

**IMPLEMENTASI TERAPI TARIK NAFAS DALAM PADA PASIEN
DENGAN GANGGUAN JIWA RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

**Karya Tulis Ilmiah
Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Disusun Oleh :
IKA MUTIARA TIAWAN
40902200027**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

**IMPLEMENTASI TERAPI TARIK NAFAS DALAM PADA PASIEN
DENGAN GANGGUAN JIWA RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

IKA MUTIARA TIAWAN

40902200027

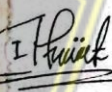
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2025

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 Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 6 Mei 2025
Yang menyatakan,




(Ika Mutiara Tiawan)
NIM : 40902200027



HALAMAN PERSETUJUAN

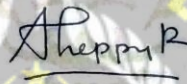
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
pada :

Hari : Rabu

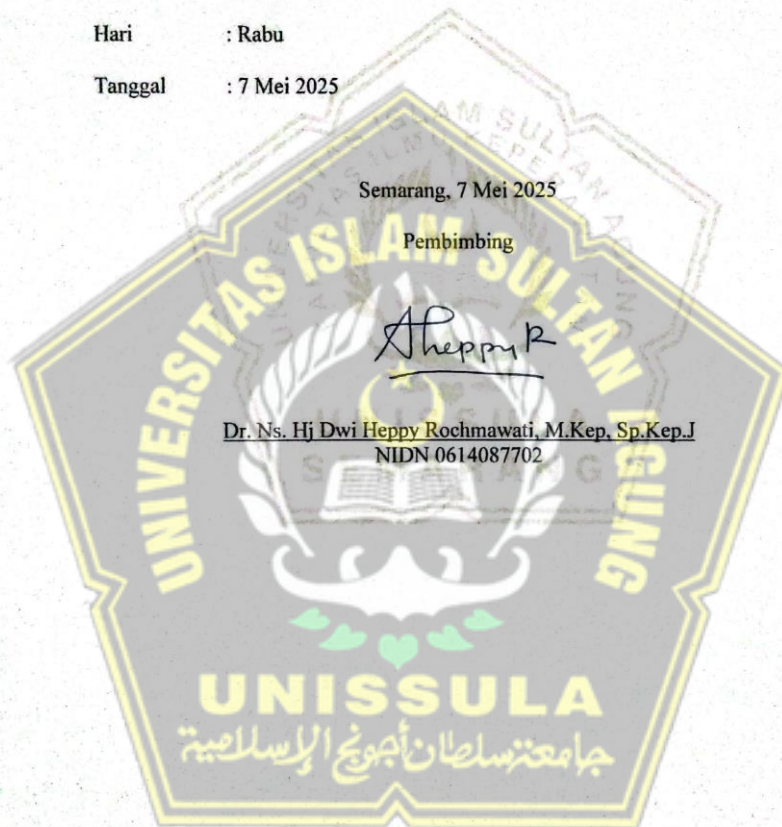
Tanggal : 7 Mei 2025

Semarang, 7 Mei 2025

Pembimbing



Dr. Ns. Hj Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep. Sp.Kep.J
NIDN 0614087702



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jum'at tanggal 15 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

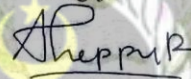
Semarang, 15 Mei 2025

Tim Penguji

Penguji I


(Ns. Bejle Febriana, M.Kep)
NIDN. 0623028802

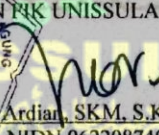
Penguji II


(Dr. Ns. Hj Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J)
NIDN. 0614087702

Mengetahui,

UNISSULA Semarang




(Dr. Ns. Hj Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J)
NIDN.0622087403

KATA PENGANTAR



Dengan memanjatkan puji dan syukur bagi Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya. Sehingga penulis diberi kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Implementasi Terapi Tarik Nafas Dalam Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa Risiko Perilaku Kekerasan".

Saat penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapat banyak bimbingan dan saran yang sangat bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan sebelumnya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Gunarto, SH., M.H, Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian. SKM., S.Kep.,M.Kep, Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Indra Tri Astuti., M.Kep SP. Kep.An, Kaprodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Dr. Ns. Hj Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep., Sp.Kep.J, Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah sabar membimbing serta memberikan pengarahan kepada penulis.
5. Ns. Betie Febriana, M.Kep, Dosen Penguji yang telah menguji penulis dalam Ujian Karya Tulis Ilmiah dengan sabar dan masukan yang bermanfaat.
6. Seluruh Dosen Pengajar, Staf Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA yang telah memberikan Ilmu Pengetahuan kepada Penulis selama menempuh pendidikan.

7. Pasien kelolaan atas bantuan dan kerjasamanya.
8. Kepada kedua Orang Tua saya tercinta yaitu Bapak Agus Tiawan yang sampai detik ini terus berjuang untuk memberikan yang terbaik untuk putri pertamanya. Ibu Indah Sri Nurhayati yang telah melahirkan saya dengan penuh kasih sayang dan perjuangan yang luar biasa. Terimakasih untuk motivasi, kasih sayang, pengorbanan, serta do'a sehingga penulis bisa sampai dititik ini.
9. Kepada adik tersayang Naura Dwi Mutiara Tiawan dan Muhammad Adzriel Tiawan yang telah memberikan semangat serta selalu mendo'akan dan mendukung penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
10. Ika Mutiara Tiawan, diri saya sendiri. Apresiasi sebesar-besarnya yang telah bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Untuk sampai dititik ini sangat sulit, terimakasih karena tetap memilih happy dan tidak pernah menyerah.
11. Teman saya satu bimbingan dan teman-teman D3 Keperawatan angkatan 2022 yang telah berjuang bersama dan saling mendukung dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Semua pihak yang membantu dalam terselesaikannya tugas akhir yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis membutuhkan kritik dan saran demi kesempurnaannya. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak.

Semarang, 29 April 2025

Penulis,

Ika Mutiara Tiawan



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
MEI 2025**

ABSTRAK

Ika Mutiara Tiawan

**IMPLEMENTASI TERAPI TARIK NAFAS DALAM PADA PASIEN
DENGAN GANGGUAN JIWA RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

81 halaman

Latar Belakang : Gangguan jiwa merupakan kondisi perilaku yang secara klinis signifikan karena berkaitan langsung dengan tekanan psikologis atau distress dan menyebabkan gangguan pada satu atau lebih aspek fungsi kehidupan individu. Risiko perilaku kekerasan dapat diartikan sebagai respon terhadap rasa marah yang di ekspresikan melalui tindakan mengancam, menyakiti diri sendiri maupun menyakiti orang lain.

Tujuan: Mendeskripsikan pelaksanaan asuhan keperawatan melalui penerapan teknik tarik nafas dalam pada pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan.

Metode : Penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode studi deskriptif. Data disajikan dalam bentuk narasi yang didukung dengan pernyataan verbal dari responden sebagai data pendukung.

Hasil : Setelah penerapan asuhan keperawatan selama tiga hari menggunakan teknik tarik nafas dalam, terjadi penurunan frekuensi kemarahan dan emosi pada pasien.

Kesimpulan : Pemberian intervensi berupa teknik relaksasi tarik nafas dalam selama tiga hari menunjukkan hasil positif, dimana pasien mengatakan emosi dan marahnya terkontrol, serta pasien mampu mengendalikan emosinya dengan lebih baik.

Saran: Teknik tarik nafas dalam dianjurkan sebagai salah satu tindakan operasional yang dapat digunakan dalam penanganan pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

Kata Kunci : gangguan jiwa, risiko perilaku kekerasan, tarik nafas dalam

Daftar pustaka : 12 (2018-2024)

**NURSING DIPLOMA III STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
MEI 2025**

ABSTRACT

Ika Mutiara Tiawan

***IMPLEMENTATION OF DEEP BREATHING THERAPY IN PATIENTS
WITH MENTAL DISORDERS AT RISK OF VIOLENT BEHAVIOR***

81 pages

Background: Mental disorders are behavioral conditions that are clinically significant because they are directly related to psychological stress or distress and cause disruption to one or more aspects of an individual's life function. The risk of violent behavior can be interpreted as a response to anger expressed through threatening actions, hurting oneself or hurting others.

Objective: To describe the implementation of nursing care through the application of deep breathing techniques in patients at risk of violent behavior.

Method: This scientific paper uses a descriptive study method. Data are presented in narrative form supported by verbal statements from respondents as supporting data.

Results: After the implementation of nursing care for three days using deep breathing techniques, there was a decrease in the frequency of anger and emotions in patients.

Conclusion: Providing intervention in the form of deep breathing relaxation techniques for three days showed positive results, where patients said their emotions and anger were controlled, and patients were able to control their emotions better.

Suggestion: Deep breathing technique is recommended as one of the operational actions that can be used in handling patients with risk of violent behavior.

Keywords: mental disorders, risk of violent behavior, deep breathing

Bibliography: 12 (2018-2024)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus.....	4
D. Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Pustaka.....	6
1. Risiko Perilaku Kekerasan (RPK).....	6
2. Konsep Dasar Keperawatan	13
3. Tindakan Keperawatan.....	23
BAB III METODE PENULISAN.....	26
A. Desain atau Rancangan Studi Kasus.....	26
B. Subyek Studi Kasus	26
C. Fokus Studi	26
D. Definisi Operasional	26
E. Tempat dan Waktu.....	27
F. Instrumen Studi Kasus.....	27

G. Metode Pengumpulan Data.....	27
H. Analisis dan Penyajian Data	28
I. Etika Studi Kasus.....	29
1. <i>Information Sheet</i>	29
2. <i>Informed Consent</i>	30
3. <i>Anonymity</i>	30
4. <i>Confidentiality</i>	30
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	31
A. Hasil Studi Kasus.....	31
1. Pengkajian	31
2. Analisis Data	42
3. Diagnosa Keperawatan.....	44
4. Intervensi Keperawatan.....	45
5. Implementasi Keperawatan.....	48
6. Evaluasi Keperawatan	53
B. Pembahasan	57
C. Keterbatasan	62
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	63
A. Kesimpulan.....	63
B. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang respon marah.....	7
Gambar 2.2 Pohon Masalah	16



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Tabel hasil RUFA Scale.....	60
Tabel 4.2 Tabel hasil RUFA Scale.....	61



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Informed Consent

Lampiran 2 Lembar Turnitin

Lampiran 3 Lembar Asuhan Keperawatan

Lampiran 4 Lembar Proses Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kondisi kesehatan jiwa adalah kondisi ketika seseorang menunjukkan kesejahteraan melalui kemampuan menyadari potensi diri, mengatasi tekanan hidup dalam berbagai kondisi di kehidupan, dapat bekerja secara produktif, dan bisa memberikan peran kepada komunitasnya. Gangguan jiwa terjadi dalam segi perilaku dan psikologis. Orang yang terkena gangguan jiwa akan terganggu di perilakunya, perasaan, dan pikiran yang menjadikan orang tersebut terhambat dalam menjalankan peran sebagai manusia. (Marbun & Santoso, 2021)

Gangguan jiwa yaitu perilaku yang tertuju secara klinis dan berkaitan langsung dengan stress yang menyebabkan gangguan di satu atau lebih pada aspek kapasitas fungsi hidup seseorang. Gangguan jiwa di artikan sebagai gangguan pada proses mental seperti; motivasi, emosi, kemauan, kekuatan, keinginan diri dan persepsi yang menimbulkan kebuntuan dan kemalasan keluarga dalam merawat pasien. Gangguan jiwa dibagi menjadi 2 yaitu gangguan jiwa berat dan gangguan mental emosional. Terwujudnya kualitas hidup manusia yang sempurna bergantung pada kesehatan mental yang merupakan bagian integral dari keseluruhan kesehatan. (Wardiyah et al., 2022)

Menurut Stuart (2009), Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap

perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri. (Fatimah & Nuryaningsih, 2018)

Perilaku kekerasan merupakan tindakan nyata yang melibatkan kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, baik secara verbal maupun non verbal. Orang yang mengalami perilaku kekerasan umumnya memperlihatkan perubahan dalam tingkah laku, seperti sikap mengancam, keributan, kesulitan untuk tetap tenang, sering mondar mandir, berbicara dengan intonasi keras, gelisah, ekspresi wajah tegang, berbicara dengan semangat yang berlebihan, perilaku agresif, nada suara tinggi, gembira yang berlebihan. Risiko perilaku kekerasan mencerminkan kecenderungan seseorang yang tindakannya berpotensi menimbulkan bahaya bagi diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, baik secara fisik, verbal, maupun emosional. (Pertiwi et al., 2023).

Di seluruh dunia, individu dapat mengalami gangguan jiwa seperti bipolar, demensia, dan depresi. Perilaku kekerasan juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor predisposisi yang mencakup aspek biologis, sosiokultural, dan psikologis, serta faktor pencetus yang berasal dari pasien itu sendiri, lingkungan, dan hubungan social. (Pertiwi et al., 2023)

Berdasarkan dari data KEMENKES 2019, prevalensi gangguan jiwa di Indonesia menunjukkan perbedaan antar provinsi, yakni 11,1% di Bali, 10,4 % di DI Yogyakarta, 9,6 % di NTB, 9,1% di Sumatera Barat, 8% di Sumatera Selatan, 7,9% di Kalimantan Barat, 8,7% di Aceh, 8,7% di Jawa

Tengah, 8,2% di Sulawesi tengah, di Sulawesi Selatan 8,8%, dan di Sumatera Utara 6,3%. (Wardiyah et al., 2022)

Metode yang cocok untuk mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan salah satunya adalah tarik nafas dalam. Terapi relaksasi tarik nafas dalam mengerakkan tubuh seseorang untuk melepaskan opioid endogen / hormon peptida, seperti enkephalin dan endorfin pada seseorang yang melakukan kekerasan. Endorfin mempunyai kekuatan dalam mengatur suasana hati, meningkatkan daya tahan tubuh, mencegah penuaan, mempertahankan jaringan otak yang awet muda, menciptakan perasaan senang, mengurangi permusuhan antar pribadi, serta meningkatkan energi, ketekunan dan kreativitas. (Wardiyah et al., 2022)

Berdasarkan studi kasus penulis, kondisi pasien yang memiliki kecenderungan untuk menampilkan perilaku agresif, pasien 1 mengatakan mendapatkan aniaya fisik dari tetangganya yang membuatnya memiliki dendam kepada tetangganya sehingga pasien berperilaku mengamuk dan melempari rumah tetangga dengan batu. Pasien 2 mengatakan sering dimarahi oleh orang tuanya, diremehkan keluarganya, dan ditolak cintanya oleh orang yang sangat dicintainya, sehingga membuatnya marah-marah sendiri, mengamuk, hingga melukai diri sendiri. Maka dari itu langkah yang digunakan untuk menghadapi pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu memberikan teknik relaksasi tarik nafas dalam.

Sehingga berdasarkan alasan diatas, penulis tertarik untuk mengaplikasikan teknik relaksasi tarik nafas dalam pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah yang akan diambil oleh penulis "Bagaimana Mengimplementasikan Terapi Tarik Nafas Dalam Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Di Ruang Endrotenoyo RSJD Dr Amino Gundohutomo?"

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum:

Menggambarkan asuhan keperawatan dengan menerapkan terapi tarik nafas dalam pada pasien dengan gangguan jiwa risiko perilaku kekerasan.

2. Tujuan Khusus:

- a) Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan gangguan jiwa risiko perilaku kekerasan.
- b) Menyusun dan menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
- c) Merancang strategi intervensi keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
- d) Melakukan rencana intervensi keperawatan yang telah disusun pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

- e) Mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat Studi Kasus

Manfaat yang diharapkan penulis dari karya tulis ilmiah ini meliputi:

1. Masyarakat

Penggunaan teknik relaksasi tarik nafas dalam dapat memperluas wawasan masyarakat mengenai cara mengurangi risiko perilaku kekerasan.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan dan Teknologi Keperawatan

Meningkatkan cakupan teknologi dan ilmu keperawatan dalam penatalaksanaan tindakan mandiri perawat dengan penerapan teknik relaksasi tarik nafas dalam sebagai strategi untuk menangani pasien resiko perilaku kekerasan.

3. Penulis

Mendapatkan pengalaman serta mengasah keterampilan dalam menerapkan intervensi keperawatan, khusus nya dengan menggunakan metode teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk pasien risiko perilaku kekerasan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)

a. Definisi

Menurut Keliat, et al., (2011) Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) adalah keadaan dimana seseorang pernah menunjukkan perilaku atau tindakan yang mencederai diri sendiri, orang lain, atau merusak lingkungan baik secara fisik maupun verbal karena tidak mampu mengendalikan kemarahannya dengan cara yang positif. (Sari et al., 2024) Sedangkan menurut (Lidiawati et al., 2023) salah satu cara untuk seseorang mengekspresikan kemarahannya yaitu melalui perilaku kekerasan. Dalam situasi tersebut, seseorang dapat mengeluarkan ancaman atau bahkan mengambil tindakan yang berisiko mencederai diri sendiri, orang lain, serta dapat merusak lingkungan di sekitarnya yang akhirnya dapat menimbulkan kerugian.

Tindakan agresif atau kekerasan sering dilihat sebagai dua sisi, di mana agresi verbal berada di salah satu sisi dan kekerasann fisik berada di sisi yang lain. Berbagai situasi yang memicu timbulnya emosi yaitu seperti frustrasi, kebencian, atau kemarahan dapat

mempengaruhi tindakan seseorang. Saat emosi tersebut sangat mendalam, individu terkadang berperilaku agresif atau bahkan dapat menyakiti orang lain karena mekanisme penanggulangan yang tidak efektif. Hal itu menimbulkan rasa sakit, penderitaan, atau bahaya, sehingga dianggap sebagai perilaku kekerasan. (Juni et al., 2024)

b. Rentang Respon Marah

Berikut rentang respon terhadap kemarahan yang dialami oleh seseorang, mulai dari respon adaptif hingga respon maladaptif. (Zainuddin et al., 2024)



Gambar 2.1 Rentang respon marah

Keterangan:

- 1) Asertif : merupakan cara mengekspresikan kemarahan tanpa menyakiti perasaan dan merendahkan orang lain.
- 2) Frustrasi : yaitu respon yang muncul ketika suatu keinginan ataupun tujuan tidak tercapai. Kondisi ini dapat dipersepsikan sebagai ancaman dan menimbulkan kecemasan, yang pada akhirnya bisa memicu kemarahan.
- 3) Pasif : merupakan keadaan di mana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasannya.

- 4) Agresif : adalah perilaku yang timbul akibat kemarahan, tetapi masih bisa dikendalikan oleh orang tersebut.
- 5) Amuk : yaitu kondisi kemarahan dan permusuhan yang intens, dimana seseorang tidak mampu atau kehilangan kendali atas dirinya sendiri.

c. Etiologi

Penyebab risiko perilaku kekerasan yaitu ada berbagai faktor, baik faktor predisposisi maupun faktor presipitasi yang menimbulkan terjadinya perilaku kekerasan. Secara umum, seseorang akan memperlihatkan perilaku seperti mengepalkan tangan, berbicara dengan nada kasar, meninggikan suara, menjerit, ataupun berteriak ketika merasa terancam oleh suatu stimulus. Ketika seseorang dihadapkan dengan penghinaan, permasalahan, atau kekerasan dengan keluarga, teman, atau lingkungan sekitar, baik yang bersifat internal maupun eksternal, maka emosinya cenderung meningkat. (Wardiyah et al., 2022)

Dalam buku SDKI (PPNI,2017) menyebutkan beberapa faktor penyebab perilaku kekerasan, yaitu:

- 1) Ketidakmampuan individu dalam mengendalikan marah atau emosi
- 2) Stimulus lingkungan
- 3) Adanya konflik interpersonal
- 4) Status mental berubah

- 5) Terhentinya atau terputusnya penggunaan obat
- 6) Penyalahgunaan zat atau alkohol

d. Tanda dan Gejala

Berikut ini beberapa tanda dan gejala dari risiko perilaku kekerasan, antara lain : (Sari et al., 2024)

Mayor (Subjektif)

- 1) Mengancam
- 2) Mengumpat dengan kata-kata kasar
- 3) Berbicara dengan suara yang keras
- 4) Bicara ketus

Mayor (Objektif)

- 1) Menyerang orang lain
- 2) Melukai diri sendiri
- 3) Merusak lingkungan
- 4) Perilaku agresif atau amuk

Minor (Objektif)

- 1) Pandangan tajam atau mata melotot
- 2) Tangan mengepal
- 3) Rahang mengatup
- 4) Raut wajah memerah
- 5) Postur tubuh yang kaku

e. Proses Terjadinya Masalah

Menurut Sri Laela, et al., (2024) dalam buku ajar keperawatan jiwa, proses terjadinya masalah perilaku kekerasan yaitu berawal dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi (pencetus). Penjelasanannya adalah sebagai berikut:

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor Biologis

Faktor biologis salah satunya mencakup faktor genetik, seperti adanya anggota keluarga yang selalu menunjukkan atau melakukan tindakan kekerasan, anggota keluarga yang mengalami gangguan atau penyakit mental, memiliki riwayat penyakit, serta pernah mengalami penyalahgunaan obat atau NAPZA.

b) Faktor Psikologis

Dengan adanya stimulus yang berasal dari faktor internal, eksternal, maupun lingkungan dapat memicu respon psikologis berupa marah. Ketika seseorang berambisi meraih sesuatu namun terjadi hambatan atau mengalami kegagalan, maka akan merasa frustrasi. Jika rasa frustrasi tersebut menumpuk, hal ini akan menyebabkan perilaku kekerasan.

c) Faktor Sosiokultural

Sikap seseorang dalam mengekspresikan kemarahan dapat dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya. Sikap seseorang untuk merespon secara tegas atau positif dapat didukung oleh budaya. Sehingga proses sosialisasi dapat memicu seseorang berperilaku kekerasan.

2) Faktor Presipitasi

Faktor pencetusnya dapat berasal dari pasien, lingkungan, maupun interaksi dengan orang lain. Kondisi yang dapat memicu perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik, keputusan, dan percaya diri yang kurang. Begitu pula dengan situasi lingkungan yang berisik, kritik yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang tercinta, atau kehilangan pekerjaan juga bisa menimbulkan perilaku kekerasan. (Fatimah & Nuryaningsih, 2018)

f. Penatalaksanaan

Menurut Risal, et al., (2022) dalam buku Ilmu Keperawatan Jiwa, penatalaksanaannya yaitu:

1) Terapi Farmakologi

- a) Obat anti-anxiety dan obat sedative-hipnotics yaitu seperti lorazepam dan clonazepam. Obat tersebut sering digunakan untuk menenangkan pada pasien yang melakukan perlawanan.

b) Obat antidepressants yaitu seperti trazadone dan amitriptyline.

Obat tersebut digunakan untuk mengobati dari gangguan mental.

c) Obat antipsikotik yaitu seperti chlorpromazine (CPZ), risperidon (RSP), haloperidol (HLP), clozapin, dan trifluoerazine (TFP). Obat tersebut digunakan untuk memberikan perasaan tenang dan mengurangi rasa marah pada pasien risiko perilaku kekerasan.

2) Terapi Non Farmakologis

Tindakan keperawatan yang dapat diajarkan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan adalah dengan terapi nafas dalam, pukul bantal, verbal, spiritual, dan jadwal minum obat. Selain mengajarkan pada pasien, bisa juga dengan edukasi ke keluarga, berikut penjelasannya :

Risiko Perilaku Kekerasan

Strategi Pelaksanaan

a) Strategi pelaksanaan (SP) pasien :

(1) SP 1 Pasien : Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam

(2) SP 2 Pasien : Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal

(3) SP 3 Pasien : Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal

(4) SP 4 Pasien : Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

(5) SP 5 Pasien : Mengajarkan pasien dengan mematuhi minum obat.

b) Strategi pelaksanaan (SP) keluarga :

(1) SP 1 Keluarga : Dengan membahas masalah yang dialami pasien dan keluarga memberikan penjelasan mengenai cara merawat pasien perilaku kekerasan

(2) SP 2 Keluarga : Melatih keluarga dalam menerapkan metode perawatan bagi pasien dengan perilaku kekerasan

(3) SP 3 Keluarga : Melatih keluarga secara langsung dalam mempraktekan cara merawat pasien

(4) SP 4 Keluarga : Membantu keluarga menyusun jadwal aktivitas di rumah bagi pasien, serta merencanakan pemberian obat saat pasien pulang. (Ummah, 2019)

2. Konsep Dasar Keperawatan

a. Pengkajian

Sebagian besar prosedur keperawatan bermula dari proses pengkajian, yaitu langkah pengumpulan informasi dan mengidentifikasi masalah yang dialami pasien. Data yang diperoleh mencakup aspek sosial, biologis, psikologis, dan spiritual. Pengkajian pada pasien yang berisiko melakukan tindakan kekerasan adalah sebagai berikut: (Ratnasari, 2021)

1) Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien mencakup pengumpulan informasi seperti nama, usia, jenis kelamin, alamat, pekerjaan.

2) Alasan Pasien Masuk

Menganalisis alasan pasien dirawat di rumah sakit, tindakan yang diambil keluarga dalam menangani masalah tersebut, serta hasil yang diperoleh.

3) Faktor Presipitasi

Mengkaji faktor utama yang menyebabkan secara langsung pasien dirawat di rumah sakit.

4) Faktor Predisposisi

Analisis potensi kekambuhan pasien, yang mencakup aspek ekspresi emosional, kepatuhan terhadap pengobatan, serta dukungan keluarga.

5) Pemeriksaan Fisik

Mengkaji terkait tanda-tanda vital pasien, seperti pengukuran tekanan darah, suhu, RR, kemudian mengukur tinggi badan dan berat badan pasien, tanyakan keluhan kesehatan pada pasien, dan riwayat pengobatan terhadap penyakit fisik.

6) Psikososial

a) Genogram

Mengkaji mengenai genogram, genogram dibuat 3 generasi, gambarkan jika ada keluarga yang meninggal, gambarkan

pasien tinggal dengan siapa saja, bagaimana pola komunikasi antar keluarga pasien, pengambilan keputusan dalam keluarga pasien.

b) Konsep Diri

Mengkaji tentang gambaran diri atau citra tubuh pasien, identitas pasien, peran diri, ideal diri, serta harga diri.

c) Hubungan Sosial

Mengkaji tentang orang terdekat pasien saat dirumah maupun setelah perawatan dirumah sakit, serta tanyakan jenis aktivitas kelompok yang sudah dilakukan.

d) Spiritual

Mengkaji tentang nilai keyakinan, kegiatan ibadah, serta tanyakan kepada pasien dan keluarga bagaimana pandangannya tentang kegiatan ibadah.

7) Status Mental

Mengkaji tentang penampilan pasien, cara berkomunikasi, aktivitas motorik, alam perasaan, kondisi afektif, interaksi dengan pewawancara, persepsi dan proses pikir pasien, tingkat kesadaran dan orientasi, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, serta daya tilik diri.

b. Analisis Data

Menurut Slametiningih, et al., (2019) dalam buku ajar keperawatan jiwa, berikut adalah data yang perlu dikaji pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan : (Slametiningih et al., 2019)

1) Data Subjektif

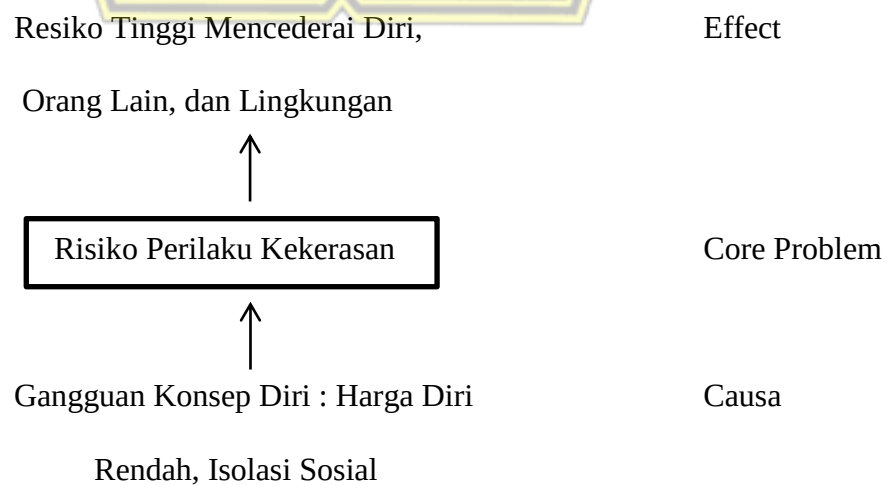
- a) Marah-marah
- b) Tanda dan gejala saat marah, deg-degan, dan berdebar-debar
- c) Saat marah memukul tembok
- d) Mengancam
- e) Suara keras
- f) Mata melotot

2) Data Objektif

- a) Malu
- b) Mondar-mandir (Tim Pokja SDKI, 2016)

c. Pohon Masalah

Pohon masalah dari risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Pohon Masalah

d. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul menurut buku SDKI (PPNI,2017) antara lain:

- 1) Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)
- 2) Harga Diri Rendah Kronis (D.0086)

e. Rencana Tindakan Keperawatan

Tujuan perawatan untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu:

- 1) Pasien dapat mengenali tindakan agresif yang dialaminya
- 2) Pasien memiliki kemampuan untuk mengontrol perilaku kekerasan yang muncul
- 3) Pasien secara disiplin mengikuti program perawatan yang telah dijadwalkan
- 4) Keluarga pasien mampu memberikan perawatan di rumah dan berperan sebagai pendukung yang efektif untuk pasien.

Menurut Slametiningih, et al., (2019) dalam buku ajar keperawatan jiwa, rencana tindakan keperawatan untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan antara lain : (Slametiningih et al., 2019)

Strategi Pelaksanaan :

- 1) Strategi Pelaksanaan Pasien

a) SP 1 Pasien : Latih pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan melalui teknik fisik 1 yaitu dengan melakukan tarik nafas dalam:

(1) Identifikasi penyebab, gejala klinis, perilaku agresif yang muncul, dampaknya, serta cara-cara untuk mengendalikannya

(2) Bantu pasien mempraktikkan tarik nafas dalam dengan tepat dan benar untuk melatih mengontrol perilaku kekerasan

(3) Sarankan pasien mencatat aktivitas tersebut ke dalam jadwal harian pasien.

b) SP 2 Pasien : Latih pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan melalui teknik fisik 2 yaitu dengan memukul bantal atau kasur:

(1) Evaluasi tentang jadwal aktivitas harian pasien yang telah diberikan sebelumnya

(2) Latih pasien memukul bantal atau kasur dengan benar dan tepat untuk melatih mengatur emosi atau kemarahannya

(3) Anjurkan pasien mencatat aktivitas tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian pasien

c) SP 3 Pasien: Latih pasien untuk mengontrol perilaku agresif dengan cara verbal:

- (1) Evaluasi kembali tentang jadwal aktivitas harian pasien di hari sebelumnya
 - (2) Latih pasien untuk mengontrol perilaku agresif melalui komunikasi verbal dan bantu pasien melaksanakan teknik ini dengan benar dan tepat
 - (3) Anjurkan pasien mencatat aktivitas tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian pasien
- d) SP 4 Pasien : Ajarkan pasien cara mengontrol perilaku agresif dengan cara spiritual:
- (1) Kaji kembali tentang jadwal aktivitas harian pasien di hari sebelumnya
 - (2) Latih pasien mengendalikan perilaku agresif melalui kegiatan spiritual, dan bantu pasien dalam menerapkan teknik tersebut dengan tepat
 - (3) Sarankan pasien untuk tetap mencatat aktivitas tersebut dalam jadwal harian pasien.
- e) SP 5 Pasien : Latih pasien untuk mengendalikan perilaku agresif dengan patuh minum obat sesuai petunjuk
- (1) Tinjau kembali jadwal aktivitas harian pasien di hari sebelumnya
 - (2) Latih pasien untuk mengontrol perilaku agresif dengan cara patuh minum obat sesuai anjuran serta bantu pasien menerapkan teknik ini dengan baik dan benar

- (3) Sarankan pasien untuk mendokumentasikan aktivitas tersebut dalam jadwal harian pasien

2) Strategi Pelaksanaan Keluarga

- a) SP 1 Keluarga : Beritahu pada keluarga pasien mengenai perawatan yang akan diterapkan kepada pasien

Tindakan:

- (1) Identifikasi permasalahan yang dihadapi keluarga selama merawat pasien.

- (2) Jelaskan pengertian, penyebab, manifestasi klinis, serta dampak yang ditimbulkan

- (3) Jelaskan cara perawatan untuk pasien dengan perilaku kekerasan

- b) SP 2 Keluarga : Beritahu kepada keluarga mengenai cara mengendalikan perilaku kekerasan

Tindakan:

- (1) Berikan latihan kepada keluarga dalam praktek merawat pasien

- c) SP 3 Keluarga

Tindakan :

- (1) Latih secara langsung keluarga dalam mempraktekkan cara untuk merawat pasien

- d) SP 4 Keluarga

Tindakan:

(1) Fasilitasi keluarga dalam menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk pasien serta pengaturan waktu pemberian obat

(2) Jelaskan rencana tindak lanjut setelah pasien pulang

Rencana tindakan keperawatan untuk pasien dengan harga diri rendah kronis antara lain : (Buku SDKI, 2017)

1) Strategi Pelaksanaan Pasien

a) SP 1 Pasien

(1) Mendiskusikan kemampuan positif pasien

(2) Memfasilitasi menilai kemampuan yang masih bisa digunakan

(3) Memfasilitasi memilih kegiatan pasien untuk dilatih sesuai kemampuan pasien

(4) Melatih pasien

(5) Meng-reinforcement positif keberhasilan pasien

(6) Memfasilitasi pasien membuat jadwal harian

b) SP 2 Pasien

(1) Mengevaluasi jadwal dari pasien

(2) Melatih kemampuan berikutnya (kedua)

(3) Memotivasi pasien untuk memasukkan latihan kemampuan kedua di jadwal

2) Strategi Pelaksanaan Keluarga

a) SP 1 Keluarga

(1) Memfasilitasi keluarga mengungkapkan masalah yang dihadapi saat merawat pasien

(2) Menjelaskan semua hal mengenai HDR (definisi, symptom, akibat dan sebab)

(3) Menjelaskan bagaimana perawatan pasien HDR

b) SP 2 Keluarga

(1) Melatih keluarga praktek bagaimana merawat pasien

c) SP 3 Keluarga

(1) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien HDR

d) SP 4 Keluarga

(1) Bersama keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah including obat (discharge planning)

(2) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang.

f. Implementasi Keperawatan

Menurut Risal, et al., (2022) dalam buku Ilmu Keperawatan Jiwa, implementasi keperawatan adalah proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan yang telah disusun. (Ummah, 2019)

g. Evaluasi Keperawatan

Menurut Slametiningih, et al., (2019) dalam buku ajar keperawatan jiwa, evaluasi merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan, mengevaluasi keberhasilan tindakan yang telah

diberikan pada pasien. Proses evaluasi dilaksanakan selama intervensi dilakukan. (Slametiningsih et al., 2019)

3. Tindakan Keperawatan

a. Pengertian Tarik Nafas Dalam

Tarik nafas dalam adalah metode pernafasan yang membantu meredakan ketegangan fisik, sehingga secara tidak langsung bisa mengurangi ketegangan mental dan menenangkan pikiran. Teknik ini bertujuan untuk menurunkan kemarahan atau emosi karena dapat merangsang opioid endogen seperti endorphen dan enkaphalin sehingga sel-sel otak tetap terjaga dari proses penuaan, kekuatan tubuh meningkat, menumbuhkan kepekaan terhadap interaksi sosial, serta kreativitas pun semakin berkembang. (Zahara, 2023)

Relaksasi nafas dalam adalah bentuk relaksasi untuk mengendurkan jasmaniah, kemudian pada akhirnya mengendurkan ketegangan jiwa. Latihan relaksasi tarik nafas dalam dilakukan untuk mengatur irama dan intensitas nafas sehingga menjadi lebih lambat dan mendalam. Dengan konsisten dalam latihan pernafasan tersebut, tubuh dan pikiran menjadi lebih santai, otot-otot menjadi lentur, serta mampu menghadapi situasi emosional tanpa menjadi kaku. (Pertiwi et al., 2023).

b. Indikasi Tarik Nafas Dalam

Sementara itu, melakukan tarik nafas dalam dapat meningkatkan konsentrasi, membantu meredam emosi, dan meningkatkan

kemampuan mengendalikan diri sendiri. Berdasarkan hal tersebut, dapat menunjukkan bahwa adanya penurunan tingkat kemarahan atau emosi seseorang, berkurangnya ketegangan jiwa, dan kondisi individu yang lebih rileks. (Pertiwi et al., 2023)

c. Prosedur Tarik Nafas Dalam

Tahapan dalam melakukan tarik nafas dalam yaitu sebagai berikut:

Tahap Pra-interaksi

- 1) Mengidentifikasi pasien
- 2) Mencuci tangan
- 3) Menyiapkan peralatan yang diperlukan

Tahap Orientasi

- 1) Menyapa pasien dan memberi salam
- 2) Menjaga privasi pasien
- 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan

Tahap Kerja:

- 1) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengajukan pertanyaan jika ada hal yang kurang jelas
- 2) Menempatkan pasien dalam posisi yang nyaman
- 3) Menginstruksikan pasien untuk menarik nafas melalui hidung dan menahannya selama 3 detik
- 4) Selanjutnya, mengarahkan pasien untuk mengeluarkan nafas secara perlahan melalui mulut

- 5) Memberikan kesempatan pada pasien untuk bernafas menggunakan irama normal selama 1 sampai 2 detik
- 6) Mengingatkan pasien apabila sedang merasa marah untuk melakukan tarik nafas dalam



BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain atau Rancangan Studi Kasus

Karya ilmiah ini ditulis dengan menggunakan pendekatan studi kasus deskriptif. Dimana penulis mendeskripsikan cara mereka menangani pasien yang rentan terhadap perilaku kekerasan dengan menerapkan teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk mengontrol tindakan kekerasan pada pasien.

B. Subyek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini, penulis menangani pasien laki-laki dengan inisial Tn.K berusia 30 tahun dan Tn.A berusia 23 tahun dengan gangguan jiwa risiko perilaku kekerasan saat menjalani perawatan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Saat ini, penulis sedang mengkaji pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan.

C. Fokus Studi

Studi penulis berfokus pada penerapan teknik relaksasi tarik nafas dalam pada pasien dengan gangguan jiwa risiko perilaku kekerasan untuk mengontrol perilaku kekerasan pada pasien.

D. Definisi Operasional

1. Gangguan jiwa diartikan sebagai kondisi yang secara klinis berhubungan dengan munculnya ketidaknyamanan serta tekanan dalam menjalankan fungsi kehidupan manusia. (Pertiwi et al., 2023)

2. Risiko perilaku kekerasan yaitu kondisi dimana perilaku seseorang membahayakan dan dapat mengancam secara fisik, emosional, serta seksual baik bagi diri sendiri, orang lain, keluarga maupun lingkungan. Kondisi ini seringkali menyebabkan rentang respon marah maladaptif yaitu amuk pada perilaku kekerasan. (Wardiyah et al., 2022)
3. Teknik tarik nafas dalam metode relaksasi yang bekerja dengan cara mengatur pola pernafasan untuk meredakan stress fisik, yang selanjutnya membantu meredakan ketegangan mental. (Pertiwi et al., 2023)

E. Tempat dan Waktu

Penulis melaksanakan studi kasus dan mengaplikasikan tindakan ini di Ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang pada hari Selasa hingga Kamis pada tanggal 17 sampai 19 Desember 2024.

F. Instrumen Studi Kasus

Instrumen yang digunakan dalam kasus ini mengacu pada format pengkajian keperawatan jiwa. Metode yang dilakukan yaitu dengan wawancara dan observasi langsung terhadap pasien untuk mengumpulkan informasi mengenai kondisi kesehatannya, yang kemudian digunakan untuk menetapkan diagnosa keperawatan.

G. Metode Pengumpulan Data

Dalam studi kasus ini, metode yang digunakan oleh penulis yaitu mengumpulkan data dengan cara melakukan observasi langsung pada pasien, melakukan wawancara, serta dokumen data pasien.

Proses pengumpulan data dalam penerapan terapi yang dilakukan penulis melalui beberapa tahapan, yaitu :

1. Penulis memulai dengan meminta surat ijin studi kasus dari fakultas ilmu keperawatan UNISSULA
2. Setelah mendapatkan surat ijin, penulis mengajukan permohonan ijin kepada tim diklat RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang untuk melaksanakan studi kasus
3. Setelah memperoleh ijin dari tim diklat, penulis menemui penanggung jawab Ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang untuk mengajukan permohonan studi kasus yang akan dilaksanakan selama tiga hari
4. Dengan ijin dari penanggung jawab Ruang Endrotenoyo, penulis memilih pasien sesuai dengan kriteria karakteristik responden, yaitu pasien dengan risiko perilaku kekerasan selama menjalani perawatan
5. Selanjutnya, penulis memberikan informed consent kepada responden
6. Persetujuan pasien menjadi fokus studi kasus memungkinkan penulis mengevaluasi kondisi pasien dengan risiko perilaku kekerasan
7. Setelah diperolehnya seluruh data penilaian, penulis mulai memberikan teknik relaksasi tarik nafas dalam selama tiga hari, lalu penulis melakukan dokumentasi.

H. Analisis dan Penyajian Data

Dilakukannya analisa data yaitu sejak penulis mulai praktik di lapangan pada hari pertama pengumpulan data hingga seluruh data

terkumpul. Cara yang dilakukan yaitu dengan membandingkan antara fakta yang diperoleh dengan hasil penelitian terdahulu secara teoritis. Teknik pengumpulan data mencakup wawancara untuk mendapatkan narasi langsung dari responden, serta observasi yang dilakukan untuk mengetahui kondisi responden secara langsung yang kemudian akan menghasilkan data dan di dokumentasikan sebagai bagian dari tindakan keperawatan.

Dalam studi kasus ini, data disajikan dengan pendekatan studi kasus deskriptif. Penulis menyajikan data secara narasi dengan menjelaskan perbandingan hasil risiko perilaku kekerasan sebelum dan sesudah dilakukannya terapi relaksasi tarik nafas dalam yang digunakan untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, serta penulis juga menyertakan pernyataan verbal dari subjek studi kasus.

I. Etika Studi Kasus

Ada beberapa etika studi kasus dalam keperawatan, meliputi (Lidiawati et al., 2023)

1. Information Sheet

Merupakan lembar informasi yang menyajikan mengenai subjek penelitian yang akan diteliti beserta informasi tentang keluarganya, yang sebelumnya bersedia untuk menjadi subjek penelitian.

2. *Informed Consent*

Studi harus memastikan bahwa subjek mendapatkan penjelasan yang transparan mengenai proses penelitian, menghormati hak mereka atas otonomi, serta kebebasan dalam membuat keputusan sendiri.

3. *Anonymity*

Dalam etika keperawatan, memberikan jaminan perlindungan terhadap subjek penelitian dengan tidak mencantumkan nama responden pada instrument pengukuran, melainkan hanya menggunakan kode identifikasi pada lembar data atau hasil penelitian yang dipaparkan.

4. *Confidentiality*

Setiap individu memiliki hak dasar atas privasi dan kebebasan. Karena penelitian berpotensi pengungkapan informasi pribadi, maka dalam praktiknya tidak diperbolehkan menampilkan data identitas seperti nama atau alamat pada kuesioner maupun instrumen lainnya, guna menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subjek.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Pada studi kasus ini, penulis membahas tentang penerapan teknik relaksasi tarik nafas dalam pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan pada Tn.K dan Tn.A dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan di Ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Asuhan keperawatan diberikan selama 3 hari, yakni dari tanggal 17 Desember 2024 sampai tanggal 19 Desember 2024. Berdasarkan pengamatan, pemeriksaan fisik, dan diskusi langsung dengan pasien. Seluruh rangkaian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, hingga evaluasi telah dijalankan sesuai tahapannya.

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

1) Pasien Tn.K

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Desember 2024 di ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Jawa Tengah, ditemukan data pasien dengan nama Tn.K yang berusia 30 tahun 2 bulan, jenis kelamin laki-laki dan beragama Islam. Pasien bertempat tinggal di Mranggem Demak, berstatus belum menikah, dan belum bekerja. Pasien dirawat pada tanggal 16 Desember 2024.

2) Pasien Tn.A

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Desember 2024 di ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Jawa Tengah, ditemukan data pasien dengan nama Tn.A yang berusia 23 tahun, jenis kelamin laki-laki dan beragama islam. Pasien bertempat tinggal di Rejosari, berstatus belum menikah, dan sebelumnya bekerja di proyek. Pasien dirawat pada tanggal 15 Desember 2024.

b. Alasan Masuk

1) Pasien Tn.K

Pasien mengatakan 5 hari sebelum masuk rumah sakit tidak bisa tidur sama sekali, pasien juga mengatakan sering marah, sulit mengontrol emosi, mengamuk, hingga melempari rumah tetangga depan batu karena dendam kepada tetangga yang dulu pernah memukulinya. Pasien mengatakan pernah di rawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo pada 3 minggu yang lalu dan tidak mau kontrol pada tanggal 12 Desember 2024 karena merasa sudah normal. Kini pasien dirawat kembali di ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

2) Pasien Tn.A

Pasien mengatakan tidak bisa tidur selama beberapa hari, sering marah-marah, sulit mengontrol emosi, merusak barang-barang disekitar, hingga melukai diri sendiri karena teringat sering

dibentak orang tuanya, diremehkan oleh keluarga dan ditolak oleh wanita yang sangat dicintainya. Pasien juga mengatakan sering membuat keributan hingga melukai teman diproyek tempat pasien bekerja yang dianggapnya membuatnya marah. Pasien mengatakan sudah 3 tahun tidak minum obat karena merasa tidak ada keluhan. Kini pasien dirawat kembali di ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

c. Faktor Predisposisi

1) Pasien Tn.K

Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo 3 minggu yang lalu. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil, karena tidak mau kontrol dan putus obat, kini pasien dirawat kembali. Pasien pernah mengalami riwayat trauma sebagai korban aniaya fisik oleh tetangganya tetapi untuk detail umur nya lupa. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang mengalami penyakit seperti dirinya. Pasien juga mengatakan ada pengalaman di masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu pernah dipukuli tetangganya yang membuatnya marah dan menyimpan dendam.

2) Pasien Tn.A

Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo 3 tahun yang lalu. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil, karena tidak mau kontrol dan selama 3 tahun tidak pernah

minum obat, kini pasien dirawat kembali. Pasien pernah melakukan penganiayaan fisik di umur 23 tahun diproyek tempat dia bekerja karena merasa temannya suka membuat dia marah. Pasien juga mengalami riwayat trauma sebagai korban penolakan oleh wanita yang sangat dicintainya. Pasien juga menjadi korban kekerasan dalam keluarga yaitu sering dibentak oleh orang tua nya dan sering diremehkan oleh keluarganya. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang mengalami penyakit seperti dirinya. Pasien juga mengatakan ada pengalaman di masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu sering dibentak oleh orang tuanya, diremehkan oleh keluarganya, dan pernah ditolak cintanya pada umur 19 tahun.

d. Fisik

1) Pasien Tn.K

Data pemeriksaan fisik yang didapatkan yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital diantaranya Tekanan Darah : 118/80 mmHg, Nadi : 87 x/menit, Suhu : 36,2 °C, SpO2 : 99% , RR : 20 x/menit, Tinggi Badan : 174 cm, Berat Badan : 80 kg, Pasien tidak ada keluhan fisik yang dirasakan

2) Pasien Tn.A

Data pemeriksaan fisik yang didapatkan yaitu pemeriksaan tanda-tanda vital diantaranya Tekanan Darah : 123/70 mmHg, Nadi : 99 x/menit, Suhu : 36,2 °C, SpO2 : 99% , RR : 20 x/menit, Tinggi

Badan : 170 cm, Berat Badan : 60 kg, Pasien tidak ada keluhan fisik yang dirasakan.

e. Psikososial

1) Genogram

a) Pasien Tn.K

Pasien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, orang tua pasien masih lengkap. Pasien menyampaikan keluarganya tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa. Orang tua dari ayah dan ibu pasien sudah meninggal. Pasien tinggal serumah dengan ayah, ibu, serta kedua adiknya.

b) Pasien Tn.A

Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara, orang tua pasien masih lengkap. Pasien menyampaikan keluarganya tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa. Orang tua dari ayah dan ibu pasien sudah meninggal. Pasien tinggal serumah dengan ayah, ibu, kakak, dan adiknya.

2) Konsep Diri

a) Pasien Tn.K

Pasien mengatakan memiliki anggota tubuh yang bagus, pasien menyukai seluruh tubuhnya, dan tidak perlu ada yang dirubah. Pasien mengatakan sebagai anak pertama dari tiga bersaudara. Pasien mengatakan cukup puas dengan perannya sebagai anak ketika dirumah. Mengenai ideal diri pasien berkata ingin cepat

sembuh dan pulang kerumah. Perihal harga diri, pasien mengatakan malu dan putus asa terhadap dirinya karena belum bekerja sehingga merasa dirinya tidak berguna, merasa tidak mampu melakukan apapun, menolak penilaian positif tentang dirinya, serta merasa tidak punya kelebihan yang bisa dibanggakan.

b) Pasien Tn.A

Pasien mengatakan memiliki anggota tubuh yang bagus, pasien menyukai seluruh tubuhnya, dan tidak perlu ada yang dirubah. Pasien mengatakan sebagai anak kedua dari tiga bersaudara. Pasien mengatakan cukup puas dengan perannya sebagai anak ketika dirumah. Mengenai ideal diri pasien berkata ingin cepa sembuh dan pulang kerumah. Perihal harga diri, pasien mengatakan malu karena pernah ditolak wanita yang dicintainya, sering dibentak orang tuanya dan malu karena sering diremehkan keluarga sehingga membuat pasien merasa tidak berguna, merasa tidak mampu melakukan apapun, merasa tidak ada kelebihan, menolak penilaian positif tentang dirinya, serta melebih-lebihkan penilaian negative tentang dirinya sendiri.

3) Hubungan Sosial

a) Pasien Tn.K

Pasien mengatakan orang yang berarti dan yang paling dekat dengan dirinya adalah ibunya. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat, pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan dimasyarakat. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, pasien mengatakan `tidak suka dengan tetangganya yang pernah memukulinya dan menyimpan dendam ke tetangganya.

b) Pasien Tn.A

Pasien mengatakan orang yang berarti dan yang paling dekat dengan dirinya adalah kakaknya. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat, pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan dimasyarakat. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, pasien mengatakan keluarganya kurang harmonis.

4) Spiritual

a) Pasien Tn.K

Pasien mengatakan sejak lahir menganut Agama Islam, serta dalam melakukan kegiatan ibadah pasien menyampaikan terkadang melakukan shalat 5 waktu.

b) Pasien Tn.A

Pasien mengatakan sejak lahir menganut Agama Islam, serta dalam melakukan kegiatan ibadah pasien menyampaikan terkadang melakukan shalat 5 waktu.

f. Status Mental

1) Pasien Tn.K

Pasien berpenampilan tidak rapi, bersih, kondisi rambut berwarna hitam, kuku pendek, kulit sawo matang dengan cara bicara pasien normal, pasien dapat berkomunikasi tetapi dengan nada keras dan ketus, ketika diajak bicara menjawab dengan lumayan lama, mudah dimengerti dan mampu menjelaskan apa yang sedang dirasakan, tetapi pandangan pasien tampak tajam. Aktivitas motorik pasien terlihat gelisah ketika diajak mengobrol, postur tubuh menunduk, ketika mengobrol dan dipanggil namanya pasien menengok, serta saat berjalan tampak menunduk. Saat dikaji pasien tampak putus asa terhadap hidupnya. Afek datar. Interaksi selama wawancara, mudah tersinggung saat ditanya masalah pasien dengan tetangganya. Selama berinteraksi kontak mata pasien kurang, persepsi pasien mengatakan tidak mendengar atau melihat sesuatu tanpa sumber. Proses pikir pasien pembicaraannya mudah dipahami dan mampu menjelaskan yang sedang dirasakan. Tingkat kesadaran pasien sadar penuh dan tampak bingung saat menjawab pertanyaan. Pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi di rumah dan

dilingkungannya sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa. Pasien juga mampu berhitung urut dari angka 1 sampai 10 tanpa kesusahan. Kemampuan penilaian, pasien dapat mengambil keputusan dengan baik tanpa bantuan orang lain. Dan pasien sendiri menyadari penyakit yang sedang dialami serta pasien mempunyai semangat untuk sembuh.

2) Pasien Tn.A

Pasien berpenampilan rapi, bersih, kondisi rambut berwarna hitam, kuku pendek, kulit sawo matang dengan cara bicara pasien normal, pasien dapat berkomunikasi tetapi dengan nada keras dan ketus, ketika diajak bicara menjawab dengan bertele-tele tidak langsung pada intinya tetapi ujung-ujungnya sampai pada intinya, bicaranya kurang mudah dimengerti serta mampu menjelaskan apa yang sedang dirasakan, tetapi pandangan pasien tampak tajam dan rahang mengatup. Aktivitas motorik pasien tampak lesu, kurang bersemangat, postur tubuh menunduk, ketika mengobrol dan dipanggil namanya pasien menengok, saat berjalan tampak menunduk, serta tampak bekas melukai diri sendiri ditangan dan dikaki. Saat dikaji pasien tampak emosi jika ingat dengan masalahnya. Afek labil karena terkadang senyum terkadang emosi. Interaksi selama wawancara, pasien tampak kurang kooperatif. Selama berinteraksi kontak mata pasien kurang, persepsi pasien mengatakan tidak mendengar atau melihat sesuatu tanpa sumber.

Proses pikir pasien pembicaraannya kurang mudah dipahami dan mampu menjelaskan yang sedang dirasakan. Tingkat kesadaran pasien sadar penuh dan tampak bingung saat menjawab pertanyaan. Pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi di rumah dan dilingkungannya sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa. Pasien juga mampu berhitung urut dari angka 1 sampai 10 tanpa kesusahan. Kemampuan penilaian, pasien dapat mengambil keputusan dengan baik tanpa bantuan orang lain. Dan pasien sendiri menyadari penyakit yang sedang dialami serta pasien mempunyai semangat untuk sembuh.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Pasien Tn.K

Kebutuhan makan pasien yaitu sehari 3 kali dengan nasi, sayur, lauk, dan buah-buahan. Pasien BAK sehari 4 kali dengan warna dan bau khas urine, pasien BAB sehari 1 kali dengan bau dan warna khas di pagi hari serta dalam kebutuhan makan, minum, BAB/BAK dapat dilakukan oleh pasien tanpa bantuan orang lain. Pasien mandi 2 kali sehari di pagi dan di sore hari secara mandiri dan pasien bisa berpakaian/berhias sendiri. Pasien beristirahat dan tidur siang dari jam 12.30 sampai 14.00 WIB, tidur malam pasien dari jam 21.00-05.00 WIB. Pasien rutin meminum obat yang diberikan oleh perawat dan meminumnya secara mandiri. Pasien perlu perawatan lanjutan untuk mendukung pasien agar minum

obat dengan rutin. Kegiatan pasien saat dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa yaitu pasien tidak menyiapkan makanan, pasien menjaga kerapihan rumah, pasien tidak mencuci pakaian, dan pasien tidak mengatur keuangan selama dirumah. Kegiatan pasien saat diluar rumah adalah pasien tidak melakukan kegiatan seperti belanja, pasien ketika pergi menggunakan motor dan melakukannya secara mandiri.

2) Pasien Tn. A

Kebutuhan makan pasien yaitu sehari 3 kali dengan nasi, sayur, lauk, dan buah-buahan. Pasien BAK sehari 5 kali dengan warna dan bau khas urine, pasien BAB sehari 1 kali dengan bau dan warna khas di pagi hari serta dalam kebutuhan makan, minum, BAB/BAK dapat dilakukan oleh pasien tanpa bantuan orang lain. Pasien mandi 2 kali sehari di pagi dan di sore hari secara mandiri dan pasien bisa berpakaian/berhias sendiri. Pasien beristirahat dan tidur siang dari jam 13.00 sampai 14.00 WIB, tidur malam pasien dari jam 21.30-05.00 WIB. Pasien rutin meminum obat yang diberikan oleh perawat dan meminumnya secara mandiri. Pasien perlu perawatan lanjutan untuk mendukung pasien agar minum obat dengan rutin. Kegiatan pasien saat dirumah sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa yaitu pasien tidak menyiapkan makanan, pasien tidak menjaga kerapihan rumah, pasien tidak mencuci pakaian, dan pasien tidak mengatur keuangan selama dirumah.

Kegiatan pasien saat diluar rumah adalah pasien tidak melakukan kegiatan seperti belanja, pasien ketika pergi menggunakan motor dan melakukannya secara mandiri.

h. Mekanisme Koping

1) Pasien Tn.K

Pasien mengatakan jika sedang ada masalah dengan orang lain, pasien lebih memilih memendam apa yang dirasakan dan menarik diri dari sekitarnya. Pasien tidak mampu mengontrol emosinya karena menurut pasien sudah terlalu lama memendam apa yang pasien rasakan.

2) Pasien Tn.A

Pasien mengatakan jika sedang ada masalah dengan orang lain, pasien lebih memilih mengabaikannya.. Pasien tidak mampu mengontrol emosinya dan melampiaskannya dengan memukul yang buat marah dan melukai diri sendiri.

2. Analisis Data

a. Pasien Tn.K

Pada tanggal 17 Desember 2024 pukul 09.00 WIB dihasilkan data subyektif yang pertama yaitu saat pengkajian pasien mengatakan sering marah, sulit mengontrol emosi, dan lebih memilih memendam apa yang dirasakan. Data Objektif, pasien tampak berkomunikasi dengan nada keras dan ketus serta pandangan pasien terlihat tajam.

Problem : Risiko Perilaku Kekerasan

Pada tanggal 17 Desember 2024 pukul 09.00 WIB dihasilkan data subyektif yang pertama yaitu saat pengkajian pasien mengatakan malu dan putus asa terhadap dirinya karena belum bekerja sehingga merasa dirinya tidak berguna, merasa tidak mampu melakukan apapun, menolak penilaian positif tentang dirinya, serta merasa tidak punya kelebihan yang bisa dibanggakan. Data Objektif, pasien tampak gelisah ketika diajak mengobrol, postur tubuh menunduk, ketika mengobrol dan dipanggil namanya pasien menengok, kontak mata pasien kurang, serta saat berjalan tampak menunduk.

Problem : Harga Diri Rendah Kronis

b. Pasien Tn.A

Pada tanggal 17 Desember 2024 pukul 10.00 WIB dihasilkan data subyektif yang pertama yaitu saat pengkajian pasien mengatakan sering marah-marah, sulit mengontrol emosi, hingga melukai diri sendiri, dan lebih memilih mengabaikan jika ada masalah. Data Objektif, pasien tampak berkomunikasi dengan nada keras dan ketus serta pandangan pasien terlihat tajam dan rahang mengatup.

Problem : Risiko Perilaku Kekerasan

Pada tanggal 17 Desember 2024 pukul 09.00 WIB dihasilkan data subyektif yang pertama yaitu saat pengkajian pasien mengatakan malu karena pernah ditolak wanita yang dicintainya, sering dibentak orang tuanya dan malu karena sering diremehkan keluarga sehingga membuat pasien merasa tidak berguna, merasa tidak mampu

melakukan apapun, merasa tidak ada kelebihan, menolak penilaian positif tentang dirinya, serta melebih-lebihkan penilaian negative tentang dirinya sendiri. Data Objektif, pasien tampak lesu, kurang bersemangat, postur tubuh menunduk, ketika mengobrol dan dipanggil namanya pasien menengok, saat berjalan tampak menunduk, serta tampak kontak mata kurang.

Problem : Harga Diri Rendah Kronis

3. Diagnosa Keperawatan

a. Pasien Tn.K

Berdasarkan analisa data yang telah diperoleh, pasien mengalami risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah kronis, penulis menegakkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu risiko perilaku kekerasan berdasarkan buku SDKI, kategori lingkungan, subkategori keamanan dan proteksi. Dan penulis menegakkan diagnosa yang kedua yaitu harga diri rendah kronis berdasarkan buku SDKI, kategori psikologis, subkategori integritas ego.

b. Pasien Tn.A

Berdasarkan analisa data yang telah diperoleh, pasien mengalami risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah kronis, penulis menegakkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu risiko perilaku kekerasan berdasarkan buku SDKI, kategori lingkungan, subkategori keamanan dan proteksi. Dan penulis menegakkan diagnosa yang

kedua yaitu harga diri rendah kronis berdasarkan buku SDKI, kategori psikologis, subkategori integritas ego.

4. Intervensi Keperawatan

a. Pasien Tn.K

Pada bagian intervensi ini penulis akan memaparkan tahapan masalah antara lain dengan memberikan SP pasien dan mengajarkan terapi relaksasi tarik nafas dalam. Intervensi keperawatan selanjutnya difokuskan pada risiko perilaku kekerasan pada Tn.K dengan tujuan agar pasien dapat membangun hubungan saling percaya, bisa mengontrol risiko perilaku kekerasan, dan pasien bisa mengontrol emosinya. Selanjutnya dilakukan intervensi keperawatan selama 3 kali pertemuan dan diharapkan emosinya bisa teratasi dengan kriteria hasil: perilaku agresif atau amuk menurun, verbalisasi rasa jengkel menurun, suara keras menurun, berbicara ketus menurun, perilaku melukai diri sendiri dan orang lain menurun.

Strategi pelaksanaan pasien risiko perilaku kekerasan yaitu SP 1 p : bangun hubungan saling percaya, jelaskan sebab terjadinya PK, kenalkan simptom PK, identifikasi jenis PK, diskusikan akibat ketika PK, ajarkan cara mengontrol PK dengan tarik nafas dalam, anjurkan mengontrol PK dengan tarik nafas dalam untuk mengontrol marah, dan masukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 2 p : evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, latih mengontrol marah dengan cara pukul bantal, masukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 3 p :

evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, latih mengontrol marah dengan berkomunikasi dengan orang lain, masukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 4 p : evaluasi kemampuan pasien, latih mengontrol marah dengan cara mengucap istighfar, dan masukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 5 p : evaluasi kemampuan pasien, anjurkan pasien patuhi jadwal minum obat, dan tulis pengobatan pada jadwal pasien.

Strategi pelaksanaan pasien harga diri rendah kronis yaitu SP 1 P : Mendiskusikan kemampuan positif pasien, memfasilitasi menilai kemampuan yang masih bisa digunakan, memfasilitasi memilih kegiatan pasien untuk dilatih sesuai kemampuan pasien, melatih pasien, meng-reinforcement positif keberhasilan pasien, memfasilitasi pasien membuat jadwal harian. SP 2 P : Mengevaluasi jadwal dari pasien, melatih kemampuan berikutnya (kedua), memotivasi pasien untuk memasukkan latihan kedua di jadwal.

b. Pasien Tn.A

Pada bagian intervensi ini penulis akan memaparkan tahapan masalah antara lain dengan memberikan SP pasien dan mengajarkan terapi relaksasi tarik nafas dalam. Intervensi keperawatan selanjutnya difokuskan pada risiko perilaku kekerasan pada Tn.A dengan tujuan agar pasien dapat membangun hubungan saling percaya, bisa mengontrol risiko perilaku kekerasan, dan pasien bisa mengontrol emosinya. Selanjutnya dilakukan intervensi keperawatan selama 3 kali

pertemuan dan diharapkan emosinya bisa teratasi dengan kriteria hasil: perilaku agresif atau amuk menurun, verbalisasi rasa jengkel menurun, suara keras menurun, berbicara ketus menurun, perilaku melukai diri sendiri dan orang lain menurun.

Strategi pelaksanaan pasien risiko perilaku kekerasan yaitu SP 1 p : bangun hubungan saling percaya, jelaskan sebab terjadinya PK, kenalkan simptom PK, identifikasi jenis PK, diskusikan akibat ketika PK, ajarkan cara mengontrol PK dengan tarik nafas dalam, anjurkan mengontrol PK dengan tarik nafas dalam untuk mengontrol marah, dan masukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 2 p : evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, latih mengontrol marah dengan cara pukul bantal, masukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 3 p : evaluasi jadwal kegiatan harian pasien, latih mengontrol marah dengan berkomunikasi dengan orang lain, masukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 4 p : evaluasi kemampuan pasien, latih mengontrol marah dengan cara mengucap istighfar, dan masukkan kedalam jadwal kegiatan harian. SP 5 p : evaluasi kemampuan pasien, anjurkan pasien patuhi jadwal minum obat, dan tulis pengobatan pada jadwal pasien.

Strategi pelaksanaan pasien harga diri rendah kronis yaitu SP 1 P : Mendiskusikan kemampuan positif pasien, memfasilitasi menilai kemampuan yang masih bisa digunakan, memfasilitasi memilih kegiatan pasien untuk dilatih sesuai kemampuan pasien, melatih

pasien, meng-reinforcement positif keberhasilan pasien, memfasilitasi pasien membuat jadwal harian. SP 2 P : Mengevaluasi jadwal dari pasien, melatih kemampuan berikutnya (kedua), memotivasi pasien untuk memasukkan latihan kemampuan kedua di jadwal.

5. Implementasi Keperawatan

a. Pasien Tn. K

Penulis akan memaparkan tentang implementasi yang telah diberikan kepada Tn.K selama 3 kali pertemuan. Implementasi pada pertemuan pertama dilakukan pada tanggal 17 Desember 2024 pada jam 09.00 WIB ditemukan data subyektif diagnosa 1 : pasien mengatakan sering marah, sulit mengontrol emosi, dan lebih memilih memendam apa yang dirasakan. Data Objektif diagnosa 1, pasien tampak berkomunikasi dengan nada keras dan ketus serta pandangan pasien terlihat tajam. Kemudian terapi keperawatan yang dilakukan yaitu SP 1 p risiko perilaku kekerasan dengan melatih pasien melakukan teknik tarik nafas dalam dan menyusun dalam jadwal kegiatan harian. Rencana tindak lanjutnya yaitu mengulang SP 1 p dan melakukan SP 2 p yaitu dengan mengontrol marah menggunakan cara memukul bantal. Pada tanggal 17 Desember 2024 jam 09.15 WIB ditemukan data subyektif diagnosa 2 : pasien mengatakan malu dan putus asa terhadap dirinya karena belum bekerja sehingga merasa dirinya tidak berguna, merasa tidak mampu melakukan apapun, menolak penilaian positif tentang dirinya, serta merasa tidak punya

kelebihan yang bisa dibanggakan. Data Objektif diagnosa 1, pasien tampak gelisah ketika diajak mengobrol, postur tubuh menunduk, ketika mengobrol dan dipanggil namanya pasien menengok, kontak mata pasien kurang, serta saat berjalan tampak menunduk. . Kemudian terapi keperawatan yang dilakukan yaitu SP 1 p harga diri rendah kronis dengan melatih pasien menilai kemampuan positif pasien, melatih pasien untuk berkegiatan sesuai kemampuan pasien dan menyusun dalam jadwal kegiatan harian. Rencana tindak lanjutnya adalah melakukan SP 2 p harga diri rendah kronis yaitu dengan melatih kemampuan positif yang selanjutnya.

Implementasi pertemuan ke 2 pada tanggal 18 Desember 2024 pada jam 09.00 WIB yaitu dengan mengulang SP 1 p diagnosa 1 dan melakukan SP 2 p diagnosa 1 risiko perilaku kekerasan dengan melatih pasien mengontrol marah menggunakan cara memukul bantal, ditemukan data subyektif : pasien masih merasa belum begitu bisa mengontrol emosinya, dan data objektifnya tampak tatapan pasien masih tajam, nada bicaranya juga masih belum terkontrol. Untuk rencana tindak lanjutnya yaitu dengan mengulang SP 1 p dan melakukan SP 3 p, SP 4 p, SP 5 p diagnosa 1 yaitu menggunakan cara berkomunikasi dengan orang lain, spiritual, dan rutin minum obat. Pada tanggal 18 Desember 2024 pada jam 09.15 WIB yaitu dengan melakukan SP 2 p diagnosa 2 harga diri rendah kronis dengan melatih kemampuan positif selanjutnya pada klien. Ditemukan data subyektif :

pasien mengatakan masih merasa dirinya tidak berguna dan masih merasa malu, lalu data objektifnya : pasien masih terlihat kurang kontak mata dan berjalan menunduk. Untuk rencana tindak lanjutnya yaitu dengan mengulang SP 1 p dan SP 2 p harga diri rendah kronis.

Implementasi pertemuan ke 3 pada tanggal 19 Desember 2024 pada jam 09.00 WIB dengan mengulang SP 1 p dan melakukan SP 3 p, SP 4 p, dan SP 4 p risiko perilaku kekerasan dengan melatih pasien mengontrol marah menggunakan teknik berkomunikasi dengan orang lain, spiritual, rutin minum obat, dengan data subyektif : pasien merasa senang dan lebih bisa mengontrol emosinya. Sedangkan data objektifnya : pasien tampak berbicara dengan normal dan pandangannya sudah tidak tajam lagi. Untuk rencana tindak lanjutnya, hentikan intervensi. Pada tanggal 19 Desember 2024 pada jam 09.15 WIB, pasien mengulang SP 1 p dan SP 2 p harga diri rendah kronis dengan melakukan kembali kemampuan positif pada pasien, dengan data subyektif : pasien mengatakan dirinya mempunyai kemampuan positif tetapi masih malu mengobrol dengan teman sekamarnya, data objektifnya : pasien tampak kontak mata dengan orang lain dan mau mencoba hal baru. Untuk rencana tindak lanjutnya, hentikan intervensi.

b. Pasien Tn.A

Penulis akan memaparkan tentang implementasi yang telah diberikan kepada Tn.A selama 3 kali pertemuan. Implementasi pada pertemuan

pertama dilakukan pada tanggal 17 Desember 2024 pada jam 10.00 WIB ditemukan data subyektif : pasien mengatakan sering marah-marah, sulit mengontrol emosi, hingga melukai diri sendiri, dan lebih memilih mengabaikan jika ada masalah. Data Objektif, pasien tampak berkomunikasi dengan nada keras dan ketus serta pandangan pasien terlihat tajam dan rahang mengatup. Kemudian terapi keperawatan yang dilakukan yaitu SP 1 p risiko perilaku kekerasan dengan melatih pasien melakukan teknik tarik nafas dalam dan menyusun dalam jadwal kegiatan harian. Rencana tindak lanjutnya yaitu mengulang SP 1 p dan melakukan SP 2 p yaitu dengan mengontrol marah menggunakan cara memukul bantal. Pada tanggal 17 Desember 2024 jam 10.15 WIB ditemukan data subyektif diagnosa 2 : malu karena pernah ditolak wanita yang dicintainya, sering dibentak orang tuanya dan malu karena sering diremehkan keluarga sehingga membuat pasien merasa tidak berguna, merasa tidak mampu melakukan apapun, merasa tidak ada kelebihan, menolak penilaian positif tentang dirinya, serta melebih-lebihkan penilaian negative tentang dirinya sendiri. Data Objektif, pasien tampak lesu, kurang bersemangat, postur tubuh menunduk, ketika mengobrol dan dipanggil namanya pasien menengok, saat berjalan tampak menunduk, serta tampak kontak mata kurang. Kemudian terapi keperawatan yang dilakukan yaitu SP 1 p harga diri rendah kronis dengan melatih pasien menilai kemampuan positif pasien, melatih pasien untuk berkegiatan sesuai kemampuan

pasien dan menyusun dalam jadwal kegiatan harian. Rencana tindak lanjutnya adalah mengulang melakukan SP 2 p harga diri rendah kronis yaitu dengan melatih kemampuan positif yang selanjutnya.

Implementasi pertemuan ke 2 pada tanggal 18 Desember 2024 pada jam 10.00 WIB yaitu dengan mengulang SP 1 p dan melakukan SP 2 p risiko perilaku kekerasan dengan melatih pasien mengontrol marah menggunakan cara memukul bantal, ditemukan data subyektif : pasien merasa belum begitu bisa mengontrol marahnya, dan data objektifnya tampak tatapan pasien sudah tidak tajam tetapi nada bicaranya masih belum terkontrol. Untuk rencana tindak lanjutnya yaitu dengan mengulang SP 1 p dan melakukan SP 3 p, SP 4 p, SP 5 p yaitu menggunakan cara berkomunikasi dengan orang lain, spiritual, rutin minum obat. Pada tanggal 18 Desember 2024 pada jam 10.15 WIB yaitu dengan melakukan SP 2 p diagnosa 2 harga diri rendah kronis dengan melatih kemampuan positif selanjutnya pada klien. Ditemukan data subyektif : pasien mengatakan masih merasa dirinya tidak berguna, merasa tidak mampu melakukan apapun, dan masih merasa malu, lalu data objektifnya : pasien masih terlihat kurang kontak mata dan berjalan menunduk. Untuk rencana tindak lanjutnya yaitu dengan mengulang SP 1 p dan SP 2 p harga diri rendah kronis.

Implementasi pertemuan ke 3 pada tanggal 19 Desember 2024 pada jam 10.00 WIB dengan mengulang SP 1 p dan melakukan SP 3 p, SP 4 p, SP 5 p risiko perilaku kekerasan dengan melatih pasien

mengontrol marah menggunakan teknik berkomunikasi dengan orang lain, dengan data subyektif : pasien sudah merasa lebih tenang dan lebih bisa mengontrol emosinya. Sedangkan data objektifnya : pasien tampak berbicara dengan normal dan pandangannya juga sudah tidak tajam. Untuk rencana tindak lanjutnya, hentikan intervensi. Pada tanggal 19 Desember 2024 pada jam 10.15 WIB, pasien mengulang SP 1 p dan SP 2 p harga diri rendah kronis dengan melakukan kembali kemampuan positif pada pasien, dengan data subyektif : pasien mengatakan dirinya bisa melakukan kemampuan positif yang dimiliki tetapi masih malu mengobrol dengan teman sekamarnya, data objektifnya : pasien tampak kontak mata dengan orang lain dan mau mencoba hal baru. Rencana tindak lanjutnya, hentikan intervensi.

6. Evaluasi Keperawatan

a. Pasien Tn.K

Setelah dilakukan implementasi keperawatan dalam 3 kali kunjungan didapatkan hasil evaluasi pasien mampu melakukan strategi pelaksanaan yang telah diajarkan selama 3 kali pertemuan. Tahap selanjutnya yaitu melakukan evaluasi diagnosa 1 yang telah dilaksanakan pada tanggal 17 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien merasa masih sedikit emosi. Data objektif : pasien tampak mampu melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam. Assessment : risiko perilaku kekerasan (+), planning : ulangi SP 1 p dan lanjutkan SP 2 p risiko perilaku kekerasan, serta berikan jadwal

rutin untuk mengontrol emosi dengan menggunakan SP 1 p. Evaluasi diagnosa 2 pada tanggal 17 Desember 2024 didapatkan data subyektif yaitu : pasien mengatakan akan membereskan alat makan setelah makan, masih merasa tidak mempunyai kelebihan. Data objektif : pasien tampak bisa melakukan dengan baik, kontak mata kurang, berjalan menunduk. Assesment : harga diri rendah kronis (+), planning : lakukan SP 2 p harga diri rendah kronis serta berikan jadwal rutin.

Evaluasi diagnosa 1 hari kedua pada tanggal 18 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa melakukan SP 1 p dan ingin belajar melakukan SP 2 p, data objektif : pasien tampak mampu memahami dan mempraktikkan SP 2 p yaitu dengan memukul bantal untuk mengontrol emosinya, tetapi terkadang pandangan pasien masih tajam. Assessment : risiko perilaku kekerasan (+). Planning : ulangi SP 1 p dan lakukan SP 3 p, SP 4 p, SP 5 p risiko perilaku kekerasan, serta berikan jadwal rutin untuk mengontrol emosi. Evaluasi diagnosa 2 pada tanggal 18 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien mengatakan mau untuk menyapu. Data objektif : pasien tampak tenang dan senang, pasien juga fokus dalam menyapu tetapi masih kurang kontak mata. Assessment : harga diri rendah kronis (+). Planning : ulangi SP 1 p dan SP 2 p harga diri rendah kronis serta berikan jadwal rutin.

Evaluasi diagnosa 1 hari ketiga pada tanggal 19 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa mengontrol emosi atau marah dengan cara tarik nafas, data objektif : Pasien tampak sudah bisa mengontrol emosi, saat diajak berbicara pandangannya sudah tidak tajam. Assessment : risiko perilaku kekerasan (-). Planning : hentikan intervensi. Evaluasi diagnosa 2 pada tanggal 19 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien mengatakan bahwa dirinya menyadari masih mempunyai kemampuan positif dan harus lebih semangat lagi. Data objektif : pasien tampak senang dan lebih bersemangat. Assessment : harga diri rendah kronis (-). Planning : hentikan intervensi.

b. Pasien Tn.A

Setelah dilakukan implementasi keperawatan dalam 3 kali kunjungan didapatkan hasil evaluasi pasien mampu melakukan strategi pelaksanaan yang telah diajarkan selama 3 kali pertemuan. Tahap selanjutnya yaitu melakukan evaluasi yang telah dilaksanakan pada tanggal 17 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien merasa belum bisa mengontrol marahnya. Data objektif : pasien terlihat bisa melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam. Assessment : risiko perilaku kekerasan (+), planning : ulangi SP 1 p dan lanjutkan SP 2 p risiko perilaku kekerasan, serta berikan jadwal rutin untuk mengontrol emosi dengan menggunakan SP 1 p. Evaluasi diagnosa 2 pada tanggal 17 Desember 2024 didapatkan data subyektif yaitu :

pasien mengatakan akan membereskan alat makannya setelah makan, merasa masih tiak mempunyai kelebihan. Data objektif : pasien tampak bisa melakukan dengan baik, namun kontak mata masih kurang. Assesment : harga diri rendah kronis (+), planning : lakukan SP 2 p harga diri rendah kronis serta berikan jadwal rutin.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 18 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa melakukan SP 1 p, perasaannya sedikit lega, dan ingin belajar melakukan SP 2 p, data objektif : pasien tampak mampu memahami dan mempraktikkan SP 2 p yaitu dengan memukul bantal untuk mengontrol emosinya, tetapi pandangan pasien masih tajam. Assessment : risiko perilaku kekerasan (+). Planning : ulangi SP 1 p dan lakukan SP 3 p, SP 4 p, SP 5 p risiko perilaku kekerasan, serta berikan jadwal rutin untuk mengontrol emosi. Evaluasi diagnosa 2 pada tanggal 18 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien mengatakan mau untuk menyapu. Data objektif : pasien tampak tenang dan nyaman, pasien juga tampak fokus menyapu tetapi kontak mata belum mau. Assessment : harga diri rendah kronis (+). Planning : ulangi SP 1 p dan SP 2 p harga diri rendah kronis serta berikan jadwal rutin.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 19 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien mengatakan sudah lebih baik dalam mengontrol emosi atau marah, data objektif : Pasien tampak sudah bisa mengontrol emosi, saat diajak berbicara pandangannya sudah

tidak tajam. Assessment : risiko perilaku kekerasan (-). Planning : hentikan intervensi. Evaluasi diagnosa 2 pada tanggal 19 Desember 2024 didapatkan data subyektif : pasien mengatakan bahwa dirinya menyadari masih mempunyai kemampuan positif dan harus lebih semangat lagi. Data objektif : pasien tampak senang dan lebih bersemangat. Assessment : harga diri rendah kronis (-). Planning : hentikan intervensi.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini, penulis membahas tentang penerapan teknik relaksasi tarik nafas dalam sebagai upaya untuk menurunkan risiko perilaku kekerasan pada Tn.K dan Tn.A di ruang endrotenoyo RSJD Dr.Amino Gondohutmo Semarang. Terapi ini bertujuan untuk membantu menurunkan potensi perilaku kekerasan. Apabila tarik nafas dalam dilakukan secara rutin dan mandiri oleh pasien, diharapkan dapat memberikan efek menenangkan pikiran, sehingga pasien mampu mengendalikan amarahnyadengan lebih baik dan mengurangi kemungkinan munculnya perilaku kekerasan.

Berdasarkan data yang dikumpulkan penulis sebelum pelaksanaan terapi tarik nafas dalam, kedua pasien menunjukkan ekspresi wajah yang tegang dan merasa tidak aman. Hal ini sesuai dengan gejala yang mengindikasikan adanya risiko perilaku kekerasan, dimana pasien tampak gelisah, sering berjalan mondar-mandir dan menunjukkan raut wajah yang tegang. Perilaku kekerasan sendiri merupakan respons berlebihan, baik secara verbal maupun fisik, yang ditujukan kepada orang lain, objek disekitarnya,

atau bahkan diri sendiri, dan dapat menimbulkan ancaman atau bahaya bagi dirinya maupun orang lain disekitarnya.

Adapun faktor predisposisi dari Tn.K yaitu pernah di bully tetangganya bahkan sampai aniaya fisik, sedangkan untuk faktor presipitasinya yaitu pasien putus obat dan merasa dendam kepada tetangganya. Adapula faktor predisposisi dari Tn.A yaitu sering dibentak orang tua, diremehkan keluarga, dan ditolak wanita yang dicintainya, sedangkan faktor presipitasinya yaitu pasien merasa teman kerja nya di proyek membuat pasien marah.

Terapi relaksasi nafas dalam dapat mengurangi ketegangan fisik, menenangkan pikiran, mengurangi depresi, dan meningkatkan fokus serta pengendalian diri. Saat pelatihan terapi diberikan, sesi berlangsung selama 10 menit, dengan pembagian waktu 5 menit untuk penjelasan dan demonstrasikan teknik oleh penulis, dan 5 menit berikutnya untuk praktik dan pengulangan oleh pasien. Instruksi diberikan secara perlahan, dimulai dengan hitungan 1, 2, 3 untuk menarik nafas dalam melalui hidung, menahan selama 3 detik, lalu menghembuskan melalui mulut. Terapi ini dilakukan dengan menyesuaikan irama, kecepatan, dan intensitas pernafasan agar menjadi lebih lambat dan dalam. Teknik ini termasuk dalam latihan pernapasan perut yang dikenal sebagai pernapasan dalam, yang telah digunakan selama bertahun-tahun untuk menciptakan rasa tenang dan mengurangi stres. Terbukti, metode ini efektif dalam menurunkan risiko perilaku kekerasan pada klien karena mampu membantu menenangkan pikiran.

Kedua pasien mampu mengikuti instruksi dari penulis dengan baik mengenai terapi tarik napas dalam. Setelah pelaksanaannya, pasien mengatakan merasa sedikit lebih tenang dan tekanan yang dirasakan mulai mereda. Berdasarkan hasil pelaksanaan terapi selama tiga hari, penulis melakukan evaluasi dan mendapati bahwa pada hari ketiga terjadi perubahan signifikan, emosi marah pasien mulai menurun dan pasien tampak lebih tenang. Penerapan terapi napas dalam pada pasien dengan gangguan jiwa yang memiliki risiko perilaku kekerasan menunjukkan kelebihan, yaitu membantu klien mengendalikan amarahnya secara mandiri dan menjadi metode yang efektif dalam mengurangi risiko terjadinya perilaku kekerasan.



Tabel 4.1 Tabel hasil RUFA Scale

Indikator RUFA	Perilaku kekerasan	Penilaian skor	
		Ya (1)	Tidak (1)
Perilaku	Melukai diri sendiri dan orang lain		
	Mengamuk	V	
	Menentang		
	Mengancam		
	Mata melotot	V	
Verbal	Bicara kasar	V	
	Intonasi tinggi	V	
	Intonasi sedang		V
	Menghina orang lain		
	Menuntut		
Emosi	Berdebat		
	Labil		
	Mudah tersinggung	V	
	Ekspresi tegang	V	
	Marah – marah	V	
fisik	Dendam	V	
	Merasa tidak aman	V	
	Muka merah	V	V
	Pandangan tajam	V	
	Nafas pendek		
Jumlah	Berkeringat		V
	Tekanan darah meningkat		
	Tekanan darah menurun		
		11	3

Pada pasien Tn.K sebelum dilakukan terapi, penulis melakukan pre test terlebih dahulu kepada pasien Tn.K menggunakan Tes RUFA (Respons Umum Fungsi Adaptif) dengan skor 11 dan setelah dilakukan terapi penulis juga memberikan post test kepada pasien Tn.K menggunakan Tes RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) dengan skor 3. Artinya terapi relaksasi tarik nafas dalam dapat menurunkan tanda dan gejala untuk mengontrol pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

Tabel 4.2 Tabel hasil RUFA Scale

Indikator RUFA	Perilaku kekerasan	Penilaian skor	
		Ya (1)	Tidak (1)
Perilaku	Melukai diri sendiri dan orang lain	V	
	Mengamuk		
	Menentang		
	Mengancam	V	
	Mata melotot	V	
Verbal	Bicara kasar	V	
	Intonasi tinggi	V	
	Intonasi sedang		V
	Menghina orang lain		
	Menuntut		
Emosi	Berdebat	V	
	Labil		V
	Mudah tersinggung	v	
	Ekspresi tegang	V	
	Marah – marah	V	
fisik	Dendam		
	Merasa tidak aman	V	
	Muka merah	v	V
	Pandangan tajam	V	
	Nafas pendek		
Jumlah	Berkeringat		V
	Tekanan darah meningkat		
	Tekanan darah menurun		
		12	4

Pada pasien Tn.A sebelum dilakukan terapi, penulis melakukan pre test terlebih dahulu kepada pasien Tn.A menggunakan Tes RUFA (Respons Umum Fungsi Adaptif) dengan skor 12 dan setelah dilakukan terapi penulis juga memberikan post test kepada pasien Tn.A menggunakan Tes RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) dengan skor 4. Artinya terapi relaksasi tarik nafas dalam dapat menurunkan tanda dan gejala untuk mengontrol pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

C. Keterbatasan

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang dilakukan pada kedua responden karena tidak dapat di generalisasikan dikarenakan keluarga pasien tidak datang menjenguk pasien, jadi SP keluarga tidak dapat dilaksanakan. Pada peneitian ini juga tidak ada dokumentasi karena dari pihak RSJD Dr. Amino Gondohutomo tidak memperbolehkan. Penulis tidak melakukan kuesioner pre test dan post test kepada responden.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil studi kasus yang dilaksanakan langsung pada tanggal 17 Desember 2024 – 19 Desember 2024 pada pasien Tn.K dan Tn.A di ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang dengan menerapkan terapi relaksasi tarik nafas dalam pada pasien dewasa dengan risiko perilaku kekerasan yang diawali dengan pengkajian, rumusan masalah, perencanaan, tindakan keperawatan, dan evaluasi hasil. Maka penulis dapat merumuskan kesimpulan sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Hasil dari pengkajian menunjukkan bahwa masalah utama yang dialami pasien yaitu marah-marah akibat menyimpan dendam kepada tetangganya dan merasa teman proyek membuat masalah kepada pasien.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn.K dan Tn.A adalah risiko perilaku kekerasan (D.0146) sebagai diagnosa prioritas, dan diagnosa harga diri rendah kronis (D.0086)
3. Perencanaan keperawatan yang difokuskan pada pasien Tn.K dan Tn.A dengan risiko perilaku kekerasan yaitu memberikan teknik relaksasi tarik nafas dalam.
4. Tindakan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun, difokuskan dengan memberikan teknik relaksasi tarik nafas dalam pada pasien risiko perilaku kekerasan.

5. Evaluasi pada pasien menunjukkan bahwa rasa ingin marah-marah pada pasien berkurang setelah dilaksanakan teknik tarik nafas dalam selama 3 kali pertemuan.

B. Saran

1. Untuk Institusi Rumah Sakit

Teknik relaksasi tarik nafas dalam sebagai bagian dari tindakan keperawatan SP 1 p terbukti efektif dalam membantu pasien mengontrol emosinya. Hasil studi kasus ini dapat dijadikan acuan bagi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang untuk mengimplementasikan teknik ini bagi pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

2. Untuk Institusi pendidikan

Studi kasus ini diharapkan bisa dipertimbangkan untuk merencanakan dan mengajarkan metode-metode mengatasi pasien dengan risiko perilaku kekerasan, khususnya kepada mahasiswa-mahasiswi keperawatan.

3. Untuk Masyarakat

Diharapkan hasil pada studi kasus ini dapat menambah wawasan masyarakat mengenai manfaat teknik relaksasi tarik nafas dalam yang dapat diterapkan untuk menangani pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

4. Untuk Pasien

Diharapkan pasien dapat belajar mengelola rasa marahnya dengan lebih baik dan mampu mempraktikkan teknik relaksasi tarik nafas dalam sebagaimana telah diajarkan oleh perawat.

5. Untuk Penulis Selanjutnya

Hasil pada studi kasus ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam pelaksanaan studi kasus berikutnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Fatimah, & Nuryaningsih. (2018). *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Juni, N., Rsj, D. I., & Laporan, C. (2024). *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*. 3(6), 2961–2969.
- Lidiawati, Y. S. I., Trisnawati, C., & Puspasari, F. D. (2023). Literature Review: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Teknik Komunikasi Terapeutik. *Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 377(7), 2986–6340. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8237467>
- Marbun, T. P. K., & Santoso, I. (2021). Pentingnya motivasi keluarga dalam menangani Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Pendidikan Kewarganegaraan Undiksha*, 9(3), 1131–1141.
- Pertiwi, S., 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*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo. (Issue 0). <https://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/7070>
- Sari, F., Fitri, N. L., & Hasanah, U. (2024). Penerapan Terapi Spiritual: Dzikir dan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tanda dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(3), 383–390.
- Slametiningsih, Yunitri, N., Nuraenah, & Hendra. (2019). Buku Ajar Kep Jiwa Gangguan Penelitian. *Bukuajar, KEPJIWA*, 1–91. <https://repository.umj.ac.id/12864/1/BUKU-AJAR-KEP-JIWA-GANGGUAN-PENELITIAN-new.pdf>
- Ummah, M. S. (2019). Ilmu Keperawatan Jiwa. In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 11, Issue 1). http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI
- Wardiyah, A., Pribadi, T., & Yanti Tumanggor, C. S. M. (2022). Terapi Relaksasi Napas dalam pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rs Jiwa Bandar Lampung. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)*, 5(10), 3611–3626. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i10.7322>

Zahara, Y. (2023). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu Jurusan Keperawatan Program Studi Keperawatan Programdiploma Tiga 2023.*

Zainuddin, A., Studi, S., Fathurozaq, S., Oktaviana, W., & Driyanto, A. (2024). *PENERAPAN DE-ESKALASI VERBAL TERHADAP PENURUNAN RESPON MARAH PADA PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN DI RSJD DR . 8, 1987–1991.*

