

**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP
KEMAMPUAN MENGONTROL KEMARAHAN PADA PASIEN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN**

**Karya Tulis Ilmiah
diajukan sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Disusun Oleh :
Novea Citra Indah Sari
40902200042**

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

**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP
KEMAMPUAN MENGONTROL KEMARAHAN PADA PASIEN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Novea Citra Indah Sari

40902200042

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III 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 diajukan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



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 : 07 Mei 2025



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Selasa, 02 Juli 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 02 Juli 2025

Tim Penguji,

Penguji I


(Ns. Wigyo Susanto, M. Kep)

NIDN. 06-2907-8303

Penguji II


(Dr. Hj. Wahyu Endang Setyowati, S. KM., M. Kep)

NIDN. 06-1207-7404

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



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

NIDN. 06-228-7403

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

ABSTRAK

Novea Citra Indah Sari

Implementasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Kemampuan Mengontrol Kemarahan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan.

Latar Belakang : Gangguan jiwa adalah kondisi ketika seseorang menunjukkan perubahan perilaku yang parah atau kelainan perilaku, kognitif, dan emosional yang umum dalam sekelompok gejala. Saat menjalankan tugas kemanusiaan, gangguan ini dapat menimbulkan kesulitan dan ketidaknyamanan. **Tujuan :** Menggambarkan asuhan keperawatan dengan fokus implementasi terapi relaksasi napas dalam terhadap kemampuan mengontrol marah pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. **Metode :** Metode yang digunakan penulis menyajikan data secara terstruktur atau narasi menyertakan pernyataan lisan, tanggapan yang berfungsi sebagai fakta pendukung, dan catatan tentang hasil pemeriksaan. Hal ini disesuaikan dengan studi kasus deskriptif. **Hasil :** setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam selama 3 hari, marah dan emosi pada pasien berkurang. **Kesimpulan:** Penulis memberikan terapi relaksasi nafas dalam bahwa sering marah-marah pada pasien lebih berkurang dan mampu mengelola emosi setelah diberikan teknik tarik nafas dalam. **Saran :** Menerapkan terapi relaksasi nafas dalam sebagai metode non-farmakologis untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan.

Kata kunci : gangguan jiwa, perilaku kekerasan, relaksasi nafas dalam.

Daftar pustaka :

(Manik et al., 2023)

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

ABSTRACT

Novea Citra Indah Sari

Implementation of Deep Breathing Relaxation Therapy on the Ability to Control Anger in Patients at Risk of Violent Behavior.

Background: Mental disorders are conditions when a person shows severe behavioral changes or behavioral, cognitive, and emotional abnormalities that are common in a group of symptoms. When carrying out humanitarian duties, this disorder can cause difficulty and discomfort. **Objective:** Describe nursing care with a focus on the implementation of deep breathing relaxation therapy on the ability to control anger in patients at risk of violent behavior. **Method:** The method used by the author presents data in a structured or narrative manner including oral statements, responses that function as supporting facts, and notes on the results of the examination. This is adjusted to the descriptive case study.

Results: after being given deep breathing relaxation therapy for 3 days, anger and emotion in patients decreased. **Conclusion:** The author provides deep breathing relaxation therapy that often anger in patients is reduced and able to manage emotions after being given deep breathing techniques. **Suggestion:** Implementing deep breathing relaxation therapy as a non-pharmacological method to reduce the risk of violent behavior.

Keywords: mental disorders, violent behavior, deep breathing relaxation.

Bibliography :

(Manik et al., 2023)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah berjudul “Implementasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Kemampuan Mengontrol Kemarahan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan.” Karya ini disusun sebagai bagian dari proses pembelajaran di Program Studi DIII Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Perjalanan menyusun karya tulis ini penuh dengan tantangan dan keraguan. Namun, berkat doa, dukungan, dan semangat dari berbagai pihak, penulis mampu melewati semua rintangan. Dengan tulus, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua yang telah membantu dan mendukung, semoga kebaikan mereka dibalas oleh Allah SWT.

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. 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 Kaprodi Program Studi DIII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Para Dosen dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Dr. Hj. Wahyu Endang Setyowati, SKM, M.Kep, selaku dosen pembimbing, yang dengan sabar membimbing penulis, memberikan

arahan, masukan, dan motivasi yang berarti dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Terima kasih kepada dosen penguji, Bapak Ns. Wigyo Susanto, M.Kep, yang telah meluangkan waktu dan memberikan nasihat terbaik untuk memperbaiki karya tulis ini.
7. Kepada Bapak Sapuan, pahlawan yang selalu menguatkan dari kejauhan. Dalam diamnya, tersimpan doa yang tak pernah putus, dan setiap pengorbanannya mengajarkan arti perjuangan sejati. Terima kasih, Bapak, atas segala peluh dan waktu yang kau berikan. Semoga Allah SWT memberimu umur panjang, kesehatan, dan kebahagiaan di dunia serta akhirat. Cinta dan baktiku takkan pernah cukup membalas semua yang telah kau berikan, tapi aku akan terus berusaha menjadi kebanggaanmu.
8. Terima kasih yang tulus penulis sampaikan kepada Ibu Siti tercinta, sosok yang selalu mendoakan dan mencintai tanpa syarat. Pengorbanan dan kasih sayang ibu adalah sumber kekuatan yang membuat penulis mampu melewati setiap rintangan. Penulis berdoa agar Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan, kebahagiaan, dan umur panjang untuk ibu. Semoga penulis dapat membalas cinta dan pengorbanan ibu, meski takkan pernah sebanding dengan kasih sayang yang telah diberikan.
9. Penulis ingin mengucapkan terima kasih yang mendalam kepada Bapak Murtondo dan Ibu Sudarsih tercinta atas dukungan, motivasi, dan cinta yang tulus. Peran mereka sangat berarti dalam perjalanan ini, baik saat

penulis merasa lelah maupun dalam memberikan kebijaksanaan. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan keberkahan, umur panjang, dan kebahagiaan dalam hidup kalian.

10. Mas Kosim, Mbak Sofi, Mas Agik, dan Mbak Murni, terima kasih atas perhatian, semangat, dan bantuan yang kalian berikan. Kehadiran dan kepedulian kalian sangat berarti dalam perjalanan studi penulis, terutama di masa-masa sulit.
11. Para sepupu tercinta yang senantiasa hadir dengan tawa, semangat, dan dukungan emosional. Kehangatan keluarga yang kalian berikan menjadi penyejuk hati dan penguat semangat dalam menyelesaikan setiap tahap proses pembelajaran.
12. Teman-teman sekelas atas kebersamaan yang luar biasa, kerja sama yang solid, dan bantuan dalam berbagi ilmu serta pengalaman selama menempuh pendidikan.
13. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah memberikan dukungan, bantuan, dan kontribusi berharga selama proses pengerjaan karya tulis ini.

Semarang, 14 Mei 2025

Penulis,

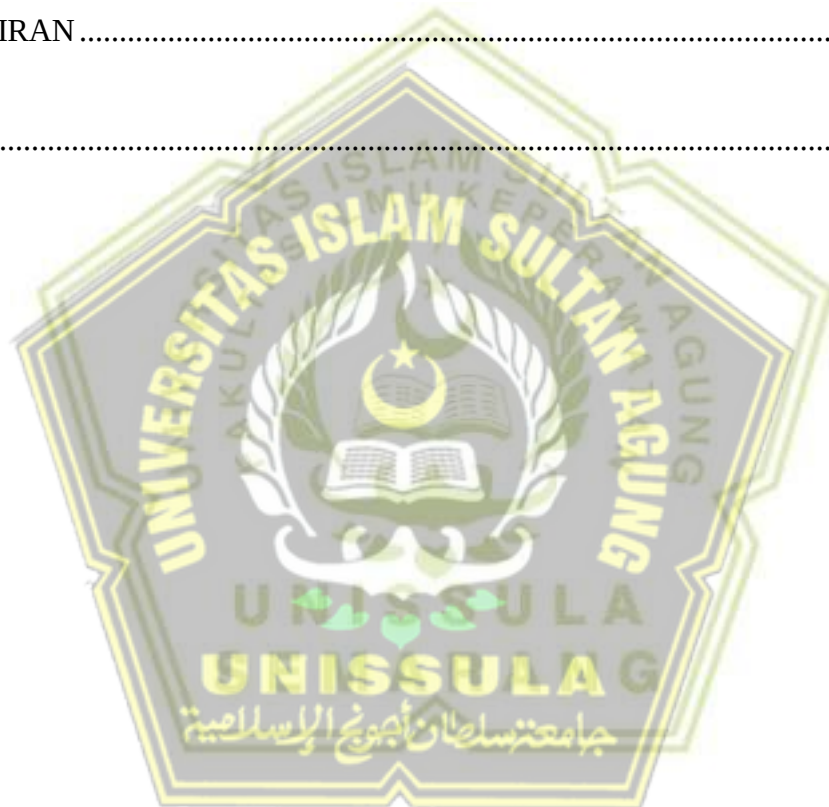
Novea Citra Indah Sari

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Studi Kasus	6
D. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Teori	8
1. Resiko Perilaku Kekerasan	8
2. Relaksasi Tarik Nafas Dalam.....	18
B. Konsep Dasar Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.....	20
1. Pengkajian.....	20
2. Analis Data.....	22
3. Pohon Masalah.....	23
4. Diagnosa Keperawatan	23
5. Rencana Tindakan Keperawatan.....	23
6. Implementasi	27
7. Evaluasi.....	27
C. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI	28
1. Pengertian.....	28
2. Indikasi.....	28
3. Prosedur Teknik Tarik Nafas Dalam	28

BAB III METODE PENULISAN	30
A. Desain Atau Rencana Studi Kasus.....	30
B. Subjek Studi Kasus	30
C. Fokus Studi	30
D. Definisi Operasional	30
E. Tempat dan Waktu	32
F. Instrumen Studi Kasus.....	32
G. Metode Pengumpulan Data.....	33
1. Wawancara.....	33
2. Observasi.....	33
3. Dokumentasi	34
4. Pengumpulan data.....	34
H. Analisis dan Penyimpanan Data	34
I. Etika Studi Kasus	35
1. Otonomi (<i>Autonomy</i>).....	35
2. Berbuat baik (<i>Beneficence</i>)	35
3. Keadilan (<i>Justice</i>)	35
4. Kerahasiaan dan Privasi di hormati (<i>Confidentiality and Privacy are respected</i>).....	35
5. Kejujuran (<i>veracity</i>).....	36
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	37
A. Hasil Studi Kasus.....	37
1. Pengkajian.....	37
2. Analisa Data.....	50
3. Diagnose Keperawatan	53
4. Intervensi Keperawatan.....	53
5. Implementasi	54
6. Evaluasi.....	58
B. Pembahasan.....	61
1. Pengkajian.....	61
2. Diagnosa Keperawatan	63

3. Intervensi Keperawatan.....	64
4. Implementasi	65
5. Evaluasi Keperawatan.....	71
C. Keterbatasan.....	75
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran	78
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN	83
.....	87



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Hasil Catatan Konsultasi KTI

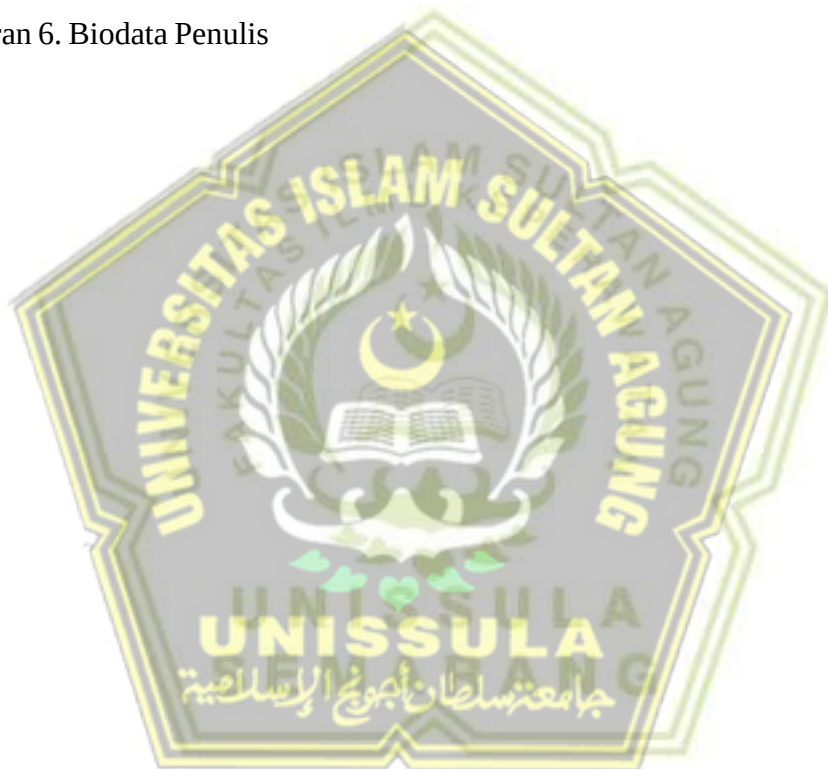
Lampiran 2. Asuhan keperawatan (Askep)

Lampiran 3. Hasil RUFA

Lampiran 4. Hasil Turnitin

Lampiran 5. Dokumentasi

Lampiran 6. Biodata Penulis



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sehat adalah suatu keadaan keutuhan jasmani, mental, dan sosial, bukan sekedar keadaan bebas dari penyakit, cacat, atau kelemahan. Dalam arti lain, sehat adalah keadaan sehat jasmani, rohani, dan sosial. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat jasmani, rohani, dan sosial yang memungkinkan setiap orang dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Konsep penyakit didasarkan pada pengalaman langsung seseorang (bersifat subjektif). Penyakit adalah reaksi biologis terhadap organisme asing atau cedera (disengaja). Seseorang yang mengidap penyakit tidak selalu merasa sakit, begitu pula sebaliknya, orang mengeluh sakit padahal tidak mengidap penyakit (Juwinta, 2021).

Pengalaman hidup yang penuh tekanan, termasuk kesulitan mencari pekerjaan, perselisihan keluarga, perekonomian yang terpuruk, pengabaian orang-orang terdekat, dan masalah sosial di masyarakat, berkontribusi terhadap meningkatnya gangguan mental di era globalisasi saat ini. Saat ini, penyakit mental terus meningkat tajam dan termasuk dalam empat besar masalah kesehatan global, termasuk di Indonesia (Tazqiyatus Sudia, 2021). Jika pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang berubah secara signifikan akibat penyakit mental ini. Penyakit ini seringkali menimbulkan tekanan

psikologis yang pada akhirnya mengganggu aktivitas sehari-hari seseorang sehingga berujung pada gangguan jiwa (Manik et al., 2023).

Gangguan jiwa adalah kondisi ketika seseorang menunjukkan perubahan perilaku yang parah atau kelainan perilaku, kognitif, dan emosional yang umum dalam sekelompok gejala. Saat menjalankan tugas kemanusiaan, gangguan ini dapat menimbulkan kesulitan dan ketidaknyamanan. Masalah kesehatan mental dapat menyerang siapa pun dari segala usia, mulai dari balita, orang dewasa, hingga orang lanjut usia. Faktor biologis, sosial, dan psikologis diyakini mempunyai peran dalam perkembangan penyakit mental (Rika Widianita, 2023). Skizofrenia adalah salah satu penyakit mental yang dikenal.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa serius dengan manifestasi klinis seperti: delusi (keyakinan salah), halusinasi, kehilangan kontak dengan kenyataan (psikosis), risiko perilaku kekerasan, pikiran abnormal yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari sehingga menimbulkan emosi, persepsi, pikiran, gerak dan perilaku seseorang. Selain disebut juga skizofrenia sebagai suatu sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala yang berbeda-beda, salah satu manifestasi yang terjadi adalah perilaku agresif. Skizofrenia adalah suatu kondisi yang menyebabkan orang memiliki gagasan, persepsi, emosi, dan perilaku yang tidak normal (Anggara, 2024).

Di Indonesia, terdapat 6,7 kasus skizofrenia untuk setiap 1.000 rumah. Hal ini menunjukkan bahwa sekitar 6,7 dari 1.000 keluarga memiliki anggota rumah tangga (ART) dengan skizofrenia. Sumatera Barat mempunyai

frekuensi skizofrenia ketujuh tertinggi, dengan sembilan kasus per 1.000 rumah tangga. Dibandingkan tahun 2013 yang hanya mencapai 1,9 per 1.000 penduduk Indonesia, statistik ini menunjukkan pertumbuhan yang signifikan (Tinggi et al., 2024).

Resiko perilaku kekerasan (RPK) adalah Seseorang yang menunjukkan perilaku marah atau rentan yang membahayakan dirinya, orang lain, atau lingkungannya disebut terlibat dalam perilaku kekerasan. Bahaya perilaku agresif dipengaruhi oleh dua unsur: faktor presipitasi dan faktor predisposisi (Anisa et al., 2021). Masalah yang dapat terjadi adalah perilaku kekerasan, yang juga dikenal sebagai suatu kondisi di mana orang yang marah bereaksi terhadap pemicu stres dengan gerakan motorik yang tidak terkendali, yang menyebabkan mereka melakukan tindakan yang membahayakan diri mereka sendiri dan orang lain. Kemarahan yang terwujud dalam bentuk fisik merupakan akar penyebab perilaku agresif. Kemarahan adalah proses komunikasi dan penyimpanan dari pesan yang disampaikan seseorang. Kemarahan sebenarnya berfungsi sebagai cara bagi orang untuk mengekspresikan ketidaksetujuan, pelanggaran, dan perasaan tidak dihargai atau diabaikan (Tazqiyatus Sudia, 2021).

Kemarahan yang dikomunikasikan melalui ancaman, merugikan diri sendiri atau orang lain, dan menimbulkan kerusakan lingkungan dapat mengakibatkan perilaku kekerasan. Perubahan fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial mungkin merupakan indikator risiko perilaku kekerasan. Gejala fisiknya meliputi peningkatan tekanan darah, peningkatan

pernapasan, peningkatan detak jantung, ketidaksabaran, permusuhan, dan kemarahan, serta potensi untuk merugikan diri sendiri atau orang lain (Pardede et al., 2020).

Perilaku-perilaku berikut ini yang sering ditampilkan oleh seseorang yang mengalami perilaku kekerasan: mengancam, riuh, gelisah, mondar-mandir, tegang, intonasi suara keras, berbicara penuh semangat, memaksa, nada tinggi, dan terlalu ceria. Seseorang yang berada dalam bahaya melakukan tindakan kekerasan menunjukkan kecemasan, perubahan dalam keterampilan memecahkan masalah, dan perubahan orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang. (Ginting, 2021). Ketika seseorang melakukan aktivitas kekerasan, ada kemungkinan ia dapat melukai dirinya sendiri, orang lain, atau lingkungan. Akibatnya, keluarga bisa jadi terlibat dalam permasalahan yang muncul. (Pertwi et al., 2023).

Latihan pernapasan dalam merupakan salah satu cara untuk mengatasi amarah. Latihan ini dapat dilakukan dengan melakukan latihan pernapasan perut secara perlahan dan sering (Waluyo, 2022). Ketika seseorang yang suka melakukan kekerasan menerima terapi relaksasi napas dalam, tubuhnya dapat melepaskan opioid endogen seperti endorfin dan enkefalin. Endorfin memiliki kemampuan untuk meningkatkan energi, keuletan, dan kreativitas sekaligus mencegah penuaan, menjaga jaringan otak tetap muda, dan mengurangi permusuhan antarpribadi (Wardiyah et al., 2022).

Berdasarkan temuan wawancara dengan perawat ruang RIPD RSJD Provinsi Jawa Tengah, pengasuhan pada klien gangguan jiwa melibatkan rasa

saling percaya dan penilaian. Berkaitan dengan upaya rumah sakit dalam menangani pasien gangguan jiwa, antara lain pemaparan tentang pemberian psikofarmasi, strategi pelaksanaan sehari-hari berdasarkan kasus klien, penggunaan *ECT* ketika terapi psikofarmasi tidak efektif, rehabilitasi untuk mempersiapkan klien menghadapi interaksi komunitas, dan penggunaan aktif TAK, suatu modalitas terapeutik yang didasarkan pada pengembangan hubungan interpersonal sehingga pasien dapat saling mendengarkan pemikiran dan mengalami pola perilaku baru guna mengubah perilaku maladaptif dan bermanfaat menjadi adaptif.

Penulis tertarik untuk menulis karya tulis ilmiah ini dengan judul Penerapan Terapi Relaksasi Napas Dalam terhadap Kemampuan Pengendalian Marah pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan karena sebagaimana latar belakang di atas, seseorang dengan gangguan jiwa dapat berisiko melakukan perilaku kekerasan akibat adanya tekanan dan penderitaan (an asuhan keperawatan yang benar dan tepat. *distress*).

B. Rumusan Masalah

Bagaimana implementasi terapi relaksasi nafas dalam terhadap kemampuan mengontrol marah pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum:

Menggambarkan asuhan keperawatan dengan fokus implementasi terapi relaksasi napas dalam terhadap kemampuan mengontrol marah pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

2. Tujuan Khusus:

- a. Melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.
- b. Melakukan penegakan diagnose pada pasien resiko perilaku kekerasan.
- c. Melakukan penegakan rencana keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan
- d. Mengimplementasikan terapi relaksai nafas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan meliputi implementasi umum, standart dan tarik nafas dalam.
- e. Mengevaluasi terapi relaksasi nafas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat Studi Kasus

Karya tulis ini diharapkan memberikan manfaat bagi:

1. Masyarakat :

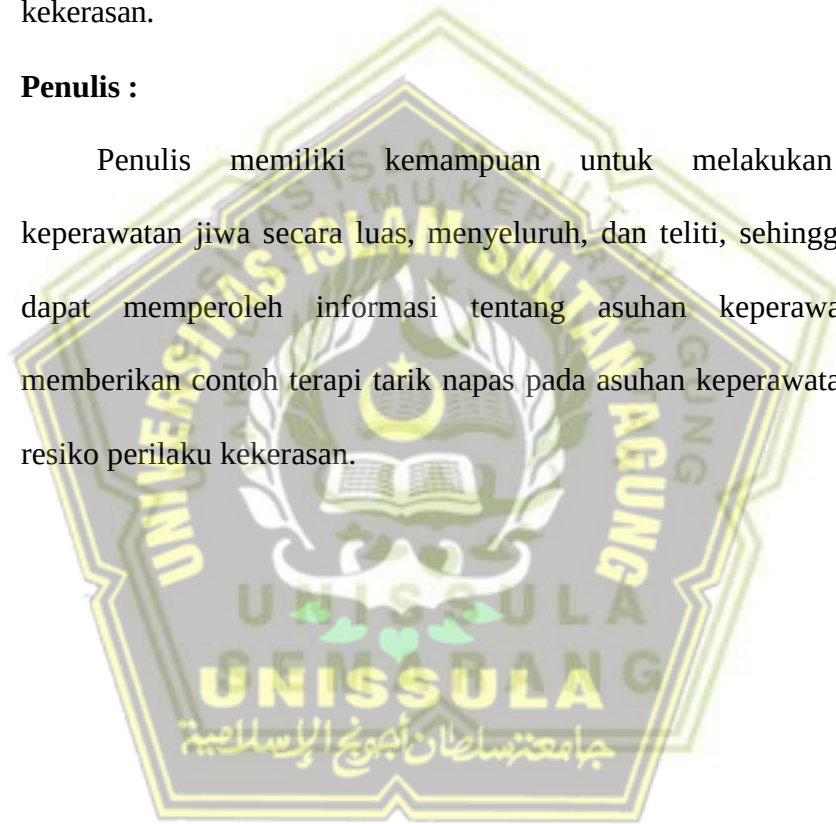
Meningkatkan kesadaran akan nilai terapi relaksasi napas dalam sebagai cara mudah dan efisien untuk mengelola kemarahan, khususnya pada mereka yang berisiko melakukan perilaku kekerasan.

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan :

Meningkatkan intervensi keperawatan psikiatri dengan menggunakan terapi relaksasi napas dalam sebagai metode non-farmakologis dan memperluas pengetahuan dan penggunaan ilmu keperawatan dalam perawatan pasien yang berisiko melakukan perilaku kekerasan.

3. Penulis :

Penulis memiliki kemampuan untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa secara luas, menyeluruh, dan teliti, sehingga mereka dapat memperoleh informasi tentang asuhan keperawatan dan memberikan contoh terapi tarik napas pada asuhan keperawatan dengan risiko perilaku kekerasan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Resiko Perilaku Kekerasan

a. Pengertian

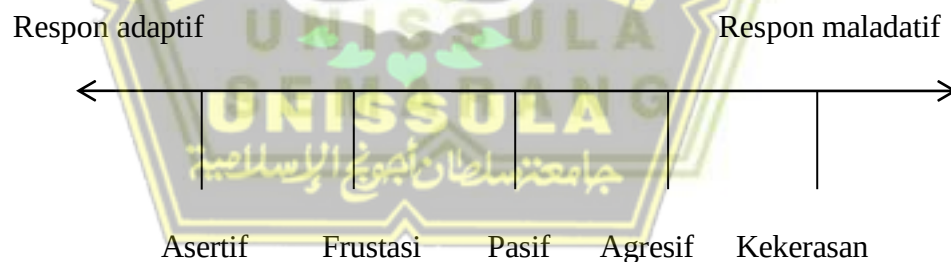
Perilaku kekerasan adalah salah satu cara orang bereaksi terhadap pemicu stres dengan melakukan perilaku kekerasan, yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Ketika seseorang mengalami perilaku kekerasan, mereka sering menunjukkan perubahan perilaku tertentu, seperti menjadi tegang, mengancam, berisik, gelisah, mondar-mandir, berbicara dengan nada tinggi, berbicara dengan penuh semangat, bertindak agresif, dan menjadi terlalu gembira. Seseorang yang berisiko melakukan perilaku kekerasan menunjukkan penurunan keterampilan memecahkan masalah, kecemasan, dan orientasi waktu, tempat, dan orang (Hulu et al., 2021).

Resiko perilaku kekerasan merupakan reaksi marah. Kemarahan, atau emosi marah, menurut definisinya adalah emosi negatif yang memengaruhi kognisi, menimbulkan gairah fisiologis, dan mengintensifkan keinginan untuk menyakiti orang lain. Kemarahan biasanya muncul akibat provokasi interaksi sosial atau frustrasi. Distorsi kognitif dan ide-ide irasional dapat menyebabkan seseorang salah menafsirkan suatu kejadian untuk melakukan tindakan agresi.

Kemudian, reaksi impulsif dan kekerasan terhadap situasi yang memprovokasi dapat dipercepat oleh kemarahan yang parah dan tidak terkontrol dengan baik, yang dapat memperburuk distorsi kognitif yang dimiliki seseorang. Karena kemarahan dan perilaku kekerasan saling terkait erat, beberapa intervensi telah dikembangkan untuk mengatasi masalah agresi dengan berfokus pada komponen emosional dari kemarahan seseorang (Carolina & Tjakrawiralaksana, 2021).

Yang meliputi mengancam diri sendiri atau orang lain adalah kemungkinan terlibat dalam tindakan kekerasan. Perubahan persepsi, emosi, dan perilaku yang disebabkan oleh skizofrenia dapat mengakibatkan perilaku kekerasan yang membahayakan korban atau orang-orang di sekitarnya. (Sari et al., 2023).

b. Rentang Respon Marah



Gambar 1.1 Rentang respon marah

Keterangan:

- 1) Asertif adalah klien mampu menenangkan diri dan melampiaskan amarahnya tanpa menyalahkan orang lain.
- 2) Frustrasi adalah klien yang marah dan tidak mampu menemukan alternatif gagal mencapai tujuan mereka.

- 3) Pasif adalah klien merasa tidak berdaya, pasrah, dan tidak mampu mengomunikasikan emosi mereka.
- 4) Agresif adalah klien menunjukkan agresi fisik yang terkendali dengan mengorbankan pelanggan lain.
- 5) Kekerasan : Perasaan permusuhan dan kemarahan yang kuat yang meledak di luar kendali dan merusak lingkungan sekitar melalui amukan.

(Sutejo, 2022)

c. Etiologi

(Damayanti, 2021), menyampaikan 2 faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan, yaitu:

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor Biologis

i. Faktor Neurologis

Sistem limbik memiliki peran penting dalam mendorong perkembangan reaksi agresif dan perilaku bermusuhan.

Rangsangan dan pesan yang memengaruhi perilaku agresif difasilitasi dan dihambat oleh berbagai sistem neurologis, termasuk sinapsis dan neurotransmiter.

ii. Faktor Genetik

Perilaku agresif mungkin disebabkan oleh sifat genetik tertentu yang diwarisi dari orang tua.

iii. Faktor Biokimia

Perilaku agresif dapat dipicu oleh sejumlah neurotransmitter di otak, termasuk epinefrin, norepinefrin, dopamin, serotonin, dan asetilkolin; peningkatan hormon androgen dan norepinefrin; dan penurunan serotonin dan GABA dalam cairan serebrospinal.

iv. Teori Dorongan Naluri

Menurut teori ini, keinginan akan kebutuhan dasar yang kuatlah yang memicu tindakan kekerasan.

b) Faktor Psikologis

i. Teori Psikoanalisa

Riwayat perkembangan seseorang dapat memengaruhi agresivitas dan perilaku kekerasannya. Sebagai mekanisme penanganan ketidakpuasan lingkungan, mereka yang mengalami fase ketidakpuasan verbal antara usia 0 dan 2 tahun lebih cenderung menjadi pemaarah dan agresif saat dewasa.

ii. *Imitation, modeling, and information processing theory*

Gagasan ini menyatakan bahwa lingkungan yang menerima perilaku kekerasan cenderung menumbuhkan perilaku kekerasan. Ketika panutan dan perilaku dari media atau lingkungan hadir, orang cenderung menirunya.

iii. *Learning Theory*

Pembelajaran seseorang dari lingkungannya mengarah pada perilaku kekerasan.

iv. *Existensi Theory*

Kebutuhan utama manusia adalah bertindak sesuai dengan perilaku, jika kebutuhan ini tidak dapat dipenuhi secara konstruktif, maka akan dipenuhi secara destruktif.

c) Faktor Sosial Kultural

i. *Social Environtment Theory* (Teori Lingkungan)

Sikap seseorang dalam mengekspresikan kemarahan akan dipengaruhi oleh lingkungan sosialnya. Perilaku kekerasan akan tampak dapat diterima jika tidak ada kontrol sosial yang jelas terhadapnya.

ii. *Sosial Learning Theory* (Teori Belajar Sosial)

Melalui sosialisasi, perilaku kekerasan dapat diajarkan secara langsung.

2) Faktor Presipitasi

a) Ekspresi diri, dorongan untuk menunjukkan eksistensi seseorang, atau tanda solidaritas, seperti pada pertandingan sepak bola, konser, geng sekolah, dll.

b) Ekspresi kebutuhan sosial ekonomi dan dasar yang belum terpenuhi

- c) Tidak efektif dalam berkomunikasi dalam keluarga dan menggunakan kekerasan untuk menyelesaikan perselisihan
- d) Ketidaksiapan untuk berlatih komunikasi guna memecahkan kesulitan.
- e) Ada riwayat perilaku antisosial, penyalahgunaan narkoba, dan konsumsi alkohol.
- f) Anggota keluarga utama meninggal dunia, kehilangan pekerjaan, atau terjadi pergeseran dalam tahap pertumbuhan keluarga.

d. Tanda dan gejala

Selain itu, mereka yang terlibat dalam tindakan kekerasan memiliki gejala dan indikator. Berikut ini adalah beberapa tanda dan ekspresi perilaku kekerasan: (Pardede, 2021)

- a. Tanda dan 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 dan 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

e. Proses terjadinya masalah

Keadaan yang memicu dan yang menyebabkan merupakan langkah awal dalam proses terjadinya perilaku kekerasan. Berikut penjelasannya:(Damayanti, 2021)

a. Factor predisposisi

1) Factor psikologis

Kemarahan merupakan salah satu unsur psikologis yang mungkin muncul dari masukan eksternal, internal, atau lingkungan. Seseorang mungkin menjadi frustrasi jika mereka ingin mencapai sesuatu dan menemui kesulitan. Perilaku kekerasan muncul dari akumulasi perilaku yang membuat frustrasi.

2) Factor biologis

Komponen keturunan merupakan salah satu komponen biologis, meliputi anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit, penyalahgunaan NAPZA, gangguan jiwa, bahkan NAPZA, serta mereka yang secara konsisten menunjukkan perilaku kekerasan atau bahkan melakukan tindak pidana kekerasan.

3) Factor sosiokultural

Menurut teori lingkungan sosial, sikap seseorang dalam mengekspresikan kemarahan dapat dipengaruhi oleh lingkungannya. Budaya dapat memperkuat sikap seseorang dalam merespons dengan kuat atau positif, yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan sebagai akibat dari sosialisasi.

b. Factor presipitasi

Karena setiap orang unik, stres dapat berasal dari sumber internal dan eksternal. Hilangnya hubungan dengan orang lain, orang yang dicintai, atau orang penting dalam hidup seseorang, kekhawatiran tentang penyakit, dan sebagainya adalah contoh faktor internal. Kekerasan, lingkungan yang bising, serangan fisik, dan hinaan adalah contoh faktor eksternal.

f. Patofisiologi

Stres, kekhawatiran, harga diri rendah, dan berbagai masalah merupakan akar penyebab kemarahan, yang dapat dinilai dari dalam maupun luar. Kemarahan dapat terwujud sebagai tindakan positif maupun negatif. Perilaku konstruktif dan kemarahan biasanya dikomunikasikan menggunakan bahasa yang dapat diterima dan dipahami tanpa menyinggung siapa pun. Kemarahan yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan biasanya merupakan hasil dari ekspresi kemarahan yang destruktif. Tindakan seperti

menahan amarah karena merasa lemah atau menolak melepaskan amarah agar emosinya tidak terkendali. Kemarahan semacam itu menimbulkan permusuhan yang berlangsung lama dan pada akhirnya dapat berkembang menjadi kemarahan yang destruktif terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. (Pardede & Hasibuan, 2022).

g. Manifestasi Klinis

(Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Unissula, 2018) Tanda dan gejala yang dialami oleh pasien dengan perilaku kekerasan:

- 
- 1) Emosi
 - a. Tidak adekuat
 - b. Tidak aman
 - c. Rasa terganggu
 - d. Marah (dendam)
 - e. Jengkel
 - 2) Intelektual
 - a. Mendominasi
 - b. Bawel
 - c. Sarkasme
 - d. Berdebat
 - e. Meremehkan
 - 3) Fisik
 - a. Muka merah
 - b. Pandangan tajam

- c. Napas pendek
- d. Keringat
- e. Sakit fisik
- f. Penyalahgunaan zat
- g. Tekanan darah meningkat

4) Spiritual

- a. Kemahakuasaan
- b. Kebijakan/kebenaran diri
- c. Keraguan
- d. Tidak bermoral
- e. Kebejatan
- f. Kreativitas terlambat

5) Sosial

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

h. Penatalaksanaan

Menurut (Anisa, 2023)

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Nozinan, sebagai pengatur perilaku psikososial

- 2) Haloperidol, untuk mengendalikan psikosis dan perilaku merusak diri
- 3) Thrihexiphenidil, untuk mengendalikan perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas
- 4) *ECT* (Elektro Convulsive Therapy) untuk menenangkan pasien yang menunjukkan tanda-tanda akan mengamuk

b. Penatalaksanaan non medis

- 1) Latih pernafasan dalam
- 2) Pukulan kasur atau bantal
- 3) Spiritual
- 4) Latih verbal
- 5) Terapi relaksas

2. Relaksasi Tarik Nafas Dalam

a. Pengertian Tarik Nafas Dalam

Tarik nafas dalam ialah teknik pernapasan dalam bertujuan untuk meredakan ketegangan fisik, yang pada gilirannya meredakan kecemasan mental. Karena dapat merangsang produksi opioid endogen seperti endorfin dan enkefalin, yang membantu menjaga sel-sel otak tetap muda dan mencegah penuaan, memperkuat sistem kekebalan tubuh, meningkatkan kreativitas, dan menciptakan kepekaan terhadap hubungan antarmanusia, teknik pernapasan dalam bertujuan untuk mengurangi emosi marah. (Keperawatan et al., 2023)

Latihan yang mencakup teknik pernapasan dalam digunakan untuk mengatur pernapasan pada pola dan intensitas yang lebih lambat, yang meningkatkan relaksasi mental dan fisik serta meningkatkan kelenturan otot dan ketahanan terhadap situasi yang menyebabkan ledakan emosi. (Pertiwi et al., 2023)

b. Indikasi Tarik Nafas Dalam

Peningkatan ventilasi alveolar, pemeliharaan pertukaran gas, pencegahan atelektasis paru, ketenangan, dan pengurangan stres fisik dan mental merupakan manfaat dari relaksasi napas dalam. Untuk mencegah perasaan marah yang berlebihan dan intens, teknik relaksasi juga dapat mengendalikan emosi dan menjaga keseimbangan emosional. Untuk memperkuat sistem kekebalan tubuh, menjaga sel-sel otak tetap muda, dan melawan penuaan, relaksasi napas dalam memicu tubuh untuk melepaskan opioid endogen, khususnya endorfin dan enkefalin. Melepaskan hormon endorfin secara teratur dan konsisten akan membantu pasien merasa kurang stres dan lebih tenang. Latihan yang diberikan dengan ritme dan intensitas yang sangat baik untuk mendukung proses pengelolaan perilaku agresif. (Keperawatan et al., 2023)

B. Konsep Dasar Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan ialah prosedur pengumpulan informasi klien untuk mengidentifikasi masalah dan persyaratan perawatan. Dimulai dengan penerimaan klien, penilaian perdarahan ini mencakup perawatan lanjutan dan penilaian ulang untuk mengumpulkan semua data pasien. (Rofilla et al., 2024). Pengkajian dapat dilakukan dengan wawancara dan observasi langsung terhadap klien dan keluarga. Dengan wawancara dan observasi dapat ditemukan manifestasi klinis dari perilaku kekerasan.

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. Pasikososial

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. Analis Data

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

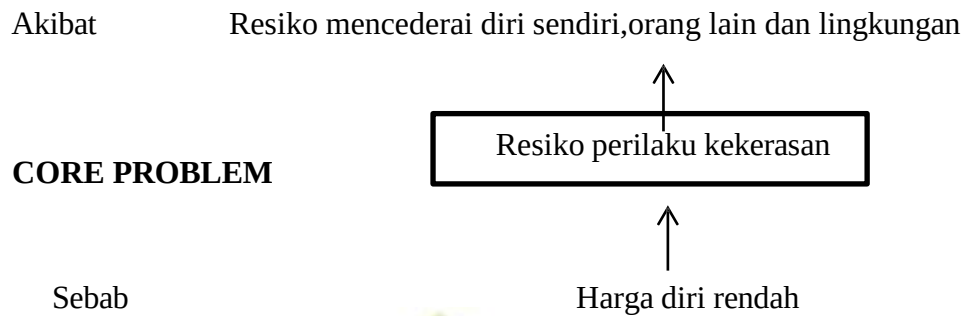
a. Data subjektif

- 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

3. Pohon Masalah



Gambar 2.1 pohon masalah

4. Diagnosa Keperawatan

Penilaian profesional terhadap respons pasien terhadap masalah kesehatan yang dirasakan atau nyata adalah hal yang mengarah pada diagnosis perdarahan. Diagnosis kematian bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu pasien, keluarga, dan masyarakat terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan. (Pardede, 2021).

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu Resiko Perilaku Kekerasan.

5. Rencana Tindakan Keperawatan

Adapun tindakan keperawatan untuk pasien yang berisiko mengalami tindakan kekerasan antara lain: (Rofilla et al., 2024)

Tujuan :

- a. Pasien mampu mengetahui terhadap tindakan agresif yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengendalikan perilaku kekerasan yang dialami
- c. Pasien mematuhi program perawatan yang direkomendasikan

- d. Keluarga pasien mampu merawat saat di rumah dan menjadi pendukung efektif bagi pasien.

Strategi Pelaksana

a. Strategi pelaksanaan pasien

- 1) SP 1 Pasien : latih cara mengendalikan marah atau 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) elaskan 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

Proses melakukan pembedahan yang dimodifikasi sesuai dengan tindakan pembedahan atau rencana intervensi dikenal sebagai implementasi pembedahan. Karena aktivitas pernapasan terkontrol, teknik pernapasan dalam merupakan teknik relaksasi yang mencoba melepaskan ketegangan fisik, yang pada gilirannya membantu melepaskan stres mental. Teknik relaksasi pernapasan membantu tubuh dan pikiran rileks dan otot menjadi lebih fleksibel dengan mengurangi ritme dan intensitas pernapasan teratur. Hal ini memungkinkan otot untuk menangani kondisi yang menyebabkan ledakan emosi tanpa menjadi kaku (Pertiwi et al., 2023).

7. Evaluasi

Evaluasi merupakan fase terakhir dalam proses pembekuan. Evaluasi pemeliharaan merupakan proses berkelanjutan yang mengevaluasi kualitas layanan klien yang diberikan. PPNI (2018) menyatakan bahwa data "objektif" (O) yang diperoleh dari hasil dan data "subjektif" (S), yaitu reaksi subjektif klien terhadap penerapan perawatan yang diberikan, keduanya termasuk dalam evaluasi pembunuhan. Analisis ulang perawat (A) merupakan rencana selanjutnya (P), yang merupakan tindakan berdasarkan analisis sebelumnya. Untuk menunjukkan apakah masalah telah teratasi, ini memerlukan pengumpulan data objektif dan subjektif. Berikut ini adalah prosedur yang dipakai perawat untuk melakukan pengkajian :

- a. Evaluasi formatif (proses): penilaian yang dilakukan setelah setiap aktivitas, berfokus pada penyebab, dan terus berlanjut hingga tujuan tercapai.
- b. Evaluasi sumatif (hasil): adalah evaluasi yang dilakukan setelah operasi. Evaluasi ini berfokus pada topik yang menjelaskan keberhasilan atau kegagalan dan memberikan temuan dari intervensi dalam jangka waktu tertentu.

(Mundakir 2022).

C. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI

Menurut PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

1. Pengertian

Mengurangi kemarahan yang berlebihan dan tidak terkendali, baik secara verbal maupun fisik, hingga menyakiti diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitar ialah langkah pertama untuk mencegah perilaku kekerasan.

2. Indikasi

Upaya untuk mencegah perilaku kekerasan berasal dari sejumlah alasan internal dan eksternal, termasuk kepatuhan minum obat yang tidak memadai, kurangnya dukungan keluarga, dan persepsi masyarakat.

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. Desain Atau Rencana Studi Kasus

Desain studi kasus merupakan tahap akhir dalam proses pengambilan keputusan penulis atas penggunaan studi kasus. Penelitian artikel ilmiah ini menggunakan studi kasus deskriptif yang dilakukan melalui dokumentasi, wawancara, dan observasi. Untuk mengurangi kemungkinan terjadinya tindak kekerasan, penulis studi kasus ini menggunakan terapi relaksasi napas dalam di Ruang RIPD RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Semarang.

B. Subjek Studi Kasus

Studi kasus ini penulis terapkan pada seorang pasien laki-laki bernama Tn. R yang berusia 47 tahun dan Tn. M berusia 26 tahun mempunyai masalah kesehatan jiwa dan beresiko melakukan tindakan kekerasan. Pasien berada di Ruang RIPD RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Semarang.

C. Fokus Studi

Penerapan terapi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi bahaya perilaku kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Semarang menjadi topik utama studi kasus ini.

D. Definisi Operasional

1. Gangguan jiwa adalah kondisi ketika seseorang menunjukkan perubahan perilaku yang parah atau kelainan perilaku, kognitif, dan emosional yang umum dalam sekelompok gejala. Saat menjalankan tugas kemanusiaan, gangguan ini dapat menimbulkan kesulitan dan ketidaknyamanan.

Masalah kesehatan mental dapat menyerang siapa pun dari segala usia, mulai dari balita, orang dewasa, hingga orang lanjut usia. Faktor biologis, sosial, dan psikologis diyakini mempunyai peran dalam perkembangan penyakit mental (Rika Widianita, 2023).

2. Resiko perilaku kekerasan merupakan reaksi marah yang meliputi mengancam diri sendiri atau orang lain adalah kemungkinan terlibat dalam tindakan kekerasan. Perubahan persepsi, emosi, dan perilaku yang disebabkan oleh skizofrenia dapat mengakibatkan perilaku kekerasan yang membahayakan korban atau orang-orang di sekitarnya (Sari et al., 2023).
3. Kemarahan, atau emosi marah, menurut definisinya adalah emosi negatif yang memengaruhi kognisi, menimbulkan gairah fisiologis, dan mengintensifkan keinginan untuk menyakiti orang lain. Kemarahan biasanya muncul akibat provokasi interaksi sosial atau frustrasi (Carolina & Tjakrawiralaksana, 2021)
4. Tarik nafas dalam ialah teknik pernapasan dalam bertujuan untuk meredakan ketegangan fisik, yang pada gilirannya meredakan kecemasan mental. Karena dapat merangsang produksi opioid endogen seperti endorfin dan enkefalin, yang membantu menjaga sel-sel otak tetap muda dan mencegah penuaan, memperkuat sistem kekebalan tubuh, meningkatkan kreativitas, dan menciptakan kepekaan terhadap hubungan antarmanusia, teknik pernapasan dalam bertujuan untuk mengurangi emosi marah. (Keperawatan et al., 2023)

E. Tempat dan Waktu

Pada studi kasus ini penulis mengaplikasikan implementasi terapi relaksasi tarik napas dalam guna mengurangi resiko perilaku kekerasan di ruang RIPD RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Semarang pada tanggal 31 Desember 2024 sampai 02 Januari 2025.

F. Instrumen Studi Kasus

Dalam studi kasus ini, instrumen yang digunakan adalah format pengkajian keperawatan jiwa yang mengadopsi Strategi Pelaksanaan (SP) tindakan keperawatan pada pasien yang memiliki risiko perilaku kekerasan. Proses pengkajian ini dilakukan melalui wawancara dan observasi langsung terhadap pasien untuk memperoleh informasi yang komprehensif terkait kesehatan mental dan perilaku pasien.

Dalam konteks ini, instrumen RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) digunakan untuk menilai kemampuan pasien dalam beradaptasi terhadap situasi yang dapat memicu perilaku kekerasan. RUFA membantu dalam mengidentifikasi pola perilaku, respons emosional, dan tingkat fungsi adaptif pasien dalam menghadapi stres atau konflik. Dengan menggunakan instrumen ini, penulis dapat mengkategorikan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan dan mengevaluasi bagaimana pasien berinteraksi dengan lingkungan sosialnya.

Data yang diperoleh dari pengkajian dan instrumen RUFA akan menghasilkan diagnosa keperawatan yang tepat. Diagnosa keperawatan ini akan mengarahkan penulis untuk merumuskan tindakan keperawatan yang

sesuai, termasuk intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi adaptif pasien dan mengurangi risiko perilaku kekerasan. Selanjutnya, evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, serta untuk menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan perkembangan kondisi pasien. Dengan demikian, penggunaan instrumen RUFA dalam pengkajian ini sangat penting untuk mendukung proses diagnosis dan intervensi keperawatan yang holistik dan terarah, serta untuk membantu pasien dalam mengembangkan keterampilan adaptif yang lebih baik.

G. Metode Pengumpulan Data

Penulis studi kasus ini mengumpulkan data melalui hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi serta informasi mengenai pengobatan. Sebelum dilakukan pengumpulan data, penulis harus memiliki prosedur pengumpulan data antara lain :

1. Wawancara

Wawancara langsung dengan pasien dipakai sebagai instrumen penelitian guna mengumpulkan data pasien.

2. Observasi

Observasi bisa dilakukan dengan memeriksa RM klien dan melacak kemajuan klien setiap kali klien menjalani implementasi.

3. Dokumentasi

Penulis melakukan pencarian referensi teori yang relevan dengan kasus atau permasalahan yang ditemui, sumber referensi ini dicari melalui internet, jurnal, dan literatur buku.

4. Pengumpulan data

- a. Melakukan pengkajian pada pasien sesuai studi kasus
- b. Pemeriksaan fisik pada pasien
- c. Melakukan implementasi sesuai studi kasus Pembuatan laporan
- d. Pengumpulan studi kasus dalam bentuk *hard file* dan *soft file*.

H. Analisis dan Penyimpanan Data

Analisa data di lakukan di lapangan sejak pengumpulan data hingga data diperoleh, analisis data dilakukan. Menyajikan fakta merupakan langkah pertama dalam proses ini, setelah itu data diperiksa atau dibandingkan dengan temuan penelitian teoritis sebelumnya. Metode dengan menceritakan kembali tanggapan penulis penelitian dari wawancara mereka. Selain itu, penulis menggunakan teknik observasi untuk menilai secara langsung kondisi responden guna menghasilkan data dan mendokumentasikan tindakan keperawatan. Dalam penerapan studi kasus ini, penulis menyajikan data secara terstruktur atau narasi menjelaskan hasil resiko perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi relaksasi nafas dalam digunakan untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondhohutomo Semarang dengan menyertakan pernyataan lisan, tanggapan

yang berfungsi sebagai fakta pendukung, dan catatan tentang hasil pemeriksaan. Hal ini disesuaikan dengan studi kasus deskriptif.

I. Etika Studi Kasus

Adapun beberapa etika studi kasus dalam keperawatan karena berhubungan langsung dengan manusia. Karena manusia memiliki hak asasi, etika studi kasus harus dipertimbangkan. Studi kasus yang menekankan masalah etika, yang meliputi : (Anwar & Anzward, 2021)

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 (*Beneficence*)

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

3. Keadilan (*Justice*)

Penulis tidak membedakan 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 harus menjaga privasi dan kerahasiaan semua tentang pasien, cukup data spesifik yang diberikan guna 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

Penulis studi kasus membahas tentang penggunaan teknik nafas dalam pada pasien yang resiko perilaku kekerasan. Pada contoh kasus ini, Tn. R dan Tn. M yang didiagnosis mengalami resiko perilaku kekerasan dirawat di ruang RIPD RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Pada tanggal 31 Desember 2024 sampai dengan 02 Januari 2025 diberikan asuhan keperawatan selama tiga hari berdasarkan pengamatan, pemeriksaan fisik, dan observasi. Pada proses pengkajian awal dilakukan tindakan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

1) Pasien 1

Pengkajian dilakukan pada tanggal 31 Desember 2024 di ruang RIPD RSJD Dr Amino gondohutomo Provinsi jawa Tengah di temukan data pasien dengan nama Tn. R yang berusia 47 tahun, jenis kelamin laki-laki dan beragama Islam. Pendidikan terakhir sma, berstatus menikah dan bekerja sebagai petani. Pasien masuk dirumah sakit pada tanggal 22 Desember 2024.

2) Pasien 2

Pada tanggal 31 Desember 2024 di ruang RIPD RSJD Dr Amino gondohutomo Provinsi Jawa Tengah di temukan data pasien dengan nama Tn. M yang berusia 26 tahun, jenis kelamin laki-laki dan beragama Islam. Pendidikan terakhir SMA, berstatus belum menikah dan sempat bekerja di Jakarta. Pasien masuk di rumah sakit jiwa pada tanggal 13 Desember 2024.

b. Alasan Masuk

1) Pasien 1

Tn. R mengatakan sering marah-marrah, kesal dan tidak bisa mengedalikan, marahnya, lalu pasien dirumah sering bertengkar sama istri karena istrinya dimintai tolong tidak gerak cepat, harus dibentak terlebih dahulu sehingga pasien marah sampai langsung melampiaskan amarahnya ke istri dengan memukul anggota tubuh. Pasien dan tidak tahu bagaimana cara menenangkan diri ketika amarahnya memuncak. Karena kejadian ini, pasien kemudian dibawa oleh istrinya ke rumah sakit jiwa untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

2) Pasien 2

Tn. M mengatakan masuk RSJ karena sering marah-marrah, melempar rokok, berkata kasar kepada ibu dan sempat memukul ibunya karena tidak diberikan rokok. Karena kejadian ini, pasien

kemudian dibawa oleh kakaknya ke rumah sakit jiwa untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

c. Factor Predisposisi

1) Pasien 1

Tn. R mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, mengalami gangguan jiwa pada tahun 2017 disebabkan oleh tidak bisa mengontrol amarahnya dan sering memukul istrinya. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien kambuh kembali. Pasien tidak mengalami trauma aniaya seksual dan tindakan kriminal dan pasien aniaya fisik ke istrinya dan sering ditolak istrinya saat dimintai tolong mengambilkan sesuatu. Dikeluarga pasien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Pasien tidak mempunyai masa lalu yang tidak menyenangkan.

2) Pasien 2

Tn. M mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, disebabkan tidak bisa mengontrol emosinya dan membuang-buang barang disekitarnya sehingga dimasukan ke RSJ. Pasien mengatakan lupa sudah berapa kali masuk RSJ. Pasien mengatakan pengobatannya kurang berhasil sehingga pasien merasa amarahnya tidak bisa dikontrol terutama perasaan marah. Pasien tidak mengalami trauma aniaya seksual dan tindakan kriminal dan pasien aniaya fisik ke ibunya saat tidak diberikan rokok. Dikeluarga pasien tidak ada yang mengalami gangguan

jiwa. Pasien tidak mempunyai masa lalu yang tidak menyenangkan.

d. Fisik

1) Pasien 1

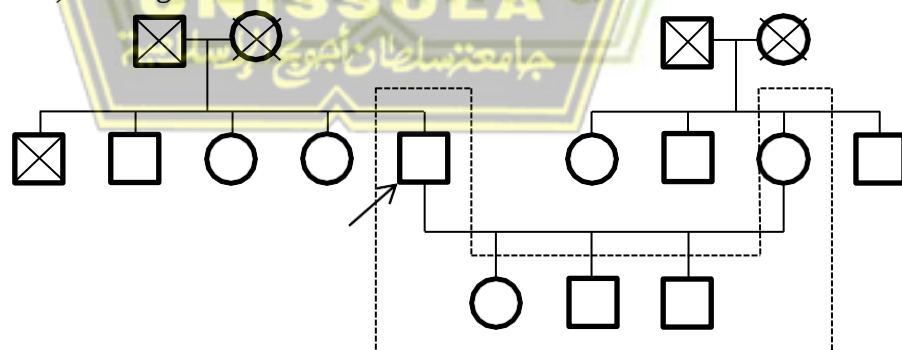
Data pemeriksaan fisik Tn. R yang didapatkan meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital diantaranya Tekanan Darah: 132/93 mmHg, Nadi: 92x/menit, Suhu: 36,8°C, RR: 20x/menit, BB: 69kg, TB: 169cm. Pasien tidak memiliki keluhan fisik.

2) Pasien 2

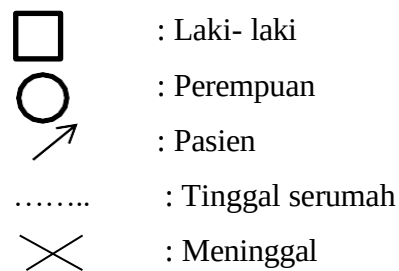
Data pemeriksaan fisik Tn. R yang didapatkan meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital diantaranya Tekanan Darah: 125/82 mmHg, Nadi: 90x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 22x/menit, BB: 58kg, TB: 165cm. Pasien tidak memiliki keluhan fisik.

e. Psikososial

1) Genogram



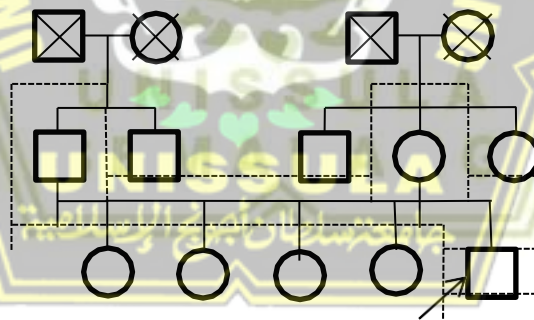
Keterangan :



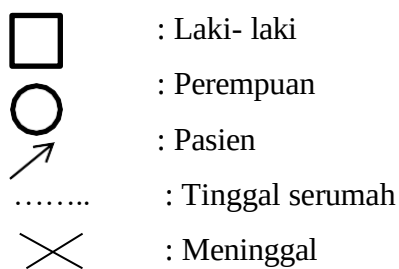
a) Pasien 1

Tn. M mengatakan anak ke 5 dari 5 bersaudara, ayah dan ibu pasien sudah meninggal. Pasien tinggal bersama istri dan ketiga anaknya yaitu, anak pertama perempuan dan 2 anak laki-laki. Pasien mengatakan keluarga tidak pernah ada yang menderita gangguan jiwa.

b) Pasien 2



Keterangan :



Tn. M mengatakan dirumah dengan kedua orang tua, pasien merupakan anak ke 5 dari 5 saudara. Pasien mengatakan kakaknya sudah menikah semua. Pasien mengatakan sudah tidak memiliki kakek/ nenek. Pasien mengatakan keluarga tidak pernah ada yang menderita gangguan jiwa.

2) Konsep Diri

a) Pasien 1

Tn. M mengatakan menyukai seluruh tubuhnya tidak perlu ada yang dirubah. Pasien merupakan anak terakhir dari 5 bersaudara. Pasien di rumah berperan sebagai kepala keluarga. Persepsi mengenai ideal diri pasien mengatakan memiliki keinginan untuk sembuh dari sakitnya. Pasien mengatakan puas dengan hidupnya sekarang.

b) Pasien 2

Tn. R mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai atau mengganggu menurut pasien. Pasien merupakan anak terakhir dari 5 bersaudara. Pasien di rumah berperan sebagai anak. Persepsi mengenai ideal diri pasien mengatakan memiliki keinginan untuk sembuh dari sakitnya. Pasien mengatakan puas dengan hidupnya sekarang dan tidak merasa malu dengan penyakitnya.

3) Hubungan Sosial

a) Pasien 1

Tn. R mengatakan orang yang berarti bagi dirinya adalah istri dan anaknya. Peran serta dalam kelompok/masyarakat pasien sering berinteraksi dengan tetangganya. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain pasien lebih suka bersosialisasi.

b) Pasien 2

Tn. M mengatakan orang yang berarti bagi dirinya adalah orang tua dan calon tunangannya. Peran serta dalam karang taruna di desanya, pasien sering berinteraksi dengan temannya. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain pasien lebih suka bersosialisasi.

4) Spiritual

a) Pasien 1

Tn. R mengatakan nilai dan keyakinan pasien menganut agama islam dan menyakini segala yang terjadi atas izin Allah SWT. Kegiatan ibadah pasien tidak mengalami hambatan spiritual dan bisa memenuhi kewajibannya menjalankan shalat 5 waktu.

b) Pasien 2

Tn. M mengatakan nilai dan keyakinan pasien menganut agama islam. Pasien jarang kegiatan ibadah sholat 5 waktu.

f. Status Mental

1) Pasien 1

Tn. R 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 gelisah ketika diajak berbincang dan mengatakan kapan dirinya direhabilitas, ketika mengoleksi 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 pembicaraan pasien dapat dipahami oleh lawan bicaranya dan dapat 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.

2) Pasien 2

Tn. M tampak tidak rapi dan kusut, dengan rambut berwarna hitam dan kulit coklat matang. Cara berbicaranya cepat, mudah dipahami, dan tidak menunjukkan gangguan, serta mampu menjelaskan apa yang dirasakannya. Namun, tatapan pasien terlihat tajam. Aktivitas motoriknya menunjukkan agitasi saat diajak berbicara, sering kali beralih topik. Ketika diajak berinteraksi, pasien merespons dengan kooperatif dan menengok saat namanya dipanggil. Selama interaksi, kontak mata pasien sangat tajam terhadap lawan bicaranya, meskipun pasien menyatakan tidak mendengar atau melihat sesuatu saat berbicara dengan orang lain. Proses berpikir dan pembicaraan pasien dapat dipahami oleh lawan bicaranya, dan pasien mampu menjelaskan topik yang dibahas. Pasien menyatakan tidak menganut keyakinan yang tidak seharusnya, dengan kesadaran penuh dan kemampuan berbicara yang baik. Pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi di rumahnya sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa dan mampu menceritakan peristiwa yang sudah lama. Pasien juga menyatakan dapat berhitung dan menyebutkan angka dari 1 hingga 10 dengan mudah. Pasien mampu mengambil keputusan dengan baik tanpa bantuan orang lain, serta menyadari penyakit yang dialaminya.

Pasien merasa perlu untuk mendapatkan bantuan dan memiliki semangat untuk sembuh.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Pasien 1

Kebutuhan makan Tn. R sehari 3 kali dengan nasi, lauk sayur dan buah. Pasien BAK dalm sehari 4 kali dengan warna kuning jernih, dan berbau khas urin, 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 mulai pukul 20.00 sampai 04.30 WIB. Pasien rutin meminum obat yang diberikan oleh perawat dan dapat bantuan minimal meminumnya. Pasien tidak melakukan perawatan lebih lanjut atau perawatan pendukung. Kegiatan pasien di dalam rumah dan sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa yaitu pasien tidak menyiapkan makanan, pasien menjaga kerapian rumah, pasien tidak mencuci pakaian, dan pasien tidak mengatur keuangan selama dirumah. Kegiatan pasien diluar rumah yaitu pasien melakukan kegiatan seperti berbelanja, pasien memiliki transportasi dan mengendarainya dan pasien melakukan secara mandiri karena sudah terbiasa.

2) Pasien 2

Kebutuhan makan Tn. M adalah tiga kali sehari, terdiri dari nasi, lauk, sayur, dan buah. Pasien buang air kecil (BAK) sebanyak 3-5 kali sehari dengan warna kuning jernih dan bau khas urin. Pasien buang air besar (BAB) sekali sehari, biasanya di pagi atau siang hari, dengan waktu yang tidak menentu. Kebutuhan makan, minum, BAK, dan BAB dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien tanpa bantuan orang lain. Pasien mandi sekali sehari pada sore hari secara mandiri dan dapat berpakaian sendiri. Pasien beristirahat dan tidur pada siang hari dari pukul 12.30 hingga 14.00 WIB, dan tidur malam dimulai dari pukul 19.00 hingga 05.15 WIB. Pasien secara rutin meminum obat yang diberikan oleh perawat dan dapat melakukannya sendiri. Pasien tidak melakukan perawatan lebih lanjut atau perawatan pendukung. Kegiatan pasien di dalam rumah sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa meliputi tidak menyiapkan makanan, tidak menjaga kerapian rumah, tidak mencuci pakaian, dan tidak mengatur keuangan. Sementara itu, kegiatan pasien di luar rumah termasuk mengantar ibunya berbelanja, memiliki transportasi, dan mengendarainya secara mandiri karena sudah terbiasa.

h. Mekanisme Koping

1) Pasien 1

Tn. R mengatakan jika merasa emosi atau sedang ada masalah dengan orang lain, pasien mencoba untuk selalu mengabaikannya. Pasien mengatakan senang setelah berkumpul dengan keluarga dan teman-temannya. Pasien tidak mampu mengendalikan emosinya. Pasien juga sering memukul istrinya ketika sedang emosi.

2) Pasien 2

Tn. M mengatakan jika ada masalah, pasien mencoba untuk menyelesaikan masalah. Pasien mengatakan senang setelah berkumpul dengan keluarga dan teman-temannya. Pasien tidak mampu mengendalikan emosinya. Pasien juga memukul ibunya ketika tidak diberikan rokok.

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Pasien 1

Tn. R mengatakan tidak ada masalah dalam dukungan kelompok, pendidikan, masalah ekonomi.

2) Pasien 2

Tn. M mengatakan tidak ada masalah dalam dukungan kelompok, pendidikan, masalah ekonomi.

j. Sumber Daya

1) Pasien 1

Tn. R mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa.

2) Pasien 2

Tn. M mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa.

k. Aspek Medik

1) Pasien 1

Tn. R

Diagnose Medis: F20.3 Skizofrenia tak terinci

Terapi Medis:

Tanggal 02-01-2024

i) Risperidone 2x2 mg

Obat ini khusus digunakan untuk mengobati atau meredakan gejala skizofrenia, gangguan bipolar, iritabilitas yang terkait dengan gangguan autistik. Risperidone termasuk dalam kelas obat antipsikotik atipikal yang bekerja dengan membantu mengembalikan keseimbangan zat alami tertentu di otak.

ii) Trihexipenidy 1x2 mg

Untuk mencegah atau mengobati salah satu efek samping dari penggunaan obat antipsikotik konvensional jangka pendek dan panjang berupa sindrom ekstra piramidal atau extra piramidal syndrome (EPS).

iii) Aripiprazol 1x10 mg

Untuk terapi tambahan pada penyakit depresi, gangguan tic, dan iribilitas yang berhubungan dengan autisme.

2) Pasien 2

Tn. M

Diagnose Medis: Skizofrenia Paranoid

Terapi Medis:

Tanggal 02-01-202

i) Risperidone 2x2 mg

Obat ini khusus digunakan untuk mengobati atau meredakan gejala skizofrenia, gangguan bipolar, iritabilitas yang terkait dengan gangguan autistik. Risperidone termasuk dalam kelas obat antipsikotik atipikal yang bekerja dengan membantu mengembalikan keseimbangan zat alami tertentu di otak.

ii) Aripiprazol 2x5 mg

Untuk terapi tambahan pada penyakit depresi, gangguan tic, dan iribilitas yang berhubungan dengan autisme.

2. Analisa Data

1) Pasien 1

Pada tanggal 31 Desember 2024 pukul 09:00 WIB Tn. R Data subyektif yang pertama dihasilkan adalah saat pengkajian pasien mengatakan sering marah-marah memukul istrinya saat ditolak dimintai tolong, pasien mengaku frustrasi dan tidak tau cara

menengkan diri saat amarahnya memuncak. Data objektif pasien tampak tegang, pasien tampak menunjukkan perubahan emosi yang cepat dan tiba-tiba tanpa alasan yang jelas, pasien kontak mata selama pengkajian.

Problem : resiko perilaku kekerasan

Data fokus kedua pada tanggal 31 Desember 2024 pukul 09:15 WIB Tn. R, diperoleh data subyektif bahwa pasien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya bicara, suara datangnya tidak menentu, membuat pasien berbicara sendiri, data obyektif pasien tampak bingung dan gelisah.

Problem : halusinasi pendengaran

Data focus ketiga pada tanggal 31 Desember 2024 pukul 09.25 WIB Tn. R, diperoleh data subyektif bahwa pasien mengatakan sering diejek tetangganya karena pernah masuk RSJ, pasien merasa harga dirinya direndahkan. Data obyektif pasien terlihat lesu, pasien terlihat kurang percaya diri.

Problem : harga diri rendah

2) Pasien 2

Pada tanggal 31 Desember 2024 pukul 10:00 WIB Tn. M Data subyektif yang pertama dihasilkan adalah saat pengkajian pasien mengatakan sering marah-marah, melempar rokok, berkata kasar kepada ibunya dan sempat memukul ibunya karena tidak diberikan rokok. Data objektif pasien tampak tegang, tatapan mata tajam, pasien

tampak melamun saat ditanya, pasien saat menjawab dengan cepat dan suara nadanya keras.

Problem : resiko perilaku kekerasan

Data fokus kedua pada tanggal 31 Desember 2024 pukul 10:15 WIB Tn. M, diperoleh data subyektif bahwa pasien mengatakan pernah bekerja di Jakarta 4 bulan tapi tidak nyaman dengan pekerjaannya, sekarang tidak bekerja, pasien mengatakan tidak memiliki uang untuk beli rokok, pasien mengatakan harapan untuk tahun ini semoga lekas sembuh agar tidak kembali ke RSJ lagi, pasien mengatakan ingin bekerja agar dapat menikah dengan calonnya. Data obyektif pasien tampak menunduk, pasien merasa dirinya negative.

Problem: harga diri rendah

Data focus ketiga pada tanggal 31 Desember 2024 pukul 10.25 WIB Tn. M, diperoleh data subyektif bahwa pasien mengatakan mandi 1x sehari pada sore hari hanya menggunakan air tidak menggunakan sabun, pasien mengatakan keramas saat rambutnya terasa gatal, pasien ganti baju 1x sehari, pasien mengatakan suka memanjangkan kukunya. Data obyektif pasien berpakaian sesuai namun tidak rapi atau kusut, tampak kotor bajunya, tampak tidak bugur, kuku pasien tampak panjang, rambutnya tampak berantakan.

Problem: deficit perawatan diri

3. Diagnose Keperawatan

Berdasarkan analisa data yang diperoleh pasien mengalami risiko perilaku kekerasan, penulis menegakkan diagnosa prioritas risiko perilaku kekerasan (D.0146) 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 menjelaskan tahapan masalah diantaranya dengan memberikan SP dan melakukan terapi tarik nafas dalam. Intervensi keperawatan selanjutnya untuk mengisi masalah keperawatan pada Tn. R dan Tn. M yang muncul yaitu risiko perilaku kekerasan dengan tujuan pasien bisa membina hubungan saling percaya, pasien bisa mengontrol risiko perilaku kekerasan, pasien bisa mengontrol marahnya. Selanjutnya melakukan intervensi keperawatan selama 3 kali pertemuan di harapkan amarahnya bisa teratasi dengan kriteria hasil: verbalisasi rasa jengkel menurun, resiko perilaku kekerasan menurun, dapat mengetahui cara meminum obat secara teratur dan benar.

Strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan yaitu:

SP 1 : bina hubungan saling percaya, mengenal penyebab RPK, mengenal tanda gejala yang menimbulkan rasa marah, berkumpul dengan reaksi pasien rasa marah itu muncul, ajarkan terapi tarik napas dalam untuk mengontrol marah, anjurkan pasien melakukan cara tarik

napas dalam untuk mengontrol marah, anjurkan pasien melakukan tarik napas dalam dan masukan ke dalam jadwal kegiatan harian.

SP 2 : Ketika jadwal kegiatan harian pasien, latih mengontrol marah dengan cara fisik bantal.

SP 3 pasien : evaluasi jadwal kegiatan pasien, latih mengendalikan marah dengan cara berkomunikasi dengan orang lain.

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

SP 5 pasien: menganjurkan minum obat secara teratur.

5. Implementasi

1) Pasien 1

Penulis akan menjelaskan mengenai implementasi yang telah diberikan kepada Tn. R selama 3 kali pertemuan. Implementasi pertama di lakukan pada tanggal 31 desember 2024 pada pukul 09:00 WIB di temukan data subyektif : pasien mengatakan sering marah-marah memukul istrinya saat ditolak dimintai tolong, pasien mengaku frustasi dan tidak tau cara menenangkan diri saat amarahnya memuncak. Untuk data objektifnya : pasien tampak tegang, pasien tampak menunjukkan perubahan emosi yang cepat dan tiba-tiba tanpa alasan yang jelas, pasien kontak mata selama pengkajian. 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 dan SP 3: dengan cara berkomunikasi dengan orang lain.

Implementasi pertemuan ke 2 pada hari Rabu 01 Januari 2025 pada pukul 09:00 WIB di lakukan SP 2 : dengan melatih pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal dan SP 3: dengan cara berkomunikasi dengan orang lain, di temukan data subyektif : pasien mengatakan marah-marahnya berkurang, pasien akan mencoba untuk mengendalikan amarahnya, pasien mengatakan sering bersosialisasi dengan temannya sedangkan data obyektifnya : pasien tampak tenang, mulai bisa meluapkan emosinya. Untuk rencana tindak lanjut yang akan di lakukan yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan SP 4 melatih dengan cara sepiritual seperti Tarik nafas lalu hembuskan dengan mengucapkan kalimat istighfar dan SP 5 menganjurkan mematuhi minum obat.

Implementasi pertemuan ke 3 pada hari kamis 02 Januari 2025 pada pukul 09:00 WIB dengan melakukan tindakan SP 4 melatih dengan cara sepiritual seperti Tarik nafas lalu hembuskan dengan mengucapkan kalimat istighfar dan SP 5 menganjurkan mematuhi minum obat,

dengan data subyektif : pasien mengatakan marahnya sudah mereda dan membaik dari sebelumnya, pasien mengatakan menerapkan tarik nafas dalam dengan mengucapkan kalimat istighfar saat amarahnya kambuh, pasien mengatakan akan mematuhi minum obat, pasien mengatakan emosinya sudah mulai stabil, sedangkan data obyektifnya : pasien tampak kooperatif, pasien tampak menjalankan perintah dengan baik, pasien masih mengingat teknik-teknik yang diberikan. Dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan di lanjutkan evaluasi SP 1 sampai dengan SP 2- SP 3 dan di lanjutkan tindakan keperawatan SP 4- SP 5, rencana tindak lanjut perawat yaitu meminta pasien melakukan secara mandiri mulai dari SP 1- SP 5.

2) Pasien 2

Penulis akan menjelaskan mengenai implementasi yang telah diberikan kepada Tn. M selama 3 kali pertemuan. Implementasi pertama di lakukan pada tanggal 31 desember 2024 pada pukul 10:00 WIB di temukan data subyektif : pasien mengatakan sering marah-marah, melempar rokok, berkata kasar kepada ibunya dan sempat memukul ibunya karena tidak diberikan rokok. Data objektif pasien tampak tegang, tatapan mata tajam, pasien tampak melamun saat ditanya, pasien saat menjawab dengan cepat dan suara nadanya keras. 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 dan SP 3: dengan cara berkomunikasi dengan orang lain.

Implementasi pertemuan ke 2 pada hari Rabu 01 Januari 2025 pada pukul 10:00 WIB di lakukan SP 2 : dengan melatih pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal dan SP 3: dengan cara berkomunikasi dengan orang lain, di temukan data subyektif : pasien mengatakan marah-marahnya berkurang, pasien akan mencoba untuk mengendalikan amarahnya dengan memukul bantal, pasien mengatakan sering bersosialisasi dengan temanya di RSJ sedangkan data obyektifnya: pasien tampak tenang, tatapan matanya sudah tidak tajam, pasien saat menjawab suara nadanya mulai rendah. Untuk rencana tindak lanjut yang akan di lakukan yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan SP 4 melatih dengan cara sepiritual seperti Tarik nafas lalu hembuskan dengan mengucapkan kalimat istighfar dan SP 5 menganjurkan mematuhi minum obat.

Implementasi pertemuan ke 3 pada hari Kamis 02 Januari 2025 pada pukul 10:00 WIB dengan melakukan tindakan SP SP 4 melatih dengan cara sepiritual seperti Tarik nafas lalu hembuskan dengan

mengucap kalimat istighfar dan SP 5 menganjurkan mematuhi minum obat, subyektif : pasien mengatakan marahnya sudah mereda dan membaik dari sebelumnya dengan melakukan tarik nafas dalam dengan mengucap kalimat istighfar, pasien mengatakan emosinya sudah stabil, pasien mengatakan akan mematuhi minum obat sedangkan data obyektifnya : pasien tampak kooperatif, pasien tampak menjalankan perintah dengan baik, pasien masih mengingat teknik-teknik yang diberikan. Dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan di lanjutkan evaluasi SP 1 sampai dengan SP 5, rencana tindak lanjut perawat yaitu meminta pasien melakukan secara mandiri mulai dari SP 1- SP 5.

6. Evaluasi

1) Pasien 1

Setelah di lakukan implementasi selama 3 kali kunjungan di dapatkan hasil evaluasi Tn. R mampu melakukan setrategi-setrategi yang sudah di ajarkan selama 3 kali pertemuan. Tahap selanjutnya melakukan evaluasi yang di lakukan di hari selasa 31 Desember 2024 di dapatkan data subyektif : pasien mengatakan sering marah-marah memukul istrinya saat ditolak dimintai tolong, pasien mengaku frustasi dan tidak tau cara menenangkan diri saat amarahnya memuncak. Data obyektif : pasien mampu melakukan tehnik Tarik nafas dalam. A : resiko perilaku kekerasan (+), planning: lanjutkan intervensi resiko

perilaku kekerasan dengan SP 2 dan SP 3 mengevaluasi SP 1 dan berikan jadwal rutin untuk mengontrol emosi menggunakan SP 1.

Evaluasi kedua pada hari Rabu 01 Januari 2025 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. A : resiko perilaku kekerasan (+), P : lanjutkan intervensi resiko perilaku kekerasan dengan cara SP 4 melatih dengan cara sepiritual seperti tarik nafas lalu hembuskan dengan mengucapkan kalimat istighfar dan SP 5 menganjurkan mematuhi minum obat, evaluasi SP 2 dan SP 3.

Evaluasi hari ke 3 pada tanggal 02 Januari 2025 dengan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa mengontrol marahnya dengan cara tarik nafas dalam dengan mengucapkan kalimat istighfar. Data obyektif : pasien tampak sudah bisa mengontrol marah, A : resiko perilaku kekerasan (-), planning : hentikan intervensi, evaluasi control marah SP 1 sampai SP 5.

2) Pasien 2

Setelah di lakukan implementasi selama 3 kali kunjungan di dapatkan hasil evaluasi Tn. M mampu melakukan setrategi-setrategi yang sudah di ajarkan selama 3 kali pertemuan. Tahap selanjutnya melakukan evaluasi yang di lakukan di hari selasa 31 Desember 2024 di dapatkan data subyektif : pasien mengatakan sering marah-marah,

melempar rokok, berkata kasar kepada ibunya dan sempat memukul ibunya karena tidak diberikan rokok. Data objektif pasien tampak tegang, tatapan mata tajam, pasien tampak melamun saat ditanya, pasien saat menjawab dengan cepat dan suara nadanya keras. pasien mampu melakukan tehnik Tarik nafas dalam. A : resiko perilaku kekerasan (+), plening: lanjutkan intervensi resiko perilaku kekerasan dengan SP 2 dan SP 3 mengevaluasi SP 1 dan berikan jadwal rutin untuk mengontrol emosi menggunakan SP 1.

Evaluasi kedua pada hari Rabu 01 Januari 2025 di dapatkan data subyektif : pasien mengatakan marah-marahnya berkurang, pasien akan mencoba untuk mengendalikan amarahnya dengan memukul bantal, pasien mengatakan sering bersosialisasi dengan temanya di RSJ sedangkan data objektif : pasien bisa memahami dan mampu mempraktikan mengontrol marah dengan cara memukul bantal, pasien tampak tenang, tatapan matanya sudah tidak tajam, pasien saat menjawab suara nadanya mulai biasa. A: resiko perilaku kekerasan (+), P : lanjutkan intervensi resiko prilaku kekerasan dengan cara SP 4 melatih dengan cara sepiritual seperti Tarik nafas lalu hembuskan dengan mengucapkan kalimat istighfar dan SP 5 menganjurkan mematuhi minum obat, evaluasi SP 2 dan SP 3.

Evaluasi hari ke 3 pada tanggal 02 Januari 2025 dengan data subyektif : pasien mengatakan sudah bisa mengontrol marahnya dengan cara tarik nafas dalam dengan mengucapkan kalimat istighfar dan

minum obat secara teratur. Data obyektif : pasien tampak sudah bisa mengontrol marah, pasien tampak kooperatif, pasien tampak menjalankan perintah dengan baik, pasien masih mengingat teknik-teknik yang diberikan. A : resiko perilaku kekerasan (-), planning : hentikan intervensi, evaluasi control marah SP 1 sampai SP 5.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan jiwa pada pasien 1 Tn. R dan pasien 2 Tn. M dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan di ruang RIPD RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang. Asuhan keperawatan di lakukan selama 3 hari pada tanggal 31 Desember 2024 – 02 Januari 2025. 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

1) Pasien 1

Hasil pengkajian yang di lakukan oleh penulis pada tanggal 31 desember 2024 di dapatkan data pada Tn. R yaitu mengatakan sering marah-marah memukul istrinya saat ditolak dimintai tolong, pasien mengaku frustasi dan tidak tau cara menenangkan diri saat amarahnya memuncak. Data obyektif pasien tampak tegang, pasien tampak menunjukan perubahan emosi yang cepat dan tiba-tiba tanpa alasan yang jelas, pasien kontak mata selama pengkajian. Resiko perilaku

kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang menunjukkan bahwa dirinya mampu membahayakan orang lain maupun diri sendiri. Factor predisposisi yang muncul pada Tn. R mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, mengalami gangguan jiwa pada tahun 2017 disebabkan oleh tidak bisa mengontrol amarahnya dan sering memukul istrinya. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien kambuh kembali. Pasien tidak mengalami trauma aniaya seksual dan tindakan kriminal dan pasien aniaya fisik ke istrinya dan sering ditolak istrinya saat dimintai tolong mengambilkan sesuatu. Dikeluarga pasien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Pasien tidak mempunyai masa lalu yang tidak menyenangkan.

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

2) Pasien 2

Hasil pengkajian yang di lakukan oleh penulis pada tanggal 31 desember 2024 di dapatkan data pada Tn. M yaitu : pasien mengatakan sering marah-marah, melempar rokok, berkata kasar kepada ibunya dan sempat memukul ibunya karena tidak diberikan rokok. Data objektif pasien tampak tegang, tatapan mata tajam, pasien tampak melamun saat ditanya, pasien saat menjawab dengan cepat dan suara nadanya keras. Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu

keadaan dimana seseorang menunjukan bahwa dirinya mampu membahayakan orang lain maupun diri sendiri.

Factor predisposisi yang muncul pada Tn. M mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, disebabkan tidak bisa mengontrol emosinya dan membuang-buang barang disekitarnya sehingga dimasukan ke RSJ. Pasien mengatakan lupa sudah berapa kali masuk RSJ. Pasien mengatakan pengobatannya kurang berhasil sehingga pasien merasa amarahnya tidak bisa dikontrol terutama perasaan marah. Pasien tidak mengalami trauma aniaya seksual dan tindakan kriminal dan pasien aniaya fisik ke ibunya saat tidak diberikan rokok. Dikeluarga pasien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Pasien tidak mempunyai masa lalu yang tidak menyenangkan.

Data-data yang ada pada teori di atas sesuai dengan data-data pengkajian yang di lakukan oleh penulis kepada Tn. M, hal tersebut menunjukan 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).

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 – 5 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 tehnik tarik nafas dalam agar pasien tidak terbawa kendali dari marahnya 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 atau marah 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

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 5 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.

Dari RUFA Scale pengkajian awal sebelum diberikan terapi tarik napas dalam pada Tn. R diperoleh hasil sebagai berikut :

Indikator RUFA	Perilaku kekerasan	Penilaian skor	
		Ya (1)	Tdak (1)
Perilaku	Melukai diri sendiri dan orang lain	V	
	Mengamuk	V	
	Menentang	V	
	Mengancam	V	
	Mata melotot	V	
Verbal	Bicara kasar		V
	Intonasi tinggi		V
	Intonasi sedang	V	
	Menghina orang lain	V	
	Menuntut	V	
	Berdebat	V	
Emosi	Labil		V
	Mudah tersinggung	V	

	Ekspresi tegang	V	
	Marah – marah	V	
	Dendam		V
	Merasa tidak aman	V	
fisik	Muka merah		V
	Pandangan tajam	V	
	Nafas pendek	V	
	Berkeringat		V
	Tekanan darah meningkat	V	V
Jumlah	Tekanan darah menurun		V
		16	8

Dari RUFA Scale pengkajian awal sebelum diberikan terapi tarik napas dalam pada Tn. M diperoleh hasil sebagai berikut :

Indikator RUFA	Perilaku kekerasan	Penilaian skor	
		Ya (1)	Tidak (1)
Perilaku	Melukai diri sendiri dan orang lain	V	
	Mengamuk	V	
	Menentang	V	
	Mengancam	V	
	Mata melotot	V	
Verbal	Bicara kasar	V	
	Intonasi tinggi	V	
	Intonasi sedang		V
	Menghina orang lain	V	
	Menuntut	V	
Emosi	Berdebat	V	
	Labil		V
	Mudah tersinggung	V	
	Ekspresi tegang	V	
	Marah – marah	V	
fisik	Dendam		V
	Merasa tidak aman	V	
	Muka merah		V
	Pandangan tajam	V	
	Nafas pendek	V	
Jumlah	Berkeringat	V	
	Tekanan darah meningkat	V	V
	Tekanan darah menurun		V
		18	7

1) Pasien 1

Pada tanggal 31 desember 2024 pukul 09:00 WIB Tn. R, 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. R sebelum di berikan terapi Tarik nafas dalam pasien mengatakan sering marah-marah memukul istrinya saat ditolak dimintai tolong dan merasa frustrasi dan tidak tau cara menenangkan diri saat amarahnya memuncak, Tn. R tampak tegang, menunjukkan perubahan emosi yang cepat dan tiba-tiba tanpa alasan yang jelas. Namun setelah di lakukan terapi Tarik nafas dalam pasien sudah sedikit merasa tenang, tetapi masih tegang. Pada hari pertama, tidak ada hambatan selama terapi latihan Tarik nafas dalam, untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Pada tanggal 01 Januari 2025 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 dan SP 3 dengan cara berkomunikasi dengan orang lain. Namun sebelum

memberikan SP 2 dan SP 3 perawat melakukan evaluasi terhadap SP 1 yang telah diberikan. Terapi memukul bantal efektif dan cara berkomunikasi dengan orang lain 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. R mampu memahami apa yang sudah diajarkan, pasien juga sebelumnya melakukan latihan terapi Tarik nafas dalam untuk mengontrol emosinya. Tn. R sebelum di berikan terapi Tarik nafas dalam pasien mengatakan sering marah dan sering memukul. Setelah di lakukan terapi Tarik nafas dalam pasien mengatakan marahnya berkurang. Di pertemuan ke dua tidak ada hambatan selama di berikan latihan memukul bantal dan berkomunikasi dengan orang lain.

Pada tanggal 02 januari 2025 pada pukul 09:00 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan strategi pelaksanaan SP 4 yaitu SP 4 melatih dengan cara sepiritual seperti Tarik nafas lalu hembuskan dengan mengucapkan kalimat istighfar dan SP 5 menganjurkan mematuhi minum obat. Terapi Tarik nafas dalam di berikan 2 kali sehari selama 3 hari, yang dimana di hari ketiga sebelum di berikan terapi tarik nafas dengan mengucapkan kalimat istighfar dalam pasien

mengatakan masih mudah marah. Setelah di berikan intervensi SP 1 – SP 5 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.

2) Pasien 2

Pada tanggal 31 desember 2024 pukul 10:00 WIB Tn. M, penulis melakukan tindakan keperawatan SP 1 dengan mengajarkan terapi tarik nafas dalam untuk mengontrol emosi. Terapi tarik dalam yaitu untuk mempertahankan diri terhadap rasa marah yang muncul dengan menolak marah 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. M sebelum di berikan terapi Tarik nafas dalam pasien mengatakan sering marah-marah, melempar rokok, berkata kasar kepada ibunya dan sempat memukul ibunya karena tidak diberikan rokok. Namun setelah di lakukan terapi Tarik nafas dalam pasien sudah sedikit merasa tenang, tetapi masih tegang. Pada hari pertama, tidak ada hambatan selama terapi latihan Tarik nafas dalam, untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Pada tanggal 01 Januari 2025 pada pukul 10:00 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 dan SP 3 dengan cara berkomunikasi dengan orang lain. Namun sebelum memberikan SP 2 dan SP 3 perawat melakukan evaluasi terhadap SP 1 yang telah diberikan. Terapi memukul bantal efektif dan cara berkomunikasi dengan orang lain 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. M mampu memahami apa yang sudah diajarkan, pasien juga sebelumnya melakukan latihan terapi Tarik nafas dalam untuk mengontrol emosinya. Tn. M sebelum di berikan terapi Tarik nafas dalam pasien mengatakan sering marah dan sering memukul. Setelah di lakukan terapi Tarik nafas dalam pasien mengatakan marahnya berkurang. Di pertemuan ke dua tidak ada hambatan selama di berikan latihan memukul bantal dan berkomunikasi dengan orang lain.

Pada tanggal 02 januari 2025 pada pukul 10:00 WIB, penulis melakukan tindakan keperawatan strategi pelaksanaan SP 4 yaitu SP 4 melatih dengan cara spiritual seperti tarik nafas lalu hembuskan dengan mengucapkan kalimat istighfar dan SP 5 menganjurkan mematuhi minum obat. Terapi Tarik nafas dalam di berikan 2 kali

sehari selama 3 hari, yang dimana di hari ketiga sebelum di berikan terapi tarik nafas dengan mengucapkan kalimat istighfar dalam pasien mengatakan masih mudah marah. Setelah di berikan intervensi SP 1 – SP 5 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 pada pasien 1 Tn. R dan pasien 2 Tn. M selama 30 menit di lakukan secara konsisten dari hari 1 sampai hari 3 menunjukan bahwa terapi Tarik nafas dalam selama 5 kali pengulangan secara konsisten dapat membantu mengendalikan marah, obat obatan juga terbukti membantu dan di kelola 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 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 di rasakan pasien sehingga dapat membantu menjernihkan pikiran, memperbaiki prilaku, dan menstabilkan emosi.

Saat pemberian tindakan keperawatan strategi pelaksanaan SP 1 – SP 5 dan juga pemberian teknik tarik nafas dalam tidak di temukan hambatan, selama di berikan terapi pada pasien 3 hari pasien tampak kooperatif. Hambatan yang di temukan 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 di lakukan dapat di simpulkan bahwa intervensi tersebut harus rutin dilakukan, sehingga pasien dapat mengidentifikasi faktor yang menyebabkan yang menyebabkan perilaku kekerasan dan pasien dapat mengatasi dengan cara tarik nafas dalam untuk mengontrol emosinya.

Tabel Hasil RUFA scale evaluasi pada Tn. R

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

Indikator RUFA	Perilaku kekerasan	Penilaian skor	
		Ya (1)	Tidak (1)
	Berkeringat		V
	Tekanan darah meningkat		V
	Tekanan darah menurun		V
Jumlah		1	22

Berdasarkan hasil Rufa Scale evaluasi diperoleh skor 1 pasien telah menunjukkan penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan setelah dilakukan implementasi terapi tarik napas dalam selama 3 hari. Pasien menunjukkan perubahan perilaku positif. Tn. R memiliki intonasi suara sedang, yang mencerminkan karakteristik bawaan sejak lahir dan menunjukkan stabilitas dalam pola bicara serta ekspresi verbalnya. Intonasi ini tetap konsisten selama proses terapi, menandakan bahwa meskipun ia mengalami perubahan emosional, kemampuan komunikasinya tetap terjaga dengan baik. Hal ini turut mendukung kelancaran dalam penerimaan intervensi, karena ekspresi verbal yang stabil mempermudah perawat dalam membangun komunikasi terapeutik yang efektif.

Tabel hasil RUFA scale evaluasi pada Tn. M

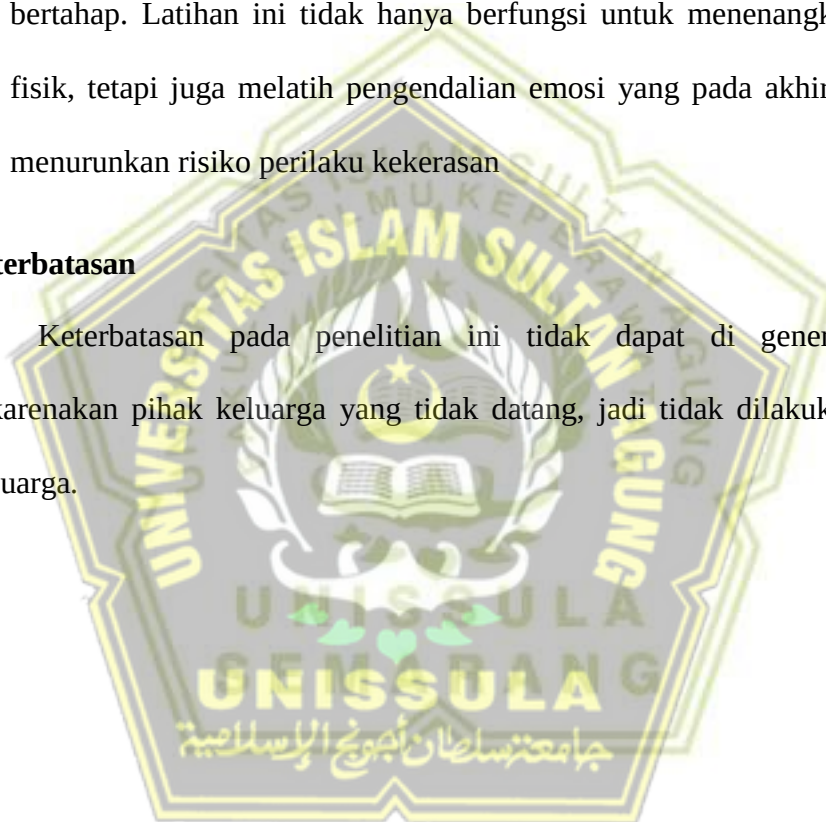
Indikator RUFA	Perilaku kekerasan	Penilaian skor	
		Ya (1)	Tidak (1)
Perilaku	Melukai diri sendiri dan orang lain		V
	Mengamuk		V
	Menentang		V
	Mengancam		V
	Mata melotot		V
Verbal	Bicara kasar		V
	Intonasi tinggi		V
	Intonasi sedang	V	
	Menghina orang lain		V
	Menuntut		V
	Berdebat		V
Emosi	Labil	V	
	Mudah tersinggung		V
	Ekspresi tegang		V
	Marah – marah		V
	Dendam		V
	Merasa tidak aman		V
fisik	Muka merah		V
	Pandangan tajam		V
	Nafas pendek	V	
	Berkeringat		V
	Tekanan darah meningkat		V
Jumlah	Tekanan darah menurun		V
		3	20

Berdasarkan hasil Rufa Scale evaluasi diperoleh skor 3 pasien telah menunjukkan penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan setelah dilakukan implementasi terapi tarik napas dalam selama 3 hari. Pasien menunjukkan perubahan perilaku positif. Tn. M diketahui memiliki intonasi suara sedang, yang merupakan karakteristik bawaan sejak lahir dan mencerminkan kestabilan dalam pola komunikasi verbalnya. Namun demikian, terdapat ketidaksesuaian antara kestabilan intonasi tersebut dengan kondisi emosionalnya yang cenderung labil. Hal ini terlihat dari kesulitan Tn. M dalam mengendalikan perasaan, terutama saat menghadapi situasi yang memicu kemarahan atau kecemasan. Dalam

kondisi emosional tertentu, Tn. M sering menunjukkan respons stres yang tidak terkontrol, seperti napas yang pendek atau tersengal, yang merupakan manifestasi fisik dari ketegangan emosional. Oleh karena itu, intervensi relaksasi pernapasan dalam menjadi strategi penting untuk membantu Tn. M mengelola stres dan meredakan ketegangan secara bertahap. Latihan ini tidak hanya berfungsi untuk menenangkan secara fisik, tetapi juga melatih pengendalian emosi yang pada akhirnya dapat menurunkan risiko perilaku kekerasan.

C. Keterbatasan

Keterbatasan pada penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan dikarenakan pihak keluarga yang tidak datang, jadi tidak dilakukannya SP keluarga.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil studi kasus yang dilakukan secara langsung pada tanggal 31 desember 2024 – 02 januari 2025 pada pasien 1 Tn. R dan pasien 2 Tn. M di ruang RIPD 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, implementasi dan evaluasi hasil. Maka penulis dapat merumuskan kesimpulan sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian yang telah didapatkan, masalah utama yang muncul yaitu pasien Tn. R mengatakan sering marah-marrah memukul istrinya saat ditolak dimintai tolong, pasien mengaku frustrasi dan tidak tau cara menenangkan diri saat amarahnya memuncak dan Tn. M mengatakan sering marah-marrah, melempar rokok, berkata kasar kepada ibunya dan sempat memukul ibunya karena tidak diberikan rokok.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. R diantaranya yaitu Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146) dan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien 2 Tn. M yaitu Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146).
3. Perencanaan yang dilakukan difokuskan pada Resiko Perilaku Kekerasan adalah dengan memberikan teknik relaksai nafas dalam pada pasien 1 Tn. R dan pasien 2 Tn. M.

4. Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang disusun, difokuskan pada pasien untuk memberikan teknik tarik nafas dalam pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.
5. Implementasi keduanya menunjukkan perbaikan signifikan dalam mengelola emosi dan mengontrol perilaku kekerasan. Pada awalnya, kedua pasien mengalami kesulitan mengontrol amarah dan menunjukkan perilaku agresif terhadap orang lain. Namun setelah mengikuti latihan tarik nafas dalam, merasa lebih tenang dan mampu menahan amarah secara lebih baik. Tidak ditemukan hambatan dalam pelaksanaan terapi, dan teknik yang digunakan terbukti efektif serta mudah dipahami oleh pasien.
6. Evaluasi menunjukkan bahwa sering marah-marah pada pasien lebih berkurang dan mampu mengelola emosi setelah diberikan teknik tarik nafas dalam. Tn. R memiliki intonasi suara sedang, yang mencerminkan karakteristik bawaan sejak lahir dan menunjukkan stabilitas dalam pola bicara serta ekspresi verbalnya. Intonasi ini tetap konsisten selama proses terapi, menandakan bahwa meskipun ia mengalami perubahan emosional, kemampuan komunikasinya tetap terjaga dengan baik. Hal ini turut mendukung kelancaran dalam penerimaan intervensi, karena ekspresi verbal yang stabil mempermudah perawat dalam membangun komunikasi terapeutik yang efektif. Tn. M diketahui memiliki intonasi suara sedang, yang merupakan karakteristik bawaan sejak lahir dan mencerminkan kestabilan dalam pola komunikasi verbalnya. Namun

demikian, terdapat ketidaksesuaian antara kestabilan intonasi tersebut dengan kondisi emosionalnya yang cenderung labil.

B. Saran

1. Bagi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

Melalui studi kasus ini, diharapkan bahwa bidang keperawatan jiwa di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang dapat menerapkan terapi relaksasi nafas dalam sebagai metode non-farmakologis untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan.

2. Bagi institusi pendidikan

Studi kasus ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan bagi institusi pendidikan dalam merencanakan dan mengajarkan berbagai metode untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan, terutama kepada mahasiswa keperawatan.

3. Bagi masyarakat

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat memberikan wawasan baru bagi masyarakat bahwa teknik tarik nafas dalam dapat digunakan dalam penanganan pasien yang berisiko melakukan perilaku kekerasan.

4. Bagi pasien

Hasil dari studi kasus ini diharapkan agar pasien dapat mengendalikan rasa marah dan menerapkan teknik tarik napas dalam sesuai dengan yang diajarkan oleh perawat.

5. Bagi penulis selanjutnya

Hasil dari studi kasus ini dapat digunakan sebagai salah satu sumber referensi untuk melaksanakan studi kasus di masa mendatang.



DAFTAR PUSTAKA

- Anggara, et al. (2024). Penerapan Terapi Okupasi Aktivitas Waktu Luang (Menggambar Dan Menanam Tanaman) Terhadap Tanda Dn Gejala Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Cendikia Muda*, 4, 128–136.
- Anisa. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Srikandi Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah*.
- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106–110. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7578>
- Anwar, A., & Anzward, B. (2021). Pertanggungjawaban Hukum Terhadap Perawat Dalam Pemenuhan Kewajiban Berdasarkan Kode Etik Keperawatan Legal Liability To Nurses in Fulfilling Obligations Based on Nursing Code of Ethics. *Jurnal de Facto*, 8(1), 1–16. <http://jurnal.pascasarjana.uniba-bpn.ac.id/index.php/jurnaldefacto/article/view/94>
- Carolina, C., & Tjakrawiralaksana, M. A. (2021). Efektivitas intervensi teen anger management and education dalam mengatasi masalah kemarahan dan agresivitas pada remaja perempuan. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 9(2), 200–210. <https://doi.org/10.22219/jipt.v9i2.14441>
- 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. Universitas Islam Sultan Agung Semarang*.
- Ginting, A. A. (2021). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.A Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Tn.Adi Takengon Aceh Tengah. Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. <https://files.osf.io/v1/resources/gfa3w/providers/osfstorage/61740b06eac02c00c1c4d22c?action=download&direct&version=1>
- Hulu, Febri, W. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr.M. Ildrem di Medan Sumatera Utara. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1–47. <https://files.osf.io/v1/resources/hyd8w/providers/osfstorage/621c8bca2538b8087f265324?action=download&direct&version=1>
- Juwinta, C. P. (2021). Modul konsep sehat dan sakit. *Biologi Dan Ilmu Lingkungan*, 9–10.
- Kekerasan, R. P. (2018). *Standar asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan ? 150*. 49–54.

- Keperawatan, D. T., Dharma, S., Siska, H., & Indonesia, D. (2023). *PUSKESMAS IBRAHIM ADJIE Faktor Predisposisi : Psikologis : stresor yang memicu perilaku kekerasan dan a . Konsep Risiko Perilaku Kekerasan suatu keadaan dimana seseorang melakukan factor yang*. 24, 1–8.
- Manik, R. T. B., Eryanto, B., & Handayani, J. (2023). Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam terhadap Kemampuan Mengontrol Marah pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan. *MEJORA : Medical Journal Awatara*, 1(1), 1–10. https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:hdjZ9RAds2kJ:scholar.google.com/+teknik+nafas+dalam+untuk+resiko+perilaku+kekerasan+pada+demensia&hl=en&as_sdt=0,5&as_vis=1
- Pardede, J. A. (2019). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. November. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>
- Pardede, J. A., & Hasibuan, E. K. (2019). DUKUNGAN CAREGIVER DENGAN FREKUENSI KEKAMBUHAN PASIEN SKIZOFRENIA Caregiver Support With The Frequency Of Recurrence Of Schizophrenia Patients. *Idea Nursing Journal*, X(2), 21–26.
- 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.
- Rika Widianita, D. (2023). *AT-TAWASSUTH: Jurnal Ekonomi Islam*, VIII(I), 1–19.
- Rofilla, R., Rafiyah, I., Hidayati, N. O., & ... (2024). Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam Pada Pasien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. In ... *Jurnal Riset Ilmiah*. <https://ejournal.nusantaraglobal.or.id/index.php/sentri/article/view/3215%0Ahttps://ejournal.nusantaraglobal.or.id/index.php/sentri/article/download/3215/3148>
- Sari, W. O., Prihatini, F., & Herlina. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn . I dan Tn . E Yang Mengalami Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Skizofrenia di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Dr . Soeharto Heerdjan Jakarta. *Journal Persada Husada Indonesia*, 10(38), 43–50.
- Tazqiyatus Sudia, B. (2021). Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur. *Jurnal Lentera*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i1.1381>
- Tinggi, S., Kesehatan, I., & Padang, A. (n.d.). *Hubungan tingkat spiritualitas pada pasien skizofrenia dengan mekanisme koping 1,2*. 125–133.
- Ummah, M. S. (2019). *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), 1–14.

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

Waluyo, A. (2022). Efektifitas Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, 10(2), 64. <https://doi.org/10.47218/jkpbl.v10i2.153>

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>

