



ASKEP RISIKO PERILAKU KEKERASAN

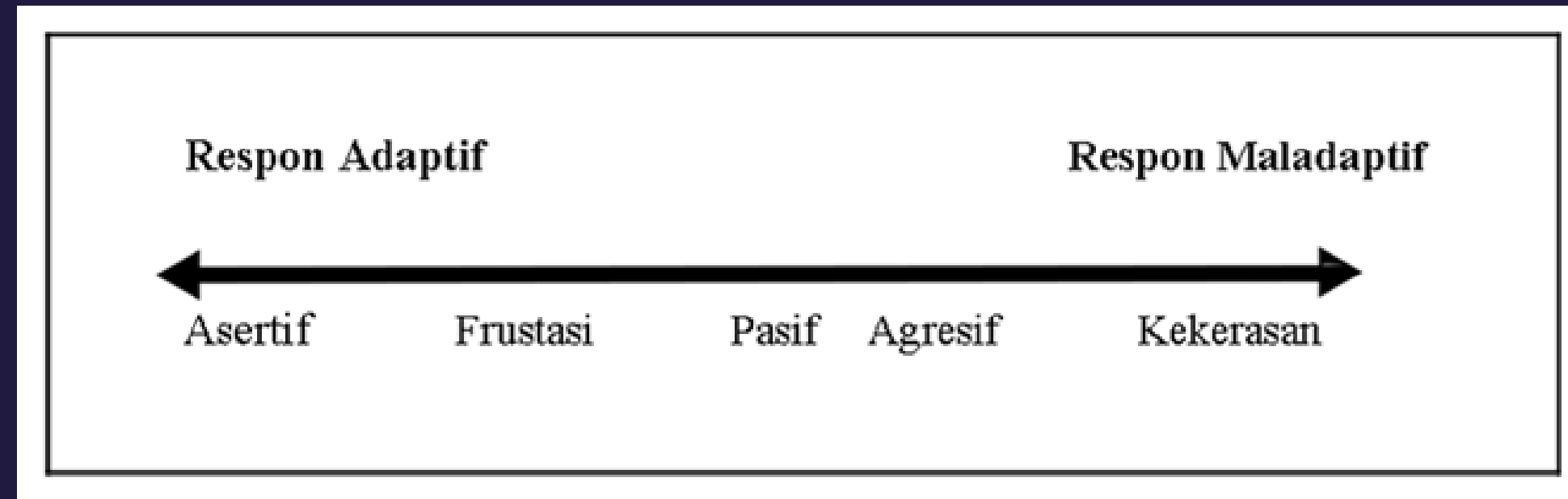
-Kelas 2B Ners-

Apa itu Risiko Perilaku Kekerasan?

Risiko perilaku kekerasan adalah kondisi dimana seseorang memiliki potensi melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan akibat ketidakmampuan mengontrol emosi, terutama marah. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis, lingkungan, tekanan batin, serta masalah sosial ekonomi, dan jika tidak ditangani dapat berkembang menjadi tindakan kekerasan yang lebih serius.



Rentang Respon Marah



- Asertif adalah mengungkapkan rasa marah yang tidak menyakiti hati orang lain
- Frustrasi adalah kegagalan pada saat meraih Impian.
- Pasif yaitu tidak dapat mengungkapkan perasaan yang sedang dialami saat ini.
- Agresif yaitu perilaku yang tidak bisa terkontrol amarahnya dan perilaku tampak berupa bicara kotor, muka yang memerah, mata melotot.
- Kekerasan adalah rasa gaduh gelisah disertai hilangnya kontrol pada diri.

Etologi

A

Faktor predisposisi

- Biologis → Dipengaruhi oleh dorongan dasar dan respon sistem limbik terhadap stimulus internal maupun eksternal yang memicu rasa marah.
- Psikologis → Ketidakmampuan mengekspresikan marah secara tepat dapat menghambat proses berpikir dan pencapaian tujuan.

B

Faktor presipitasi

- Dipicu oleh faktor eksternal seperti kematian, kehilangan, serangan fisik, serta tekanan lingkungan yang menimbulkan stres dan meningkatkan risiko perilaku kekerasan.

Proses Terjadinya Masalah

A.

Faktor predisposisi

- Genetik → pengaruhnya relatif kecil.
- Psikologis → meliputi kepribadian tertutup (memendam masalah), kehilangan, pengalaman aniaya seksual, dan kekerasan dalam keluarga yang menimbulkan trauma.
- Sosial budaya → penolakan lingkungan menyebabkan isolasi sosial.

B.

Faktor predisposisi

- Klien → perasaan putus asa, tidak berdaya, dan lemah.
- Interaksi → kehilangan orang penting atau adanya ancaman.
- Lingkungan → kondisi tidak nyaman (panas, bising, keras) yang memicu emosi marah.



Manifestasi Klinis

A

Muka merah dan tegang

B

Pandangan tajam

C

Mengatup rahang
dengan kuat

D

Mengepalkan tangan

E

Bicara kasar



Manifestasi Klinis

F

Suara tinggi, menjerit,
atau berteriak

G

Mengancam secara
verbal & fisik

H

Melempar /memukul
benda atau orang lain

I

Merusak barang atau
benda

J

Ketidakmampuan
mengontrol perilaku
kekerasan

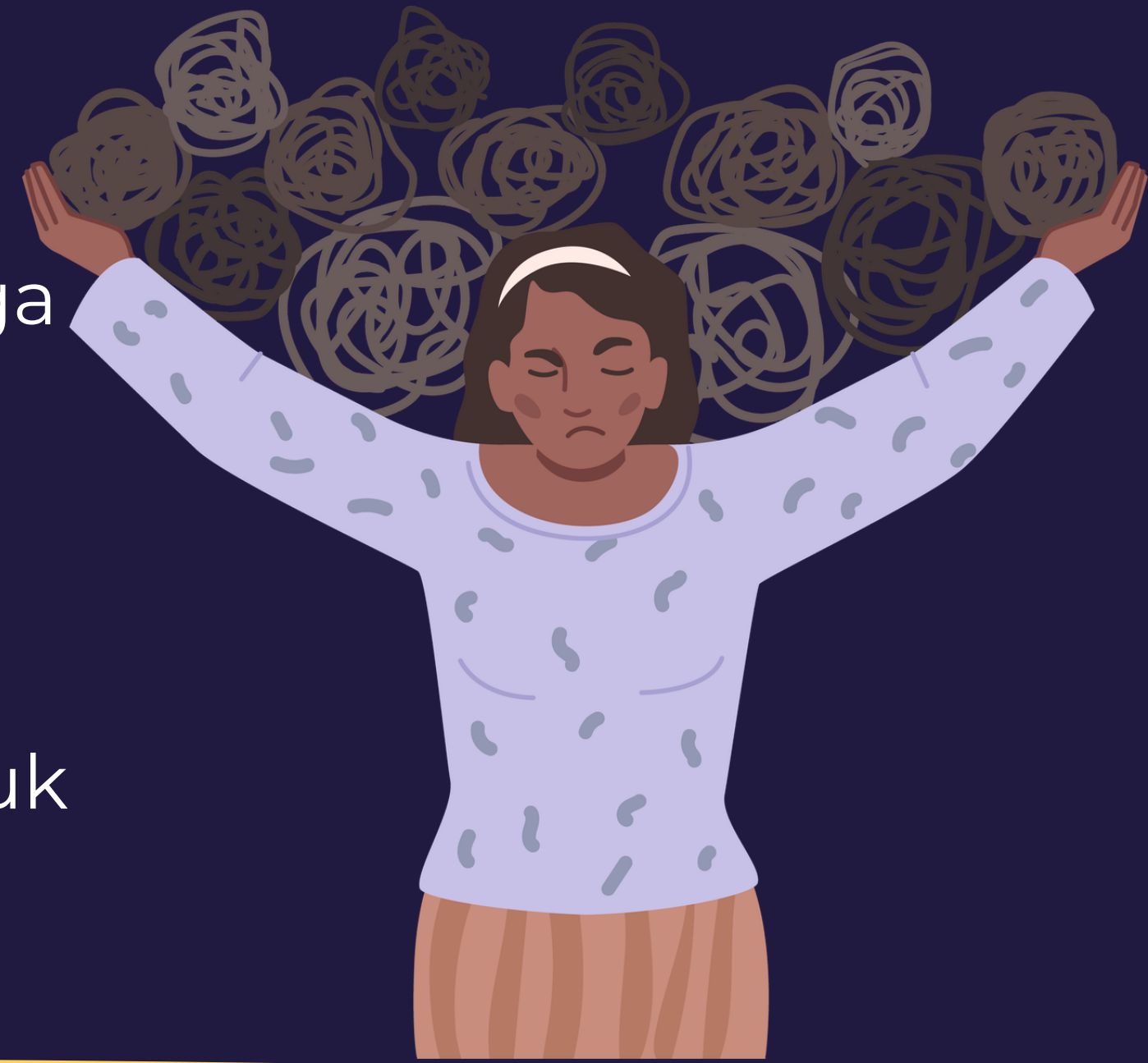
penatalaksanaan medis

1. *Busporine* yang berfungsi untuk mengendalikan depresi dan kecemasan yang dialami klien.
2. *Antipsychotic* biasanya berfungsi untuk perawatan perilaku yang agresif.
3. *Antidepressans* untuk mengontrol marah yang sangat merugikan lingkungan sekitar dikarenakan perubahan dalam suasana perasaan.
4. *Antianxiety* dan *sedativehipnotic* berfungsi untuk mengendalikan perilaku marah yang sangat agresif.



penatalaksanaan keperawatan

1. Membicarakan tentang kejadian yang menyebabkan resiko perilaku kekerasan, dan penyebab perubahan perasaan/ perilaku marah dalam resiko kekerasan.
2. Berlatih untuk mengendalikan amarah, sehingga dapat meringankan beban dalam perasaan.
3. Cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara relaksasi Tarik nafas dalam dan memukul bantal, anjurkan pasien memtahui jadwal untuk meminum obat, ajarkan klien untuk melatih secara verbal dan ajarkan untuk meningkatkan spiritual.



Pengkajian

- identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat rumah, nomor rekam medis.

- keluhan utama

Klien mengatakan mudah marah, emosi tidak terkontrol, sering merasa kesal, ingin memukul atau menyakiti orang lain/benda, atau pernah melakukan tindakan agresif.

- riwayat penyakit

- 1.riwayat gangguan jiwa sebelumnya

- 2.riwayat perilaku kekerasan

- 3.riwayat penggunaan zat

- 4.riwayat trauma psikologis

- 5.riwayat pengobatan

- 6.faktor pencetus saat ini

- pemeriksaan fisik

- 1.penampilan umum

- 2.tanda vital

- 3.perilaku motorik

- pemeriksaan psikososial

1. konsep diri

2. hubungan sosial

3. sepritual

4. mekanisme koping

5. dukungan keluarga

Pengkajian

- status mental
 - a. Penampilan : tidak rapi / tegang
 - b. Pembicaraan : cepat, keras, kasar
 - c. Mood/Afek : marah, iritabel
 - d. Proses pikir : terkadang tidak terarah saat emosi meningkat
 - e. Isi pikir : terdapat pikiran curiga dan keinginan menyakiti orang lain
 - f. Persepsi : tidak ditemukan gangguan persepsi (halusinasi), namun perlu pemantauan
 - g. Kontrol impuls : buruk
 - h. Insight (kesadaran diri) : kesadaran diri kurang.
- pemeriksaan koping
 - 1.pemeriksaan laboratorium
 - 2.Tes psikologi atau asesmen kejiwaan
 - 3.Skrining penggunaan zat (NAPZA)
 - 4.Observasi perilaku secara berkala
- diagnosa keperawatan
 - a. Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146) b.d riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain
 - b. Koping Individu Tidak Efektif (D.0096) b.d ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah
 - c. Risiko harga diri rendah situasional (D.0102) b.d riwayat penganiayaan (mis.fisik,psikologis,seksual)

Diagnosa Keperawatan

-  **A** Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146) b.d riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain 
 - B** Koping Individu Tidak Efektif (D.0096) b.d Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri sendiri mengatasi masalah
 - C** Risiko harga diri rendah situasional (D.0102) b.d riwayat penganiayaan (mis. fisik, psikologis, seksual) 
- 



Nursing Care Plan



Diagnosa Keperawatan	Intervensi	Implementasi	Evaluasi
Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146) b.d riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) <i>Observasi :</i> 1. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan <i>Terapeutik :</i>	Hari/Tanggal : Senin, 4 Mei 2026 Waktu : 08.00 WIB 1. Memonitoring adanya benda yang berpotensi membahayakan 2. Memonitoring keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Memonitoring selama penggunaan barang yang dapat membahayakan 4. Mempertahankan lingkungan bebas	Evaluasi Proses Hari/Tanggal : Senin, 4 Mei 2026 Waktu : 08.30 WIB S: - klien mengatakan masih mudah marah saat teringat masalah - klien mengatakan terkadang masih ingin memukul benda saat masih sedang emosi - klien mengatakan sering kesal dan sulit menahan emosi O: - wajah klien tampak tegang

	1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi : 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan secara	dari bahaya secara rutin 5. Melibatkan keluarga dalam perawatan 6. Mengajukan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 7. Melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 8. Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal.	- suara klien sedikit lebih tinggi saat berbicara - tangan klien tampak gelisah dan mengepal saat diajak berbicara Ttd. Nama Terang Hari/Tanggal : Senin, 4 Mei 2026 Waktu : 09.00 WIB S: - klien mengatakan sekarang sudah mencoba menahan diri saat sedang emosi atau marah - klien mengatakan belum sepenuhnya bisa mengontrol emosinya
--	---	---	---

Nursing Care Plan

	verbal dan nonverbal	O: - klien mulai melakukan kontak mata selama berbicara - klien tampak tenang dibanding kondisi sebelumnya - lingkungan sekitar pasien tampak aman, tidak ada benda tajam dan membahayakan Ttd. Nama Terang Evaluasi Hasil Hari/Tanggal : Senin, 4 Mei 2026 Waktu : 09.30 WIB S:
--	----------------------	---

			- klien mengatakan lebih nyaman berbicara saat ada masalah dari pada harus marah-marah - klien mengatakan mulai berani berinteraksi dan bercerita dengan orang lain. O: - Klien tampak lebih tenang, sudah tidak agresif A: - Resiko perilaku mulai teratasi P: - Intervensi dihentikan
Koping Efektif	Individu (D.0096)	Tidak b.d	Dukungan Pengambilan Keputusan (I. 09265) Hari/Tanggal : Senin. 4 Mei 2026 Evaluasi Proses

Nursing Care Plan

ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah	<i>Observasi :</i> 1. Identifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi yang memicu konflik <i>Terapeutik :</i> 1. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan 2. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi	Waktu : 08.30 WIB 1. Mengidentifikasi persepsi mengenal masalah dan informasi yang memicu konflik . 2. Memfasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan 3. mendiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi 4. Memfasilitasi klien untuk melihat situasi secara realistis.	Hari/Tanggal : Senin, 4 Mei 2026 Waktu : 09.00 WIB S : - Klien mengatakan masih sering merasa bingung ketika menghadapi masalah. - Klien mengatakan kadang merasa tidak mampu menentukan pilihan yang tepat. - Klien mengatakan mulai mau menceritakan masalah yang dihadapi kepada perawat dan keluarga.
--	---	--	--

	3. Fasilitasi melihat situasi secara realistis 4. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan 5. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif 6. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi 7. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada	5. Memberikan motivasi kepada klien untuk mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan. 6. Memfasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif dan menghormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi. 7. Memfasilitasi hubungan yang baik antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.	- Klien mengatakan sedikit lebih tenang setelah diberikan penjelasan mengenai alternatif penyelesaian masalah. O : - Klien tampak lebih kooperatif saat diajak berdiskusi. - Klien mulai mampu menjawab pertanyaan tentang masalah yang dihadapi. - Kontak mata mulai baik dan klien tampak mendengarkan
--	---	--	---

Nursing Care Plan

	orang lain, jika perlu	8. Menginformasikan alternatif solusi secara jelas dan memberikan informasi tambahan yang diminta oleh pasien.	penjelasan dengan serius. - Klien mau mempertimbangkan saran dari perawat dan keluarga. - Klien tampak tidak terlalu gelisah dibandingkan sebelumnya.
	8. Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya	9. Melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain seperti dokter atau psikolog dalam memfasilitasi pengambilan keputusan klien.	TTD NAMA TERANG
	<i>Edukasi :</i> 1. Informasikan alternatif solusi secara jelas 2. Berikan informasi yang diminta pasien		Evaluasi Hasil Hari/Tanggal : Senin, 4 Mei 2026 Waktu : 09.30 WIB S :
	<i>Kolaborasi :</i> 1. Kolaborasi tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi		

	pengambilan keputusan		- Klien mengatakan sudah mulai memahami masalah yang sedang dihadapi - Klien mengatakan memiliki beberapa pilihan untuk menyelesaikan masalah - Klien mengatakan lebih percaya diri untuk mengambil keputusan secara bertahap - Klien mengatakan merasa terbantu dengan dukungan keluarga dan tenaga kesehatan
			<i>O :</i> - Klien mampu mengungkapkan

Nursing Care Plan

			masalah utama yang menjadi sumber konflik - Klien mampu menyebutkan kelebihan dan kekurangan dari solusi yang dipilih - Klien tampak lebih tenang, tidak bingung, dan lebih fokus saat berdiskus - Klien mulai menunjukkan kemampuan mengambil keputusan sederhana A : - Masalah koping individu tidak efektif teratasi sebagian P :
--	--	--	---

			- Lanjutkan intervensi dukungan pengambilan keputusan - Motivasi klien meningkatkan kepercayaan diri dalam menyelesaikan masalah. - Libatkan keluarga sebagai sistem pendukung - Evaluasi perkembangan koping klien secara berkala
Risiko harga diri rendah situasional (D.0102) b.d riwayat penganiayaan (mis.fisik,psikologis,seksual)	Dukungan Penampilan Peran (I. 13478) Observasi :	Hari/Tanggal : Senin. 4 Mei 2026 Waktu : 08.30 WIB 1. Mengidentifikasi berbagi peran dan	Evaluasi Proses Hari/Tanggal : Senin, 4 Mei 2026 Waktu : 09.00 WIB S :

Nursing Care Plan

	1. Identifikasi berbagi peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan 2. Identifikasi peran yang ada dalam keluarga 3. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi <i>Terapeutik :</i> 1. Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran	periode transisi sesuai tingkat perkembangan 2. Mengidentifikasi peran yang ada dalam keluarga 3. Mengidentifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi 4. Memfasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan 5. Memfasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku	- Klien mengatakan masih merasa malu dan tidak percaya diri dengan dirinya sendiri. - Klien mengatakan merasa dirinya tidak berguna akibat pengalaman penganiayaan yang pernah dialami. - Klien mengatakan mulai mau mencoba berbicara tentang peran yang selama ini tidak dapat ia jalankan. - Klien mengatakan sedikit merasa lebih tenang setelah diajarkan strategi positif dalam mengelola peran. O : - Klien tampak menunduk dan ekspresi wajah terlihat sedih
--	--	---	--

	yang tidak diinginkan 2. Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku 3. Fasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir, jika perlu 4. Fasilitasi diskusi tentang peran orang tua, jika perlu 5. Fasilitasi diskusi tentang adaptasi peran saat anak	6. Memfasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir, jika perlu 7. Memfasilitasi diskusi tentang peran orang tua, jika perlu 8. Memfasilitasi diskusi tentang adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah, jika perlu 9. Memfasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik 10. Mendiskusikan perilaku yang	saat membicarakan riwayat penganiayaan. - Klien mulai mau menjawab pertanyaan tentang peran yang ada dalam keluarganya meskipun masih singkat. - Kontak mata klien masih kurang, cenderung menghindari pandangan perawat. - Klien tampak mau mendengarkan penjelasan perawat terkait strategi pengelolaan peran dengan cukup kooperatif. - Klien tampak sedikit lebih rileks dibanding saat awal interaksi. TTD NAMA TERANG
--	--	---	--

Nursing Care Plan

	meninggalkan rumah, jika perlu	dibutuhkan untuk pengembangan peran	Evaluasi Hasil
	6. Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik	11. Mendiskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan	Hari/Tanggal : Senin, 4 Mei 2026 Waktu : 09.30 WIB
	<i>Edukasi :</i>		S :
	1. Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran	12. Mendiskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua	- Klien mengatakn mulai menerima kondisi dirinya saat ini.
	2. Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan	13. Mendiskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran	- Klien mengatakan sudah mulai memahami peran yang dapat dilakukan.
		14. Mengajarkan perilaku baru yang dibutuhkan oleh	- Klien mengatakan merasa sedikit lebih percaya diri.
			- Klien mengatakan bersedia mencoba menjalankan perannya secara bertahap.

	3. Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua	pasien/ orang tua untuk memenuhi peran	O:
	4. Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran	15. Merujuk pasien ke dalam kelompok untuk mempelajari peran baru	- Klien tampak lebih tenang dan tidak terlalu ragu saat berbicara.
	5. Ajarkan perilaku baru yang dibutuhkan oleh pasien/ orang tua untuk memenuhi peran		- Klien mampu menyebutkan peran sederhana dalam keluarga.
	<i>Kolaborasi :</i>		- Kontak mata membaik dan komunikasi lebih lancar.
	1. Rujuk dalam kelompok untuk		- Klien lebih tampak percaya diri dalam berinteraksi.
			A :
			- Masalah resiko harga diri rendah situasional teratasi sebagian.

Nursing Care Plan

	mempelajari peran baru		P : - Lanjutkan intervensi dukungan penampilan peran. - Motivasi klien meningkatkan kepercayaan diri. - Libatkan keluarga dalam mendukung peran klien. - -evaluasi perkembangan harga diri secara berkala.
--	---------------------------	--	--



TERIMAKASIH

