

**PENERAPAN TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP
PENURUNAN TANDA DAN GEJALA PADA PASIEN DENGAN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RSJD SURAKARTA**



Disusun Oleh :

Reza Erlangga

202102040009

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN

2022

**PENERAPAN TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP
PENURUNAN TANDA DAN GEJALA PADA PASIEN DENGAN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RSJD DR SURAKARTA**

Diajukan Untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Karya Akhir Ners



Disusun Oleh :

Reza Erlangga

202102040009

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN

2022

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir

PENERAPAN TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENURUNAN TANDA DAN GEJALA PADA PASIEEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RSJD SURAKARTA

Yang disusun dan dipersiapkan oleh :

Reza Erlangga

NIM : 202102040009

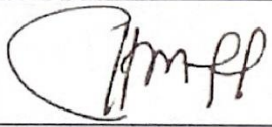
Telah dipertahankan dalam seminar hasil pada hari Kamis, 1 Juli 2022

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Hana Nafiah.,S.Kep., Ns., MNS
NIK 1987041720111080

()

R Agus Margianto.,S.Kep., Ns
NIP 197109111994031002

()

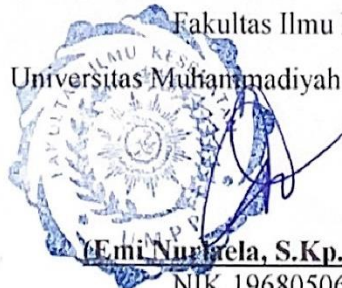
Karya Ilmiah Akhir ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners

Pekalongan, 6 Juli 2022

Kepala Prodi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan



(Emi Nur Krela, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Mat)
NIK 1968050619901003

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat mendapat kemudahan untuk menyusun karya ilmiah akhir dengan judul “Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Arif Zainuddin Surakarta”.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis mendapat bimbingan, dukungan, bantuan moril dan materil dari berbagai pihak. Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Penulis menyadari sepenuhnya atas kekurangan, keterbatasan, pengetahuan, kemampuan dan pengalaman yang dimiliki sehingga penulisan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran sangat penulis harapkan demi sempurnanya karya ilmiah akhir ini. Semoga karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi penulis sendiri dan pihak yang membutuhkan terutama bidang keperawatan.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Pekalongan, 1 Juli 2022



Reza Erlangga

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
ABSTRAK	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Resiko Perilaku kekerasan	6
1. Pengertian Resiko Perilaku kekerasan	6
2. Penyebab Resiko Perilaku Kekerasan	6
3. Tanda dan Gejala Resiko Perilaku kekerasan	8
4. Sumber Koping	10
5. Mekanisme Koping.....	11
B. Terapi Relaksasi Nafas Dalam	11
1. Pengertian Terapi Terapi Relaksasi Nafas Dalam	11

2. Manfaat Terapi Relaksasi Nafas Dalam	12
3. Cara Kerja Terapi Relaksasi Nafas Dalam	12
4. SOP Terapi Relaksasi Nafas Dalam	12

BAB III GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Utama	15
1. Pengkajian	17
2. Diagnosa Keperawatan	17
3. Intervensi Keperawatan	18
4. Implementasi Keperawatan	20
5. Evaluasi	21
B. Penerapan Intervensi Berdasarkan Hasil Kajian Praktis	27

BAB IV PEMBAHASAN

A. Analisa Asuhan Keperawatan Dengan Konsep Kasus Terkait	28
B. Analisa Penerapan Intervensi Berdasarkan Hasil Kajian Praktis	31
C. Implikasi Keperawatan	33

BAB V PENUTUP

Kesimpulan	35
Saran	35
DAFTAR PUSTAKA	37

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Evaluasi Intervensi Relaksasi Nafas Dalam pada Tn.A	24
Tabel 3.2 Evaluasi Intervensi Relaksasi Nafas Dalam pada Tn.T	25
Tabel 3.3 Evaluasi Intervensi Relaksasi Nafas Dalam pada Tn.S.....	26

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan pada pasien kelolaan

Lampiran 2 Jurnal utama

**Program Studi Profesi Ners, Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan**

Juni, 2022

ABSTRAK

Reza Erlanga

Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tanda dan Gejala Pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan

Latar Belakang: Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain merupakan rentan melakukan perilaku yang dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional, perilaku kekerasan bisa berupa verbal, fisik dan lingkungan. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pengaruh terapi relaksasi nafas dalam dalam menurunkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain studi kasus (case study). Subyek yang digunakan sebanyak 3 (tiga) pasien resiko perilaku kekerasan di RSJD Dr. Arif Zainuddin Surakarta. **Hasil:** Pada Tn.A hasil evaluasi hari pertama dari 9 tanda dan gejala menjadi 3 tanda dan gejala yang masih muncul di hari ketiga, pada Tn.T hasil evaluasi hari pertama dari 13 tanda dan gejala menjadi 5 tanda dan gejala yang masih muncul pada hari ketiga, pada Tn.S hasil evaluasi hari pertama dari 8 tanda dan gejala menjadi 2 tanda dan gejala yang masih muncul pada hari ketiga. **Kesimpulan :** terapi relaksasi nafas dalam dapat menurunkan tanda dan gejala pasien resiko perilaku kekerasan.

Kata Kunci : Nafas dalam, Resiko Perilaku Kekerasan, Terapi Relaksasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana seseorang bisa berkembang secara fisik, mental, dan sosial yang menjadikan orang tersebut menyadari kemampuan yang dimilikinya, bisa mengatasi tekanan, bisa bekerja secara produktif, dan mampu berpartisipasi untuk lingkungan sekitar (UU. No 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa). Kesehatan jiwa merupakan unsur utama dalam menyokong terwujudnya kualitas hidup seseorang secara utuh (Sutejo, 2017). Orang dengan masalah kejiwaan merupakan orang yang memiliki masalah pada fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, atau kualitas hidup yang menjadikan mempunyai resiko mengalami gangguan jiwa (UU. No 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa). Gangguan jiwa termasuk dalam masalah kesehatan yang cukup serius dikarenakan jumlahnya yang terus mengalami peningkatan setiap tahunnya (Pusat data dan informasi Kementrian Kesehatan RI, 2019).

Badan kesehatan dunia (WHO) menunjukan bahwa 450 juta individu di dunia mengalami gangguan jiwa. Sepertiga jumlah tersebut kasus gangguan jiwa terjadi di Negara berkembang. WHO juga menuturkan individu sangat mudah untuk mengalami gangguan jiwa. Berbagai jenis kecacatan di seluruh dunia memiliki peran besar terhadap penyakit kejiwaan menurut data di Harvard University dan College London (WHO, 2020). Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar di Indonesia memaparkan bahwa prevalensi gangguan jiwa

mengalami kenaikan dan penurunan. Beberapa faktor resiko yang menyebabkan gangguan jiwa bagi setiap individu yaitu faktor demografi. Status demografi yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa yaitu seseorang yang berusia dewasa. Dilihat dari status perkawinan individu yang belum menikah atau berkeluarga sangat rentan dengan gangguan jiwa daripada individu yang sudah berkeluarga. Dari sudut pandang jenis kelamin, jenis kelamin laki-laki lebih rentan mengalami gangguan jiwa. Kemudian dari segi pekerjaan individu yang tidak bekerja sangat rentan terkena gangguan daripada orang yang mempunyai pekerjaan dan individu yang tidak berpendidikan atau berpendidikan rendah memiliki kerentanan mengalami gangguan jiwa (Darsana et al, 2020).

Resiko perilaku kekerasan pada pasien dengan gangguan jiwa lebih besar dari pada populasi umum. Risiko ini sangat tinggi di skizofrenia dan gangguan mental dengan gangguan penggunaan zat adiktif, ketergantungan alkohol, depresi, dan gangguan kepribadian, bahkan tanpa hal tersebut. Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan. Kondisi ini harus segera ditangani karena perilaku kekerasan yang terjadi dapat membahayakan diri pasien, orang lain dan lingkungan (Kandar et.al, 2019). Mayoritas kasus pada ruang Nakula RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta yaitu resiko perilaku kekerasan dari jumlah total pasien di ruang tersebut sebagian besar kasus pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

Salah satu pasien dengan gangguan jiwa yaitu memiliki resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain. Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain merupakan rentan melakukan perilaku yang dapat membahayakan orang lain

secara fisik dan emosional, perilaku kekerasan bisa berupa verbal, fisik, dan lingkungan (Budi Anna Keliat et.al, 2019). Penyebab dari munculnya perilaku RPK yaitu ada waham, curiga pada orang lain yang berlebih, halusinasi, berencana bunuh diri, kerusakan kognitif, disorientasi, depresi dan gangguan konsep diri (Budi Anna Keliat et.al, 2019).

Tanda dan gejala yang dapat muncul pada pasien dengan RPK yaitu dengan tanda dan gejala subjektif, pasien mengatakan benci/kesal dengan orang lain, mengatakan ingin memukul orang lain, dan mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan dan pasien mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan. Selain itu tanda dan gejala dapat dimunculkan secara objektif dengan pasien menunjukkan ekspresi mata yang melotot saat diajak berkomunikasi, pandangan tajam, tangan mengepal dan rahang mengatup, pasien tampak gelisah dan mondar mandir, nada bicara yang tinggi dengan bicara kasar, melawan saat diajak bicara dan mudah tersinggung (Budi Anna Keliat et.al, 2019).

Perilaku kekerasan salah satunya bisa ditangani dengan cara teknik relaksasi nafas dalam, yang mana teknik relaksasi nafas dalam dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan. Relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan dapat memberikan ketenangan. Relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan opiod endogen. a teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang paling mudah dilakukan dan dapat dilakukan kapanpun serta dimanapun. Teknik relaksasi juga merupakan Teknik yang sangat simpel dan mudah dipahami oleh siapapun sehingga teknik ini memudahkan penulis maupun klien

untuk mengaplikasikan teknik relaksasi nafas dalam (Biyani Tazqiyatus Sudia et.al, 2021).

B. Perumusan Masalah

Bagaimana pengaruh tindakan terapi relaksasi nafas dalam membantu menurunkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah pemberian terapi relaksasi nafas dalam dapat membantu menurunkan tanda dan gejala pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi tanda dan gejala pasien resiko perilaku kekerasan sebelum dilakukan tindakan terapi relaksasi nafas dalam.
- b. Mengetahui tanda dan gejala pasien resiko perilaku kekerasan setelah dilakukan tindakan terapi relaksasi nafas dalam.
- c. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan untuk mengurangi tanda dan gejala.
- d. Mengetahui evaluasi keperawatan dengan pemberian terapi relaksasi nafas dalam mengurangi tanda dan gejala pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi penulis

Hasil dari case study ini diharapkan bisa menambah pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti dalam melakukan studi kasus, khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

2. Bagi mahasiswa

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi penelitian lain, yang bisa dijadikan bahan referensi.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil studi ini diharapkan bisa memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan jiwa dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai pasien resiko perilaku kekerasan.

4. Bagi Institusi RSJD Surakarta

Hasil studi ini diharapkan bisa memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan jiwa dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai pasien resiko perilaku kekerasan di RSJD Surakarta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri maupun orang lain, sering juga disebut amuk dimana seseorang dimana marah terhadap suatu stressor dengan Gerakan motorik yang tidak terkontrol (Biyani Tazqiyatus Sudia et.al, 2021).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah tak terkontrol (Riska Amimi et.al, 2020).

2. Penyebab

1. Faktor Predisposisi

- a. Psikologis Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan, contohnya : pada masa anak-anak yang mendapat perilaku kekerasan cenderung saat dewasa menjadi pelaku perilaku kekerasan.
- b. Perilaku kekerasan didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka kekerasan yang diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.

- c. Sosial Budaya Budaya yang pasif – agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar
- d. Bioneurologis Beberapa berpendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.

2. Faktor Presipitasi Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan (Yosep, 2009):

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa. 8
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

3. Tanda dan Gejala

Menurut (Nur Cahyo 2019) tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yaitu

1. Fisik

- a. Muka merah dan tegang
- b. Mata melotot/ pandangan tajam
- c. Tangan mengepal
- d. Rahang mengatup
- e. Postur tubuh kaku
- f. Jalan mondar-mandir

2. Verbal

- a. Bicara kasar
- b. Suara tinggi, membentak atau berteriak
- c. Mengancam secara verbal atau fisik
- d. Mengumpat dengan kata-kata kotor
- e. Suara keras
- f. Ketus

3. Perilaku

- a. Melempar atau memukul benda/ orang lain
- b. Menyerang orang lain
- c. Merusak lingkungan
- d. Amuk/ agresif

4. Emosi

- a. Tidak adekuat
- b. Tidak aman dan nyaman

- c. Rasa terganggu
- d. Dendam dan jengkel
- e. Tidak berdaya
- f. Bermusuhan
- g. Mengamuk
- h. Ingin berkelahi
- i. Menyalahkan dan menuntut

5. Intelektual

- a. Mendominasi
- b. Cerewet
- c. Kasar
- d. Berdebat
- e. Meremehkan
- f. Sarkasme

6. Spiritual

- a. Merasa diri berkuasa dan benar
- b. Mengkritik pendapat orang lain
- c. Tidak peduli dan kasar

7. Sosial

- a. Menarik diri
- b. Pengasingan
- c. Penolakan
- d. Kekerasan
- e. Ejekan

f. Sindiran

8. Perhatian

a. Bolos

b. Mencuri

c. Melarikan diri

d. Penyimpangan seksual

4. Sumber Koping

Menurut(Yosep 2011) mengatakan bahwa sumber koping dibagi menjadi 4, yaitu sebagai berikut :

- a. Personal Ability meliputi : kemampuan untuk mencari informasi terkait masalah, kemampuan mengidentifikasi masalah, pertimbangan alternatif, kemampuan mengungkapkan/ konfrontasi perasaan marah, tidak semangat untuk menyelesaikan masalah, kemampuan mempertahankan hubungan interpersonal, mempunyai pengetahuan dalam pemecahan masalah secara asertif, intelegensi kurang dalam menghadapi stressor, identitas ego tidak adekuat.
- b. Sosial support meliputi : dukungan dari keluarga dan masyarakat, keterlibatan atau perkumpulan di masyarakat dan pertentangan nilai budaya
- c. Material Assets meliputi : penghasilan yang layak, tidak ada benda atau barang yang biasa dijadikan aset, tidak mempunyai tabungan untuk mengantisipasi hidup, tidak mampu menjangkau pelayanan kesehatan
- d. Positive Belief meliputi : distress spiritual, adanya motivasi, penilaian terhadap pelayanan kesehatan.

5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang biasa digunakan menurut (Nur Cahyo, 2019) adalah :

1. Sublimasi, yaitu melampiaskan masalah pada objek lain.
2. Proyeksi, Yaitu menyatakan orang lain mengenal kesukaan/ keinginan tidak baik.
3. Represif, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan melebihi sikap perilaku yang berlawanan.
4. Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan melebihi sikap/ perilaku yang berlawanan.
5. Displacement, yaitu melepaskan perasaan tertekan dengan bermusuhan pada objek yang berbahaya.

B. Terapi Relaksasi Nafas Dalam

1. Pengertian

Terapi relaksasi nafas dalam adalah teknik relaksasi yang dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan. Relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan dapat memberikan ketenangan. Relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan opiod endogen (Biyan Tazqiyatus Sudia et.al, 2021).

2. Manfaat Terapi Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi napas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional. Teknik relaksasi juga dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi (Nengah Sumirta et.al, 2013).

3. Cara Kerja Terapi Relaksasi Nafas Dalam

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 dalam Nengah Sumirta et.al 2013).

4. SOP Relaksasi Nafas Dalam

Berikut ini adalah SOP terapi relaksasi napas dalam (Komang Yunita Pramana Putri, 2021)

a. Pra Interaksi

1. Membaca status klien
2. Mencuci tangan

b. Interaksi

Fase Orientasi

1. Salam : Memberi salam sesuai waktu
2. Memperkenalkan diri.
3. Validasi kondisi klien saat ini, menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya
4. Menjaga privasi klien
5. Kontrak menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan

Fase Kerja

1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas.
2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara.
4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega.
5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit).
6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh.
7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan

kaki kemudian rasakan kehangatannya.

8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi.
9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri.
10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit.

Fase Terminasi

1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini
2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.
3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi nafas dalam
4. Kontrak : topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya

Dokumentasi

1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan
2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan

BAB III

GAMBARAN KELOLAAN KASUS UTAMA

A. Asuhan keperawatan kasus kelolaan utama (pengkajian evaluasi)

1. Pengkajian

a. Kasus I

Kasus pertama pada Tn. A berusia 31 tahun dengan diagnosa medis skizofrenia. Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 April 2022 di ruang Nakula RSJD DR.Arif Zaenudin Surakarta. Pasien datang dari IGD dan diantar oleh orangtua. Alasan pasien dibawa ke rumah sakit, pasien marah-marah dan memukuli temannya karena tidak diperbolehkan merokok di warung, pasien sudah keluar masuk 4 kali ke rumah sakit jiwa karena pasien belum mampu mengontrol emosinya. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 April 2022 pukul 09.30 WIB didapatkan data:

Data Subyektif :

- Pasien mengatakan sering berantem dengan teman seruangan
- Pasien mengatakan sering marah-marah
- Pasien mengatakan marah jika dirinya dilarang untuk merokok

Data Objektif :

- Mata melotot
- Ketika pasien menceritakan orang-orang yang mempunyai masalah dengan dirinya pandangannya sangat tajam
- Nada suara tinggi
- Mudah tersinggung

b. Kasus II

Kasus kedua pada Tn. T berusia 25 tahun dengan diagnosa medis Skizofrenia. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 April 2022 di ruang Nakula RSJD DR.Arif Zaenudin Surakarta. Pasien datang dari IGD dan diantar oleh keluarganya. Alasan dibawa ke rumah sakit, pasien mengamuk dengan tindakan memecahkan perabotan yg ada dirumahnya dan menyakiti dirinya sendiri. Sebelumnya pasien belum pernah dibawa ke rumah sakit jiwa. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 April 2022 pada pukul 10.00 WIB didapatkan data :

Data Subyektif :

- Pasien mengatakan dirumah mengamuk dan memecahkan perabotan dirumah
- Pasien mengatakan sering cekcok dengan teman satu ruangan
- Pasien mengatakan sering marah

Data Obyektif :

- Pandangan tajam
- Tangan tampak mengepal
- Mata melotot
- Suara keras

c. Kasus III

Pasien ketiga, bernama Tn.S berusia 30 tahun dengan diagnosa medis Skizofrenia. Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 April 2022 di ruang Nakula RSJD DR.Arif Zaenudin Surakarta. Pasien datang dari IGD di antar oleh keluarganya, alasan dibawa ke rumah sakit pasien dirumah

marah-marah dan mengamuk karena pasien tidak diberi uang oleh orangtuanya untuk membeli rokok. Pasien sudah keluar masuk 3 kali ke rumah sakit jiwa karna pasien belum mampu mengontrol emosinya. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 April pukul 09.30 WIB didapatkan data :

Data Subyektif :

- Pasien mengatakan mudah marah jika keinginan nya tidak terpenuhi
- Pasien mengatakan tidak bisa mengontrol marah
- Pasien mengatakan dirumah marah-marah

Data Obyektif :

- Pandangan mata pasien tajam
- Mudah tersinggung
- Wajah sinis
- Pasien tampak mondar mandir

2. Diagnosa Keperawatan

a. Kasus I

Resiko Perilaku Kekerasan

b. Kasus II

Resiko Perilaku Kekerasan

c. Kasus III

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Intervensi Keperawatan

a. Kasus I

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.A adalah resiko perilaku kekerasan.

DS : yaitu pasien mengatakan sering berantem dengan teman seruangan, pasien mengatakan sering marah-marah, pasien mengatakan marah jika dirinya dilarang untuk merokok

DO : mata melotot, ketika pasien menceritakan orang-orang yang mempunyai masalah dengan dirinya pandangannya sangat tajam, nada suara tinggi, mudah tersinggung

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dapat berkurang.

Intervensi Keperawatan :

1. Identifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
2. Latih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam
3. Lakukan kontrak ulang untuk pertemuan selanjutnya

b. Kasus II

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.T adalah resiko perilaku kekerasan.

DS : pasien mengatakan dirumah mengamuk dan memecahkan perabotan dirumah, pasien mengatakan sering cekcok dengan teman satu ruangan, pasien mengatakan sering marah.

DO : pandangan tajam, tangan tampak menggepal, mata melotot, suara keras .

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dapat berkurang.

Intervensi Keperawatan :

1. Identifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
2. Latih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam
3. Lakukan kontrak ulang untuk pertemuan selanjutnya

c. Kasus III

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.S adalah resiko perilaku kekerasan.

DS : pasien mengatakan mudah marah jika keinginan nya tidak terpenuhi, pasien mengatakan tidak bisa mengontrol marah, pasien mengatakan dirumah marah-marah.

DO : pandangan mata pasien tajam, mudah tersinggung, wajah sinis, pasien tampak mondar mandir

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dapat berkurang.

Intervensi Keperawatan :

1. Identifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
2. Latih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam
4. Lakukan kontrak ulang untuk pertemuan selanjutnya

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan dalam tiga kali pertemuan, dalam satu pertemuan dilakukan terapi relaksasi nafas dalam selama 15 menit.

a. Kasus I

Pada hari Selasa, 19 April 2022 jam 10.00 WIB tindakan keperawatan yang sudah dilakukan antara lain : mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan melatih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

Pada hari Rabu, 20 April 2022 jam 10.30 WIB tindakan keperawatan yang sudah dilakukan antara lain : mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan melatih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

Pada hari Kamis, 21 April 2022 jam 09.00 WIB tindakan keperawatan yang sudah dilakukan antara lain : mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan melatih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

b. Kasus II

Pada hari Jum'at, 22 April 2022 jam 10.00 WIB tindakan keperawatan yang sudah dilakukan antara lain : mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan melatih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

Pada hari Sabtu, 23 April 2022 jam 10.00 WIB tindakan keperawatan yang sudah dilakukan antara lain : mengidentifikasi tanda dan gejala

resiko perilaku kekerasan dan melatih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

Pada hari Senin, 25 April 2022 jam 10.00 WIB tindakan keperawatan yang sudah dilakukan antara lain : mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan melatih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

c. Kasus III

Pada hari Selasa, 25 April 2022 jam 10.00 WIB tindakan keperawatan yang sudah dilakukan antara lain : mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan melatih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

Pada hari Selasa, 26 April 2022 jam 10.00 WIB tindakan keperawatan yang sudah dilakukan antara lain : mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan melatih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

Pada hari Rabu, 27 April 2022 jam 10.00 WIB tindakan keperawatan yang sudah dilakukan antara lain : mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan melatih klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam.

5. Evaluasi

a. Kasus I

Evaluasi dilakukan pada hari ke tiga pemberian terapi relaksasi nafas dalam yaitu pada tanggal 21 April 2022 pada jam 09.30 WIB. Didapatkan

hasil tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan masih muncul namun sudah berkurang. Pada saat pengkajian pasien memunculkan tanda dan gejala seperti :

DS : yaitu pasien mengatakan sering berantem dengan teman seruangan, pasien mengatakan sering marah-marah, pasien mengatakan marah jika dirinya dilarang untuk merokok

DO : mata melotot, ketika pasien menceritakan orang-orang yang mempunyai masalah dengan dirinya pandangannya sangat tajam, nada suara tinggi, mudah tersinggung

Saat dilakukan evaluasi tanda dan gejala berkurang seperti :

DS : pasien mengatakan merasakan rileks dan nyaman, pasien mengatakan jarang marah

DO : pasien tampak tenang, pandangan mata tidak tajam, tidak mudah tersinggung.

b. Kasus II

Evaluasi dilakukan pada hari ke tiga pemberian terapi relaksasi nafas dalam yaitu pada tanggal 25 April 2022 pada jam 10.30 WIB. Didapatkan hasil tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan masih muncul namun sudah berkurang. Pada saat pengkajian pasien memunculkan tanda dan gejala seperti :

DS : pasien mengatakan dirumah mengamuk dan memecahkan perabotan dirumah, pasien mengatakan sering cekcok dengan teman satu ruangan, pasien mengatakan sering marah

DO : pandangan tajam, tangan tampak mengepal, mata melotot, suara keras.

Saat dilakukan evaluasi tanda dan gejala berkurang seperti :

DS: pasien mengatakan senang dilakukan relaksasi nafas dalam karena membuat tenang, pasien mengatakan kadang-kadang masih belum bisa mengontrol marah

DO : pasien tampak tenang dan pandangan mata tidak tajam.

c. Kasus III

Evaluasi dilakukan pada hari ke tiga pemberian terapi relaksasi nafas dalam yaitu pada tanggal 27 April 2022 pada jam 10.45 WIB. Didapatkan hasil tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan masih muncul namun sudah berkurang. Pada saat pengkajian pasien memunculkan tanda dan gejala seperti :

DS : pasien mengatakan mudah marah jika keinginan nya tidak terpenuhi, pasien mengatakan tidak bisa mengontrol marah, pasien mengatakan dirumah marah-marah.

DO : pandangan mata pasien tajam, mudah tersinggung, wajah sinis, pasien tampak mondar mandir.

Saat evaluasi tanda dan gejala berkurang seperti :

DS : pasien mengatakan tenang setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan sudah tidak marah-marah lagi

DO : pandangan mata tidak tajam, pasien tampak tenang, pasien tidak mondar mandir

FORMAT CHECKLIST TANDA DAN GEJALA PADA KLIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama Klien : Tn.A

Tabel 3.1

No	Tanda dan Gejala	Hari I		Hari II		Hari III	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	Mengatakan benci/kesal dengan orang lain	√	√	√	√	√	√
2	Mengatakan ingin memukul orang lain	√	X	X	X	X	X
3	Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan	√	√	√	√	√	√
4	Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan	√	√	√	√	X	X
5	Melotot	√	√	X	X	X	X
6	Pandangan tajam	√	√	√	√	√	√
7	Tangan mengepal	X	X	X	X	X	X
8	Rahang mengatup	X	X	X	X	X	X
9	Gelisah dan mondar-mandir	X	X	X	X	X	X
10	Tekanan darah meningkat	X	X	X	X	X	X
11	Nadi meningkat	X	X	X	X	X	X
12	Pernapasan meningkat	X	X	X	X	X	X
13	Mudah tersinggung	√	√	√	X	X	X
14	Nada suara tinggi dan bicara kasar	√	√	√	√	X	X
15	Mendominasi pembicaraan	X	X	X	X	X	X
16	Sarkasme	X	X	X	X	X	X
17	Merusak lingkungan	X	X	X	X	X	X
18	Memukul orang lain	X	X	X	X	X	X
19	Mengatakan tidak senang	X	X	X	X	X	X
20	Menyalahkan orang lain	X	X	X	X	X	X
21	Mengatakan diri berkuasa	X	X	X	X	X	X
22	Merasa gagal mencapai tujuan	X	X	X	X	X	X
23	Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi	X	X	X	X	X	X
24	Suka mengejek dan mengkritik	X	X	X	X	X	X
25	Disorientasi	X	X	X	X	X	X
26	Wajah memerah	X	X	X	X	X	X
27	Postur tubuh kaku	X	X	X	X	X	X
28	Sinis	√	√	X	X	X	X
29	Bermusuhan	X	X	X	X	X	X
30	Menarik diri	X	X	X	X	X	X
JUMLAH		9	8	6	5	3	3

Nama Klien : Tn. T

Tabel 3.2

No	Tanda dan Gejala	Hari I		Hari II		Hari III	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	Mengatakan benci/kesal dengan orang lain	√	√	√	√	√	√
2	Mengatakan ingin memukul orang lain	√	√	√	X	X	X
3	Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan	√	√	√	√	√	√
4	Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan	√	√	√	√	√	√
5	Melotot	√	X	X	X	X	X
6	Pandangan tajam	√	√	√	√	√	X
7	Tangan mengepal	√	X	X	X	X	X
8	Rahang mengatup	X	X	X	X	X	X
9	Gelisah dan mondar-mandir	X	X	X	X	X	X
10	Tekanan darah meningkat	X	X	X	X	X	X
11	Nadi meningkat	X	X	X	X	X	X
12	Pernapasan meningkat	X	X	X	X	X	X
13	Mudah tersinggung	X	X	X	X	X	X
14	Nada suara tinggi dan bicara kasar	√	√	√	√	√	√
15	Mendominasi pembicaraan	X	X	X	X	X	X
16	Sarkasme	√	√	X	X	X	X
17	Merusak lingkungan	X	X	X	X	X	X
18	Memukul orang lain	X	X	X	X	X	X
19	Mengatakan tidak senang	√	X	X	X	X	X
20	Menyalahkan orang lain	√	√	√	√	√	√
21	Mengatakan diri berkuasa	X	X	X	X	X	X
22	Merasa gagal mencapai tujuan	X	X	X	X	X	X
23	Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi	X	X	X	X	X	X
24	Suka mengejek dan mengkritik	X	X	X	X	X	X
25	Disorientasi	X	X	X	X	X	X
26	Wajah memerah	X	X	X	X	X	X
27	Postur tubuh kaku	√	√	X	X	X	X
28	Sinis	√	√	√	X	X	X
29	Bermusuhan	X	X	X	X	X	X
30	Menarik diri	X	X	X	X	X	X
JUMLAH		13	10	8	6	6	5

Nama Klien : Tn.S

Tabel 3.3

No	Tanda dan Gejala	Hari I		Hari II		Hari III	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	Mengatakan benci/kesal dengan orang lain	√	√	√	√	√	√
2	Mengatakan ingin memukul orang lain	X	X	X	X	X	X
3	Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan	√	√	√	√	√	√
4	Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan	X	X	X	X	X	X
5	Melotot	X	X	X	X	X	X
6	Pandangan tajam	√	√	√	X	√	X
7	Tangan mengepal	X	X	X	X	X	X
8	Rahang mengatup	X	X	X	X	X	X
9	Gelisah dan mondar-mandir	√	√	X	X	X	X
10	Tekanan darah meningkat	X	X	X	X	X	X
11	Nadi meningkat	X	X	X	X	X	X
12	Pernapasan meningkat	X	X	X	X	X	X
13	Mudah tersinggung	X	X	X	X	X	X
14	Nada suara tinggi dan bicara kasar	√	√	√	√	X	X
15	Mendominasi pembicaraan	X	X	X	X	X	X
16	Sarkasme	X	X	X	X	X	X
17	Merusak lingkungan	X	X	X	X	X	X
18	Memukul orang lain	X	X	X	X	X	X
19	Mengatakan tidak senang	√	√	X	X	X	X
20	Menyalahkan orang lain	X	X	X	X	X	X
21	Mengatakan diri berkuasa	X	X	X	X	X	X
22	Merasa gagal mencapai tujuan	X	X	X	X	X	X
23	Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi	X	X	X	X	X	X
24	Suka mengejek dan mengkritik	X	X	X	X	X	X
25	Disorientasi	X	X	X	X	X	X
26	Wajah memerah	X	X	X	X	X	X
27	Postur tubuh kaku	√	X	X	X	X	X
28	Sinis	√	√	√	X	X	X
29	Bermusuhan	X	X	X	X	X	X
30	Menarik diri	X	X	X	X	X	X
JUMLAH		8	6	5	4	3	2

B. Penerapan Intervensi Berdasarkan Hasil Kajian Praktis Berbasis Bukti

Penerapan intervensi pada ke tiga pasien dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan diberikan terapi relaksasi nafas dalam. Pada ketiga pasien telah diberikan terapi relaksasi nafas dalam , untuk pasien I (Tn.A) diberikan terapi relaksasi nafas dalam pada tanggal 19-21 April 2022 dan hasil dari penerapan intervensi didapatkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan masih muncul namun sudah berkurang. Pada pasien ke II (Tn.T) diberikan terapi relaksasi nafas dalam pada tanggal 22-25 April 2022 dan hasil dari penerapan intervensi didapatkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan masih muncul namun sudah berkurang. Pada pasien ke III (Tn.S) diberikan terapi relaksasi nafas dalam pada tanggal 25-27 April 2022 dan hasil dari penerapan intervensi didapatkan tanda sudah berkurang.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Analisa Asuhan Keperawatan Dengan Konsep Kasus Terkait

Tn. A berusia 31 tahun dengan diagnosa medis skizofrenia. Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 April 2022 di ruang Nakula RSJD DR.Arif Zaenudin Surakarta. Pasien datang dari IGD dan pasien datang dari IGD dan diantar oleh orang tua. Alasan pasien dibawa ke rumah sakit, pasien marah-marah dan memukuli temannya karena tidak diperbolehkan merokok di warung. Pasien keluar masuk 4 kali ke rumah sakit jiwa karena pasien belum mampu mengontrol emosinya. Pada kasus pasien ini selama 3 pertemuan sudah dilakukan intervensi SP 1 sampai SP 3. Pertemuan pertama mengajarkan SP 1 yaitu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan pasien mampu melakukan apa yang diajarkan. Pada pertemuan kedua melakukan evaluasi SP 1 dan mengajarkan SP 2 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan obat dan pasien mampu melakukan apa yang diajarkan. Pada pertemuan ketiga yaitu mengevaluasi SP 2 dan mengajarkan SP 3 yaitu mengontrol perilaku kekerasan melalui verbal dan pasien dapat melakukan yang diajarkan.

Tn. T berusia 25 tahun dengan diagnosa medis Skizofrenia. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 April 2022 di ruang Nakula RSJD DR.Arif Zaenudin Surakarta. Alasan dibawa ke rumah sakit, pasien mengamuk dengan tindakan memecahkan perabotan yang ada di rumahnya dan menyakiti dirinya sendiri. Sebelumnya pasien belum pernah dibawa ke rumah sakit jiwa. Pada kasus pasien ini selama 3 pertemuan sudah dilakukan intervensi SP 1 sampai SP 3.

Pertemuan pertama mengajarkan SP 1 yaitu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan pasien mampu melakukan apa yg diajarkan. Pada pertemuan kedua melakukan evaluasi SP 1 dan mengajarkan SP 2 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan obat dan pasien mampu melakukan apa yg diajarkan. Pada pertemuan ketiga yaitu mengevaluasi SP 2 dan mengajarkan SP 3 yaitu mengontrol perilaku kekerasan melalui verbal dan pasien dapat melakukan yg diajarkan.

Tn.S berusia 30 tahun dengan diagnosa medis Skizofrenia. Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 April 2022 di ruang Nakula RSJD DR.Arif Zaenudin Surakarta. Pasien datang dari IGD di antar oleh keluarganya, alasan dibawa ke rumah sakit pasien dirumah marah-marah dan mengamuk karena pasien tidak diberi uang oleh orangtuanya untuk membeli rokok. Pasien sudah keluar masuk 3 kali ke rumah sakit jiwa karna pasien belum mampu mengontrol emosinya. Pada kasus pasien ini selama 3 pertemuan sudah dilakukan intervensi SP 1 sampai SP 3. Pertemuan pertama mengajarkan SP 1 yaitu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan pasien mampu melakukan apa yg diajarkan. Pada pertemuan kedua melakukan evaluasi SP 1 dan mengajarkan SP 2 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan obat dan pasien mampu melakukan apa yg diajarkan. Pada pertemuan ketiga yaitu mengevaluasi SP 2 dan mengajarkan SP 3 yaitu mengontrol perilaku kekerasan melalui verbal dan pasien dapat melakukan yg diajarkan.

Berdasarkan hasil pengkajian, muncul tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan pada ketiga pasien kelolaan. Menurut (NANDA-I, 2018) resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain adalah rentan melakukan perilaku yang

menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional. Penyebab dari resiko perilaku kekerasan diantaranya yaitu waham, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, isolasi sosial dan lain sebagainya. Pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan memunculkan tanda dan gejala Subyektif dan Obyektif, tanda subyektif yang muncul yaitu seperti pasien mengatakan benci/kesal terhadap orang lain, mengatakan ingin memukul orang lain, mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan dan mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan. Sedangkan tanda obyektif yang muncul seperti mata tampak melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, tampak gelisah, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, memukul orang lain, merusak lingkungan, dan nada suara tinggi sekaligus bicara kasar .

Untuk tahap selanjutnya peneliti melakukan intervensi terapi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan. Karena tindakan ini dapat dilakukan dengan mudah untuk pasien dimana saja. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan dengan mengkaji tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, penyebab dan kemampuan mengatasi masalah tersebut, resiko perilaku kekerasan dapat muncul pada orang yang mengalami halusinasi, isolasi sosial, harga diri rendah. Asuhan keperawatan diberikan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mengatasi masalah yang mereka alami (Biyana Tazqiyatus Sudia et.al, 2021).

B. Analisa Penerapan Intervensi Berdasarkan Hasil Kajian Praktik Berbasis Bukti

Rencana keperawatan yang penulis lakukan pada ketiga pasien kelolaan dengan resiko perilaku kekerasan yaitu dengan memberikan terapi relaksasi nafas dalam dengan tujuan dapat mengurangi tanda dan gejala yang muncul pada pasien. Intervensi yang diberikan pada pasien resiko perilaku kekerasan yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam yang bertujuan untuk mengurangi perilaku agresif, memberikan rasa tenang, mengendalikan emosi (Biyana Tazqiyatus Sudia et.al, 2021).

Pasien kelolaan pertama yaitu Tn.A diberikan terapi relaksasi nafas dalam selama 3 pertemuan, dalam satu pertemuan dilakukan selama 10 menit. Pada satu pertemuan dilakukan evaluasi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan menggunakan checklist tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dengan jumlah keseluruhan 30 point. Pertemuan pertama sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pasien berdasarkan pengkajian menggunakan checklist didapatkan 9 point dan evaluasi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan 8 point. Pertemuan kedua sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pasien berdasarkan pengkajian menggunakan checklist didapatkan 6 point dan evaluasi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan 5 point. Pertemuan ketiga sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pasien berdasarkan pengkajian menggunakan checklist didapatkan 3 point dan evaluasi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan 3 point.

Pasien kelolaan kedua yaitu Tn.T diberikan terapi relaksasi nafas dalam selama 3 pertemuan, dalam satu pertemuan dilakukan selama 10 menit. Pada

satu pertemuan dilakukan evaluasi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan menggunakan checklist tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dengan jumlah keseluruhan 30 point. Pertemuan pertama sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pasien berdasarkan pengkajian menggunakan checklist didapatkan 13 point dan evaluasi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan 10 point. Pertemuan kedua sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pasien berdasarkan pengkajian menggunakan checklist didapatkan 8 point dan evaluasi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan 6 point. Pertemuan ketiga sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pasien berdasarkan pengkajian menggunakan checklist didapatkan 6 point dan evaluasi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan 5 point.

Pasien kelolaan ketiga yaitu Tn.S diberikan terapi relaksasi nafas dalam selama 3 pertemuan, dalam satu pertemuan dilakukan selama 10 menit. Pada satu pertemuan dilakukan evaluasi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan menggunakan checklist tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dengan jumlah keseluruhan 30 point. Pertemuan pertama sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pasien berdasarkan pengkajian menggunakan checklist didapatkan 8 point dan evaluasi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan 6 point. Pertemuan kedua sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pasien berdasarkan pengkajian menggunakan checklist didapatkan 5 point dan evaluasi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan 4 point. Pertemuan ketiga sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pasien berdasarkan pengkajian menggunakan checklist didapatkan 3 point dan evaluasi setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan 2 point.

Dari ketiga pasien dengan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan didapatkan hasil bahwa terapi tersebut efektif dalam menurunkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan. Penerapan terapi relaksasi nafas dalam untuk menurunkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan ini juga dilakukan oleh I Nengah Sumirta (2013) dengan judul relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan selama 3 hari, dimana setiap pertemuannya dilakukan perhari dengan durasi pemberian terapi selama 15 menit (I Nengah Sumirta et.al, 2013).

C. Implikasi Keperawatan

Terapi yang diberikan yaitu terapi relaksasi nafas dalam, terapi ini merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jiwa dan untuk mengurangi tanda dan gejala pada pasien resiko perilaku kekerasan. Pemberian terapi relaksasi nafas dalam dilakukan 3 hari dalam setiap pertemuan dilakukan terapi selama 15 menit (Ria Desinta Sari, 2019).

Teknik nafas dalam bisa dilakukan oleh pasien secara mandiri dimana saja dan kapan saja karena hanya memerlukan posisi duduk yang nyaman dan mengatur pola nafas pasien. Teknik relaksasi nafas dalam bisa dilakukan saat pasien di RSJ maupun saat dirumah ketika pasien sudah pulang, teknik ini bisa menjadi alternatif tindakan dari pasien dalam mengendalikan kemarahan secara adaptif. Kelebihan dari teknik relaksasi nafas dalam. Kelebihan dari teknik relaksasi nafas dalam selain menyebabkan efek menenangkan fisik juga dapat menenangkan pikiran. Oleh karena itu teknik relaksasi nafas dalam dapat untuk

membantu untuk meningkatkan konsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi dan depresi (Desak Made Ari Dwi Jayanti et.al, 2022).

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan jyang diberikan kepada 3 pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan dapat disimpulkan bahwa pemberian intervensi dilakukan selama 3 kali pertemuan, setiap pertemuan intervensi dilakukan selama 10 menit. Diagnosa yang diambil dari ketiga pasien merupakan resiko perilaku kekerasan dengan intervensi terapi relaksasi nafas dalam yang bertujuan untuk dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi dan marah tidak berlebihan.

B. Saran

1. Bagi penulis

Hasil dari karya ilmiah akhir ini dapat digunakan sebagai penulisan bagi dan sebagai referensi baru untuk penulis selanjutnya

2. Profesi Keperawatan

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan untuk menurunkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan.

3. Institusi Pendidikan

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi tambahan literature bagi institusi Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan mengenai asuhan keperawatan pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

4. Institusi RSJD Surakarta

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi tambahan literature bagi institusi RSJD Surakarta mengenai asuhan keperawatan pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

Amimi, R., Malfasari, E., Febtrina, R., & Maulinda, D. (2020). *ANALISIS TANDA DAN GEJALA RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA*. Pekanbaru: Persatuan Perawat Indonesia Jawa Tengah.

Darsana, I. W., & Suariyani, P. N. (2020). *Trend Karakteristik Demografi Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Provinsi Bali*. Denpasar: ISSN.

Dwi Jayanti, D. M., Budianto, I. W., & Satya Laksmi, I. A. (2022). *The Influence of Deep Breathing Relaxation Techniques on Angry Behavior of Schizophrenia Patients in UPTD RSJ Bali Province*. Denpasar: Journal Of Health.

Kandar, & Iswanti, D. I. (2019). *FAKTOR PREDISPOSISI DAN PRESTIPITASI PASIEN RESIKO PERILAKU*. Semarang: ISSN.

RI, K. (n.d.). *Stop Stigma dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan gangguan Jiwa*.

Sudia, B. T., Abdillah, H., & Hamidah, E. (2021). *Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah* . Sukabumi: Jurnal Lentera.

Sumirta, I. N., Githa, I. W., & Sariasih, N. N. (2013). *Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien Dengan Perilaku Kekerasan*. Denpasar: Jurnal Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar.

LAMPIRAN

Kasus 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG NAKULA RSJD DR. ARIF ZAINUDDIN SURAKARTA

RUANG RAWAT : Nakula
TANGGAL DIRAWAT : 31 Maret 2022

IDENTITAS KLIEN

Inisial : Tn. A
Tanggal Pengkaji : 19 April 2022
Umur : 31 tahun
Informan : Pasien
No. RM : 0688xx

ALASAN MASUK

Pasien mengatakan marah – marah karena tidak diperbolehkan merokok di warung sehingga bertengkar dengan masyarakat di warung sehingga orangtua pasien membawa Tn.A ke RSJD Surakarta pada tanggal 31 maret 2022.

FAKTOR PREDISPOSISI

Pernah mengalami gangguan jiwa masa lalu : ya, tahun 2017
Pengobatan sebelumnya : ada tetapi kurang berhasil karena pasien lalai waktu minum obat
Trauma (aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan , tindakan kriminal) :
-
Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa : ada
Hubungan keluarga : Ayah dari Tn.A

Gejala : Perilaku kekerasan

Riwayat penyakit : -

Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan ditinggal oleh kekasihnya yang ia cintai menikah dengan orang lain.

FISIK

Tanda Vital : TD : 132/85 mmHg N : 85x/menit
S : 36,7°C P : 20x/menit

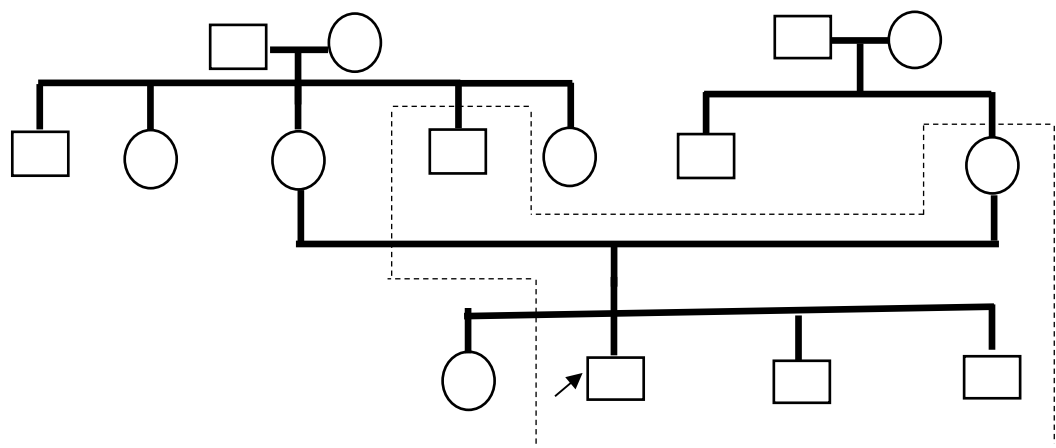
Ukur : TB : 168 cm BB : 75 kg

Keluhan fisik : -

Masalah Keperawatan : -

PSIKOSOSIAL

Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

----- : Tinggal satu rumah

↗ : Pasien

— : Hubungan darah

Konsep diri:

Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai bentuk tubuhnya dan fungsinya, tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai.

Identitas

Pasien mengatakan namanya Tn. A berusia 31 tahun, berjenis kelamin laki-laki, sebelum dirawat di RSJ pasien mengatakan bekerja serabutan.

Peran

Pasien mengatakan seorang laki-laki, pasien anak ke-2 dari 4 bersaudara, pasien berperan sebagai anak, kakak, dan adik, pasien jarang berinteraksi dengan saudara-saudaranya.

Ideal diri

Pasien mengatakan ingin pulang, tidak ingin dirawat di RSJ, pasien ingin bekerja kembali dan berjanji akan rutin minum obat.

Harga diri

Pasien mengatakan hubungan di rumah dengan orang lain baik, hanya saja pasien lebih sering diam dan pada saat di RSJ di ruang Nakula pasien juga jarang berinteraksi dengan pasien lain.

Masalah keperawatan : -

Hubungan sosial

Orang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti yaitu orang tua.

Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

Pasien mengatakan jarang bersosialisasi dan tidak pernah ikut dalam kegiatan kelompok atau masyarakat.

Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan malu dan tidak percaya diri sehingga lebih suka menyendiri dan diam.

Masalah Keperawatan : -

Spiritual

Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan beragama islam, pasien rajin berdo'a agar cepat sembuh dan bisa segera pulang.

Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan selalu mengerjakan sholat 5 waktu dan mengaji.

STATUS METAL

Penampilan

Kuku tampak bersih, rambut rapih, gigi tampak kotor

Masalah keperawatan : -

Pembicaraan

Bicara pasien lambat dan sering terjeda.

Masalah Keperawatan : -

Aktivitas Motorik

Gerakan-gerakan kecil pada otot wajah yang tidak terkontrol dan pasien lebih sering diam

Masalah Keperawatan : -

Alam Perasaan

Pasien mengatakan senang di RSJ karena banyak temannya tetapi pasien ingin pulang dan berkumpul dengan keluarga

Masalah Keperawatan : -

Afek

Pasien hanya akan memberi respon jika diberi stimulus yang kuat

Masalah Keperawatan : -

Interaksi selama wawancara

Pasien lebih sering menunduk, tidak ada kontak mata dan terkadang diam.

Masalah Keperawatan : -

Persepsi

Pasien mengatakan mendengar suara orang terika-teriak dan menyuruhnya untuk berhenti merokok serta merusak barang-barang, biasanya suara didengar saat malam hari saat pasien sendirian, frekuensi >3x, respon pasien diam.

Masalah Keperawatan : -

Proses Pikir

Pembicaraan terkadang terhenti secara tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dapat melanjutkan pembicaraan lagi.

Masalah Keperawatan : -

Isi Pikir

Pasien dapat mengontrol isi pikirannya, pasien tidak mengalami gangguan isi pikir, pasien tidak mengalami fobia.

Masalah Keperawatan : -

Waham

Pasien tidak memiliki waham

Masalah Keperawatan : -

Tingkat kesadaran

Pasien sadar penuh tetapi saat ditanya waktu, pasien tidak mampu menyebutkan dengan benar, tetapi pasien mengetahui jika dia sedang berada di RSJ.

Masalah Keperawatan : -

Memori

Pasien mampu menyebutkan menyebutkan hari, tanggal, bulan dan tahun kemudian waktu saat itu.

Masalah Keperawatan : gangguan daya ingat jangka panjang

Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu berkonsentrasi, pasien mampu berhitung dari 1-20 dan menyebutkan abjad dari A-Z

Masalah Keperawatan : -

Kemampuan penilaian

Ketika pasien disuruh memilih sebaiknya memakai baju dulu baru mandi atau mandi dulu baru memakai baju, pasien menjawab mandi dulu baru memakai baju.

Masalah Keperawatan : -

Daya tilik diri

Pasien mengatakan bahwa sekarang berada di RSJ dan mau berobat agar cepat sembuh.

KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

Makan

Pasien makan 3x sehari, habis 1 porsi, pasien mampu makan secara mandiri.

BAB/BAK

Pasien mampu melakukan BAB dan BAK secara mandiri.

Masalah Keperawatan :

Mandi

Pasien mandi 2x sehari, mampu melakukannya secara mandiri

Berpakaian/berhias

Pasien mampu berpakaian secara mandiri, pasien memakai seragam dari RSJ.

Istirahat dan tidur

☐ Tidur siang : ± 2 jam

☐ Tidur malam : ± 8 jam

Kegiatan sebelum dan sesudah tidur : nonton tv, makan, santai

Penggunaan obat

Pasien dibantu oleh perawat dalam menyiapkan obat, pasien ingat jadwal minum obat dan jumlah obatnya tetapi pasien tidak mampu menyebutkan nama obatnya.

Pemeliharaan Kesehatan

Pasien masih memerlukan perawatan lanjut karena masih harus minum obat secara teratur.

Kegiatan diluar rumah

Pasien mengatakan saat di luar rumah biasanya bekerja, pasien biasanya bekerja serabutan.

MEKANISME KOPING

Personal ability

Pasien mengatakan jika memiliki masalah akan memikirkan jalan keluarnya sendiri

Social support

Pasien mengatakan jarang berinteraksi dengan saudara-saudaranya dan tetangga sekitar

Material support

Pasien tinggal bersama orang tuanya

Positive believe

Pasien menyadari sekarang sedang di RSJ dan akan pulang jika sudah sembuh.

Masalah Keperawatan :

MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik :

Pasien mengatakan saat sekolah dulu mengikuti ekstrakurikuler bola voli

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik :

Pasien kurang berinteraksi dengan orang lain jika tidak diajak bicara terlebih dahulu

Masalah dengan pendidikan, spesifik :

Pasien mengatakan Pendidikan terakhirnya SLTP

Masalah dengan perumahan, spesifik :

Saat di rumah pasien jarang berinteraksi dengan saudara-saudaranya, pasien lebih suka menyendiri.

Masalah ekonomi, spesifik :

Pasien bekerja serabutan

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik :

Pasien tidak memiliki masalah dengan pelayanan Kesehatan

Masalah lainnya, spesifik :

Pasien ingin segera pulang dan bisa rawat jalan saja

Masalah Keperawatan :

PENGETAHUAN KURANG TENTANG :

Pasien memiliki defisiensi pengetahuan terkait pentingnya minum obat secara teratur untuk mencegah kekambuhan.

Masalah Keperawatan :

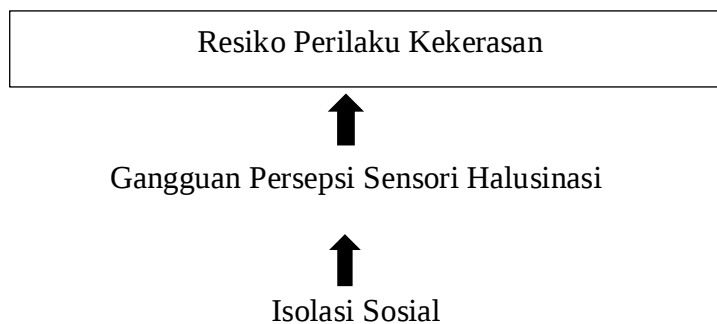
ANALISA DATA

Data	Masalah
DS : Pasien mengatakan merusak barang-barang di rumah DO : Rahang mengatup Tangan mengepal	Resiko perilaku kekerasan

ASPEK MEDIK

Diagnosa medik : Skizofrenia tak terinci

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN/POHON MASALAH



DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Resiko Perilaku Kekerasan

Surakarta, 19 April 2022

Mahasiswa

IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Inisial klien : Tn. A

Ruang : Nakula

No.RM : -

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
		Tujuan	Kriteria	Tindakan	
19 April 2022	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 x pertemuan diharapkan mampu mengontrol perilaku kekerasan	Klien dapat mengidentifikasi penyebab, tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan akibat perilaku kekerasan Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: Tarik nafas dalam, pukul bantal dan Kasur Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara verbal. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual	SP 1 Identifikasi penyebab dan tanda gejala resiko perilaku kekerasan Jelaskan cara mengontrol RPK : fisik, obat, verbal, spiritual Latih cara mengontrol RPK secara fisik: Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasus. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik SP 2 Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian Latih cara mengontrol RPK dengan patuh minum obat Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat SP 3 Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, beri pujian. Latih cara mengontrol RPK dengan verbal Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan fisik, minum obat, verbal. SP 4	Untuk mengetahui kondisi pasien Untuk mengetahui tindakan yang bisa dilakukan untuk mengatasi RPK Untuk membantu mempercepat kesembuhan pasien Untuk mengetahui apakah sudah benar cara minum obatnya Untuk mengetahui apakah sudah benar cara mengusir RPK yang muncul Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam latihan fisik Untuk menghindari RPK muncul kembali

				Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, verbal, serta beri pujian Latih cara mengontrol RPK dengan spiritua Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal, spiritual.	Melatih pasien untuk melakukan kontrol RPK dengan Berdoa Supaya pasien mempunyai jadwal kegiatan yang dilakukan setiap hari
--	--	--	--	--	--

XV. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn. A

Ruang : Nakula

No.RM : -

Tgl	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
19 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan marah – marah karena tidak diperbolehkan merokok di warung sehingga menyebabkan pertengkaran di warung DO : Pasien mengamuk di warung Pasien tampak sulit mengontrol perasaan dan emosinya Nada bicara tinggi Dx : Resiko perilaku kekerasan Implementasi : SP 1 Identifikasi penyebab dan tanda gejala resiko perilaku kekerasan Jelaskan cara mengontrol RPK : fisik, obat, verbal, spiritual Latih cara mengontrol RPK secara fisik: Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasus. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik RTL Evaluasi SP 1 dan beri pujian	S : Pasien mengatakan marah – marah karena tidak diperbolehkan merokok di warung sehingga menyebabkan pertengkaran di warung O : Pasien kooperatif Pasien aktif dalam mengikuti cara mengontrol PK dengan Tarik nafas dalam , pukul bantal dan Kasur. A : Resiko perilaku kekerasan masih ada. P : Anjurkan pasien untuk mengontrol PK dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan Kasur.	Reza

		Kontrak hari selanjutnya untuk melatih SP 2		
20 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan marah berkurang dan mampu mengontrol emosi dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur. DO : Pasien tampak bingung Ketika klien menceritakan orang yang mempunyai masalah dengannya, pasien terlihat tegang dan pandangan tajam. Dx : Resiko Perilaku Kekerasan Implementasi : SP 2 Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian Melatih cara mengontrol RPK dengan patuh minum obat. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat. RTL Evaluasi SP 2 dan beri pujian Kontrak untuk selanjutnya untuk mengajarkan mengontrol halusinasi sesuai SP 3 yaitu bercakap-cakap	S : Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat. O : Pasien tampak mampu melakukan Tarik nafas dalam, memukul bantal dan kasur saat marah muncul Pasien mampu menyebutkan 6 benar obat dengan bantuan. Pasien menerima jika harus minum obat setiap hari. A : Resiko perilaku kekerasan P : Anjurkan pasien untuk mengontrol emosi dengan tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat.	Reza

21 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan marah berkurang dan mampu mengontrol emosi dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat. DO : Pasien tampak tenang Ketika klien menceritakan orang yang mempunyai masalah dengannya, pasien terlihat tegang dan pandangan tajam. Dx : Resiko Perilaku Kekerasan Implementasi : SP 3 Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, dan minum obat, beri pujian. Melatihkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, patuh minum obat dan verbal. RTL Evaluasi SP 3 dan beri pujian Kontrak waktu selanjutnya untuk mengajarkan cara mengontrol halusinasi sesuai SP 4 yaitu melakukan aktifitas	S : Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat dan verbal. O : Pasien tampak mampu melakukan Tarik nafas dalam dan memukul bantal. Pasien mampu menyebutkan 6 benar obat dengan bantuan Pasien mampu mengontrol pk dengan verbal. A : Resiko Perilaku Kekerasan P : Lanjutkan intervensi Anjurkan pasien untuk mengontrol pk dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat dan verbal	Reza
22 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan marah berkurang dan mampu mengontrol emosi dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat. DO : Pasien tampak tenang Ketika klien menceritakan orang yang mempunyai masalah dengannya, pasien terlihat tegang dan pandangan tajam.	S : Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat dan verbal dan spiritual O : Pasien tampak mampu melakukan Tarik nafas dalam dan memukul bantal.	Reza

		Dx : Resiko Perilaku Kekerasan Implementasi : SP 4 Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat dan verbal Melatihkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, patuh minum obat, verbal, spiritual RTL Evaluasi SP 4 dan beri pujian Kontrak waktu selanjutnya untuk mereview cara mengontrol halusinasi dari SP 1 sampai SP 4	Pasien mampu menyebutkan 6 benar obat dengan bantuan Pasien mampu mengontrol pk dengan verbal. Pasien mampu mengontrol pk dengan spiritual A : Resiko Perilaku Kekerasan sudah berkurang P : Lanjutkan intervensi Anjurkan pasien untuk menghardik halusinasi sehari 2x pukul 09.00 dan 17.00 Anjurkan pasien untuk mendengarkan murottal Anjurkan pasien untuk patuh minum obat sesuai anjuran Anjurkan pasien untuk bercakap-cakap dengan pasien lain Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas	
--	--	--	---	--

Kasus 2

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. T DENGAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG NAKULA RSJD DR. ARIF
ZAINUDDIN SURAKARTA**

RUANG RAWAT : Nakula
TANGGAL DIRAWAT : 5 April 2022

IDENTITAS KLIEN

Inisial : Tn. T
 Tanggal Pengkaji : 20 April 2022
 Umur : 25 tahun
 Informan : Pasien
 No. RM : 098905

ALASAN MASUK

Pasien mengatakan emosinya tidak bisa dikendalikan, suka memecahkan perabotan rumah sampai menyakiti dirinya sendiri, kemudian pasien dibawa ke RSJD Surakarta dan ditempatkan diruang Nakula.

FAKTOR PREDISPOSISI

Pernah mengalami gangguan jiwa masa lalu : tidak ada
 Pengobatan sebelumnya : tidak ada pengobatan
 Trauma (aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan , tindakan kriminal) :
 tidak memiliki riwayat trauma
 Masalah Keperawatan : -
 Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa : tidak ada
 Hubungan keluarga : -
 Gejala : -
 Riwayat penyakit : -

Masalah keperawatan : -

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan tidak ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

Masalah Keperawatan : -

FISIK

Tanda Vital : TD : 110/80 mmHg N : 85x/menit
S : 36,8°C P : 20x/menit

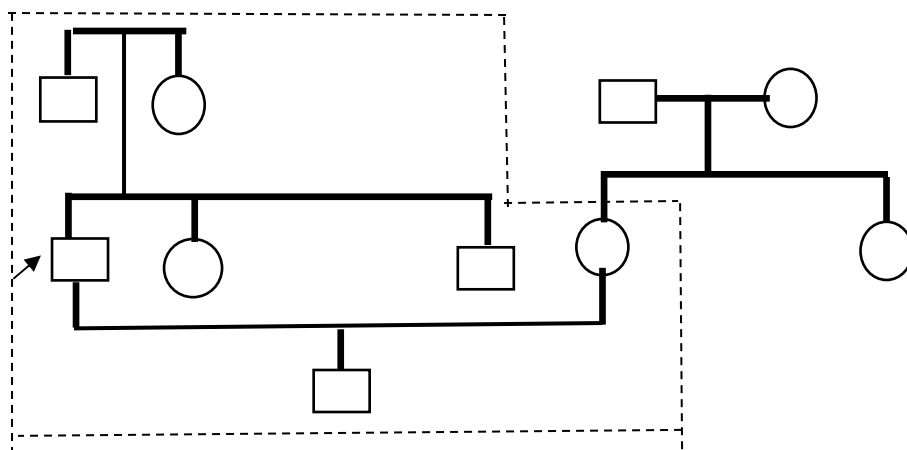
Ukur : TB : 165 cm BB : 58 kg

Keluhan fisik : tidak ada keluhan fisik

Masalah Keperawatan : -

PSIKOSOSIAL

Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

----- : Tinggal satu rumah

↗ : Pasien

— : Hubungan darah

Konsep diri:

Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai seluruh tubuhnya dan tidak ada anggota tubuh yang cacat.

Identitas

Pasien mengatakan namanya Tn. T berusia 25 tahun, berjenis kelamin laki-laki.

Peran

Pasien mengatakan berperan sebagai anak.

Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh, bisa berkumpul dengan keluarganya kembali, bisa mendapat support dari keluarganya.

Harga diri

Pasien mengatakan hubungan di rumah dengan orang lain baik, hanya saja pasien lebih sering diam dan pada saat di RSJ di ruang Nakula pasien juga jarang berinteraksi dengan pasien lain.

Hubungan sosial

Orang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti yaitu orang tua.

Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

Pasien mengatakan tidak suka mengikuti kegiatan di masyarakat.

Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan kurang percaya diri dan mudah putus asa.

Spiritual

Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan beragama islam, sebelum masuk RSJ pasien rajin melaksanakan sholat dan berpuasa, tetapi selama dirawat pasien tidak berpuasa karena harus minum obat.

Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan selalu melakukan sholat 5 waktu dan berdo'a.

Masalah Keperawatan : -

STATUS METAL

Penampilan

Rambut rapih, gigi tampak kotor, kuku panjang, pasien tampak memakai seragam seragam dari RSJ.

Masalah keperawatan : -

Pembicaraan

Saat dilakukan wawancara, bicara pasien kacau dan terkadang berbelit-belit tetapi masih bisa dipahami.

Masalah Keperawatan : -

Aktivitas Motorik

Pasien terkadang tampak mondar-mandir.

Masalah Keperawatan : -

Alam Perasaan

Pasien mengatakan senang di RSJ karena banyak temannya tetapi pasien ingin pulang dan berkumpul dengan keluarga

Masalah Keperawatan : -

Afek

Datar

Masalah Keperawatan : -

Interaksi selama wawancara

Saat dilakukan wawancara, terdapat kontak mata tetapi tidak fokus.

Masalah Keperawatan : -

Persepsi

Pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk mengamuk, menendang ember, memecahkan piring dan marah-marah tanpa alasan.

Masalah Keperawatan : -

Proses Pikir

Pembicaraan melompat dari satu topik ke topik yang lain tetapi tidak ada hubungan yang logis dan tidak sampai pada tujuan, akan tetapi kalimatnya dapat dipahami.

Masalah Keperawatan : -

Isi Pikir

Pasien dapat mengontrol isi pikirannya, pasien tidak mengalami gangguan isi pikir, pasien tidak mengalami fobia.

Masalah Keperawatan : -

Waham

Pasien tidak memiliki waham

Masalah Keperawatan : -

Tingkat kesadaran

Pasien sadar penuh atau composmentis, pasien mengenali yang sedang berbicara dengan dia dan pasien mengetahui jika dia sedang berada di RSJ.

Masalah Keperawatan : -

Memori

Pasien masih bisa menyebutkan hari, tanggal, bulan, dan tahun kemudian waktu saat itu.

Masalah Keperawatan : -

Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu berkonsentrasi dan berhitung urut.

Masalah Keperawatan : -

Kemampuan penilaian

Pasien mengalami gangguan kemampuan penilaian ringan.

Masalah Keperawatan : -

Daya tilik diri

Pasien saat ditanya dapat menjawab bahwa ia saat ini berada di RSJ, pasien merasa dirinya baik-baik saja dan hanya ingin berobat di RSJ.

Masalah Keperawatan : -

KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

Makan

Pasien mampu makan sendiri sehari 3x sehari, habis 1 porsi.

BAB/BAK

Pasien mampu melakukan BAB dan BAK secara mandiri.

Masalah Keperawatan :

Mandi

Pasien mandi 2x sehari, mampu melakukannya secara mandiri

Berpakaian/berhias

Pasien mampu berpakaian secara mandiri, pasien memakai seragam dari RSJ.

Istirahat dan tidur

☐ Tidur siang : ± 3 jam

☐ Tidur malam : ± 9 jam

Kegiatan sebelum dan sesudah tidur : nonton tv, bermain, santai.

Penggunaan obat

Pasien dibantu oleh perawat dalam menyiapkan obat, pasien ingat jadwal minum obat.

Pemeliharaan Kesehatan

Pasien menjalani perawatan lanjut dengan cara kontrol ulang atau rutin dan konsumsi obat secara teratur.

Kegiatan diluar rumah

Pasien mengatakan saat di luar rumah biasanya bekerja.

MEKANISME KOPING

Personal ability

Pasien mengatakan ketika menghadapi masalah terkadang pasien mengamuk atau merusak benda yang ada disekitarnya.

Social support

Pasien mengatakan terkadang keluar rumah untuk berinteraksi dengan tetangga sekitar.

Material support

Pasien tinggal bersama orang tua, istri dan anaknya.

Positive believe

Pasien menyadari sekarang sedang di RSJ dan akan pulang jika sudah sembuh.

Masalah Keperawatan : resiko perilaku kekerasan

MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik :

Pasien mengatakan tidak mengikuti apapun.

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik :

Pasien mengatakan terkadang malas berinteraksi dengan lingkungannya.

Masalah dengan pendidikan, spesifik :

Pasien mengatakan Pendidikan terakhirnya SLTP

Masalah dengan perumahan, spesifik :

Pasien mengatakan tinggal bersama orang tuanya, istri dan juga 2 anaknya. Pasien sering bermain dengan anak-anaknya.

Masalah ekonomi, spesifik :

Pasien mengatakan saat ini tidak bekerja.

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik :

Pasien tidak memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan

Masalah lainnya, spesifik :

Masalah Keperawatan :

PENGETAHUAN KURANG TENTANG :

Pasien mengatakan tidak tahu kenapa dibawa ke RSJ, pasien mengatakan hanya akan berobat.

Masalah Keperawatan :

ANALISA DATA

Data	Masalah
DS : Pasien mengatakan emosinya tidak bisa dikendalikan Pasien mengatakan emosinya tidak bisa dikendalikan pertama kali pada bulan Desember 2021 .DO : Pasien tampak gelisah jika diwawancarai terlalu lama Pasien tampak bingung	Resiko Perilaku kekerasan

ASPEK MEDIK

Diagnosa medik : Skizofrenia tak terinci

Terapi medik :

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN/POHON MASALAH

Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran



Gangguan Persepsi Sensor Halusinasi



Isolasi Sosial

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Resiko Perilaku Kekerasan

Surakarta, 20 April 2022

Mahasiswa

IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Inisial klien : Tn. T

Ruang : Nakula

No.RM : -

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
		Tujuan	Kriteria	Tindakan	
20 April 2022	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 x pertemuan diharapkan mampu mengontrol perilaku kekerasan	Klien dapat mengidentifikasi penyebab, tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan akibat perilaku kekerasan Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: Tarik nafas dalam, pukul bantal dan Kasur Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara verbal. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual	SP 1 Identifikasi penyebab dan tanda gejala resiko perilaku kekerasan Jelaskan cara mengontrol RPK : fisik, obat, verbal, spiritual Latih cara mengontrol RPK secara fisik: Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasus. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik SP 2 Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian Latih cara mengontrol RPK dengan patuh minum obat Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat SP 3 Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, beri pujian. Latih cara mengontrol RPK dengan verbal Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan fisik, minum obat, verbal. SP 4	Untuk mengetahui kondisi pasien Untuk mengetahui tindakan yang bisa dilakukan untuk mengatasi RPK Untuk membantu mempercepat kesembuhan pasien Untuk mengetahui apakah sudah benar cara minum obatnya Untuk mengetahui apakah sudah benar cara mengusir RPK yang muncul Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam latihan fisik Untuk menghindari RPK muncul kembali

				Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, verbal, serta beri pujian 2. Latih cara mengontrol RPK dengan spiritua 3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal, spiritual.	Melatih pasien untuk melakukan kontrol RPK dengan Berdoa Supaya pasien mempunyai jadwal kegiatan yang dilakukan setiap hari
--	--	--	--	--	--

XV. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn. T

Ruang : Nakula

No.RM : -

Tgl	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
20 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan dirinya mudah marah jika keinginannya tidak terpenuhi. DO : Pasien mengamuk di warung Pasien tampak sulit mengontrol perasaan dan emosinya Nada bicara tinggi Dx : Resiko perilaku kekerasan Implementasi : SP 1 Identifikasi penyebab dan tanda gejala resiko perilaku kekerasan Jelaskan cara mengontrol RPK : fisik, obat, verbal, spiritual Latih cara mengontrol RPK secara fisik: Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasus. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik	S : Pasien mengatakan marah – marah karena tidak diperbolehkan merokok di warung sehingga menyebabkan pertengkaran di warung O : Pasien kooperatif Pasien aktif dalam mengikuti cara mengontrol PK dengan Tarik nafas dalam , pukul bantal dan Kasur. A : Resiko perilaku kekerasan masih ada. P : Anjurkan pasien untuk mengontrol PK dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan Kasur.	Reza

		RTL Evaluasi SP 1 dan beri pujian Kontrak hari selanjutnya untuk melatih SP 2		
20 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan marah berkurang dan mampu mengontrol emosi dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur. DO : Pasien tampak bingung Ketika klien menceritakan orang yang mempunyai masalah dengannya, pasien terlihat tegang dan pandangan tajam. Dx : Resiko Perilaku Kekerasan Implementasi : SP 2 Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian Melatih cara mengontrol RPK dengan patuh minum obat. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat. RTL Evaluasi SP 2 dan beri pujian	S : Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat. O : Pasien tampak mampu melakukan Tarik nafas dalam, memukul bantal dan kasur saat marah muncul Pasien mampu menyebutkan 6 benar obat dengan bantuan. Pasien menerima jika harus minum obat setiap hari. A : Resiko perilaku kekerasan P : Anjurkan pasien untuk mengontrol emosi dengan tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat.	Reza

		Kontrak untuk selanjutnya untuk mengajarkan mengontrol halusinasi sesuai SP 3 yaitu bercakap-cakap		
21 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan marah berkurang dan mampu mengontrol emosi dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat. DO : Pasien tampak tenang Ketika klien menceritakan orang yang mempunyai masalah dengannya, pasien terlihat tegang dan pandangan tajam. Dx : Resiko Perilaku Kekerasan Implementasi : SP 3 Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, dan minum obat, beri pujian. Melatihkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, patuh minum obat dan verbal. RTL Evaluasi SP 3 dan beri pujian Kontrak waktu selanjutnya untuk mengajarkan cara mengontrol halusinasi sesuai SP 4 yaitu melakukan aktifitas	S : Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat dan verbal. O : Pasien tampak mampu melakukan Tarik nafas dalam dan memukul bantal. Pasien mampu menyebutkan 6 benar obat dengan bantuan Pasien mampu mengontrol pk dengan verbal. A : Resiko Perilaku Kekerasan P : Lanjutkan intervensi Anjurkan pasien untuk mengontrol pk dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat dan verbal	Reza
22 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan marah berkurang dan mampu mengontrol emosi dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat. DO : Pasien tampak tenang	S : Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat dan verbal dan spiritual	Reza

		Ketika klien menceritakan orang yang mempunyai masalah dengannya, pasien terlihat tegang dan pandangan tajam. Dx : Resiko Perilaku Kekerasan Implementasi : SP 4 Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat dan verbal Melatihkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, patuh minum obat, verbal, spiritual RTL Evaluasi SP 4 dan beri pujian Kontrak waktu selanjutnya untuk mereview cara mengontrol halusinasi dari SP 1 sampai SP 4	O : Pasien tampak mampu melakukan Tarik nafas dalam dan memukul bantal. Pasien mampu menyebutkan 6 benar obat dengan bantuan Pasien mampu mengontrol pk dengan verbal. Pasien mampu mengontrol pk dengan spiritual A : Resiko Perilaku Kekerasan sudah berkurang P : Lanjutkan intervensi Anjurkan pasien untuk menghardik halusinasi sehari 2x pukul 09.00 dan 17.00 Anjurkan pasien untuk mendengarkan murottal Anjurkan pasien untuk patuh minum obat sesuai anjuran Anjurkan pasien untuk bercakap-cakap dengan pasien lain Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas	
--	--	---	---	--

Kasus 3

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. S DENGAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG NAKULA RSJD DR. ARIF
ZAINUDDIN SURAKARTA**

RUANG RAWAT : Nakula
TANGGAL DIRAWAT : 5 April 2022

IDENTITAS KLIEN

Inisial : Tn. S
 Tanggal Pengkaji : 22 April 2022
 Umur : 30 tahun
 Informan : Pasien
 No. RM : 062681

ALASAN MASUK

Pasien mengatakan saat itu bekerja kemudian uangnya selalu diberikan kepada orangtuanya, tetapi saat pasien meminta uang kepada orangtuanya untuk membeli rokok dan handphone tidak dikasih, akhirnya pasien mengamuk.

FAKTOR PREDISPOSISI

Pernah mengalami gangguan jiwa masa lalu : iya
 Pengobatan sebelumnya : konsumsi obat rutin
 Trauma (aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan, tindakan kriminal) :
 tidak memiliki riwayat trauma
 Masalah Keperawatan : -
 Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa : tidak ada
 Hubungan keluarga : -
 Gejala : -
 Riwayat penyakit : -

Masalah keperawatan : -

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan tidak ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

Masalah Keperawatan : -

FISIKA

Tanda Vital : TD : 130/80 mmHg N : 82x/menit
S : 36,1°C P : 20x/menit

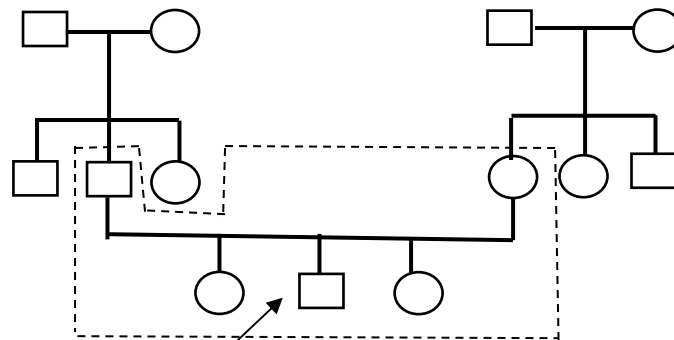
Ukur : TB : 166 cm BB : 60 kg

Keluhan fisik : tidak ada keluhan fisik

Masalah Keperawatan : -

PSIKOSOSIAL

Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

 : Laki-laki

..... : Tinggal satu rumah

↗ : Pasien

—: Hubungan darah

Konsep diri:

Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai seluruh tubuhnya dan tidak ada yang mengalami penurunan fungsi.

Identitas

Pasien mengatakan namanya Tn. S berusia 30 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pasien belum menikah.

Peran

Pasien mengatakan berperan sebagai anak.

Ideal diri

Pasien mengatakan bisa sembuh dan kembali pulang ke rumah berkumpul dengan keluarganya.

Harga diri

Pasien mengatakan merasa kurang diterima di keluarganya, pasien tidak bekerja.

Hubungan sosial

Orang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti yaitu istri dan anak-anaknya.

Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

Pasien mengatakan tidak suka mengikuti kegiatan kelompok maupun masyarakat.

Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak memiliki hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Spiritual

Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan beragama islam tetapi tidak pernah menjalankan sholat.

Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan tidak pernah sholat.

STATUS METAL

Penampilan

Rambut bersih, kuku pendek dan bersih, gigi tampak kotor, cara berpakaian sesuai.

Masalah keperawatan : -

Pembicaraan

Saat dilakukan wawancara, pembicaraan cepat, sulit dipahami, bicara tidak ada kaitannya atau tidak berhubungan dari kalimat satu ke kalimat lain. Masalah

Keperawatan : -

Aktivitas Motorik

Pasien tampak tenang

Masalah Keperawatan : -

Alam Perasaan

Pasien mengatakan senang dan selalu tertawa.

Masalah Keperawatan : -

Afek

Appropriate (tepat)

Masalah Keperawatan : -

Interaksi selama wawancara

Selama wawancara pasien kooperatif, terdapat kontak mata.

Masalah Keperawatan : -

Persepsi

Pasien mengatakan mendengar suara-suara dan bisikan yang mengatakan untuk marah.

Masalah Keperawatan : -

Proses Pikir

Pembicaraan berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan.

Masalah Keperawatan :

Isi Pikir

Pasien tidak mengalami gangguan isi pikir.

Masalah Keperawatan : -

Waham

Pasien tidak memiliki waham

Masalah Keperawatan : -

Tingkat kesadaran

Pasien sadar penuh atau composmentis, pasien mengenali yang sedang berbicara dengan dia dan mampu menyebutkan waktu dan tempat dengan tepat.

Masalah Keperawatan : -

Memori

Pasien mampu menyebutkan tanggal, hari dan tahun.

Masalah Keperawatan : -

Tingkat konsentrasi dan berhitung

Perhatian pasien mudah untuk dialihkan, pasien mampu berhitung dengan urut.

Masalah Keperawatan : -

Kemampuan penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain.

Masalah Keperawatan : -

Daya tilik diri

Pasien mengatakan dibawa ke RSJ untuk pemeriksaan jantung dan disuntik untuk berobat.

Masalah Keperawatan : -

KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

Makan

Pasien makan 3x sehari, habis 1 porsi, makan secara mandiri dan mengembalikan alat makan dan minum sesuai pada tempatnya.

BAB/BAK

Pasien mampu mengontrol BAB dan BAK, mampu melakukan BAB dan BAK secara mandiri.

Masalah Keperawatan :

Mandi

Pasien mandi 2x sehari, mampu melakukannya secara mandiri

Berpakaian/berhias

Pasien mampu berpakaian secara mandiri, pasien memakai seragam dari RSJ.

Istirahat dan tidur

☐ Tidur siang : Pasien mengatakan tidak suka tidur siang

☐ Tidur malam : $\pm$ 9 jam

Kegiatan sebelum dan sesudah tidur : nonton tv, bersantai, makan.

Penggunaan obat

Pasien dibantu oleh perawat dalam menyiapkan obat.

Pemeliharaan Kesehatan

Pasien minum obat secara teratur dan masih memerlukan perawatan lanjut.

Kegiatan diluar rumah

Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain.

MEKANISME KOPING

Personal ability

Pasien mengatakan ketika menghadapi masalah akan bercerita dengan orang lain.

Social support

Pasien mengatakan sering berinteraksi dengan tetangga sekitar rumah.

Material support

Pasien tinggal bersama orang tua, istri dan anaknya.

Positive believe

Pasien mengatakan saat ini sedang berobat dan akan pulang jika sudah sembuh.

Masalah Keperawatan :

MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik :

Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan apapun.

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik :

Pasien tidak memiliki masalah yang berhubungan dengan lingkungannya.

Masalah dengan pendidikan, spesifik :

Pasien mengatakan Pendidikan terakhirnya SMP

Masalah dengan perumahan, spesifik :

Pasien mengatakan tinggal di desa bersama orang tua.

Masalah ekonomi, spesifik :

Pasien mengatakan tidak bekerja.

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik :

Pasien tidak memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan

Masalah lainnya, spesifik :

Masalah Keperawatan :

PENGETAHUAN KURANG TENTANG :

Pasien mengatakan tidak tahu kenapa dibawa ke RSJ, pasien mengatakan hanya akan berobat dan disuntik setelah itu akan dijemput oleh keluarganya.

Masalah Keperawatan :

ANALISA DATA

Data	Masalah
DS : Pasien mengatakan dirinya mudah marah jika keinginannya tidak terpenuhi. Pasien juga mengamuk. .DO : Pasien tampak gelisah jika diajak berinteraksi terlalu lama Saat sedang interaksi terkadang pasien tampak mengeram karena bosan Tatapan mata tajam	Resiko Perilaku Kekerasan

ASPEK MEDIK

Diagnosa medik : Skizofrenia tak terinci

Terapi medik : Clozapine 1x10 mg

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN/POHON MASALAH



DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Resiko Perilaku Kekerasan

Surakarta, 22 April 2022

Mahasiswa

IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Inisial klien : Tn. S

Ruang : Nakula

No.RM : -

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan			Rasional
		Tujuan	Kriteria	Tindakan	
22 April 2022	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 x pertemuan diharapkan mampu mengontrol perilaku kekerasan	Klien dapat mengidentifikasi penyebab, tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan akibat perilaku kekerasan Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: Tarik nafas dalam, pukul bantal dan Kasur Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara verbal.	SP 1 Identifikasi penyebab dan tanda gejala resiko perilaku kekerasan Jelaskan cara mengontrol RPK : fisik, obat, verbal, spiritual Latih cara mengontrol RPK secara fisik: Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasus. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik SP 2 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian Latih cara mengontrol RPK dengan patuh minum obat Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat SP 3 Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, beri pujian. Latih cara mengontrol RPK dengan verbal	Untuk mengetahui kondisi pasien Untuk mengetahui tindakan yang bisa dilakukan untuk mengatasi RPK Untuk membantu mempercepat kesembuhan pasien Untuk mengetahui apakah sudah benar cara minum obatnya Untuk mengetahui apakah sudah benar cara mengusir RPK yang muncul Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam latihan fisik

			Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual	Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan fisik, minum obat, verbal. SP 4 Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, verbal, serta beri pujian Latih cara mengontrol RPK dengan spiritual Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal, spiritual.	Untuk menghindari RPK muncul kembali Melatih pasien untuk melakukan kontrol RPK dengan Berdoa Supaya pasien mempunyai jadwal kegiatan yang dilakukan setiap hari
--	--	--	---	---	---

XV. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn. S

Ruang : Nakula

No.RM : -

Tgl	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
20 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan dirinya mudah marah jika keinginannya tidak terpenuhi. DO : Pasien mengamuk di warung Pasien tampak sulit mengontrol perasaan dan emosinya Nada bicara tinggi Dx : Resiko perilaku kekerasan Implementasi : SP 1 Identifikasi penyebab dan tanda gejala resiko perilaku kekerasan Jelaskan cara mengontrol RPK : fisik, obat, verbal, spiritual Latih cara mengontrol RPK secara fisik: Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasus. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik RTL Evaluasi SP 1 dan beri pujian Kontrak hari selanjutnya untuk melatih SP 2	S : Pasien mengatakan marah – marah karena tidak diperbolehkan merokok di warung sehingga menyebabkan pertengkaran di warung O : Pasien kooperatif Pasien aktif dalam mengikuti cara mengontrol PK dengan Tarik nafas dalam , pukul bantal dan Kasur. A : Resiko perilaku kekerasan masih ada. P : Anjurkan pasien untuk mengontrol PK dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan Kasur.	Reza

20 April 2022	Resiko kekerasan perilaku	DS : Pasien mengatakan marah berkurang dan mampu mengontrol emosi dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur. DO : Pasien tampak bingung Ketika klien menceritakan orang yang mempunyai masalah dengannya, pasien terlihat tegang dan pandangan tajam. Dx : Resiko Perilaku Kekerasan Implementasi : SP 2 Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian Melatih cara mengontrol RPK dengan patuh minum obat. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat. RTL Evaluasi SP 2 dan beri pujian	S : Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat. O : Pasien tampak mampu melakukan Tarik nafas dalam, memukul bantal dan kasur saat marah muncul Pasien mampu menyebutkan 6 benar obat dengan bantuan. Pasien menerima jika harus minum obat setiap hari. A : Resiko perilaku kekerasan P : Anjurkan pasien untuk mengontrol emosi dengan tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat.	Reza

		Kontrak untuk selanjutnya untuk mengajarkan mengontrol halusinasi sesuai SP 3 yaitu bercakap-cakap		
21 April 2022	Resiko perilaku kekerasan	DS : Pasien mengatakan marah berkurang dan mampu mengontrol emosi dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat. DO : Pasien tampak tenang Ketika klien menceritakan orang yang mempunyai masalah dengannya, pasien terlihat tegang dan pandangan tajam. Dx : Resiko Perilaku Kekerasan Implementasi : SP 3 Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, dan minum obat, beri pujian. Melatihkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, patuh minum obat dan verbal. RTL Evaluasi SP 3 dan beri pujian Kontrak waktu selanjutnya untuk mengajarkan cara mengontrol halusinasi sesuai SP 4 yaitu melakukan aktifitas	S : Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat dan verbal. O : Pasien tampak mampu melakukan Tarik nafas dalam dan memukul bantal. Pasien mampu menyebutkan 6 benar obat dengan bantuan Pasien mampu mengontrol pk dengan verbal. A : Resiko Perilaku Kekerasan P : Lanjutkan intervensi Anjurkan pasien untuk mengontrol pk dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat dan verbal	Reza

22 April 2022	Resiko kekerasan perilaku	DS : Pasien mengatakan marah berkurang dan mampu mengontrol emosi dengan Tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, minum obat. DO : Pasien tampak tenang Ketika klien menceritakan orang yang mempunyai masalah dengannya, pasien terlihat tegang dan pandangan tajam. Dx : Resiko Perilaku Kekerasan Implementasi : SP 4 Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat dan verbal Melatihkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, patuh minum obat, verbal, spiritual RTL Evaluasi SP 4 dan beri pujian Kontrak waktu selanjutnya untuk mereview cara mengontrol halusinasi dari SP 1 sampai SP 4	S : Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol marah dengan Tarik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat dan verbal dan spiritual O : Pasien tampak mampu melakukan Tarik nafas dalam dan memukul bantal. Pasien mampu menyebutkan 6 benar obat dengan bantuan Pasien mampu mengontrol pk dengan verbal. Pasien mampu mengontrol pk dengan spiritual A : Resiko Perilaku Kekerasan sudah berkurang P : Lanjutkan intervensi Anjurkan pasien untuk menghardik halusinasi sehari 2x pukul 09.00 dan 17.00 Anjurkan pasien untuk mendengarkan murottal Anjurkan pasien untuk patuh minum obat sesuai anjuran Anjurkan pasien untuk bercakap-cakap dengan pasien lain Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas	Reza
---------------------	---------------------------------	--	--	------

Tersedia online di: journal.gunabangsa.ac.id**Journal of Health (JoH)**

ISSN (online): 2407-6376 | ISSN (print): 2355-8857



The Influence of Deep Breathing Relaxation Techniques on Angry Behavior of Schizophrenia Patients in UPTD RSJ Bali Province

Pengaruh Teknik Relaksasi Pernafasan Dalam terhadap Perilaku Marah Pasien Skizofrenia di UPTD RSJ Provinsi Bali

Desak Made Ari Dwi Jayanti^{1*}, I Wayan Budianto², I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi³¹,^{2, 3}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wira Medika Bali**ABSTRACT**

Schizophrenia is a disease that affects the brain, causing strange thoughts, perceptions, emotions, movements and behaviors, one of which appears violent behavior with the most prominent symptom being angry behavior. Anger needs to be prevented from becoming maladaptive, because maladaptive behavior will lead to violent behavior that can harm oneself, others and the environment. Control the patient's risk of violent behavior, including angry behavior by relaxing deep breaths. This study aims to determine the effect of deep breathing relaxation techniques on the angry behavior of schizophrenia patients. The research design used one group pre-test-posttest design. The sample in this study were schizophrenia patients with a risk of violent behavior, totaling 20 people. The sampling technique used purposive sampling, data analysis using the Wilcoxon Sign Rank Test measuring instrument using an angry behavior assessment observation sheet. The results showed that the angry behavior of schizophrenia patients before being given deep breathing relaxation techniques was in the medium category 70%, severe 30%, and after being given deep breathing relaxation techniques the results were 60% mild, 35% moderate, 5% severe. The results of the analysis obtained a value of $p = 0.000$ ($p < 0.05$), which means that there is an effect of deep breathing relaxation techniques on the angry behavior of schizophrenia patients. Deep breathing relaxation techniques given with the right intensity and rhythm are very good for helping the process of controlling violent behavior. It is recommended to the mental hospital to apply deep breathing relaxation to control angry behavior.

Keywords: Schizophrenia, Angry Behavior, Deep Breathing Relaxation**INFORMASI ARTIKEL**

Diterima: 08 April 2021
 Disetujui: 05 Januari 2022
 Dipublikasi: 10 Januari 2022

KORESPONDENSI

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi pernafasan dalam terhadap perilaku marah pasien Skizofrenia. Rancangan penelitian menggunakan *one group pra test-posttest design*. Sampel pada penelitian ini adalah pasien Skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan yang berjumlah 20 orang. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *purposive sampling*, analisis data menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* alat ukur menggunakan lembar observasi penilaian

DOI: doi.org/10.30590/joh.v9n1.287

Di bawah lisensi Creative Commons
 Attribution 4.0 International License.

perilaku marah. Hasil penelitian didapatkan perilaku marah pasien *Skizofrenia* sebelum diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam adalah kategori sedang 70%, berat 30%, dan setelah diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam diperoleh hasil kategori ringan 60%, sedang 35%, berat 5%. Hasil analisis didapatkan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$), yang berarti ada pengaruh teknik relaksasi pernafasan dalam terhadap perilaku marah pasien *Skizofrenia*. Teknik relaksasi pernafasan dalam yang diberikan dengan intensitas dan irama yang tepat sangat baik untuk membantu proses pengendalian perilaku kekerasan. Disarankan kepada pihak Rumah Sakit Jiwa agar menerapkan relaksasi nafas dalam untuk mengendalikan perilaku marah.

Kata kunci: *Skizofrenia, Perilaku Marah, Relaksasi Pernafasan Dalam*

PENDAHULUAN

Prevalensi *Skizofrenia* diperkirakan sekitar 1% dari seluruh penduduk (Videbeck, 2018). Studi epidemiologi menyebutkan bahwa angka prevalensi *Skizofrenia* secara umum berkisar antara 0,2% hingga 2,0% (Hawari, 2018). Sekitar 1 dari setiap 100 orang penduduk Amerika Serikat (2,5 juta) mengalami *Skizofrenia*. *Skizofrenia* menduduki peringkat 4 dari 10 besar penyakit yang membebaskan di seluruh dunia, tiga teratas ditempati oleh depresi unipolar, penggunaan alkohol, dan gangguan bipolar (Stuart, 2016). Prevalensi penderita *Skizofrenia* di Indonesia adalah 0,3% sampai dengan 1%. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan 2 juta jiwa menderita *Skizofrenia*. *Skizofrenia* merupakan masalah kesehatan yang cukup luas dialami di Indonesia, di mana sekitar 99% pasien di Rumah Sakit Jiwa di Indonesia adalah penderita *Skizofrenia* (Arif, 2016). Data pasien rawat inap di UPTD RSJ Provinsi Bali pada tahun 2019 dilaporkan sebanyak 6.943 orang dan sebanyak 5.813 orang (83%) dengan *Skizofrenia*.

Prevalensi pasien perilaku kekerasan di seluruh dunia sekitar 24 juta orang, lebih dari 50% pasien perilaku kekerasan tidak mendapatkan penanganan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Menurut data Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2017 jumlah penderita *Skizofrenia* di Indonesia mencapai 2,5 juta yang terdiri dari pasien perilaku kekerasan (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data dari Rekam Medis UPTD RSJ Provinsi Bali dilaporkan kasus rawat inap dengan *Skizofrenia* terbanyak adalah Kabupaten Gianyar yaitu sebesar 20% dan Kabupaten terendah adalah Jembrana yaitu sebesar 4%. Jumlah pasien yang dirawat inap dengan diagnosa medis

Skizofrenia di UPTD RSJ Provinsi Bali pada tahun 2020 (Januari sampai dengan Juli) dilaporkan sebanyak 628 orang (Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa, 2020).

Menurut Yosep & Sutini (2016) salah satu gambaran klinis dari pasien *Skizofrenia* yaitu perilaku kekerasan, dimana perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau kemarahan. Kemarahan (*anger*) adalah suatu emosi yang terentang mulai dari iritabilitas sampai *agresivitas* yang dialami oleh semua orang, yang terjadi akibat reaksi terhadap stimulus yang tidak menyenangkan atau mengancam. Kemarahan diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal atau eksternal. Stressor internal seperti penyakit, hormonal, dendam, kesal sedangkan stressor eksternal bisa berasal dari ledakan, cacian, makian, hilangnya benda berharga, tertipu, pengusuran dan bencana (Keliat, 2016).

Kemarahan perlu dicegah jangan sampai menjadi maladaptif, oleh karena perilaku yang maladaptif akan menimbulkan perilaku kekerasan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Rentang respon kemarahan dari adaptif menuju maladaptif, yaitu pernyataan asertif, frustrasi, pasif, agresif dan ngamuk (Direja, 2015). Kemarahan jika tidak diatasi akan menimbulkan kemarahan yang berkepanjangan dan kemarahan tidak terungkap yang memunculkan rasa bermusuhan. Kemarahan yang menahun pada diri sendiri akan menimbulkan depresi psikosomatik, sedangkan kemarahan pada orang lain atau lingkungan akan menimbulkan agresif atau mengamuk (Videbeck, 2018).

Menurut Wiramiharja (2017) teknik relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah sehingga pada akhirnya dapat mengendurkan ketegangan jiwa. Menurut Keliat (2016) pengendalian pasien risiko perilaku kekerasan, termasuk perilaku marah dengan cara melakukan relaksasi tarik nafas dalam. Kelebihan dari teknik pernafasan dalam, selain menyebabkan efek yang menenangkan fisik juga dapat menenangkan pikiran. Oleh karena itu teknik pernafasan dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi dan depresi. Pernafasan dalam dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas pernafasan yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernafasa menyebabkan otot lentur. Nafas dalam yaitu bentuk Latihan nafas yang terdiri atas pernafasan abdominal (diaphragma). Pernafasan dalam sebuah teknik Latihan nafas yang telah lama diperkenalkan dan dapat dipakai untuk menciptakan ketenangan mengurangi tekanan supaya pasien menjadi nyaman (Kinandika, 2018).

Teknik pernafasan dalam bisa dilakukan oleh pasien secara mandiri dimana saja dan kapan saja, karena hanya memerlukan posisi duduk yang nyaman dan mengatur pola pernafasan pasien. Teknik pernafasan dalam bisa dilakukan saat di RSJ maupun saat di rumah bila pasien sudah pulang, teknik ini dapat menjadi alternatif tindakan dari pasien dalam mengendalikan perilaku kemarahan dari pasien *Skizofrenia* secara adaptif (Keliat, 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Kustanti (2020) tentang pengaruh teknik relaksasi pernafasan dalam terhadap perubahan status mental pasien *Skizofrenia* di rumah sakit jiwa daerah Surakarta telah menemukan bahwa relaksasi pernafasan dalam efektif untuk menurunkan keluhan emosional yang dialami oleh pasien perilaku kekerasan ($p = 0,000$).

Studi pendahuluan yang dilakukan penelitian di Ruang Rawat Inap Tenang UPTD RSJ Provinsi Bali, yaitu Ruang Arimbi, Nakula, Drupadi, Bisma, Abimanyu dan Kunti dilaporkan

pasien *Skizofrenia* dengan perilaku marah dalam 3 bulan terakhir, yaitu bulan Juni sebanyak 132 pasien *Skizofrenia* dan sebanyak 123 orang (93%) dengan risiko perilaku kekerasan, Bulan Juli sebanyak 127 pasien *Skizofrenia* dan sebanyak 117 orang (92%) dengan risiko perilaku kekerasan, serta pada bulan Agustus sebanyak 136 pasien *Skizofrenia* dan 128 orang (94%) dengan risiko perilaku kekerasan. Hasil wawancara terhadap 10 orang pasien *Skizofrenia* dengan perilaku marah, didapatkan sebanyak 8 orang yang mengatakan masih merasa marah dan mengungkapkan jengkel perasaannya dan sebanyak 2 orang yang menyatakan sudah mulai bisa mengontrol perasaan jengkelnya. Pasien mengatakan sudah diajarkan cara tarik nafas dalam tetapi belum dilakukan secara teratur. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi pernafasan dalam terhadap perilaku marah pasien *Skizofrenia* di UPTD RSJ Provinsi Bali.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian pra eksperimental. Rancangan menggunakan *One group Pra test-posttest Design*. Penelitian dilakukan di Ruang Tenang UPTD Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian adalah *non probability sampling* jenis *purposive sampling*, dengan jumlah responden sebanyak 20 orang pasien *Skizofrenia* dengan risiko perilaku kekerasan. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi perilaku kemarahan pasien. Analisis bivariat menggunakan uji *Wilcoxon Sign Rank Test* dengan skala data ordinal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pembahasan meliputi beberapa point. Pembahasan dapat meliputi hasil dari penelitian, teori yang terkait, jurnal terkait dan opini dari peneliti. Adapun hasil dari penelitian ini dianalisis secara univariat dan bivariat yang ditampilkan pada Table 1. tentang karakteristik dan Table 2. tentang hasil analisis penelitian. Adapun pembahasan pada penelitian ini disampaikan

pada paragraf berikut ini. Pada tabel 1 di bawah ini akan membahas mengenai hasil penelitian mengenai karakteristik penelitian. Karakteristik yang disampaikan adalah mengenai usia, jenis kelamin dan pendidikan.

Tabel 1 | Karakteristik Responden

No	Variabel	f	%
Usia			
1	Usia 26-35 tahun	2	10
2	Usia 36-45 tahun	7	35
3	Usia 46-55 tahun	9	45
4	Usia 56-60 tahun	2	10
Jenis Kelamin			
1	Laki-laki	12	60
2	Perempuan	8	40
Pendidikan			
1	Tidak sekolah	8	40
2	SD	7	35
3	SMP	4	20
4	SMA	1	5
Jumlah		20	100

Pada table.2 memuat mengenai hasil penelitian. Hasil penelitian yang disampaikan berupa penilaian perilaku marah sebelum pemberian teknik relaksasi nafas dalam yang disebut dengan *pre-test*. Hasil penilaian perilaku

marah juga dilakukan setelah pemberian teknik relaksasi nafas dalam yang disebut dengan nilai *pos-test*. Pada table juga menampilkan hasil uji bivariat dengan *Wilcoxon Sign Rank Test* berupa nilai *p*.

Tabel 2 | Perilaku Marah Pasien Skizofrenia

No	Variabel	Pre-test		Post-test		p-value
	Perilaku Marah	f	%	f	%	
1	Ringan	0	0	12	60	0,000
2	Sedang	14	70	7	35	
3	Berat	6	30	1	5	
Jumlah		20	100	20	100	

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa perilaku marah pasien *Skizofrenia* sebelum diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam, dari 20 responden sebanyak 14 orang (70%) dengan kategori sedang dan sebanyak 6 orang (30%) dengan kategori berat. Hal tersebut menunjukkan bahwa perilaku marah pasien *Skizofrenia* sebelum diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam sebagian besar dikategorikan sedang.

Menurut Yosep dan Sutini (2016) salah satu gambaran klinis dari pasien *Skizofrenia* yaitu perilaku kekerasan, dimana perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau

kemarahan. Kemarahan (*anger*) adalah suatu emosi yang terentang mulai dari iritabilitas sampai *agresivitas* yang dialami oleh semua orang, yang terjadi akibat reaksi terhadap stimulus yang tidak menyenangkan atau mengancam. Kemarahan perlu dicegah jangan sampai menjadi maladaptif, oleh karena perilaku yang maladaptif akan menimbulkan perilaku kekerasan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Kemarahan perlu dicegah jangan sampai menjadi maladaptif, oleh karena perilaku yang maladaptif akan menimbulkan perilaku kekerasan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Rentang respon

DOI: doi.org/10.30590/joh.v9n1.287

kemarahan dari adaptif menuju maladaptif, yaitu pernyataan asertif, frustasi, pasif, agresif dan ngamuk (Direja, 2015). Kemarahan dikategorikan menjadi ringan, sedang dan berat, Kemarahan jika tidak diatasi akan menimbulkan kemarahan yang berkepanjangan dan kemarahan tidak terungkap yang memunculkan rasa bermusuhan. Kemarahan yang menahun pada diri sendiri akan menimbulkan depresi psikosomatik, sedangkan kemarahan pada orang lain atau lingkungan akan menimbulkan agresif atau mengamuk (Videbeck, 2018).

Hasil penelitian Kustanti (2020) mengungkapkan bahwa perilaku marah pasien *Skizofrenia* didapatkan sebanyak 8 orang (57%) dengan kategori sedang. Hasil ini didukung juga oleh penelitian lain yang mengungkapkan bahwa risiko perilaku kekerasan pada pasien *Skizofrenia* didapatkan sebesar 13,77% dengan kategori sedang. Perilaku kategori sedang menunjukkan gejala fisik dan verbal, yang masih terkontrol dimana belum melakukan tindakan perilaku kekerasan yang actual hanya berupa tanda dan gejalanya saja (Jayanti dkk., 2019). Menurut peneliti perilaku marah pasien *Skizofrenia* sebelum diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam dengan kategori sedang, hal tersebut menunjukkan bahwa pasien sangat berisiko untuk melakukan perilaku kekerasan terhadap dirinya sendiri dan orang lain. Respon yang paling menonjol dirasakan oleh pasien adalah perasaan tidak aman dan nyaman. Pasien perlu diberikan ketenangan dan kenyamanan untuk mencegah perilaku kekerasan pada pasien. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa perilaku marah pasien *Skizofrenia* setelah diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam, dari 20 responden sebanyak 12 orang (60%) dengan kategori ringan, sebanyak 7 orang (35%) dengan kategori sedang dan sebanyak 1 orang (5%) dengan kategori berat. Hal tersebut menunjukkan bahwa perilaku marah pasien *Skizofrenia* setelah diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam sebagian besar dikategorikan ringan.

Menurut Wiramiharja (2017) teknik relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan

ketegangan jasmaniah sehingga pada akhirnya dapat mengendurkan ketegangan jiwa. Menurut Keliat (2016) pengendalian pasien risiko perilaku kekerasan, termasuk perilaku marah dengan cara melakukan relaksasi tarik nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk terapi yang mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan cara menghembuskan nafas secara perlahan. Tujuan teknik nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelectasis paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress maupun kemarahan Smeltzer & Bare (2018). Menurut Keliat (2016) kelebihan dari teknik pernafasan dalam, selain menyebabkan efek yang menenangkan fisik juga dapat menenangkan pikiran. Oleh karena itu teknik pernafasan dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi dan depresi. Pernafasan dalam dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas pernafasan yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernafasa menyebabkan otot lentur. Nafas dalam yaitu bentuk Latihan nafas yang terdiri atas pernafasan abdominal (diaphragma). Pernafasan dalam sebuah teknik Latihan nafas yang telah lama diperkenalkan dan dapat dipakai untuk menciptakan ketenangan mengurangi tekanan supaya pasien menjadi nyaman.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sumirta dkk., (2014) mengungkapkan bahwa setelah diberikan relaksasi nafas dalam didapatkan bahwa pengendalian perilaku marah pasien dari 34 responden, sebanyak 24 orang (70%) dengan kategori rendah. Didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Jayanti & Antari (2019) yang mengungkapkan bahwa risiko perilaku kekerasan pada pasien *Skizofrenia* setelah diberikan intervensi didapatkan sebagian besar dengan kategori ringan. Penatalaksanaan perilaku kekerasan melalui aktivitas fisik untuk menyalurkan energi secara konstruktif dimana

memungkinkan pengembangan pola-pola penyaluran energi seperti kataris, peluapan marah dan rasa batin secara konstruktif dengan tanpa menimbulkan kerugian pada diri sendiri maupun lingkungan. Menurut peneliti perilaku marah pasien *Skizofrenia* setelah diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam dengan kategori ringan, hal tersebut menunjukkan bahwa pemberian relaksasi pernafasan dalam memberikan efek yang menenangkan fisik juga dapat menenangkan pikiran sehingga perilaku marah juga menurun.

Berdasarkan uji *Wilcoxon Sign Rank Test*, didapatkan nilai $p=0,000$ ($<0,05$), yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima, jadi ada pengaruh teknik relaksasi pernafasan dalam terhadap perilaku marah pasien *Skizofrenia*. Teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku marah diantaranya adalah teknik relaksasi, karena jika melakukan kegiatan dalam kondisi dan situasi yang relaks, sehingga hasil dan prosesnya akan optimal. Relaksasi merupakan upaya untuk 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 bernafas, menyebabkan sikap mental dan badan yang relaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuat kaku (Wiramiharja, 2017).

Relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional. Teknik relaksasi juga dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi. Relaksasi nafas 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 tubuh dan kreativitas. Relaksasi pernafasan dalam dapat dipercaya menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan (Smeltzer & Bare, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Permana (2018) tentang penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien *Skizofrenia* dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya, disebutkan bahwa penerapan terapi relaksasi nafas dalam dilakukan kurang lebih 15-20 menit dalam 5 hari dan pasien perilaku kekerasan bisa mengontrol emosinya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Jayanti & Antari (2019) mengungkapkan bahwa ada penurunan perilaku kekerasan pada pasien *Skizofrenia* yang mana pre test didapatkan nilai mean sebesar 11,75 dan post test didapatkan nilai mean sebesar 7,10, hal tersebut menunjukkan adanya penurunan nilai mean pada pasien perilaku kekerasan.

Hasil penelitian Kustanti (2020) yang mengungkapkan bahwa ada perbedaan teknik relaksasi pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol, kelompok perlakuan memiliki status mental yang lebih baik daripada kelompok kontrol. Hasil penelitian lain juga menunjukkan hasil ada penurunana gejala marah setelah diberikan relaksasi nafas dalam (Sari dkk., 2019). Penelitian lainnya juga menunjukkan hasil terjadi penurunana tekanan darah setelah diberikan relaksasi nafas dalam pada pasien dengan hipertensi (Hoesny dkk., 2020). Peneliti oleh Namuwali dkk. (2016) juga menemukan hasil bahwa pemberian relaksasi nafas dalam pada pasien dengan tuberkulosis dapat mengendalikan gangguan emosional pasien akibat penyakitnya. Hasil penelitian yang didapat sejalan dengan penelitian yang dilakukan Permana (2017) yang mengungkapkan bahwa setelah dilakukan terapi teknik relaksasi nafas dalam pasien perilaku kekerasan bisa mengontrol emosinya.

Menurut peneliti adanya pengaruh teknik relaksasi pernafasan dalam terhadap perilaku marah pasien *Skizofrenia* menunjukkan bahwa dengan pemberian relaksasi pernafasan secara

teratur dan rutin akan menurunkan ketegangan dan meningkatkan ketenangan kepada pasien. Latihan yang diberikan dengan intensitas dan irama yang tepat sangat baik untuk membantu proses pengendalian perilaku kekerasan pasien Skizofrenia.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat diambil simpulan bahwa perilaku marah pasien Skizofrenia sebelum diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam sebagian besar dengan kategorisedang yaitu sebanyak 14 orang (70%). Perilaku marah pasien Skizofrenia setelah diberikan teknik relaksasi pernafasan dalam sebagian besar dengan kategori ringan yaitu sebanyak 12 orang (60%). Ada pengaruh teknik relaksasi pernafasan dalam terhadap perilaku marah pasien Skizofrenia ($p=0,000$). Disarankan kepada perawat agar pasien Skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan dilatih dan dibimbing melakukan teknik relaksasi pernafasan dalam secara teratur dan dalam penanganan pasien dengan perilaku perlu mengkaji aspek emosional pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, I. (2016). *Skizofrenia: Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Rfika Aditama.
- Direja. (2015). *Buku Ajar asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hawari. (2018). *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hoesny, R., Alim, Z., & Darmawati, D. (2020). The Effect of Deep Breathing Therapy on the Blood Pressure of Hypertension Patients in Health Centre. *Journal of Health Science and Prevention*, 3(3S), 127–130.
<https://doi.org/10.29080/jhsp.v3i3s.285>
- Jayanti, D. M. A. D., Lestari, N. K. Y., & Sugiantari, N. N. M. (2019). Pengaruh Terapi Somatis Isolasi Terhadap Perubahan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. *Journal Center of Research Publication in Midwifery and Nursing*, 3(1), 5–10.
<https://doi.org/10.36474/caring.v3i1.59>
- Jayanti dan Antari. (2019). Group Activity Energy Distribusy Therapy : Poco – Poco Gymnastics Decrease Symptoms Of Violence Behavior In Schizopheric Client. *Sport and Fitness Journal*, 7(1), 85–92.
- Keliat, B. (2015). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. (2016). *Marah Akibat Penyakit Yang Diderita*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. (2016). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kinandika, R. (2018). Pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat emosi pada asuhan keperawatan tn. F dengan perilaku kekerasan di ruang puntadewa rumah sakit jiwa daerah surakarta disusun. *Pelaksanaan Pekerjaan Galian Diversion Tunnel Dengan Metode Blasting Pada Proyek Pembangunan Bendungan Leuwikeris Paket 3, Kabupaten Ciamis Dan Kabupaten Tasikmalaya Jawa Barat*, 1(11150331000034), 1–147.
- Kustanti, E. (2020). *Pengaruh teknik relaksasi terhadap perubahan status mental klienskizofrenia di rumah sakit jiwa daerah surakarta*.
- Namuwali, D., Mendrofa, F. A., & Dwidiyanti, M. (2016). Deep Breathing Relaxation Techniques Improve Emotional Control on Tuberculosis Patients. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 5(3), 325.
<https://doi.org/10.11591/ijphs.v5i3.4803>
- Permana, Y. (2018). *Penerapan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di ruang flamboyan rumah sakit jiwa menur surabaya*. 148, 148–162.
http://digilib.unusa.ac.id/data_pustaka-20646.html

Permana, Y. I. (2017). Hubungan Antara Lama Sakit Dengan Tingkat Distress pada Pasien Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Islam Surakarta. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 13. <http://eprints.ums.ac.id/>

Rekam Medis RSJ. (2020). *Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali*. Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

Sari, R. D., Hastuti, W., & Wardani, I. K. (2019). Upaya relaksasi nafas dalam untuk mengontrol marah pada pasien resiko perilaku kekerasan. *Jurnal Publikasi*, 1, 6. <http://repository.itspku.ac.id/152/1/2016011992.pdf>

Smeltzer, S. C., & Bare, B. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Bruner & Suddart Edisi 12*(12th ed.). EGC.

Stuart, G. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Singapura: Elsevier.

Sumirta, I. N., Githa, I. W., & Sariasih, N. N. (2014). Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien Dengan Perilaku Kekerasan. *Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar*, 1(2), 1–5.

Videbeck. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Wiramiharja. (2017). *Pengantar Psikologis Klinis*. Bandung: PT Refika Aditama.

Yosep,H.I., Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Avance Mental Health Nursing*. Jakarta: Refika Aditama.