

**PENERAPAN TEKNIK TARIK NAFAS DALAM PADA
PASIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

IMAM WAHYUDI

40902100031

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2024

**PENERAPAN TEKNIK TARIK NAFAS DALAM PADA
PASIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk

Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

IMAM WAHYUDI

40902100031

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2024

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 16 Juli 2024



(Imam Wahyudi)
NIM : 40902100031

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada :

Hari : Senin

Tanggal : 13 Mei 2024

Semarang, 13 Mei 2024
Pembimbing



(Hj. Wahyu Endang Setyowati, SKM, M.Kep)
NIDN. 0612077404

UNISSULA
SEMARANG

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Kamis tanggal 16 Mei 2024 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji

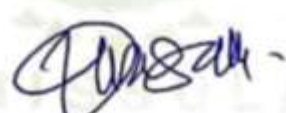
Semarang, 16 Juli 2024

Tim Penguji,
Penguji I



(Ns. Bezie Febriana, M.Kep)
NIDN: 0623028802

Penguji II



(Hj. Wahyu Endang Setyowati, SKM, M.Kep)
NIDN: 0612077404

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



(Dr. Iwan Ardian, S.KM, M.Kep)
NIDN.0622087403

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur bagi Allah SWT, yang telah memberikan rahmat, karunia, dan ridho-Nya, sehingga penulis telah diberi kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Penerapan Tarik Nafas Dalam Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan”. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan banyak bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih pada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian., S.KM.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep,Sp.Kep.An selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Hj. Wahyu Endang Setyowati, SKM,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah sabar membimbing dan memberikan pengarahan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Ns. Betie Febriana, M.Kep selaku Dosen Penguji yang telah menguji dalam ujian KTI dengan sabar dan memberikan masukan yang bermanfaat.

6. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Kedua orang tua dan saudaraku, bapak Suhardi dan ibu Siti Aminah, adikku Muhammad Khadafi yang selalu mendoakan dan mendukung sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
8. Teman terdekat saya Christina Putri Apriliani yang selalu memberi semangat, memotivasi dan dukungan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Teman saya satu bimbingan dan teman-teman D3 Keperawatan angkatan 2021 yang saling mendukung dan memberi semangat dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya tugas akhir yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan, sehingga penulis membutuhkan saran dan kritik demi kesempurnaannya. Penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini nantinya dapat bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang, 13 Mei 2024

Penulis

Imam Wahyudi

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
MEI 2024**

ABSTRAK

Imam Wahyudi

**PENERAPAN TEKNIK TARIK NAFAS DALAM PADA PASIEN
DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

65 halaman

Latar Belakang : Gangguan jiwa adalah suatu perilaku dimana secara klinis bermakna berkaitan langsung dengan distress dan menimbulkan disabilitas pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. resiko perilaku kekerasan didefinisikan sebagai salah satu bentuk respon marah yang dieskpresikan dengan melakukan tindakan ancaman, melukai diri sendiri maupun orang lain.

Tujuan : Menggambarkan asuhan keperawatan dengan penerapan teknik tarik nafas dalam pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan

Metode : Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah descriptive study. Penyajian data disajikan secara tekstural atau narasi yang disertai dengan ungkapan verbal dari responden yang merupakan data pendukungnya.

Hasil : Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan menerapkan teknik tarik nafas dalam selama 3 hari, emosi atau jengkel dan marah pada pasien berkurang.

Kesimpulan : Penulis memberikan teknik tarik nafas dalam selama 3 hari, sehingga didapatkan hasil yaitu pasien mengatakan emosi atau jengkel dan marah-marah berkurang ditandai dengan emosi terkontrol, marah atau jengkel dapat terkendali.

Saran : Menerapkan teknik tarik nafas dalam sebagai salah satu tindakan operasional yang diaplikasikan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

Kata kunci : gangguan jiwa, perilaku kekerasan, tarik nafas dalam

Daftar Pustaka : 16 (2017-2024)

**STUDY PROGRAM OF NURSING DIII FACULTY OF NURSING
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
MAY 2024**

ABSTRACT

Imam Wahyudi

**APPLICATION OF DEEP BREATHING TECHNIQUES IN PATIENTS
AT RISK OF VIOLENT BEHAVIOR**

65 pages

Background: Mental disorder is a behavior which is clinically significant and is directly related to distress and causes disability in one or more functions of human life. The risk of violent behavior is defined as a form of angry response that is expressed by carrying out threatening actions, injuring oneself or others.

Objective: To describe nursing care by applying deep breathing techniques to patients at risk of violent behavior

Method: The method used in writing this scientific paper is descriptive study. The presentation of data is presented texturally or narratively, accompanied by verbal expressions from respondents which constitute the supporting data.

Results: After nursing care was carried out using deep breathing techniques for 3 days, the patient's emotions or annoyance and anger decreased.

Conclusion: The author gave a deep breathing technique for 3 days, so that the results were obtained, namely that the patient said that his emotions or annoyance and anger were reduced, indicating that his emotions were controlled, his anger or annoyance could be controlled.

Suggestion: Apply the deep breathing technique as one of the operational measures applied to patients at risk of violent behavior.

Key words: mental disorders, violent behavior, deep breath

Bibliography: 16 (2017-2024)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Studi Kasus.....	3
D. Manfaat Studi Kasus.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Teori.....	5
1. Definisi.....	5
2. Rentang Respon.....	5
3. Etiologi.....	6
4. Tanda dan Gejala	7
5. Proses Terjadinya Masalah	8
6. Penatalaksanaan	9
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	10
1. Pengkajian.....	10
2. Analisa Data.....	12
3. Pohon Masalah.....	13
4. Diganosa keperawatan	13
5. Intervensi keperawatan	13
6. Implementasi keperawatan	17

7. Evaluasi keperawatan	17
C. Tindakan Keperawatan	17
1. Pengertian Tarik Nafas Dalam	17
2. Indikasi Tarik Nafas Dalam	18
3. Prosedur Teknik Tarik Nafas Dalam	18
BAB III METODE PENULISAN.....	20
A. Rancangan Studi Kasus	20
B. Subyek Studi Kasus	20
C. Fokus Studi	20
D. Definisi Operasional	20
E. Tempat dan Waktu	21
F. Instrumen Studi Kasus	21
G. Metode Pengumpulan Data	21
H. Analisis dan Penyajian Data	23
I. Etika Studi Kasus	23
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	25
A. Hasil Studi Kasus	25
1. Pengkajian	25
2. Analisa Data	30
3. Diagnosa Keperawatan	31
4. Intervensi Keperawatan	31
5. Implementasi Keperawatan	32
6. Evaluasi Keperawatan	33
B. Pembahasan	35
1. Pengkajian	35
2. Diagnosa Keperawatan	36
3. Intervensi Keperawatan	36
4. Implementasi Keperawatan	38
5. Evaluasi Keperawatan	40
C. Keterbatasan	42
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	43

A. Simpulan.....	43
B. Saran.....	44
DAFTAR PUSTAKA.....	46
LAMPIRAN.....	48



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon masalah.....	13
Gambar 4.1 Diagram perkembangan skor RUFA.....	38



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 2 Surat Kesediaan Membimbing

Lampiran 3 Curriculum Vitae

Lampiran 4 Lembar Konsultasi Pembimbing



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah perilaku dimana yang signifikan secara klinis berkaitan langsung pada distress serta menyebabkan disabilitas di satu bahkan lebih pada aspek kapasitas fungsi hidup seseorang . Gangguan jiwa didefinisikan dengan gangguan yang terjadi dalam proses mental, seperti: emosi, motivasi, kemauan, keinginan, kekuatan diri, dan persepsi sehingga menimbulkan kebosanan, serta keputusan keluarga dalam merawat pasien. Gangguan jiwa ada 2 macam antara lain gangguan mental emosional dan penyakit jiwa berat. Perwujudan kualitas hidup manusia yang utuh terutama bergantung pada kesehatan mental, yang merupakan komponen integral dari kesehatan secara keseluruhan. (NABILA, 2023)

Kesehatan jiwa merupakan hal penting bagi kesehatan fisik. Gangguan jiwa dikenal dengan istilah salah satu pola substansial perilaku dan psikologis seseorang yang cukup bermakna, dimana terjadi dalam segi perilaku, psikologis. Seseorang yang mengalami gangguan jiwa akan terganggu pada perilaku, pikiran serta perasaan serta membuat seseorang terhambat dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. (NABILA, 2023)

Di seluruh dunia seseorang dapat menderita penyakit jiwa termasuk demensia, gangguan bipolar, dan depresi. Perilaku kekerasan juga dapat mengalami beberapa factor, diantaranya unsur predisposisi seperti sifat biologis, sosiokultural, dan psikologis. Sebaliknya, unsur pencetusnya yang

berasal dari pasien, lingkungan sekitar dan hubungan sosial. (Madhani, 2021). Prevalensi gangguan jiwa di negara Indonesia sesuai data KEMENKES 2019, pada wilayah provinsi Bali 11,1%, 10,4% di provinsi DI Yogyakarta, 9,6% di provinsi NTB, 9,1% di provinsi Sumatera Barat, 8% di Provinsi Sumatera Selatan, 7,9% di Provinsi Kalimantan Barat, 8,7% di Provinsi Aceh, 8,7% di Provinsi Jawa Tengah, 8,2% di Provinsi Sulawesi Tengah, 8,8% di Provinsi Sulawesi Selatan dan 6,3% di Provinsi Sumatera Utara. (Sahputra, 2021)

Adapun gejala dan tanda-tanda pada penderita perilaku kekerasan dapat berupa gejala positif dan gejala negative. Dimana potensi perilaku kekerasan didefinisikan sebagai bentuk reaksi marah yang dieskpresikan melalui tindakan mengancam, melukai diri sendiri atau orang lain. Sementara itu, dari sisi fisik berupa peningkatan tekanan darah, pernafasan, dan denyut nadi, serta kegelisahan, tantrum, rasa marah, dan potensi melukai diri sendiri. (Sahputra, 2021). Kemudian adapun pengobatan atau penatalaksanaan pada penderita yang mengalami resiko perilaku kekerasan antara lain dengan memberikan motivasi ataupun dukungan, pemberian TAK (Terapi Aktivitas Kelompok), mengkonsumsi obat-obatan, serta memberikan perhatian keluarga lebih banyak. (Untari, 2021)

Selain itu, perawat kesehatan jiwa juga berperan penting dalam membantu pasien yang berisiko melakukan tindakan kekerasan dalam menyelesaikan permasalahannya. Adapun hal menggunakan teknik pernapasan dalam dan relaksasi adalah salah satu rekomendasi yang dapat diberikan perawat kepada pasien untuk membantu meminimalkan perilaku kekerasan. Relaksasi

pernafasan dalam yaitu salah satu teknik untuk meredakan ketegangan fisik adalah dengan bernapas dalam-dalam, yang juga meredakan ketegangan mental. (S Pertiwi et al., 2023)

Berdasarkan studi kasus penulis, kondisi pasien yang rentan terhadap perilaku agresif, pasien mengatakan ditinggalkan oleh orang tua perempuan (ibu) yang membuat pasien belum bisa menerima keadaan sehingga berperilaku marah-marah sendiri, ngamuk. Maka dari itu langkah yang digunakan guna menghadapi perilaku kekerasan yaitu memberikan teknik relaksasi napas dalam.

Maka dari itu berdasarkan alasan diatas, penulis tertarik untuk menerapkan teknik tarik napas pada pasien resiko perilaku kekerasan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan dan dibuat oleh penulis, keinginan penulis memerlukan informasi lebih lanjut mengenai “Bagaimana Penerapan Teknik Tarik Napas Dalam Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan di ruang Gatotkaca RSJD Dr Amino Gondohutomo?”

C. Tujuan Studi Kasus

Menganalisis asuhan keperawatan dengan menerapkan teknik tarik nafas dalam pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat Studi Kasus

Manfaat yang diharapkan dari karya tulis ilmiah ini antara lain :

1. Masyarakat

Mendidik masyarakat tentang penggunaan teknik pernapasan dalam

2. Untuk Pengetahuan Teknologi dan Ilmu Keperawatan

Memperluas cakupan penerapan teknologi dan ilmu keperawatan yang mengacu pada metode penerapan teknik tarik napas dalam

3. Penulis

Mendapatkan keahlian dalam melaksanakan intervensi perawat, terutama dalam penggunaan metode pernafasan dalam untuk pasien yang berisiko melakukan tindakan kekerasan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Definisi

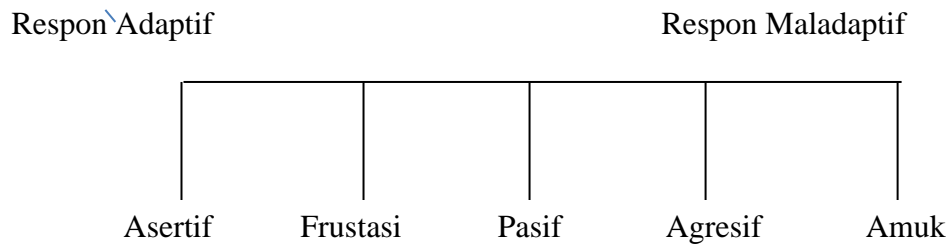
Perilaku kekerasan ialah kondisi dimana terdapat reaksi kemarahan maladaptif yang disebabkan oleh tidak mempunya mengatasi stress di lingkungan yang dialami. Ada dua jenis perilaku kekerasan yang dapat dilakukan dengan tujuan untuk menyakiti seseorang secara fisik atau psikologis: saat melakukan tindakan kekerasan atau jika terdapat riwayat perilaku kekerasan. (Wulansari, 2021)

Perilaku kekerasan disebut dengan suatu kelainan yang mempengaruhi otak dan mengakibatkan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku menjadi tidak normal dan terganggu. (Suyasa, 2021).

Tindakan agresif atau kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan baik verbal, fisik bahkan keduanya yang dapat menyebabkan kesakitan, penderitaan serta bahaya dianggap sebagai perilaku kekerasan. (Damayanti, 2021).

2. Rentang Respon

Adapun rentang pada respon kemarahan yang dialami seseorang bermacam-macam mulai dari respon adaptif hingga respon maladaptive. (Damayanti, 2021)



Keterangan :

Asertif : perasaan emosi yang diungkapkan tanda untuk mencederai orang lain

Frustrasi : gagal dalam mencapai apa yang diinginkan akibat terdapat hambatan atau tidak terwujud

Pasif : kelanjutan reaksi pasien dimana tidak mampu mengekspresikan perasaan yang sedang dirasakan

Agresif : tindakan merusak atau destruktif yang masih dapat dikontrol

Amuk : perilaku merusak yang tidak dapat dikontrol

3. Etiologi

Sementara itu salah satu penyebab dari seseorang dapat melakukan tindakan resiko perilaku kekerasan yaitu adanya factor social budaya. Pada umumnya kemarahan biasanya dirasakan oleh seseorang yang yakin bahwa fisik, psikologis, atau konsep dirinya dalam bahaya. Jika seseorang dihadapkan dengan masalah penghinaan, kekerasan, masalah keluarga maupun dengan teman baik factor eksternal maupun internal, kehilangan serta terancam, maka seseorang tersebut akan mengalami peningkatan pada emosioanl. (Damayanti, 2021)

Dalam buku SDKI PPNI, ada beberapa hal penyebab dari perilaku kekerasan diantaranya:

- a. Individu tidak dapat mengendalikan emosi atau marah
- b. Stimulus lingkungan
- c. Status mental yang berubah
- d. Adanya konflik
- e. Penggunaan obat yang tidak lanjut atau terputus
- f. Penyalahgunaan zat atau alkohol

4. Tanda dan Gejala

Selain itu individu yang melakukan tindakan resiko perilaku kekerasan mempunyai tanda gejalanya. Berikut beberapa indikator dan manifestasi dari tindakan kekerasan yaitu: (Pardede, 2020)

- a. Tanda gejala subjektif
 - 1) Biarkan rasa kekesalan atau kemarahan diungkapkan
 - 2) Rasa ingin mencederai lingkungan, orang lain maupun diri sendiri
 - 3) Perilaku berteriak dan menyerang orang lain secara fisik
- b. Tanda gejala objektif
 - 1) Mata menonjol atau tatapan tajam
 - 2) Tangan terkepal dan rahang menegang
 - 3) Wajah memerah
 - 4) Bentuk tubuh yang kaku
 - 5) Suara keras
 - 6) Biacara kasar bahkan ketus

- 7) Merusak lingkungan
- 8) Bersikap amuk atau agresif

5. Proses Terjadinya Masalah

Proses terjadinya perilaku kekerasan berawal dari adanya factor predisposisi dan factor pencetus (presipitasi). Adapun penjelasannya sebagai berikut: (Damayanti, 2021)

a. Factor predisposisi

1) Factor psikologis

Dimana adanya stimulus baik eksternal, internal maupun lingkungan dapat memunculkan factor psikologis yaitu marah. Jika seseorang memiliki keinginan untuk mencapai sesuatu dan mengalami hambatan maka seseorang tersebut dapat mengalami frustrasi. Dari berkumpulnya perilaku frustrasi maka timbul perilaku kekerasan.

2) Factor biologis

Salah satu yang termasuk dalam factor biologis diantaranya yaitu factor genetic, dimana anggota keluarga yang selalu menunjukkan perilaku kekerasan bahkan melakukan tindakan kekerasan, anggota keluarga yang memiliki gangguan ataupun penyakit mental, memiliki adanya riwayat penyakit, Riwayat penyalahgunaan obat bahkan NAPZA.

3) Factor sosiokultural

Teori lingkungan social menunjukkan bahwa sikap seseorang dalam mengekspresikan amarah dapat dipengaruhi oleh lingkungan. Sikap seseorang yang merespon dengan tegas atau positif dapat didukung oleh budaya, sehingga proses sosialisasi dapat mengakibatkan seseorang berperilaku kekerasan.

b. Factor presipitasi

Setiap orang berbeda, hal tersebut dapat memicu stress seseorang dari dalam maupun luar. Factor dalam diri seseorang meliputi hilangnya hubungan antar orang lain, orang yang dicintai atau bermakna dalam hidupnya, kekhawatiran dengan penyakit bahkan lain sebagainya. Factor dari luar seseorang dapat berupa serangan fisik, penghinaan, lingkungan yang bising serta kekerasan.

6. Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan atau pengobatan pada pasien yang terlibat dalam tindakan yang berpotensi kekerasan antara lain: (Amalia, 2023)

a. Penatalaksanaan medis

- 1) Obat anti-anxiety dan sedative-hipnotics seperti larozepam dan clonazepam, dimana digunakan untuk meredakan kecemasan pada pasien yang melakukan perlawanan.
- 2) Antidepressants seperti amitriptyline dan trazadone, jenis obat yang digunakan untuk mengobati gangguan mental.

3) Antipsikotik seperti haloperidol yang di kombinasi dengan lorazepam, jenis obat yang digunakan untuk pasien dengan resiko perilaku kekerasan yang terbukti efektif mengurangi rasa marah dan memberikan ketenangan.

b. Penatalaksanaan Non Medis

1. Latih pernafasan dalam
2. Pukulan kasur atau bantal
3. Spiritual
4. Latih verbal
5. Terapi relaksasi

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Prosedur keperawatan sebagian besar didasarkan pada pengkajian. Dimana pengumpulan informasi dan mengidentifikasi masalah pasien merupakan langkah dari pengkajian. Informasi yang dikumpulkan dari sumber sosial, psikologis, biologis, dan spiritual. (Ratnasari, 2021).

Adapun informasi berikut harus diidentifikasi pada pasien yang berisiko melakukan tindakan kekerasan meliputi:

a. Identitas pasien

Kaji pada pasien meliputi nama, jenis kelamin, usia, alamat, dan pekerjaan.

b. Alasan untuk kedatangan atau masuk

Menganalisis penyebab pasien dirawat di rumah sakit, langkah-langkah yang diambil keluarga untuk atasi masalah tersebut dan hasilnya.

c. Factor presitipasi

Kaji factor penting yang mengakibatkan secara langsung pasien dirawat di rumah sakit.

d. Factor predisposisi

Kaji kekambuhan pada pasien seperti ekspresi emosional, kepatuhan pengobatan, dan dukungan keluarga.

e. Pemeriksaan fisik

Mengkaji terkait indikator vital pasien meliputi (tekanan darah, suhu, SPO2, RR), pengukuran tinggi dan berat badan, keluhan pasien tentang kesehatan, dan riwayat pengobatan penyakit fisik.

f. Pasikosial

1) Genogram

Mengkaji mengenai genogram, komunikasi dengan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga pasien

2) Konsep diri

Kaji mengenai gambaran diri atau citra tubuh pasien, identitas diri pasien, peran diri, cita-cita diri, dan harga diri.

3) Hubungan social

Kaji terkait orang yang paling terdekat saat dirumah maupaun setelah dirumah sakit, tanyakan kegiatan kelompok apa yang sudah dilakukan

4) Spiritual

Kaji terkait nilai keyakinan, kegiatan ibadah

g. Status mental

Mengkaji mengenai penampilan pasien, cara berbicara, aktivitas otot, keadaan afektif, dan interaksi dengan pewawancara, persepsi dan proses pikir pada pasien.

2. Analisa Data

Dari temuan observasi dan wawancara, penulis mengambil masalah keperawatan yaitu resiko perilaku kekerasan dengan hasil data sebagai berikut: (Amalia, 2023)

a. Data subjektif

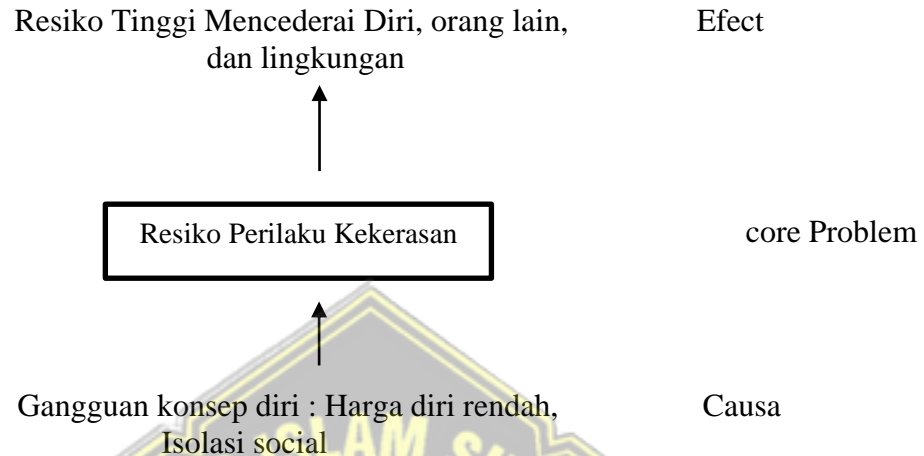
- 1) Marah-marah
- 2) Tanda dan gejala saat marah, deg-degan dan berdebar-debar
- 3) Saat marah memukul tembok
- 4) Mengancam
- 5) Suara keras
- 6) Mata melotot

b. Data objektif

- 1) Malu

2) Mondar – mandir (Tim Pokja SDKI, 2016)

3. Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon masalah

4. Diganosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu Resiko Perilaku Kekerasan

5. Intervensi keperawatan

Adapun tindakan keperawatan untuk pasien yang berisiko mengalami tindakan kekerasan antara lain: (Amalia, 2023)

Tujuan :

- Pasien mampu mengetahui terhadap tindakan agresif yang dialaminya
- Pasien dapat mengendalikan perilaku kekerasan yang dialami
- Pasien mematuhi program perawatan yang direkomendasikan
- Keluarga pasien mampu merawat saat dirumah dan menjadi pendukung efektif bagi pasien

Strategi Pelaksanaan:

a. Strategi pelaksanaan pasien

1) SP 1 Pasien : latih cara mengendalikan emosi pada teknik fisik 1 yaitu tarik nafas dalam :

a) Identifikasi penyebab, gejala dan indikator, tindakan agresif, dampak dan cara mengendalikan tindakan kekerasan.

b) Bantu pasien mempraktekkan metode fisik 1 untuk melatih pengendalian diri terhadap perilaku agresif: Tarik napas dalam-dalam dengan benar dan tepat.

c) Sarankan pasien mendokumentasikan aktivitas ini dalam buku harian aktivitas sehari-hari.

2) SP 2 Pasien: latih pasien tentang cara menahan perilaku agresif dengan teknik fisik 2 yaitu memukul bantal:

a) Kaji rencana latihan harian pasien yang diberikan sehari sebelumnya.

b) Bantu pasien berlatih memukul bantal secara tepat dan benar sebagai cara untuk mengatur emosi atau amarahnya.

c) Bantu pasien mendokumentasikan kegiatan ini dalam buku harian aktivitas sehari-harinya.

3) SP 3 Pasien: Latih mengontrol tindakan kekerasan dengan cara verbal:

a) Pertimbangkan rencana aktivitas harian pasien pada hari sebelumnya.

- b) Latih mengendalikan tindakan kekerasan cara verbal serta membantu pasien melakukan cara ini secara tepat.
 - c) Bantu pasien mencatat kegiatan ini dalam buku harian aktivitas sehari-harinya.
- 4) SP 4 Pasien: Berlatih menggunakan prinsip spiritual untuk menahan perilaku agresif:
- a) Kaji aktivitas sehari-hari pasien yang diberikan dihari sebelumnya.
 - b) Latih mengurangi perilaku agresif melalui aktivitas spiritual dan membantu pasien dalam menggunakan teknik ini secara efektif dan tepat.
 - c) Memotivasi pasien mendokumentasikan aktivitas ini dalam buku harian aktivitas sehari-harinya.
- 5) SP 5 Pasien: Berlatihlah menahan diri dari perilaku agresif dengan meminum obat sesuai petunjuk:
- a) Kaji aktivitas sehari-hari pasien yang diberikan dihari sebelumnya
 - b) Membantu pasien mempelajari cara menggunakan teknik ini dengan tepat dan efektif sambil memantau kepatuhan asupan obat untuk mengendalikan perilaku agresif.
 - c) Menyarankan pasien mendokumentasikan aktivitas ini kedalam jadwal aktivitas sehari-hari pasien.

b. Strategi pelaksanaan keluarga

- 1) SP 1 Keluarga: Beritahu keluarga pasien dan arahkan tindakan apa saja yang akan diberikan pada pasien

Tindakan:

- a) Identifikasi permasalahan yang dialami keluarga saat melakukan perawatan pada pasien
- b) Jelaskan definisi, sebab, manifestasi klinis, akibat dan akibat yang ditimbulkan
- c) Jelaskan cara menangani pasien yang menunjukkan perilaku agresif

- 2) SP 2 Keluarga: Beritahu cara mengendalikan tindakan kekerasan

Tindakan:

- a) Melatih keluarga dalam praktek menangani pasien

- 3) SP 3 Keluarga

Tindakan:

- a) Latih secara langsung keluarga mempraktekkan cara merawat pasien

- 4) SP 4 Keluarga

Tindakan:

- a) Fasilitasi keluarga menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk pasien dan obat
- b) Jelaskan tindak lanjut setelah pasien pulang

6. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan suatu proses pelaksanaan keperawatan yang disesuaikan dengan perencanaan tindakan keperawatan atau intervensi. (Jihan, 2022)

Teknik tarik nafas dalam yakni sebuah metode relaksasi yang bertujuan untuk meredakan ketegangan fisik, yang mana pada gilirannya membantu meringankan stres mental, karena aktivitas pernapasan diatur, pendekatan ini bersifat bernapas. Dengan memperlambat ritme dan intensitas pernapasan teratur, latihan relaksasi pernapasan membantu tubuh dan pikiran rileks dan otot menjadi lebih fleksibel, memungkinkan dapat menahan situasi yang memicu ledakan emosi tanpa menjadi kaku. (S Pertiwi et al., 2023).

7. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan didefinisikan sebagai suatu proses mengevaluasi secara terus menerus bagaimana intervensi keperawatan mempengaruhi pasien. (Jihan, 2022).

C. Tindakan Keperawatan

1. Pengertian Tarik Nafas Dalam

Tarik nafas dalam ialah suatu teknik metode pernapasan dalam yang berupaya untuk mengurangi ketegangan fisik sehingga pada akhirnya mengurangi ketegangan mental. Teknik tarik napas dalam memiliki tujuan dapat menurunkan emosi marah karena dapat merangsang opioid endogen seperti endorfin dan enkephalin sehingga membantu menjaga sel-sel otak

tetap muda dan mencegah penuaan, membuat daya tubuh semakin kuat, menimbulkan kepekaan terhadap hubungan manusia, serta kreativitas semakin bertambah (Aji et al., 2024)

Latihan teknik napas dalam digunakan untuk mengontrol pernafasan dengan ritme dan intensitas yang lebih lambat, sehingga menghasilkan tubuh dan pikiran rileks, serta membuat otot lebih fleksibel dan mampu menahan kondisi yang memicu ledakan emosi. (S Pertiwi et al., 2023)

2. Indikasi Tarik Nafas Dalam

Sementara itu dalam melakukan teknik tarik nafas dalam ini dapat berpengaruh terhadap peningkatan konsentrasi, menurunkan emosi seseorang, serta kemampuan untuk mengatur diri sendiri. Berdasarkan hal tersebut menunjukkan adanya penurunan emosi atau marah pada seseorang, mengendurkan ketegangan jiwa serta membuat seseorang lebih rileks. (Aji et al., 2024)

3. Prosedur Teknik Tarik Nafas Dalam

Adapun tahap-tahap dalam melakukan teknik tarik nafas dalam antara lain:

Tahap Pra-interaksi

1. Mengidentifikasi pasien
2. Cuci tangan
3. Siapkan peralatannya

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam
2. Jaga privasi
3. Jelaskan tujuan prosedur

Tahap Kerja

1. Izinkan pasien untuk menanyakan pertanyaan mengenai prosedur jika ada hal yang tidak jelas.
2. Tempatkan pasien pada posisi yang nyaman.
3. Intruksikan pasien dengan cara menarik nafas melalui hidung dan tahan selama 3 detik
4. Setelah itu intruksikan pasien untuk mengeluarkan nafas lewat mulut secara perlahan
5. Kemudian berikan kesempatan pasien bernafas menggunakan irama yang normal selama 1 sampai 2 menit
6. Dan ingatkan pasien apabila pasien merasa jengkel untuk melakukan teknik tarik nafas dalam.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Rancangan Studi Kasus

Karya ilmiah ini ditulis dengan memanfaatkan pendekatan penelitian deskriptif. Penulis mengelola masalah studi kasus untuk pasien yang berisiko mengalami tindakan kekerasan dengan menerapkan teknik tarik nafas dalam.

B. Subyek Studi Kasus

Menggunakan studi kasus ini, penulis menangani pasien laki-laki dewasa dengan inisial Tn. S usia 26 tahun yang berisiko perilaku kekerasan saat menjalani perawatan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

C. Fokus Studi

Fokus studi yang digunakan oleh penulis adalah “penerapan teknik tarik nafas dalam pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan”

D. Definisi Operasional

1. Gangguan jiwa didefinisikan sebagai tindakan yang signifikan secara klinis dan berkaitan pada ketidaknyamanan maupun tekanan dalam fungsi kehidupan manusia. (Sintia Pertiwi et al., 2023)
2. Resiko Perilaku Kekerasan dikenal sebagai kondisi maupun perilaku yang mengindikasikan seseorang mungkin membahayakan dirinya sendiri, orang lain, keluarga, dan lingkungan dalam bentuk bahaya fisik, emosional, seksual, dan verbal. (Hasannah & Solikhah, 2020).

3. Teknik tarik nafas dalam adalah jenis relaksasi yang bekerja dengan mengendalikan pola pernapasan dalam upaya meredakan stres fisik, yang pada gilirannya meredakan ketegangan mental. (Sintia Pertiwi et al., 2023).

E. Tempat dan Waktu

Penerapan studi kasus ini, penulis mengaplikasikan tindakan keperawatan di Ruang Gatotkaca RSJD Gondohutomo Semarang, pada tanggal 19 Desember 2023.

F. Instrumen Studi Kasus

Instrumen pada studi kasus ini menggunakan format pengakajian keperawatan jiwa, dimana dengan cara melakukan wawancara dan observasi secara langsung pada pasien guna untuk memperoleh informasi terkait kesehatan pasien sehingga dengan data yang didapat akan menghasilkan diagnosa keperawatan.

G. Metode Pengumpulan Data

Penulis studi kasus ini mengumpulkan data melalui observasi langsung terhadap pasien, wawancara, dan pengambilan dokumentasi pendukung dari rekam medis pasien, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi serta informasi mengenai pengobatan.

Pada pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis dapat melalui tahap-tahap antara lain:

1. Untuk mendapatkan izin melakukan studi kasus di RSJD Gondohutomo Semarang, penulis meminta surat pengantar dari fakultas.
2. Penulis mengajukan dan meminta izin kepada tim diklat RSJD Gondohutomo Semarang untuk melakukan studi kasus setelah mendapat surat pengantar dari fakultas.
3. Setelah mendapat ijin dari tim diklat RSJD Gondohutomo Semarang, penulis menemui penanggung jawab ruangan yaitu Ruang Gatotkaca RSJD Gondohutomo Semarang untuk mengajukan permohonan studi kasus yang akan dilakukan oleh penulis selama 3 hari.
4. Setelah mendapat ijin dari pihak penanggung jawab ruang Gakotkaca RSJD Gondohutomo Semarang, maka penulis memilih pasien sesuai dengan kriteria karakteristik responden yakni pasien dengan resiko perilaku kekerasan saat dirawat di RSJD Gondohutomo Semarang.
5. Selanjutnya penulis memberikan informed consent kepada responden
6. Persetujuan pasien dan keluarga untuk menjadi fokus studi kasus, memungkinkan penulis untuk mengevaluasi pasien dengan resiko perilaku kekerasan sebelum menerapkan teknik tarik napas dalam.
7. Setelah memperoleh semua data penilaian, penulis memulai pemberian teknik tarik nafas dalam selama 3 hari pemberian
8. Setelah teknik tarik nafas dalam diterapkan kepada pasien selama tiga hari maka penulis melakukan dokumentasi.

H. Analisis dan Penyajian Data

Analisa data di lakukan sejak penulis berada dilapangan sewaktu pengumpulan data hingga dengan data terkumpul. Cara yang di lakukan ini dengan mengemukakan fakta,kemudian data di bahas atau di bandingkan dengan hasil penelitian terdahulu secara teoritis. Teknik dengan menarasikan jawaban-jawaban penulis studi di peroleh melalui wawancara selain itu, Teknik observasi juga dilakukan penulis untuk mengetahui keadaan responden secara langsung,dimana akan menghasilkan data dan sebagai dokumentasi dalam tindakan keperawatan

Penyajian data di sesuaikan dengan studi kasus deskriptif dalam penerapan studi kasus ini, penulis menyajikan data secara terstruktur atau narasi dengan memberikan catatan hasil pemeriksaan yang di sertai dengan tanggapan, yang berfungsi sebagai fakta pendukung, dan pernyataan lisan.

I. Etika Studi Kasus

Adapun beberapa etika studi kasus dalam keperawatan antara lain: (Yusri, 2020)

1. Otonomi (Autonomy)

Penelitian ini penulis harus mempunyai prinsip otonomi dimana keyakinan pada diri sendiri dalam mengambil keputusan dengan berfikir secara logis.

2. Berbuat baik (Beneficience)

Penulis menerapkan prinsip berbuat baik kepada pasien, dilakukan sebagai upaya pencegahan dari kesalahan, kejahatan serta menghindari konflik ataupun masalah.

3. Keadilan (Justice)

Penulis tidak membeda-bedakan pasien, dalam bekerja memberikan asuhan keperawatan sesuai hukum, standar praktek dalam memperoleh kualitas layanan keperawatan.

4. Kerahasiaan dan Privasi di hormati (Confidentiality and Privacy are respected)

Penulis menjaga privasi dan kerahasiaan semua tentang pasien, cukup data spesifik yang diberikan guna untuk temuan studi kasus.

5. Kejujuran (veracity)

Penulis harus memiliki sifat jujur dengan mengatakan kebenaran.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Pada studi kasus penulis membahas mengenai penerapan teknik tarik nafas dalam pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan pada Tn.S dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan dan halusinasi di ruang Gatot kaca RSJD Dr. Amino gondohutomo semarang. Asuhan keperawatan di lakukan selama 3 hari pada tanggal 19 Desember 2023 sampai dengan 22 Desember 2023. Berdasarkan pengamatan, pemeriksaan fisik, dan diskusi dengan pasien. Selama proses pengkajian awal di lakukan tindakan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Desember 2023 di ruang Gatot kaca RSJD Dr Amino gondohutomo Provinsi Jawa Tengah di temukan data pasien dengan nama Tn. S yang berusia 26 tahun, jenis kelamin laki-laki dan beragama Islam . pasien bertempat tinggal di desa Karangawen kecamatan Mranggen kabupaten Demak, Pendidikan terakhir SMA, berstatus belum menikah dan bekerja sebagai ojek online. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 5 Desember 2023.

b. Alasan Masuk

Pasien mengatakan tidak bisa tidur selama satu hari satu malam di karenakan teringat oleh salah satu orang tuanya yang meninggal yaitu ibunya, pasien juga mengatakan sering marah-marah karena belum bisa menerima orang tuanya yang meninggal, pasien pernah mengalami halusinasi penglihatan Sehingga pasien di bawa ke RSJD Dr Amino gondhoutomo.

c. Faktor Predisposisi

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Pasien sebelumnya tidak melakukan pengobatan karena pasien tidak mengalami gangguan jiwa. Pasien pernah mengalami riwayat trauma sebagai korban penolakan ditinggal orang tuanya terutama ibunya pada usia 26 tahun. Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti dirinya. Pasien juga mengatakan tidak ada pengalaman di masa lalu yang menyenangkan.

d. Fisik

Data pemeriksaan fisik yang didapatkan meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital diantaranya Tekanan Darah : 113/65 mmHg, Nadi : 87x/menit, Suhu : 36⁰ C, Tinggi Badan : 163 cm, Berat Badan : 80 kg, pasien tidak ada keluhan fisik yang dirasakan.

e. Psikososial

1) Genogram

Pasien merupakan anak ketiga dari empat bersaudara, , ibu dari pasien sudah meninggal hanya ada ayah. Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa. Orang tua dari ayah pasien sudah meninggal, sedangkan orang tua dari ibu pasien ayah sudah meninggal hanya ada ibu. Pasien tinggal serumah dengan ayah dan ibunya.

2) Konsep Diri

Persepsi pasien memiliki anggota tubuh yang baik dan tidak perlu ada yang dirubah. Pasien mengatakan sebagai anak ketiga dari empat bersaudara. Pasien mengatakan cukup puas dengan perannya sebagai anak ketika dirumah. Persepsi mengenai ideal diri pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang kerumah. Pasien mengatakan bersyukur dengan hidupnya sekarang.

3) Hubungan Sosial

Pasien mengatakan orang yang berarti bagi dirinya adalah keluarga,. Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat, pasien mengatakan pernah mengikuti organisasi karang taruna dan membantu masyarakat sekitar dalam menjaga keamanan dilingkungannya.

4) Spiritual

Pasien mengatakan sejak lahir menganut agama yang sesuai dengan kepercayaan yaitu agama Islam, dalam melaksanakan kegiatan ibadah pasien mengatakan terkadang melakukan shalat 5 waktu.

f. Status Mental

Pasien bernampilan rapi dan bersih, rambut berwarna hitam, kulit putih dengan cara berbicara pasien normal, mudah dipahami, tidak ada gangguan dan mampu menjelaskan apa yang sedang dirasakan, tetapi pandangan pasien terlihat tajam. Aktivitas motorik pasien terlihat normal ketika diajak mengobrol dengan perasaan pasien terlihat senang, ketika mengobrol pasien berespon kooperatif dan ketika dipanggil namanya, pasien menengok. Selama berinteraksi kontak mata pasien fokus pada lawan bicara, persepsi pasien mengatakan tidak mendengar atau melihat sesuatu saat berbicara dengan orang lain. proses pikir pasien pembicaraannya dapat di pahami oleh lawan bicaranya dan bisa menjelaskan topik yang dibicarakan Pasien mengatakan tidak menganut keyakinan yang tidak seharusnya, kesadaran pasien penuh dan bagus dalam berbicara. Pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi dirumahnya sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa dan pasien mampu menceritakan kejadian yang sudah lama. Pasien juga mengatakan dapat berhitung dan dapat menyebutkan angka 1 sampai angka 10, dan pasien merasa mudah untuk

menyebutkannya. Pasien dapat mengambil keputusan dengan baik tanpa bantuan orang lain. Dan pasien menyadari penyakit yang dialami pada dirinya, pasien merasa perlu untuk ditolong, dan pasien mempunyai semangat untuk sembuh.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

Kebutuhan makan pasien sehari 3 kali dengan nasi, lauk sayur dan buah. Pasien BAK dalam sehari 4 kali dengan warna kuning jernih, dan berbau khas urine, pasien BAB sehari 1 kali pada pagi hari dan kebutuhan makan, minum, BAK/BAB dapat dilakukan mandiri oleh pasien dan tanpa bantuan orang lain. Pasien mandi sehari 2 kali pada pagi dan sore hari secara mandiri dan pasien dapat berpakaian sendiri. Pasien beristirahat dan tidur pada siang hari dari pukul 13.00 sampai 14.30 WIB, tidur malam pasien dari pukul 20.00 sampai 04.30 WIB. Pasien rutin meminum obat yang diberikan oleh perawat dan dapat meminum sendiri tanpa bantuan. Pasien tidak dilakukan perawatan lanjut ataupun perawatan pendukung. Kegiatan pasien didalam rumah dan sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa yaitu pasien tidak menyiapkan makanan, pasien menjaga kerapian rumah, pasien juga mencuci pakaian, dan pasien tidak mengatur keuangan selama dirumah. Kegiatan pasien diluar rumah yaitu pasien tidak melakukan kegiatan seperti belanja, pasien memiliki transportasi dan mengendarainya dan pasien melakukan secara mandiri karena sudah terbiasa.

h. Mekanisme Koping

Pasien mengatakan jika merasa emosi atau sedang ada masalah dengan orang lain pasien mencoba untuk selalu mengabaikannya. Pasien mengatakan senang apabila berkumpul dengan teman-temannya. Pasien mampu mengontrol emosinya dengan cara mencari teman untuk diajak mengobrol. Pasien juga sering membanting barang ketika sedang emosi.

2. Analisa Data

Pada tanggal 19 Desember 2023 pukul 09:00 WIB dihasilkan data subyektif yang pertama adalah saat pengkajian pasien mengatakan mudah marah, sulit mengontrol emosi dan pasien hanya dapat mengobrol dengan orang lain saat suasana hatinya stabil. Data objektif pasien terlihat seperti orang jengkel, dan tatapannya tajam.

Problem : resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain.

Data fokus kedua pada tanggal 19 Desember 2023 pukul 09:15 WIB, di dapatkan data subyektif bahwa pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan suara yang memanggil namanya, data obyektif pasien sering melamun dan lebih sering diam.

Problem : halusinasi pendengaran

Pada tanggal 19 Desember 2023 09:30 WIB di hasilkan data subyektif pasien mengatakan pernah memukul saudaranya waktu umur 23 tahun karena masalah kecil. Data objektif pasien tampak saat menceritakan dengan mengencangkan rahangnya dan merasa jengkel.

Problem : perilaku kekerasan**3. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan analisa data yang di peroleh pasien mengalami resiko perilaku kekerasan, penulis menegakkan diagnosa prioritas risiko perilaku kekerasan berdasarkan buku SDKI, kategori lingkungan, sub kategori keamanan dan proteksi, dengan faktor risiko pemikiran waham/delusi, halusinasi, alam perasaan depresi.

4. Intervensi Keperawatan

Pada intervensi penulis akan akan menjelaskan tahapan masalah diantaranya dengan memberikan SP dan melakukan terpi tarik nafas dalam. Intervensi keperawatan selanjutnya untuk mengisi masalah keperawatan pada Tn. S yang muncul yaitu resiko prilaku kekerasan dengan tujuan pasien bisa membina hubungan saling percaya, pasien bisa mengontrol resiko perilaku kekerasan,pasien bisa mengontrol emosinya. Selanjutnya di lakukan intervensi keperawatan slama 3 kali pertemuan di harapkan emosinya bisa teratasi dengan klriteria hasil : verbalisasi rasa jengkel menurun,resiko prilaku kekerasan menurun, dapat mengetahui cara meminum obat secara teratur dan benar.

Strategi pelaksanaan resiko prilaku kekerasan yaitu SP 1 : bina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab RPK, identifikasi tanda gejala yang menimbulkan rasa marah, identifikasi reaksi pasien Ketika rasa emosi itu muncul, ajarkan terapi tarik nafas dalam untuk mengontrol emosi, anjurkan pasien melakukan cara tarik nafas dalam untuk

mengontrol emosi, anjurkan pasien melakukan tarik nafas dalam dan masukan ke dalam jadwal kegiatan harian.SP 2 : Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, latih mengontrol emosi dengan cara fisik memukul bantal.

SP 3 pasien : evaluasi jadwal kegiatan pasien,latih mengontrol emosi dengan cara berkomunikasi dengan orang lain.

SP 4 pasien : evaluasi kemampuan pasien dalam mengontrol emosi dengan cara mengucap istigfar dan anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan sehari-hari

5. Implementasi Keperawatan

Penulis akan menjelaskan mengenai implementasi yang telah di berikan kepada Tn. S selama 3 kali pertemuan. Implementasi pertama di lakukan pada tanggal 19 desember 2023 pada pukul 09:00 WIB di temukan data subyektif : pasien mudah emosi dan jengkel ketika teringat ibunya yang sudah meninggal. Untuk data objektifnya : pasien nampak menatap tajam saat di ajak berbicara tentang alasan masuknya ke rumah sakit jiwa. Kemudian terapi keperawatan yang di lakukan yaitu SP 1 resiko perilaku kekerasan yaitu menjelaskan sebab terjadinya resiko perilaku kekerasan , menjelaskan tanda gejala resiko perilaku kekerasan, mengajarkan mengontrol resiko perilaku kekerasan, melatih pasien dengan cara fisik yaitu SP 1 : melakukan teknik tarik nafas dalam dan menyusun dalam jadwal kegiatan sehari- hari, Rencana tindak lanjut perawat akan melakukan SP 2 : Latihan fisik mengontrol emosi dengan cara memukul bantal.

Implementasi pertemuan ke 2 pada hari Rabu 20 Desember 2023 pada pukul 09:00 WIB di lakukan SP 2 : dengan melatih pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal, di temukan data subyektif : pasien masih merasa belum bisa mengontrol emosinya, sedangkan data obyektifnya : pasien masih bertatapan tajam saat diajak bicara dan nada bicara tidak terkontrol. Untuk rencana tindak lanjut yang akan di lakukan yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan SP 3: dengan cara berkomunikasi dengan orang lain.

Implementasi pertemuan ke 3 pada hari Kamis 21 Desember 2023 pada pukul 09:00 WIB dengan melakukan tindakan SP 3 latih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan berkomunikasi dengan orang lain dengan data subyektif : pasien terlihat senang dan tidak marah-marah, sedangkan data obyektifnya : pasien Nampak berbicara dengan normal, tatapan pasien sudah tidak tajam. Dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan di lanjutkan evaluasi SP 1 sampai dengan SP 2 dan di lanjutkan tindakan keperawatan SP 3 yaitu berkomunikasi dengan orang lain, rencana tindak lanjut perawat yaitu SP 4 melatih dengan cara sepiritual seperti Tarik nafas lalu hembuskan dengan mengucapkan kalimat istighfar.

6. Evaluasi Keperawatan

Setelah di lakukan implementasi selama 3 kali kunjungan di dapatkan hasil evaluasi pasien mampu melakukan setrategi-setrategi yang sudah di ajarkan selama 3 kali pertemuan. Tahap selanjutnya melakukan evaluasi

yang dilakukan di hari Selasa 19 Desember 2023 di dapatkan data subyektif : pasien mengatakan masih sedikit merasa emosi. Data objektif : pasien mampu melakukan tehnik Tarik nafas dalam. A : resiko perilaku kekerasan (+), plening:lanjutkan intervensi resiko perilaku kekerasan dengan SP 2 dan mengevaluasi SP 1 dan berikan jadwal rutin untuk mengontrol emosi menggunakan SP 1.

Evaluasi kedua pada hari Rabu 20 Desember 2023 di dapatkan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa melakukan cara mengontrol marah dengan SP 1 dan ingin melakukan SP 2, data objektif : pasien bisa memahami dan mampu mempraktikan mengontrol marah dengan cara memukul bantal, tetapi pasien terkadang masih bertatap tajam terhadap orang lain. A : resiko perilaku kekerasan (+), P : lanjutkan intervensi resiko perilaku kekerasan dengan cara SP 3, evaluasi SP 1 dan SP 2 latih dengan cara verbal yaitu berkomunikasi dengan orang lain.

Evaluasi hari ke 3 pada tanggal 21 Desember 2023 dengan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dalam. Data obyektif : pasien tampak sudah bisa mengontrol emosi, saat berbicara dengan orang lain tatapannya sudah tidak tajam, A : resiko perilaku kekerasan (-), planning : hentikan intervensi, evaluasi control marah SP 1 sampai SP 3.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan di ruang Gatot kaca RSJD D.r Amino Gondohutomo Semarang. Asuhan keperawatan di lakukan selama 3 hari pada tanggal 19 – 21 Desember 2023. Berdasarkan pengamatan, pemeriksaan fisik, dan wawancara dengan pasien. Selama proses pengkajian di lakukan tindakan keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang di lakukan oleh penulis pada tanggal 19 desember 2023 di dapatkan data pada Tn. S yaitu mengatakan bahwa sering marah dan membanting barang yang ada di sekitarnya. Data objektifnya pasien tampak menatap tajam saat di ajak berbicara dan marah dengan tiba-tiba. Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang menunjukkan bahwa dirinya mampu membahayakan orang lain maupun diri sendiri.

Factor predisposisi yang muncul pada Tn. S merasa belum bisa menerima dengan kepergian orang tuanya, sebelumnya klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa ataupun putus minum obat klien baru pertama kali masuk di rumah sakit jiwa, faktor presipitasi Tn. S di sebabkan oleh orang tuanya yang meninggal sehingga pasien mengalami depresi dan halusinasi pendengaran. faktor presdeposisi Tn.

S di sebabkan belum bisa menerima kepergian orang tuanya sehingga menyebabkan dirinya marah dan mendengar suara ibunya.

Data-data yang ada pada teori di atas sesuai dengan data-data pengkajian yang di lakukan oleh penulis kepada Tn. S, hal tersebut menunjukkan adanya kesesuaian data sehingga data yang di hasilkan yaitu data fokus yang baik dan lengkap.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang diangkat pada pasien adalah resiko perilaku kekerasan (D.0146) yang sesuai dengan SDKI dengan sub kategori keamanan dan proteksi (PPNI, 2017). Resiko perilaku kekerasan yaitu resiko membahayakan secara fisik, emosi dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (PPNI,2017).

Dalam buku SDKI faktor risiko untuk menengakkan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan adalah pemikiran waham atau delusi, halusinasi, dan alam perasaan depresi (PPNI,2017). Sehingga diagnosa keperawatan dari data yang diangkat pada Tn. S adalah resiko perilaku kekerasan yang dibuktikan dengan data pasien mengatakan bahwa sering marah dan membanting barang yang ada di sekitarnya.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang sudah di rencanakan oleh penulis sudah sesuai dengan standar asuhan keperawatan secara generalis dimana penulis menerapkan strategi plaksanaan SP 1 – 2 dan memberikan terapi Tarik nafas dalam untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan durasi

5x pengulangan setiap 1x tindakan di lakukan dengan waktu Tarik nafas selama 3 detik dan membuang nafas perlahan selama 5 detik agar pasien merasa lebih tenang dan rileks.

Menurut penulis terapi tarik nafas dalam sudah sesuai untuk di lakukan karna penerapannya bisa di lakukan secara mandiri, terapi ini menjadi penyelesaian dalam masalah resiko perilaku kekerasan. Pada saat pasien melakukan tarik nafas dalam yang di mana pasien akan berfokus pada terapi tehnik tarik nafas dalam untuk mengontrol emosinya pada saat pasien merasa jengkel/emosi bisa mengendalikannya. Tujuan di lakukannya terapi teknik tarik nafas dalam agar pasien tidak terbawa kendali dari emosinya sendiri dan tidak menolak saat rasa jengkel itu muncul.

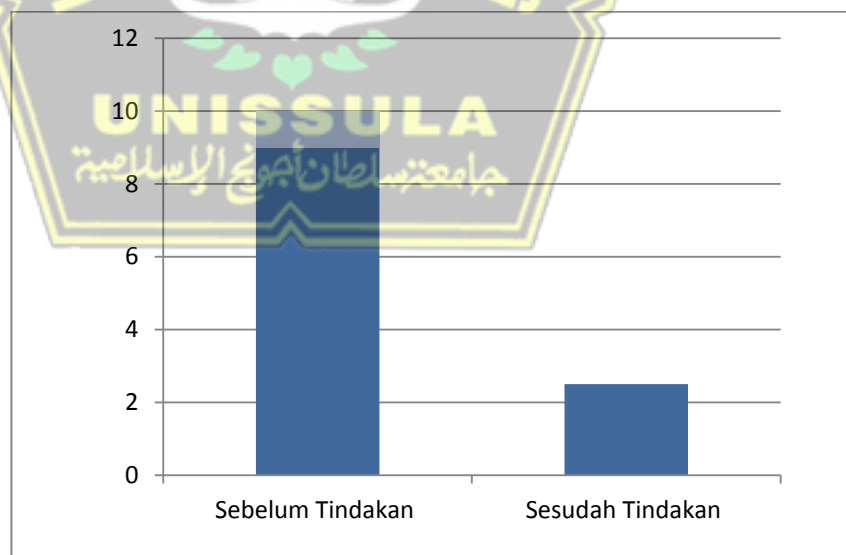
Terapi tarik nafas dalam akan mengurangi perilaku yang terjadi pada pasien seperti marah-marah, membanting barang, dan jengkel terhadap orang lain. Dari teori lain bahwa terapi Tarik nafas dalam sangat baik untuk pasien dengan resiko perilaku kekerasan dan diajarkan pada pasien untuk mengontrol emosi agar pasien bisa mengendalikan rasa jengkel dan meredakan emosi yang sewaktu-waktu muncul, sebab itu saat pasien keluar dari rumah sakit jiwa, pasien bisa mengendalikan emosinya secara mandiri oleh sebab itu di lakukan terapi Tarik nafas dalam agar pasien berperilaku lebih adaptif dan dapat menangani situasi yang sedang terjadi pada dirinya setelah keluar dari rumah sakit jiwa.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang di berikan kepada pasien di sesuaikan dengan intervensi atau rencana keperawatan yang sudah di buat sebelumnya oleh penulis yaitu strategi pelaksanaan SP 1 sampai SP 2 dan di berikan terapi Tarik nafas dalam. Sebelum melakukan intervensi yang sudah di buat penulis perlu membenarkan secara singkat, apakah rencana tindakan sesuai dan apakah di butuhkan oleh pasien saat itu.

Sebelum di lakukan terapi keperawatan penulis melakukan pre test terlebih dahulu terlihat dari nilai score RUFA pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan sehingga perlu di lakukan post test.

Diagram perkembangan skor RUFA resiko perilaku kekerasan sebelum dan sesudah diberikan terapi tarik nafas dalam.



Gambar 4.1 Diagram perkembangan skor RUFA

Pada tanggal 19 desember 2023 pukul 09:00 WIB penulis melakukan tindakan keperawatan SP 1 dengan mengajarkan terapi

Tarik nafas dalam untuk mengontrol emosi. Terapi tarik dalam yaitu untuk mempertahankan diri terhadap rasa emosi yang muncul dengan menolak emosi yang muncul, pasien akan diajari untuk menarik nafas dalam Ketika suasana hatinya sedang tidak enak. Kelebihan dari terapi ini membantu pasien yang mengalami masalah resiko perilaku kekerasan agar bisa mengontrol suasana hatinya..

Berdasarkan hasil yang di dapatkan pada Tn. S sebelum di berikan terapi Tarik nafas dalam pasien mengatakan sering marah-marah dan merasa jengkel, Tn. S tampak memiliki tatapan tajam, sering diam, dan mudah tersinggung. Namun setelah di lakukan terapi Tarik nafas dalam pasien sudah sedikit merasa tenang, tetapi tatapannya masih tajam. Pada hari pertama, tidak ada hambatan selama terapi latihan Tarik nafas dalam, untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Pada tanggal 20 Desember 2023 pada pukul 09:00 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan strategi pelaksanaan SP 2 yaitu dengan mengajarkan cara memukul bantal, dan melakukan terapi Tarik nafas dalam untuk mengontrol perilaku kekerasan kembali. Namun sebelum memberikan SP 2 perawat melakukan evaluasi terhadap SP 1 yang telah di berikan. Terapi memukul bantal efektif dalam pengobatan pada pasien resiko perilaku kekerasan , terapi memukul bantal merupakan cara yang paling tepat untuk mengendalikan gangguan pada resiko perilaku kekerasan karena membuat pasien

melampiaskan amarah kepada bantal atau kasur sehingga tidak berisiko mencederai diri sendiri maupun orang lain.

Berdasarkan hasil yang di dapatkan Tn. S mampu memahami apa yang sudah diajarkan, pasien juga sebelumnya melakukan latihan terapi Tarik nafas dalam untuk mengontrol emosinya. Tn. S sebelum di berikan terapi Tarik nafas dalam pasien mengatakan sering marah dan ingin membanting barang. Setelah di lakukan terapi Tarik nafas dalam pasien mengatakan marahnya berkurang. Di pertemuan ke dua tidak ada hambatan selama di berikan latihan memukul bantal.

Pada tanggal 21 desember 2023 pada pukul 10:00 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan strategi pelaksanaan SP 3 yaitu melakukan kegiatan berkomunikasi dengan orang lain, patuh minum obat dan, Terapi tarik nafas dalam. Terapi Tarik nafas dalam di berikan 2 kali sehari selama 3 hari, yang dimana di hari ketiga sebelum di berikan terapi tarik nafas dalam pasien mengatakan masih mudah marah. Setelah di berikan intervensi SP 1 – SP 3 resiko perilaku kekerasan dan terapi tarik nafas dalam setelah 3 hari pasien mengatakan bisa lebih tenang dan bisa mengontrol rasa marah yang sewaktu-waktu muncul.

5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil terapi menghardik selama 20 menit di lakukan secara konsisten dari hari 1 sampai hari 3 menunjukkan bahwa terapi Tarik nafas dalam selama 5 kali pengulangan secara konsisten dapat

membantu mengendalikan emosi, obat-obatan juga terbukti membantu dan dikelola untuk pasien resiko perilaku kekerasan.

Pasien menyampaikan setelah diberi terapi latihan tarik nafas dalam tidak lagi mudah marah dan emosinya lebih stabil. Penulis memilih terapi tehnik Tarik nafas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan untuk mengontrol rasa emosi dan jengkelnya agar pasien dapat menolak dengan menarik nafas dalam dan mengucapkan istigfar saat emosinya muncul dan mengurangi munculnya rasa jengkel sewaktu-waktu, dan mengurangi rasa depresi yang dirasakan pasien sehingga dapat membantu menjernihkan pikiran, memperbaiki perilaku, dan menstabilkan emosi.

Saat pemberian tindakan keperawatan strategi pelaksanaan SP 1 – SP 3 dan juga pemberian tehnik tarik nafas dalam tidak ditemukan hambatan, selama diberikan terapi pada pasien 3 hari pasien tampak kooperatif hanya saja tatapan pasien masih tajam saat diajak berbicara. Hambatan yang ditemukan penulis hanya pihak keluarga pasien yang tidak hadir, sehingga menyulitkan karena keluarga akan menjadi penyalur informasi perawat untuk melanjutkan perawatan saat pasien berada di rumah agar pasien tidak mengalami kekambuhan.

Dari evaluasi strategi pelaksanaan SP yang sudah dilakukan dapat disimpulkan bahwa intervensi tersebut harus rutin dilakukan, sehingga pasien dapat mengidentifikasi faktor yang menyebabkan

prilaku kekerasan dan pasien dapat mengatasi dengan cara Tarik nafas dalam untuk mengontrol emosinya.

C. Keterbatasan

Keterbatasan pada penelitian ini tidak dapat di generalisasikan di karenakan pihak keluarga yang tidak dating, jadi tidak di lakukannya sp keluarga.



BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil studi kasus yang dilakukan secara langsung pada tanggal 19 – 21 Desember 2023 pada Tn. S di ruang Gatot Kaca RSJD Gondhoutomo Semarang dengan menerapkan Teknik Tarik Nafas Dalam pada pasien dewasa dengan resiko perilaku kekerasan yang diawali dengan pengkajian, kemudian perumusan masalah, perencanaan, tindakan keperawatan, dan evaluasi hasil. Maka penulis dapat merumuskan kesimpulan sebagai berikut :

A. Simpulan

1. Hasil pengkajian yang telah didapatkan, masalah utama yang muncul yaitu pasien marah-marah akibat ditinggal meninggal oleh salah satu orang tuanya (ibu) dan sering mendengar bisikan-bisikan suara yang memanggil namanya.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul diantaranya yaitu Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146), Halusinasi (D.0085). Namun prioritas diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S yaitu Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146).
3. Perencanaan yang dilakukan difokuskan pada Resiko Perilaku Kekerasan adalah dengan memberikan teknik tarik nafas dalam pada Tn. S.
4. Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang disusun, difokuskan pada pasien untuk memberikan Teknik Tarik Nafas Dalam pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

5. Evaluasi menunjukkan bahwa sering marah-marah pada pasien berkurang setelah diberikan teknik tarik nafas dalam.

B. Saran

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Salah satu tindakan keperawatan SP 1 yaitu Teknik Tarik Nafas Dalam dapat diterapkan untuk mengontrol kemarahan maupun emosi yang dialami oleh pasien. Hasil studi kasus ini dapat dijadikan RSJD Gondhoutomo Semarang dengan menerapkan teknik tarik nafas dalam tersebut sebagai salah satu tindakan keperawatan yang diaplikasikan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Studi kasus ini diharapkan dapat dipertimbangkan bagi institusi pendidikan untuk merencanakan dan mengajarkan metode-metode dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan, khususnya kepada mahasiswa keperawatan.

3. Bagi Masyarakat

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi tambahan pengetahuan baru bagi masyarakat bahwa teknik tarik nafas dalam dapat diterapkan dalam penanganan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

4. Bagi Pasien

Hasil studi kasus ini diharapkan pasien dapat mengontrol rasa marah dan dapat menerapkan teknik tarik nafas dalam sesuai yang diajarkan oleh perawat.

5. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai salah satu sumber referensi untuk melakukan studi kasus selanjutnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Aji, A. B., Makualaina, F. N., & ... (2024). Penerapan Latihan Tarik Nafas Dalam Pada Tn. J Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Kronis Pria 1 Rumah Sakit Jiwa Daerah Abepura. *Journal of*
- Amalia, S. R. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. D DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG SRIKANDI RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO* repository.unissula.ac.id.
- Damayanti, E. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Desa Kedung Malang 04/03 Kec. Kedung Kab. Jepara Provinsi Jawa Tengah.* repository.unissula.ac.id.
- Hasannah, S. U., & Solikhah, M. M. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Jihan, R. N. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. RDENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASANDIRUANG ARIMBI RSJD DR. AMINOGONDHOUTOMOSEMRANG.* repository.unissula.ac.id.
- Madhani, A. A. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan.* eprints.ukh.ac.id.
- NABILA, S. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DAN PENERAPAN TINDAKAN KEPERAWATAN TERAPI GENERALIS (SP 1-4)* repository.universitalirsyad.ac.id.
- Pardede, J. A. (2020). Standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah risiko perilaku kekerasan. In *Jurnal Keperawatan Jiwa*. researchgate.net.
- Pertiwi, S, Fitri, N. L., & Hasanah, U. (2023). Penerapan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tanda dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di RSJ Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia*
- Pertiwi, Sintia, Luthfiyatil Fitri, N., & Hasanah, U. (2023). Penerapan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tanda Dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di RSJ Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(4), 594–602.
- Ratnasari, H. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN.* eprints.umpo.ac.id.
- Sahputra, A. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Risiko

Perilaku Kekerasan Di Ruang Nakula Rsud Banyumas. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1–36.

Suyasa, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Igd Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali*. repository.poltekkes-denpasar.ac.id.

Untari, S. N. (2021). *Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan*. eprints.ukh.ac.id.

Wulansari, E. E. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Daerah Dr Arif Zainuddin Surakarta*. eprints.ukh.ac.id.

Yusri, A. Z. dan D. (2020). bab iii metode penelitian. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.

