

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN SKIZOFRENIA PADA TN.H
DENGAN IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI TARIK
NAPAS DALAMPADA PASIEN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RSKJ SOEPRAPTO
BENGKULU TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH :

YECKA ZAHARA
NIM. P00320120034

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAMDIPLOMA TIGA
2023**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN SKIZOFRENIA PADA TN.H
DENGAN IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI TARIK
NAPAS DALAM PADA PASIEN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RSKJ SOEPRAPTO
BENGKULU TAHUN 2023**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

YECKA ZAHARA
NIM. P00320120034

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Atas :

Nama : YECKA ZAHARA
Tanggal Lahir : 13 Februari 2003
NIM : P00320120034
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Skizofrenia Pada Tn.H
Dengan Implementasi Teknik Relaksasi Tarik Napas
Dalam Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di
RSKJ Soeprapto Bengkulu Tahun 2023

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 18 Juli 2023

Curup, 07 Juli 2023
Pembimbing



Ns. Meigo Anugra Jaya S.kep, M. Kep, Sp.J
NIP. 198005172002121004

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN SKIZOFRENIA PADA Tn.H DENGAN
IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI TARIK NAPAS
DALAM PADA PASIEN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RSKJ SOEPRAPTO
BENGKULU TAHUN 2023**

Disusun oleh :

YECKA ZAHARA
NIM. P00320120034

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 18 Juli 2023, dan dinyatakan

L U L U S

Ketua Penguji


Mulvadi, M. Kep
NIP.196407121986031005

Penguji I


Ns. Ana Noviana Tabawati, S.Kep
NIP. 198211222005022001

Penguji II


Ns. Meigo Anugra Java S.Kep, M.Kep, Sp.J
NIP. 198005172002121004

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu


Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP. 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN SKIZOFRENIA PADA TN.H DENGAN
IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI TARIK
NAPAS DALAMPADA PASIEN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RSKJ SOEPRAPTO
BENGKULU TAHUN 2023
(Yecka Zahara,2023,97 Halaman)
ABSTRAK**

Latar Belakang : Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah. **Tujuan:** Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses Keperawatan pada Klien dengan implementasi teknik relasasi tarik napas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Bengkulu 2023. **Hasil :** Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pasien dapat membina hubungan saling percaya terhadap perawat hanya memerlukan 1 hari dan Analisis tindakan keperawatan pada pasien Tn.H sudah mampu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan,mampu melakukan tarik napas dalam setiap hari, latihan pukul bantal/kasur, latihan meminta menolak dan mengemukakan dengan baik, mampu melakukan latihan secara sepiritual yaitu berzikir dan mampu menjelaskan efek samping tiddak minum obat. **Kesimpulan:** pasien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan terapi yang di ajarkan oleh peneliti. Dimana pasien dapat melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam secara mandiri untuk mengontrol amarahnya. **Saran :** Perawat tidak boleh mmbeda-bedakan dalam pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan gangguan jiwa atau tidak.

Kata Kunci : Skizofrenia, Perilaku kekerasan, Teknik relaksasi tarik napas dalam.

**NURSING CARE OF SCHIZOPHRENIA IN TN.H USING THE
IMPLEMENTATION OF PULL RELAXATION TECHNIQUE
DEEP BREATHING IN PATIENTS AT RISK BEHAVIOR
VIOLENCE AT SSRJ SOEPRAPTO
BENGKULU IN 2023
(Yecka Zahara, 2023, 97 pages)**

ABSTRACT

Background: Violent behavior is a response to stressors faced by someone, this response can cause harm to oneself, others, and the environment. Someone who experiences violent behavior often shows changes in behavior such as threatening, noisy, unable to be silent, pacing, anxiety, loud intonation, tense expressions, speaking with enthusiasm, aggressiveness, high tone of voice and excessive joy. In someone who is at risk of violent behavior, there is a change in the ability to solve problems, orientation to time, place and people, and anxiety.

Objective: Able to carry out nursing care directly and comprehensively covering biopsychosocial aspects with a Nursing process approach to Clients by implementing deep breathing relaxation techniques in patients at risk of violent behavior at the Soeprapto Mental Hospital Bengkulu 2023. **Results:** After taking nursing care actions the patient can foster relationships mutual trust in nurses only takes 1 day and analysis of nursing actions in Tn.H patients has been able to identify causes, signs and symptoms of violent behavior, able to take deep breaths every day, practice hitting pillows/mattresses, practice asking to refuse and express properly, able to do spiritual exercises, namely remembrance and able to explain the side effects of not taking medication. **Conclusion:** the patient can control the risk of violent behavior with the therapy taught by the researcher. Where patients can do relaxation techniques to take deep breaths independently to control their anger. **Suggestion:** Nurses should not discriminate in providing health services to patients with mental disorders or not.

Keywords: Schizophrenia, Violent behavior, Deep breathing relaxation techniques.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Skizofrenia Dengan Implementasi Terapi Kreasi Menggambar Pada Pasien Harga Diri Rendah Di RSKJ Soeprapto Bengkulu Tahun 2023”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ns.Meigo Anugra Jaya S.kep,M.Kep,Sp.J Selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Mulyadi,M.Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
6. Ns.Ana Noviana Tabawi,S.Kep selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu untuk menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yan bersifat membangun.
7. Ns.Yossy Utario,M.Kep,Sp.An selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis

untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan laporan tugas akhir.

8. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
9. Kedua Orang Tua saya Tercinta bapak Yantoni dan Ibu Nurlaili yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini.
10. Kepada sahabat – sahabat saya, yevi, riri, heni, diona, melisa, anisa, nurjani, septi, dan terutama Puji Lestari yang sudah memberi saya motivasi dan semangat untuk menyelesaikan ini dengan semangat.
11. Kepada kakak kandung saya Ervon Pariansyah yang telah membantu dan memotivasi, serta mendukung saya dalam mengerjakan ini.
12. Kepada Rahmat Aji Sulaiman yang telah memberikan semangat dan dukungan yang luar biasa kepada saya.
13. Dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan penulisan tugas akhir ini.

Mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup,2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DATAR TABEL	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 LatarBelakang	1
1.2 RumusanMasalah	5
1.3 TujuanPenulisan.....	6
1.4 ManfaatPenulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 KonsepPenyakit	8
2.1.1 Gambaran UmumSkiofrenia	8
2.1.2 KonsepPerilakuKekerasan	15
2.1.3 Etiologi.....	17
2.1.4 Tanda dan Gejala	21
2.1.5 Patofisiologi	22
2.1.6 Evidance Based Teknik Relaksasi Tarik NafasDalam.....	23
2.1.7 Penatalaksanaan	26
2.2 KonsepAsuhanKeperawatan	27
2.2.1 Pengkajian.....	28
2.2.2 DiagnosaKeperawatan	37
2.2.3 RencanaKeperawatan.....	38
2.2.4 ImplementasiKeperawatan.....	40
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	40

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian.....	43
3.2 SubjekStudiKasus	43
3.3 FokusStudiKasus.....	44
3.4 Difmisioperasional	45
3.5 Tempat dan waktu.....	45
3.6 PenyajianPenyajian Data.....	46
3.7 Etika StudiKasus	46

BAB IV TINJAUAN KASUS

4.1 Pengkajian.....	48
---------------------	----

BAB V PEMBAHASAN

5.1 PengakianKeperawatan.....	80
5.2 DiagnosaKeperawatan.....	81
5.3 IntervensiKeperawatan.....	83
5.4 ImplementasiKeperawatan.....	84
5.5 EvaluasiKeperawatan.....	86
5.6 Keterbatasan.....	89

BAB VI PENUTUP

6.1 Kesimpulan	90
6.2 Saran.....	91

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.1	SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam	25
2.2	Intervensi	39
4.1	Tanda-tanda Vital	49
4.2	Penilaian Terhadap Stresor	57
4.3	Analisa Data	63
4.4	Intervensi Keperawatan	66
4.5	Implementasi dan Evaluasi	69

DAFTAR SKEMA

No.	Judul	Halaman
2.1	Rentang Respon Marah	20
4.1	Genogram	55
4.2	PohonMasalah	64

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1.	Lembar Konsul
2.	Surat Izin Pengambilan Kasus
3.	Biodata
4.	Jurnal
5.	Dokumentsi
6.	Hasil Plagiarismes

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik (Pardede, & Laia. 2020).

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 mengalami Skizofrenia. Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia dari Riset Data Kesehatan Dasar Riskesdas (2018) mengalami peningkatan jumlah gangguan jiwa pada penduduk Indonesia dari 1,7% menjadi 7% dan gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia dari 6% menjadi 9%.(Hasannah, 2019).

Salah satu negara yang memiliki angka kejadian penyakit skizofrenia yang relatif cukup tinggi adalah Indonesia. Di Indonesia angka prevalensi skizofrenia pada tahun 2018 yakni sebesar 282.654 penduduk yang ada di Indonesia mengalami skizofrenia. Berdasarkan hasil pencatatan pasien yang mengalami gangguan jiwa di rumah sakit khusus jiwa soeprapto provinsi Bengkulu dalam 4 tahun terakhir yaitu pada 2017 sebanyak 1.552 pasien, tahun 2018 sebanyak 1.567 paasien, tahun 2019 sebanyak 1.906 pasien, dan

tahun 2020 sebanyak 1.312 orang. Dan pasien yang mengalami perilaku kekerasan sebanyak 86 orang. Berdasarkan data diagnosa medisnya memangkategorikan yang paling banyak di temukan itu adalah Skizofrenia.

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik dimana dengan ciri-ciri pengunduran diri dari kehidupan sosial, gangguan emosional, dan afektif yang kadang disertai dengan adanya halusinasi dan delusi serta tingkah laku yang negatif. Adanya pengunduran diri dari kehidupan social berdampak pada deficit perawatan diri orang. Tanda dan gejala yang timbul akibat skizofrenia berupa gejala positif dan negatif seperti perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diespresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, marah, mudah tersinggung, mengamuk dan bisa mencederai diri sendiri. Perubahan pada fungsi kognitif, fisiologis, afektif, hingga perilaku dan sosial hingga menyebabkan resiko perilaku kekerasan (Anggit Madhani,A 2021).

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

perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020).

Faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneurologis. Sedangkan untuk faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari klien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri. Untuk faktor penyebab dari perilaku kekerasan yang lain seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah pada penghinaan, dan kehilangan orang yang di cintai (pekerjaan) (Suryenti dkk, 2018).

Faktor resiko yang dapat terjadi pada pasien perilaku kekerasan yaitu pertama pada perilaku kekerasan terhadap diri sendiri contohnya masalah emosional seperti ketidak berdayaan, putus asa, dan marah, masalah pekerjaan seperti menganggur dan kehilangan pekerjaan, riwayat upaya bunuh diri dapat dilakukan berkali-kali, ide bunuh diri dan rencana bunuh diri. Kedua resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain contohnya memukul seseorang atau mengarah kepada hal yang akan melukai seseorang, melakukan kekerasan secara tidak langsung seperti merobek pakaian, membanting barang, dan berkata kasar (NANDA-I,2018).

Intervensi pada pasien dengan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan memberi teknik mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu

memberikan teknik relaksasi tarik nafas dalam. Dimana teknik tarik nafas dalam dapat memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional. Teknik relaksasi tarik napas dalam juga dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi (Smeltzer & Bare, 2020).

Teknik relaksasi tarik naps dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Tarik napas dalam dapat merangsang tubuh untuk melepaskan epiod endogen yaitu endorphin dan enkefalin. Dilepaskannya hormon endorphin dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap tenang, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan tubuh, dan kreativitas.(Estika Mei Wulansari,E. 2021).

Hal ini di dukung oleh penelitian dari *Ni Nengah Sariasih, i Wayan Githa (2013)* untuk mengetahui pengaruh relaksasi teknik tarik napas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku keekerasan. Jenis penelitian ini adalah *Pra Experimental* dengan rancangan penelitian *One Group Pre Test-Post Test Desaign*. Hasil ujian *Wilcoson Sign Rank Test* didapatkan $p\ vaule = 0,000 < 0,05$, berarti ada pengaruh signifikan terapi relaksasi tarik napas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan di ruang Bratasena RSJ Provinsi bali tahun 2013.

Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh *Roufuddin, Mutiatun Hoiriyah (2020)* penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan

perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi relaksasi trik napas dalam pada pasien perilaku kekerasan. Metode penelitian ini menggunakan *One Group Pretest-Post Test Design*. Data di analisis menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signet Rank Test* dengan nilai signifikan $p < \alpha$, $\alpha = 0,05$.

Maka dari pembahasan diatas peran perawat sebagai pemberian asuhan keperawatan terkait dengan kasus perilaku kekerasan sangatlah penting dalam pemberian intervensi melatih teknik relaksasi tarik napas dalam untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan dalam perilaku kekerasan. Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh dari teknik relaksasi tarik napas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan.

Dari pembahasan tersebut peneliti akan menyusun karya tulis ilmiah dengan topik "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sekizofrenia Resiko Prilaku Kekerasan dengan implementasi tehnik relaksasi tarik napas dalam" Di RSKJ Soeprapto Bengkulu.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka dapat dirumuskan masalah saebagai karya tulis ilmiah "*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sekizofrenia dengan implementasi dengan tektik relaksasi tarik napas dalam pada psien perilaku kekersion di RSJ Soeprapto bengkulu*".

1.3 Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses Keperawatan pada Klien dengan implementasi teknik relasasi tarik napas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Bengkulu 2023.

2. Tujuan Khusus

1. Melakukan Pengkajian pada klien dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan.
2. Merumuskan dan menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan gangguan kekerasan.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan dengan implementasi teknik napas dalam.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa pada perilaku kekerasan.
5. Melaksanakan evaluasi pada klien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan.

1.4 Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritis Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pencegahan masalah keperawatan jiwa tentang perilaku kekerasan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Puskesmas

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dan pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan pada keperawatan jiwa khususnya dengan kasus perilaku kekerasan.

b. Bagi penulis

Sebagai sarana dan alat untuk menambah pengetahuan dan memperoleh pengalaman khususnya di bidang keperawatan jiwa dengan masalah perilaku kekerasan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Gambaran Umum Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, emosi, kemauan dan, psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusimasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherasi. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas. Skizofrenia adalah jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan.(Direja, 2018).

2. Etiologi

Menurut Kaplan & Sadock (2017) Skizofrenia didiskusikan seolah-olah sebagai suatu penyakit tunggal namun katagori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan, mungkin dengan kausa yang heterogen, tapi dengan gejala perilaku yang sedikit banyak yang serupa, faktor-faktor yang menyebabkan skizofrenia, antara lain :

a. Faktor genetik

Dapat dipastikan bahwa terdapat kontribusi genetik pada beberapa, atau seluruh bentuk skizofrenia. Sebagai contoh, pada

individu yang memiliki saudara dengan kelainan skizofrenia akan memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk terpapar skizofrenia juga daripada individu yang tidak memiliki saudara dengan skizofrenia. Kemungkinan tersebut berhubungan dengan tingkat kedekatan individu dan saudaranya yang menderita skizofrenia. Pada kasus kembar monozigotik yang memiliki gen identik, terdapat kemungkinan 50% untuk menderita skizofrenia jika saudaranya menderita skizofrenia. Tingkat ini 4 sampai 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kemungkinan yang ditemukan di saudara tingkat perlama lainnya (saudara, orang tua, keturunan “tiri”).

b. Faktor Biokimia

1) Hipotesis Dopamin Hipotesis ini menyatakan bahwa skizofrenia timbul akibat aktivitas rgik yang berlebihan. Teori ini berkembang berdasarkan dua pengamatan. Pertama, kemanjuran serta potensi sebgai besar obat antipsikotik (yaitu, antagonis reseptor dopamin), berkorelasi dengan kemampuannya bertindak sebagai antagonis reseptor dopamin tipe 2 (D2).

Kedua, obat yang meningkatkan aktivitas dopaminergik, yang terkenal adalah amfetamin, bersifat psikotomimetik. Teori dasar ini tidak mengurangi apakah hiperaktivitas dopaminergik disebabkan pelepasan dopamin yang berlebihan, reseptor

dopamin yang terlalu banyak, hipersensitivitas reseptor dopamin terhadap dopamin, atau kombinasi mekanisme tersebut.

Jalur dopamin di otak yang terlibat juga tidak dirinci dalam teori ini, meski jalur mesokortikal dan mesolimbik paling sering disebut. Peran signifikan dopamin dalam patofisiologi skizofrenia sejalan dengan studi yang mengukur konsentrasi plasma metabolit utama dopamin, asam homovalinat. Studi melaporkan adanya studi yang mengukur konsentrasi plasma metabolit utama dopamin, asam homovalinat. Studi melaporkan adanya korelasi positif antara konsentrasi asam homovanilat dan tingkat keparahan gejala yang timbul pada pasien. Penurunan asam homovalinat berkorelasi dengan perbaikan gejala pada setidaknya beberapa pasien.

- 2) Norepinefrin Sejumlah penelitian melaporkan bahwa pemberian obat antipsikotik jangka panjang menurunkan aktivitas neuron noradrenergik di lokus seruleus dan bahwa efek terapeutik beberapa obat antipsikotik mungkin melibatkan aktivitasnya pada reseptor adrenergik alfa-1 dan adrenergik alfa-2. Meski hubungan antara aktivitas dopaminergik dalam suatu cara sehingga abnormalitas sistem noradrenergik mempredisposisikan pasien untuk mengalami relaps yang sering.

- 3) Glutamat telah terlibat karena konsumsi phencyclidine, antagonis glutamat, memproduksi sindrom akut yang serupa dengan skizofrenia. Hipotesis tentang glutamat termasuk hiperkatifitas, hipoaktifitas, dan glutamateinduced neurotoxicity
- 4) Asetilkolin dan Nikotin Pada data postmortem (data yang diambil dari orang yang telah meninggal) pasien skizofrenia menunjukkan adanya penurunan kadar muskarinik dan reseptor nikotin di daerah putamen bagian kaudal, hipokampus, dan beberapa bagian prefrontal cortex. Reseptor-reseptor ini berperan penting dalam regulasi neurotransmiter yang berperan dalam kesadaran sebagai individu pada seseorang, yang mengalami gangguan pada pasien skizofrenia.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Maramis (2020) gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

- a. Gejala Negatif Gejala negatif terdiri dari gangguan proses pikir, gangguan emosi, gangguan kemauan seta autisme.
- b. Gejala Positif Gejala positif terdiri dari waham, halusinasi, dan gejala katatonik maupun gangguan psikomotor yang lain.

4. Jenis-jenis Skizofrenia

Menurut PPDGJ-III (Maramis, 2020) jenis skizofrenia meliputi :

- 1) Skizofrenia Paranoid Gejala utama kecurigaan (halusinasi), kemarahan dan waham
 - 2) Skizofrenia Hebefrenik Gejalanya meliputi gangguan proses fikir, gangguan kemauan. Afek klien dangkal tidak wajar, sering disertai oleh cekikikan atau perasaan puas sendiri, senyum sendiri, pembicaraan tak menentu.
 - 3) Skizofrenia Katatonik Gejalanya utamanya gelisah, gaduh dan stress. Aktivitas motorik yang berlebihan terlihat tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi stimulasi eksternal.
 - 4) Skizofrenia Tak Terinci Gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe skizofrenia tertentu.
 - 5) Skizofrenia Psiko-afektif Adanya gejala umum emosi berlebihan dan kemunduran kemauan.
 - 6) Skizofrenia Simplek Adanya gejala skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresitau mania.
5. Penatalaksanaan Skizofrenia

Digunakan obat antipsikotik untuk mengatasi gejala psikotik (perubahan perilaku, agitasi, agresif, sulit tidur, halusinasi, waham, dan proses pikir kacau). Macam obat antipsikotik ada dua yaitu peridon, dan Ziprasperidon, Quetiapin, Riantipsikotik tipikal atau generasi pertama (Amitriptilin, Kloromazin, Flufenazin, Haloperadol, Thiotiksen, dan Trifluoperazin) dan antipsikotik atipikal atau generasi kedua (Aripiprazol, Klozapin, Olanzapin, Paliperidon, Quetiapin, Risperidon,

dan Ziprasidon)(Keliat,2018). Pengobatan harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan lebih besar penderita menuju kemunduran mental. Walaupun pasien mungkin tidak sembuh sempurna, tetapi dengan pengobatan dan bimbingan yang baik, pasien dapat ditolong untuk dapat berfungsi terus, bekerja sederhana di rumah ataupun diluar serta dapat membesarkan dan menyekolahkan anaknya (Maramis, 2020). Adapun jenis pengobatan pada pasien skizofrenia (Maramis, 2020), adalah sebagai berikut :

- 1) Farmakologi Menurut Maramis (2020) indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah.
- 2) Terapi elektro-konvulsi (TEK) Terapi elektro-konvulsi (TEK) baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terdapat skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.
- 3) Psikoterapi dan rehabilitasi Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada pasien dengan skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan autisme. Psikoterapi

suportif individual atau kelompok dapat membantu pasien serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan pasien ke masyarakat. Teknik terapi perilaku kognitif (Cognitive Behaviour Therapy) dicoba pada pasien skizofrenia dengan hasil yang menjanjikan.

- 4) Psikoterapi Islam Psikologi islami, dalam Jurnal Psikologi Islam, juga memberikan metode terapi untuk mengatasi gangguan kejiwaan berat. Psikoterapi doa sebenarnya dilakukan oleh klien yang mengalami gangguan kecemasan. Namun dalam kontes skizofrenia, keluarga harus senantiasa memberikan terapi doa untuk penderita skizofrenia. Doa diyakini sebagai cara yang ampuh untuk mengalirkan energi positif dari alam kepada manusia (Urbayatun, 2019).
- 5) Terapi Modalitas
 - a) Terapi Perilaku Terapi perilaku yang dapat digunakan yaitu terapi perilaku kognitif. Terapi perilaku kognitif dapat merubah pola pikir yang negatif menjadi positif sehingga perilaku maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah dapat berubah menjadi perilaku adaptif. Jenis terapi lain yang dapat digunakan adalah penerapan ekonomi mata uang, dengan cara ini perilaku yang baik dihargai dengan mata uang yang dapat ditukar dengan bentuk penghargaan atau barang tertentu.

b) Terapi Gerak Terapi gerak merupakan terapi rehabilitasi sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan pasien agar dapat hidup mandiri di masyarakat dan melatih pasien agar terbiasa dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Salah satu terapi gerak yang dapat diterapkan yaitu berolahraga, dimana kegiatan tersebut dapat merangsang pertumbuhan neuron di daerah tertentu yang mengalami kerusakan pada saat depresi dan menghilangkan kekakuan otot pada pasien sehingga pasien tidak malas dalam melakukan aktivitas.

2.1.2 Konsep Perilaku Kekerasan

kekerasan merupakan respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Estika, 2021).

Intervensi pada pasien dengan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan memberi teknik mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu memberikan teknik relaksasi tarik nafas dalam. Dimana teknik tarik nafas dalam dapat memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional. Teknik relaksasi tarik napas dalam juga dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi (Smeltzer & Bare, 2020).

Gangguan mental membutuhkan perawatan khusus terutama dalam memberikan support secara mental. Peran perawat untuk membantu proses perawatan pasien dimulai dari proses pengkajian, diagnosa, penetapan rencana tindakan, proses implementasi, dan evaluasi. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah membina hubungan salingpercaya, mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, latihan tehnik relaksasi tarik napas dalam untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan dalam perilaku kekerasan.

Cara untuk menangani perilaku kekerasan salah satunya dengan menggunakan teknik relaksasi tarik napas dalam. Teknik relaksasi tarik napas dalam dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan. Teknik relaksasi tarik napas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Tarik napas dalam dapat merangsang tubuh untuk melepaskan epiod endogen yaitu endorphen dan enkefalin. Dilepaskannya hormon endorphen dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap tenang, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan tubuh, dan kreativitas.(Estika Mei Wulansari,E. 2021).

2.1.3 Etiologi

Faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan pada seseorang sebagai berikut :

a. Factor Predisposisi

1) Faktor psikologis

- a) Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotifasi perilaku kekerasan.
- b) Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masalah kecil yang tidak menyenangkan dan rasa frustrasi.
- c) Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga atau lingkungan.

d) Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah.

2) Faktor Biologis

Berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut:

- a) Beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbic merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti agresif, dan respon seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.
- b) Peningkatan hormon androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin pada cairan serebro spinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.
- c) Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XYY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara atau tindak kriminal.
- d) Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbic dan lobus temporal), Kerusakan organ otak,

retardasi terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

3) Faktor Sosial Budaya

Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi. Budaya masyarakat dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

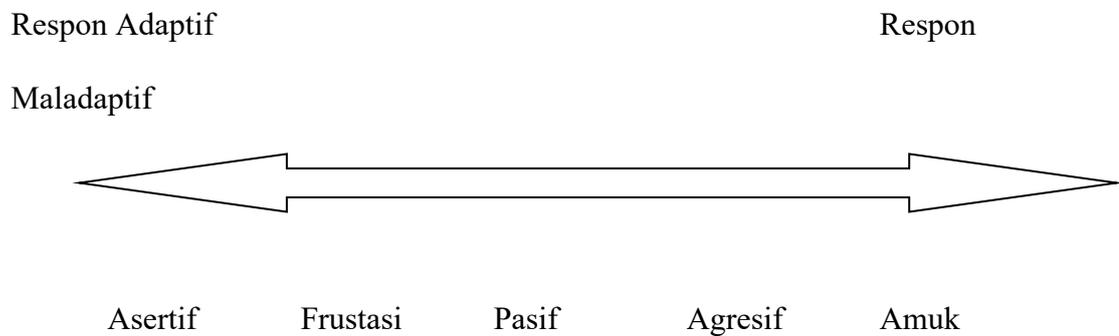
b. Faktor Presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injuri secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- 1) Klien : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.
- 2) Interaksi : Penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal maupun eksternal.
- 3) Lingkungan : Panas, padat dan bising.

Rentang Respon Marah

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah



Sumber (Rahardjo,M, 2017)

Ket :

1. Assertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
2. Frustrasi adalah respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
3. Pasif adalah respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
4. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.

5. Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain.

2.1.4 Tanda Dan Gejala

Menurut Yosep (2011), perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan:

- 1) Fisik : Muka merah dan tegang, mata melotot atau pandangan mata tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, jalan mondar mandir.
- 2) Verbal : Bicara kasar, suara tinggi, membentak, atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik mengumpat dengan kata-kata kotor.
- 3) Perilaku : Melempar atau memukul benda atau orang lain, menyerang orang lain atau melukai diri sendiri, merusak lingkungan, amuk/ agresif.
- 4) Emosi : Tidak adekuat, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.
- 5) Intelektual : Cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.
- 6) Spiritual : Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.
- 7) Sosial : Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

2.1.5 Patofisiologi

Stress, cemas, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menumbulkan marah. Respon terhadap marah dapat di ekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan kata-kata yang dapat di mengerti dan di terima tanpa menyakiti hati orang lain. Selain memberikan rasa lega, ketegangan akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Rasa marah diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif, menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang ditunjukkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Yosep, 2019).

Perilaku yang submisif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berbura-pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, pada suatu saat dapat menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, dan pada suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang di tunjukkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Dermawan & Rusdy 2013).

Cara untuk menangani perilaku kekerasan salah satunya dengan menggunakan teknik relaksasi tarik napas dalam. Teknik relaksasi tarik napas dalam dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan. Teknik relaksasi tarik naps dalam

dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Tarik napas dalam dapat merangsang tubuh untuk melepaskan epiod endogen yaitu endorphen dan enkefalin. Dilepaskannya hormon endorphen dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap tenang, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan tubuh, dan kreativitas.(Estika Mei Wulansari,E. 2021).

2.1.6 Evidance Based Teknik Relaksasi Tarik Napas Dalam

1. Pengertian Teknik Relaksasi Tarik Napas Dalam

Teknik relaksasi tarik napas dalam adalah salah satu metode relaksasi yang dilakukan dengan cara mengatur pola napas guna mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, dan kecemasan sehingga mencegah stimulasi nyeri pada tubuh.(Tiya Cahyaningsih, 2022)

Hasil penelitian pemberian terapi teknik relaksasi tarik napas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan dipercaaya dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Tarik napas dalam dapat merangsang tubuh untuk melepaskan epiod endogen yaitu endorphen dan enkefalin. Dilepaskannya hormon endorphen dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap tenang, menurunkan agresifitas dalam hubungan antara manusia meningkatkan semangat, daya tahan tubuh, dan kreativitas. (Mei Wulansari,E. 2017).

2. Tujuan Teknik Relaksasi Tarik Napas Dalam

Tujuan dari terapi teknik tarik napas dalam yaitu untuk memberikan perasaan tenang, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional. (Doenges, 2020).

3. Manfaat Teknik Relaksasi Tarik Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan. Relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan dapat memberikan ketenangan. (Doenges, 2020).

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
TEKNIK RELAKSASI TARIK NAPAS DALAM**

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	
PENGERTIAN	Teknik Relaksasi Napas dalam adalah salah satu metode relaksasi yang dilakukan dengan cara mengatur pola napas guna mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, dan kecemasan.
TUJUAN	Untuk memberikan perasaan tenang mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami perilaku kekerasan 2. Pasien yang mengalami emosi yang tinggi
PROSEDUR TINDAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap Prainteraksi <ol style="list-style-type: none"> a. Membaca status klien b. Mencuci tangan c. Menyiapkan alat 2. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan salam terapeutik b. Validasi kondisi klien c. Menjaga privasi klien d. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada klien dan keluarga. 3. Tahap Kerja <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada yang kurang jelas. b. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik. c. Instruksikan pasien untuk tarik nafas sedalam dalamnya melalui hidung sehingga rongga paru berisi udara. d. Instruksikan klien untuk menahan napas selama 23 detik. e. Instruksikan klien untuk menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut, pada waktu yang bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian pada sensasi rileks yang dirasakan. f. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan

	<p>udara mengalir keseluruh tubuh.</p> <p>g. Latih dan informasikan kepada klien untuk melakukan teknik relaksasi napas sebanyak 5 – 10 kali atau sampai rasa nyeri berkurang atau hilang.</p> <p>h. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri dan instruksiakan pasien untuk mengulangi teknikteknik ini apa bila rasa nyeri kembali lagi.</p> <p>4. Tahap terminasi</p> <p>a. Evaluasi hasil kegiatan</p> <p>b. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>c. Akhiri kegiatan dengan baik</p> <p>d. Cuci tangan</p> <p>5. Dokumentasi</p> <p>4. Catat waktu pelaksanaan tindakan</p>
--	--

2.1.7 Penatalaksanaan

Yang diberikan pada klien yang mengalami gangguan jiwa amuk ada 2 yaitu:

1. Medis

- a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial.
- b. Halloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan prilaku merusak diri.
- c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontro perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.
- d. Elektro Convulsive Therapy (ECT), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk.

2. Penatalaksanaan keperawatan

- a. Psikoterapeutik
- b. Lingkungan terapieutik

- c. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)
- d. Pendidikan kesehatan

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Hidayat, A. A (2016) konsep asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di bagian tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti dari keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi mempertahankan keadaan kesehatan yang optimal, apabila keadaan tidak optimal membuat suatu jumlah dan kualitas tindakan keperawatan terhadap kondisi klien kembali ke keadaan normal.

Menurut Ali (2015) Proses Keperawatan mempunyai 5 komponen yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial.

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan.

2.2.1 Pengkajian

Menurut Potter & Perry (2009) Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional klien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon klien saat ini dan waktu sebelumnya. Pengkajian adalah usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (Muttaqin 2010).

Pengumpulan data adalah kegiatan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien. Pada asuhan keperawatan ada beberapa macam jenis data yaitu:

1. Data Dasar

Informasi mengenai staus kesehatan klien seperti : data umum, data demografi, dan riwayat keperawatan

2. Data Fokus

Seperti ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung dari perawat, jika pasien tidak sadar dapat diambil data hasil pemeriksaan.

3. Data Subjektif

Seperti ungkapan keluhan dari klien secara langsung dan dapat diperoleh dari orang lain yang mengetahui keadaan klien secara langsung. contoh : merasa gelisah, tidak dapat mengontrol emosi dan lain lain.

4. Data objektif

Seperti data yang diperoleh oleh perawat secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien.

Dalam melakukan asuhan keperawatan terdapat beberapa teknik pengumpulan data, yaitu:

1. Anamnesis

Anamnesis adalah tanya jawab secara langsung dengan klien atau auto anamnesis maupun secara tidak langsung dengan keluarga atau alloanamnesis untuk menggali tentang status kesehatan klien. Dalam

anamnesis ini perawat membangun hubungan saling percaya antara klien dengan perawat.

2. Observatif

Data yang didapatkan dari hasil pengamatan secara umum terhadap perilaku dan keadaan klien.

Menurut Andra dan Yessi (2013), teori pengkajian pada pasien resiko perilaku kekerasan yaitu :

1. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat,2016).

3. Faktor Predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternative serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa.

- c. Trauma. Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- e. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

4. Fisik

Pengkajian fisik

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan.
- c. Yang kita temukan pada klien dengan prilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah)
- d. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

2. Psikososial

a. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi

ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian.

b. Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

c. Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

d. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

1.) Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

2.) Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

6. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara
- b. Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan

Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.

- b. Kegiatan ibadah

Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah.

8. Status mental

- a. Penampilan, Biasanya penampilan klien kotor.
- b. Pembicaraan, Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

- c. Aktivitas motorik, Biasanya aktivitas motoric klien dengan prilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.
- d. Alam perasaan, Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan.
- e. Efek, Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab.
- f. Interaksi selama wawancara, Biasanya klien dengan risiko prilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.
- g. Persepsi, Biasanya klien dengan prilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.
- h. Isi Pikir, Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.
- i. Tingkat kesadaran, Biasanya klien prilaku kekerasan kadang tampak bingung.
- j. Memori, Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.
- k. Kemampuan penilaian, Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.
- l. Daya fikir diri, Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

9. Kebutuhan persiapan pulang

- a. Makan, Biasanya klien tidak mengalami perubahan
- b. BAB/BAK, Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan
- c. Mandi, Biasanya klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.
- d. Berpakaian, Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki.
- e. Istirahat dan tidur, Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucu kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.
- f. Penggunaan obat, Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.
- g. Pemeliharaan kesehatan, Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

h. Aktifitas didalam rumah, Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

10. Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maldaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

11. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

12. Pengetahuan

Biasanya klien dengan prilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi Dari obat yang diminumnya.

2.2.2 Pohon Masalah

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan



Resiko Perilaku Kekerasan



Harga Diri Rendah

Gambar 2.2 Pohon masalah perilaku kekerasan (Yosep, 2016)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges (2000) diagnosa keperawatan adalah data yang ada karena ditunjang oleh data terbaru yang dikumpulkan. Diagnosa keperawatan ini mencatat bagaimana situasi pasien pada saat itu dan harus mencerminkan perubahan yang terjadi pada kondisi klien. Identifikasi masalah dan penentuan diagnostic yang akurat yang memberikan dasar untuk memilih intervensi keperawatan. Sedangkan menurut Nursalam (2016) diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau respon perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, potensial dan resiko.

1. Masalah kesehatan aktual yaitu masalah yang dirasakan klien
2. Masalah kesehatan beresiko merupakan suatu masalah yang membuat perawat lebih waspada pada pentingnya intervensi atau rencana keperawatan
3. Kesejahteraan, diagnosis keperawatan kesejahteraan adalah penilaian klinis tentang individu, keluarga dan komunitas
4. Sindrom, diagnosis keperawatan sindrom terdiri atas diagnosis aktual atau resiko.

Diagnosa prioritas yang di angkat yaitu :

4. Resiko perilaku kekerasan.

2.2.3 Rencana keperawatan

Menurut Hidayat, (2016) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Tabel 2.2 IntervensiKeperawatan

N O	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KERITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Resiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan klien dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala dan akibat perilaku kekerasan, memperagakan sp 1 untuk mengontrol pk	SP 1: 1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan 2. Latih secara fisik 1 yaitu tarik napas dalam 3. Masukkan kedalam jadwal harian
2.		Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan klien mampu - menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Menyebutkan manfaat dan program kegiatan	Sp 2: 1. Evaluasi sp 1 2. Latihan minum obat dengan benar dan teratur 3. Masukkan dalam jadwal harian klien
3.		Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan klien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah pernah dilakukan - Mampu melakukan latihan fisik ke 2	Sp 3: - Evaluasi sp 1 dan 2 - Latih cara fisik ke 2 yaitu pukul bantal - Masukkan ke dalam jadwal harian klien
4.		Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya - Mampu melakukan latihan secara sosial/verbal	Sp 4: 1. Evaluasi sp 1, 2, dan 3 2. Latihan secara sosial/verbal (meminta dan menolak dengan baik) 3. Masukkan ke dalam jadwal harian pasien
5.		Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu menjelaskan kembali kegiatan yang sudah dilakukan sebelumnya - Mampu melakukan latihan secara spiritual sholat dan berdo'a	Sp 5: 1. Evaluasi sp 1, 2, 3, dan 4 2. Latihan secara spiritual sholat dan berdo'a 3. Masukkan dalam jadwal harian klien
6.		Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu menjelaskan dan mempraktikkan kembali tindakan yang sudah dilakukan sebelumnya - Menjelaskan dan mempraktikkan sp 1, 2, 3, 4 dan 5	Evaluasi tindakan yang sudah dilakukan sebelumnya 1. Evaluasi sp 1 yaitu tarik napas dalam 2. Evaluasi sp 2 yaitu cara minum obat yang benar 3. Evaluasi sp 3 yaitu

			latihan pukul bantal 4. Evaluasi sp 4 yaitu latihan menolak dan meminta yang baik 5. Evaluasi sp 5 yaitu latihan sholat dan berdo'a
--	--	--	---

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan rencana yang sudah dibuat. Dalam melakukan tindakan perawat akan bekerja sama dengan tim lain maupun keluarga. Tindakan keperawatan akan dilakukan perawat dalam dengan menggunakan strategi keperawatan paada pasien Harga Diri Rendah dengan menerapkan SP1,SP2,SP3, yang di harapkan pasien menunjukkan hasil yang positif, (Keliat, 2017) .

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi asuhan keperawatan dilakukan strategi pelaksanaan Harga diri rendah yakni SP1,SP2,SP3, untuk menilai perkembangan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dan menyelesaikan masalah, dan kemampuan yang diharapkan yaitu :

1) Pada tingkat individu diharapkan pasien mampu :

1. Melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari sesuai kemampuannya.

2. Membina hubungan dengan orang lain di lingkungannya secara bertahap.
 3. Pada tingkat keluarga diharapkan keluarga mampu :
 - 2) Membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien hingga pasien mandiri.
 - 3) Mengenal tanda dan gejala dini terjadinya gangguan jiwa.
 - 4) Melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa atau kekambuhan.
 - 5) Mengidentifikasi perilaku pasien yang membutuhkan konsultasi segera.
 - 6) Menggunakan sumber-sumber yang tersedia di masyarakat seperti tetangga, teman dekat, dan pelayanan kesehatan terdekat.
- (Keliat, 2017).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana aksi penelitian (action plan) berupa seperangkat kegiatan yang berurutan secara logis yang menghubungkan antara pertanyaan penelitian yang hendak dijawab dan kesimpulan penelitian yang merupakan jawaban terhadap masalah penelitian. Di beberapa buku tentang metodologi penelitian, desain penelitian diartikan sebagai rencana yang memandu peneliti dalam proses pengumpulan, analisis, dan interpretasi data (Rahardjo, 2017).

Studi kasus merupakan penelitian yang mencakup pengkajian bertujuan memberikan gambaran secara mendetail mengenai latar belakang, sifat maupun karakter yang ada dari suatu kasus, dengan kata lain bahwa studi kasus memusatkan perhatian pada suatu kasus secara intensif dan rinci. Penelitian dalam metode dilakukan secara mendalam terhadap suatu keadaan atau kondisi dengan cara sistematis mulai dari melakukan pengamatan, pengumpulan data, analisis informasi dan pelaporan hasil. (Nursalam, 2016).

3.2 Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian dalam kasus ini yaitu pada pasien yang mengalami gangguan jiwa perilaku kekerasan di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto

provinsi Bengkulu. Jumlah subyek penelitian yang di rencanakan yaitu dua orang pasien dengan minimal perawatan selama 1 minggu. Kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan pada subjek penelitian yaitu:

1. Kreteria inklusi

- a. Klien yang mengalami skizofrenia pada resiko perilaku kekerasan
- b. Klien yang kooperatif
- c. Klien yang bersedia menjadi responden

2. Kriteria eksklusi

- a. Klien tiba-tiba dijemput oleh keluarga
- b. Klien yang kabur dari area rumah sakit

3.2 Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus ini adalah Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Isolasi Sosial dalam pemberian terapi teknik relaksasi tarik napas dalam di Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Bengkulu 2023.

3.3 Definisi Operasional

3.3.1.1 Asuhan keperawatan jiwa dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai proses pelayanan keperawatan jiwa dengan kebutuhan psikososial pasien gangguan jiwa yang meliputi tahapan pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan pada pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan.

- 3.3.1.2 Pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan yang ditandai dengan gejala menahan emosi, muka memerah, tangan mengempal, dan nada bicara yang tinggi.
- 3.3.1.3 Resiko perilaku kekerasan dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu masalah keperawatan yang menunjukkan gejala emosi yang tinggi, nada bicara yang keras dengan orang disekitarnya.
- 3.3.1.4 Terapi teknik tarik napas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan dapat memberikan perasaan tenang, mengurangi stres baik stres fisik maupun emosional.

3.4 Tempat Dan Waktu

1) Lokasi

Studi kasus ini dilakukan di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu.

2) Waktu

Waktu yang telah ditetapkan adalah pada tanggal 28 Mei 2023.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan:

- a) Teknik wawancara hasil anamnesa yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit keluarga, psikologis, faktor predisposisi, faktor precipitasi, kebutuhan psikososial, konsep diri, hubungan sosial,

spiritual, status mental, mekanisme koping, masalah psikososial. Data hasil wawancara dapat bersumber dari klien atau perawat.

b) Teknik observasi dan pemeriksaan fisik

Teknik pengumpulan data ini meliputi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan, afek emosional, gairah sosialisasi.

3.6 Penyajian data

Penyajian data dalam studi kasus ini dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan yang sudah baku yang di gunakan di DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

3.7 Etika Studi Kasus

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responder agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Klirens etik mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

- a) Menentukan (*Self eteterminan*) dalam peneliti ini responden akan di beri kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian tnpa ada paksaan.

- b) Tanpa nama (*Anonymity*) dalam penelitian ini kerahasiaan responden akan terjaga dengan cara mencantumkan nama, alamat serta identitas responden.
- c) Kerahasiaan (*Confidentially*) semua informasi yang didapatkan dari responden tidak akan di sebar ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya.
- d) Keadilan (*Justice*) peneliti akan memberikan pelayanan yang sama pada kedua responden tanpa membeda-bedakan dan bersikap adil selama menjalani penelitian.
- e) Asas kemanfaatan (*Beneficiency*) dalam studi kasus ini harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan bebas resiko. Bebas penderitaan yaitu peneliti berani menjamin responden tidak akan mengalami cedera. Bebas eksploitasi yaitu memberikan informasi dari responden akan di gunakan sebaik mungkin. Bebas resiko yaitu responden terhindar dari bahaya kedepannya.
- f) Dampak (*Maleficience*) penulis akan menjamin tidak akan menyakiti, membahayakan atau memberikan ketidak nyamanan baik secara fisik maupun psikologis.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menambah pengetahuan dan meningkatkan kemampuan untuk dapat menahan emosi pada pasien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

4.1 Pengkajian

Ruangan Rawat : Merpati Tanggal dirawat : 17 mei 2023

1. Identitas Klien

Inisial : Tn.H Tanggal pengkajian : 28 Mei 2023

Umur : 27 Tahun (L) RM No. : 045389

2. Alasan Masuk :

Pada tanggal 17 Mei 2023 jam 08.30 WIB klien diantar oleh keluarga nya. Klien ulangan dari tahun 2022 masuk RSKJ. Klien datang dengan keluhan klien karena marah-marah dengan ibunya, merusak barang, dan klien tertawa sendiri, Klien terlihat emosi dan marah-marah.

3. Kondisi saat ini :

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 28 Mei 2023 jam 10.00 wib, Klien terlihat menahan emosi dengan tangan mengepal dan muka memerah klien malas berinteraksi dengan orang lain. Klien mengatakan susah untuk menahan emosi dan melampiaskan emosi dengan cara berinteraksi dengan teman-temannya.

4. Faktor Predisposisi Dan Presipitasi

a. Biologis

1) Fisik

a. tanda-tanda vital

Kesadaran	Compesmentis
Tekanan Darah	110/70 mmHg
Pernafasan	22x/menit
Suhu	36,7C
TB/BB	168Cm / 60kg
Nadi	82x/menit
Keluhan Fisik	Tidak ada

b. keluhan fisik saat ini :

saat dilakukan pengkajian klien tidak memiliki keluhan fisik.

2) pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya :

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa kurang lebih 3 tahun yang lalu tepatnya pada tahun 2020 dan pulang kerumah dengan keadaan tenang. Dirumah klien tidak rutin minum obat dan tidak mau kontrol ke RSKJ.

3) Hasil pengobatan sebelumnya :

Klien mengatakan setelah pulang dari RSKJ sebelumnya ia sudah mulai tenang dan bisa berinteraksi dengan orang-orang di sekitarnya seperti biasa.

4) Riwayat merokok :

- Predisposisi : klien mengatakan sudah terbiasa merokok dari SMP sehri bisa habis satu bungkus bahkan lebih.
- Presipitasi : sampai saat ini klien mengatakan masih merokok tetapi tidak sebanyak sebelumnya, dalam satu hari habis kurang lebih 6 batang rokok.

5) Riwayat Alkohol :

- Predisposisi : klien mengatakan sudah mulai mengonsumsi alkohol sejak duduk di bangku SMP dan bisa habis kurang lebih setengah botol dalam sekali minum.
- Presipitasi : Klien mengatakan masih mengonsumsi alkohol, dan terakhir minum alkohol pada bulan maret 2023.

6) Riwayat NAPZA :

- Predisposisi : klien mengonsumsi narkoba jenis sabu sejak tahun 2020.
- Presipitasi : klien sudah tidak mengonsumsi narkoba lagi sejak tahun 2022.

7) Riwayat jatuh/kecelakaan/trauma kepala :

- Predisposisi : klien pernah mengalami trauma kepala dikarenakan jatuh dari motor pada tahun 2017.
- Presipitasi : klien tidak pernah mengalami trauma kepala atau kecelakaan lainnya.

8) Riwayat sakit kronis :

- Predisposisi : klien tidak memiliki riwayat penyakit kronis
- Presipitasi : klien tidak memiliki penyakit kronis

Kesimpulan Stressor Biologis :

klien mengatakan pertama kali mengalami gangguan jiwa pada tahun 2020, klien mengatakan kali pertama dirawat di RSKJ Bengkulu,

klien mengatakan merokok sudah dari SMP dan bisa menghabiskan satu bungkus rokok dalam satu hari, klien mengkonsumsi alkohol sudah dari SMP dan berhenti pada bulan maret 2023, klien mengkonsumsi narkoba jenis sabu sejak tahun 2020 dan berhenti dari tahun 2022, klien pernah mengalami trauma kepala dikarenakan jatuh dari motor balap liar pada tahun 2017.

B. Psikologis

1. Konsep diri

Citra Tubuh	Pasien mengatakan “menyukai kulit nya yang putih, hidungnya yang mancung, tetapi pasien tidak suka dengan giginya yang kuning”
Identitas	Pasien mengatakan “senang dengan nama nya, usianya yang sekarang. Bangga dilahirkan oleh ibu yang hebat dan senang sebagai pria”
Peran	Pasien mengatakan “perannya dalam keluarga adalah anak pertama dari 3 bersaudara, pasien mengatakan bahwa ia tidak ingin menikah lagi, karena pasien merasa tidak ada yang mau dengan dirinya.
Ideal Diri	Pasien mengatakan “dulu pernah bercita-cita ingin menjadi seorang abdi negara, dan sekarang ingin segera sembuh saja”
Harga Diri	Pasien mengatakan bahwa “ia tidak merasa percaya diri dengan dirinya karena ia sudah bersetatus sebagai seorang duda”

2. Pola asuh

Prediposisi
Pasien Tn.H mengatakan bahwa dari kecilia paling dekat dengan ibunya dan di rumah sering bercerita dengan ibu dan adiknya.
Presipitasi
Pasien Tn.H mengatakan setelah ibu dan ayahnya bercerai ia hanya dekat dengan adik bungsunya.

3. Tugas perkembangan :

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam bertumbuh kembang, klien bertumbuh kembang sesuai dengan usianya dan tidak ada masalah. Pada usia balita klien selalu di manja oleh ibunya, pada usia sekolah klien mempunyai banyak temandan bermain dengan teman-teman seusianya, pada usia remaja klien mempunyai beberapa orang sahabat dekat, pada usia dewasa klien mempunyai aktivitas positif yaitu kuliah, punya ketertarikan pada lawan jenis dan sudah menikah tetapi belum mempunyai keturunan dan sudah bercerai.

4. Aniaya fisik :

Pelaku/korban/saksi

- a. Aniaya fisik : tidak ada
- b. Aniaya seksual : tidak ada
- c. Penolakan : tidak ada
- d. Kekerasan dalam keluarga : klien pernah mengamuk kepada ibunya
- e. Tindakan kriminal : tidak ada
- f. Bullying/intimidasi : tidak ada
 - predisposisi : klien tidak pernah melakukan aniaya fisik atau tindakan kriminal.
 - presipitasi : klien mengatakan sehari sebelum masuk ke RSKJ dirinya pernah mengamuk pada ibunya karena tidak di beri uang.

5. pengalaman yang tidak menyenangkan

- Predisposisi : klien mengatakan pernah pernah di todong saat mengendarai sepeda motor dan mengalami memar pada bagian pundak pada 8 bulan yang lalu.
- Presipitasi : Klien mengatakan sampai saat ini tidak ada pengalaman yang tidak menyenangkan setelah kejadian itu.

Kesimpulan stressor dari psikologis :

Klien tidak suka dengan giginya yang kuning, dulu pernah bercita-cita menjadi seorang abdi negara tetapi gagal, klien tidak ingin menikah lagi karena pasien merasa tidak ada yang mau deengan dirinya karena ia bersetatus duda.pasien pernah mengamukdengan ibuya karena tidak di berikan uang, kien mengatakan pernah di todong pada saat naik motor dan mengalami memar di bagian pundak pada 8 bulan yang lalu.

C. Sosial Kutural

1. Riwayat pendidikan

- Predisposisi : Klien tamatan D3 teknik mesin pada tahun 2017.
- Presipitasi : Klien tidak melanjutkan pendidikannya sampai saat ini.

2. Riwayat pekerjaan/ekonomi

- Predisposisi : klien pernah bekerja di salah satu bengkel motor pada saat tamat kuliah.
- Presipitasi : Klien sudah tidak bekerja lagi sejak tahun 2022.

3. Riwayat spiritual/keyakinan/ibadah :

- Predisposisi : klien beragama islam dan yakin dengan agamanya, klien mengatakan jarang melakukan ibadah sholat.
- Presipitasi : Klien beragama islam, dan klien mengatakan sudah terbiasa melakukan ibadah sholat meskipun tidak full 5 waktu tetapi rutin sholat magrib.

4. Riwayat budaya :

- Predisposisi : klien menganut budaya rejang
- Presipitasi : klien menganut budaya rejang

5. Riwayat pernikahan/keluarga/tempat tinggal :

- Predisposisi: klien mengatakan bahwa ia sudah menikah dan sudah bercerai pada tahun 2022, dan klien tinggal bersama ibu dan adiknya.
- Presipitasi : Klien menyandang status duda.

6. Riwayat pergaulan/pertemanan/bermasyarakat :

- Predisposisi : Klien mengatakan slama ini klien mempunyai beberapa sahabat dan mudah untuk berbaur dengan orang lain, dan hubungan klien dengan tetangganya baik dan bisa menyesuaikan dengan orang di sekitarnya.
- Presipitasi : Klien mengatakan sampai saat ini klien mudah untuk berbaur dengan orang baru dan merasa dekat engan teman-temannya yang berada di ruangan merpati.

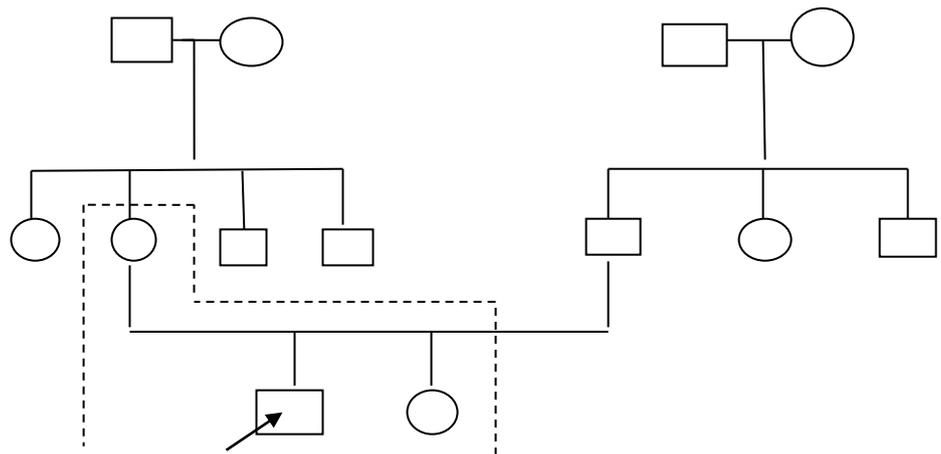
7. Riwayat hospitalisasi/pelayanan kesehatan :

- Predisposisi : Klien mengatakan pernah masuk RSKJ pada tahun 2020, klien merasa senang karena bisa bertukar cerita dengan teman-temannya di ruangannya tetapi klien juga sering merasa bosan di dalam RSKJ
- Presipitasi : klien di rawat kembali pada bulan mei 2023, klien merasa bosan dan ingin pulang.

8. Orang yang berarti : Klien mengatakan tidak ada yang berarti dalam hidupnya selain diri sendiri.

9. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa : tidak ada.

10. Genogram :



Keterangan :

□ : laki-laki

↗ : klien

○ : perempuan

⊖ : tinggal serumah

Pengambilan Keputusan Dirumah	Ibu Pasien Sendiri
Komunikasi dirumah	Komunikasi cukup baik
Dirumah Pasien dekat dengan siapa	Pasien dekat dengan Adeknnya

Kesimpulan Stressor Status Mental :

Klien mengatakan sudah bercerai pada tahun 2022, klien tinggal bersama ibu dan adiknya, klien mudah untuk berbaur dan berinteraksi dengan orang di sekitarnya, klien mengatakan pernah masuk RSKJ pada tahun 2020 klien merasa senang bisa bertukar cerita dengan teman ssatu ruangnya dan klien juga sering merasa bosan di ruangan itu. Klien mengatakan tidak ada yang berarti dalam hidupnya selain diri sendiri.

D.Penilaian (Respon) terhadap stressor

Stressor	Kognitif	Afektif	Pisiologis	Perilaku	Sosial
Klien tidak memiliki pekerjaan dan tidak memiliki uang	Klien berfikir dirinya tidak berguna	Sedih dan kecewa	Kurang nafsu makan dan minum	Klien sering terlihat melamun	Malas berinteraksi dengan orang yang tidak berkepentingan dengan dirinya
Klien sudah bercerai dan belum mempunyai anak	Klien merasa malu dan berfikir tidak ada lagi yang mau dengan dirinya	Tidak percaya diri	Lesu dan kurang bersemangat	Klien sering melamun dan tertawa sendiri	Tidak maun mengenal perempuan lagi
Klien tidak di berikan uang dengan ibunya	Klien berfikir bahwa ibunya tidak peduli lagi dengan dirinya	Dendam	Mata melotot, tangan mengempal, nada bicara keras	Marah-marah, banting-banting barang	Menjauh dari orang lain

a. Status Mental

1) Penampilan :

Tidak rapi
 Penggunaan pakaian tidak sesuai
 Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Lainnya : Klien tampak rapi dan selalu mandi setiap pagi dan sore.

2) Pembicaraan :

Cepat
 Keras
 Gelisah
 Inkoheren

Apatis
 Lambat
 Membisu

Tidak mampu memulai percakapan

Lainnya : klien menjawab pertanyaan dengan sedikit keras dan agak cuek.

3) Aktivitas motorik :

Lesu
 Tegang
 Gelisah

Tik
 Grimasen
 Tremor

Komplusif
 Agitasi

Lainnya : klien tampak tegang dan gelisah saat di wawan cara

4) Alam perasaan :

Sedih
 Ketakutan
 Putus asa
 Khawatir

Gembira berlebihan

Lainnya :

5) Afek :

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Lainnya:

6) Interaksi selama wawancara :

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung

Kontak mata (-) Defensif Curiga

Lainnya : pasien sangat kooperatif saat di wawancara

7) Masalah Persepsi :

Pendengaran Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Peciuman

Lainnya : klien tidak memiliki masalah persepsi diri

8) Proses pikir :

Sirkumtansial Tangensial Kehilangan asosiasi
 Flight of idea Blocking Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Lainnya : Klien bercerita dengat berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan

9) Isi pikir :

Obsesi Fobia Hipokondria
 Defersonalisasi ide yang terkait Pikiran magis

Waham

Agama Somatik Kebesaran Curiga
 Nihilistic Sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir

Lainnya : klien tidak mengalami waham

10. Tingkat kesadaran:

Bingung Sedasi Stupor

Disorientasi

Waktu Tempat Orang

11. Memori :

Gangguan daya ingat jangka panjang Gg. Daya ingat jk
 pendek Gangguan daya ingat saat ini Konfabulasi

Lainnya: Klien menceritakan dengan jelas

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung :

Mudah beralih Tidak mampu konsentrasi

Tidak mampu berhitung sederhana

Lainnya: Klien mampu berhitung sederhana dengan jelas.

13. Kemampuan penilaian :

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Lainnya: klien mampu mandiri melakukan aktivitas.

14. Daya tilik diri :

Mengingkari penyakit yang diderita

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Lainnya:.

2. KEBUTUHAN SEHARI-HARI/ PERSIAPAN PULANG

1) Makan

Bantuan minimal Bantuan total Mandiri

2) BAB / BAK

Bantuan minimal Bantuan total Mandiri

3) Mandi

Bantuan minimal Bantuan total Mandiri

4) Berpakian / berhias

Bantuan minimal Bantuan total Mandiri

5) Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama : klien mengatakan tidur siang selama 2 jam

Tidur malam, lama : klien mengatakan tidur malam 7 jam

6) Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantuan total

7) Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan Ya Tidak

Perawatan pendukung Ya Tidak

8) Kegiatan di dalam rumah

Ya Tidak

Mempersiapkan makanan Ya Tidak

Menjaga kerapihan rumah Ya Tidak

Mencuci pakaian Ya Tidak

Pengaturan keuangan Ya Tidak

9) Kegiatan di luar rumah

Belanja Ya Tidak

Transportasi Tidak

Lain-lain

3. MEKANISME KOPING

Adaptif

Bicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah
lambat/berlebih

Tehnik relaksasi

Aktivitas konstruktif

Olahraga

Maladaptif

Minum alkohol

Reaksi

Bekerja berlebihan

Menghindar

Mencederai diri

Lainnya :

4. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

Penyakit jiwa

Faktor presipitasi

Koping

System pendukung

Penyakit fisik

Obat-obatan

Lainnya :

ANALISA DATA

NO	ANALISA DATA	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Ds : - Klien mengatakan susah untuk menahan emosi - Klien mengatakan untuk melampiaskan emosinya berinteraksi dengan teman-temannya. Do : - Klien terlihat menahan emosi dengan tangan mengepal - Muka tampak memerah - Suara nada keras	Resiko perilaku kekerasan
2.	Ds : - Klien mengatakan tidak berguna dalam keluarganya karena keluarganya membawa dirinya jauh dari keluarganya - Klien mengatakan tidak ada yang mau dengan dirinya karena dirinya sudah berstatus duda Do : - Klien tidak mau menatap mata saat wawancara - Klien berjalan sedikit menunduk	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
3.	Ds : - Klien mengatakan pernah marah-marah kepada ibunya saat keinginannya tidak dipenuhi - Klien mengatakan pernah mengamuk dan melemparkan barang Do : - Klien merusak lingkungan dengan cara menghancurkan barang	Resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia

Terapi Medik :

1. Risperidon 2x2 mg
2. Clozapine 2x100 Mg

POHON MASALAH

Perilaku menciderai diri sendiri, orang lain, lingkungan



Resiko perilaku kekerasan



Gangguan konsep diri: HDR

Gambar 4.1 Pohon masalah

4.2 Diagnosa Keperawan

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Gangguan konsep diri: HDR
3. Perilaku menciderai diri sendiri, orang lain, lingkungan.

H. Kemampaun Keperawatan Yang Dimiliki

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERSONAL ABILITY
Resiko perilaku kekerasan	- Klien mampu mengatasi emosi dengan melakukan pukul bantal dan istighfar
Gangguan konsep diri: harga diri rendah	- Klien dapat mengatasi harga diri rendah dengan melakukan aktifitas seperti membersihkan tempat tidur.
Perilaku menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan	- klien melakukan sholat dan tarik napas dalam

Gambaran intervensi Keperawatan

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Resiko perilaku kekerasan	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 7x pertemuan Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya. 3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan. 4. Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan. 5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan. 6. klien dapat melakukan teknik tarik napas dalam secara mandiri. 	<p>SP 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bina hubungan saling percaya; - Mengidentifikasi penyebab marah; - Bantu klien untuk mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya; - Mendiskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukan; - Mendiskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) yang dilakukan dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam). <p>SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi latihan sebelumnya; - Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik ke dua (pukul bantal dan kasur); - Menyusun jadwal kegiatan harian cara ke dua. <p>SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi pertemuan sebelumnya; - Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (meminta, menolak, dan mengungkapkan marah secara baik);

			<ul style="list-style-type: none"> - Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. <p>SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi pertemuan sebelumnya; - Membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (latihan beribadah dan berdo'a); - Membuat jadwal ibadah dan berdo'a. <p>SP 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi pertemuan sebelumnya; - Membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (prinsip 5 benar obat); - Menyusun jadwal minum obat secara teratur.
2.	Harga diri rendah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7x pertemuan klien dapat memiliki konsep diri yang positif, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah berinteraksi klien menyebutkan: <ol style="list-style-type: none"> a. Aspek positif klien; b. Aspek positif lingkungan klien. 2. Setelah berinteraksi klien dapat menyebutkan kemampuan yang dapat digunakan; 3. Setelah berinteraksi klien membuat rencana kegiatan harian. 4. Setelah berinteraksi klien melaksanakan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat. 	<p>SP 1 Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien;</p> <p>SP 2 Membantu klien menilai kemampuan yang dapat digunakan;</p> <p>SP 3 Membantu klien memilih kemampuan yang akan dipilih;</p> <p>SP 4 Melatih kemampuan yang dipilih klien .</p>

3.	Perilaku menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan	<p>Ssetelah dilakukan tindakan selama 7x pertemuan diharapkan klien mampu mengendalikan diri terhadap agresi seperti perilaku menyerang, dan merusak lingkungan, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu menahan diri untuk menyerang orang lain. 2. Mampu menahan diri untuk tidak membahayakan orang lain dan lingkungan. 3. Mampu menahan diri dari menghancurkan barang-barang. 4. Mampu mengidentifikasi kapan marah, frustrasi, atau merasa agresif. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu klien mengidentifikasi perilaku yang mengindikasikan kekerasan seperti mengamuk: <ol style="list-style-type: none"> a. Terhadap diri sendiri b. Terhadap orang lain c. Terhadap lingkungan. 2. Mencegah bahaya fisik yang akan terjadi jika pasien marah ditunjukkan pada diri sendiri dan orang lain misalnya menyingkirkan benda yang berpotensi menjadi senjata. 3. Mendiskusikan bersama klien dan ajarkan cara pengendalian perasaan marah misalnya: <ol style="list-style-type: none"> a. Tehnik nafas dalam untuk meredakan perasaan marah atau menghilangkan perasaan marah dengan kegiatan aktivitas lainnya. b. Manajemen lingkungan dengan pantau keamanan semua benda yang ada di sekitar. 4. Mengidentifikasi situasi yang memicu kekerasan seperti situasi yang membuat frustrasi. Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan.
----	--	--	--

Gambaran Implementasi dan Evaluasi

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn.H

Ruang : Merpati

Hari Keperawatan : Ke 1

No.	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1.	28 Mei 2023 10.10 – 10.30 Wib	<p>1. Membina hubungan saling percaya pada pasien (perkenalkan nama perawat, nama panggilan, lalu menanyakan nama pasien, nama panggilan, kabar hari ini dan kontrak waktu. Respon: “klien menjawab ia bernama H, asal dari air rambai dan tinggal di air rambai”. Klien menjawab dengan ramah</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan. Respon: “klien mengatakan sering mengamuk kepada ibunya karena tidak di berikan uang, klien pernah menghancurkan dan menghambur barang di rumahnya”. Klien mampu menjelaskan penyebab dari perilaku kekerasan.</p> <p>3. Mendiskusikan untuk melakukan tarik napas dalam. Respon : klien mengatakan ”mau melakukan tarik napas dalam”</p> <p>4. Memasukkan kegiatan harian kedalam jadwal harian Respon : klien mengatakan “besok mau bertemu lagi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menjawab salam dan sapaan - Klien menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan yang sukainya. - Klien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mau diajak berjabat tangan - Klien mau diajak berinteraksi - Ada kontak mata - Nada suara agak tinggi. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hubungan saling percaya terbina. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan hubungan saling percaya - Ulangi SP 1 Resiko perilaku Kekerasan.

		dengan perawat". klien mengatakan besok menjadwalkan ulang dengan perawat untuk melakukan tindakan teknik tarik napas dalam dengan perawat dan memasukkan kedalam jadwal besok pukul 09.30.	
--	--	---	--

Nama : Tn.H

Ruang : Merpati

Hari Keperawatan : Ke 2

No.	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
	29 Mei 2023 09.30 – 10.00 Wib	<p>1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu Pasien bisa menyebutkan kegiatan yang lalu. Membina hubungan saling percaya pada pasien (perkenalkan nama perawat, nama panggilan, lalu menanyakan kabar hari ini dan kontrak waktu. Respon : Pasien mengatakan jika ia “Ingat kalau hari ini mau ketemu lagi, kabar sehat, kenal dengan wajah perawat, tapi lupa nama perawat”.</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala pada perilaku kekerasan. Respon : klien mengatakan “bisa di tandai dengan marah-marah, dan suka membanting-banting barang” klien mampu menyebutkan taanda dan gejala perilaku keekerasan</p> <p>3. Melakukan tindakan teknik relaksasi tarik napas dalam. Respon : klien mampu mengikuti latihan teknik tarik napas dalam dan mampu mengikuti sesuai instruksi dari perawat.</p> <p>4. Membuat jadwa untuk pertemuan besok dan mendiskusikan tindakan besok akan melakukan tindakan latihan cara fisik yaitu pukul bantal/kasur. Respon : klien mengatakan “mau bertemu besok dan mau melakukan tindakan latihan cara fisik” klien menyetujui pertemuan berikutnya.</p> <p>5. Melakukan kontrak waktu untuk permenuan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien menjawab salam dengan sopan- klien mampu mengulangi kegiatan sebelumnya- klien klien mampu mengikuti instruksi tindakan tarik napas dalam <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien dapat menyebutkan tindakan sebelumnya- klien dapat mengulangi penyebab, tanda dan gjala pada perilaku kekerasan- klien dapat melakukan tindakan teknik relakssasi tarik napas daalam <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mampu membina hubungan saling percaya- klien mampu mengikuti instruksi untuk melakukan tarik napas dalam <p>P : - mempertahankan kan SP 1</p> <ul style="list-style-type: none">- Melakukan SP 2 yaitu Melakukan latihan cara fisik : pukul bantal/kasur

		selanjutnya Respon :klien mengatakan “mau bertemu besok dengan jam yang sama seperti hari ini” klien menyetujui pertemuan selanjutnya. 6. Masukkan kedalam jadwal harian klien.	
--	--	---	--

Nama : Tn.H

Ruang : Merpati

Hari Keperawatan : Ke 3

No.	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
	30 Mei 2023 10.30 – 11.00 Wib	1. Mengevaluasi kegiatan sebelumnya Respon : Pasien mengatakan “kemarin melakukan tindakan tarik napas dalam”. Klien bisa mengulangi tindakan sbelumnya 2. Melakukanlatihan cara fisik yaitu pukul bantal/kasur. Respon : klien dapat mengikuti aran dari perawat dan bisa melakukan tindakan dengan arahan perawat 3. Melakukan kontrak waktu selanjutnya untuk mengulangi latihan secara fisik Respon : klien mengatakan “mau bertemu dengan perawat besok pagi sesuai jadwal seperti hari ini”. 4.Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien.	S : - klien mampu mengulangi kegian sebelumnya. - klien bisa mengulangi teknik tarik napas dalam O : - klien dapat mengulangi tatik napas dalam secara mandiri - klien dapat melakukan latihan secara fisik yaitu pukul bantal dengan bimbingan perawat - klien tampak emosi saat melakukan tindakan pukul bantal - nada bicara klien keras A : - klien mampu melakukan latihan cara fisik yaitu pukul bantal P : - mempertahankan SP 1 dan 2 - Mengulangi SP 2 yaitu melatih cara fisi pukul bantal/kasur

Nama : Tn.H

Ruang : Merpati

Hari Keperawatan : Ke 4

No.	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
	31 Mei 2023 10.30 – 11.00	<p>1. Mengevaluasi kegiatan kemarin Respon : “kegiatan kemarin adalah melakukan latihan cara fisik yaitu memukul bantal/kasur”. Klien mampu menyebutkan kegiatan sebelumnya.</p> <p>2. mengulangi kegiatan kemarin yaitu latihan cara fisik : memukul bantal/kasur. Respon : klien dapat mengulangi tindakan latihan cara fisik dengan mandiri.</p> <p>3. Melakukan kontrak pertemuan selanjutnya dan akan melakukan latihan secara sosial/verbal yaitu menolak atau meminta dengan baik mengungkapkan dengan baik dan masukkan ke dalam jadwal harian klien. Respon : klien mengatakan “besok mau bertemu Lgi dengan perawat dengan waktu sesuai dengan jadwal dari perawat”. Pertemuan selanjutnya jam 09.30-10.20 wib</p> <p>4. memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian Pasien</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mengatakan sudah bisa melakukan tarik napas dalam secara mandiri- klien mengatakan sudah bisa melakukan latihan cara fisik: memukul bantal/kasur secara mandiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien bisa mengulangi kegiatan sebelumnya- klien bisa melakukan tarik napas dalam secara mandiri- klien bisa melakukan latihan cara fisik secara mandiri <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mampu melakukan tindakan cara fisik : pukul bantal/kasur secara mandiri <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- mempertahankan SP 1, SP 2- melakukan tindakan SP 3 yaitu latihan secara sosial/verbal.

Nama : Tn.H

Ruang : Merpati

Hari Keperawatan : Ke 5

No.	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
	1 Juni 2023 09.30 – 10.00 Wib	<p>1. Mengevaluasi kegiatan sebelumnya Respon : klien mengatakn “kegiatan kemarin adalah melakukan tindakn memukul baantal/kasur”. Klien mampu mengulangi kegiatan sebelumnya.</p> <p>2. Melakukan kegiatan laatihan secara sosial/verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik, memasukkan ke jadwal harian. Respon : klien mempraktikkan “menolak dengan baik yaitu “maaf saya belum bisa menerimanya karena pnya saya masih ada” meminta dengan baik yaitu “buk saya boleh minta minta tolong belikan permen”. Klien bisa melakukan kegiatan secara sosial/verbal.</p> <p>3. mengontrak mawaktu untuk pertemuan selanjutnya. Respon : klien mengatakan “mau bertemu lagi dengan perawat besok dengan waktu yang sama seperti hari ini”. Melakukan latihaaan ssecara spiritual yaitu berdo’a atau sholat.</p> <p>4. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mengatakan sudah bisa melakukan keguan SP 1, SP 2 dan SP 3 dengan sendiri- klien mengatakan sudah menerapkan teknik tarik napas dalam setiap hari dengan mandiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien bisa mengulangi semua tindakan yang sudah di ajarkan- klien bisa mnerapkan tarik napas dalam secara mandiri- nada bicara klien sudah mulai santai- klien tampak tenang <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mampu melakukan latihan secaraaa soasial/verbal. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- mempertahankan SP 1, SP 2, dan SP 3- Melakukan SP 4 yaitu melaakukan latihan sholat/ ber do’a.

Nama : Tn.H

Ruang : Merpati

Hari Keperawatan : Ke 6

No.	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
	2 Juni 2023 10.30 – 11.00 Wib	<p>1. Mengevaluasi kegiatan yang sudah di lakukan kemarin Respon : klien mengatakan “kegiatan kemarin adalah melakukan latihan secara sosial/verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik”. Klien bisa mengulangi kegiatan yan sudah dilakukan sebelumnya.</p> <p>2. melakukan latihan secara sepiritual yaitu sholat/berdo’a. Respon : klien mengatakan “saya sholat setiap hari tapi tidak full 5 waktu, saya hanya sholat i waktu dzuhur dan magrib saja”. Klien bisa mempraktikkan sholat dan berzikir.</p> <p>3.Mengevaluasi kembali tindakan teknik tarik napass dalam. Respon : klien mengatakan “saya selalu melakukan teknik tarik napass dalam yang ibu ajarkan ketika saya mengalami emosi”.</p> <p>4.Mengontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya Respon : klien mengatakan “mau bertemu lagi besok dengan perwat engan waktu yang sama seperti hari ini saja”. Melakukan latihan cara minum obat secara teratur.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mengatakan sudah bisa melakukan kegiatan yang sudah di lakukan kemarin- klien mengatakan sholat setiap hari meskipun tidak full 5 waktu- klien mengatakan selalu melakukan tarik napas dalam setiap emosi timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien tampak tenang- klien terlihat lebih santai dan tidak tegang- klien bisa mempraktikkan sholat dan berzikir- nada suara klien sudah lebih lembut <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien dapat mengontrol emosi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- mempertahankan SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4- Melakukan tindakan SP 5 yaitu latihan cara minum obat secara teratur

		4. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien.	- Memasukkan kedalam jadwal harian klien
--	--	---	--

Nama : Tn.H

Ruang : Merpati

Hari Keperawatan : Ke 7

No.	Tanggal & Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
	3 Juni 2023 11.30 – 12.00 Wib	<p>1. Mengevaluasi kegiatan sebelumnya Respon : klien mengatakan “kegiatan kemarin adalah melakukan latihan secara sepiritual yaitu berdo’a/sholat”. Klien mampu menjelaskan dan mengulangi kegiatan yang sudah di lakukan sebelumnya.</p> <p>2. mengevaluasi kembali cara melakukan tindakan tarik napas dalam. Reespon : klien mengatakan “saya selalu melakukan teknik tarik napas dalam”. Klien dapat menerapkan cara teknik tarik napas dalam secara mandiri.</p> <p>3.Melakukan latihan cara minum obat secara teratur. Respon : klien mengatakan “saya selalu minum obat sehari 2 kali pagi dan sore, jika saya tidak minum obat emosi saya mudah timbul dan gelisah”. Klien mengetahui efeksamping jika tidak minum obat.</p> <p>4.mengevaluasi seluruh kegiatan Yng sudah di lakukan sebelumnya. Respon : klien dapat mengulangi</p> <p>5. Masukkan ke jadwal harian klien</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mengatakan sudah bisa melakukan kegiatan yang sudah di lakukan kemarin- klien mengatakan selalu melakukan teknik tarik napas dalam saat emosinya timbul- klien mengatakan ia selalu minum obat sehari 2x <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien terlihat lebih tenang- Nada bicara klien tidak terdengar keras- Klien bisa mengulangi seluruh kegiatan yang sudah di lakukan sebelumnya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien bisa menerapkan minum obat secara teratur- Klien bisa mengontrol emosi dengan melakukan tindakan yang sudah di lakukan <p>P :</p>

			<ul style="list-style-type: none">- Implementasi di hentikan- Masukkan ke dalam jadwal harian klien
--	--	--	--

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pengkajian Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang ditemukan pada kasus Tn.H didapatkan saat pada tanggal 17 Mei 2023 jam 08.30 Wib klien diantar oleh keluarga, klien ulangan dari 2022 masuk RSKJ. Klien datang dengan keluhan klien karen marah-marah dengan ibunya, merusak barang, dan klien tertawa sendiri. Ketika dikaji oleh perawat didapatkan hasil pengkajian tanggal 28 Mei 2023 jam 10.00 wib klien terlihat menahan emosi dengan kedua tangan mengepal dan muka merah, malas berinteraksi dengan orang lain. Berdasarkan data yang diambil dari data subjektif nya yaitu klien mengatakan susah untuk menahan emosi dan melampiaskan emosi dengan cara berinteraksi dengan teman di sekitar. Data objektif nya yaitu klien terlihat menahan emosi dengan tangan mengepal, muka memerah, tatapan mata melotot, dan nada bicara yang keras. Dari pembahasan yang di ambil pada teori biasa pasien yang mengalami perilaku kekerasan pada saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan tanda mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan berbicara kasar. Terdapat perbedaan antara keluhan pasien awal masuk rumah sakit dengan data pengkajian yaitu pasien masih terlihat menahan emosi dan marah-marah.

Menurut Hutangalung (2019) menyatakan bahwa pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data, riwayat sebelumnya dan melihat kondisi umum pasien. Perawat juga harus mengikuti standar operasional prosedur yang berlaku agar perawat tidak melenceng dari peraturan yang berlaku. Dari hasil

yang ditemukan bahwa pengkajian kebutuhan psikososial dengan pengkajian focus yang di terdiri dari riwayat psikososial, konsep diri, hubungan sosial, aktivitas motorik, afek emosi, persepsi, arus pikir, isi pikir, bentuk pikir, memori, dan interaksi selama wawancara.

Menurut Sukaesti (2018) membuat kontrak awal kepada klien terhadap perawat merupakan bentuk menjalin hubungan yang bertujuan untuk membangun kepercayaan klien terhadap perawat. Perawat harus menggunakan hubungan teraupetik selama proses tindakan keperawatan kepada klien sehingga terjadi hubungan saling percaya.

Menurut (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020) Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang di tunjukan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata. Pada saat peneeliti melakukan pengkajian memang pasien terlihat sedang menahan emosi, muka memerah dan nada bicara kerasa saat menjawab pertanyaan perawat, tetapi Alhamdulillah selama peneliti melakukan BHSP dan memberikan latihan teknik relasasi tarik napas dalam pasien terlihat tenang dan nada bicara juga sudah lembut.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Keperawatan Berdasarkan pernyataan dari Ainun (2019) Diagnosa keperawatan merupakan suatu perumusan masalah terhadap suatu respon penyakit pada individu, keluarga maupun masyarakat melalui proses pengumpulan data

yang di dapat berupa tanda dan gejala patofisiologis yang sedang di alami oleh klien. Pada saat proses pengumpulan data seseorang dan juga dibantu dengan pemeriksaan penunjang, maka akan tegak suatu diagnosa penyakit yang selanjutnya akan diberikan tindakan oleh tim kesehatan yakni dokter, perawat dan tenaga medis lainnya untuk mengatasi suatu masalah.

Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Tn.H antara lain, Resiko perilaku kekerasan dimana Dari hasil pengkajianklien mengatakan susah untuk menahan emosi,klien terlihat menahan emosi dengan tangan mengepal, muka memerah dan nada suara keras, yang ke dua yaitu Gangguan konsep diri harga diri rendah dimana Klien mengatakan tidak berguna dalam keluarganya karena ia dibawa jauh dari keluarganya dan tidak ada lagi yang mau dengan dirinya karena ia sudah bersetatus duda, klien tidak mau menatap mata perawat saat dilakukan wawancara klien berjalan sedikit menunduk. Dan yang ke tiga yaitu Resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang mana Klien mengatakan bahwa dirinya sering mara-marah kepada ibunya saat keinginannya tidak di penuhi,klien mengamuk dan melemparkan barang.Menurut Doenges (2020) diagnosa yang mungkin akan muncul pada pasien perilaku kekerasan antara lain yaitu halusinasi, waham, isolasi sosial, resiko menciderai diri sendiri dan orang lain, dan harga diri rendah. Sedangkan pada Tn.H ditemukan 3 diagnosa yang muncul yaitu resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Dari hal tersebut dapat di lihat ada beberapa perbedaan antara teori dengan kasus, yaitu tidak semua diagnosa di alami oleh Tn.H karena pada saat dilakukan pengkajian dan wawancara tidak terdapat tanda-tanda dan

gejala yang terjadi dengan Tn.H yang menunjukkan terdapatnya diagnosa tersebut.

5.3 Intervensi Keperawatan

Menurut hidayat, (2016) interveensi keperawatan jiwa adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat di dasarkan padda pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luara (outcome) yang di harapan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah prilaku atau aktivitas spesifik yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan, tindakan pada intervensi keperawatan jiwa terdiri atas observasi, teraveutik, edukasi dan kolaborasi. Hal yang perlu diperhatikan dalam menetapkan perencanaan keperawatan adalah tindakan yang akan dilakukan, waktu pelaksanaan, jumlah responden, dan tempat yang akan dilakukan tindakan keperawatan. Peneliti akan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan yaitu Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP), Strategi pelaksanaan 3 langkah, dan teknik relaksasi tarik napas dalam bertujuan untuk memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional. Teknik relaksasi tarik napas dalam juga dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi. Tindakan ini akan dilakuukan setiap hari dan sesuai kontrak yang telah disetujui oleh pasien. Setelah peneliti menjelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan dan pasien bersedia menjadi responden sesuai kontrak waktu selama 7 hari kedepan.

Intervensi dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan peneliti hanya menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pokok masalah keperawatan yaitu perilaku kekerasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan sehingga peneliti dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan didukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing, secara teoritis digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang dilakukan peneliti yaitu Pada resiko perilaku kekerasan yaitu mengidentifikasi isi resiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi waktu terjadi resiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi situasi pencetus resiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi respon terhadap resiko perilaku kekerasan, Membantu pasien mempraktikkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam dengan teknik relaksasi tarik napas dalam dan pukul bantal/kasur, Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan pentingnya minum obat, Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminta, menolak, dan mengungkapkan dengan baik dan Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

5.4 Implementasi Keperawatan

Keperawatan Menurut pernyataan Purba (2019) Implementasi keperawatan merupakan tindakan langsung dan implementasi dari rencana serta meliputi

pengumpulan data. Perawat akan melakukan implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan yang telah disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat yang akan dilakukan kepada pasien.

Pada bagian implementasi ini perawat melakukan bina hubungan saling percaya terlebih dahulu kepada pasien Tn.H untuk membuat pasien nyaman dan percaya kepada perawat. Sehingga tindakan dapat dilakukan tanpa ada masalah.

Pada pasien Tn.H dilakukan pertemuan selama 7 hari. Hari ke-1 dan ke dua perawat melakukan BHSP dan mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dan mengajarkan tindakan tarik napas dalam, pada pertemuan ini perawat sudah bisa mendapatkan data dan penyebab dari perilaku kekerasan dan pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala terjadinya perilaku kekerasan.

Upaya dalam meningkatkan kemampuan berinteraksi pada pasien gangguan jiwa khususnya pasien resiko perilaku kekerasan bisa dilakukan dengan melakukan tindakan keperawatan dengan menggunakan BHSP untuk membuat pasien nyaman dan percaya kepada perawat. Sehingga tindakan dapat dilakukan tanpa ada masalah.

Pada hari ke 3 perawat mengajarkan latihan teknik relaksasi tarik napas dalam dan cara fisik yaitu pukul bantal/kasur. Pada pertemuan ini klien mampu melakukan latihan pukul bantal/kasur dan pada saat dilakukan latihan tarik napas dalam klien mampu melakukan latihan tarik napas dalam secara mandiri, klien mampu mengikuti prosedur yang di berikan oleh perawat, pada saat di lakukan teknik relaksasi tarik napas dalam klien sempat memperlihatkan ekspresi menahan emosi yaitu dengan nada suara keras dan muka memerah

tangan mengepal, perawat melatih pasien untuk melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam dengan cara yang pertama yaitu memenangkan pasien terlebih dahulu, kemudian menjelaskan tujuan di lakukannya teknik relaksasi tarik napas dalam ini, setelah pasien setuju dengan dilakukannya latihan tarik naps dalam ini perawat mengatur posisi pasien dan menganjurkan untuk pasien melakukan tarik napas dalam sesuai dengan perosedur yang di berikan. Setelah di lakukan tindakan tarik napas dalam pasien mengatakan sudah merasa sedikit tenang dan emosi pasien menurun.

Pada hari ke 4 perawat melakukan tindakan melakukan latihan ssecara sosial/verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik, klien mampu melakukan tindakan dan mampu mengulangi tindakan yang sudah di ajarkan sebelumnya.

Pada hari ke 5 perawat melakukan latihan secara spiritual yaitu sholat/berdo'a. Klien mampu melakukan zikir dan klien mengatakan tiap hari sholat meskipun tidak full 5 waktu.

Pada pertemuan ke 6 perawat melakukan latihan cara minum obat dengan teratur. Klien mampu menyebutkan efek dari tiddak minum obat.

Pada pertemuan ke 7 perawat melaakukan tindakan mengevaluasi kembali seluruh tindakan yang sudah di berikan dan meminta klien untuk mengulangi kembali dari awal kegiatan yang sudah di ajarkan.

5.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian dari perubahan keadaan pasien dari hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat pada

tahap perencanaan sebelumnya. Tujuan dari evaluasi keperawatan ini adalah untuk memodifikasi rencana tindakan keperawatan, meneruskan rencana tindakan keperawatan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau tidak, menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan dan mengkaji penyebab jika tujuan tindakan keperawatan belum dapat tercapai (Purba, 2019).

Evaluasi hari ke 1 yang dimana peneliti melakukan BHSP pertama pada pasien Tn.H dengan respon pasien mau diajak berjabat tangan dan mampu menjawab pertanyaan dari perawat meskipun nada suara agak tinggi dan hubungan saling percaya terbina.

Evaluasi hari ke 2 yaitu peneliti melakukan strategi pelaksanaan pertama pada pasien yaitu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala pada perilaku kekerasan dan melatih tarik napas dalam dengan hasil evaluasi pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan dan pasien dapat mengikuti tindakan tarik napas dalam.

Evaluasi hari ke 3 yaitu melakukan SP 2 melatih cara fisik : pukul bantal/kasur, klien dapat melakukan latihan pukul bantal/kasur dan klien masih terlihat emosi.

Evaluasi hari ke 4 yaitu peneliti mengulangi latihan cara fisik pukul bantal/kasur, klien tanpa emosi saat melakukan pukul bantal/kasur dan klien mampu melakukan pukul bantal/kasur secara mandiri.

Evaluasi hari ke 5 yaitu peneliti melakukan tindakan SP 3 melakukan latihan secara sosial/verbal menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan

mengungkapkan dengan baik. Klien mampu melakukan latihan secara sosial/verbal.

Evaluasi hari ke 5 yaitu peneliti melakukan SP 4 latihan secara spiritual sholat/berdo'a dimana klien dapat mempraktikkan dengan cara ia berzikir, dan klien dapat mengontrol emosi.

Evaluasi hari ke 6 yaitu peneliti melakukan SP 5 melatih cara minum obat dan menjelaskan pentingnya minum obat, pasien bisa menjelaskan efek samping tidak minum obat dan klien selalu minum obat 2x sehari.

Evaluasi hari ke 7 yaitu peneliti melakukan evaluasi seluruh tindakan yang sudah diberikan kepada pasien, pasien mampu menjelaskan ulang dan mampu mempraktikkan ulang apa yang sudah dipelajari sebelumnya.

Pada pasien Tn.H setelah dilakukan implementasi selama 7 hari pasien didapatkan hasil evaluasi yaitu Pasien Tn.H dapat membina hubungan saling percaya terhadap perawat hanya memerlukan 1 hari dan Analisis tindakan keperawatan pada pasien Tn.H sudah mampu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, mampu melakukan tarik napas dalam setiap hari, latihan pukul bantal/kasur, latihan meminta menolak dan mengemukakan dengan baik, mampu melakukan latihan secara spiritual yaitu berzikir dan mampu menjelaskan efek samping tidak minum obat.

Pasien sudah mampu mengontrol emosi dengan cara melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam yang sudah diterapkan setiap hari dan setiap ia mengalami emosi.

5.6 Keterbatasan

Pada penelitian ini terdapat beberapa kelemahan yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini. Keterbatasan ini dapat berasal dari peneliti sendiri maupun dari pasien. Keterbatasan dari peneliti yaitu peneliti memiliki keterbatasan dalam pengalaman baik secara interaksi, sementara keterbatasan dari pasien yaitu pada awal pertemuan pasien cukup sulit untuk diajak berinteraksi dan membutuhkan kepercayaan yang tinggi kepada perawat, jadi perawat butuh waktu untuk mendapatkan kepercayaan pada pasien.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Setelah menguraikan tentang proses keperawatan pada Tn.H dan di simpulkan bahwa pasien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan terapi yang di ajarkan oleh peneliti. Dimana pasien dapat melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam secara mandiri untuk mengontrol amarahnya.

Berdasarkan studi kasus pengkajian pada Tn.H dengan masalah resiko perilaku kekerasan yang telah peneliti lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Data fokus hasil pengkajian yang didapatkan oleh perawat pada pasien Tn.H resiko perilaku kekerasan terdapat tanda dan gejala yaitu pasien tampak menahan emosi dengan tangan mengepal, muka tampak memerah dan nada suara keras.
2. Diagnosa yang diangkat oleh perawat pada pasien Tn.H adalah resiko perilaku kekerasan didapatkan dari hasil yang telah di kaji perawat.
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien Tn.H dengan resiko perilaku kekerasan yaitu dengan melakukan tindakan teekhnik relaksasi tarik npass dalam yang telah disusun berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan dan diagnosa yang telah di angkat.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien Tn.H dengan masalah peerilaku kekerasan yaitu membantu pasien dalam mengontrol emosi yang sudah disusun oleh perawat berdasarkan data

pengkajian dan diagnosa yang diangkat selama 7 hari pertemuan dengan pasien.

5. Evaluasi tindakan proses keperawatan oleh perawat, menunjukkan bahwa pasien sudah bisa mengontrol emos dengan melakukan tindakan tehnik relaksasi tarik napas dalam.

6.2 Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Pasien diharapkan dapat menontrol emosi secara normal dan dapat menahan amarah yang berlebihan. Keluarga diharapkan dapat memberikan support agar pasien dapat menahan emosi yang berlebihan.

2. Bagi perawat

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat digunakan oleh perawat sebagai wawasan tambahan dan acuan intervensi yang dapat diberikan kepada pasien yang mengalami masalah resiko perilaku kekerasan. Perawat juga diharapkan dapat memotivasi perawat lainnya untuk menerapkan penelitian terbaru untuk menambah intervensi dalam menangani pasien yang mengalami masalah perilaku kekerasan.

3. Bagi institusi pendidikan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan wawasan baru mengenai masalah resiko perilaku kekerasan dan menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya yang lebih luas dalam pemenuhan kebutuhan psikososial pada pasien perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggit Madhani, A. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Direja (2018). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. R Dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- Estika Mei Wulansari, E. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Daerah Dr Arif Zainuddin Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Hasannah, S. U. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta).
- Kaliat (2018). Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Kaplen & Sadock (2018). Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta).
- Maramis (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. s Dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- NANDA-I (2018). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Reisko Perilaku Kekerasan.
- Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis* Edisi.4. Jakarta : Salemba Medika.
- Paradede & Laia (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Sekizofrenia (Doctoral disertation, stikes kusuma husada surakarta).
- Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*.
- Rahardjo, M. (2017). *Desain penelitian studi kasus: Pengalaman empirik*.
- Rahmat, W., Akune, K., & Sabir, M. (2019). *DemamTifoiddenganKomplikasi Sepsis: Pengertian, Epidemiologi, Patogenesis, dan SebuahLaporanKasus*. *Jurnal Medical Profession*, 1(3), 220-225.

Smeltzer & BARE (2020). Tindakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Tarik Napas Dalam.

Suryentik, DKK (2018). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan. Jurnal Keperawatan Jiwa.

Urbayatun (2019). Psikoterapi Islam Psikologi Islam, Jurnal Psikologi Islam.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Yecka Zahara
NIM : P00320120034
NAMA PEMBIMBING : Ns. Meigo Anugra Jaya, S.Kep, M.Kep, Sp.J
JUDUL : Asuhan keperawatan skizofrenia dengan implementasi teknik relaksasi tarik napas dalam pada pasien perilaku kekerasan di RSKJ Soeprpto bengkulu tahun 2023

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	11November 2022	Acc Judul	
2.	19Desember 2022	<ul style="list-style-type: none">- Lampirkan artikel terkait penelitian (artikel dengan metode non laporan kasus)- Ketikan juudul tidak perlu di tarik- Judul-judul dengan implementasi- Penomoran sesuai panduan	
3.	26Desember 2022	<ul style="list-style-type: none">- Singkronkan latar belakaang- Tambahkan data skizofrenia dari bengkulu- Pastikan semua sumber adda di dalam daftar pustaka	
4.	15 Maret 2023	<ul style="list-style-type: none">- Ketikan judul di bagian rumusan masalah di luruskan- Tambahkan konsep skizofrenia di BAB 2- Tambahkan BAB 3	

5.	10 April 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Sesuaikan anatomi fisiologi skizofrenia - Pohon masalah di bagian askep - Diagnosa keperawatan dibuat pohon masalah 	
6.	17 April 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan konsep skizofrenia - Intervensi menggunakan tabel - Perhatikan penulisan bab 3 	
7.	18 April 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi bab 2 (konsep, pengertian, etiologi, patofisiologi, konsep PK, konsep askep) - Cari jurnal metode non laporan kasus 	
8.	5 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - ACC Proposal 	
9.	12 juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi pengkajian - Sinkronkan pertanyaan dan jawaban - Sesuaikan dengan prosedur yang di buat 	
10.	16 juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan typo pengetikan - Sinkronkan diagnosa dengan hasil pengetikan - Perbaiki impementasi sesuai dengan prosedur 	
11.	25 juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Rapikan paragraf - Tambahkan pembahasan sesuai dengan tindakan kasus - Usahakan kesimpulan yang mutiara dari pembahasan 	
12.	27 juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Hilangkan DS dan DO di bagian pengkajian 	
13.	3 juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Kesimpulan samakan dengan isi 	

		pengkajian - Sesuaikan isi penilaian terhadap respon stressor	
14.	5 juli 2023	- Peembahasahan bicaraakan kasus dan teori - Lengkapi isi pembahasan dan penutup	
15.	6 juli 2023	- Acc ujian	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
 NIP: 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



04 Juli 2023

Nomor : KH.03.01/ 29 \ /6.2/2023
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Kepada Yth

Direktur RSKJ Soeprapto
Bengkulu

Di
Tempat

Dengan Hormat

Sehubungan dengan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Laporan Kasus bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Curup Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, maka bersama ini kami mohon ketersediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/I kami tersebut dibawah ini untuk melakukan Asuhan Keperawatan yang berkaitan dengan judul: ***Asuhan Keperawatan Skizofrenia Dengan Implementasi Teknik Relaksasi Tarik Napas Dalam Pada Pasien Prilaku kekerasan Di RSKJ Soeprapto Bengkulu 2023*** Adapun nama mahasiswa yang akan melakukan kegiatan tersebut adalah:

Nama : Yecka Zahara

Nim : P00320120034

Demikianlah atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga

Ns. Derison Marsinova B, S.Kep, M.Kep
Nip. 197112171991021001

Tembusan :

Arsip



BIODATA

Nama : Yecka Zahara

Tempatdantanggallahir : Gelung Sakti, 13 Februari 2003

Jeniskelamin :Perempuan

Alamat : Desa Gelung Sakti, kec.Pajar bulan, Kab.LAHAT

Riwayatpendidikan :1. SD Negeri 17 Pajar Bulan

2. SMP Negeri 1 Pajar Bulan

3. SMA Negeri 1 Pajar Bulan

DOKUMENTASI



RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENGENDALIAN MARAH KLIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN

I Nengah Sumirta

I Wayan Githa

Ni Nengah Sariasih

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar

Email : *mirtakumara@gmail.com*

Abstract : *The Relaxation of Breath In Control Against Angry Clients With Violent Behavior.* *The purpose of this research is to know the effect of relaxation techniques of breath In Control Against Angry clients with violent behavior. This type of research Pre Experimental design, This research using One Group Pre Test - Post Test Design, sampling technique used is the Total Sampling with a large sample of 34 people. The results showed that the ability to control anger in patients with violent behavior before it is given a treat is the most at low levels i.e. 29 people (85%) and after given a treat at the level being that as many as 24 people (71%). Test results Wilcoxon Sign Rank Test with p value = 0.000 & of 0.01 means that there is a very significance influence on relaxation therapy breath in response to control angry clients with violent behavior in space of Bratasena Bali Province Mental Hospital in 2013.*

Abstrak : Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien dengan Perilaku Kekerasan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien dengan Perilaku Kekerasan. Jenis Penelitian ini adalah *Pra Experimental* dengan rancangan penelitian *One Group Pre Test – Post Test Design*, teknik sampling yang digunakan adalah *Total Sampling* dengan besar sampel 34 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan mengendalikan marah pada pasien dengan perilaku kekerasan sebelum diberikan perlakuan adalah terbanyak pada tingkat rendah yaitu 29 orang (85%) dan sesudah diberikan perlakuan pada tingkat sedang yaitu sebanyak 24 orang (71%). Hasil uji *Wilcoxon Sign Rank Test* didapatkan $p\ value = 0,000 < 0,05$, berarti ada pengaruh yang signifikans terapi relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan di Ruang Bratasena RSJ Propinsi Bali tahun 2013.

Kata kunci : Relaksasi, Nafas Dalam, Pengendalian Marah

Perilaku kekerasan yang ditunjukkan pasien gangguan jiwa sering dijumpai di praktik keperawatan jiwa. Perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri, maupun orang lain (Stuart, 2007). Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif (Stuart, 2007). Faktor yang meningkatkan kemungkinan adanya perilaku kekerasan (amuk) yaitu agitasi, psikosis, riwayat adanya tindakan-tindakan

kekerasan di masa lalu adanya stres masa kini, intoksikasi obat dan alkohol, gejala abstinensi dari alkohol dan *hipnotik sedative* (Kaplan & Sadock, 1998).

Perilaku kekerasan sering dijumpai pada pasien Skizofrenia. Menurut Maramis (2005), Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respon emosional. Sering kali diikuti dengan *delusi* (keyakinan yang salah), halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang panca indra) dan perilaku kekerasan (*agitasi*). Skizofrenia merupakan

salah satu bentuk gangguan jiwa berat akibat gangguan fungsi otak yang terjadi karena ketidakseimbangan pada *dopamine* yaitu salah satu sel kimia dalam otak (Hawari, 2003). Perilaku kekerasan/amuk dapat disebabkan karena frustrasi, takut, manipulasi atau intimidasi. Perilaku kekerasan merupakan hasil konflik emosional yang belum dapat diselesaikan.

Studi pendahuluan yang dilakukan selama sebulan (bulan Oktober 2012), kasus klien dengan perilaku kekerasan yang dirawat di ruang Bratasena RSJ Propinsi Bali sebanyak 34 kasus. Hal tersebut menunjukkan bahwa klien dengan perilaku kekerasan merupakan masalah yang perlu ditangani secara komprehensif. Teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan diantaranya adalah teknik relaksasi, alasannya adalah jika melakukan kegiatan dalam kondisi dan situasi yang relaks, maka hasil dan prosesnya akan optimal. Relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah, yang pada akhirnya mengendurkan ketegangan jiwa. Salah satu cara terapi relaksasi adalah bersifat respiratoris yaitu dengan mengatur aktivitas bernafas. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernapas, menyebabkan sikap mental dan badan yang relaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku (Wiramihardja, 2007).

Kustanti dan Widodo (2008) menyatakan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi terhadap perubahan status mental klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dengan p value = 0,000. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa teknik relaksasi efektif untuk menurunkan keluhan fisik yang dialami oleh klien perilaku kekerasan. Relaksasi napas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik

maupun emosional (Smeltzer & Bare, 2002). Teknik relaksasi juga dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi (Goleman, 1997). Penelitian oleh Zelianti (2011) tentang pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang, menyatakan ada pengaruh yang signifikan antara teknik relaksasi napas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan dengan nilai $p = 0,000$. Relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Relaksasi napas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin. Dilepaskannya hormon endorphen dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, melawan penuaan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan, dan kreativitas (Smeltzer & Bare, 2002). Berdasarkan uraian tersebut, tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan.

METODE

Penelitian ini termasuk Penelitian Pra Eksperimen, yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan, rancangan penelitian *one group pre test dan post test disgn*. Penelitian ini mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan melibatkan satu kelompok subyek. Jumlah sampel yang digunakan adalah 34 responden dengan kriteria inklusi pasien perilaku kekerasan, pasien yang mudah marah, dan pasien yang sudah kooperatif. Perlakuan diberikan selama tiga kali selama tiga hari, setiap perlakuan diberikan selama 15 menit. Sebelum dan sesudah perlakuan dilakukan tes untuk mengukur tingkat pengendalian marah klien. Untuk mengetahui ada tidaknya

pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan, digunakan nilai $p = 0,05$ (5%).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik subjek penelitian menurut umur dan pendidikan disajikan dalam tabel 1 dan 2.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

Umur (tahun)	f	%
21-35	13	38
36-45	18	53
46-55	3	9
Total	34	100

Dari tabel 1 terlihat bahwa responden sebagian besar berada dalam rentang umur 36-45 tahun sebanyak 18 orang (53%)

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	f	%
SD	9	26
SMP	15	44
SMA	10	30
Total	34	100

Dari tabel 2 terlihat bahwa tingkat pendidikan responden terbanyak adalah SMP sebesar 15 orang (44%)

Hasil pengamatan tentang Tingkat Pengendalian Marah Klien dengan Perilaku Kekerasan disajikan dalam tabel 3, 4, dan 5.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pengendalian Marah Klien Perilaku Kekerasan Sebelum Dilakukan Teknik Relaksasi Nafas Dalam (*Pre Test*)

Tingkat Pengendalian Perilaku Kekerasan	f	%
Rendah (<56)	29	85
Sedang (56-75)	5	15
Tinggi (76-100)	0	0
Total	34	100

Dari tabel 3 terlihat bahwa sebelum dilakukan perlakuan, tingkat pengendalian

marah klien dengan perilaku kekerasan terbanyak adalah pada tingkat rendah sebanyak 29 orang (85%)

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengendalian Marah Klien Perilaku Kekerasan Setelah Diberikan Teknik Relaksasi nafas Dalam (*Post Test*)

Tingkat Pengendalian Perilaku Kekerasan	f	%
Rendah (<56)	0	0
Sedang (56-75)	24	71
Tinggi (76-100)	10	29
Total	34	100

Dari tabel 4 terlihat bahwa setelah dilakukan perlakuan tingkat pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan terbanyak pada tingkat sedang yaitu 24 responden (71%).

Tabel 5. Analisis Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien Perilaku Kekerasan

Sebelum Perlakuan	Sesudah Perlakuan				Jumlah		<i>p</i> value <i>sig</i> (2-tailed)
	Sedang		Tinggi				
	f	%	f	%	f	%	
Rendah	24	70	5	15	29	85	0,000
Sedang	0	0	5	15	5	15	
Total	24	70	10	30	34	100	

Dari tabel 5 terlihat bahwa setelah diberikan perlakuan terjadi perubahan pengendalian tingkat pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan dari rendah menjadi sedang sebanyak 34 responden (70%) dan dari tingkat rendah maupun sedang masing-masing 5 responden (15%). Setelah dianalisis dengan *Wilcoxon Sign Rank Test*, *sig*.(2-tailed) Nampak *p* value = 0,000 atau $p < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima.

Hasil penelitian yang menunjukkan terjadinya perubahan pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan pada gangguan jiwa skizofrenia disebabkan karena pemberian teknik relaksasi nafas

dalam dapat meningkatkan kemampuan mengendalikan respon marah. Seseorang akan dapat mengatur emosi atau mengelola keadaan. Menurut Smeltzer & Bare (2002), relaksasi napas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional. Relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Relaksasi napas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan *opioid endogen* yaitu *endorphin* dan *enkefalin*. Dilepaskannya hormon *endorphin* dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, melawan penuaan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan, dan kreativitas (Smeltzer & Bare, 2002).

Hasil penelitian Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien dengan Perilaku Kekerasan dengan uji *Wilcoxon Sign Rank Test* menunjukkan p value = 0,000 atau $p < 0,05$. Hal ini menunjukkan ada pengaruh yang signifikan antara teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan. Penelitian sejenis yang dilakukan oleh Zelianti (2011) tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang, menyatakan ada pengaruh yang signifikan dengan nilai $p = 0,000$. Kustanti dan Widodo (2008) juga menyatakan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi terhadap perubahan status mental klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dengan p value = 0,000. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa teknik relaksasi efektif untuk menurunkan keluhan fisik yang dialami oleh klien perilaku kekerasan. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang disampaikan oleh Goleman (1997) dan Smeltzer & Bare, (2002) bahwa teknik relaksasi dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak

terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi.

SIMPULAN

Kemampuan mengendalikan marah klien dengan perilaku kekerasan pasien gangguan jiwa sebelum diberikan perlakuan teknik relaksasi nafas dalam paling banyak dalam kategori rendah yaitu sebanyak 29 orang (85%). Setelah diberikan perlakuan terjadi peningkatan kemampuan mengendalikan perilaku kekerasan yaitu pada tingkat sedang sebanyak 24 responden (71%). Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap kemampuan pasien mengendalikan perilaku kekerasan di Ruang Bratasena RSJ Propinsi Bali dengan p value = 0,000. Hasil penelitian ini dapat digunakan diberbagai tempat pelayanan keperawatan kesehatan jiwa yang ada. Teknik Relaksasi Nafas Dalam dapat digunakan oleh praktisi di lapangan terutama di tatanan pelayanan kesehatan jiwa dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan perilaku kekerasan sehingga klien dapat mengendalikan perilaku kekerasannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Goleman, 1997. *Social Intelligence, The New Science The Human Relationship*, Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Hawari D, 2003. *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa : Skizofrenia*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Kustanti dan Widodo, 2008. Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Perubahan Status Mental Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Skripsi*.
- Kaplan & Saddock, 1998. *Sinopsis Psikiatri, Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*, Jakarta : Binarupa Aksara.
- Maramis W.F, 2005. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Surabaya, Airlangga University Press.
- Smeltzer S.C, Bare B.G, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta : EGC

Stuart G.W, 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Jakarta : EGC

Wiramiharja, 2007. *Pengantar Psikologi Klinis*, Bandung : PT Rafika Adhitama

Zelianti, 2011. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Emosi Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang. *Skripsi*.

PERBEDAAN PERILAKU KEKERASAN SEBELUM DAN SESUDAH TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN PERILAKU KEKERASAN

Differences Of Violence Behavior Before And After Breathing Relaxation Therapy In Violence Behavior Patients

Roufuddin¹ Mutiatun Hoiriyah²

¹STIKES Artha Bodhi Iswara Surabaya

²STIKES Insan Se Agung Bangkalan

Alamat Korespondensi : Prodi Keperawatan STIKES ABI
Jl. Pumpungan III No. 29 Sukolilo Surabaya

ABSTRAK

Perilaku kekerasan merupakan salah satu contoh gangguan jiwa yang sering terjadi di kehidupan masyarakat. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan.

Metode penelitian ini menggunakan *One Group Pretest - Posttest Design*. Populasi dalam penelitian ini adalah 32 pasien perilaku kekerasan di ruang Kenari dan sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 pasien perilaku kekerasan yang diperoleh menurut kriteria inklusi. Teknik pengambilan sampel diambil menggunakan *Consecutive Sampling*. Instrumen dalam penelitian ini adalah observasi RUFA. Data dianalisis menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikansi $p < \alpha$, $\alpha = 0,05$.

Dari hasil penelitian sebelum terapi relaksasi nafas dalam diperoleh kategori perilaku kekerasan sedang (80%) dan kategori perilaku kekerasan ringan (20%). Setelah terapi relaksasi nafas dalam diperoleh kategori perilaku kekerasan ringan (83,3%) dan kategori perilaku kekerasan sedang (16,7%). Dari hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* didapatkan ada perbedaan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan nilai kemaknaan ($p = 0,000 < 0,05$).

Kesimpulannya adalah ada perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan. Maka dengan ini terbukti adanya penurunan perilaku kekerasan sesudah diberikan terapi relaksasi nafas dalam.

Kata Kunci : Relaksasi Nafas Dalam, Pasien Perilaku Kekerasan

ABSTRACT

Violent behavior is one example of mental disorders that often occur in public life. The purpose of this study was to analyze differences in violent behavior before and after Breathing Relaxation Therapy In Violence Behavior Patients.

This research method used One Group Pretest - Posttest Design. The population in this study were 32 patients of violent behavior in Kenari room and the samples in this study were 30 patients of violent behavior obtained according to the inclusion criteria. The sampling technique was taken using Consecutive Sampling. Instrument in this research is RUFA observation. Data were analyzed using Wilcoxon Signed Rank Test with significance value $p < \alpha$, $\alpha = 0,05$.

From the results of the study before the deep breathing relaxation obtained medium violent behavior category (80%) and light violent behavior category (20%). After deep breathing relaxation therapy obtained light violent behavior categories (83,3%) and medium violent behavior category (16,7%). The statistic result of Wilcoxon Signed Rank Test shows that there is a difference of violent behavior in Mental Hospital of Menur Surabaya with significance value ($p = 0,000 < 0,05$).

The conclusion was that there are differences in violent behavior before and after deep breathing therapy in patients of violent behavior. Then this proved to be a decrease in violent behavior after being given deep breath relaxation therapy.

Keywords: Deep Breathing Relaxation, Patient of Violent Behavior

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju. Meskipun masalah kesehatan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung. Namun gangguan tersebut dapat menimbulkan ketidakmampuan individu dalam berkarya serta ketidaktepatan individu dalam berperilaku yang dapat mengganggu kelompok dan masyarakat serta dapat menghambat pembangunan karena mereka tidak produktif (Videbeck, 2008).

Perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri, maupun orang lain.⁽²⁾ Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif.⁽²⁾ Perilaku kekerasan/amuk dapat disebabkan karena frustrasi, takut, manipulasi atau intimidasi.

Negara Indonesia khususnya Propinsi Jawa Tengah prevelensi gangguan jiwa mengalami peningkatan mulai tahun 2005 sampai tahun 2010 (Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005-2010). Hal ini menunjukkan bahwa gangguan jiwa termasuk gangguan kesehatan yang perlu mendapat perhatian dari pemerintah maupun masyarakat (Yuhanda, 2013)

Berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 18 November 2016 di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya didapatkan data total jumlah pasien dari bulan Januari - Agustus 2016 sebanyak 1.679 pasien yaitu perilaku kekerasan 15%, halusinasi 30%, isolasi sosial

50%, harga diri rendah 12%, defisit perawatan diri 10%, waham 7%, dan bunuh diri 1%. Dari hasil data total jumlah estimasi pasien perilaku kekerasan selama 1 bulan adalah jumlah total pasien yang dirawat sebanyak 210 pasien dan jumlah pasien perilaku kekerasan sebanyak 32 pasien.

Salah satu gejala gangguan jiwa adalah munculnya perilaku yang tidak wajar dari biasanya seperti perilaku kekerasan atau tindakan kekerasan yang tidak wajar. "Kekerasan" juga berkonotasi kecenderungan agresif untuk melakukan perilaku yang merusak. Tindak kekerasan / perilaku kekerasan menimbulkan dampak fisik, psikologis, sosial, serta spiritual bagi korban dan juga mempengaruhi sistem keluarga serta masyarakat menyeluruh (Hamid, 2008).

Dan banyak faktor yang mempengaruhi seseorang mengalami gangguan jiwa. Hingga saat ini diyakini terdapat tiga faktor utama sebagai penyebabnya. Pertama, faktor organobiologi seperti faktor keturunan (genetik), adanya 2 ketidakseimbangan zat-zat neurokimia di dalam otak. Kedua, faktor psikologis seperti adanya mood yang labil, rasa cemas berlebihan, gangguan persepsi yang ditangkap oleh panca indera kita (halusinasi). Dan yang ketiga adalah faktor lingkungan (sosial) baik itu di lingkungan terdekat kita (keluarga) maupun yang ada diluar lingkungan keluarga seperti lingkungan kerja atau sekolah. Dan penyebab perilaku kekerasan lainnya yaitu karena frustrasi, takut, manipulasi atau intimidasi.

Terapi yang dapat dilakukan pada pasien perilaku kekerasan diantaranya adalah terapi relaksasi. Oleh karena itu peneliti melakukan penelitian pada pasien perilaku kekerasan dengan memberikan terapi relaksasi nafas dalam.

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan jenis penelitian *pra eksperiment design* tanpa kelompok pembandingan (Rancangan Pra-eksperimental) tipe *one grouppretest - posttest design*. Yaitu desain *Experimental* yang dilakukan pretest sebelum diberikan perlakuan dan posttest setelah dilakukan perlakuan. Kelompok sampel diobservasi mengenai tingkat perilaku kekerasan sebelum dilakukan intervensi, kemudian sampel diberikan perlakuan terapi relaksasi nafas dalam dan setelah itu diobservasi kembali mengenai tingkat perilaku kekerasan (Nursalam, 2013).

Populasi dalam penelitian ini menggunakan populasi estimasi yang diperoleh dari jumlah rata-rata pasien perilaku kekerasan selama 1 bulan terakhir yang dirawat di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada bulan Agustus 2016 sebanyak 32 pasien perilaku kekerasan. Dengan sampel sebesar 30 responden.

Variabel independen dalam penelitian ini yaitu terapi relaksasi nafas dalam dan variabel dependen yaitu pasien perilaku kekerasan. Penelitian ini menggunakan instrumen berupa observasi RUFA. Sebelum dilakukan intervensi, diawali dengan mengobservasi menggunakan observasi RUFA sebagai data pre kemudian dilakukan

intervensi dan langsung di lakukan observasi post. Analisis statistik diperoleh dengan perangkat komputer menggunakan uji statistik *Wilcoxon* dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan selama satu minggu dimulai tanggal 05 Juni 2016 sampai 09 Juni 2017 di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Dari hasil penelitian didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Data Umum

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Umur Menurut Depkes RI (2009)

Umur (tahun)	Frekuensi	(%)
17-25 tahun	9	30 %
26-35 tahun	7	23,3 %
36-45 tahun	8	26,7 %
46-55 tahun	3	10 %
56-65 tahun	3	10 %
Total	30	100%

Berdasarkan hasil data tabel 1 distribusi frekuensi kategori usia menurut Depkes RI (2009) menunjukkan bahwa sebagian besar mengalami gangguan jiwa perilaku kekerasan yaitu umur 17-25 tahun sebanyak 9 responden (30 %).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden Pasien Perilaku Kekerasan di Ruang Kenari

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	(%)
SD	8	26,7 %
SMP	7	23,3 %
SMA	14	46,7 %
S1	1	3,3 %
Total	30	100%

Berdasarkan hasil tabel 2 menunjukkan bahwa terbanyak responden berlatar belakang pendidikan SMA sebanyak 14 responden (46,7%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Status Perkawinan Responden Pasien Perilaku Kekerasan di Ruang Kenari

Status Perkawinan	Frekuensi	(%)
Menikah	7	23,3
Duda/Janda	1	3,3
Cerai	2	6,7
Belum Menikah	20	66,7
Total	30	100%

Berdasarkan tabel 3 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden belum menikah dengan jumlah 20 responden (66,7%).

2. Data Khusus

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Perilaku Kekerasan Sebelum Diberikan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Perilaku Kekerasan di Ruang Kenari

Perilaku Kekerasan	Frekuensi	(%)
Ringan	6	20 %
Sedang	24	80 %
Total	30	100%

Berdasarkan tabel 4 diatas menunjukkan bahwa perilaku kekerasan sebelum diberikan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan sebagian besar responden mengalami perilaku kekerasan dengan kategori sedang sebanyak 24 pasien (80%).

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Perilaku Kekerasan Sesudah Diberikan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Perilaku Kekerasan di Ruang Kenari

Perilaku Kekerasan	Frekuensi	(%)
Ringan	25	83,3 %
Sedang	5	16,7 %
Total	30	100%

Berdasarkan tabel 5 diatas menunjukkan bahwa perilaku kekerasan sesudah diberikan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku

kekerasan sebagian besar responden yang mengalami perilaku kekerasan berkurang dengan kategori ringan menjadi 25 pasien (83,3%).

Dari hasil uji *Wilcoxon Rank Test* diperoleh nilai kemaknaan $p < \alpha$ ($0,000 < 0,05$), maka terdapat penurunan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah di berikan intervensi.

PEMBAHASAN

1. Perilaku Kekerasan Sebelum Diberikan Terapi Relaksasi Nafas Dalam di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien perilaku kekerasan di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya diketahui bahwa sebelum diberikan terapi relaksasi nafas dalam, pasien mengalami perilaku kekerasan dengan kategori sedang yaitu 24 pasien perilaku kekerasan (80%).

Perilaku Kekerasan disebabkan karena pasien frustrasi, takut, manipulasi atau intimidasi dan emosi yang tidak terkontrol. Perilaku kekerasan yang dimiliki seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor keturunan, faktor lingkungan/sosial baik itu dilingkungan terdekat maupun yang ada diluar lingkungan dan faktor psikologis yaitu adanya mood yang labil, rasa cemas berlebihan, gangguan persepsi yang ditangkap oleh panca indra kita. Dan menurut teori biopsikososial juga disebabkan oleh interaksi yang kompleks

antara faktor biologic, psikologik, dan sosiokultural (Dewi, 2019).

Menurut Stuart & Laraia menyatakan bahwa perilaku adalah hal yang dapat diobservasi, dicatat, diukur, bergerak atau berespon (Sumirta, 2013). Mengubah perilaku dapat dilakukan dengan 3 strategiyaitu menggunakan kekuasaan/kekuatan / dorongan, pemberian informasi, diskusi partisipan (Videbeck, 2008). Sedangkan Sunaryo menyatakan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu kebutuhan, motivasi, sikap dan kepercayaan. Dari pernyataan diatas dapat diketahui bahwa perilaku dapat dirubah dengan pemberian informasi, diskusi dan motovasi berdasarkan kebutuhan dan keyakinan individu, perubahan tersebut dapat diobservasi atau diukur (Dewi, 2009).

Dari data umum yang kami dapat, hampir setengahnya pasien perilaku kekerasan berpendidikan SMA sebanyak 14 responden (46%). Hal ini didukung oleh penelitian Retno (2016) yang menyatakan dari 28 responden jenjang pendidikan hampir setengahnya adalah SMA sebanyak 11 orang (39,4%).

Berdasarkan tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden belum menikah dengan jumlah 20 responden (66,7%). Hal ini didukung oleh penelitian (Retno, 2016) yang menyatakan dari 28 responden didapatkan sebagian besar berstatus tidak kawin sebanyak 15 orang (53,6%).

Menurut pendapat saya status hubungan mempengaruhi beban emosional

seseorang tersebut. Kondisi status yang belum menikah menjadi faktor pendukung dalam tingginya tingkat emosional seseorang dikarenakan tidak adanya peran keluarga terdekat yang dapat menurunkan serta mengontrol tingkat emosional tersebut sehingga perilaku kekerasan dapat dicegah.

Ditinjau dari data umum pada pasien perilaku kekerasan. Peneliti berupaya memberikan solusi yang mampu mengatasi atau menurunkan tingkat emosional seseorang sehingga menekan terjadinya perilaku kekerasan yaitu dengan memberikan terapi relaksasi nafas dalam. Selain itu untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan maka sebaiknya terapi relaksasi nafas dalam disertai dengan terapi fisik agar perilaku kekerasan tetap stabil dan dapat mengontrol emosinya.

2.Perilaku Kekerasan Sesudah Diberikan Terapi Relaksasi Nafas Dalam di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Berdasarkan penelitian di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya sesudah diberikan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan berkurangnya perilaku kekerasan dalam kategori ringan yaitu 25 pasien perilaku kekerasan (83,3%). Hal ini dibuktikan oleh hasil lembar observasi RUFA yang telah dibagikan sebagai indikator dalam menentukan tingkat terjadinya perilaku kekerasan pada seseorang yang ditandai dengan indikator perilaku mata melotot, dengan intonasi bicara yang tinggi

disertai ekspresi tegang dengan pandangan tajam.

Pasien perilaku kekerasan yang disebabkan oleh frustrasi, takut, manipulasi atau intimidasi, emosi yang tidak terkontrol dan lingkungan sekitarnya yang tidak sesuai dengan keadaan / perasaannya dapat memicu timbulnya tindakan perilaku kekerasan ini. Lingkungan dengan peristiwa-peristiwa yang mencerminkan tindakan kekerasan seperti pembunuhan, kerusuhan, pembakaran, pemukulan, dan penyiksaan dapat menyebabkan perilaku kekerasan meningkat. Pola hidup juga mempengaruhi perilaku kekerasan seperti malas berolahraga dengan tarik nafas maka berisiko tinggi untuk terjadi perilaku kekerasan ini karena tarik nafas berfungsi untuk menurunkan keluhan fisik, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional, serta dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Untuk mengurangi perilaku kekerasan maka lakukan relaksasi nafas dalam dengan langkah-langkah sebagai berikut : meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen, melakukan nafas dalam, merasakan mengembangnya abdomen, menahan nafas hingga 3 hitungan, menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan, merasakan mengempisnya abdomen dari kontraksi otot. Dalam penelitian ini terbukti bahwa sesudah melakukan relaksasi nafas dalam tersebut sesuai aturan dapat mengurangi perilaku kekerasan.

Menurut pendapat peneliti, pasien perilaku kekerasan sudah dapat mengatur

emosi dan menjaga keseimbangan emosinya dengan cara melakukan terapi relaksasi nafas dalam yang disertai dengan latihan fisik, sehingga emosi tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi.

3. Perbedaan Perilaku Kekerasan Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Relaksasi Nafas Dalam di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dapat disimpulkan ada perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah diberikan terapi nafas dalam. Berdasarkan uji *Wilcoxon Rank Test* diperoleh nilai kemaknaan $p < \alpha$ ($0,000 < 0,05$). Perilaku kekerasan sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya mengalami perilaku kekerasan dengan kategori sedang (80%). Sesudah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan mengalami penurunan perilaku kekerasan dengan kategori ringan 25 pasien perilaku kekerasan (83,3%), dan kategori sedang 5 pasien perilaku kekerasan (16,7%). Maka H_1 diterima artinya ada perbedaan yang bermakna perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kustanti dan Widodo menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi relaksasi yang berhubungan dengan pasien perilaku kekerasan salah satunya adalah relaksasi nafas dalam dan penelitian tersebutkan

mendapatkan hasil bahwa ada pengaruhnya (Kustanti, 2008). Serta hasil penelitian Nanny Dyah Zelianti mendapatkan hasil *p value* 0,000 bahwa ada perbedaan sebelum dan sesudah diberikan terapi relaksasi nafas dalam.

Selain itu didukung oleh teori Smaltzer & Bareyang menyatakan bahwa relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional (Sumirta, 2013). Menurut Widyastuti terapi relaksasi nafas dalam tidak hanya menyebabkan efek yang menenangkan fisik tetapi juga menenangkan pikiran (Nanny, 2010).

Pada pasien perilaku kekerasan, terapi relaksasi nafas dalam dapat merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin. Dilepaskannya hormone endorphen dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, melawan penuaan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan, dan kreatifitas (Sumirta, 2013). Terapi relaksasi nafas dalam tidak saja menyebabkan efek yang menenangkan fisik tetapi juga menenangkan pikiran. Oleh karena itu beberapa terapi relaksasi seperti nafas dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi, dan depresi (Yuhanda, 2013).

Ditinjau dengan data umum pada pasien perilaku kekerasan sesudah diberikan

terapi relaksasi nafas dalam terjadi penurunan perilaku kekerasan. Dengan ini untuk mencegah perilaku kekerasan berulang sebaiknya dilakukan terapi relaksasi nafas dalam selama 3 kali dalam seminggu tidak lebih dari 2 hari berturut-turut melakukan relaksasi nafas dalam dan dilakukan selama 2-4 minggu. Setelah penelitian ini responden dapat melakukan terapi tersebut dengan sendiri karena responden sudah mengetahui reaksi terapi relaksasi nafas dalam dan dapat merasakan bagaimana perubahannya sesudah melakukan terapi relaksasi nafas dalam, responden merasakan lebih tenang dan dapat mengurangi stress dan emosi yang tidak terkontrol.

Dengan ini sudah terbukti bahwa sesudah diberikan terapi relaksasi nafas dalam dapat mengurangi perilaku kekerasan, karena relaksasi nafas dalam dapat mengurangi stress maupun emosi serta memberikan perasaan tenang dan mampu mengontrol diri. Maka terapi relaksasi nafas dalam bermanfaat untuk pasien perilaku kekerasan. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Perilaku kekerasan sebelum diberikan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan di Ruang Kenari Rumah

- Sakit Jiwa Menur Surabaya berada pada kategori sedang sebanyak 24 pasien (80%).
2. Perilaku kekerasan sesudah diberikan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya berada pada kategori ringan sebanyak 25 pasien (83,3%).
 3. Ada perbedaan intensif perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

SARAN

Penelitian ini dapat memberikan pengetahuan dan dapat memanfaatkan metode yang ada bagi responden khususnya, pada masyarakat umum dalam menurunkan perilaku kekerasan pada pasien perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, D, dkk. (2009). *Jurnal. Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam terhadap Penurunan Persepsi Nyeri pada Lansia dengan Arthritis Reumatoid.* <http://jos.unsoed.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/179>
- Hamid, A.Y. (2008). *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa.* Jakarta:EGC
- Kustanti, E & Widodo, A. (2008). *Jurnal. Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Perubahahan Status Mental Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Surakarta.* <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/handle/11617/498>
- Kusumawati F dan Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa.* Jakarta : Salemba Medika
- Kelliat, B.A. (2012). *Keperawatan Kesehatan Jiwa.* Jakarta: EGC
- Nanny & Sujarwo. (2010). *Jurnal. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Emosi Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.*
- Nursalam. (2013). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis.* Jakarta : Salemba Medika.
- Sumirta, N, dkk. (2013). *Jurnal. Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien Dengan Perilaku Kekerasan.* <http://poltekkesdenpasar.ac.id/files/JURNAL%20GEMA%20KEPERAWATAN/JUNI%202014/Nengah%20Sumirta,%20dkk.pdf>
- Videbeck, S. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa.* Jakarta:EGC
- Yosep, I. (2010). *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi).* Bandung : Refika Aditama.
- Yuhanda, D, dkk. (2013). *Jurnal. Efektivitas terapi relaksasi nafas dalam dan tertawa dalam mengontrol perilaku kekerasan pada pasien perilaku kekerasan di RSJD Dr.Amino Gondo Hutomo Semarang.*

D3. Kep. Yecka Zahar.4

by Yecka Zahara

Submission date: 11-Sep-2023 01:28PM (UTC+0700)

Submission ID: 2162912575

File name: D3_Kep._Yecka_Zahara.4.docx (21.77K)

Word count: 1853

Character count: 11937

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pengkajian Keperawatan

Dari hasil penelitian yang ditemukan pada kasus Tuan H diperoleh pada tanggal 17 Mei 2023 jam 08.30 Wib klien diantar oleh keluarga, klien ulangan dari 2022 masuk RSKJ. Klien datang dengan keluhan klien karen mrah-marrah dengan ibunya, merusak barang, dan klien tertawa sendiri. Ketika dikaji oleh perawat didapatkan hasil pengkajian tanggal 28 Mei 2023 jam 10.00 wib klien terlihat menahan emosi dengan kedua tangan mengepal dan muka merah, malas berinteraksi dengan orang lain. Berdasarkan data yang diambil dari data subjektif, klien mengatakan sulit menahan emosi dan melampiaskan emosi dengan cara berinteraksi dengan teman di sekitar. Data objektif nya yaitu klien terlihat menahan emosi dengan tangan mengepal, muka memerah, tatapan mata melotot, dan nada bicara yang keras. Dari pembahasan yang di ambil pada teori biasa pasien yang mengalami perilaku **kekerasan** pada saat pemeriksaan fisik menunjukkan tanda-tanda **mata melotot**, tatapan **tajam**, **tangan terkepal**, **rahang** terkatup, **wajah memerah** dan ucapan kasar. Terdapat perbedaan antara keluhan pasien awal masuk rumah sakit dengan data pengkajian yaitu pasien masih terlihat menahan emosi dan marah-marrah.

Menurut HTG (2019), pengkajian keperawatan adalah Proses pengumpulan data, riwayat penyakit sebelumnya dan pemeriksaan keadaan umum pasien. Pengasuh juga harus mengikuti standar operasional prosedur yang berlaku untuk menghindari penyimpangan dari peraturan yang berlaku. Melalui asesmen intensif yang menilai riwayat psikososial, konsep diri, hubungan sosial, aktivitas motorik, dampak emosional, persepsi, alur berpikir, isi pikiran, bentuk pikiran, memori, dan interaksi selama wawancara; Pemeriksaan kebutuhan psikososial.

Menurut Sukaesti (2018), terbentuknya kontrak awal antara klien dan perawat merupakan suatu jenis hubungan yang bertujuan untuk membangun kepercayaan klien terhadap perawat. Perawat harus memanfaatkan hubungan terapeutik untuk mengembangkan rasa saling percaya dalam merawat klien.

Menurut (Kio, Wardana & Arimbawa, ²2020) Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata. Pada saat peneliti melakukan pengkajian memang pasien terlihat sedang menahan emosi, muka memerah dan nada bicara keras saat menjawab pertanyaan perawat, tetapi Alhamdulillah selama peneliti melakukan BHSP dan memberikan ⁸latihan teknik relasasi tarik napas dalam pasien terlihat tenang dan nada bicara juga sudah lembut.

5. 2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan Pernyataan Keperawatan Ainun (2019), diagnosis keperawatan adalah rumusan pertanyaan mengenai perhatian penyakit pada individu, keluarga, atau masyarakat melalui proses pengumpulan data berupa tanda dan gejala patofisiologis. Apa yang dialami pelanggan. Dengan bantuan pengumpulan data pribadi dan tes tambahan, diagnosis penyakit ditegakkan, setelah itu tim medis, dan staf medis lainnya mengambil tindakan untuk memecahkan masalah tersebut.

Diagnostik keperawatan pasien H meliputi Resiko perilaku kekerasan dimana Dari hasil pengkajian klien mengatakan susah untuk menahan emosi, klien terlihat menahan emosi dengan tangan mengepal, muka memerah dan nada suara keras, yang ke dua ⁹yaitu Gangguan konsep diri harga diri rendah dimana Klien mengatakan tidak berguna dalam keluarganya karena ia dibawa jauh dari keluarganya dan tidak ada lagi yang mau dengan

dirinya karena ia sudah bersetatus duda, klien tidak mau menatap mata perawat saat dilakukan wawancara klien berjalan sedikit menunduk. Dan yang ke tiga⁶ yaitu Resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang mana Klien mengatakan bahwa dirinya sering mara-marah kepada ibunya saat keinginannya tidak dipenuhi, klien mengamuk dan melemparkan barang. Menurut Doenges (2020) diagnosa yang mungkin akan muncul pada pasien perilaku kekerasan antara lain yaitu halusinasi, waham, isolasi sosial, resiko menciderai diri sendiri dan orang lain, dan harga diri rendah.¹⁰ Sedangkan pada Tn.H ditemukan 3 diagnosa yang muncul yaitu⁶ resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.² Dari hal tersebut dapat dilihat ada beberapa perbedaan antara teori dengan kasus, yaitu tidak semua diagnosa di alami oleh Tn.H karena pada saat dilakukan pengkajian dan wawancara tidak terdapat tanda-tanda dan gejala yang terjadi dengan Tn.H yang menunjukkan terdapatnya diagnosa tersebut.

5.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Hidayat, (2016) intervensi keperawatan jiwa⁴ adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luara (outcome) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan, tindakan pada intervensi keperawatan jiwa terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Dalam menyusun rencana asuhan keperawatan perlu mempertimbangkan tindakan yang akan dilakukan, waktu, jumlah responden, dan lokasi dimana tindakan keperawatan akan dilakukan. Peneliti akan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP), Strategi pelaksanaan 3 langkah, dan teknik relaksasi tarik napas dalam bertujuan untuk⁵ memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional. Teknik relaksasi tarik napas dalam juga dapat

mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi. Tindakan ini dilakukan setiap hari sesuai kontrak yang disepakati pasien. Peneliti akan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan pasien bersedia menjadi responden sesuai kontrak selama 7 hari ke depan.

Intervensi dalam proses ¹keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan peneliti hanya menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pokok masalah keperawatan yaitu perilaku kekerasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan sehingga peneliti dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan didukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing, secara teoritis digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang dilakukan peneliti yaitu Pada resiko perilaku kekerasan yaitu mengidentifikasi isi resiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi waktu terjadi resiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi situasi pencetus resiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi respon terhadap resiko perilaku kekerasan, Membantu pasien mempraktikkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam dengan teknik relaksasi ³tarik napas dalam dan pukul bantal/kasur, Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan pentingnya minum obat, Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan meminta, menolak, dan mengungkapkan dengan baik dan ⁷Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

5. 4 Implementasi Keperawatan

Menurut pendapat Purba Keperawatan (2019), praktik keperawatan merupakan tindakan langsung dan pelaksanaan rencana, yang juga mencakup pengumpulan data. Perawat

melakukan asuhan keperawatan atau tindakan keperawatan yang konsisten dengan rencana tindakan keperawatan yang dikembangkan untuk dilakukan pada pasien.

Dalam pelatihan ini perawat terlebih dahulu membangun hubungan saling percaya dengan pasien H sehingga pasien merasa aman dan dapat mempercayai perawat. Anda dapat melakukan tindakan tersebut tanpa masalah apa pun.

Untuk pasien H, wawancara dilakukan selama 7 hari. Pada hari 1 dan 2, perawat memberikan BHSP untuk mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dan mengajarkan pemapasan dalam. Pada pertemuan ini perawat dapat memperoleh data dan penyebab terjadinya perilaku kekerasan. ³ , pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan. perilaku kekerasan.

Upaya meningkatkan kemampuan berinteraksi dengan pasien gangguan jiwa khususnya yang beresiko melakukan tindakan kekerasan dengan menggunakan BHSP dalam melakukan tindakan keperawatan. Hal ini meyakinkan pasien dan membuat perawat percaya bahwa hal ini dapat dilakukan. Oleh karena itu, Anda dapat melakukan tindakan Anda tanpa hambatan apa pun.

Pada hari ke 3 perawat mengajarkan latihan teknik relaksasi tarik napas dalam dan cara fisik yaitu pukul bantal/kasur. Pada pertemuan ini klien mampu melakukan latihan pukul bantal/kasur dan pada saat dilakukan latihan tarik napas dalam ² klien mampu melakukan latihan tarik naps dalam secara mandiri, klien mampu mengikuti prosedur yang di berikan oleh perawat, pada saat di lakukan teknik reasasi tarik napas dalam klien sempat memperlihatkan ekspresi menahan emosi yaitu dengan nada suara kerass dan muka memerah tangan mengempal, perawat ⁸ melatih pasien untuk melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam dengan cara yang pertama yaitu memenangkan pasien terlebih dahulu, kemudian menjelaskan tujuan di lakukannya teknik relaksasi tarik napas dalam ini, setelah pasien setuju dengan dilakukannya latihan tarik naps dalam ini perawat mengatur posisi pasien dan menganjurkan

untuk pasien melakukan tarik napas dalam sesuai dengan prosedur yang di berikan. Setelah di lakukan tindakan tarik napas dalam pasien mengatakan sudah merasa sedikit tenang dan emosi pasien menurun.

Pada hari ke 4 perawat melakukan tindakan melakukan latihan secara sosial/verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik, klien mampu melakukan tindakan dan mampu mengulangi tindakan yang sudah di ajarkan sebelumnya.

Pada hari ke 5 perawat melakukan latihan secara spiritual yaitu sholat/berdo'a. Klien mampu melakukan zikir dan klien mengatakan setiap hari sholat meskipun tidak full 5 waktu.

Pada pertemuan ke 6 perawat melakukan latihan cara minum obat dengan teratur. Klien mampu menyebutkan efek dari tidak minum obat.

Pada pertemuan ke 7 perawat melakukan tindakan mengevaluasi kembali seluruh tindakan yang sudah di berikan dan meminta klien untuk mengulangi kembali dari awal kegiatan yang sudah di ajarkan.

5.5. Evaluasi

keperawatan adalah proses mengevaluasi perubahan kondisi pasien, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, dan memutuskan apakah akan melanjutkan rencana tindakan keperawatan berdasarkan hasil observasi. Hal ini didasarkan pada Kriteria tujuan dan hasil dikembangkan pada tahap perencanaan sebelumnya. Menentukan apakah tujuan perawatan telah terpenuhi, menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan, dan menilai penyebab jika tujuan perilaku perawatan tidak terpenuhi. PURBA 2019.

Evaluasi hari ke 1 yang dimana peneliti melakukan BHSP pertama pada pasien Tn.H dengan respon pasien mau diajak berjabat tangan dan mampu menjawab pertanyaan dari perawat meskipun nada suara agak tinggi dan hubungan saling percaya terbina.

Evaluasi hari ke 2 yaitu peneliti melakukan strategi pelaksanaan pertama pada pasien yaitu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala pada perilaku kekerasan dan melatih tarik napas dalam dengan hasil evaluasi ³ pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan dan pasien dapat mengikuti tindakan tarik napas dalam.

Evaluasi hari ke 3 yaitu melakukan SP 2 melatih cara fisik : pukul bantal/kasur, klien dapat melakukan latihan pukul bantal/kasur dan klien masih terlihat emosi.

Evaluasi hari ke 4 yaitu peneliti mengulangi latihan cara fisik pukul bantal/kasur, klien tanpa emosi saat melakukan pukul bantal/kasur dan klien mampu melakukan pukul bantal/kasur secara mandiri.

Evaluasi hari ke 5 yaitu peneliti melakukan tindakan SP 3 melakukan latihan secara sosial/⁷verbal menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. Klien mampu melakukan latihan secara sosial/verbal.

Evaluasi hari ke 5 yaitu peneliti melakukan SP 4 latihan secara spiritual sholat/berdo'a dimana klien dapat mempraktikkan dengan cara ia berzikir, dan klien dapat mengontrol emosi.

Evaluasi hari ke 6 yaitu peneliti melakukan SP 5 melatih cara minum obat dan menjelaskan pentingnya minum obat, pasien bisa menjelaskan efek samping tidak minum obat dan klien selalu minum obat 2x sehari.

Evaluasi hari ke 7 yaitu peneliti melakukan evaluasi seluruh tindakan yang sudah diberikan kepada pasien, pasien mampu menjelaskan ulang dan mampu mempraktikkan ulang apa yang sudah dipelajari sebelumnya.

Pada klien Tn.H setelah tindakan selama 7 hari klien mendapat evaluasi yaitu klien Tn.H bisa membina hubungan saling percaya terhadap perawat hanya memerlukan 1 hari dan analisa hasil tindakan pada klien Tn.H mampu mengidentifikasi penyebab, ³ tanda dan gejala perilaku kekerasan, mampu melakukan tarik napas dalam setiap hari, latihan pukul

bantal/kasur, latihan meminta menolak dan mengemukakan dengan baik, mampu melakukan latihan secara sepiritual yaitu berzikir dan mampu menjelaskan efek samping tidak minum obat.

Paasien sudah mampu mengontrol emosi dengan cara melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam yang sudah di terapkannya setiap hari dan setiap ia mengalami emosi.

5.6 Keterbatasan

Peneliti mempunyai beberapa kelemahan yang mewakili keterbatasan penelitian ini. Keterbatasan ini mungkin berasal dari peneliti sendiri atau dari pasien. Keterbatasan peneliti adalah keterbatasan pengalaman dan interaksi, sedangkan keterbatasan pasien adalah interaksi dengan pasien pada awal pertemuan sangat sulit dan memerlukan tingkat kepercayaan yang tinggi terhadap perawat. Perawat membutuhkan waktu untuk mendapatkan kepercayaan pasien.

D3. Kep. Yecka Zahar.4

ORIGINALITY REPORT

21%

SIMILARITY INDEX

21%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

11%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

files.osf.io

Internet Source

5%

2

www.researchgate.net

Internet Source

5%

3

stikespanakkukang.ac.id

Internet Source

2%

4

eprints.kertacendekia.ac.id

Internet Source

2%

5

repository.poltekkes-denpasar.ac.id

Internet Source

2%

6

adoc.pub

Internet Source

1%

7

123dok.com

Internet Source

1%

8

journal.ppnijateng.org

Internet Source

1%

9

es.scribd.com

Internet Source

1%

10

www.slideshare.net

Internet Source

1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On