

**KARYA TULIS ILMIAH NERS**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS**  
**RISIKO PERILAKU KEKERASAN**  
**( STUDI DI RUANG MAWAR RSJ DR RADJIMAN WEDIODININGRAT )**



OLEH :

MARISTA RAHMA PUTRI SALECHA

226410020

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN**

**INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN**

**INSAN CENDEKIA MEDIKA**

**JOMBANG**

**2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG MAWAR RUMAH  
SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program  
Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan  
Insan Cendekia Medika Jombang



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI, SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA**

**JOMBANG**

**2023**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Marista Rahma Putri Salecha

NIM : 226410020

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners ini asli dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan (Studi Di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat)”. Karya ilmiah akhir ners ini bukan milik orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi akademik. -

Jombang, 25 September 2023

Yang Menyatakan,



(Marista Rahma Putri Salecha)

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Marista Rahma Putri Salecha

NIM : 226410020

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners saya yang berjudul :

“ Asuhan Keperawatan Pada Klienengan Diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan (Studi Di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat)”.

Merupakan murni karya ilmiah yang secara keseluruhan adalah hasil karya penelitian penulis, kecuali teori yang dirujuk dari sumber informasi aslinya. Karya tulis ilmiah ini benar-benar bebas dari plagiasi, dan apabila di kemudian hari terbukti melakukan proses plagiasi, maka saya siap di proses sesuai dengan hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 25 September 2023

Yang Menyatakan,



(Marista Rahma Putri Salecha)



**PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosis  
Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Mawar RSJ Dr.  
Radjiman Wediodiningrat  
Nama Mahasiswa : Marista Rahma Putri Salecha  
Nim : 226410020

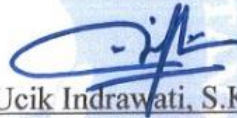
TELAH DI SETUJUI KOMISI PEMBIMBING  
PADA TANGGAL 31 Agustus 2023

**Pembimbing Ketua**

**Pembimbing Anggota**



Endang Yuswati Ningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIDN. 0726058101



Ucik Indrawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN.0716048102

**Mengetahui**

**Dekan Fakultas Kesehatan  
ITSKes ICMe Jombang**

**Ketua Program Studi  
Profesi Ners**



Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIDN. 0723048301



Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN.0716048102

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diajukan oleh :**

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa  
Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Mawar RSJ  
Radjiman Wediodiningrat Lawang  
Nama Mahasiswa : Marista Rahma Putri Salecha, S.Kep.  
NIM : 226410020

Telah berhasil dipertahankan dan diuji diharakan Dewan Penguji dan diterima  
sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada  
Program Studi Profesi Ners  
Komisi Dewan Penguji,

Ketua Dewan Penguji : Seputro Edhy Susilo, S.Kep.,Ns

NIP. 1975052001121903

Penguji I : Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes(.....)

NIDN. 0726058101

Penguji II : Ucik Indrawati, S.Kep.Ns., M.Kep

NIDN. 0716048102

Ditetapkan di : **JOMBANG**

Pada tanggal : 07 Sepetember 2023

**Mengetahui**

**Dekan Fakultas Kesehatan  
ITSKes ICMe Jombang**

Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep.  
NIDN. 0723048301

**Ketua Program Studi  
Profesi Ners**

Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN.0716048102

## RIWAYAT HIDUP

Peneliti dilahirkan di kota Sidoarjo pada 23 Maret 2000 dari pasangan suami istri yang bernama bapak Iwan Heru Purnomo dan ibu Ida Purwatiningsih. Peneliti merupakan anak pertama dari 3 bersaudara.

Pada tahun 2012 peneliti lulus dari SDN Cangu, peneliti melanjutkan pendidikan di MTs Al- Musthofa lulus pada tahun 2015, peneliti melanjutkan pendidikan di Ma Al- Mustofa lulus pada tahun 2018, pada tahun 2022 peneliti lulus S1 Keperawatan di ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang, dan pada tahun yang sama 2022 penulis melanjutkan studi Profesi Ners di ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang.

Demikian riwayat hidup peneliti yang ditulis dengan sebenar benarnya.



## PERSEMBAHAN

Dengan segala puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan nikmat sehat kepada saya, sehingga dapat menyelesaikan tugas akhir yang merupakan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Profesi (Ners) dengan judul “Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada klien dengan diagnosis risiko perilaku kekerasan studi di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman wediodiningrat”.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Diri penulis yang telah bersemangat untuk menyelesaikan tugas akhir ners dengan baik tanpa terkecuali.
2. Kepada kedua orang tua penulis papa tercinta Iwan Heru Purnomo dan mama terkasih Ida Purwatiningsih yang telah memberikan dukungan moril maupun materil serta doa yang tiada henti selalu dipanjatkan kepada Allah SWT untuk penulis.
3. Prof. Win Darmanto, Drs. MSi. Med. Sci. Ph.D selaku ketua ITS Kes ICME Jombang yang telah memberikan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan, ibu Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku ketua program studi Profesi Ners, ibu Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku pembimbing ketua, ibu Ucik Indrawati, S.Kep.Ns., M.Kep., serta penguji bapak Seputro Edhy Susilo, S.Kep.,Ns yang telah membimbing, memberikan arahan, motivasi berserta waktu dalam penyusunan tugas Karya Ilmiah Akhir Ners ini sehingga peneliti dapat menyelesaikannya dengan baik.



4. Teman-teman Profesi Ners angkatan 2022 maupun teman-teman S1 Keperawatan angkatan 2018 yang terkhusus ais atau mbes, firyal, intan, ulum, mb dewi, wahida, nurul, pamila saya ucapkan terimakasih selalu memberi dukungan maupun menjadi pendengar terhadap keluh maupun kesah penulis
5. Direktur RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan kepala ruang maupun staf Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat.

Semoga semua pihak yang sudah memberikan dukungan dalam menyelesaikan tugas akhir ini dibalas oleh Allah SWT. Saya menyadari bahwa tugas akhir ini jauh dari sempurna, tetapi saya berharap tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi tenaga kesehatan khususnya keperawatan.

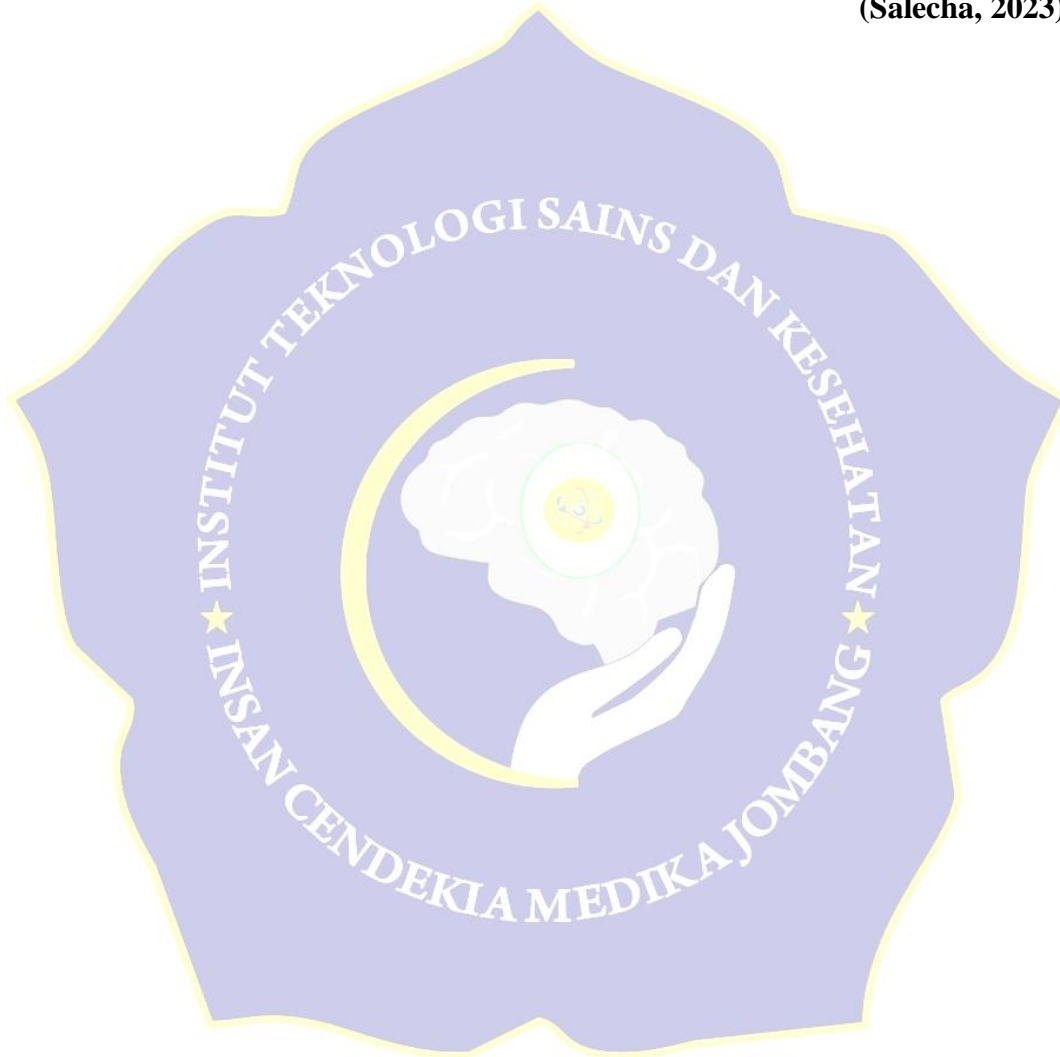
Jombang, 10 Agustus 2023

(Marista Rahma Putri Salecha, S.kep.)

## MOTTO

**”aku bukan menyerah tapi hanya sedang beristirahat untuk mempersiapkan  
segalanya”**

**(Salecha, 2023)**



## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT

Oleh :

**Marista Rahma Putri Salecha, Endang Yuswatiningsih, Ucik Indrawati**

Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes ICMe Jombang

[rahmamarista23@gmail.com](mailto:rahmamarista23@gmail.com)

**Pendahuluan** : Perilaku kekerasan merupakan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, ditandai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan pada klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar Rumah sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. **Metode Penelitian** : Desain penelitian yang digunakan studi deskriptif *case report* yang merupakan gambaran pengalaman kasus pasien. *Case report* (laporan kasus) , populasi penelitian ini berjumlah 1 responden. **Hasil** : berdasarkan studi kasus pengkajian sudah menyeluruh dilakukan perawat terdapat data yang lengkap, Diagnosis keperawatan didapatkan 1 diagnosis yaitu risiko perilaku kekerasan, Rencana tindakan keperawatan selama 4 hari dengan kriteria hasil klien mampu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, jenis, akibat, dapat menyebutkan cara mengontrol, mempraktikkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan. **Kesimpulan** : asuhan keperawatan yang telah dilakukan kurang memenuhi strategi pelaksanaan dikarenakan terdapat kekurangan pada implementasi yang belum dilakukan yaitu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan spiritual, melatih klien mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat, Sehingga penyelesaian masalah belum tercapai secara maksimal.

**Kata kunci** : Asuhan Keperawatan, Asuhan Keperawatan Jiwa, Risiko Perilaku Kekerasan

## ABSTRACT

### **NURSING CARE FOR CLIENTS WITH A DIAGNOSIS OF THE RISK OF VIOLENT BEHAVIOR IN THE MAWAR ROOM OF PSYCHIATRIC HOSPITAL DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT**

By :

**Marista Rahma Putri Salecha, Endang Yuswatiningsih, Ucik Indrawati**

Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes ICMe Jombang

[rahmamarista23@gmail.com](mailto:rahmamarista23@gmail.com)

**Introduction:** Violent behavior is an action that can be physically dangerous, both to oneself and others, characterized by uncontrolled rage and restless noise. This research aims to analyze nursing care for clients with risk problems of violent behavior in the Mawar Room psychiatric hospital Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. **Research Method:** The research design used is a descriptive case report study which describes the patient's case experience. Case report (case report), the population of this study amounted to 1 respondent. **Results:** Based on the case study, a thorough assessment was carried out by the nurse, there was complete data. The nursing diagnosis was obtained by 1 diagnosis, namely the risk of violent behavior. Nursing action plan for 4 days with the criteria for the results. The client was able to identify the causes, signs and symptoms, types, consequences, and was able to state the method. control, practice ways to control the risk of violent behavior. **Conclusion:** the nursing care that has been carried out does not fulfill the implementation strategy because there are deficiencies in implementation that have not been carried out, namely controlling the risk of violent behavior spiritually, training clients to control the risk of violent behavior by taking medication, so that problem solving has not been achieved optimally.

Keywords: Nursing Care, Mental Nursing Care, Risk of Violent Behavior



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Mawar RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat. Tugas akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Penyusunan tugas akhir ners ini tidak lepas dari bimbingan, oleh karena itu peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar- besarnya dengan hati yang tulus kepada Rektor ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang Prof. Win Darmanto ,Drs.Msi.Med.Sci.Ph.D, bapak Seputro Edhy Susilo, S.Kep.,Ns. selaku ketua dewan penguji, ibu Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku pembimbing I, ibu Ucik Indrawati, S.Kep.Ns., M.Kep. selaku pembimbing II yang telah memberikan pengarahan kepada penulis dan responden yang telah bersedia membantu peneliti. Orang tua, yang selalu mendukung penulis, ikut serta dalam memberikan semangat, masukan dan bantuan hingga penulis dapat menyelesaikan tugas ini dengan baik.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak. Kami sadar bahwa tugas akhir ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap karya ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Jombang, 10 Agustus 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

Sampul Luar .....	i
Sampul Dalam.....	ii
Surat Pernyataan Keaslian.....	iii
Surat Bebas Plagiasi .....	iv
Lembar Persetujuan Karya Ilmiah Akhir Ners .....	v
Lembar Pengesahan Karya Ilmiah Akhir Ners .....	vi
Riwayat Hidup .....	vii
Persembahan .....	viii
Motto .....	x
Abstrak .....	xi
<i>Abstract</i> .....	xii
Kata Pengantar .....	xiii
Daftar Isi .....	xiv
Daftar Tabel.....	xvi
Daftar Gambar .....	xvii
Daftar Lampiran.....	xviii
Daftar Arti Lambang, Singkatan dan Istilah .....	xvix
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan .....	3
1.4 Manfaat .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Risiko Perilaku Kekerasan.....	14
2.3 Diagnosis Keperawatan.....	20
2.4 Rencana Keperawatan.....	21
2.5 Implementasi.....	29
2.6 Evaluasi .....	29
2.7 Dokumentasi .....	30
2.8 Prinsip Dalam Pendokumentasian .....	30
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>32</b>
3.1 Desain Penelitian .....	32
3.2 Batasan Istilah.....	32
3.3 Partisipan .....	33
3.4 Lokasi Penelitian.....	33
3.5 Pengumpulan Data .....	33
3.6 Uji Keabsahan Data .....	34
3.7 Analisa Data .....	34
3.8 Etik penelitian.....	35
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>37</b>
4.1 Hasil .....	37
4.2 Pembahasan .....	59
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>67</b>
5.1 Kesimpulan.....	67

5.2 Saran.....	68
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>69</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.2 Rentan Respon Marah .....	6
Tabel 2.4 Rencana keperawatan .....	21
Tabel 4.1.3 Rencana Keperawatan .....	49
Tabel 4.1.4 Strategi Pelaksanaan .....	53
Tabel 4.1.5 Implementasi dan Evaluasi .....	54





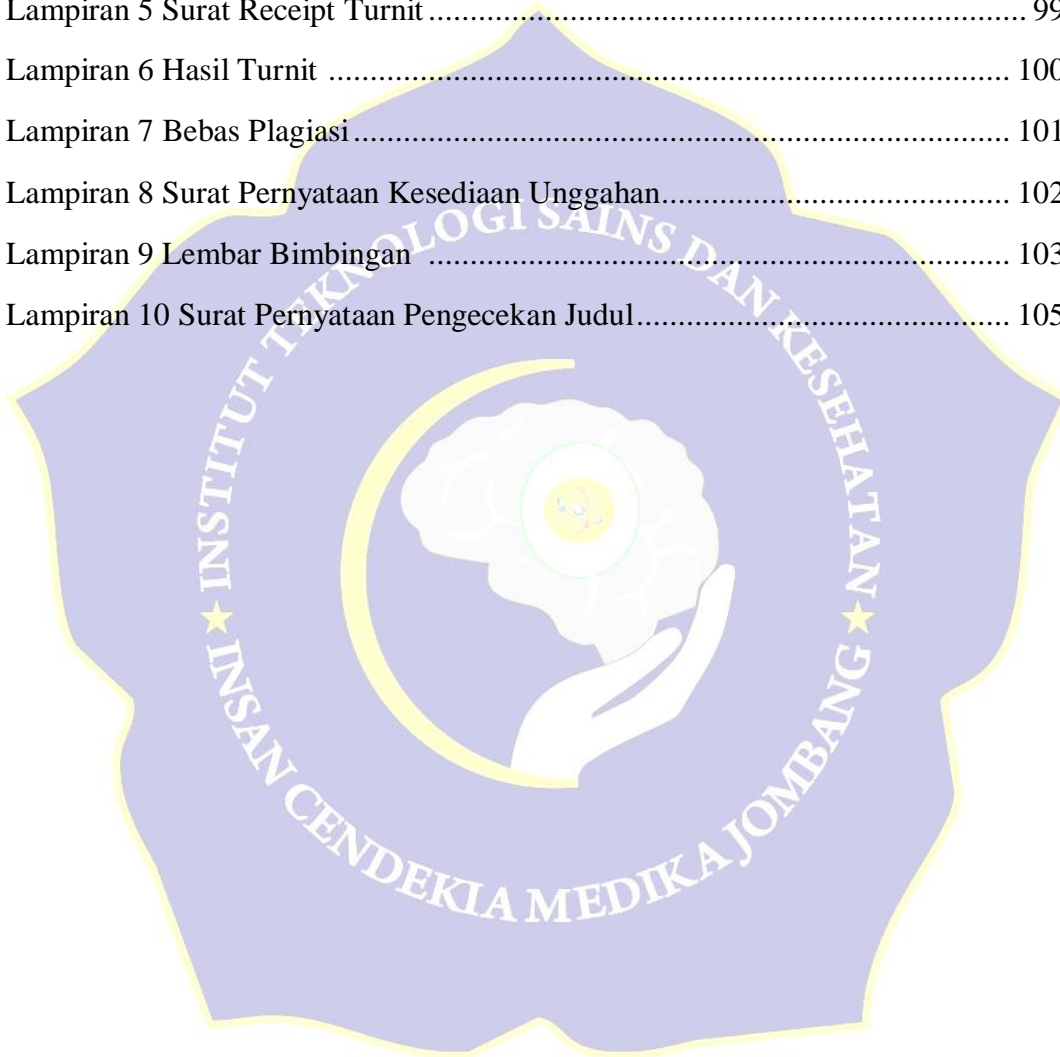
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentan Respon Marah.....	6
Gambar 2.1.6 Pohon Masalah .....	14



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Asuhan Keperawatan.....	70
Lampiran 2 Jadwal Kegiatan.....	95
Lampiran 3 lembar Penjelasan Penelitian .....	96
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden.....	98
Lampiran 5 Surat Receipt Turnit .....	99
Lampiran 6 Hasil Turnit .....	100
Lampiran 7 Bebas Plagiasi.....	101
Lampiran 8 Surat Pernyataan Kesiapan Unggahan.....	102
Lampiran 9 Lembar Bimbingan .....	103
Lampiran 10 Surat Pernyataan Pengecekan Judul.....	105



## DAFTAR LAMBANG SINGKATAN DAN ISTILAH

### Daftar lambang

/	: atau
Mg	: Mili Gram
TD	: Tekanan Darah
S	: Suhu

### Daftar Singkatan

ITSKes	: Institut Tehnologi Sains dan Kesehatan
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia



# 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). Prevalensi 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 marahan 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 Rhythm* (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, norephinephrin, 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 ke 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 massal 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 involusion, 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 sampingnya 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 agresi. 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

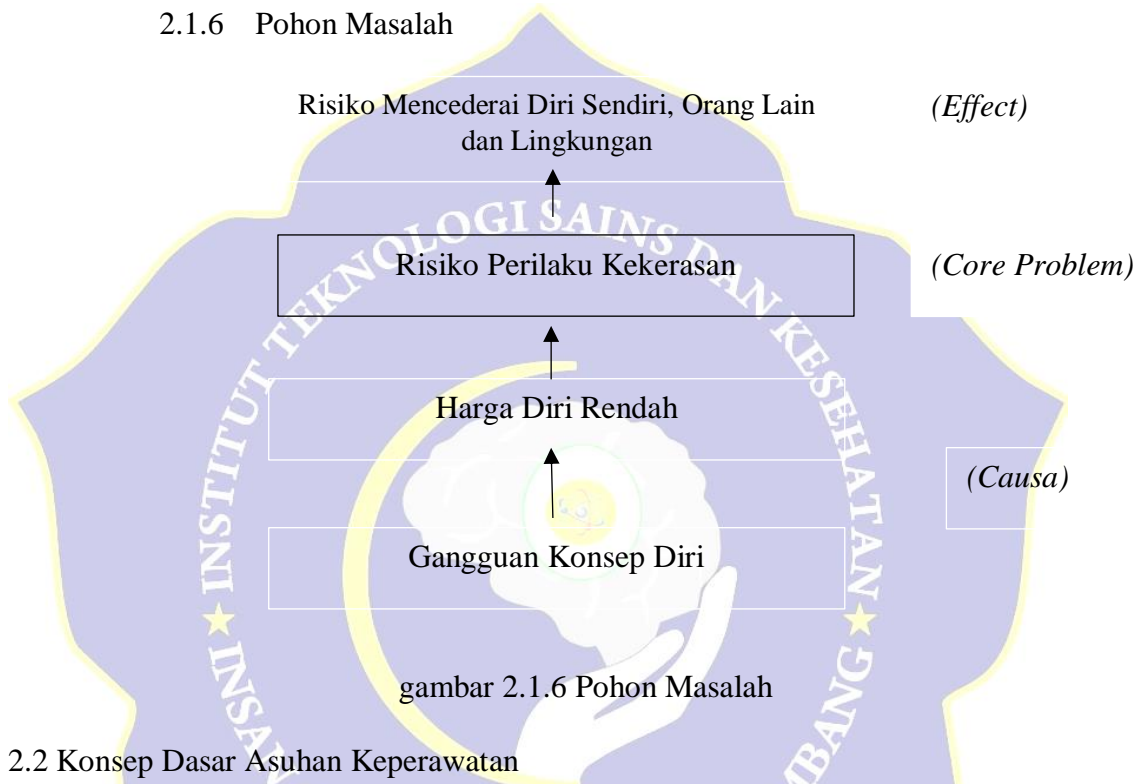
Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan pasien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga memengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptive, dan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

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 mengendalik an 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 KEPERAW ATAN	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 KEPERAW ATAN	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, di jauhi 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 KEPERAW ATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
			atau benda rusak dll	
	Risiko Perilaku Kekerasan	6. Klien dapat mengiden tifikasi cara konstruktif dalam mengungkap kan kemaraha n	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria : a. Menjelaskan cara cara sehat mengungkap kan marah	Diskusikan dengan klien: 1) Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapka n marah yang sehat 2) Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapka n marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien. 3) ★ Jelaskan cara- cara sehat untuk mengungkapka n marah: a. Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olah raga. b. Verbal: mengungk apkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain. c. Sosial:

NO	DIAGNOSIS KEPERAW ATAN	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 mempragakan cara yang dipilih: a. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih. b. Jelaskan manfaat cara

NO	DIAGNOSIS KEPERAW ATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
				tersebut c. Anjurkan klien meniruka n peragaan yang sudah dilakukan . d. Beri penguata n 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 mengontr ol perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria : a. Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan b. Mengungkap kan 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 mempragakan 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Manfaat minum obat</li> <li>b. Kerugian tidak minum obat</li> <li>c. Nama obat</li> <li>d. Bentuk dan warna obat</li> <li>e. Dosis yang diberikan kepadanya</li> <li>f. Waktu pemakaian</li> <li>g. Cara pemakaian</li> <li>h. Efek yang dirasakan</li> <li>i. Klien menggunakan obat sesuai program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kerugian jika tidak menggunakan obat</li> <li>3) Jelaskan kepada klien:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat)</li> <li>b. Dosis yang tepat untuk klien</li> <li>c. Waktu pemakaian</li> <li>d. Cara pemakaian</li> <li>e. Efek yang akan dirasakan klien</li> </ul> </li> <li>4) Anjurkan klien:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Minta dan menggunakan obat tepat waktu</li> <li>b. Laporkan ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa</li> <li>c. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.</li> </ul> </li> </ul>	

## 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

## 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 %

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

Turun

4. **Keluhan fisik:**

Tidak ada keluhan

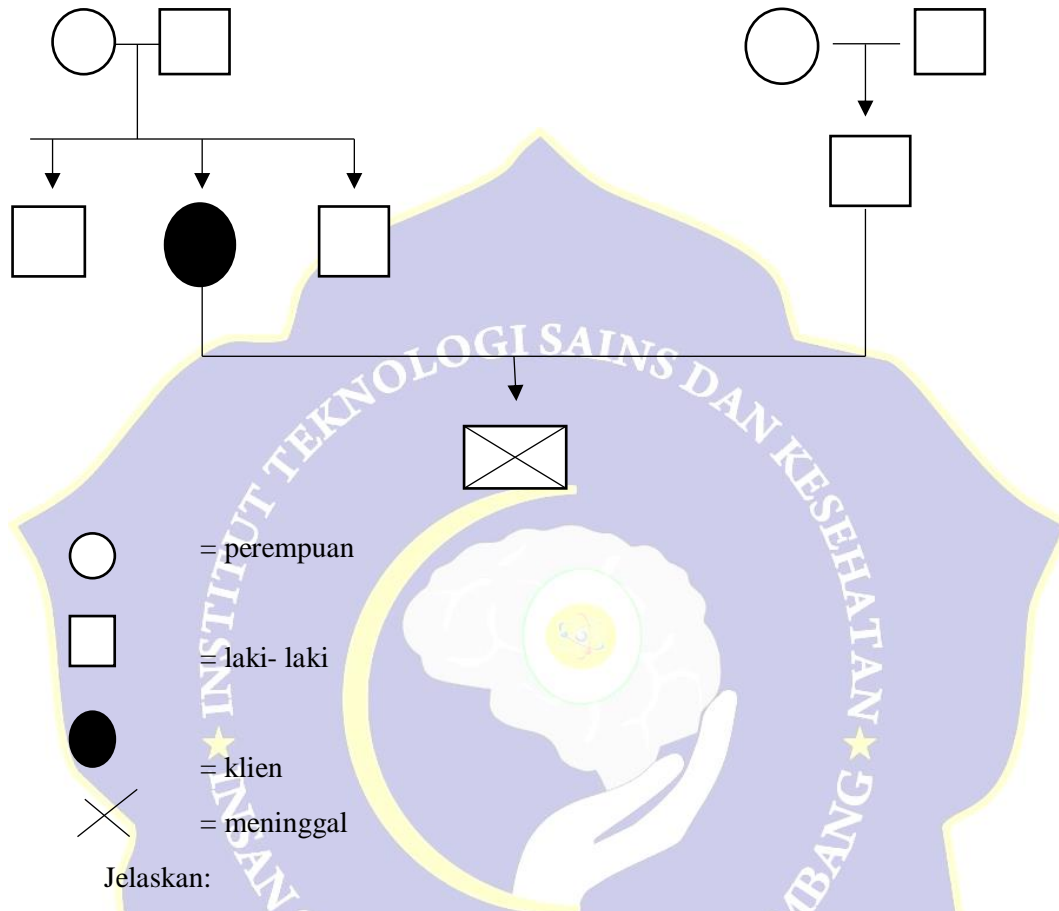
Jelaskan:

Tidak ada keluhan fisik apapun

Masalah / Diagnosa Keperawatan : -

## VI. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL (Sebelum dan sesudah sakit)

### 1. Genogram:



Klien merupakan anak ke dua dari tiga bersaudara, dengan jenis kelamin laki- laki, 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 / Diagnosa Keperawatan :

- Harga diri rendah kronis

### 3. Hubungan sosial

- 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 / **Diagnosa Keperawatan :**

- 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 / Diagnosa Keperawatan:

- 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 / Diagnosa Keperawatan: -

### 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. Aktifitasmotorik/Psikomotor

**Kelambatan :**

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

**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 diversional / 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:

- Risiko tinggi cedera
- Kerusakan komunikasi
- Kerusakan komunikasi verbal
- Kerusakan interaksi sosial
- Isolasi sosial
- Lain-lain, jelaskan.....

### b. Emosi

- Merasa Kesepian
- Marah

Jelaskan:

Klien tampak mudah beralih

#### Diagnosa Keperawatan

- |  |  |
|--|--|
| <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 egan mengakui kesalahan sebagai petahanan diri

#### Diagnosa Keperawatan :

- |   |  |
|---|--|
| <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**

- Tidakada

**Jelaskan: -**

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

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

**7. Proses Pikir****a. Arus Pikir :**

- Koheren
- Inkoheren
- Sirkumstansial
- Neologisme
- Tangensial
- Logorea
- Kehilanganasosiasi
- Bicaralambat
- Flight of idea
- Bicaracepat
- Irrelevansi
- Main kata-kata
- Blocking
- PengulanganPembicaraan/perseverasi
- Afasia
- Asosiasibunyi

**Jelaskan:**

Klien berbicara berulang-ulang tanpa kontrol dan tidak inkoheren

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

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

**b. Isi Pikir**

- Obsesif
- Ekstasi
- Fantasi
- Alienasi
- PikiranBunuhDiri
- Preokupasi
- PikiranIsolasisosial
- Ide yang terkait
- PikiranRendahdiri
- Pesimisme
- Pikiranmagis
- Pikirancuriga
- Fobia,sebutkan.....

- Waham: -
  - Agama
  - Somatik/hipokondria
  - Kebesaran
  - Kejar / curiga
  - Nihilistik
  - Dosa
- Sisippikir
- Siar piker
- Kontrolpikir

**Jelaskan:-**

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

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

**8. Kesadaran**

- Menurun:
  - Compos mentis

Jelaskan: -

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

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

**9. Orientasi**

- Waktu
- Tempat
- Orang



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

### 13. Dayatilik diri

- Mengingkaripenyakit 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"/> Mampumenyelesaikanmasalah <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 denganpe ngetahuan yang kurang tentang suatu hal?

- Penyakit/gangguanjiwa  
 Sistempendukung  
 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

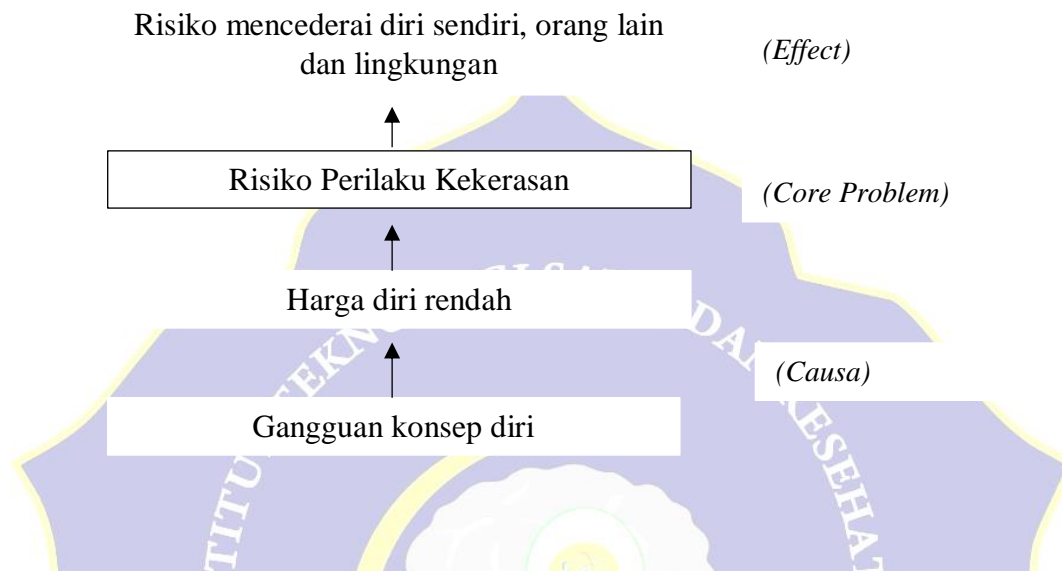
## XI. ANALISA DATA

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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membina hubungan saling</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wajah cerah, tersenyum</li> <li>2. Mau berkenalan</li> <li>3. Ada kontak mata</li> <li>4. Bersedia menceritakan perasaan</li> </ol>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Beri salam setiap berinteraksi.</li> <li>2) Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan</li> <li>3) Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</li> <li>5) Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi</li> <li>6) Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien</li> </ol>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
		perca ya		7) Buat kontrak interaksi yang jelas 8) Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien
		2. Kli en dapat mengide ntifikasi penyeba b perilaku kekerasa n yang dilakuka nnya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria : 1. Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya	Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya: 1) Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya 2) Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien
		3. Klien dapat mengid entifikasi tanda- tanda perilak u kekerasa n	Setelah dilakukan tindakan keperawatan setelah 2x pertemuan Klien menunjukkan kriteria : 1. Fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain. 2. Emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar. 3. 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
		4. Klien dapat mengid entifikasi jenis perilak u kekerasa n yang pernah dilakuk	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria : 1. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya 2. Perasaannya saat melakukan	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

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
		annya	kekerasan Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah	kekerasan tersebut terjadi 3) Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.
		5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria : 1. Diri sendiri : luka, di jauhi teman, dll 2. Orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dll 3. Lingkungan : barang atau benda rusak dll	Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada: 1) Diri sendiri 2) Orang lain/keluarga 3) Lingkungan
		6. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria : 1. 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: 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	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	1) Diskusikan cara yang

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI
		<p>mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>selama 3 x pertemuan Klien menunjukkan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur</li> <li>2. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti</li> <li>3. Spiritual: zikir/doa, meditasi sesuai agamanya</li> </ol>	<p>mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Latih klien memperagakan cara yang dipilih:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih.</li> <li>2. Jelaskan manfaat cara tersebut</li> <li>3. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan.</li> <li>4. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna</li> </ol> </li> <li>3) Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel</li> </ol>
		<p>8. Klien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Klien menunjukkan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manfaat minum obat</li> <li>2. Kerugian tidak minum obat</li> <li>3. Nama obat</li> <li>4. Bentuk dan warna obat</li> <li>5. Dosis yang diberikan kepadanya</li> <li>6. Waktu pemakaian</li> <li>7. Cara pemakaian</li> <li>8. Efek yang dirasakan</li> </ol> <p>Klien menggunakan obat sesuai program</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat</li> <li>2) Jelaskan kepada klien:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat)</li> <li>2. Dosis yang tepat untuk klien</li> <li>3. Waktu pemakaian</li> <li>4. Cara pemakaian</li> <li>5. Efek yang akan dirasakan klien</li> </ol> </li> <li>3) Anjurkan klien:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minta dan menggunakan obat tepat waktu</li> <li>2. Laporkan ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa</li> <li>3. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.</li> </ol> </li> </ol>



## 4.1.4 Strategi Pelaksanaan

Tabel 4.1.4 Strategi Pelaksanaan

No	Strategi Pelaksanaan	Hasil
1	SP1P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan</li> <li>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</li> <li>3. Mengidentifikasi jenis resiko perilaku kekerasan.</li> <li>4. Mengidentifikasi akibat resiko perilaku kekerasan</li> <li>5. Menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan</li> <li>6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan</li> <li>7. Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian</li> </ol>
2	SP2P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan mengontrol resiko perilaku kekerasan. Berikan pujian</li> <li>2. Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik memukul kasur dan bantal</li> <li>3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal harian klien</li> </ol>
3	SP3P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dan mengevaluasi kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/ verbal</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>
4	SP4P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Berikan pujian</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara melakukan kegiatan.</li> <li>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</li> </ol>
5	SP5P	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat</li> <li>3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian klien</li> </ol>



## 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  12.00  12.30  13.00  13.30	Melakukan SP1P 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  3. Mengidentifikasi jenis resiko perilaku kekerasan.  Hasil : marah marah tidak jelas  4. Mengidentifikasi akibat resiko perilaku kekerasan  Hasil : Pasien akan diajuhi oleh keluarga maupun masyarakat  5. Menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan  Hasil : Melakukan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) dan 2 ( memukul kasur dan bantal)  6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara	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, Pasien tampak mudah beralih, berbicara sendiri dengan nada tinggi.  A : Resiko perilaku kekerasan  P : Evaluasi Sp1 cara menghardik Lanjutkan Sp2 : Ajarkan pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik memukul

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
	14.00	<p>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>	bantal tau kasur
	<p>Rabu 17 mei 2023</p> <p>08.00</p> <p>09.00</p> <p>10.00</p> <p>11.00</p> <p>12.00</p>	<p>SP2P</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan mengontrol resiko perilaku kekerasan. Berikan pujian</li> </ol> <p>Hasil : Pasien mampu melakukan SP1P yaitu dengan cara latihan tarik nafas dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik memukul kasur dan bantal</li> </ol> <p>Hasil : klien melakukan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan mmukul kasur dan bantal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal harian klien</li> </ol>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan</p> <p>O :</p> <p>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</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
			kekerasan  P : Evaluasi Sp2 cara memukul bantal dan kasur, lanjutkan sp3
	Kamis, 18 Mei 2023  08.00  08.30  09.00  09.30  10.00  11.00  12.00  13.00	SP3P 1. Mengevaluasi kegiatan latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dan mengevaluasi kegiatan harian. Beri pujian  Hasil : Pasien mampu melakukan SP1P, SP2P yaitu dengan mengevaluasi kegiatan harian,  2. melatih klien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara social dan verbal  Hasil : Mengajarkan pasien bagaimana cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berbincang-bincang kepada orang lain, ataupun melakukan kegiatan social dilingkungannya,  3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian Hasil : Memasukkan jadwal kegiatan harian pasien	S : Klien mengatakan sudah mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan, sudah mampu mencari teman untuk bercakap-cakap atau berbincang-bincang  O : Klien tampak kooperatif, terlihat tenang, klien tampak bercakap cakap dengan teman sekamar, sesekali berbicara dengan nada tinggi  A : Resiko perilaku kekerasan  P : Evaluasi Sp1,2,3P cara

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
			mengontrol resiko perilaku kekerasan
	Jumat, 19 Mei 2023  08.00  08.30  10.00  11.00  12.00  13.00	SP4P 1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Berikan pujian  Hasil : klien mampu melakukan SP1P, SP2P SP3P yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berbincang-bincang dan melakukan kegiatan harian.  2. Melatih pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara melakukan kegiatan harian  Hasil : Pasien mampu melakukan kegiatan harian yaitu dengan melakukan kegiatan sosial yang ada dilingkungannya  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	S : Klien mengatakan sudah mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan melakukan kegiatan harian O : Tampak kooperatif, klien tampak berbincang dengan teman sekamar, sesekali berbicara dengan nada tinggi, klien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan  Pasien mampu melakukan kegiatan yang ada disekitar lingkungannya A : Resiko perilaku kekerasan  P : Evaluasi SP1,2,3,4P

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
			cara mengontrol resiko perilaku kekerasan, SP di lanjutkan di ruang perawatan
	Sabtu, 20 Mei 2023	<p><b>SP4P</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> </ol> <p>Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</li> </ol> <p>Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian klien</li> </ol> <p>Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan</p> <p><b>SP5P</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> </ol> <p>Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat</li> </ol> <p>Hasil : SP di</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
		lanjutkan di ruang perawatan  3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian klien Hasil : SP di lanjutkan di ruang perawatan	

#### 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 di ruangan 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 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, 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 jadwal 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 mengidentifikasib 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 mengepal, 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.



## BAB 5

### 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 dilakukan 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 dialami 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 Kekerasan dengan hasil klien belum dapat melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual, dan

6. 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.

## DAFTAR 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 perilaku kekerasan padany. 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.
- Kemendes, R. I.(2021). Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas, Jakarta: Kemendes RI
- Kemendiknas. (2023). Diakses melalui : <https://kekerasan.kemendiknas.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

Lampiran 1 lembar asuhan keperawatan jiwa

## PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Tanggal MRS : .....  
 Tanggal Dirawat di Ruang : .....  
 Tanggal Pengkajian : .....  
 Ruang Rawat : .....

### I. IDENTITAS KLIEN

Nama : ..... (L/P)  
 Umur : .....  
 Alamat : .....  
 Pendidikan : .....  
 Agama : .....  
 Status : .....  
 Pekerjaan : .....  
 JenisKel. : .....  
 No RM : .....

### II. ALASAN MASUK

a. DataPrimer.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 b. Datasekunder.....  
 .....  
 .....  
 .....

### III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG dan FAKTOR PRESIPITASI

.....  
 .....  
 .....

### IV. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?  
 Ya  
 Tidak  
 JikaYa, Jelaskan kapan, tanda gejala/ keluhan:

.....  
 .....  
 .....



2. Faktor Penyebab/ Pendukung :

a. Faktor trauma

	usia	pelaku	korban	saksi
Aniayafisik				
Aniayaseksual				
Penolakan				
Kekerasan dalam keluarga				
Tindakan kriminal				

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan :

b. Pernah melakukan upaya/ percobaan/ bunuh diri

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan :

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

Jika ada jelaskan :

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan :

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

- Ya
- Tidak

Jika ya jelaskan :

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

Diagnosa Keperawatan :

e. Riwayat penggunaan NAPZA

.....  
.....  
.....  
.....

Diagnosa Keperawatan :

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

.....  
.....  
.....

Diagnosa Keperawatan :

4. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA  
Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

- Ada
  - Tidak
- Kalau ada :

Hubungan keluarga : .....

Gejala : .....

Riwayat pengobatan : .....

Masalah / Diagnosa Keperawatan:

- Koping keluarga tidak efektif : ketidakmampuan
- Koping keluarga tidak efektif : kompromi
- Resiko tinggi kekerasan
- Lain-lain, jelaskan .....

## V. PEMERIKSAAAN FISIK

Tanggal : .....

### 1. Keadaan umum :

.....  
 .....

### 2. Tanda vital:

TD: .....mm/Hg

N:.....x/m

S.....

P.....x/m

### 3. Ukur: BB .....kg TB.....cm

Turun

Naik

### 4. Keluhan fisik:

Nyeri : Ringan (1,2,3), Sedang(4,5,6), Berat terkontrol (7 8 9), Berat tidak terkontrol (10) (Standar JCI)

Ya :

P =

Q =

R =

S =

T =

Tidak

Keluhan lain

Tidak ada keluhan

Jelaskan:

.....  
 .....

Masalah / Diagnosa Keperawatan :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Risiko tinggi perubahan suhu tubuh             | <input type="checkbox"/> Perubahan Nutrisi: Lebih dari kebutuhan Tubuh |
| <input type="checkbox"/> Defisit Volume Cairan                          | <input type="checkbox"/> Kerusakan Menelan                             |
| <input type="checkbox"/> Kelebihan Volume Cairan                        | <input type="checkbox"/> Perubahan Eliminasi faeses                    |
| <input type="checkbox"/> Risiko Tinggi terhadap Infeksi                 | <input type="checkbox"/> Perubahan Eliminasi urine                     |
| <input type="checkbox"/> Risiko Tinggi terhadap Transmisi Infeksi       | <input type="checkbox"/> Kerusakan integritas kulit                    |
| <input type="checkbox"/> Perubahan Nutrisi: Kurang dari kebutuhan Tubuh | <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan.....                      |

**VI. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL (Sebelum dan sesudah sakit)**

1. Genogram:  
Jelaskan:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Masalah / Diagnosa Keperawatan :

2. Konsep Diri  
a. Citra tubuh :

.....  
.....  
.....

b. Identitas :

.....  
.....  
.....

c. Peran :

.....  
.....  
.....

d. Ideal diri :

.....  
.....  
.....

e. Harga diri :

.....  
.....  
.....

Masalah / Diagnosa Keperawatan :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pengabaian unilateral      | <input type="checkbox"/> Harga diri rendah kronis      |
| <input type="checkbox"/> Gangguan citra tubuh       | <input type="checkbox"/> Harga diri rendah situasional |
| <input type="checkbox"/> Gangguan identitas pribadi | <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan.....      |

**3. Hubungansosial**

**a. Orang yang berarti/terdekat:**

.....  
.....

**b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:**

.....  
.....

**c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:**

.....  
.....

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Kerusakan komunikasi
- Kerusakan komunikasi verbal
- Kerusakan interaksi sosial
- Isolasi sosial
- Lain-lain, jelaskan.....

**4. Spiritual**

**a. Nilai dan keyakinan**

.....  
.....

**b. Kegiatan ibadah**

.....  
.....

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

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

**VII. STATUS MENTAL**

**1. Penampilan**

- Tidak rapi
- Penggunaan pakaian tidak sesuai
- Cara berpakaian t idak sesuai fungsinya

Jelaskan:

.....  
.....  
.....  
.....

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

- Sindroma defisit perawatan diri (makan, mandi, berhias, toileting, instrumentasi)
- Defisit perawatan diri (makan, mandi, berhias, toileting, instrumentasi)



Lain-lain, jelaskan.....

## 2. Pembicaraan

- Cepat
- Keras
- Gagap
- Apatis
- Lambat
- Membisu
- Tidakmampu memulai pembicaraan
- Lain-lain.....

Jelaskan:

(sesuai data  
fokus).....

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

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

## 3. Aktifitasmotorik/Psikomotor

**Kelambatan :**

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

**Jelaskan:**

**Peningkatan :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hiperkinesia,hiperaktifitas | <input type="checkbox"/> Grimace                   |
| <input type="checkbox"/> Gagap                       | <input type="checkbox"/> Otomatisma                |
| <input type="checkbox"/> Stereotipi                  | <input type="checkbox"/> Negativisme               |
| <input type="checkbox"/> GaduhGelisahKatatonik       | <input type="checkbox"/> Reaksikonversi            |
|  | <input type="checkbox"/> Tremor                    |
| <input type="checkbox"/> Mannarism                   | <input type="checkbox"/> Verbigerasi               |
| <input type="checkbox"/> Katapleksi                  | <input type="checkbox"/> Berjalankaku/rigid        |
| <input type="checkbox"/> Tik                         | <input type="checkbox"/> Kompulsif :sebutkan ..... |
| <input type="checkbox"/> Ekhopraxia                  |  |
| <input type="checkbox"/> Command automatism          |  |

**Jelaskan:**

.....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

Pertanyaan :

Bagaimana perasaan anda akhir akhir ini ?

Jika tidak ada respon, lanjutkan dengan pertanyaan : Bagaimana perasaan anda senang apa sedih?

Jika pasien tampak sedih, tanyakan : bagaimana sedihnya? Dapatkah anda menceritakannya?

Jika pasien menunjukkan gambaran depresi , lanjutkan dengan pertanyaan:

Bagaimana dengan masa depanmu?Apakah anda benar benar tidak punya harapan?

Jika "ya" Lanjutkan dengan : Bukankah hidup ini berharga?

Lanjutkan dengan pertanyaan : adalah keinginan untuk bunuh diri?

##### a. Afek

- Adekuat
- Tumpul
- Dangkal/datar
- Inadekuat
- Labil
- Ambivalensi

Jelaskan:

.....

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
- Apatis
- Marah
- Anhedonia
- Eforia
- Cemas (ringan, sedang, berat, panic)
- sedih

- Depresi
- Keinginan bunuh diri

Jelaskan:

.....

.....

**Masalah / 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**

- Bermusuhan
- Tidakkooperatif
- Mudahtersinggung
- Kontakmatakurang
- Defensif
- Curiga

**Jelaskan:**

.....

.....

.....

**Masalah / 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**

Pertanyaan pada pasien :

Apakah anda sering mendengar suara saat tidak ada orang atau saat tidak ada orang yang berbicara?

ATAU : Apakah anda mendengar suara orang yang tidak dapat anda lihat.

Jika : ‘ya”

Apakah itu benar benar suara yang datng dari luar kepala anda atau dalam pikiran anda.

Apa yang dikatakan oleh suara itu?

Berikan contohnya, apa yang anda denar hari ini atau kemarin

**Halusinasi**

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penciuman

**Ilusi**

- Ada
- Tidakada

**Depersonalisasi**

- Ada
- Tidakada

**Derealisasi**

- Ada
- Tidakada

**Jelaskan:**

.....  
 .....  
 .....

**Masalah / Diagnosa Keperawatan :**

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

**7. Proses Pikir****Pertanyaan :**

1. Pernahkah anda percaya bahwa seseorang atau suatu kekuatan di luar anda memasukkan buah pikiran yang bukan milik anda ke dalam pikiran anda, atau menyebabkan anda bertindak tidak seperti biasanya ?
2. Pernahkan anda percaya bahwa anda sedang dikirim pesan khusus melalui TV, radio atau koran, atau bahwa ada seseorang yang tidak anda kenal secara pribadi tertarik pada anda?
3. Pernahkah anda percaya bahwa seseorang sedang membaca pikiran anda atau bisa mendengar pikiran anda atau bahkan anda bisa membaca atau mendengar apa yang sedang dipikirkan oleh orang lain ?

4. Pernahkah anda percaya bahwa seseorang sedang memata matai anda, atau seseorang telah berkomplot melawan anda atau menciderai anda ?
5. Apakah keluarga atau teman anda pernah menganggap keyakinan anda aneh atau tidak lazim ?

**a. Arus Pikir :**

- Koheren
- Inkoheren
- Sirkumstansial
- Neologisme
- Tangensial
- Logorea
- Kehilanganasosiasi
- Bicaralambat
- Flight of idea
- Bicaracepat
- Irrelevansi
- Main kata-kata
- Blocking
- PengulanganPembicaraan/perseverasi
- Afasia
- Asosiasi bunyi

**Jelaskan:**

.....

.....

.....

Masalah / Diagnosa Keperawatan:

- Gangguan proses pikir : ..... (jelaskan)
- 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
- Sisippikir
- Siar piker
- Kontrolpikir

**Jelaskan:**

.....  
 .....  
 .....

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

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

**8. Kesadaran**

- Menurun:
  - Compos mentis
  - Sopor
  - Apatis/sedasi
  - Subkoma
  - Somnolensia
  - Koma
- Meninggi
- Hipnosa
- Disosiasi: .....
- Gangguanperhatian

**Jelaskan:**

.....  
 .....

Masalah / DiagnosaKeperawatan:

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

**9. Orientasi**

- Waktu
- Tempat
- Orang





.....  
.....

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

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

**13. Dayatilik diri**

- Mengingkaripenyakit yang diderita
- Menyalahkanhal-haldiluardirinya

**Jelaskan:**

.....  
.....

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

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

**VIII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG**

**1. Makan**

- Mandiri
- Bantuan Minimal
- Bantuan total

Jelaskan:

.....  
.....

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh
- Perubahan nutrisi : lebih dari kebutuhan tubuh
- Perubahan nutrisi : potensial lebih dari kebutuhan tubuh
- Lain-lain, jelaskan .....

**2. BAB/BAK**

- Mandiri
- Bantuan minimal
- Bantuan total

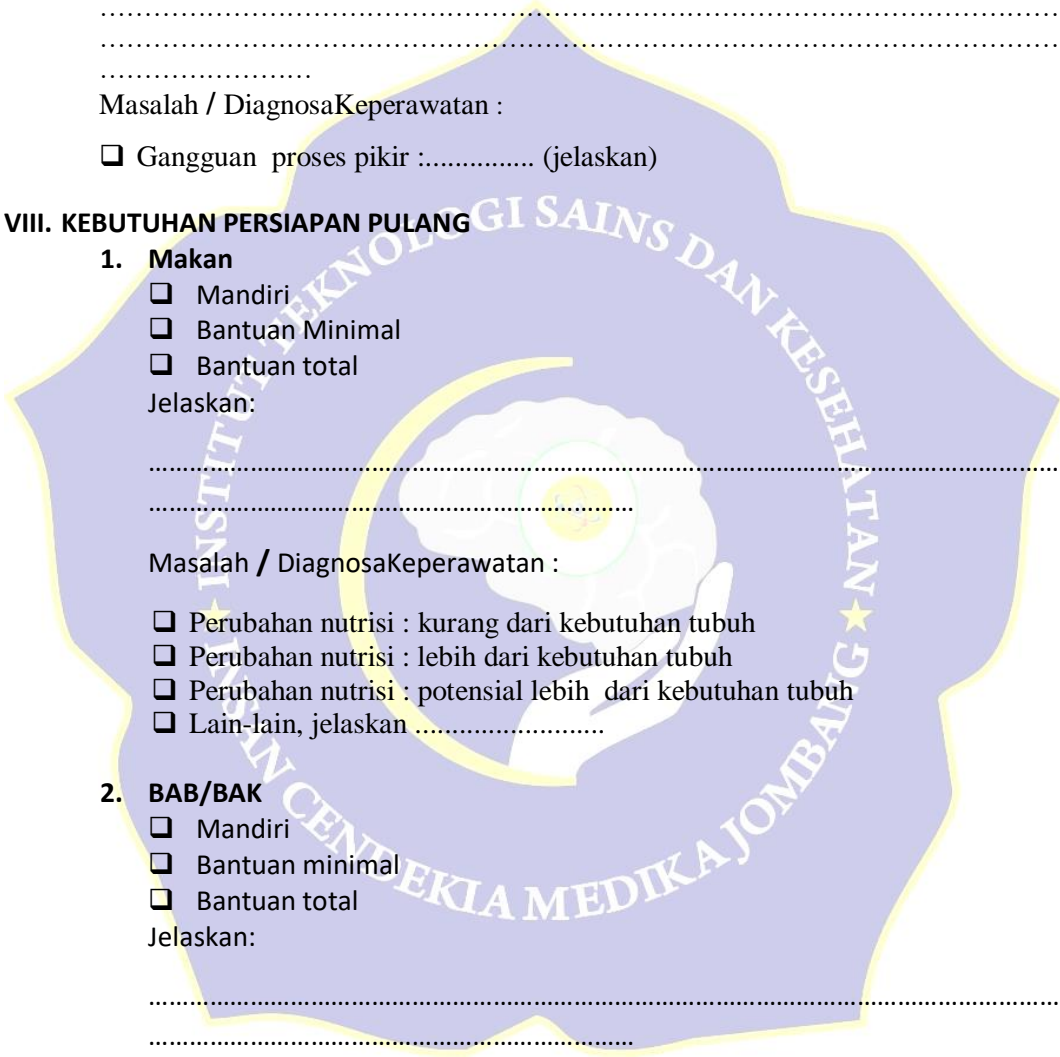
Jelaskan:

.....  
.....

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Perubahan eliminasi fases
- Perubahan eliminasi urin
- Defisit perawatan diri : .....(makan, mandi, berhias, toileting, instrumentasi)
- Lain-lain, jelaskan .....

**3. Mandi**



- Mandiri
- Bantuan minimal
- Bantuan total

**4. sikat gigi**

- Mandiri
- Bantuan minimal
- Bantuan total

**5. keramas**

- Mandiri
- Bantuan minimal
- Bantuan total

Jelaskan

.....  
 .....

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Defisit perawatan diri : .... ..(makan, mandi, berhias, toileting, instrumentasi)
- Lain-lain, jelaskan .....

**6. Berpakaian/berhias**

- Mandiri
- Bantuan Minimal
- Bantuan total

Jelaskan

.....  
 .....

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Defisit perawatan diri : .... (makan, mandi, berhias, toileting, instrumentasi)
- Lain-lain, jelaskan .....

**7. Istirahatdantidur**

- Tidur Siang, Lama : \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_
- TidurMalam, Lama : \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_
- Aktifitassebelum/sesudahtidur : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Jelaskan:

.....  
 .....

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Gangguan pola tidur
- Lain-lain, jelaskan .....

**8. Penggunaan obat**

- Bantuan Minimal  
 Bantuan total

Jelaskan

.....  
 .....

Masalah / DiagnosaKeperawatan :

- Perubahan pemeliharaan kesehatan  
 Ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik  
 Ketidakpatuhan  
 Lain-lain, jelaskan .....

**9. Pemeliharaan kesehatan**

	Ya	Tidak
Perawatan Lanjutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ya	Tidak
--	----	-------

<b>Sistem pendukung</b>		
Keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teman sejawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelompok sosial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan :

.....  
 .....

Masalah/ DiagnosaKeperawatan :

- Perilaku mencari bantuan kesehatan  
 Lain-lain, jelaskan .....

**10. Aktifitas dalam rumah**

	Ya	Tidak
Mempersiapkan makanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menjaga kerapian rumah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mencuci Pakaian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pengaturan keuangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Aktifitas di luarrumah**

	Ya	Tidak
Belanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lain-lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jelaskan :**

.....  
 .....

Masalah/ DiagnosaKeperawatan :

- Perubahan pemeliharaan kesehatan
- Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah
- Lain-lain, jelaskan .....

**IX. MEKANISME KOPING**

Adaptif	Maladaptif
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bicaradengan orang lain</li> <li><input type="checkbox"/> Mampumenyelesaikanmasalah</li> <li><input type="checkbox"/> Teknikrelaksasi</li> <li><input type="checkbox"/> Aktifitaskonstruktif</li> <li><input type="checkbox"/> Olah raga</li> <li><input type="checkbox"/> Lain-lain.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Minumalkhohol</li> <li><input type="checkbox"/> Reaksiambat/berlebihan</li> <li><input type="checkbox"/> Bekerjaberlebihan</li> <li><input type="checkbox"/> Menghindar</li> <li><input type="checkbox"/> Mencideraidiri</li> <li><input type="checkbox"/> Lain-lain.....</li> </ul>

**Jelaskan :**

Sesuai data  
 fokus.....Masalah/

DiagnosaKeperawatan :

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

**X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

- Masalahdengandungankelompok, spesifiknya .....
- Masalahberhubungandenganlingkungan, spesifiknya .....
- Masalahdengandendidikan, spesifiknya .....
- Masalahdengandekerjaan, spesifiknya .....

- Masalah dengan perumahan, spesifiknya .....
- Masalah dengan ekonomi, spesifiknya .....
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya .....
- Masalah lainnya, spesifiknya .....

Masalah/ Diagnosa Keperawatan :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perubahan pemeliharaan kesehatan                              | <input type="checkbox"/> Enuresis maturasi        |
| <input type="checkbox"/> Perubahan pada eliminasi urine                                | <input type="checkbox"/> Ketidakberdayaan         |
| <input type="checkbox"/> Gangguan konsep diri (Gangguan citra tubuh)                   | <input type="checkbox"/> Keputusan                |
| <input type="checkbox"/> Gangguan konsep diri (Gangguan identitas pribadi)             | <input type="checkbox"/> Perubahan kinerja peran  |
| <input type="checkbox"/> Gangguan konsep diri (Gangguan harga diri)                    | <input type="checkbox"/> Sindrom stres relokasi   |
| <input type="checkbox"/> Gangguan konsep diri (Gangguan harga diri rendah kronis)      | <input type="checkbox"/> Lain-lain, jelaskan..... |
| <input type="checkbox"/> Gangguan konsep diri (Gangguan harga diri rendah situasional) |   |
| <input type="checkbox"/> Perilaku mencari bantuan kesehatan                            |   |

#### XI. ASPEK PENGETAHUAN

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

- Penyakit/gangguan jiwa
  - Sistem pendukung
  - Faktor presipitasi
  - Mekanisme coping
  - Penyakit fisik
  - Obat-obatan
  - Lain-lain, jelaskan
- Jelaskan:

.....

.....

Masalah / Diagnosa Keperawatan:

- Perilaku mencari bantuan kesehatan
- Ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik
- Kurang pengetahuan (tentang .....

#### XII. ASPEK MEDIS

Diagnosis medik :

Axis I : .....

Axis II : .....

Axis III : .....

Axis IV : .....



Axis V: .....

Terapimedik : .....

.....

.....

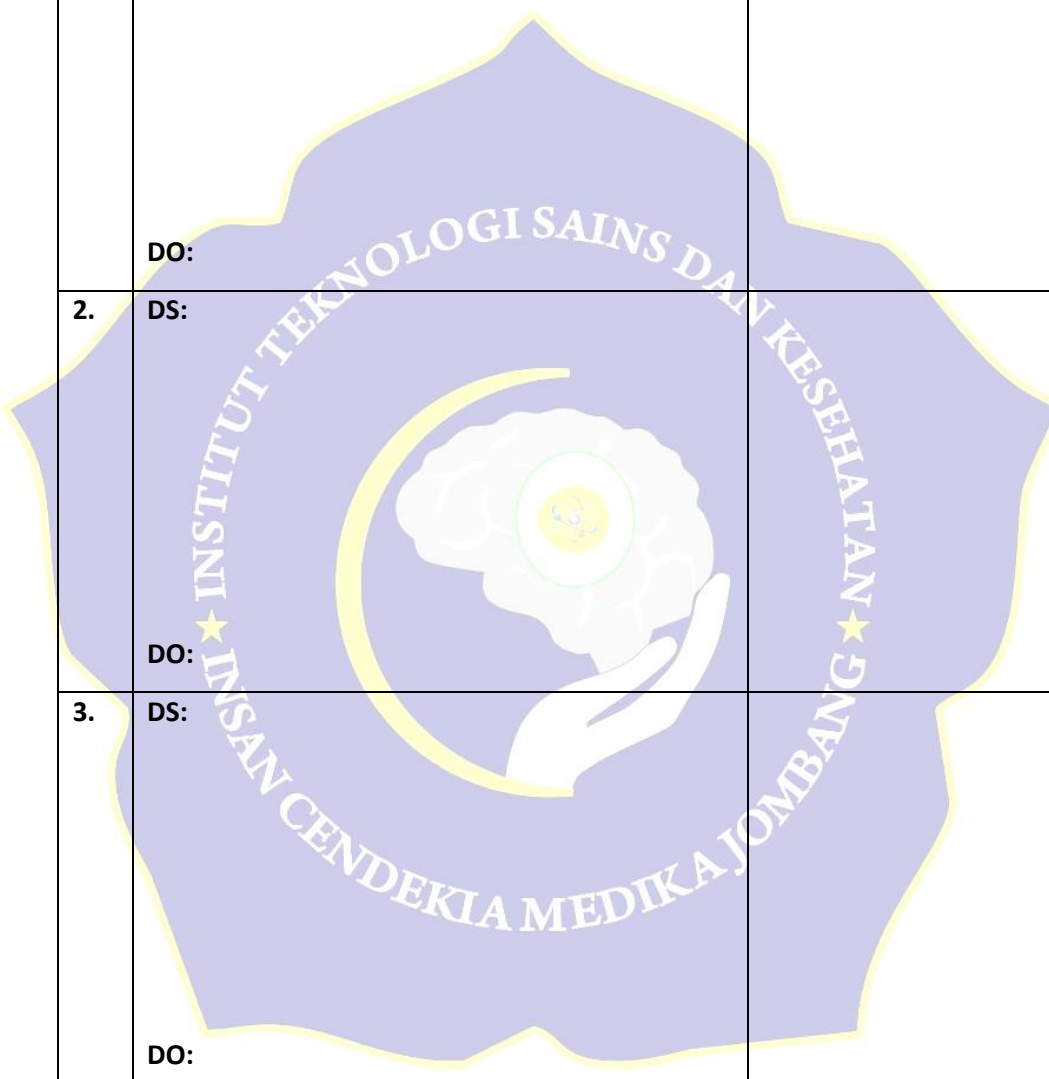
.....

.....



**XIII. ANALISA DATA**

NO	DATA	MASALAH / DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	DS:  DO:	
2.	DS:  DO:	
3.	DS:  DO:	





**XV. POHON MASALAH**

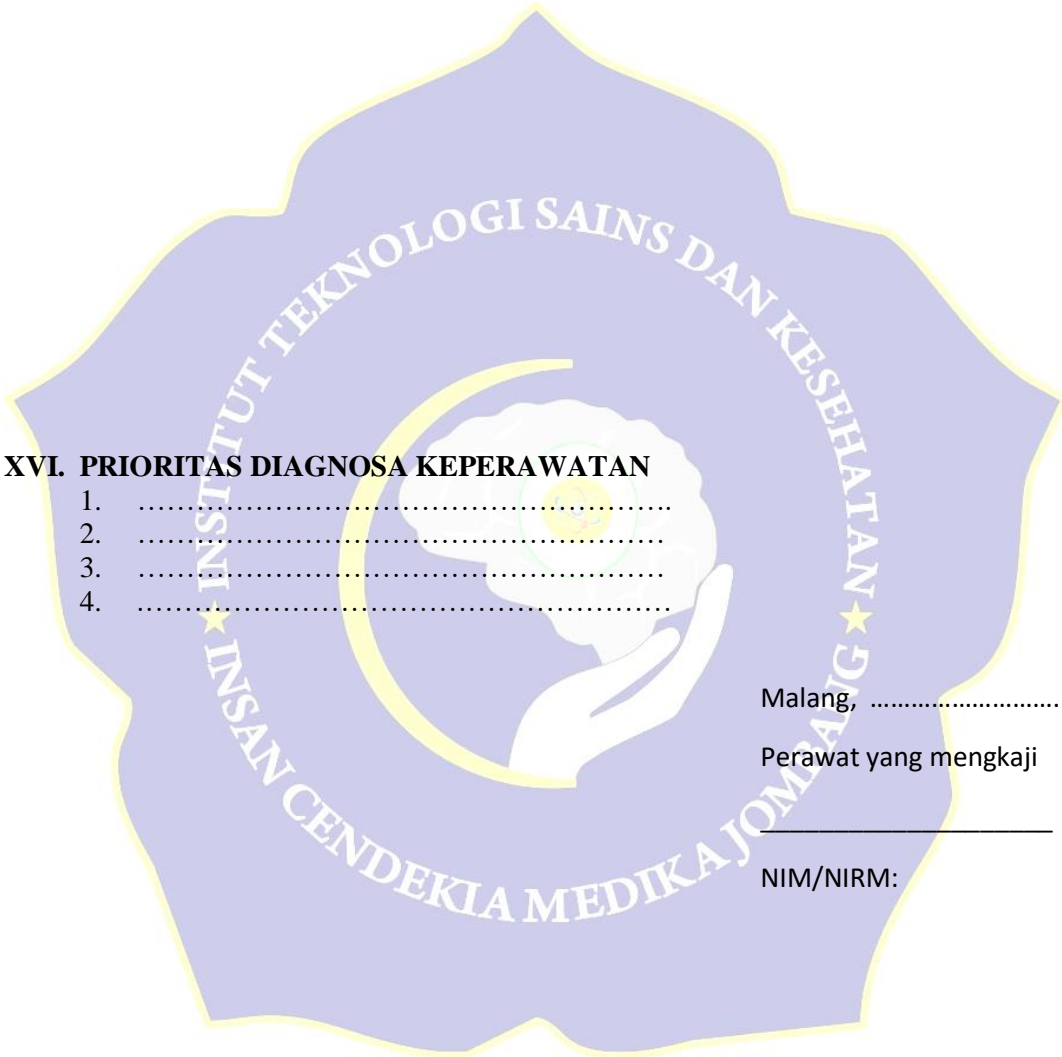
**XVI. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Malang, .....

Perawat yang mengkaji

\_\_\_\_\_  
NIM/NIRM:



## RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

KLIEN DENGAN .....

Nama Klien :

No. CM :


Dx Medis :

Ruangan :

No.	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi



	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi

The logo of Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang is a large, semi-transparent watermark centered on the page. It features a blue gear-like shape with a yellow border. Inside the gear, there is a white hand holding a white flower with a yellow center. The text "INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN" is written in white along the top inner edge of the gear, and "INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG" is written along the bottom inner edge. Two yellow stars are positioned on the left and right sides of the gear.





## Lampiran 2 Jadwal Kegiatan

**JADWAL KEGIATAN**  
**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN**  
**INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN INSAN CENDEKIA**  
**MEDIKA JOMBANG**

No	Kegiatan	Bulan															
		Maret		Agustus													
		09	10	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
1	Daftar Kian																
2	Bimbingan Proposal																
3	Acc Proposal																
4	Pendaftaran ujian proposal																
5	Ujian proposal																

Lampiran 3 lembar penjelasan penelitian

### LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Marista Rahma Putri Salecha

NIM : 226410020

Program studi : Profesi Ners

Saya saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan studi di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat”. Berikut ini adalah penjelasan tentang penelitian yang dilakukan dan terkait dengan keikutsertaan penderita resiko perilaku kekerasan sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Klien Dengan Diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan studi di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat
2. Apabila selama penelitian responden merasa tidak nyaman, responden mempunyai hak untuk mengatakannya kepada peneliti.
3. Keikutsertaan responden pada penelitian ini bukanlah suatu paksaan melainkan atas dasar suka rela, oleh karena itu responden berhak untuk melanjutkan atau menghentikan keikutsertaannya karena alasan tertentu dan telah dikomunikasikan dengan peneliti terlebih dahulu.
4. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan dalam bentuk kode-kode dalam forum ilmiah dan tim ilmiah khususnya ITSKes ICMes Jombang.

Demikian penjelasan mengenai penelitian ini disampaikan. Saya berharap kepada calon responden dalam penelitian ini. Atas kesediaanya saya ucapkan terimakasih.

Jombang, 10 Agustus 2023

Peneliti

(Marista Rahma Putri Salecha)



## Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden

**PERNYATAAN PERSETUJUAN***Inform Consent*

Saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam pengambilan data atau sebagai responden pada pengambilan kasus yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan ITS KES ICME Jombang.

Judul KIAN :” Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan studi di ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat”.

Penulis : Marista Rahma Putri Salecha

NIM : 226410020


Saya percaya yang saya informasikan dijamin kerahasiaannya. Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam pemberi informasi.

Lawang, 16 Mei 2023

Responden

---

## Lampiran 5 Surat Receipt Turnit




## Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Marista Rahma Putri Salecha  
 Assignment title: ITSkes  
 Submission title: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS RI...  
 File name: a\_Rahma\_P\_S\_ASUHAN\_KEPERAWATAN\_PADA\_KLIEN\_DENGA...  
 File size: 510.47K  
 Page count: 70  
 Word count: 10,795  
 Character count: 78,454  
 Submission date: 18-Sep-2023 02:54PM (UTC+0800)  
 Submission ID: 2169355024

KARYA TULIS HAJAH AKHIR NERS  
 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS  
 BUNDO PERILAKU KEKERASAN  
 (STUDI DI RUANG MAWAR RSJ DR RAJESMAN WEDHORNINGRAT)



OLEH:  
 MARISTA RAHMA PUTRI SALECHA, S.Kep  
 220410101

PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KEDHARIFAN  
 INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESIHATAN  
 INSAN CENDAKIA MEDIKA  
 JOROKANG  
 2023

Copyright 2023 Turnitin. All rights reserved.



## Lampiran 6 Hasil Turnit

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

## ORIGINALITY REPORT

<b>7</b> %	<b>7</b> %	<b>0</b> %	<b>2</b> %
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<a href="https://repository.stikeshangtuahsby-library.ac.id">repository.stikeshangtuahsby-library.ac.id</a> Internet Source	<b>2</b> %
<b>2</b>	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Internet Source	<b>1</b> %
<b>3</b>	<a href="http://eprints.umpo.ac.id">eprints.umpo.ac.id</a> Internet Source	<b>1</b> %
<b>4</b>	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Internet Source	<b>1</b> %
<b>5</b>	<a href="http://docplayer.info">docplayer.info</a> Internet Source	<b>1</b> %
<b>6</b>	<a href="http://files.osf.io">files.osf.io</a> Internet Source	<b>&lt;1</b> %
<b>7</b>	Submitted to Greenhouse Higher Secondary School Student Paper	<b>&lt;1</b> %
<b>8</b>	<a href="http://uchensners.blogspot.com">uchensners.blogspot.com</a> Internet Source	<b>&lt;1</b> %

9	<a href="http://pdfcoffee.com">pdfcoffee.com</a> Internet Source	<1 %
10	<a href="http://aljazuli99.blogspot.com">aljazuli99.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
11	<a href="http://nababansudarwati.blogspot.com">nababansudarwati.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
12	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
13	<a href="http://idoc.pub">idoc.pub</a> Internet Source	<1 %
14	<a href="http://digilib.unimus.ac.id">digilib.unimus.ac.id</a> Internet Source	<1 %
15	<a href="http://repository.stikeshangtuh-sby.ac.id">repository.stikeshangtuh-sby.ac.id</a> Internet Source	<1 %
16	<a href="http://tugaskuliahpewawat.blogspot.com">tugaskuliahpewawat.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
17	<a href="http://fr.scribd.com">fr.scribd.com</a> Internet Source	<1 %
18	<a href="http://dayatvetra.wordpress.com">dayatvetra.wordpress.com</a> Internet Source	<1 %
19	<a href="http://repo.poltekkestasikmalaya.ac.id">repo.poltekkestasikmalaya.ac.id</a> Internet Source	<1 %
20	<a href="http://stikespanakkukang.ac.id">stikespanakkukang.ac.id</a> Internet Source	<1 %

---

21 vdocuments.site  
Internet Source

<1 %

---

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

## Lampiran 7 Bebas Plagiasi



**ITSKes** Insan Cendekia Medika  
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

**KETERANGAN PENGECEKAN PLAGIASI**

Nomor : 06/R/SK/ICME/IX/2023

Menerangkan bahwa;

Nama : Marista Rahma Putri Salecha  
NIM : 226410020  
Program Studi : Profesi Ners  
Fakultas : Fakultas Kesehatan  
Judul : Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan  
Diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan ( Studi Di Ruang Mawar Rsj Dr  
Radjiman Wediodiningrat )

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI**, dengan persentase kemiripan sebesar 7%. Demikian keterangan ini dibuat dan diharapkan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 18 September  
2023  
Wakil Rektor I



**Dr. Lusianah Meinawati, SST., M.Kes**  
NIDN. 0718058503

Lampiran 8 Surat Pernyataan Kesiediaan Unggahan

### SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAH KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Marista Rahma Putri Salecha

Nim : 226410020

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (Non Eksklusive Royalti Free Right) atas “ Asuhan Keperawatan Pada Kliengan Diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan (Studi Di Ruang Mawar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat)”.

Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang berhak menyimpan alih KIAN/media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat KIAN, dan mempublikasikan Tugas Akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 25 September 2023

Yang Menyatakan,



(Marista Rahma Putri Salecha)



## Lampiran 9 Lembar Bimbingan

## LEMBAR BIMBINGAN KIAN


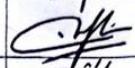




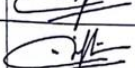

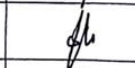
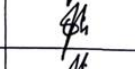
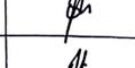
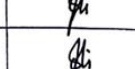

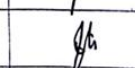
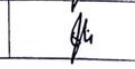


Nama Mahasiswa : MAHITA RAHMA PUTRI SALEHA  
 Nim : 226410020  
 Judul : ARIKAT KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIAGNOSIS  
 RISKO PERILAKU KEKERASAN  
 Nama Pembimbing : IMU ENDANG YUSWATI NINGSIH, S.Kep., Ns., M. Kes

NO	Tanggal	Hasil Bimbingan	Paraf
1	2 - AGS - 2023	REVISI BAB 1-3	
2	3 - AGST - 2023	REVISI BAB 1-3 + DAFTAR PUSTAKA	
3	4 - AGST - 2023	REVISI COVER, BAB 1-3 + DAFTAR PUSTAKA	
4	7 - AGST - 2023	REVISI BAB 1-3 + LAMPIRAN ASKEP	
5	8 - AGST - 2023	REVISI <del>BAB</del> BAB 1 + LAMPIRAN ASKEP	
6	9 - AGST - 2023	REVISI PERULISAN	
7	10 - AGST - 2023	REVISI PERULISAN	
8	11 - AGST - 2023	ACC UJIAN PROPOSAL	
	18 - AGST - 2023	REVISI BAB 4-5	
	21 - AGST - 2023	REVISI ASKEP BAB 4	
	22 - AGST - 2023	REVISI BAB 4 PEMBATASAN	
	23 - AGST - 2023	REVISI BAB 5	
	24 - AGST - 2023	REVISI PERULISAN BAB 4 + 5	
	25 - AGST - 2023	REVISI PERULISAN + ABSTRAK + REVISI HALAMAN	
	29 - AGST - 2023	REVISI PERULISAN + DAFTAR PUSTAKA	
	30 - AGST - 2023	REVISI PERULISAN	
	31 - AGST - 2023	ACC UJIAN SIDANG	



## LEMBAR BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : MALISTA RAHMA PUTRI SALECHA  
 Nim : 22 6900 20  
 Judul : ASKEP PADA RPF DI RUANG MAMAM R.S.J. Dr. RAJSMATI  
 Nama Pembimbing : UCIR INDRAWATI. S.kep., Ns. M.kep.

NO	Tanggal	Hasil Bimbingan	Paraf
1	2 / Ags / 2023	Revisi BAB 1-3	
2	3 / Ags / 2023	Revisi BAB 1-3 + DAFTAR PUSTAKA	
3	4 / Ags / 2023	Revisi COVER + BAB 1-3 + DAFTAR PUST	
4	7 / Ags / 2023	Revisi PERULISAN + LAMPIRAN ASKEP	
5	8 / Ags / 2023	REVISI PERULISAN + LAMPIRAN	
6	9 / Ags / 2023	Revisi PERULISAN	
7	10 / Ags / 2023	Revisi PERULISAN	
8	11 / Ags / 2023	ACC UJIAN PROPOSAL	
	18 / Ags / 2023	Revisi BAB 4-5	
	21 / Ags / 2023	REVISI ASKEP	
	22 / Ags / 2023	Revisi BAB 4 PERULISAN	
	23 / Ags / 2023	Revisi BAB 5	
	24 / Ags / 2023	Revisi perulisan	
	25 / Ags / 2023	Revisi ABSTRAK	
	29 / Ags / 2023	Revisi DAFTAR PUSTAKA	
	30 / Ags / 2023	Revisi TABEL	
	31 / Ags / 2023	ACC UJIAN SKRIPSI	

## Lampiran 10 Surat Pernyataan Pengecekan Judul



**PERPUSTAKAAN  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candimulyo Jombang Telp. 0321-865446


**SURAT PERNYATAAN**  
**Pengecekan Judul**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Marista Rahma Putri Saleha  
 NIM : 226410020  
 Prodi : Profesi Ners  
 Tempat/Tanggal Lahir: Sidoarjo, 23 Maret 2000  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Alamat : Sidoarjo  
 No.Tlp/HP : 085232063933  
 email : rahmamarista23@gmail.com  
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosis  
 Risiko Perilaku Kekerasan Studi Di Ruang Mawar A&J Dr Radjiman  
 Wedadiningrat

Menyatakan bahwa judul LTA/Skripsi diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut **tidak ada** dalam data sistem informasi perpustakaan. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul LTA/Skripsi.

Mengetahui,  
 Jombang, 25 September 2023  
 Direktur Perpustakaan

  
**Dwi Nuriana, M.IP**  
**NIK.01.08.112**  
 PERPUSTAKAAN