



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn N DENGAN RISIKO  
PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT  
HUSADA DIRUANG NUSA INDAH**

**DILA SRI OKTAVIANI**

**2011088**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2023**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn N DENGAN RISIKO  
PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT  
HUSADA DIRUANG NUSA INDAH**

**Laporan Tugas Akhir**

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan  
Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

**DILA SRI OKTAVIANI**

**2011088**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
Jakarta, 2023**

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : DILA SRI OKTAVIANI

Nim : 2011088

Tanda tangan : 

Tanggal : 9 JUNI 2023

## LEMBAR PENGESAHAN

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn N DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT HUSADA DIRUANG NUSA INDAH

**Pembimbing**



Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J.

**Penguji I**



(Ns.Tri Setyaningsih, M.Kep.Sp,Kep.J.)

**Penguji II**



(Ns.Ninuk Catur Puspitarini,S.Kep.)

**Menyetujui,**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**



Ellynia S.E., M.M.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan kemudahan karena atas berkat rahmatnya, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Nn N Dengan risiko perilaku kekerasan Di rumah Sakit Husada Diruang Nusa Indah.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di jurusan keperawatan STIKES RS Husada. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, Oleh Karena itu, Saya ingin menyampaikan rasa terimakasih kepada :

1. Ellynia, SE., MM. Selaku Direktur STIKes RS Husada Jakarta.
2. Dr Erani Soengkono, MARS direktur utama rumah sakit husada.
3. Enjun Juntiah, A.Md.Kep kepala ruangan nusa indah rumah sakit husada.
4. Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J., selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, memberikan bimbingan pengarah dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep., Sp,Kep.J., selaku penguji yang memberikan banyak masukan dan motivasi positif kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Ninuk Catur Puspitarini.S. Kep. selaku penguji yang memberikan banyak masukan dan motivasi positif kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ns. Yarwin Yari,M.Kep.,M.Biomed selaku wali kelas yang selalu memberi motivasi dan support dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

8. Dosen beserta staff STIKES RS Husada yang telah membimbing dari semester pertama sampai semester terakhir.
9. Kepala ruangan dan CI serta Staff Ruangan Nusa Indah Rumah Sakit Husada yang telah membimbing, membantu dalam proses pencarian pasien dan membantu mendapatkan data.
10. Kepada nenek saya Djuliyah yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan dan motivasi untuk belajar bersungguh-sungguh.
11. Kedua Orang Tua saya, Bapak Supardi dan Ibu Sri Wahyuni yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan dan motivasi untuk belajar bersungguh-sungguh, dan adik kandung saya (Dika Kurnia Sandi) yang memberikan saya semangat juga.
12. Kakak saya Darwantin dan bulek saya Sri Warni yang selalu memberikan semangat, dukungan dan motivasi untuk belajar bersungguh-sungguh.
13. Adik keponakan saya Eva Kurnia Sofiani yang telah memberikan semangat dan membantu dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
14. Kepada Nathanael Prasetya, yang selalu menemani penulis dan sudah memberikan dukungan dan motivasi dari awal pendidikan sampai menyelesaikan Tugas Akhir ini. Terimakasih sudah bersama-sama dari awal kuliah sampai saat ini.
15. Kedua orang tua Nathanael Prasetya, bapak Kukuh prasetya dan ibu Rati yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan dan motivasi untuk belajar bersungguh-sungguh.
16. Teman seperjuangan kelompok jiwa (Dinda happy ayu silvia, Rosa Aulia, Eva Hermana Lia Putri, Megawati Tri Fajriana, Tri Halimah Nur Rahmadhani, Shela Pradita Umiastuti) yang telah memberi saran, saling menguatkan dan berbagi ilmu dalam mengerjakan karya tulis ilmiah. Terimakasih sudah mendengarkan keluh kesah penulis.
17. Untuk sahabat seperjuangan saya (Rosa Aulia, Dinda Happy Ayu Silvia, Iren Adela, Imelda widya Ningsih, Lusitania Eka Tejoningrum, Megawati

Tri Fajriana, Shela Pradita Umiastuti, Meisya Dwi Safitri) terimakasih sudah berjuang sampai saat ini.

18. Untuk teman sekolah menengah atas (Abid Khusaen, Kurni Ambarwati dan Nurus Saudah) yang telah memberi semangat dan motivasi dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
19. Teman-Teman seperjuangan angkatan 33 STIKes RS Husada Khususnya kelas 3C, dan selaku teman seangkatan 3A, 3B yang sudah berjuang bersama selama 3 tahun ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 9 juni 2023



Penulis

## DAFTAR ISI

COVER	
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	5
C. Ruang Lingkup .....	6
D. Metode Penulisan.....	6
E. Sistematika penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN TEORI .....	8
A. Pengertian risiko perilaku kekerasan .....	8
B. Psikodinamika.....	9
C. Rentang Respon .....	11
D. Asuhan Keperawatan .....	12
BAB III TINJAUAN KASUS.....	23
A. Pengkajian Keperawatan.....	23
B. Analisa Data .....	31
C. Pohon Masalah .....	33
D. Diagnosa Keperawatan.....	34
E. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan .....	34
BAB IV PEMBAHASAN.....	41
A. Pengkajian .....	41
B. Diagnosa Keperawatan.....	44
C. Intervensi Keperawatan.....	45
D. Implementasi Keperawatan .....	49
E. Evaluasi Keperawatan.....	51
BAB V PENUTUP.....	55
A. Kesimpulan .....	55
B. Saran.....	57
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan .....	11
Gambar 2.2 Pohon Masalah Risiko perilaku kekerasan.....	14
Gambar 3.1 Genogram Nn N .....	25
Gambar 3.2 Pohon Masalah Nn. N .....	33

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data.....	31
------------------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1: Strategi Pelaksanaan

Lampiran 2: Analisis obat

Lampiran 3: Lembar konsultasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sehat adalah faktor utama yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang karena orang yang sehat dapat melakukan aktivitas dengan baik, seseorang dikatakan sehat jika secara jasmani, rohani, sosial, dan tidak hanya terbebas dari penyakit melainkan sehat secara mental atau psikis adalah sehat pikirannya, emosional maupun spiritual. kesehatan ini sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang yang dimana seseorang jika fisik, psikis, mentalnya terganggu maka juga tidak bisa dikatakan sehat (Ayuwatini, 2018)

Sehat jiwa merupakan kondisi dimana individu terbebas dari segala bentuk gangguan baik mental dan psikisnya, seseorang dikatakan sehat jiwa jika seseorang mampu mengatasi kopingnya dengan baik dan dapat bersosialisasi dengan baik, sehat jiwa sama pentingnya dengan hal sehat fisik, Kesehatan jiwa merupakan hal penting yang harus diperhatikan selayaknya kesehatan fisik, hidup yang berdampak pada stress berlebih akan berdampak pada gangguan kesehatan mental yang lebih buruk. (Putri, 2015).

Individu yang tidak mampu mengatasi stressor dalam kehidupan dengan koping yang lebih baik maka akan berisiko untuk mengalami

gangguan jiwa. Gangguan jiwa adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) atau hendaya (impairment) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologis, perilaku, biologis, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Yusuf 2015). Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah seseorang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku (Palupi et al., 2019)

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO, (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta orang menderita gangguan bipolar, 50 juta orang mengalami demensia, dan 20 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Meskipun prevalensi skizofrenia tercatat dalam jumlah yang relative lebih rendah dibandingkan prevalensi jenis gangguan jiwa lainnya berdasarkan *National Institute of Mental Health (NIMH)*, salah satu penyebab dari *skizofrenia* adalah produktifitas menurun karena tidak bekerja dan tidak ada penghasilan sehingga orang dengan skizofrenia memiliki kecenderungan lebih besar peningkatan risiko bunuh diri, (NIMH, 2019).

Kasus gangguan jiwa di Indonesia meningkat, hal ini dapat dilihat dari hasil data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 yang menunjukkan prevalensi gangguan jiwa pada penduduk Indonesia 1,7 per mil, dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 7 per mil, jadi

peningkatan selama 5 tahun ini 5,3 %, peningkatan ini terlihat dari kenaikan prevalensi rumah tangga yang memiliki kasus orang dengan gangguan jiwa di Indonesia, peningkatan angka kejadian gangguan jiwa ini tidak sejalan dengan jumlah cakupan yang melakukan pengobatan karena sebanyak 84,5 % sudah berobat tetapi 51,1 % tidak rutin minum obat dan adapun adapun prevalensi gangguan jiwa yang dipasung 31,5 per mil (Kemenkes RI, 2018)

Menurut Riskesdas (2018) penyebaran prevalensi gangguan jiwa tertinggi terdapat di Bali dengan 11.0 per mil dan terendah kepulauan Riau 2,8 per mil, sedangkan untuk wilayah DKI Jakarta 6,6 per mil, dan Jawa Barat 5 per mil. Menurut data diagnosa terbanyak rawat inap psikiatri tahun 2020 di RS DR. H. Marzoeke Mahdi Bogor yaitu skizofrenia paranoid dengan data pasien laki-laki 1743 jiwa dan data pasien perempuan 677 jiwa.

Perilaku kekerasan merupakan suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain baik secara fisik maupun verbal, perilaku kekerasan ini merupakan salah satu hal yang dapat melukai diri sendiri maupun orang lain, biasanya perilaku kekerasan ini muncul ketika seseorang sedang marah, kesal, kecewa, ketakutan, frustrasi dan panik sehingga perilaku kekerasan ini dianggap sebagai koping yang tidak baik (Kandar & Iswanti, 2019)

Menurut (Herdiyanto et al., 2017) dampak dari perilaku kekerasan sendiri dapat melukai diri sendiri maupun orang lain, merencanakan kekerasan, mengancam orang lain dan depresi berat, Orang dengan

Gangguan Jiwa (ODGJ) masih saja mengalami seperti *bullying* ataupun pengucilan sehingga akan mempersulit proses kesembuhannya dan kesejahteraan hidupnya. Stigma yang diberikan oleh masyarakat sangat buruk dengan menganggap ODGJ berbeda, dan mengucilkannya sehingga pada akhirnya akan memengaruhi kualitas pengobatan yang diberikan kepada ODGJ dan keluarga pun akan merasa malu dan tidak melanjutkan pengobatannya.

Sehingga peran perawat dan keluarga sangat dibutuhkan dalam mendukung pemulihan klien, peran perawat dapat berupa tindakan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. promotif adalah kegiatan yang bersifat promosi kesehatan yang berupa penkes mengenai deteksi dini kesehatan jiwa yang dilakukan oleh puskesmas, preventif merupakan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit seperti halnya penyuluhan tentang kesehatan jiwa, kuratif adalah suatu kegiatan pengobatan yang di tunjukan untuk menyembuhkan penyakitnya ataupun pengurangan penderita akibat penyakit agar kualitasnya optimal seperti halnya orang dengan gangguan jiwa dirawat di RSJ untuk pengobatan sedangkan rehabilitatif merupakan suatu kegiatan untuk mengembalikan penderita kedalam masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya, seperti halnya diberikan edukasi tentang pentingnya minum obat agar tidak putus obat. perawat juga dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan mengontrol perilaku agresif klien dengan memberikan pendidikan kesehatan mengenai cara mengontrol marahnya, maka dengan upaya

yang dilakukan menurut perawat akan berhasil. (Pujiasih Wiwik; Purnomo, Roni, 2016)

Dengan demikian, maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus gangguan jiwa khususnya dengan risiko perilaku kekerasan dengan memberi “ Asuhan Keperawatan pada Nn N risiko perilaku kekerasan Di Ruang Nusa Indah Rumah Sakit Husada ”.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Tujuan umum dari pembuatan karya tulis ilmiah ini yaitu supaya mahasiswa dapat mengerti dan memahami serta dapat melaksanakan asuhan keperawatan dengan mendapatkan pengalaman secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan.

### **2. Tujuan khusus**

Tujuan khusus penyusunan karya tulis ilmiah ini agar mahasiswa mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan
- b. Menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan
- c. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan
- e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan

- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dengan kasus risiko perilaku kekerasan
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung yang dapat menghambat serta mencari solusi ataupun alternatif pemecahan masalah
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan

### **C. Ruang lingkup**

Dalam karya tulis ini penyusun hanya membahas tentang satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Nn N dengan risiko perilaku kekerasan Dirumah Sakit Husada Ruang Nusa Indah “.

### **D. Metode Penulisan**

Pada karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif. Dalam proses penulisan dilakukan beberapa teknik pengumpulan data. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan antara lain studi kasus yaitu melalui pemeriksaan fisik, observasi langsung pada pasien, wawancara langsung dengan pasien untuk mengetahui hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan masalah dan sekarang sehingga penulis dapat mengambil satu kasus pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan Dirumah Sakit Husada Ruang Nusa Indah. Komunikasi dengan pasien sebagai upaya untuk melengkapi dan memvalidasi data penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan. Studi dokumentasi yaitu pengumpulan data dengan mempelajari pada data rekam medis yang berkaitan dengan pasien. Studi kepustakaan dan Studi jurnal dengan

mengumpulkan beberapa referensi diantara buku-buku dengan cara membaca serta pencarian melalui internet serta mempelajari bahan yang berhubungan dengan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan risiko perilaku kekerasan Dirumah Sakit husada ruang Nusa Indah.

#### **E. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari BAB 1 yang membahas pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan teori yang meliputi pengertian, Etiologi, proses terjadinya masalah, rentan respon dan konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan menurut teori. BAB III adalah menjelaskan tentang kasus yang terdiri dari pengkajian, analisa data, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. BAB IV yaitu membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kasus nyata, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. BAB V yaitu penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Definisi**

Menurut Stuart, (2014) perilaku kekerasan adalah hilangnya kendali individu ditunjukkan seperti intonasi suara yang keras, mengancam, ekspresi tegang, terlihat gelisah, mondar-mandir, bersifat agresif, nada suara tinggi dan tidak mampu memecahkan masalah individu itu sendiri. Perilaku kekesaran ini merupakan suatu risiko tindakan yang dapat mencederai ataupun membahayakan diri sendiri, lingkungan sekitar, orang terdekat, maupun orang lain. Hal itu akan muncul jika individu merasa emosi, frustrasi, benci dan marah. (Pardede et al., 2020)

Menurut (Madhani & Kartina, 2020) perilaku kekerasan merupakan rentan emosi individu atau respon marah individu yang di ekspresikan individu dalam bentuk fisik maupun verbal seperti melepar barang, mencedarai diri sendiri maupun orang lain, merusak lingkungan. Sehingga individu yang berperilaku kekerasan dapat memiliki risiko terjadinya perilaku kekerasan yang berulang

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa individu tersebut dapat membahayakan diri sendiri, lingkungan dan orang lain. Risiko perilaku kekerasan ini dapat muncul

kembali ketika individu sedang marah, ketakutan ataupun panik sehingga individu akan beresiko bersifat agresif karena individu tidak mampu menyelesaikan kopingnya (Erwina, 2012 )

Risiko 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*). Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang marah dimana seseorang individu bisa menunjukkan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Sedangkan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung terhadap orang lain seperti halnya membunuh, melempar batu, menganiaya orang lain (Sutejo, 2019)

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa risiko perilaku kekerasan adalah adanya perilaku individu atau respon marah baik fisik maupun verbal yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar karena individu tidak dapat menyelesaikan kopingnya dengan baik

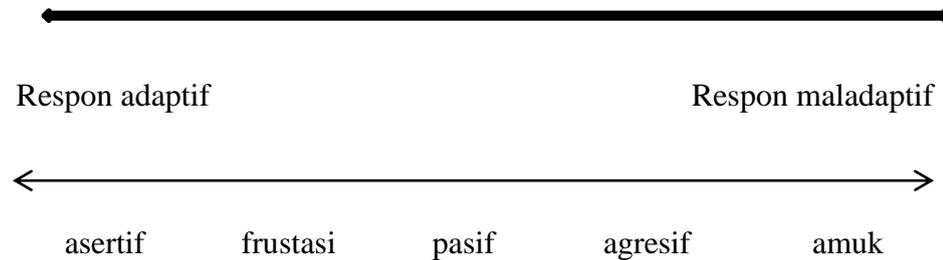
## **B. Psikodinamika**

Menurut (Kandar & Iswanti, 2019) hal-hal yang dapat mempengaruhi perilaku kekerasan yaitu adanya faktor predisposisi karena adanya faktor biologis yang dimana hal yang dapat dikaji dalam faktor biologis ini meliputi adanya faktor herediter dalam keanggotaan keluarga yang sering memperlihatkan ataupun melakukan kekerasan pada orang lain, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa juga

menjadi salah satu faktor biologis untuk anggota keluarga lainnya mengalami gangguan jiwa juga, adanya riwayat penyakit ataupun trauma kepala dan juga riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adaptif (NAPZA). Faktor psikologis perilaku kekerasan dapat terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi baik dari frustrasi kehilangan, kegagalan, dan berduka. frustrasi ini terjadi apabila keinginan individu tidak dapat terpenuhi baik mengalami kegagalan ataupun hambatan maka individu akan cenderung berperilaku destruktif, dan faktor sosio kultural yang dimana lingkungan sosial individu dapat mempengaruhi sikap individu dalam mengespresikan marah karena perilaku kekerasan dapat dilihat melalui sosialisai antar individu, norma dan budaya dalam masyarakat tersebut dapat mendukung individu untuk berespon asertif maupun agresif.

Faktor presipitasi yaitu faktor dari dalam individu dapat berupa kehilangan orang yang dicinta ataupun kehilangan orang yang berarti, kehilangan sahabat, kehilangan relasi, kekhawatiran individu terhadap penyakit fisik hal tersebut dapat memicu perilaku kekerasan. Sedangkan faktor dari luar individu dapat berupa serangan terhadap fisik, lingkungan yang terlalu ribut kritikan yang mengarah pada penghinaan ataupun tindakan kekerasan sehingga dapat memicu perilaku kekerasan.

### C. Rentan respon



**Gambar :2.1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan**

**Sumber : (Yosep & Sutini, 2016)**

#### **Keterangan :**

Gambar diatas dapat dijelaskan bahwa respon perilaku kekerasan diatas dapat diartikan di kondisi asertif merupakan kondisi individu masih dapat menggunakan marah tanpa menyalahkan orang lain dan masih kooperatif memberikan keterangan setelah direspon asertif individu akan berada direspon frustasi yang dimana respon terjadi ketika individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat individu dalam kondisi marah dan tidak dapat menemukan solusinya, lalu pasif yaitu dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan marahnya, dan individu berada direspon agresif ketika perilaku individu sudah disertai marah dan terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih bisa terkontrol, jika individu sudah berasa di respon amuk maka akan muncul perasaan marah sampai hilangnya kontrol atau marah tetapi sudah tidak bisa terkontrol. (Yosep & Sutini, 2016)

## **D. Konsep asuhan keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Menurut Nasution (2020) Pengkajian merupakan tahap awal dan hal yang paling mendasar dari proses keperawatan dalam proses ini perawat dapat menggali permasalahan yang dialami pasien secara akurat, sistematis, menyeluruh, singkat, dan berkesinambungan. Dari data-data tersebut perawat dapat mengelompokkan hal-hal yang menjadi faktor predisposisi, presipitasi, dan penilaian terhadap stresor dari sumber koping pasien. Data-data yang diperoleh selama pengkajian dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif.

Pengkajian adalah upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dianalisa sehingga dapat ditemukan masalah keperawatan yang muncul baik secara fisik, mental, sosial maupun spritual. Tahap ini mencakup tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, analisis data, dan menentukan masalah kesehatan maupun keperawatan (Dermawan & Rusdi 2013).

Menurut (Damayanti, 2014) tanda dan gejala yang dapat ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara dengan pasien perilaku kekerasan yaitu sebagai berikut : Muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang gigi dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir, berbicara kasar dengan suara tinggi, menjerit ataupun berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda ke orang lain, merusak

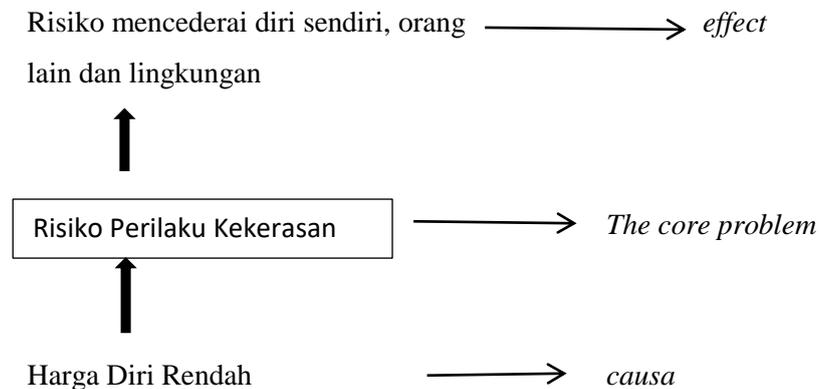
barang-barang, biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan tidak bisa mengendalikan ataupun mengontrol perilaku kekerasan.

Dari tanda dan gejala diatas maka data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara secara langsung sehingga kita dapat mengetahui tanda gejala apa saja yang ada di pasien yang kita kaji seperti : Muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang gigi dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir, berbicara kasar dengan suara tinggi, menjerit ataupun berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda ke orang lain, merusak barang-barang, biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan tidak bisa mengendalikan ataupun mengontrol perilaku kekerasan.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian tentang bagaimana respon klien, keluarga ataupun komunitas terhadap masalah kesehatan klien. Diagnosa Keperawatan ini dapat didukung dari data-data pengkajian yang didapat sehingga dapat merumuskan diagnosa keperawatan fokus yaitu resiko perilaku kekerasan yang menjadi diagnosa utama. Diagnosa tersebut didukung dengan data subjektif dan objektif, data subjektif ini didapat dari klien dan keluarga secara langsung dan data objektif ini bisa kita lihat dari perilaku klien secara langsung (Madhani & Kartina, 2020)

Diagnosa keperawatan yang muncul (Muhith, 2015) adalah :Risiko perilaku kekerasan, gangguan konsep diri dan harga diri rendah. Berikut adalah pohon masalah berdasarkan diagnosa yang muncul :



**Gambar 2.2** pohon masalah

**Sumber :Nurhalimah (2016)**

### 3. Rencana Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah tahap setelah penulis menegakkan prioritas diagnosa yaitu resiko perilaku kekerasan kemudian penulis merumuskan intervensi keperawatan dengan menggunakan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan.

Menurut Sirait, (2021) strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan yaitu:

1. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan memukul kasur/ bantal jadi cara ini dapat dilakukan ketika seseorang sedang marah yaitu dengan cara tarik nafas dalam melalui hidung tahan 3-5 detik lalu keluarkan melalui mulut ulangi sampai lega lalu bisa

langsung pukul benda lunak, tujuannya memukul benda lunak ini supaya emosinya berkurang dan tidak melukai diri sendiri maupun orang lain.

2. Minum obat secara teratur orang dengan risiko perilaku kekerasan bisa kekontrol dengan cara minum obat secara teratur
3. kontrol perilaku kekerasan dengan cara berbicara baik- baik ketika orang sedang marah maka kontrollah dengan berbicara baik-baik sehingga bisa dapat mengurangi perilaku kekerasan yang dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain.
4. spiritual ini dapat dilakukan sesuai dengan agama ataupun keyakinan yang dianut oleh masing-masing individu yang dimana misalnya jika sedang marah orang islam bisa dengan istigfar supaya jauh lebih lega.

Strategi pelaksanaan pasien dengan risiko perilaku kekerasan ada 4 cara antara lain SP 1 (identifikasi penyebab, tanda-tanda, jenis perilaku kekerasan yang dilakukan dan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal), SP 2 (Latihan minum obat), SP 3 (Latihan secara verbal 3 cara yaitu mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan benar), SP 4 (Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berdoa).

Menurut Direja, (2011) Risiko Perilaku Kekerasan sendiri ada 9 tujuan khusus :

1. TUK 1 : pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil : Pasien dapat menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat yaitu wajah cerah, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, mau bercerita tentang perasaannya dan mau mengungkapkan masalahnya.

Intervensi : Beri salam interaksi, perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan dan panggil nama kesukaan pasien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi, tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi pasien, buat kontrak interaksi yang jelas, dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan pasien.

2. TUK 2 : pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

Kriteria hasil: pasien dapat mengungkapkan perasaannya, pasien dapat menceritakan penyebab perasaan marah baik dari diri sendiri maupun orang lain.

Intervensi: bantu pasien mengungkapkan perasaan marahnya, beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan marahnya, bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel atau kesal, motivasi pasien untuk menceritakan penyebab rasa marahnya, dengarkan tanpa menyela atau memberikan penilaian setiap ungkapan perasaan.

3. TUK 3 : pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

Kriteria hasil: pasien mampu menceritakan tanda-tanda perilaku kekerasan, tanda fisik: mata merah, tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar, tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.

Intervensi : bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya, motivasi pasien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi. motivasi pasien menceritakan kondisi emosionalnya (tanda- tanda emosioanl) saat terjadi perilaku kekerasan, motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan.

4. TUK 4: pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan

Kriteria hasil :Klien mampu menjelaskan Jelas ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukan, perasaannya saat melakukan perilaku kekerasan, efektifitas cara yang di pakai dalam menyelesaikan masalah.

Intervensi : Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini, motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan tersebut terjadi, diskusikan apakah dengan tindakan kekerasan masalah yang di alami teratasi.

5. TUK 5: pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

Kriteria hasil :Klien dapat menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya: diri sendiri: luka, dihujai teman, dan lain-lain. Orang lain atau keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dan lainlain. Lingkungan: batang atau benda rusak.

Intervensi : Bicarakan akibat atau kerugian dari cara yang dilakukan klien, bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien, tanyakan pada klien apakah ia ingin mempelajari cara yang sehat

6. TUK 6 :pasien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien menyebutkan contoh mencegah perilaku kekerasan secara fisik seperti Tarik napas dalam, Pukul bantal dan kasur, Kegiatan fisik yang lain.

Intervensi : diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien, beri pujian atas kegiatan fisik yang biasa dilakukan, diskusikan dua cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan : tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, diskusikan cara melakukan tarik nafas dalam dengan klien, beri contoh kepada klien tentang cara menarik nafas dalam, minta klien mengikuti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali, beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara tarik nafas dalam.

7. TUK 7 : pasien dapat mendemonstrasikan cara social untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan, fisik : tarik nafas, pukul bantal dan kasur, verbal mengungkapkan perasaan kesal dan jengkel pada orang lain tanpa menyakiti, spiritual: zikir, medikasi dan lain-lain.

Intervensi : Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang pernah dilakukan, bantu klien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan, bantu klien memilih kegiatan yang akan dilakukan, minta klien mendemonstrasikan kegiatan ibadah yang dipilih, beri pujian atas keberhasilan klien.

8. TUK 8: pasien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien dapat menyebutkan nama ibadah yang biasa dilakukan, klien dapat mendemonstrasikan cara ibadah yang dipilih, klien mempunyai

jadwal untuk melatih kegiatan ibadah, klien dapat mengevaluasi terhadap kemampuan melakukan kegiatan.

Intervensi : Diskusikan dengan kelayakan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan bentuk klien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan bentuk lain memilih kegiatan yang akan dilakukan minta klien demonstrasikan kegiatan ibadah yang dipilih beri pujian atas keberhasilan klien

9.TUK 9: Klien menggunakan obat sesuai dengan program yang telah ditentukan

Kriteria hasil :manfaat minum obat kerugian tidak minum obat nama obat, bentuk, dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu, cara dan efeknya.

Intervensi :jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kegiatan jika tidak menggunakan obat, jelaskan kepada klien jenis, nama, warna, bentuk obat, dosis, waktu, dan efeknya. Anjurkan klien untuk meminta menggunakan obat tepat waktu, anjurkan klien lapor jika mengalami efek yang tidak biasanya, beri pujian atas kedisiplinan klien dalam meminum obat.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Menurut (Hasannah, 2019 dalam Hulu, & Pardede, 2022) Implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan melihat kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien. Tehnik yang perlu diperhatikan adalah strategi komunikasi, yang harus dilakukan yaitu: bersikap tenang, bicara lambat, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dengan cara yang kongkrit, tunjukkan respek pada klien, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi tanpa

kesan berlebihan, fasilitasi pembicaraan klien, dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan, jangan buat janji yang tidak dapat perawat tepat dari lingkungan kita dapat menyediakan berbagai aktivitas sedangkan tindakan perilaku yaitu dengan membuat kontrak dengan klien untuk berinteraksi mengenai risiko perilaku kekerasan yang dialami.

Menurut Keliat (2015) implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual. Tindakan keperawatan dengan menggunakan strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan yang pertama yaitu membina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, dan akibatnya lalu latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik kedua dengan cara evaluasi latihan nafas dalam, latihan fisik dua yaitu pukul benda lunak seperti bantal ataupun kasur, susun jadwal latihan kegiatan hariannya.

Strategi pelaksanaan yang kedua adalah anjurkan pasien untuk selalu minum obat strategi pelaksanaan ketiga adalah latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial atau verbal yaitu bagaimana mengungkapkan marahnya dengan baik, menolak dengan baik, dan meminta dengan baik. Kemudian strategi pelaksanaan keempat secara spiritual yaitu latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan sholat ataupun berdoa ketika marah hal ini dapat dilakukan sesuai dengan agama dan keyakinan masing-masing.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses dari hasil yang telah dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal RPK nya, dan didapatkan data subjektif dan data objektif. Evaluasi ini akan dilakukan secara terus menerus untuk melihat respon keluarga dan klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan biasanya evaluasi ini di tulis dengan SOAP yang dimana data itu didapat dari keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol RPK, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol risiko perilaku kekerasan ataupun respon dari klien itu sendiri (Wiranto, 2022).

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka di harapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun, perilaku menyerang menurun, perilaku melukai diri sendiri maupun orang lain menurun, perilaku merusak lingkungan sekitar menurun, perilaku amuk menurun, suara keras menurun, bicara ketus menurun.

Menurut Keliat (2019) Kemampuan yang dicapai pasien meliputi kemampuan kognitif yaitu :pasien dapat menyebutkan penyebab dari risiko perilaku kekerasan itu sendiri, pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala dari risiko perilaku kekerasan, pasien dapat menyebutkan akibat yang timbulkan dan dapat menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan. Sedangkan kemampuan psikomotornya yaitu : pasien diharapkan dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan relaksasi nafas dalam, pukul bantal dan kasur, senam, jalan-jalan, pasien dengan risiko perilaku kekerasan juga diharapkan

berbicara dengan baik seperti mengungkapkan, menolak, dan meminta dengan baik, pasien dengan risiko perilaku kekerasan juga diharapkan mampu melakukan deeskalasi dengan cara mengungkapkan perasaan marahnya secara verbal ataupun tertulis, pasien dengan risiko perilaku kekerasan mampu melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan keyakinannya, dapat patuh minum obat dengan 8 benar (benar nama klien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa, dan benar dokumentasi ). Lalu selanjutnya kemampuan afektif pasien mampu merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan dan membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada BAB ini penulis akan menguraikan Asuhan Keperawatan pada Nn.N dengan risiko perilaku kekerasan Dirumah Sakit Husada Ruang Nusa Indah. Penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada tanggal 14 Maret -16 Maret 2023. Dalam melakukan Asuhan Keperawatan ini pendekatan yang digunakan ini adalah proses keperawatan yang meliputi 5 tahap yaitu : pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan.

#### **A.Pengkajian Keperawatan**

##### 1. Identitas pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Maret 2023. Pasien bernama Nn.N umur 35 tahun, jenis kelamin perempuan, masuk dengan diagnosa medis *skizofrenia*, Pasien masuk dirumah Sakit Husada pada tanggal 31 Desember 2022, Pasien menganut agama Kristen, status pasien belum menikah, pendidikan terakhir pasien S1 seni musik, suku bangsa pasien adalah Sumatra Utara.

Masalah keperawatan : tidak ditemukan masalah keperawatan

##### 2. Alasan masuk

Menurut data yang didapat dari rekam medis dan wawancara sama pasien dan ibunya, pasien berasal dari Medan datang ke Jakarta untuk berobat,

sebelumnya pasien sudah pernah masuk di Ruangan Nusa Indah pada tahun 2012 dirawat inap selama 1 bulan lalu masuk lagi pada tanggal 30 November 2022 karena pasien putus obat dari tahun 2019 karena tidak ada motivasi untuk minum obat, selama 1 bulan perawatan lalu pulang kembali, pasien masuk lagi pada tanggal 31 Desember 2022 berdasarkan hasil wawancara dengan pasien, pasien mengatakan masuk keruang Nusa Indah karena tidak bisa tidur, tidak mau makan, sering curiga terhadap orang baru, malu dan tidak nyaman di keramaian sehingga pasien lebih suka menyendiri, berdasarkan dari hasil wawancara pada ibunya dan data rekam medis pasien masuk karena bersikap seperti kekanak-kanakan, terkadang bicara dan tertawa sendiri, pasien juga mengganggu para tetangga apatemennya dengan menggedor-gedor pintu tetangganya, tetapi ketika dilakukan pengkajian pada Nn N pasien menyangkal akan hal itu, pasien juga menyangkal kemampuan yang dimilikinya yaitu bermain piano dan memasak.

Masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronis, halusinasi pendengaran dan penglihatan, isolasi sosial.

### 3. faktor predisposisi

Pasien umur 35 tahun belum menikah, pasien pernah menjadi guru les piano tetapi pasien menyangkal, selama pasien sakit sudah tidak pernah bekerja lagi, pasien mengatakan tidak puas dengan pekerjaannya karena pasien tidak didukung oleh keluarganya dan merasa tidak hebat diprofesinya. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pasien mengatakan sering

mengalami mimpi buruk, pasien mengatakan kesal dengan ibunya karena sering berbeda pendapat terkadang sampai bertengkar, pasien mengatakan komunikasi sama ibunya kurang baik karena sering berbeda pendapat.

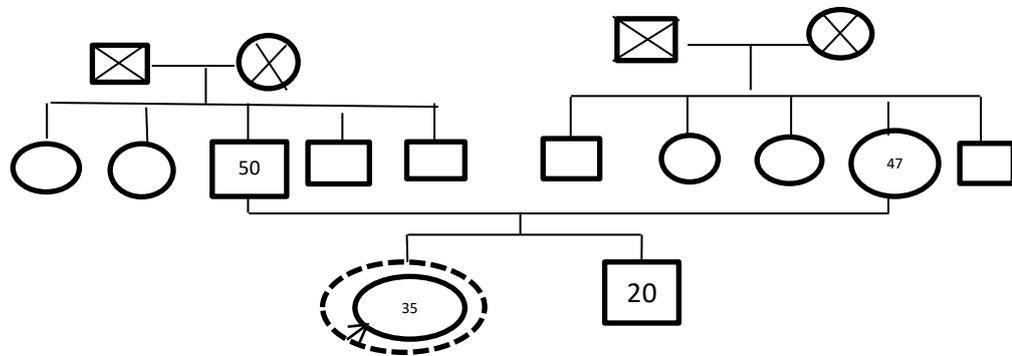
Masalah keperawatan yang muncul adalah: harga diri rendah kronis, risiko perilaku kekerasan

#### 4. Pemeriksaan fisik

Tekanan darah pasien 110/80 mmhg, nadi 110x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,2 °C, tinggi badan pasien 160 cm dan berat badan pasien 52 kg, pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit pada fisiknya. Berdasarkan dari hasil pengkajian diatas tidak ditemukan masalah keperawatan.

#### 5. Psikososial

##### A. genogram Nn.N



Gambar 3.1 genogram

##### Keterangan :

- :perempuan
- :laki-laki
- ⊖ :tinggal serumah
- ↗ :pasien
- × :meninggal

Pasien adalah anak pertama dari dua bersaudara, pasien belum menikah dan mempunyai adik laki-laki, pasien tinggal sendiri namun dilingkungan sekitar apartementnya adalah keluarganya sehingga keluarga sangat mendukung kesembuhan pasien hal ini dibuktikan dengan ibu pasien tidak mau tinggal satu unit apartement dengan pasien karena ibu pasien khawatir jika menjadi korban pasien, pola asuh dalam keluarga pasien baik, pola komunikasi dalam keluarga pasien kurang baik karena pasien dan ibunya selalu berbeda pendapat dengan ibunya, pengambil keputusan dalam keluarga pasien adalah ayahnya, berdasarkan hasil pengkajian pada Nn N .Nn N mengatakan tidak ada konflik dengan keluarganya tetapi hasil wawancara dari ibunya Nn N dengan ibunya sering berbeda pendapat sehingga terkadang ada konflik. Berdasarkan hasil pengkajian diatas masalah keperawatan : risiko perilaku kekerasan.

#### A. Konsep diri

Gambaran diri, pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak pasien sukai, identitas diri, pasien mengatakan ia menerima bahwa pasien terlahir sebagai seorang perempuan dan saat berinteraksi pasien bisa menyebutkan nama panjang dan nama panggilannya pasien juga mengatakan pasien belum menikah dan tidak bekerja. Peran pasien mengatakan belum puas akan perannya, pasien mengatakan seharusnya diusianya sudah bisa bekerja dan menikah. Ideal diri, pasien mengatakan ingin sekali menjadi koki dan pemain piano dan ingin cepat sembuh dan bekerja. Harga diri, pasien merasa kemampuan yang dimilikinya biasa saja, pasien mengatakan tidak puas dengan pekerjaannya karena pasien tidak didukung oleh keluarganya

dan merasa tidak hebat diprofesinya. Berdasarkan hasil pengkajian diatas masalah keperawatan yang dialami pasien harga diri rendah kronis.

#### B. Hubungan sosial

Orang yang berarti bagi pasien adalah mama dan papanya. Pasien mengatakan tidak pernah ikut kegiatan kelompok/ masyarakat. Pasien mengatakan malu memulai pembicaraan, pasien malu jika bertemu banyak orang pasien tidak suka bersosialisasi dengan orang banyak karena selalu curiga dengan orang lain, selama dirumah sakit pasien mengikuti terapi aktivitas kelompok (TAK) dan senam dan setelah kegiatan selesai pasien sering menghabiskan waktunya didalam kamar hanya berbaring atau istirahat saja, dan cenderung menutup diri dari lingkungan sekitar.

Masalah keperawatan yang muncul adalah Isolasi Sosial.

#### C. Spiritual

Pasien menganut agama kritek selama di rumah sakit pasien tidak melakukan ibadah karena pasien merasa tidak bisa ibadah ketika sakit dan merasa agamanya Islam.

#### 6. Status mental

Saat dilakukan pengkajian penampilan pasien tampak rapi wangi dan bersih pasien mengatakan selalu merawat kebersihan dirinya walaupun sedang di rumah sakit. Tidak ditemukan masalah keperawatan, Saat berbicara pasien terlalu banyak melamun, menghindar dan mengatakan tidak mau berinteraksi dengan nada suara sedikit keras. Masalah keperawatan yang muncul adalah risiko perilaku kekerasan.

Aktivitas motorik, pasien rutin mengikuti kegiatan TAK dan senam pagi, namun mengikuti kegiatan pasien terlihat lesu dan kurang bersemangat, dan sering mondar-mandir. Masalah keperawatan pada data diatas adalah harga diri rendah. Alam perasaan, pasien mengatakan biasa saja tidak ada hal yang membuat sedih pasien hanya ingin cepat sembuh dari penyakitnya. tidak ditemukan masalah keperawatan. Afek pasien datar, karena pasien terlihat menyendiri dikamar, tidak mau diajak berkomunikasi. Masalah keperawatan yang muncul adalah Isolasi Sosial.

Ketika sedang berinteraksi pasien bicara kadang tidak nyambung, saat berbicara sering menoleh kiri dan kanan, dan malu memulai pembicaraan. Masalah keperawatan yg muncul adalah isolasi sosial.

Persepsi pasien adalah halusinasi penglihatan dan pendengaran berdasarkan data rekam medis pasien masuk dengan keluhan sering tertawa dan bicara sendiri secara tiba-tiba pasien juga sering mondar mandir, pada saat melakukan kegiatan ataupun sendiri pasien terlihat sering senyum sendiri, pasien menyangkal jika mengalami halusinasi.

Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan sensori persepsi halusinasi penglihatan dan pendengaran.

Pada saat dilakukan pengkajian ketika ditanya pasien mengatakan pasien mengalami waham curiga dan mengatakan sering curiga tiba-tiba dan curiganya tidak pasti sehingga muncul masalah keperawatan waham curiga. Tingkat kesadaran pasien baik, pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang. Pasien mengatakan masih ingat kejadian mengapa pasien dibawa kerumah sakit, lalu pasien mengatakan pasien sedang dirawat di

Rumah Sakit Husada, pasien dapat membedakan antara pagi, siang, sore dan malam hari. Pasien tidak ada gangguan daya ingat, pasien masih ingat PR yang kemarin diberikan. Sehingga tidak muncul masalah keperawatan. Tingkat konsentrasi dan berhitung. Pasien mampu berhitung dengan baik dan mampu menjawab pertanyaan berhitung angka-angka dengan baik sehingga tidak ditemukan masalah keperawatan. Pasien juga menyadari dan menerima bahwa dirinya sedang sakit dan dirawat di Rumah Sakit Husada.

#### 7. Kebutuhan persiapan pulang

Pasien mengatakan mampu melakukan kegiatan mandiri seperti makan 3 kali sehari selama dirumah sakit dengan porsi yang sudah disediakan dan menu yang sesuai reques dia dan pasien mengatakan makanannya selalu enak, pasien selalu menghabiskan makanan dan menaruh tempat makan ditempatnya, pasien melakukan perawatan diri sendiri, toileting sendiri tanpa harus dibantu oleh perawat, pasien juga selalu mandi dan berhias secara mandiri, Pasien mengatakan tidur siang tetapi waktunya tidak tentu kadang-kadang setelah makan siang tidur lalu bangun sore hari, dan pasien mulai tidur malam dari jam 20.00 WIB sampai bangun di jam 04.30 WIB pagi hari. Pemeliharaan kesehatan pasien melakukan perawatan lanjutan, tidak ada kegiatan sebelum atau sesudah tidur. Pasien tidak melakukan kegiatan pasien diluar rumah seperti belanja dan transportasi. Sehingga dari data diatas tidak ditemukan masalah keperawatan.

#### 8. Mekanisme coping, pasien mengatakan saat menghadapi masalah yang dialami pasien hanya diam, tidur dan mencuci baju berdasarkan dari diatas maka tidak ditemukan masalah keperawatan.

#### 9. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien mengatakan semajak pasien sakit jarang bergaul dengan orang disekitarnya karena pasien selalu curiga pada orang baru, saat dikaji pasien juga tampak tidak mau berinteraksi banyak, pasien mengatakann pasien lulusan S1 seni musik pasien juga pernah mengajar sebagai guru musik piano. Pasien mengatakan walaupun pasien sakit pasien tetap dapat dukungan dari lingkungannya karena ibunya sangat perhatian terlihat walaupun terkadang pasien sering marah dan beerbeda pendapat dengan ibunya, pada saat ibunya mengunjunginya ibunya selalu membawakan cemilan-cemilan dan barang –barang yang diabutuhkan. Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada masalah ekonomi walupun pasien belum bisa bekerja kembali, pasien mengatakan perawat dan dokter diruang nusa indah sangat baik dalam merawatnya. Berdasarkan dari hasil pengkajian diatas pasien mengalami masalah keperawatan :waham curiga, isolasi sosial.

#### 10. Pengetahuan kurang tentang

Pengetahuan pasien kurang tentang bagaimana menyelesaikan masalah dengan baik koping dalam menyelesaikan masalah yang dimiliki pasien kurang baik dan bagaimana pentingnya minum obat dan dampaknya.

#### 11. Aspek medik

Skizofrenia terapi medik yang didapatkan pasien Kalxetin 1x20 mg /oral, Noprenia 2x 3 mg/oral, Depakote 1x20 mg/oral, Rexuti 1x2 mg/oral.

## B. Analisa data

Tabel 3.1 analisa data

Tanggal/jam	Data fokus	Masalah keperawatan
14 Maret 2023 10.00- 13.00	<p>DS:pasien mengatakan sering marah-marah pada ibunya ketika diajak berinteraksi pasien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan nada tinggi</p> <p>DO:pasien tampak marah tidak mau ditanya dan mendengarkan perawat, pasien tampak mengertak perawat yang berkomunikasi dengannya, pandangan mata pasien pun terlihat tajam.</p>	Risiko perilaku kekerasan
14 Maret 2023 10.00- 13.00	<p>DS: pasien menyangkal jika ia mengalami halusinasi</p> <p>DO: berdasarkan data rekam medis pasien pernah masuk rumah sakit husada dengan keluhan sering tertawa dan bicara sendiri secara tiba-tiba, pasien terlihat juga sering mondar mandir pada saat melakukan kegiatan ataupun</p>	Halusinasi penglihatan dan pendengaran

		sendiri pasien terlihat sering senyum sendiri	
14 2023 10.00- 13.00	Maret	DS:pasien mengatakan ketika ada masalah pasien sering diam dan tidak mau bercerita dengan orang lain,pasien juga tidak suka berinteraksi dengan orang baru karena dirinya selalu curiga terhadap orang baru.  DO: pasien selalu menghindar ketika diajak komunikasi, kontak mata pasien kurang ketika berkomunikasi, pasien tampak sering menyendiri dikamar.	Isolasi Sosial
14 2023 10.00- 13.00	Maret	DS: pasien mengatakan tidak nyaman dan malu ketika di keramaian, pasien mengatakan dirinya biasa saja tidak ada kemampuan yang dimiliki karena dia menganggap semua orang bisa melakukannya  DO:pasien tampak menyangkal kemampuan yang dimilikinya yaitu	Harga Diri Rendah kronis

		barmain piano dan memasak, kontak mata pasien kurang, pasien juga selalu mengatakan biasa saja atas kemampuan yang dimilikinya	
13 2023 13.00	Maret 10.00-	DS:pasien mengatakan dirinya didiagnosa dokter waham skeptis karena dirinya selalu curiga pada orang dan isi curiganya itu tidak pasti  DO:pasien tampak curiga dengan perawat ketika diajak komunikasi	Waham curiga

### C.pohon masalah



Gambar 3.2 pohon masalah Nn.N

#### **D. Daftar diagnosis keperawatan**

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Halusinasi
3. Isolasi Sosial
4. Harga Diri Rendah kronis
5. Waham curiga

#### **B. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan**

##### **Diagnosa keperawatan : Risiko perilaku kekerasan**

**Data subjektif:** pasien mengatakan sering marah-marah pada ibunya ketika diajak berinteraksi pasien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan nada tinggi.

**Data Objektif :** pasien tampak marah tidak mau ditanya dan mendengarkan perawat, pasien tampak mengertak perawat yang berkomunikasi dengannya, pandangan mata pasien pun terlihat tajam.

**Tujuan umum :** Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan

##### **Tujuan khusus :**

1. Membina hubungan saling percaya

**Kriteria hasil :** setelah 1X berinteraksi pasien belum menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat

**Intervensi :** memberi salam setiap berinteraksi, perkenalkan nama dan jelaskan tujuan perawat mengenalkan nama, tanyakan dan panggil nama kesukaan pasien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi, tanyakan perasaan

pasien dan masalah yang dihadapi oleh pasien, buat kontrak yang jelas untuk berinteraksi, dengarkan pasien dengan penuh perhatian.

2. pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan

**Kriteria hasil** : setelah dilakukan interaksi selama 2x pasien dapat menyebutkan penyebab perilaku kekerasan

**Intervensi** : bantu dan motivasi pasien mengungkapkan perasaan marahnya, motivasi pasien untuk menceritakan penyebab ia marah, dengarkan tanpa memotong pembicaraannya.

3. pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

**Kriteria hasil** : setelah dilakukan 2x interaksi pasien dapat mengungkapkan tanda perilaku kekerasan dengan mengertak, dan mengancam.

**Intervensi** : anjurkan pasien mengungkapkan perasaan marahnya, anjurkan pasien mengungkapkan hal yang dialami dan dirasakan saat marah, identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan lalu diskusikan dengan pasien tanda dan perilaku kekerasan.

4. Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

**Kriteria hasil**: setelah 1x interaksi pasien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.

**Intervensi**: anjurkan pasien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, bantu pasien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang

biasa dilakukan diskusikan dengan pasien apakah dengan cara yang pasien lakukan masalahnya dapat selesai .

5.Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

**Kriteria hasil:** setelah 2x interaksi pasien dapat menjelaskan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan.

**Intervensi:** diskusikan dengan pasien akibat negatif atau kerugian cara yang dilakukan pada diri sendiri (dapat melukai diri sendiri, dijauhin orang lain) keluarga (luka, dapat tersinggung atau ketakutan) lingkungan (barang atau benda menjadi rusak)

6.Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruksi dalam mengungkapkan kemarahan

**Kriteria hasil :** setelah 2x interaksi pasien mampu mengulangi cara-cara sehat dalam mengungkapkan

**Intervensi:**diskusikan dengan pasien untuk mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat jelaskan dengan berbagai macam alternatif, pilihlan cara untuk mengungkapkan marahnya yang sehat, jelaskan cara sehat untuk mengungkapkan marah seperti:cara fisik (tarik nafas dalam dan pukul bantal) verbal (mengungkapkan marah bahwa dirimu sedang kesal pada orang lain) spiritual (dengan sembahyang atau meditasi sesuai dengan keyakinannya).

7.Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol marah

**Kriteria hasil:** setelah 2x interaksi pasien mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan

**Intervensi:** diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan pasien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan, latih dan mempragakan cara yang dipilih, jelaskan manfaat yang dipilih, anjurkan pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan, beri dukungan pada pasien, perbaiki cara yang masih belum sempurna, anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat dia marah atau jengkel.

### **Pertemuan 1**

**Hari/tanggal: Selasa, 14 Maret 2023, pukul 14.00**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan sering marah-marah pada ibunya ketika diajak berinteraksi pasien mengatakan tidak mau berinteraksi dengan nada tinggi.

**Data Objektif :** Pasien tampak marah tidak mau ditanya dan mendengarkan perawat, pasien tampak mengertak perawat yang berkomunikasi dengannya, pandangan mata pasien pun terlihat tajam.

**Diagnosa Keperawatan :** Risiko perilaku kekerasan

**Tindakan Keperawatan :** Membina hubungan saling percaya, melakukan perkenalan, memonitor tanda-tanda vital, membantu pasien minum obat, melakukan TAK senam bersama.

**Rencana Tindak Lanjut (RTL) :** Melatih sp 1 Risiko Perilaku Kekerasan (Relaksasi nafas dalam dan pukul benda lunak )

**Evaluasi :**

**Subjektif** : Pasien mengatakan tidak mau senam karena capek, pasien juga mengatakan tidak mau diajak ngobrol dan mengatakan biasa saja setelah berkenalan dan sedikit mengobrol dengan perawat, pasien mengatakan setelah minum obat biasa saja.

**Objektif** : Pasien tampak malas mengobrol dan selalu menghindar pasien tampak selalu selalu diam dan tidak mendengarkan suster dan mengalihkan pembicaraan dengan menonton tv, pasien tampak minum obat.

**Analisa** : Risiko perilaku kekerasan masih ada

**Perencanaan** : Anjurkan pasien untuk mengikuti TAK secara rutin.

**Pertemuan ke II**

**Hari/tanggal** : Rabu,15 Maret 2023 ,pukul 09.30

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan tidak mau berbicara dengan suster dan mengatakan ingin tidur saja

**Data Objektif** : Pandangan mata pasien tampak tajam, pasien tampak menghindar, berdasarkan dari data rekam medis pasien masuk ke Rumah Sakit Husada Diruang Nusa Indah karena mempunyai riwayat perilaku kekerasan karena mendorong-gedor kamar tetangga apartementnya dan marah-marah pada ibunya

**Diagnosa Keperawatan** : Risiko Perilaku kekerasan

**Tindakan Keperawatan** : Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi Risiko Perilaku Kekerasan, Melatih cara Fisik 1 yaitu Relaksasi Nafas Dalam.

**Rencana Tindak Lanjut (RTL)** : Membuat jadwal kegiatan harian, evaluasi strategi pelaksanaan satu yaitu mengontrol emosi dengan cara fisik 1 relaksasi nafas dalam.

**Evaluasi** :

**Subjektif** : Pasien mengatakan tenang setelah melakukan relaksasi nafas dalam

**Objektif** : Pasien tampak mempraktikkan cara relaksasi nafas dalam dan pasien tampak rileks setelah melakukan relaksasi nafas dalam, pasien masih tampak mengertak tidak mau berbicara banyak dengan mahasiswa, pandangan mata pasien masih tajam.

**Analisa** : Risiko Perilaku Kekerasan masih ada

**Perencanaan** : Anjurkan pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam secara mandiri 2x sehari.

**Pertemuan ke III**

**Hari/tanggal** : Kamis,16 Maret 2023, pukul 09.30

**Data Subjektif** : Pasien mengatakan selalu rutin minum obat dan ada 4 obat yang diminum dan warnanya putih

**Data Objektif** : Pasien mempunyai riwayat perilaku kekerasan karena mengedogedor kamar tetangga apartementnya dan marah-marrah pada ibunya, pasien

tampak mengingat berapa obat yang diminum dan warnanya, pasien tampak tidak melakukan relaksasi nafas dalam jika tidak didampingi oleh perawat.

**Diagnosa Keperawatan** : Risiko Perilaku kekerasan

**Tindakan Keperawatan** : Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan, mengevaluasi cara Fisik 1 yaitu relaksasi nafas dalam, mengajarkan cara minum obat dengan benar dan menjelaskan manfaatnya.

**Rencana Tindak Lanjut (RTL)** : Evaluasi strategi pelaksanaan satu dan dua yaitu relaksasi nafas dalam lalu pukul bantal dan cara minum obat dengan benar.

**Evaluasi** :

**Subjektif** : Pasien mengatakan biasa saja setelah minum obat.

**Objektif** : Pasien tampak mempraktikkan cara minum obat dengan benar dan mampu menyebutkan warna-warna obat yang diminum, pasien tampak mempraktikkan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal ketika didampingi oleh perawat.

**Analisa** :Risiko Perilaku Kekerasan masih ada

**Perencanaan** : Anjurkan pasien untuk minum obat dengan benar secara mandiri 3x sehari.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus termasuk faktor pendukung dan penghambat yang merupakan hasil dari pengamatan dan pelaksanaan praktik klinik keperawatan jiwa pada Nn.N dengan risiko perilaku kekerasan diruang Nusa Indah Rumah Sakit Husada. Penulis mulai melakukan asuhan keperawatan pada tanggal 14 Maret -16 Maret 2023 dengan melakukan pendekatan proses keperawatan meliputi : pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Berikut penulis akan membahas satu persatu dari proses keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Menurut Nasution (2020) Pengkajian merupakan tahap awal dan hal yang paling mendasar dari proses keperawatan dalam proses ini perawat dapat menggali permasalahan yang dialami pasien secara akurat, sistematis, menyeluruh, singkat, dan berkesinambungan. Dari data-data tersebut perawat dapat mengelompokkan hal-hal yang menjadi faktor predisposisi, presipitasi, dan penilaian terhadap stresor dari sumber koping pasien. Data-data yang diperoleh selama pengkajian dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif.

Pada kasus penulis dapat menemukan kesamaan dengan teori diatas yaitu penulis melakukan pengkajian mulai dari faktor predisposisi, presipitasi, dan penilaian terhadap stresor dari sumber coping pasien, dari data tersebut maka penulis dapat mengelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif.

Berdasarkan hasil pengkajian penulis mendapatkan data dari hasil wawancara dengan pasien, pengamatan dari data rekam medis dan informasi dari para perawat Nusa Indah. Faktor predisposisi yang dapat ditemukan pada kasus ini yaitu faktor psikologis yang dimana dalam kasus tersebut Nn N umur 35 tahun belum menikah, pasien pernah menjadi guru les piano tetapi pasien menyangkal, selama pasien sakit sudah tidak pernah bekerja lagi, pasien tidak puas dengan pekerjaannya karena pasien tidak didukung oleh keluarganya dan merasa tidak hebat, faktor biologis karena sebelumnya pasien sudah pernah mengalami gangguan jiwa dan dirawat diruangan Nusa Indah pada tahun 2012 selama 1 bulan, dan masuk lagi pada tahun 2022 karena pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien malas minum obat, malas untuk melakukan kontrol ke rumah sakit, faktor sosio kultural pasien mengalami penolakan di tempat tinggalnya yaitu di apartemen MOI.

Faktor presipitasi atau yang sering sering disebut dengan faktor pencetus dari perilaku kekerasan pada setiap individu ini karena adanya stressor dari dalam maupun dari luar. Stresor dari luar yaitu seperti halnya adanya serangan fisik, kehilangan, kematian, sedangkan stressor dari dalam seperti halnya kehilangan orang yang dicintai ataupun disayangi, ketakutan terhadap penyakit fisik yang diderita. Pada kasus ini penulis terdapat faktor pencetus hanya dari

stressor luar yaitu pasien mengalami penolakan di lingkungan tempat pasien tinggal.

Penulis mengambil kesimpulan pada rentang respon pasien bahwa pasien berada direntang respon amuk yaitu individu berada diakhir respon amuk dimana perasaan marah dan bermusuhan yang kuat sampai hilangnya kontrol. Ini dibuktikan dengan Nn N mengalami korban penolakan dilingkungan tempat pasien tinggal karena pasien sering sekali mengganggu para tetangga apartemennya lalu pasien sudah tidak diperbolehkan kembali ke apartemen tersebut sehingga mengakibatkan Nn N mengalami kekerasan yang dimana Nn N marah dan terus menerus menggedor-gedor para tetangganya sehingga para tetangganya merasa terganggu.

Menurut (Damayanti, 2014) tanda dan gejala yang dapat ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara dengan pasien perilaku kekerasan yaitu sebagai berikut : Muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang gigi dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir, berbicara kasar dengan suara tinggi, menjerit ataupun berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda ke orang lain, merusak barang-barang, biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan tidak bisa mengendalikan ataupun mengontrol perilaku kekerasan.

Dari hasil pengamatan penulis pasien juga menunjukkan ada beberapa tanda dan gejala yang ada didalam teori yaitu pasien tampak selalu berjalan dengan mondar-mandir, pasien juga berbicara dengan suara tinggi. Tanda dan gejala yang tidak ada pada pasien saat dilakukan pengkajian yaitu seperti tangan pasien tidak mengepal, mata pasien tidak melotot karena pasien sudah

kurang lebih 3 bulan dirawat dirumah sakit husada dan rutin minum sehingga tanda dan gejala tersebut sudah tidak terlihat saat dilakukan pengkajian.

Kurangnya faktor pendukung pada saat pengkajian adalah terbinanya hubungan saling percaya antara mahasiswa dengan pasien karena pada saat berinteraksi mahasiswa selalu ditemani oleh para perawat senior sebagai jembatan untuk berinteraksi dengan pasien, sedangkan faktor penghambat yang penulis temukan adalah pasien tidak bisa memulai pembicaraan dan pasien enggan berbicara ketika tidak ada perawat senior yang mendampinginya karena pasien merupakan pribadi yang sangat tertutup dan sulit untuk mempercayai orang yang baru pasien kenal.

## **B. Diagnosis keperawatan**

Menurut Muhith (2015) pada diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan diagnosis keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:

1. Risiko mencederai diri sendiri, lingkungan, dan orang lain.
2. Risiko perilaku kekerasan
3. Gangguan konsep diri: harga diri rendah

Ada beberapa kesamaan dengan kasus Nn N yaitu dengan risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah tetapi penulis mengangkat diagnosis utama risiko perilaku kekerasan karena dari data rekam medis dan pengajian yang dilakukan oleh penulis pasien masuk karena sering marah-marah dengan ibunya karena selalu berbeda pendapat dan pasien juga mengganggu para tetangga apartemennya dengan cara menggedor-gedor pintu para tetangganya. Penulis juga mendapatkan data dari pengajian dan pengamatan secara langsung

pada Nn N yaitu pandangan Nn N tajam, nada bicara Nn N juga terdengar ketus, dan Nn N tampak selalu mondar-mandir.

### **C. Perencanaan keperawatan**

Menurut Sirait, (2021) setelah penulis menegakkan prioritas diagnosa yaitu resiko perilaku kekerasan kemudian penulis merumuskan intervensi keperawatan dengan menggunakan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan.

Menurut Direja, (2011) risiko perilaku kekerasan ada 9 tujuan khusus :

1.TUK 1 :pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil :Pasien dapat menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat yaitu wajah cerah, tersenyum, mau berkenalan, ada kontak mata, mau bercerita tentang perasaannya dan mau mengungkapkan masalahnya.

Intervensi :Beri salam interaksi, perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan dan panggil nama kesukaan pasien, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi, tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi pasien, buat kontrak interaksi yang jelas, dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan pasien.

2. TUK 2 :pasien dapat mengidentifikasi pentyebab perilaku kekerasan

Kriteria hasil: pasien dapat mengungkapkan perasaannya, pasien dapat menceritakan penyebab perasaan marah baik dari diri sendiri maupun orang lain.

Intervensi: bantu pasien mengungkapkan perasaan marahnya,beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan marahnya, bantu pasien untuk mengungkapkan

penyebab perasaan jengkel atau kesal, motivasi pasien untuk menceritakan penyebab rasa marahnya, dengarkan tanpa menyela atau memberikan penilaian setiap ungkapan perasaan.

### 3. TUK 3 : pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

Kriteria hasil: pasien mampu menceritakan tanda-tanda perilaku kekerasan, tanda fisik: mata merah, tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar, tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.

Intervensi : bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya, motivasi pasien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi. motivasi pasien menceritakan kondisi emosionalnya (tanda- tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan, motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan.

### 4. TUK 4: pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan

Kriteria hasil :Klien mampu menjelaskan Jelas ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukan, perasaannya saat melakukan perilaku kekerasan, efektifitas cara yang di pakai dalam menyelesaikan masalah.

Intervensi : Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini, motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan tersebut terjadi, diskusikan apakah dengan tindakan kekerasan masalah yang di alami teratasi.

### 5. TUK 5: pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

Kriteria hasil :Klien dapat menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya: diri sendiri: luka, dihujai teman, dan lain-lain. Orang lain atau

keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dan lain lain. Lingkungan: batang atau benda rusak.

Intervensi : Bicarakan akibat atau kerugian dari cara yang dilakukan klien, bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien, tanyakan pada klien apakah ia ingin mempelajari cara yang sehat

6. TUK 6 : pasien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien menyebutkan contoh mencegah perilaku kekerasan secara fisik seperti Tarik napas dalam, Pukul bantal dan kasur, kegiatan fisik yang lain.

Intervensi : Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien, beri pujian atas kegiatan fisik yang biasa dilakukan, diskusikan dua cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan : tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, diskusikan cara melakukan tarik nafas dalam dengan klien, beri contoh kepada klien tentang cara menarik nafas dalam, minta klien mengikuti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali, beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara tarik nafas dalam.

7. TUK 7 : pasien dapat mendemonstrasikan cara social untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan, fisik : tarik nafas, pukul bantal dan kasur, verbal mengungkapkan perasaan kesal dan jengkel pada orang lain tanpa menyakiti, spiritual: zikir, medikasi dan lain-lain.

Intervensi Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang pernah di lakukan, bantu klien menilai kegiatan ibadah yang dapat di lakukan, bantu klien memilih kegiatan yang akan dilakukan, minta klien mendemomstrasikan kegiatan ibadah yang di pilih, beri pujian atas keberhasilan klien.

8. TUK 8: pasien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil : Klien dapat menyebutkan nama ibadah yang biasa dilakukan, klien dapat mendemostrasikan cara ibadah yang di pilih, klien mempunyai jadwal untuk melatih kegiatan ibadah, klien dapat mengevaluasi terhadap kemampuan melakukan kegiatan.

Intervensi : Diskusikan dengan pasien kegiatan ibadah yang pernah dilakukan bentuk klien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan bentuk lain memilih kegiatan yang akan dilakukan minta klien demonstrasikan kegiatan ibadah yang dipilih beri pujian atas keberhasilan klien

9.TUK 9: Klien menggunakan obat sesuai dengan program yang telah ditentukan

Kriteria hasil: manfaat minum obat kerugian tidak minum obat nama obat, bentuk, dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu, cara dan efeknya.

Intervensi :Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kegiatan jika tidak menggunakan obat, jelaskan kepada klien jenis, nama, warna, bentuk obat, dosis, waktu, dan efeknya. Anjurkan klien untuk meminta menggunakan obat tepat waktu, anjurkan klien lapor jika mengalami efek yang tidak biasanya, beri pujian atas kedisiplinan klien dalam meminum obat.

Pada perencanaan dikasus penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori diatas dengan kasus diprencanaan yang diaman penulis merencanakan tindakan pada diagnosa utama yaitu risiko perilaku kekerasan mulai dari membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan, penulis juga melatih cara untuk mengontrol emosinya dengan cara relaksasi nafas dalam, memukul benda lunak seperti bantal, guling, dan kasur, meminum obat secara teratur, melatih verbalnya dengan cara meminta dan menolak dengan baik, dan dengan cara spritual.

Dalam perencanaan ini penulis mengalami beberapa faktor pendukung dan penghambat, salah satu faktor pendukungnya pasien mau melakukan kegiatan cara mengontrol emosi dengan baik tetapi dalam faktor penghambatnya pasien kurang kooperatif dan hanya mau melakukannya sekali saja, penulis juga masih belum bisa bina *trust* dengan pasien karena faktor waktu dinas dan pasien juga sangat tertutup.

#### **D. Implementasi keperawatan**

Menurut Keliat (2015) implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual. Tindakan keperawatan dengan menggunakan strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan yang pertama yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, dan akibatnya lalu latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dengan cara evaluasi latihan nafas

dalam, latihan fisik dua yaitu pukul benda lunak seperti bantal ataupun kasur, susun jadwal latihan kegiatan hariannya.

Strategi pelaksanaan yang kedua adalah anjurkan pasien untuk selalu minum obat strategi pelaksanaan ketiga adalah latihan mengontrol perilaku kekerasan secara verbal yaitu bagaimana mengungkapkan marahnya dengan baik, menolak dengan baik, dan meminta dengan baik. Kemudian strategi pelaksanaan keempat secara spiritual yaitu latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan sholat ataupun berdoa ketika marah hal ini dapat dilakukan sesuai dengan agama dan keyakinan masing-masing.

Penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus pada pelaksanaan keperawatan, pada teori implementasi keperawatan diagnosis risiko perilaku kekerasan melakukan empat strategi pelaksanaan. Pada kasus ini penulis hanya melakukan dua strategi pelaksanaan untuk mengontrol marahnya yaitu penulis mengajarkan cara mengontrol marahnya dengan cara relaksasi nafas dalam lalu dengan memukul benda lunak seperti bantal, guling, dan kasur, dan cara minum obat yang benar lalu strategi pelaksanaan yang belum dilakukan penulis untuk pasien yaitu penulis belum mengajarkan cara verbal dengan cara meminta dan menolak dengan baik, dan yang terakhir penulis juga belum mengajarkan pasien cara mengontrol marah dengan cara spiritual kedua strategi pelaksanaan ini belum dilakukan karena adanya faktor waktu dan faktor kognitif pasien yang dimana faktor waktunya penulis hanya bertemu pasien 3x24 jam dan belum bisa bina *trust* dengan pasien, faktor kognitifnya yaitu kondisi kognitif pasien masih suka menghindar dan mood pasien masih mudah untuk melakukan perilaku kekerasan.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan pasien mau melakukan cara mengontrol marahnya sekali saja, faktor penghambatnya pasien kurang kooperatif ketika diajarkan bagaimana cara mengontrol marahnya, waktu pelaksanaan strategi juga kurang mendukung untuk membina hubungan saling percaya karena 3 x24 jam penulis merasa kurang untuk bina *trust* dengan pasien.

#### **E. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah proses dari hasil yang telah dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal RPK nya, dan didapatkan data subjektif dan data objektif . Evaluasi ini akan dilakukan secara terus menerus untuk melihat respon keluarga dan klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan biasanya evaluasi ini di tulis dengan SOAP yang dimana data itu didapat dari keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol RPK, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol risiko perilaku kekerasan ataupun respon dari klien itu sendiri Wiranto (2022).

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka di harapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun, perilaku menyerang menurun, perilaku melukai diri sendiri maupun orang lain menurun, perilaku merusak lingkungan sekitar menurun, perilaku amuk menurun, suara keras menurun, bicara ketus menurun.

Penulis menemukan kesenjangan antara teori diatas dengan kasus, berdasarkan teori pelaksanaan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun, perilaku menyerang menurun, perilaku melukai diri sendiri maupun orang lain menurun, perilaku merusak lingkungan sekitar menurun, perilaku amuk menurun, suara keras menurun, bicara ketus menurun, tetapi pada kasus penulis hanya melakukan intervensi selama 3 x 24 jam sehingga evaluasi tanda dan gejala yang menurun adalah 60% dari tanda gejala sebelum dilakukan intervensi. Adapun tanda gejala yang menurun adalah, perilaku menyerang menurun, perilaku amuk menurun. Tanda gejala yang belum teratasi adalah verbalisasi ancaman kepada orang lain, perilaku melukai diri sendiri maupun orang lain, perilaku merusak lingkungan sekitar, suara keras, bicara ketus, sehingga intervensi dapat dilanjutkan oleh perawat untuk mengatasi tanda dan gejala yang belum teratasi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala sebelum dilakukan intervensi ini sebesar 80% tetapi sesudah dilakukan implementasi dua strategi pelaksanaan selama 3 x 24 jam ini dapat menurunkan tanda dan gejala sebesar 60%.

Menurut Keliat (2019) Kemampuan yang dicapai pasien meliputi kemampuan kognitif yaitu :pasien dapat menyebutkan penyebab dari risiko perilaku kekerasan itu sendiri, pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala dari risiko perilaku kekerasan, pasien dapat menyebutkan akibat yang timbulkan dan dapat menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan. Sedangkan kemampuan psikomotornya yaitu : pasien diharapkan dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan relaksasi nafas dalam, pukul bantal dan kasur,

senam, jalan-jalan, pasien dengan risiko perilaku kekerasan juga diharapkan berbicara dengan baik seperti mengungkapkan, menolak, dan meminta dengan baik, pasien dengan risiko perilaku kekerasan juga diharapkan mampu melakukan deeskalasi dengan cara mengungkapkan perasaan marahnya secara verbal ataupun tertulis, pasien dengan risiko perilaku kekerasan mampu melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan keyakinannya, dapat patuh minum obat dengan delapan benar (benar nama klien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa, dan benar dokumentasi). Kemampuan afektif pasien mampu merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan dan membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

Pada kasus yang dikelola oleh penulis terdapat beberapa yang belum dapat dicapai kemampuannya yaitu kemampuan kognitif yang dimana pasien belum dapat menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang pasien alami, tetapi pasien juga sudah mampu mencapai psikomotornya yang dibuktikan dengan pasien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasannya dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, dan rutin minum obat tetapi ada dua kemampuan psikomotor yang belum pasien capai yaitu cara mengungkapkan perasaan marahnya secara verbal ataupun tertulis, mampu melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan keyakinannya, lalu pasien juga belum mampu mencapai kemampuan afektifnya hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan biasa saja setelah melakukan latihan cara mengontrol marahnya, maka untuk menambah kemampuan pasien diharapkan intervensi yang belum terlaksanakan ini bisa dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Dengan menggunakan metode SOAP seperti teori diatas, maka penulis mendapatkan hasil evaluasi dari tindakan yang sudah diberikan kepada Nn N, dibuktikan pada strategi pelaksanaan satu yaitu cara mengontrol marahnya dengan cara relaksasi nafas dalam lalu dengan memukul benda lunak seperti bantal, guling, dan kasur, strategi pelaksaan kedua yang sudah diajarkan yaitu cara mengontrol marahnya dengan rutin minum obat.

Faktor pendukung yang penulis dapat ialah penulis mendapat data dari keluarga karena keluarga pasien juga rutin untuk menjenguk pasien, sedangkan data penghambatnya pasien kurang kooperatif pada saat dilakukan pengkajian sampai evaluasi, karena waktu yang terbatas juga penulis dan pasien belum bisa membina hubungan saling percaya, sehingga penulis di dampingi para perawat senior untuk melakukan pengkajian sampai evaluasi karena pasien juga merupakan orang yang sangat tertutup akan masalahnya.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah membuat asuhan keperawatan pada Nn N dengan risiko perilaku kekerasan diruang nusa indah rumah sakit husada yang dimulai pada tanggal 14 Maret -16 Maret 2023. Penulis membuat kesimpulan dan memberi saran sebagai berikut :

#### **5.1Kesimpulan**

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu tindakan kekerasan yang sudah lama pasien rasakan ataupun lakukan dari yang sebelumnya hanya merasakan sendiri dan biasanya dilampiaskan pada diri sendiri ataupun orang lain sampai akhirnya pasien melakukan kekerasan pada orang lain karena tidak dapat mengontrol amarahnya. Hasil dari pengkajian yang didapatkan oleh penulis pasien Nn N didapatkan masalah utama dengan risiko perilaku kekerasan diruang Nusa indah.

Pasien mengalami gangguan jiwa karena pasien mengalami penolakan dilingkungan sekitarnya dan pasien merasa bahwa dirinya biasa saja walaupun mempunyai kemampuan yang dimiliki seperti bermain piono, pasien juga sering berbeda pendapat dengan ibunya sehingga hal itu juga dapat menjadi salah satu

penyebab pasien sering marah-marah dengan ibunya, pasien mengatakan masuk ke rumah sakit husada karena didiagnosa dokter waham skeptis, berdasarkan data rekam medis pasien masuk karena mengalami halusinasi, pasien tampak tertawa dan bicara sendiri, halusinasi disangkal, pasien mengatakan tidak nyaman dikeramaian dan lebih suka untuk sendiri, pasien juga tampak selalu menyendiri dikamar.

Pada kasus ini penulis menemukan lima diagnosa keperawatan yang muncul yaitu risiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan penglihatan, isolasi sosial, harga diri rendah, dan waham curiga. Sehingga didapatkan masalah utama pasien dengan risiko perilaku kekerasan karena penulis pada saat pengkajian menemukan beberapa tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu pasien tampak mondar-mandir, nada bicara pasien tampak mengertak, pandangan mata pasien tajam. Pasien memiliki faktor predisposisi, biologis, psikologis, dan sosio kultural, sehingga penulis mengangkat masalah utamanya yaitu risiko perilaku kekerasan.

Dalam perencanaan keperawatan terdapat empat strategi pelaksanaan yang direncanakan mahasiswa yaitu : strategi pelaksanaan pertama pasien dapat mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan, mengontrol emosi dengan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak seperti bantal, guling dan kasur, strategi pelaksanaan kedua yaitu pasien dapat mengontrol emosinya dengan cara rutin minum obat, strategi pelaksanaan ketiga yaitu pasien dapat mengontrol emosinya dengan cara verbal yaitu dengan cara meminta ataupun menolak dengan baik, sedangkan strategi pelaksanaan keempat yaitu dengan cara spritual sesuai dengan agama dan keyakinan pasien.

Dalam pelaksanaan pasien dapat mengontrol emosinya, dengan strategi pelaksanaan pertama pasien dapat mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan, mengontrol emosi dengan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul benda lunak seperti bantal, guling dan kasur, dan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara rutin minum obat.

Pada evaluasi penulis mengevaluasi tindakan yang sudah dilakukan, sehingga dapat disimpulkan bahwa tanda gejala yang menurun dari Nn N adalah perilaku menyerang menurun, perilaku amuk menurun, sehingga dari dua strategi pelaksanaan yang sudah dilakukan selama 3 x 24 jam ini dapat menurunkan tanda dan gejala dari 80% menjadi 60% saja.

## **5.2 Saran**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Nn N dengan masalah utama riisiko perilaku kekerasan diruangan Nusa indah rumah sakit husada, penulis akan memberikan beberapa saran sebagai berikut :

### **1. Mahasiswa/penulis**

Diharapkan berdasarkan pengalaman penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis memberikan saran kepada teman-teman mahasiswa agar mempelajari konsep dasar asuhan keperawatan jiwa sehingga saat melakukan praktik lebih memahami kasus dan juga memberikan asuhan keperawatan yang maksimal kasus yang diteliti khususnya pada pasien risiko perilaku kekerasan. Memanfaatkan waktu yang ada dengan sebaik mungkin dan menjalin hubungan saling percaya, melakukan pendekatan, melakukan kontak mata

sebaik mungkin, serta melakukan hubungan kerja sama yang baik dengan perawat ruangan.

## 2. Perawat ruangan

Saran untuk perawat ruangan yaitu agar perawat dapat menambah kegiatan agar terjadi peningkatan dalam berinteraksi dengan pasien-pasien yang ada diruangan Nusa indah, perawat dapat mengetahui lebih dalam lagi perkembangan-perkembangan pasien, perawat juga perlu melakukan kegiatan yang positif dan menyenangkan sehingga dapat memberikan dampak positif bagi proses penyembuhan pasien, contohnya seperti bernyanyi, menggambar, melukis, dan berkebun sehingga hal tersebut dapat menjadi salah satu faktor menghilangkan rasa bosan pasien dan dapat mengembangkan kemampuan kognitif pasien, serta untuk kepala ruangan dan CI dapat menganjurkan kepada institusi untuk melaksanakan praktik klinik minimal 6 x 24 jam agar mahasiswa lebih bisa untuk bina *trust* dengan pasien yang kurang kooperatif.

## 3. Institusi pendidikan

Diharapkan kepada institusi dapat mempertimbangkan jumlah hari yang digunakan untuk melakukan praktek klinik ini karena dengan jumlah hari dinas yang dilakukan kemaren kurang efektif untuk menjalin hubungan saling percaya dengan pasien yang kurang kooperatif sehingga hal itu menjadi penghambat dalam melakukan tindakan klinik. Dengan adanya karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan informasi dan referensi untuk meningkatkan keefektifan dalam belajar, kemampuan, pengetahuan, dan keterampilan mahasiswa selama pembuatan karya tulis ilmiah bagi mahasiswa semester akhir.

## Daftar pustaka

- Ade Herman Surya Direja, 2011, Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa, Yogyakarta: Nuha Medika
- Ayuwatini, S., Ardiyanti, Y., Ners, P. S., & Jiwa, J. K. (2018). Overview of Community Mental Health. *Jurnal Keperawatan*, 6(1), 60–63.
- Herdiyanto, Y. K., Tobing, D. H., & Vembriati, N. (2017). Stigma Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa Di Bali. *INQUIRY: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 8(2), 121–132. <https://doi.org/10.51353/inquiry.v8i2.148>
- Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149. <https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>
- Kemkes RI. (2018a). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemntrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kemkes RI. (2018b). Laporan Riskesdas 2018 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. In *Laporan Nasional Riskesdas 2018* (Vol. 53, Issue 9, pp. 154–165). <http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf>
- Keliat et al. (2020). *Asuhan keperawatan jiwa*. Buku Kedokteran EGC.
- Madhani, A., & Kartina, I. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Palupi, D. N., Ririanty, M., & Nafikadini, I. (2019). Karakteristik Keluarga ODGJ dan Kepesertaan JKN Hubungannya dengan Tindakan Pencarian Pengobatan bagi ODGJ. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 82–92. <https://doi.org/10.25047/j-kes.v7i2.81>
- Pardede, J. A., Mariati Siregar, L., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan Burden with Koping Family when Treating Schizophrenia Patients with Violent Behaviour. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189–196. <http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK>
- Pharm, N.H. P. Bs. (Ed.). (2016). MIMS Petunjuk Konsultasi (16th ed.). [www.mims.com](http://www.mims.com)
- PPNI, T. P. S. D. (2018b ).Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (1st ed.). Persatuan Perawat Indonesia
- Pujiasih Wiwik; Purnomo, Roni, N. P. (2016). Asuhan keperawatan pada tn. N dengan resiko perilaku kekerasan di ruang sadewa rsud banyumas. *Journal of*

*Nursing and Health, Vol. 1 No. 2 (2016): Journal of Nursing and Health, 79–91.*

[Http://jurnal.politeknikyakpermas.ac.id/index.php/jnh/article/view/125/100](http://jurnal.politeknikyakpermas.ac.id/index.php/jnh/article/view/125/100)

Putri, A. W., Wibhawa, B., & Gutama, A. S. (2015). Kesehatan Mental Masyarakat Indonesia (Pengetahuan, Dan Keterbukaan Masyarakat Terhadap Gangguan Kesehatan Mental). *Prosiding Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(2), 252–258. <https://doi.org/10.24198/jppm.v2i2.13535>

WHO Team. (2021). Mental Health Atlas 2020. In *WHO Publication*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

Yosep, I., & Sutini, T. (2016). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung :PT. Refika Aditama.

Ayuwatini, S., Ardiyanti, Y., Ners, P. S., & Jiwa, J. K. (2018). Overview of Community Mental Health. *Jurnal Keperawatan*, 6(1), 60–63.

Herdianto, Y. K., Tobing, D. H., & Vembriati, N. (2017). Stigma Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa Di Bali. *INQUIRY: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 8(2), 121–132. <https://doi.org/10.51353/inquiry.v8i2.148>

Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149. <https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>

Kemendes RI. (2018a). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendagri Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.

Kemendes RI. (2018b). Laporan Riskesdas 2018 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. In *Laporan Nasional Riskesdas 2018* (Vol. 53, Issue 9, pp. 154–165). <http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf>

Madhani, A., & Kartina, I. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.

Palupi, D. N., Ririanty, M., & Nafikadini, I. (2019). Karakteristik Keluarga ODGJ dan Kepesertaan JKN Hubungannya dengan Tindakan Pencarian Pengobatan bagi ODGJ. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 82–92. <https://doi.org/10.25047/j-kes.v7i2.81>

Pardede, J. A., Mariati Siregar, L., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan Burden with Koping Family when Treating Schizophrenia Patients with Violent Behaviour. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189–196. <http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK>

Pujiasih Wiwik; Purnomo, Roni, N. P. (2016). Asuhan keperawatan pada tn. N

dengan resiko perilaku kekerasan di ruang sadewa rsud banyumas. *Journal of Nursing and Health, Vol. 1 No. 2 (2016): Journal of Nursing and Health*, 79–91.

<http://jurnal.politeknikyakpermas.ac.id/index.php/jnh/article/view/125/100>

Putri, A. W., Wibhawa, B., & Gutama, A. S. (2015). Kesehatan Mental Masyarakat Indonesia (Pengetahuan, Dan Keterbukaan Masyarakat Terhadap Gangguan Kesehatan Mental). *Prosiding Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(2), 252–258.

WHO Team. (2021). Mental Health Atlas 2020. In *WHO Publication*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

SP 1 RPK = Melatih cara fisik 1 tarik nafas dalam dan pukul bantal / benda lunak

Pertemuan ke :2

Hari /tanggal = Rabu,15 Maret 2023 ,pukul 09.30

Ruangan =Nusa Indah

Nama klien =Nn N

A.Proses keperawatan

1.Kondisi klien

**Data Subjektif** : pasien mengatakan tidak mau berbicara dengan suster dan mengatakan ingin tidur saja

**Data Objektif** : pandangan mata pasien tampak tajam, pasien tampak menghindar, berdasarkan dari data rekam medis pasien masuk ke Rumah Sakit Husada Diruang Nusa Indah karena mempunyai riwayat perilaku kekerasan karena mengedor-gedor kamar tetangga apartementnya dan marah-marah pada ibunya

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3.Tujuan :

- Klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
- Klien mampu mengidentifikasi penyebab dari perilaku kekerasan
- Klien mampu mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan
- Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 dan 2 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal/ benda lunak

#### 4. Tindakan

1. Membina hubungan saling percaya
2. Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
3. Mengidentifikasi penyebab dari perilaku kekerasan
4. Mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan
5. Melatih cara fisik 1 dan 2 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal /benda lunak

#### B. Strategi Komunikasi

##### 1. Fase Orientasi

###### A. Salam terapeutik

“selamat pagi pak/bu, perkenalkan saya suster dila, saya yang sedang bertugas diruangan ini dari jam 07.00 – 14.00 siang ya pak/bu”.

“Nama bapak/ibu siapa ? dan senang dipanggil siapa ?”.

###### B. Evaluasi validasi

“Bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini? Apakah semalam tidurnya nyenyak ? “

“Apa yang menyebabkan bapak/ibu kesulitan untuk tidur nyenyak tadi malam ? ”

“kira- kira apa yang membuat bapak/ibu marah dan kesal pagi ini ? “

###### C. kontrak (topik,waktu,dan tempat )

"Baik pak/bu setelah saya dengar yang diceritakan bapak/ibu tadi, bagaimana kalau sebarang kita mengobrol tentang kondisi bapak/ibu apakah bapak/ibu bersedia ? “

"Bapak/ibu mau dimana? berapa lama ? “

###### D. Tujuan

"Agar bapak/ibu tidak merara marah atau kesal lagi dan bisa lebih mengontrol cara marah bapak/ibu."

## **2.Fase kerja**

“Nah tadi kan bapak/ibu bilang bahwa pagi ini bapak/ibu merasa Marah dan kesal Saat bapak/ibu marah dan keşal apakah bapak/ibu merasa berat di dada atau rasa sakit didada? “

"apakah bapak/ibu merasa lebih baik setelah mengungkapkan amarah bapak/ibu ? atau bapak/ibu memilih untuk menghindari orang yang membuat bapak/ibu marah

"Selain itu apa saja yang bapak/ibu rasakan saat sedang marasa marah atau merasa kesal? “

“Biasanya saat sedang marah atau kesal apa yang bapak/ibu lakukan? “

"Bagaimana kalau sekarang kita latihan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa sesak saat bapak merasa marah atau kesal dan latihan pukul bantal untuk bapak/ibu bisa menyalurkan rasa marah atau kekesalan yang bapak rasakan "

"Baik sekarang kita lakukan teknik nafas dalam dulu ya pak/bu caranya bapak/ibu tarik nafas panjang lalu tahan selama 3 sampai 5 detik kemudian hembuskan sekarang kita coba lakukan bersama ya pak/bu ."

"Wah bapak/ibu hebat sudah bisa melakukan teknik nafas dalam dengan benar "

"Sekarang kita lakukan latihan pukul bantal ya pak/bu caranya ketika bapak/ibu benar-benar merasa marah atau kesal dan ingin memukul sesuatu maka bapak/ibu bisa langsung memukul bantal atau kasur seperti ini ya pak/bu "

"Sekarang coba lakukan seperti suster contohkan tadi ya pak/bu "

"Wah bapak/ibu hebat sekali bisa melakukan pukul bantal dengan benar "

## **3. Fase terminasi**

### **A. Evaluasi**

Subjektif: bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita tadi latihan teknik nafas

dalam dan pukul bantal pak/bu ?

Objektif : apa bapak/ibu bisa mengulangi cara teknik nafas dalam dan pukul bantal yang sudah kita latih tadi pak/ibu ?

B.RTL

"Sekarang kita masukkan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal ke dalam jadwal kegiatan harian bapak/ibu ya ?

"Bapak/ibu mau melakukan latihannya berapa kali ?

"mau di jam berapa aja pak/ibu?"

C. kontrak yang akan datang

"Besok kita akan latihan kemampuan latihan minum obat dengan benar apakah bapak/ibu bersedia?"

"Mau di mana pak/bu dan mau jam berapa? "

## **SP 2 RPK = Minum obat**

Pertemuan ke :3

Hari /tanggal = kamis,16 Maret 2023 ,pukul 09.30

Ruangan =Nusa Indah

Nama klien =Nn N

A.Proses keperawatan

1.Kondisi klien

**Data Subjektif** : pasien mengatakan selalu rutin minum obat dan ada 4 obat yang diminum dan warnanya putih

**Data Objektif** : pasien mempunyai riwayat perilaku kekerasan karena mengedongedor kamar tetangga apartementnya dan marah-marah pada ibunya,pasien

tampak mengingat berapa obat yang diminum dan warnanya

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan :

Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat

4. Tindakan

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian

Melatih minum obat

B. Strategi Komunikasi

### **1. Fase Orientasi**

A. Salam Teraupetik

"selamat pagi pak/bu, masih ingat dengan suster? "

B. Evaluasi validasi

"Bagaimana kabarnya hari ini bapak/ibu ? apa latihan yang kemarin sudah dilakukan?"

"Coba kita lihat kegiatan harian bapak/ibu ya".

C. Kontrak

"Bagaimana kalau hari ini kita mengobrol tentang obat-obatan yang bapak/ibu minum ? Mau mengobrol di mana pak/bu ? berapa lama maunya ?

D. Tujuan

"Agar bapak/ibu bisa tahu nih manfaat dari obat-obatan yang bapak/ibu minum selama ini "

### **2. fase kerja**

"Bapak/ibu hari ini sudah minum obat? berapa kali minum obatnya? apa yang bapak rasakan setelah minum obat?"

"Coba sekarang saya mau tanya bapak/ibu tahu tidak manfaat bapak minum obat selama ini untuk apa ?

"Baik saya jelaskan ya pak/bu obat yang selama ini bapak minum itu manfaatnya adalah untuk membantu proses penyembuhan bapak/ibu dan salah satunya obat yang bapak/ibu minum adalah obat untuk mengatasi halusinasi dan rasah marah yang bapak/ibu alami "

"Nah sehingga ketika bapak/ibu minum obat secara teratur itu sangat membantu proses penyembuhan penyakit bapak/ibu yang bisa mengatasi suara-suara yang bapak/ibu dengar ya ".

"Untuk perasaan yang bapak rasakan setelah minum obat itu hal yang wajar ya pak/bu soalnya obat yang bapak/ibu minum memang efeknya adalah cepat ngantuk dan mulutnya cepat/terasa kering "

"Kalau begitu sekarang saya ingin tahu bagaimana cara bapak/ibu saat minum obat ya "

"Nah iya pak/bu pertama makan nasi atau roti dulu setelah itu bapak/ibu siapkan minum dan obatnya masukkan obat ke dalam mulut lalu telan dengan air minum pastikan obatnya sudah tertelan ya pak/bu "

"Apakah bapak/ibu sudah paham bagaimana cara minum obat yang benar ".

### **3 .Fase Terminasi**

#### **A.Evaluasi**

Subjektif:"bagaimana perasaan bapak/ibu setelah saya jelaskan dan ajarkan cara minum obat yang benar?"

Objektif:"coba sekarang suster mau tahu manfaat bapak minum obat apa ? “.

"Kalau cara minum obat yang benar tadi bagaimana pak/bu? “.

## B.RTL

"Bagaimana kalau kegiatan minum obat ini kita masukkan ke jadwal kegiatan harian bapak/ibu? “.

## C.Kontrak

"Hari ini pertemuannya sampai di sini dulu ya pak/bu besok kita ketemu lagi mau di jam berapa pak/bu dan di mana? ”.

## **SP 3 RPK = Komunikasi verbal baik meminta dan menolak dengan baik**

### A.Proses keperawatan

Pertemuan ke :Belum terlaksana

Hari /tanggal = -

Ruangan =Nusa Indah

Nama klien =Nn N

### A.Proses keperawatan

#### 1.Kondisi klien

DS :-

DO :-

#### 2. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

#### 3.Tujuan :

Klien mampu melakukan cara menurunkan perilaku kekerasan dengan cara komunikasi verbal yang baik

#### 4.Tindakan

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian

Melatih menurunkan risiko perilaku kekerasan dengan latihan verbal yang baik

## B.Strategi Komunikasi

### 1.Fase Orientasi

#### A.Salam Teraupetik

"Selamat pagi pak/bu masih ingat dengan saya?"

#### B. Evaluasi validasi

"Bagaimana kabarnya hari ini pak/bu sudah bapak/ibu lakukan latihan yang kemarin?"

"Coba kita lihat jadwal kegiatan harian bapak/ibu ya".

#### C. Kontrak

"Sesuai janji kita kemarin ya pak hari ini kita akan belajar cara bicara yang baik untuk menurunkan resiko perilaku kekerasan yang bapak/ibu alami ?

"Mau di mana pak/bu mau berapa lama ? “.

#### D. Tujuan

"Untuk membantu bapak/ibu dalam mengontrol kemarahan bapak/ibu".

### 2. Fase kerja

"Jadi kalau amarah bapak/ibu sudah bisa di salurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul bantal dan bapak/ibu sudah merasa lega maka selanjutnya bapak/ibu perlu bicara dengan orang yang membuat bapak/ibu marah atau kesal ya pak/bu ".

"Ada tiga cara nih pak/bu yang pertama bapak/ibu dapat meminta dengan baik tanpa marah dengan suara rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar contohnya tolong berikan saya ini nah bapak/ibu juga bisa melakukannya di sini coba bapak/ibu praktikan ".

"cara yang kedua menolak dengan baik jika ada yang menyuruh bapak/ibu dan bapak/ibu tidak ingin melakukannya maka bapak bisa katakan maaf saya tidak

bisa melakukannya karena saya sedang ada kegiatan lain coba bapak/ibu praktikan".

"Nah yang ketiga mengungkapkan rasa kesal jika ada perlakuan yang membuat bapak/ibu kesal bapak/ibu dapat mengatakan saya jadi ingin marah karena perkataanmu ,coba bapak praktikan ".

### **3. Fase terminasi**

#### **A. Evaluasi**

Subjektif:"bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita latihan tadi pak/bu?

Objektif:"coba bapak/ibu ulangi apa yang saya ajarkan tadi?

#### **B.RTL**

"Sekarang kita masukkan ke dalam jadwal harian bapak/ibu ya? mau berapa kali sehari bapak/ibu melakukannya? jam berapa saja?

#### **C. Kontrak**

"Pertemuan hari ini cukup sampai di sini ya pak/bu besok kita akan belajar cara mengontrol amarah bapak/ibu dengan ibadah. apakah bapak/ibu bersedia?

"Mau di mana pak/bu? jam berapa?

### **SP 4 RPK = Mengontrol marah dengan spritual**

Pertemuan ke :Belum terlaksana

Hari /tanggal = -

Ruangan =Nusa Indah

Nama klien =Nn N

#### **A.Proses keperawatan**

##### **1.Kondisi klien**

DS :-

DO :-

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan :

Klien mampu melakukan cara menurunkan perilaku kekerasan dengan cara spritual

4. Tindakan

Mengevaluasi jadwal kegiatan harian

Melatih mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara spritual

B. Strategi Komunikasi

### **1. Fase Orientasi**

A. Salam Teraupetik

"Selamat pagi pak/bu masih ingat dengan?"

B. Evaluasi validasi

"Bagaimana kabarnya hari ini pak/bu? sudah dilakukan latihan yang kemarin pak/bu?"

C. Kontrak

"Dengan janji yang kemarin hari ini kita akan belajar cara mengontrol amarah bapak dengan cara ibadah ya. apakah bapak/ibu sudah siap ? mau di mana pak/bu ? berapa lama?"

D. Tujuan

"Agar bapak bisa mengontrol amarah bapak/ibu dengan cara ibadah".

### **2. Fase kerja**

"Coba bapak/ibu sebelumnya tahu tidak cara beristighfar itu bagaimana ?"

"Nah iya pak/bu cara beristighfar itu begini pak/bu saya akan ajarkan dengan mengucapkan astagfirullah hal adzim nah itu bapak/ibu bisa lakukan ketika bapak/ibu marah nih ketika bapak/ibu marah-marahnya nih baru bisa mengatakan kayak gini astagfirullahaladzim

astagfirullah hal adzim sampai bapak/ibu lega."

"Bagaimana pak apakah bapak/ibu bisa mengerti".

### **3.fase terminasi**

#### **A. Evaluasi**

Subjektif : "bagaimana pak/buk perasaannya setelah kita belajar cara beristighfar ketika marah tadi ?

Objektif : "coba bapak/ibu ulangi apa saja yang sudah saya ajarkan tadi ?

#### **B.RTL**

"Bagaimana kalau kita masukkan ke jadwal kegiatan harian bapak"

"Ketika suster tidak ada jangan lupa untuk salat dan berdoa ya pak/buk dan ketika marah bapak/ibu bisa langsung beristighfar ".

#### **C. Kontrak**

"Pertemuan kali ini cukup sampai di sini ya pak/buk besok kita akan bertemu lagi saya ingin tahu nih apakah bapak sudah lakukan latihan-latihan yang saya ajarkan atau belum. Bapak/ibu maunya di mana ?jam berapa?

## ANALISA OBAT

### Kalxatin 1x 20 mg/ oral

#### A. Pengertian

Kalxetin adalah obat dengan kandungan fluoxetine yang digunakan untuk mengatasi berbagai gejala gangguan mental. Kalxetin umumnya diberikan untuk pasien yang mengalami depresi, gangguan obsesif kompulsif (OCD), bulimia (penyakit yang diakibatkan oleh psikologi pasien, yang mengakibatkan kelainan makan), dan serangan panik. Kalxetin dapat mengurangi gejala pramenstruasi seperti mudah marah, nafsu makan meningkat, dan depresi.

#### B. Keterangan

- **Golongan:** Obat Keras
- **Kelas Terapi:** Antidepresan

#### C. Kegunaan

Kalxetin dapat digunakan untuk mengatasi

- Depresi
- Gangguan Obsesif Kompulsif (OCD)
- Gangguan disforik pramenstruasi
- Bulimia
- Gangguan panik

#### D. Efek Samping

Efek samping yang bisa saja timbul selama penggunaan Kalxetin, yaitu:

- Gangguan pencernaan seperti mual, muntah, dispepsia, diare
- Gangguan tidur

- Jantung berdebar
- Gugup
- Penglihatan kabur
- Sakit kepala dan pusing
- Mengantuk
- Keringat berlebih
- Anoreksia
- Kelelahan
- Hiponatremia
- Tremor

#### E. Kontraindikasi

Sebaiknya hindari penggunaan apabila memiliki kondisi:

- Hipersensitif terhadap Fluoxetine
- Gangguan mania
- Penggunaan bersama dengan obat MAOI
- Gagal ginjal berat

### **Noprenia 2x 3 mg/oral**

#### A. Pengertian

Noprenia adalah obat yang mengandung Risperidone yang diindikasikan untuk skizofrenia, gangguan bipolar akut, demensia (penurunan daya ingat) sedang hingga berat pada penyakit Alzheimer.

## B. Keterangan

- Golongan: Obat Keras
- Kelas Terapi: Antipsikotik
- Kandungan: Risperidon 1 mg; Risperidon 2 mg; Risperidon 3 mg

## C. Kegunaan

Noprenia digunakan untuk skizofrenia, gangguan bipolar akut, demensia sedang hingga berat pada penyakit Alzheimer.

## D. Efek Samping

Efek samping penggunaan Noprenia yang mungkin terjadi adalah:

- Agitasi (perasaan seperti jengkel, kesal, atau gelisah), insomnia, kecemasan, sakit kepala, sedasi (efek menenangkan), efek ekstrapiramidal (gangguan pada sistem ekstrapiramidal di otak)
- Mual dan muntah, sakit perut, sembelit, penglihatan kabur, disfungsi seksual termasuk priapisme (ereksi), inkontinensia urin (sulit menahan buang air kecil), ruam dan reaksi alergi lainnya, kantuk.
- Kesulitan konsentrasi, pusing, kelelahan, takikardia (detak jantung cepat), peningkatan berat badan, edema (bengkak), peningkatan nilai enzim hati, peningkatan dosis tergantung pada kadar prolaktin, sindrom floppy iris intra-operatif.

## E. Kontraindikasi

Pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap resperidone.

## **Depakote 1x 20mg/oral**

### A. Pengertian

Depakote adalah obat untuk meningkatkan konsentrasi zat kimia tertentu di otak, membatasi rangsangan berlebihan pada otak, dan membiarkan otak mengembalikan keseimbangan alami. Obat Depakote diketahui dapat digunakan untuk menangani gangguan bipolar.

### B. Keterangan

- **Golongan:** Obat keras
- **Kelas terapi:** Antikonvulsan

### C. Kegunaan

Manfaat dan fungsi Depakote dapat digunakan pada kondisi:

- Membantu menangani gangguan bipolar.

### D. Efek Samping

Efek samping Depakote yang bisa timbul selama penggunaan, yaitu:

- Gangguan pencernaan, seperti mulas, muntah, diare, nyeri perut, konstipasi, nyeri ulu hati
- Gangguan saraf pusat seperti mengantuk, tremor, pusing, sakit kepala
- Rambut rontok
- Ruam kulit
- Fotosensitif
- Depresi
- Gangguan darah, seperti trombositopenia, hiperamonemia

### E. Kontraindikasi

Sebaiknya hindari penggunaan Depakote tablet apabila memiliki kondisi:

- Hipersensitif pada asam valproat
- Hamil
- Kerusakan fungsi hati

➤ **Rexuti 1x 2 mg/oral**

A. Pengertian

Rexulti adalah obat antipsikotik resep yang digunakan dalam pengobatan gangguan depresi mayor, skizofrenia, dan agitasi yang terkait dengan demensia akibat penyakit Alzheimer. Rexulti digunakan bersama dengan obat antidepresan untuk mengobati gangguan depresi mayor pada orang dewasa.

B. Manfaat

- 1) Mengobati gangguan mental atau suasana hati tertentu seperti skizofrenia, depresi
- 2) Membantu berfikir lebih jernih
- 3) Membantu mengurangi halusinasi
- 4) Meningkatkan suasana hati, tidur, nafsu makan, tingkat energi

C. Efek samping

- 1) Peambahan berat badan
- 2) Perasaan gelisah seperti dorongan konstan dan terkendali untuk bergerak
- 3) Gangguan pencernaan
- 4) Sakit kepala
- 5) Sembelit

- 6) Susah tidur
- 7) Mimpi yang tidak normal
- 8) Kelelahan

D. Indikasi

- 1) Mengobati gejala skizofrenia
- 2) Dapat digunakan untuk kombinasi dengan obat anti depresan untuk mengobati depresi ketika gejala depresi tersebut tidak dapat dikendalikan oleh obat anti depresan saja

E. Kontraindikasi

- 1) Riwayat alergi brexipiprazole

## LEMBAR KONSULTASI

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ms. Dian Faria, M. Keper., SP. Keper. J  
 Nama Mahasiswa : Dila Sri Oktaviani  
 Judul :

1	3 Maret 2013	Latihan pembuatan bab 3 Latihan Pengukuran mendeley Latihan mencari e-reference	Dr
2	13 Maret 2013	Persiapan UTK	Dr
3	17 Maret 2013	Konsul askep ujian	Dr
4	11 April 2013	Stapkan bab 1-3 1 minggu	Dr
5	14 April 2013	Mengumpulkan bab 1-3 selesai 14/4/23	Dr
6	8 Mei 2013	Revisi Bab I + Data penunjang dan hasil penelitian	Dr
7	20 Mei 2013	Revisi Bab I, 2, 3	Dr
8	22 Mei 2013	Revisi Bab 2, 3 dan 4	Dr
9	28 Mei 2013	Revisi Bab 3 dan 4	Dr
10	30 Mei 2013	Revisi Bab 3 dan 4	Dr
11	2 Juni 2013	Perbaiki Bab 3 dan 4	Dr
12	8 Juni 2013	Perbaiki Bab 3 dan 4	Dr
13	9 Juni 2013	perbaiki Bab 3 dan 4	Dr
14	12 Juni 2013	perbaiki Bab 3 dan 4.	Dr