mempelajari keterampilan interpersonal yang penting.

3) Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan pasien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga memengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptive, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga.

4) Terapi individu

Psikoterapi individu adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara pikir, dan perilakunya. Dimana terapi ini mempunyai hubungan personal antara

pasien dan ahli terapi. Tujuan dari terapi individu yaitu memahami diri dan perilaku mereka sendiri, membuat hubungan personal, memperbaiki hubungan interpersonal, atau berusaha lepas dari sakit hati atau ketidakbahagiaan (Taqiyah, 2016). Didukung oleh penelitian Sulistyowati (2019).

2.1.6 Pohon Masalah



2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian dari pelayanan yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan terbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif dan ditunjukkan pada individu, keluarga, masyarakat, baik sehat atau sakit serta mencakup seluruh kehidupan manusia (Direja 2021). Proses keperawatan merupakan wahana atau sarana kerjasama dengan klien, yang pada tahap awal peran perawat lebih besar daripada klien, namun pada akhirnya diharapkan

peran klien lebih besar dari peran perawat, sehingga kemandirian klien dapat tercapai (Direja, 2021).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien diperoleh melalui pemeriksaan fisik dan wawancara. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi. Pengkajian kesehatan mental melalui wawancara/ anamnesis harus memperhatikan respon verbal dan nonverbal klien. Respon ini dapat menjadi gambaran, tanda dan gejala perilaku dan emosional klien. Tanda/ sign adalah temuan objektif yang dapat diobservasi (contoh : afek yang terbatas). Gejala/ simptom adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh klien (Perasaan sedih dan mudah lelah). Oleh karena itu keterampilan wawancara pada klien oleh tenaga kesehatan berperan penting untuk memperoleh kelengkapan dan kevalidan pengkajian (Wuryaningsih, E. W., Windarwati, H. D., Dewi, E. I., Deviantony, F., & Kurniyawan, 2018).

Ada dua jenis anamnesis yaitu alloanamnesis atau heteroanamnesis dan autoanamnesis. Alloanamnesis merupakan pemeriksaan yang diperoleh dari selain klien yang bersangkutan yaitu bisa pada keluarga klien untuk mengetahui riwayat klien dengan baik. Autoanamnesis merupakan pemeriksaan/ wawancara yang dilakukan pada klien atau yang bersangkutan (Wuryaningsih, E. W., Windarwati, H. D., Dewi, E. I., Deviantony, F., & Kurniyawan, 2018). Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan

atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Keliat, Budi Ana 1998: 3) dalam (Elvita, 2018).

1. Identitas klien

Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan 30 sampai 50 tahun dengan jenjang karir rata-rata lulusan sd.

2. Alasan Masuk Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain

3. Faktor predisposisi Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan

4. Pemeriksaan fisik Klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi naik, dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang.

5. Psikososial

a. Genogram Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

b. Konsep diri

1. Gambaran diri Klien dengan perilaku kekerasan mengenai ¹gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah
2. Identitas diri Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah dan bermusuhan.
3. Fungsi peran Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
4. Ideal diri Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.
5. Harga diri
Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.
6. Hubungan sosial
Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol.
7. Spiritual Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah
8. Status mental
 - a. Penampilan Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan ¹tidak

rapi , penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya , rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam

- b. Pembicaraan Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor
- c. Aktivitas motorik Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar mandir
- d. Afek dan Emosi Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membating barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriak-teriak.
- e. Interaksi selama wawancara Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain
- f. Presepsi / sensori Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami presepsi sensori sebagai penyebabnya

9. Proses pikir

1. Proses pikir (arus pikir) Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi

dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

2. Isi pikirannya Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

10. Tingkat kesadaran

Tidak sadar, bigung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat keasadarannya bigung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan. Memori Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang

11. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan.

12. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif

13. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah.

14. Mekanisme koping

Klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maladaptif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya.

2.3 Diagnosis

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017) rumusan diagnosis keperawatan untuk masalah risiko perilaku kekerasan yaitu risiko perilaku kekerasan, dengan faktor risiko yaitu

1. Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, ditandai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol (Dermawan, 2018).

Tanda dan gejala antara lain, muka merah, dan tegang, mata melotot/pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan.

2.4 Rencana Keperawatan

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSIS KEPERAW ATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
	Risiko Perilaku Kekerasan	TUM : klien dapat mengontrol atau mengendalika n perilaku kekerasan TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria : 1. Wajah cerah, tersenyum 2. Mau berkenalan 3. Ada kontak mata 4. Bersedia menceritakan perasaan	Bina hubungan saling percaya dengan: 1) Beri salam setiap berinteraksi. 2) Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan 3) Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien 4) Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi 5) Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien 6) Buat kontrak interaksi yang jelas 7) Dengarka n dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien
	Risiko Perilaku Kekerasan	2. Klien dapat mengiden tifikasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan	Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya: 1) Motivasi klien

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
		penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya	kriteria : b. Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya a	untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya 2) Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien
	Risiko Perilaku Kekerasan	3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria : a. Fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain. b. Emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar. c. Sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan	Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya: 1) Motivasi klien menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi 2) Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan 3) Motivasi klien menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan 4) Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
Risiko Perilaku Kekerasan	4. Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria : a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya b. Perasaannya saat melakukan kekerasan Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah	Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini: 1) Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya. 2) Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi 3) Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.	
Risiko Perilaku Kekerasan	5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria : a. Diri sendiri : luka, dijauhi teman, dll b. Orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dll c. Lingkungan : barang	Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada: 1) Diri sendiri 2) Orang lain/keluarga 3) Lingkungan	

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
			atau benda rusak dll	
Risiko Perilaku Kekerasan	6. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria : a. Menjelaskan cara cara sehat mengungkapkan marah	Diskusikan dengan klien: 1) Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat 2) Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien. 3) *Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah: a. Cara fisik: nafas dalam, pukulan bantal atau kasur, olahraga. b. Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain. c. Sosial:	

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
				latihan asertif dengan orang lain. d. Spiritual: sembahyan g/doa, zikir, meditasi, dsb sesuai keyakinan agamanya masing-masing
	7. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria : a. Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur b. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti c. Spiritual: zikir/doa, meditasi sesuai agamanya		1) Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan. 2) Latih klien memperagakan cara yang dipilih: a. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih. b. Jelaskan manfaat cara

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
				tersebut c. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan d. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna 3) Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel
Risiko Perilaku Kekerasan	8. Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria : a. Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien		1) Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien untuk mengatasi perilaku kekerasan. 2) Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien

NO	DIAGNOSIS KEPERAW ATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
				<p>mengatasi perilaku kekerasan</p> <p>3) Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat klien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga.</p> <p>4) Peragakan cara merawat klien (menangani PK)</p> <p>5) Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang</p> <p>6) Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan</p> <p>7) Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan</p>
		9. Klien menggunakan obat sesuai program	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria :	1) Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan

NO	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
	yang telah ditetapkan	<ol style="list-style-type: none"> a. Manfaat minum obat b. Kerugian tidak minum obat c. Nama obat d. Bentuk dan warna obat e. Dosis yang diberikan kepadanya f. Waktu pemakaian g. Cara pemakaian h. Efek yang dirasakan i. Klien menggunakan obat sesuai program 	kerugian jika tidak menggunakan obat 3) Jelaskan kepada klien: <ol style="list-style-type: none"> a. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) b. Dosis yang tepat untuk klien c. Waktu pemakaian d. Cara pemakaian e. Efek yang akan dirasakan klien 4) Anjurkan klien: <ol style="list-style-type: none"> a. Minta dan menggunakan obat tepat waktu b. Laporkan ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa c. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat. 	

2.5 Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi, apakah rencana keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini (Kusumawati & Hartono, 2021).

2.6 Evaluasi

Menurut PPNI (2019), adapun hasil evaluasi keperawatan yaitu pasien mempunyai kontrol diri, dengan kriteria hasil:

- a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun
- b. Verbalisasi umpatan menurun
- c. Perilaku menyerang menurun
- d. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun
- e. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun
- f. Perilaku agresif/amuk menurun
- g. Suara keras menurun
- h. Bicara ketus menurun

Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Evaluasi proses (Formatif) yang dilakukan setiap setelah melakukan tindakan keperawatan.
2. Evaluasi hasil (Sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan

A : Analisa terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru

P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien

2.7 Dokumentasi

Kegunaan dari dokumentasi adalah:

- 1) Untuk mencatat semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien sesuai dengan rencana yang sudah ditetapkan
- 2) Bentuk dari kegiatan yang dilakukan oleh perawat dan tim kesehatan dengan menentukan prinsip pendokumentasian
- 3) Tidak terjadi pengulangan dan pendokumentasian
- 4) Sebagai alat informasi, komunikasi antar anggota perawat dan anggota tim kesehatan lainnya
- 5) Sebagai dokumentasi resmi dalam sistem pelayanan kesehatan
- 6) Dapat digunakan sebagai alat penelitian dalam bidang keperawatan
- 7) Sebagai alat pertanggungjawaban asuhan keperawatan yang diberikan terhadap klien

2.8 Prinsi dalam Pendokumentasian

- 1) Dilakukan segera mungkin setelah melakukantindakan
- 2) Didokumentasikan dengan jelas dan tepat
- 3) Harus ada tanggal danwaktu

- 4) Berikan tanda tangan dan nama setiap selesai melakukan pendokumentasian



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan studi deskriptif *case report* yang merupakan gambaran pengalaman kasus pasien. *Case report* (laporan kasus) merupakan studi kasus yang bertujuan mendeskripsikan manifestasi klinis, perjalanan klinis, dan prognosis kasus. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal berarti satu orang. faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian- kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Ayu Ira, 2022)

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari adanya suatu kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangatlah memerlukan suatu batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan adalah asuhan keperawatan komprehensif yang diberikan kepada pasien dengan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, menegakkan diagnose keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan rencana tindakan keperawatan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien yang dimana pasien dirawat diruang rawat inap di ruang Mawar di RSJ Lawang Jawa Timur.

3.3 Partisipan

Satu pasien dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Jawa Timur, dengan kriteria klien bersedia menjadi responden, klien mampu berkomunikasi dengan baik, klien tampak tenang, klien mampu mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Mawar RSJ Lawang Jawa Timur. Waktu penelitian dalam pengambilan data dilaksanakan bulan Mei 2023. Studi kasus ini dilakukan di RSJ Lawang Jawa Timur.

3.5 Pengumpulan Data

Supaya memperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik dalam pengumpulan data. Adapun teknik tersebut seperti:

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu serta riwayat penyakit keluarga, Sumber data berasal mana, apakah dari klien, keluarga, ataupun perawat lainnya).
2. Observasi dan Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien.
3. Studi dokumentasi (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan harus dicatat).

3.6 Uji keabsahan data

Uji keabsahan data ini dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang telah diperoleh dari hasil penelitian supaya menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan berbagai cara, seperti :

1. Memperpanjang waktu pengamatan /tindakan
2. Sumber informasi tambahan yang menggunakan triangulasi dari tiga sumberdata utama seperti pasien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti.

3.7 Analisis data

Analisis data dilakukan mulai dari penelitian dilapangan, pada waktu melakukan pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul semua. Analisa data ini dilakukan menggunakan cara mengemukakan fakta, yang selanjutnya akan dilakukan perbandingan dengan teori yang sudah ada kemudian disimpulkan dalam bentuk pendapat serta pembahasan. Teknik analisis ini dilakukan dengan cara menjabarkan jawaban-jawaban dari hasil penelitian yang telah diperoleh hasilnya dari kumpulan interpretasi wawancara yang dilakukan secara mendalam untuk menjawab rumusan masalah pada penelitian. Teknik analisis ini menggunakan cara pemantauan dan studi dokumentasi yang mana akan menghasilkan suatu data, kemudian diinterpretasikan oleh peneliti, lalu dilakukan perbandingan dengan teori yang ada sebagai bahan referensi untuk memberikan suatu rekomendasi dalam tindakan tersebut. Urutan dalam analisis ialah:

1. Pengumpulan data Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil yang diperoleh ditulis dalam bentuk catatan lapangan, yang kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan / implementasi, dan evaluasi.
2. Penyajian data Penyajian data bisa dilakukan dengan menggunakan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden akan dijamin dengan cara mengaburkan identitas dari responden tersebut.
3. Kesimpulan Dari data yang telah disajikan, lalu dibahas dan dibandingkan dengan hasil- hasil penelitian yang terdahulu dan secara teoritis dengan pelayanan kesehatan. Penarikan kesimpulan ini dilakukan dengan cara metode induksi.

3.8 Etika Penelitian

Menurut (Nasrullah & dkk, 2019) Etika penelitian meliputi :

1. *Anonymity* (Kerahasiaan) Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus di jaga privasinya. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Dalam studi kasus ini, peneliti menjaga kerahasiaan partisipan dengan menuliskan insial nama dan kode pada identitasnya.
2. *Confidentiality* (Menepati Janji) Prinsip ini dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien.

Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Peneliti menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data ditempat yang hanya diketahui oleh peneliti.

3. *Inform Consent* (Persetujuan) Prinsip ini merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan partisipan peneliti dengan memberikan lembar persetujuan yang diberikan sebelum penelitian dilakukan, dengan tujuan partisipan mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampaknya. Peneliti memberikan lembar persetujuan pada partisipan sebelum dilakukan penelitian.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Pengkajian

Tanggal MRS : 15 Mei 2023
Tanggal Dirawat di Ruangan : 15 Mei 2023
Tanggal Pengkajian : 16 Mei 2023
Ruang Rawat : Ruang Mawar

I. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. i (P)
Umur : 28 tahun
Alamat : Malang
Pendidikan : SLTA
Agama : Islam
Status : Kawin
Pekerjaan : IRT
JenisKel. : Perempuan
No RM : 141- XXX-XX

II. ALASAN MASUK

- a. DataPrimer
- Klien mengatakan merasa jengkel dengan orang yang ada di sekitar rumah
 - Klien mengatakan ingin memukul orang yang sudah membuatnya jengkel
- b. Datasekunder
- Klien tampak berbicara sendiri dengan nada tinggi
 - Klien kooperatif
 - Klien tampak mudah beralih
 - Tatapan mata tajam

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG dan FAKTOR PRESIPITASI

Keluarga Mengatakan klien sudah 10 hari tidak mau minum obat dan tidak mau kontrol, klien di rumah hanya di kamar dan marah marah, ketika di ajak berbicara klien selalu menjawab dengan nada tinggi, tangan mengepal, membuang semua barang yang ada di dekatnya. Pada tanggal 15 Mei

keluarga membawa klien kontrol dan di sarankan untuk rawat inap karena klien tidak kooperatif.

IV. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

Ya

Jika Ya, Jelaskan kapan, tanda gejala/ keluhan:

Klien sudah 2x dirawat di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan keluhan yang sama, yaitu marah-marah tanpa sebab.

2. Faktor Penyebab/ Pendukung :

- a. Faktor trauma

	usia	pelaku	korban	saksi
Aniayafisik				
Aniayaseksual				
Penolakan	28 tahun	Ttetangga	Klien	Keluarga
Kekerasan dalam keluarga				
Tindakan kriminal				

Jelaskan :

Klien mendapat perlakuan yang kurang menyenangkan dari lingkungan sekitar yaitu berupa ejekan yang merupakan masalah pribadi yang dialaminya setelah anak yang di lahirkan meninggal dunia.

- b. Pernah melakukan upaya/ percobaan/ bunuh diri

Jelaskan : Klien tidak pernah melakukan percobaan bunuh diri

Diagnosa Keperawatan : -

- c. Pengalaman masalah yang tidak menyenangkan (peristiwa kegagalan, kematian, perpisahan)

Jika ada jelaskan :

Klien memiliki masalah dengan lingkungan sekitar yang sering mengejek klien karena tidak dapat mengurus anak dengan baik

Diagnosa Keperawatan : Koping individu inefektif

- d. Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)

Tidak

Jika ya Jelaskan :

Klien tidak mengalami penyakit fisik (klien tidak mengalami gangguan tumbuh kembang)

Diagnosa Keperawatan : -

- e. Riwayat penggunaan NAPZA

Klien tidak memiliki riwayat penggunaan NAPZA

Diagnosa Keperawatan : -

3. Upaya yang telah dilakukan terkait kondisi di atas dan hasilnya :
Jelaskan :

Melakukan pengobatan kembali

Diagnosa Keperawatan : -

4. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA
Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

Tidak

Kalau ada :

Hubungan keluarga : -

Gejala : -

Riwayat pengobatan : -

Masalah / Diagnosa Keperawatan:

- Koping keluarga tidak efektif :
kompromi
jelaskan : keluarga mengabaikan klien
dalam hal pengobatan

13

V. PEMERIKSAAAN FISIK

Tanggal 16 Mei 2023

1. **Keadaan umum** : secara umum klien tidak memiliki riwayat penyakit,
klien tampak kooperatif

2. **Tanda vital:**

TD : 110/70 mm/Hg

S : 36.0 °C

SPO2 : 99 %

13

3. **Ukur:** BB 55 kg TB 155 cm

Turun

4. **Keluhan fisik:**

Tidak ada keluhan

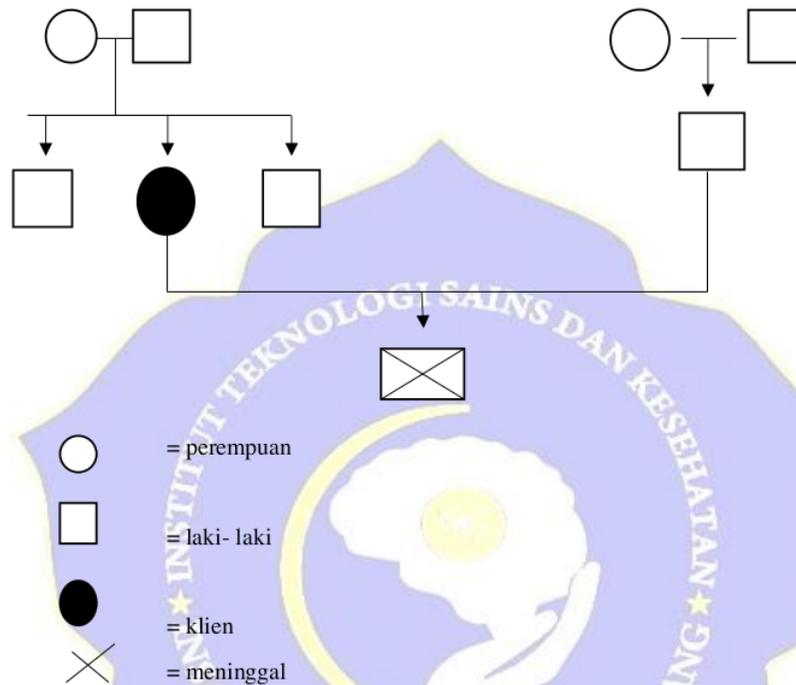
Jelaskan:

Tidak ada keluhan fisik apapun

Masalah / Diagnosa Keperawatan : -

VI. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL (Sebelum dan sesudah sakit)

1. Genogram:



Jelaskan:

Klien merupakan anak ke dua dari tiga bersaudara, dengan jenis kelamin anak pertama laki-laki, anak kedua perempuan yang merupakan klien, anak ketiga laki-laki, klien menikah dengan laki-laki yang merupakan anak tunggal, klien telah melahirkan anak yang berjenis kelamin laki-laki tetapi meninggal dunia.

2. Konsep Diri

- a. Citra tubuh : Klien mengatakan senang dengan postur tubuhnya dan klien juga merawat dengan baik rambut, kuku, kulitnya tampak bersih.
- b. Identitas : Klien tampak mengetahui identitas klien ditandai dengan klien dapat menyebutkan nama panjang usia, alamat.
- c. Peran : klien tampak kurang mampu dalam menjalankan perannya ditandai dengan klien sering berbicara sendiri dan terkadang berbicara dengan nada tinggi
- d. Ideal diri : klien merasa belum mendapatkan apa yang di inginkan menjadi seorang ibu

- e. Harga diri : klien merasa tidak puas dengan kehidupan karena gagal menjadi ibu

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Harga diri rendah kronis

3. Hubungansosial

- a. **Orang yang berarti/terdekat:**
suami, orang tua
- b. **Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:**
Dalam berhubungan sosial klien hanya di rumah saja tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
- c. **Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:**
klien tampak dapat menjawab pertanyaan

Masalah / **DiagnosaKeperawatan :**

- Isolasi sosial

4. Spiritual

- a. **Nilai dan keyakinan**
Klien mengatakan kalau agamanya adalah agama Islam
- b. **Kegiatan ibadah**
Klien tidak menyadari kalau klien mengalami gangguan jiwa

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

- Distress spiritual
 Lain-lain, jelaskan.....

VII. STATUS MENTAL

1. Penampilan

- rapi
- Penggunaan pakaian sesuai
- Cara berpakaian sesuai fungsinya
- Jelaskan:
Penampilan klien sesuai dengan usia, cara berpakaian klien tampak rapi, klien tampak bersih
- Masalah / DiagnosaKeperawatan: -

2. Pembicaraan

- Cepat

- Keras
- Jelaskan :

Frekuensi : klien berbicara dengan cepat dan dengan nada tinggi

Volume : tinggi

Jumlah: klien berbicara banyak

Karakter: kalimat yang diucapkan klien bersambung

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

- Kerusakan komunikasi
- Kerusakan komunikasi verbal
- Lain-lain, jelaskan.....

3. Aktifitas motorik/Psikomotor Kelambatan :

- Hipokinesia, hipoaktifitas
- Katalepsi
- Sub stupor katatonik
- Fleksibilitassereia

Jelaskan:

Klien tampak beraktivitas dengan berjalan mengelilingi kamar

Peningkatan :

- GaduhGelisahKatatonik

Jelaskan:

Klien melakukan aktivitas yang tidak bertujuan

Masalah/ DiagnosaKeperawatan :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Risiko tinggi cedera | <input type="checkbox"/> Defisit aktivitas deversional / hiburan |
| <input type="checkbox"/> Kerusakan mobilitas fisik | <input type="checkbox"/> Intoleransi aktivitas |
| <input type="checkbox"/> Perilaku kekerasan | <input type="checkbox"/> Resiko tinggi kekerasan |
| | <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan..... |

4. Afek dan Emosi a. Afek

- Labil

Jelaskan:

Emosi klien cepat sekali berubah-ubah (ditandai dengan px sesekali tertawa dan menangis tanpa ada sebab)

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Risiko tinggi cedera | <input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi sosial |
| <input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi | <input type="checkbox"/> Isolasi sosial |
| <input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal | <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan..... |

b. Emosi

- MerasaKesepian
- Marah

Jelaskan:

Klien tampak mudah beralih

DiagnosaKeperawatan

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Risiko tinggi cedera | <input type="checkbox"/> Risiko bunuh diri |
| <input type="checkbox"/> Ansietas,(jelaskan : ringan/sedang/berat) | <input type="checkbox"/> Risiko diri penganiayaan diri |
| <input type="checkbox"/> Ketakutan | <input type="checkbox"/> Risiko tinggi mutilasi diri |
| <input type="checkbox"/> Isolasi sosial | <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan..... |
| <input type="checkbox"/> Ketidakberdayaan | |

5. Interaksi selama wawancara

- Defensif

Jelaskan:

Klien eggan mengakui kesalahan sebagai petahanan diri

DiagnosaKeperawatan :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi | <input type="checkbox"/> Risiko tinggi kekerasan |
| <input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi sosial | <input type="checkbox"/> Risiko tinggi penganiayaan diri |
| <input type="checkbox"/> Isolasi sosial | <input type="checkbox"/> Risiko tinggi mutilasi diri |
| <input type="checkbox"/> Risiko membahayakan diri | <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan..... |

6. Persepsi – Sensorik

Halusinasi

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penciuman

Ilusi

- Tidakada

Depersonalisasi

- Tidakada

Derealisasi

- Tidak ada

Jelaskan: -

Masalah / Diagnosa Keperawatan :

- Gangguan persepsi sensori : halusinasi..... (pendengaran, penglihatan, perabaan , pengecapan, penciuman)
- Lain-lain, jelaskan.....

7. Proses Pikir

a. Arus Pikir :

- Koheren
- Inkoheren
- Sirkumstansial
- Neologisme
- Tangensial
- Logorea
- Kehilangan asosiasi
- Bicaralambat
- Flight of idea
- Bicaracepat
- Irrelevansi
- Main kata-kata
- Blocking
- Pengulangan Pembicaraan/perseverasi
- Afasia
- Asosiasi bunyi

Jelaskan:

Klien berbicara berulang-ulang tanpa kontrol dan tidak inkoheren

Masalah / Diagnosa Keperawatan:

- Gangguan proses pikir :
- Lain-lain, jelaskan.....

b. Isi Pikir

- Obsesif
- Ekstasi
- Fantasi
- Alienasi
- Pikiran Bunuh Diri
- Preokupasi
- Pikiran Isolasi sosial
- Ide yang terkait

- Pikiran Rendah diri
- Pesimisme
- Pikiran magis
- Pikiran curiga
- Fobia, sebutkan.....

- Waham: -
 - Agama
 - Somatik/hipokondria
 - Kebesaran
 - Kejar / curiga
 - Nihilistik
 - Dosa
- Sisipikir
- Siar piker
- Kontrol pikir

Jelaskan:-

Masalah / Diagnosa Keperawatan:

- Gangguan proses pikir : (jelaskan)
- Lain-lain, jelaskan.....

8. Kesadaran

- Menurun:
 - Compos mentis

Jelaskan: -

Masalah / Diagnosa Keperawatan:

- Risiko tinggi cedera
- Gangguan proses pikir
- Lain-lain, jelaskan
.....

9. Orientasi

- Waktu
- Tempat
- Orang

Jelaskan:

Klien memahami jam, tanggal, hari, bulan, tahun, musim, klien paham jika sekarang berada di RSJ, klien mampu menunjukkan identitas diri

Masalah / Diagnosa Keperawatan:

- Risiko tinggi cedera
- Gangguan proses pikir,
.....(jelaskan)
- Lain-lain, jelaskan
.....

10. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang (> 1 bulan)
- Gangguan daya ingat jangka pendek (1 hari – 1 bulan)
- Gangguan daya ingat saat ini (< 24 jam)
- Amnesia
- Paramnesia
- Konfabulasi
- Dejavu
- Jamaisvu
- Fause reconnaissance
- hiperamnesia

Jelaskan:

Klien pernah mengalami kejadian ini sebelumnya

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Gangguan proses pikir :..... (jelaskan)
- Lain-lain, jelaskan.....

11. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi

Jelaskan:

Klien mudah beralih dan tidak mampu

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Gangguan proses pikir :..... (jelaskan)
- Isolasi sosial
- Lain-lain, jelaskan

12. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguanbermakna

Jelaskan:

Klien tidak mampu mengambil keputusan sederhana apabila ada gangguan yang dialaminya

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Gangguan proses pikir :..... (jelaskan)

13. Dayatilik diri

- Mengingkari penyakit yang diderita
- Menyalahkanhal-haldiluardirinya

Jelaskan:

Klien mengingkari penyakit jiwa yang dideritanya dan menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Gangguan proses pikir :..... (jelaskan)

VIII. MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
<input type="checkbox"/> Bicaradengan orang lain <input type="checkbox"/> Mampumenelesaikanmasalah <input type="checkbox"/> Teknikrelaksasi <input type="checkbox"/> Aktifitaskonstruktif <input type="checkbox"/> Olah raga <input type="checkbox"/> Lain-lain.....	<input type="checkbox"/> Minumalkhohol <input type="checkbox"/> Reaksiambat/berlebihan <input type="checkbox"/> Bekerjaberlebihan <input type="checkbox"/> Menghindar <input type="checkbox"/> Mencideraidiri <input type="checkbox"/> Lain-lain.....

Jelaskan :

Klien mampu berbicara dengan orang lain meskipun tidak ada kontak mata
 Masalah/ DiagnosaKeperawatan :

- Kegiatan penyesuaian
 Koping individu tidak efektif
 Koping individu tidak efektif (koping defensif)
 Koping individu tidak efektif (menyangkal)
 Lain-lain, jelaskan

IX. ASPEK PENGETAHUAN

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal?

- Penyakit/gangguanjiwa
 Sistemdukung
 Faktorpresipitasi
 Mekanismekoping
 Penyakitfisik
 Obat-obatan
 Lain-lain, jelaskan

Jelaskan:

Diperlukan adanya dukungan keluarga.

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

- Perilaku mencari bantuan kesehatan
 Ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik

X. ASPEK MEDIS

Diagnosis medik :

Axis I (F20.1 Hebephrenic Schizophrenia)

Axis II (F60.3 Gangguan Kepribadian Emosional Tidak Stabil)

Axis III (composmentis)

Axis IV (masalah dengan “primary support group/ keluarga”)

Axis V (50-41 Gejala Berat)

Terapimedik :

1. Risperidone 2x 2mg
2. Diazepam 1x 5mg
3. Triheksifenidil 2x2mg

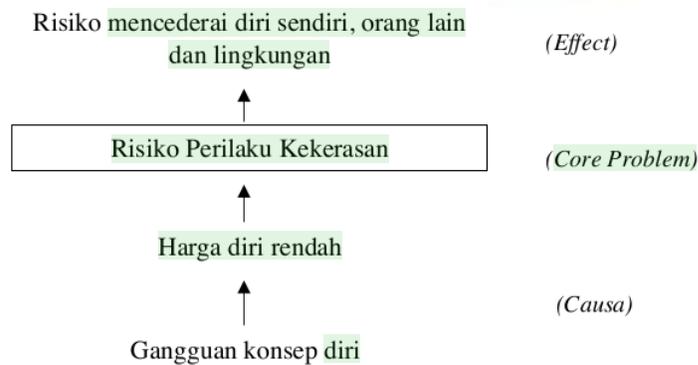
XI. ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH / DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	<p>Ds : Klien mengatakan merasa jengkel dengan orang yang ada di sekitar rumah, Klien mengatakan ingin memukul orang yang sudah membuatnya jengkel</p> <p>Do : klien kooperatif, tatapan mata klien tampak tajam, mudah beralih, berbicara sendiri dengan nada tinggi</p>	<p>RISIKO PERILAKU KEKERASAN</p>

XII. DAFTAR MASALAH / DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Risiko Perilaku Kekerasan

XIII. POHON MASALAH



XIV. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Risiko Perilaku Kekerasan

4.1.3 Rencana Keperawatan

Tabel 4.1.3 Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>TUM : klien dapat mengontrol atau mengendalikan perilaku kekerasan</p> <p>TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah cerah, tersenyum 2. Mau berkenalan 3. Ada kontak mata 4. Bersedia menceritakan perasaan 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Beri salam setiap berinteraksi. 2) Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan 3) Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien 5) Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi 6) Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien 7) Buat kontrak interaksi yang jelas 8) Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien
		<p>2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya 	<p>Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya 2) Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien
		<p>3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan setelah 2x pertemuan Klien menunjukkan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fisik : mata merah, tangan mengempal, 	<p>Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Motivasi klien menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi 2) Motivasi klien

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
		u kekerasan	<p>ekspresi tegang, dan lain-lain.</p> <p>2. Emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar.</p> <p>3. Sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan</p>	<p>menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>3) Motivasi klien menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>4) Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan</p>
		4. Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria :</p> <p>1. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya</p> <p>2. Perasaannya saat melakukan kekerasan Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah</p>	<p>Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini:</p> <p>1. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya.</p> <p>2) Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi</p> <p>3) Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.</p>
		5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria :</p> <p>1. Diri sendiri : luka, di jauhi teman, dll</p> <p>2. Orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dll</p> <p>3. Lingkungan : barang atau benda rusak dll</p>	<p>Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada:</p> <p>1) Diri sendiri</p> <p>2) Orang lain/keluarga</p> <p>3) Lingkungan</p>
		6. Klien dapat mengidentifikasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria :</p>	<p>Diskusikan dengan klien:</p> <p>1) Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat</p>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
		cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan	1. Menjelaskan cara cara sehat mengungkapkan marah	2) Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien. 3) Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah: 4) Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olah raga. 5) Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain. 6) Sosial: latihan asertif dengan orang lain. 7) Spiritual: sembahyang/doa, zikir, meditasi, dsb sesuai keyakinan agamanya masing-masing
		7. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria : 1. Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur 2. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti 3. Spiritual: zikir/doa, meditasi sesuai agamanya	1) Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan. 2) Latih klien memperagakan cara yang dipilih: 1. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih. 2. Jelaskan manfaat cara tersebut 3. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan. 4. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna 3) Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel
		8. Klien meng	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	1) Jelaskan manfaat menggunakan obat secara

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
		gunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan	<p>Klien menunjukkan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manfaat minum obat 2. Kerugian tidak minum obat 3. Nama obat 4. Bentuk dan warna obat 5. Dosis yang diberikan kepadanya 6. Waktu pemakaian 7. Cara pemakaian 8. Efek yang dirasakan <p>Klien menggunakan obat sesuai program</p>	<p>teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Jelaskan kepada klien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) 2. Dosis yang tepat untuk klien 3. Waktu pemakaian 4. Cara pemakaian 5. Efek yang akan dirasakan klien 3) Anjurkan klien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta dan menggunakan obat tepat waktu 2. Laporkan ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa 3. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.

4.1.4 Strategi Pelaksanaan

Tabel 4.1.4 Strategi Pelaksanaan

No	Strategi Pelaksanaan	Hasil
1	SP1P	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan 3. Mengidentifikasi jenis resiko perilaku kekerasan. 4. Mengidentifikasi akibat resiko perilaku kekerasan 5. Menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan 6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan 7. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian
2	SP2P	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan mengontrol resiko perilaku kekerasan. Berikan pujian 2. Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik memukul kasur dan bantal 3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal harian klien
3	SP3P	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kegiatan latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dan mengevaluasi kegiatan harian. Beri pujian

No	Strategi Pelaksanaan	Hasil
		2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/ verbal 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian
4	SP4P	1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Berikan pujian 2. Melatih pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara melakukan kegiatan. 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan harian Hasil : Pasien setuju dan memasukkannya ke dalam jadwal harian
5	SP5P	1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat 3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian klien

4.1.5 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4.1.5 Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
Resiko perilaku kekerasan	Selasa 16 Mei 2023 08.00 09.00 10.00 11.00	Melakukan SPIP 1. Mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan Hasil : Ketika pasien dibuat jengkel dan diejek dari orang lain sampai akan marah-marah dan membuang barang yang ada disekitarnya 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan Hasil : Mengepal tangan, sorot mata tajam, muka merah	S : Pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam dan memukul bantal dan kasur saat ingin marah. O : Pasien kooperatif, tatapan mata tampak tajam,

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
	<p>12.00</p> <p>12.30</p> <p>13.00</p> <p>13.30</p> <p>14.00</p>	<p>3. Mengidentifikasi jenis resiko perilaku kekerasan.</p> <p>Hasil : marah marah tidak jelas</p> <p>4. Mengidentifikasi akibat resiko perilaku kekerasan</p> <p>Hasil : Pasien akan diajuhi oleh keluarga maupun masyarakat</p> <p>5. Menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan</p> <p>Hasil : Melakukan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) dan 2 (memukul kasur dan bantal)</p> <p>6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan</p> <p>Hasil : Dengan cara tarik nafas dalam dan memukul bantal dan kasur</p> <p>7. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian</p> <p>Hasil : Telah dimasukkan kedalam jadwal harian pasien</p>	<p>Pasien tampak mudah beralih, berbicara sendiri dengan nada tinggi.</p> <p>A : Resiko perilaku kekerasan</p> <p>P : Evaluasi Sp1 cara menghardik Lanjutkan Sp2 : Ajarkan pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik memukul bantal tau kasur</p>
	<p>Rabu 17 mei 2023</p> <p>08.00</p>	<p>SP2P</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan mengontrol resiko perilaku kekerasan. Berikan pujian</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah mampu mengontrol resiko</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
	09.00 10.00 11.00 12.00	<p>Hasil : Pasien mampu melakukan SP1P yaitu dengan cara latihan tarik nafas dalam</p> <p>2. Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik memukul kasur dan bantal</p> <p>Hasil : klien melakukan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan mmukul kasur dan bantal</p> <p>3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal harian klien</p>	<p>perilaku kekerasan</p> <p>O : Pasien tampak kooperatif, berbicara sendiri dengan nada tinggi, kontak mata kurang, klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan memukul kasur dan bantal</p> <p>A : Resiko perilaku kekerasan</p> <p>P : Evaluasi Sp2 cara memukul bantal dan kasur, lanjutkan sp3</p>
	Kamis, 18 Mei 2023 08.00 08.30 09.00	<p>SP3P</p> <p>1. Mengevaluasi kegiatan latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dan mengevaluasi kegiatan harian. Beri pujian</p> <p>Hasil : Pasien mampu melakukan SP1P, SP2P yaitu dengan mengevaluasi kegiatan harian,</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan, sudah mampu mencari teman untuk bercakap-cakap atau</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
	09.30 10.00 11.00 12.00 13.00	<p>2. melatih klien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara social dan verbal</p> <p>Hasil :Mengajarkan pasien bagaimana cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berbincang-bincang kepada orang lain, ataupun melakukan kegiatan social dilingkungannya,</p> <p>3. Mengajukan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian Hasil : Memasukkan jadwal kegiatan harian pasien</p>	<p>berbincang-bincang</p> <p>O : Klien tampak kooperatif, terlihat tenang, klien tampak bercakap cakap dengan teman sekamar, sesekali berbicara dengan nada tinggi</p> <p>A : Resiko perilaku kekerasan</p> <p>P : Evaluasi Sp1,2,3P cara mengontrol resiko perilaku kekerasan</p>
	Jumat, 19 Mei 2023 08.00 08.30 10.00	<p>SP4P</p> <p>1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Berikan pujian</p> <p>Hasil : klien mampu melakukan SP1P, SP2P SP3P yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berbincang-bincang dan melakukan kegiatan harian.</p> <p>2. Melatih pasien mengontrol resiko</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan melakukan kegiatan harian</p> <p>O : Tampak kooperatif, klien tampak berbincang</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
	11.00 12.00 13.00	<p>perilaku kekerasan dengan cara melakukan kegiatan harian</p> <p>Hasil : Pasien mampu melakukan kegiatan harian yaitu dengan melakukan kegiatan sosial yang ada dilingkungannya</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan harian</p> <p>Hasil : Pasien setuju dan memasukkannya ke dalam jadwal harian</p>	<p>dengan teman sekamar, sesekali berbicara dengan nada tinggi, klien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan</p> <p>Pasien mampu melakukan kegiatan yang ada disekitar lingkungannya</p> <p>A : Resiko perilaku kekerasan</p> <p>P : Evaluasi SP1,2,3,4P cara mengontrol resiko perilaku kekerasan, SP di lanjutkan di ruang perawatan</p>
	Sabtu, 20 Mei 2023	<p>SP4P</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</p> <p>Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan</p> <p>2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p> <p>Hasil : SP di lanjutkan</p>	<p>S : Tidak terkaji</p> <p>O : Tidak terkaji</p> <p>A : Resiko perilaku kekerasan</p> <p>P : Evaluasi SP1, 2, 3, 4, 5 lanjutkan SP di ruang perawatan</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
		<p>di ruang perawatan</p> <p>3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian klien</p> <p>Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan</p> <p>SP5P</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</p> <p>Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan</p> <p>2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat</p> <p>Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan</p> <p>3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian klien</p> <p>Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan</p>	

4.2 Pembahasan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan yang telah dilakukan pada Selasa, 16 Mei 2023 di ruangan Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat, melalui pendekatan proses keperawatan yaitu meliputi pengkajian, penegakkan diagnosis, perencanaan keperawatan,

pelaksanaan dan evaluasi, maka pada pembahasan ini peneliti akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dan kenyataan yang ditemukan dalam perawatan kasus Risiko Perilaku Kekerasan diruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat, yang dapat diuraikan sebagai berikut.

4.2.1 Pengkajian

Hasil studi yang dilakukan bahwa klien telah dirawat di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat pada 15 Mei 2023 dan dilakukan pengkajian pada 16 Mei 2023, didapatkan identitas klien adalah Ny. I usia 28 tahun, beralamat malang, dengan status pernikahan kawin, sebagai ibu rumah tangga pendidikan terakhir SLTA, klien di bawa oleh keluarga ke RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat dengan data yang di peroleh dari keluarga mengatakan bahwa klien sudah 10 hari tidak mau mengkonsumsi obat, tidak mau kontrol, di rumah klien sering marah-marah, berbicara dengan nada tinggi, tangan mengepal, membuang semua barang yang ada di sekitarnya, menurut data yang di peroleh dari klien mengatakan bahwa sering di buat jengkel oleh orang sekitar dan ingin memukul, sehingga klien di antar oleh keluarga ke RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat untuk menjalani pengobatan kembali, sebelumnya klien juga pernah di rawat di RSJ selama 15 hari dengan kasus yang sama, pada pemeriksaan fisik kesadaran composmentis, TD : 110/70, S : 36,0, SPO2 : 99%, BB : 55 kg, TB: 155 cm, konsep diri klien merasa senang dengan postur tubuhnya, kurang mampu dalam menjalankan perannya karena berbicara sendiri dan juga sesekali berbicara dengan nada tinggi, klien merasa belum mendapatkan apa yang di inginkan menjadi seorang ibu, klien merasa tidak puas dengan kehidupan karena gagal menjadi ibu dan membuat klien merasa minder dan di jadikan bahan ejekan oleh orang sekitar.

Klien dengan risiko perilaku kekerasan akan mengalami perilaku dengan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, ditandai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol (Dermawan, 2018). Tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan. Sehingga dari data pengkajian diatas, maka diangkat diagnosis keperawatan utama yaitu risiko perilaku kekerasan. Hal ini sesuai dengan Menurut Sutejo (2018) bahwa pasien dengan resiko perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala yang terjadi pada perasaan dan tingkah lakunya, seperti ungkapan berupa ancaman, katakata kasar, wajah memerah, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, mengamuk, perasaan tertekan. Upaya tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan di rumah sakit yaitu melakukan penerapan standar asuhan keperawatan terapi aktivitas kelompok dan melatih psikoterapi individu, adapun strategi pelaksanaan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan mencakup mengenal gejala perilaku kekerasan, melatih klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara memukul kasur atau bantal, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, serta melakukan aktivitas terjadwal untuk menghindari resiko perilaku kekerasan, meminum obat dengan teratur (Videbeck, 2018).

Peneliti berpendapat bahwa klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak semua menunjukkan tatapan tajam, wajah memerah, tapak tegang, tidak ada kontak mata, tangan mengepal, berbicara kasar, berbicara dengan nada tinggi, ketakutan, tidak kooperatif, tidak ingin bercerita tentang perasaan, pada kasus ini peneliti menemukan bahwa klien yang berada di ruang Mawar menunjukkan

perilaku kooperatif, mudah beralih, tatapan tajam, dapat mengungkapkan perasaan yang di alami.

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan studi dokumentasi menunjukan bahwa data yang di peroleh klien mengatakan merasa jengkel dengan orang yang ada di sekitar rumah, klien mengatakan ingin memukul orang yang sudah membuatnya jengkel, data yang di peroleh dari keluarga menunjukkan bahwa klien sering marah- marah, berbicara dengan nada tinggi, tangan mengepal, membuang barang yang ada di sekitarnya, sedangkan menurut data pengkajian klien tampak berbicara sendiri dengan nada tinggi, klien kooperatif, klien tampak mudah beralih.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan, menurut (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

Peneliti berpendapat bahwa data yang telah diperoleh dengan menegakkan diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan sebagai diagnosis prioritas dengan data yang didapat pada keluhan utama dan tanda gejala yang paling nampak atau menonjol menunjukkan bahwa klien mengalami masalah risiko perilaku kekerasan.

4.2.3 Tahap Perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan penulis hanya menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yaitu perilaku kekerasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan didukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing. Secara teoritis digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian.

Menurut (Sahputra, 2021) perencanaan untuk perilaku kekerasan ada beberapa (SP1-SP5) diantaranya, SP1P: Mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi jenis risiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi akibat risiko perilaku kekerasan, menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan, membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan, menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian. SP2P : Mengevaluasi jadal kegiatan mengontrol risiko perilaku kekerasan, melatih cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik memukul kasur dan bantal, SP3P : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien. melatih pasien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara sosial/ verbal, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian, SP4P : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. SP5P : Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih

pasien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Berdasarkan intervensi yang penulis lakukan sesuai dengan teori dan merancang strategi pelaksanaan sesuai dengan keadaan pasien.

Peneliti berpendapat bahwa akan melakukan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan teori dan merancang strategi pelaksanaan sesuai dengan keadaan klien di ruang Mawar.

4.2.4 Tahap Implementasi

Berdasarkan studi dokumentasi pada tahap implementasi, peneliti telah melakukan rencana keperawatan sebagai berikut klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku risiko kekerasan, klien mampu mengidentifikasi tanda- tanda perilaku kekerasan, klien mengidentifikasi jenis risiko perilaku kekerasan, akibat risiko perilaku kekerasan, klien mampu menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan, klien mampu mempraktekkan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Menurut (Sahputra, 2021) implementasi pada klien dengan risiko perilaku kekerasan ada beberapa tujuan umum diantaranya, TUK 1 klien mampu membina hubungan saling percaya, TUK 2 klien mampu mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan, TUK 3 klien mampu mengidentifikasi tanda risiko perilaku kekerasan, TUK 4 klien mampu mengidentifikasi jenis risiko perilaku kekerasan, TUK 5 klien mampu mengidentifikasi akibat risiko perilaku kekerasan, TUK 6 klien mampu mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan, TUK 7 klien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol risiko

perilaku kekerasan, TUK 8 klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan.

Peneliti berpendapat bahwa pada implementasi ini klien mampu membina hubungan saling percaya, mengevaluasi tindakan secara berulang penyebab, tanda, gejala, jenis, akibat risiko perilaku kekerasan, cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan, mendemonstrasikan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan, klien belum mampu menggunakan obat secara mandiri sesuai program yang telah ditetapkan di karenakan kondisi yang di alami klien saat ini.

4.2.5 Tahap Evaluasi

Berdasarkan studi evaluasi yang telah dilakukan selama 4 hari data yang di dapatkan klien tampak kooperatif, tatapan mata tajam, mudah beralih, dapat menceritakan perasaannya, kontak mata kurang, klien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan memukul bantal dan kasur, klien terlihat tenang, dapat bersosialisasi dengan teman yang berada di lingkungan kamar, sesekali berbicara dengan nada tinggi.

Menurut tinjauan teoritis evaluasi menunjukkan dengan kriteria wajah cerah, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, bersedia menceritakan perasaan, mampu menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya, menunjukkan ciri- ciri fisik seperti mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain, emosional seperti perasaan marah, jengkel, bicara kasar, sosial, seperti bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan, ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya, perasaannya saat melakukan kekerasan, efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah, dijauhi teman, mudah tersinggung, ketakutan, merusak

barang atau benda, menjelaskan cara cara sehat mengungkapkan marah, mampu melakukan perilaku mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan nafas dalam, memukul bantal/kasur, mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti, zikir/doa, meditasi sesuai agamanya, mampu minum obat, mengetahui kerugian tidak minum obat, mengetahui nama obat, mengetahui bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, klien mampu menggunakan obat sesuai program.

Peneliti berpendapat pada evaluasi klien belum dapat melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara sepenuhnya dan peneliti belum tuntas dalam melakukan strategi pelaksanaan dengan cara spiritual, dan mengevaluasi kegiatan yang di lakukan klien, klien belum dapat melakukan tindakan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat karena klien melakukan penolakan terhadap hal tersebut, dan untuk strategi pelaksanaan selanjutnya di lanjutkan di ruang perawatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah peneliti tulis pada laporan kasus tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis risiko perilaku kekerasan yang dilakukan kepada satu responden di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Peneliti mendapatkan kesimpulan, yaitu :

1. Pengkajian yang telah dilakukan penulis terhadap klien yang didapatkan data subjektif dan objektif yang akhirnya penulis dapat menegakkan satu diagnosa keperawatan yaitu Risiko Perilaku Kekerasan
2. Diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan penulis dapat membantu penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami klien.
3. Intervensi yang telah di lakukan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan sesuai dengan (Sahputra, 2021) perencanaan untuk risiko perilaku kekerasan ada beberapa (SP1-SP5) sebagai penunjang perubahan yang signifikan masalah yang di alami klien.
4. Implementasi asuhan keperawatan pada klien diagnosa risiko perilaku kekerasan semua rencana yang sudah dibuat belum dilaksanakan secara menyeluruh. Pelaksanaan yang dilakukan meliputi observasi, kolaborasi, mandiri dan edukasi secara berulang.
5. Evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dengan Risiko Perilaku Kekersan dengan hasil klien belum dapat melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual, dan

mengevaluasi kegiatan yang di lakukan klien, klien belum dapat melakukan tindakan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat karena klien melakukan penolakan terhadap hal tersebut, dan untuk strategi pelaksanaan selanjutnya di lanjutkan di ruang perawatan.

5.2 Saran

1. Bagi Perawat

Dapat dijadikan acuan ataupun sebagai refensi dalam melakukan asuhan keperawatan guna meningkatkan pelayanan agar menjadi lebih baik lagi, khususnya pada klien dengan risiko perilaku kekerasan

2. Bagi Dosen (Institusi Pendidikan)

Dapat dijadikan referensi dalam melakukan pembelajaran kepada mahasiswa khususnya pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan

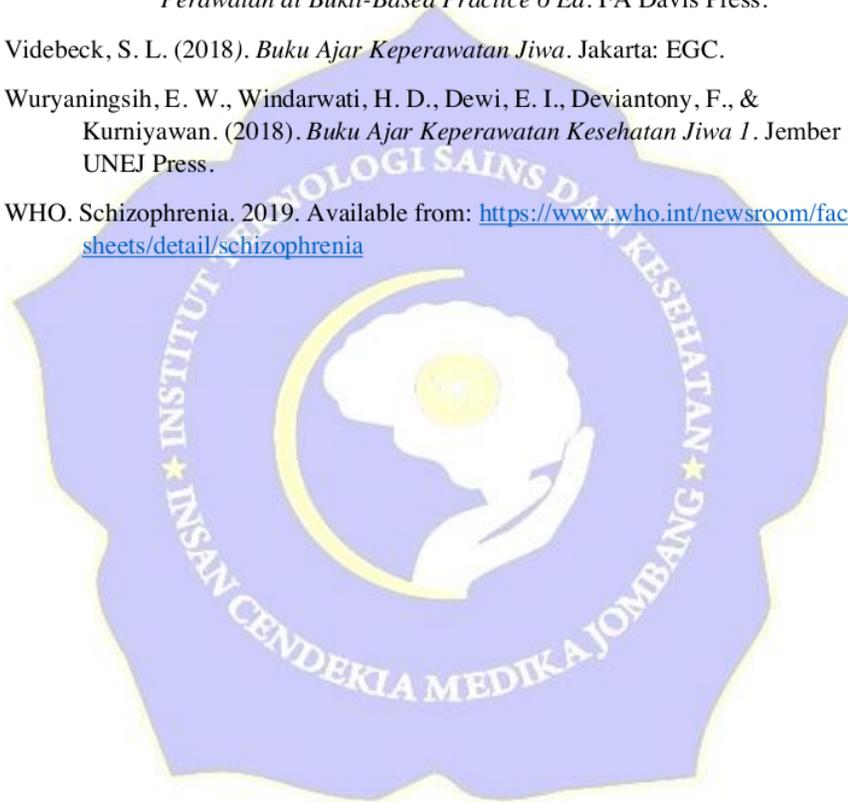
3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharap peneliti selanjutnya dapat melakukan pembelajaran kepada mahasiswa khususnya pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan, diharapkan dapat melihat banyak sumber dan referensi terkait dengan dinas pendidikan sehingga hasil penulisan penelitian asuhan keperawatan jauh lebih baik dan lenfgkap.

PUSTAKA

- Anggita, N., Kartina, I. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Gangguan Resiko Perilaku Kekerasan. *Karya Tulis Ilmiah. Keperawatan. STIKES Kusuma Husada Surakarta: Surakarta.*
- Anita rosa elvita. (2018). *Asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilakukekerasanpadany. N dengan diagnose medis skizofrenia hebefrenik di ruang flamboyan rumahsakit jiwa Surabaya provinsi jawa timur.*
- Direja, Ade Herman Surya. 2021. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika*
- Hawari, D. (2019). *Buku Ajar Manajemen Stres Cemas dan Depresi.* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kemenkes, R. I.(2021). Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas. Jakarta: Kemenkes RI
- Kemenpppa. (2023). Diakses melalui : <https://kekerasan.kemenpppa.go.id>
- Keliat, Akemat, Dkk. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa.* Jakarta: EGC.
- Kusumawati, F dan Hartono, Y. (2021) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa.* Jakarta: Salemba Medika
- Malfasari, E., (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65–74. Diakses melalui : <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1>
- Musmini, Siti. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa pada klien risiko perilaku kekerasan terintegrasi dengan keluarga di wilayah kerja puskesmas sempaja samarinda.* <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id>
- Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189-196. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
- Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). *Jurnal Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan.* *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189-196. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
- PPNI, D. S. T. P. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.* Jakarta Selatan.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa.* PT. Pustaka Baru

- Sutejo. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa: Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sari, R. D., Hastuti, W.(2019). 3. *Proses terjadinya resiko perilaku kekerasan*. *Jurnal Publikasi*, 1, 6.
- Stuart, G. W. (2019). *Buku Saku Keperawatan Jiwa (Kelima)*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Townsend, M. C. (2018). *Psychiatric Mental Perawatan Kesehatan: Konsep Perawatan di Bukti-Based Practice 6 Ed*. FA Davis Press.
- Videbeck, S. L. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Wuryaningsih, E. W., Windarwati, H. D., Dewi, E. I., Deviantony, F., & Kurniyawan. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*. Jember : UNEJ Press.
- WHO. Schizophrenia. 2019. Available from: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/schizophrenia>



ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS RISIKO PERILAKU KEKERASAN (STUDI DI RUANG MAWAR RSJ DR RADJIMAN WEDIODININGRAT)

ORIGINALITY REPORT

7%

SIMILARITY INDEX

7%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.stikeshangtuahsby-library.ac.id Internet Source	2%
2	www.researchgate.net Internet Source	1%
3	eprints.umpo.ac.id Internet Source	1%
4	www.scribd.com Internet Source	1%
5	docplayer.info Internet Source	1%
6	files.osf.io Internet Source	<1%
7	Submitted to Greenhouse Higher Secondary School Student Paper	<1%
8	uchensners.blogspot.com Internet Source	<1%

9	pdfcoffee.com Internet Source	<1 %
10	aljazuli99.blogspot.com Internet Source	<1 %
11	nababansudarwati.blogspot.com Internet Source	<1 %
12	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
13	idoc.pub Internet Source	<1 %
14	digilib.unimus.ac.id Internet Source	<1 %
15	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	<1 %
16	tugaskuliahperawat.blogspot.com Internet Source	<1 %
17	fr.scribd.com Internet Source	<1 %
18	dayatvetra.wordpress.com Internet Source	<1 %
19	repo.poltekkestasikmalaya.ac.id Internet Source	<1 %
20	stikespanakkukang.ac.id Internet Source	<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS RISIKO PERILAKU KEKERASAN (STUDI DI RUANG MAWAR RSJ DR RADJIMAN WEDIODININGRAT)

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

GENERAL COMMENTS

/0

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

PAGE 50

PAGE 51

PAGE 52

PAGE 53

PAGE 54

PAGE 55

PAGE 56

PAGE 57

PAGE 58

PAGE 59

PAGE 60

PAGE 61

PAGE 62

PAGE 63

PAGE 64

PAGE 65

PAGE 66

PAGE 67

PAGE 68

PAGE 69

PAGE 70
