

**LAPORAN ELEKTIF KEPERAWATAN
JIWA**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn I RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DENGAN PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI
NAFAS DALAM**



Disusun Oleh:

**MHD FADLY RYANSYAH DLM
NIM. 20040046**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2021**

**LAPORAN ELEKTIF KEPERAWATAN
JIWA**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn I RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DENGAN PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI
NAFAS DALAM**

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh

Gelar Profesi Ners



Disusun Oleh :

**MHD FADLY RYANSYAH DLM
NIM. 20040046**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Tn I Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Penerapan
Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Padangsidimpuan, 22 Oktober2021

Pembimbing

Penguji

(Ns. Natar Fitri Napitupulu, M.Kep

(Ns. Mei Adelina Harahap,)M.Kes)

**Ketua Program Studi
Pendidikan Profesi Ners**

Dekan Fakultas Kesehatan

(Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM)

(Arinil Hidayah, SKM. Mkes)

IDENTITAS PENULIS

Nama : Mhd Fadly Ryansyah dlm
NIM : 20040046
Tempat/TanggalLahir : Sorik, 01 Desember 1997
JenisKelamin : Laki-laki
Alamat : Desa Sorik, Kec. Batang Angkola
Kabupaten, Tapanuli Selatam

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 101130 Sorik : Lulus Tahun 2010
2. SMP N 2 Batang Angkola : Lulus Tahun 2013
3. SMA N 3 Padangsidempuan : Lulus Tahun 2016
4. S1 Keperawatan Universitas Aufa Royhan : Lulus Tahun 2020

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, atas berkat dan rahmat, hidayah-NYA peneliti dapat menyusun Laporan elektif dengan Judul ***“Asuhan Keperawatan Pada Tn I Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam”***. sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners Di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.

Dalam proses penyusunan Laporan elektif ini penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Dr. Anto J, Hadi, SKM, M.Kes, selaku Rektor Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
2. Arinil Hidayah, SKM,M,Kes Sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
3. Ns. Nanda SuryaniSagala, MKM,Selaku Ketua Prodi Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
4. Ibu Ns.Natar Fitri Napitupulu, M.Kep,selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu membimbing dalam penyelesaian laporan elektif ini.
5. Seluruh dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
6. Teristimewa penulis ucapkan terima kasih kepada Almarhum Ayahanda tercinta Kasman Dalimunthe dan Ibunda tersayang Apriani Siregar karena

selalu mendo'akan dan mensupport penulis dalam penyelesaian laporan elektif ini.

Kritik dan saran yang bersifat membangun penulis harapkan guna perbaikan dimasa mendatang.Mudah-mudahan laporan elektif ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Amin

Padangsidempuan, 22Oktober2021

Penulis

(Mhd Fadly Ryansyah Dlm)
NIM. 20040046

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS FAKULTAS
KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHANDI KOTA
PADANGSIDIMPUAN**

**Laporan AsuhanKeperawatanJiwa, 22 Oktober 2021
Mhd Fadly Ryansyah Dlm**

**Asuhan Keperawatan Pada Tn I Resiko Perilaku Kekerasan Dengan
Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Abstrak

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Penatalaksanaan pada pasien perilaku kekerasan bukan hanya meliputi pengobatan dengan farmakoterapi, tetapi juga pemberian psikoterapi dalam hal ini yaitu Teknik Relaksasi Nafas Dalam. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan asuhan keperawatan mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat membuat ketentraman hati dan berkurangnya rasa cemas Tujuan penelitian ini mengetahui apakah teknik relaksasi nafas dalam dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan pada Tn I. Penelitian studi kasus ini menggunakan desain studi kasus. Tempat di rumah pasien Tn I di kampung tobat, waktu studi kasus bulan Oktober 2021, Metode pengumpulan menggunakan observasi, wawancara, dan dokumentasi. Instrumen menggunakan format asuhan keperawatan jiwa. Analisa data menggunakan perbandingan antara kasus dengan penelitian terdahulu. Jumlah responden 1 sudah mampu melakukan latihan teknik relaksasi nafas dalam dan pasien terlihat tenang dan rileks. Teknik relaksasi nafas dalam bermanfaat untuk mengontrol marah dan menciptakan rasa nyaman.

**Kata Kunci : Perilaku Kekerasan, Teknik Relaksasi Nafas Dalam
Daftar Pustaka : 16 (2002-2020)**

**PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM FOR NERS FACULTY
OF HEALTH AUFA ROYHANDI UNIVERSITY, PADANGSIDIMPUAN
CITY**

Mental Nursing Care Report, October 22, 2021

Mhd Fadly Ryansyah Dlm

***Nursing Care for Mr I Risk of Violent Behavior With the Application of Deep
Breathing Relaxation Techniques***

Abstract

Violent behavior is a condition in which a person performs actions that can be physically harmful, both to himself and to others. Management of violent behavior patients not only includes treatment with pharmacotherapy, but also the provision of psychotherapy in this case, namely the Deep Breathing Relaxation Technique. Deep breathing relaxation techniques are Nursing care teaches clients how to do deep breaths, besides being able to reduce pain intensity, this deep breathing relaxation technique can also create peace of mind and reduce anxiety. The purpose of this study is to determine whether deep breathing relaxation techniques can control the risk of violent behavior in Mr. I. This case study research uses a case study design. The place is at the patient's home Mr. I in the village of repentance, the time of the case study in October 2021, the method of collection uses observation, interviews, and documentation. The instrument uses a mental nursing care format. Data analysis used a comparison between cases and previous studies. The number of respondents 1 has been able to practice deep breathing relaxation techniques and the patient looks calm and relaxed. Deep breathing relaxation techniques are useful for controlling anger and creating a sense of comfort.

Keywords: Violent Behavior, Deep Breathing Relaxation Techniques

Bibliography : 16 (2002-2020)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
IDENTITAS PENULIS	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Asuhan Keperawatan	5
1.4 Manfaat	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep dasar perilaku kekerasan	8
2.2 Teknik relaksasi nafas dalam	22
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	15
BAB 3 LAPORAN KASUS	25
3.1 Pengkajian	24
3.2 Analisa data	35
3.3 Diagnosa keperawatan	37
3.4 Intervensi keperawatan.....	38
3.5 Implementasi keperawatan.....	40
3.6 Evaluasi keperawatan.....	42
BAB 4 PEMBAHASAN	43
BAB 5 PENUTUP.....	55
6.1 Kesimpulan	55
6.2 Saran.....	55
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1 : Rencana tindakan asuhan keperawatan.....	18
Tabel 2 : Analisa data.....	35
Tabel 3 : Daftar diagnose keperawatan.....	37
Tabel 4 : Intervensi keperawatan	38
Tabel 5 : Implementas ikeperawatan.....	40
Tabel 6 : Evaluasi keperawatan.....	42

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Konsultasi
- Lampiran 2 : Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di era globalisasi ini seringkali kita jumpai masalah-masalah yang harus kita hadapi, masalah tersebut biasa berasal dari berbagai faktor internal maupun faktor eksternal. Tidak semua individu mempunyai cara sendiri untuk menyelesaikan masalahnya, tapi jika ada manusia yang tidak bisa menyelesaikan masalahnya sendiri akan mengakibatkan gangguan jiwa. Adapun definisi dari gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Ikhsan, 2016). Menurut data WHO (World Health Organization) pada tahun 2016, sekitar 35 juta orang terkena depresi, 47.5 juta terkena dimensia, serta 21 juta terkena gangguan jiwa.

Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran sehingga pikiran itu menjadi sangat aneh, juga distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku yang dapat mengarah ke perilaku kekerasan yang dapat berbahaya dengan diri sendiri maupun orang lain sekitar (Benson, et al., 2013). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Berdasarkan data Nasional Indonesia tahun 2017 dengan risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang (Pardede, Keliat, & Yulia 2020).

Menurut catatan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), prevalensi gangguan emosional pada penduduk berusia 15 tahun ke atas, meningkat dari 6% di tahun 2013 menjadi 9,8% di tahun 2018. Prevalensi penderita depresi di tahun 2018 sebesar 6,1%. Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi bunuh diri pada penduduk berusia 15 tahun ke atas (N=722.329) sebesar 0,8% pada perempuan dan 0,6% pada laki-laki. Sementara itu prevalensi gangguan jiwa berat, skizofrenia meningkat dari 1,7% di tahun 2013 menjadi 7% di tahun 2018. Melalui pemantauan Aplikasi Keluarga Sehat pada tahun 2015, sebanyak 15,8% keluarga mempunyai penderita gangguan jiwa berat (Juniman, 2028). Jumlah tersebut belum diperhitungkan dari keseluruhan penduduk Indonesia karena pada tahun 2018 baru tercatat 13 juta keluarga.

Berdasarkan data nasional Indonesia dengan risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau 10,000 orang. Data tersebut dapat dilihat bahwa angka kejadian risiko perilaku kekerasan sangatlah tinggi. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera (Sumut) mencatat, terdapat sekitar 20.388 Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat yang rentan mendapatkan perlakuan yang salah di Sumut. Dari jumlah itu, hingga September 2019, sebanyak 428 mengalami pemasangan (Medanbisnisdaily.com).

Salah satu masalah dari gangguan jiwa yang menjadi penyebab dibawa ke rumah sakit jiwa adalah perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut

amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2010). Penyebab perilaku kekerasan adalah kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyimpangan pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju”, tersinggung, merasa tidak dianggap, dan merasa tidak dituruti atau diremehkan. Adapun tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan emosi meliputi tidak aman, rasa terganggu, marah, jengkel. Berdasarkan intelektual meliputi bawel, berdebat, meremehkan. Berdasarkan fisik meliputi muka merah, pandangan tajam, tekanan darah meningkat (Yusuf, 2015).

Faktor resiko menurut NANDA-I (2012- 2014), pertama resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri contohnya masalah emosional (seperti, ketidakberdayaan, putus asa, dan marah), masalah pekerjaan (seperti, menganggur dan kehilangan pekerjaan), riwayat upaya bunuh diri yang dilakukan berkali-kali, ide bunuh diri, rencana bunuh diri. Kedua resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain contohnya memukul seseorang, menendang seseorang, menggigit seseorang, kejam pada hewan, riwayat penganiayaan pada anak-anak, riwayat melakukan kekerasan tak langsung (seperti, merobek pakaian, membanting objek yang ada di dinding, berteriak, dan memecahkan jendela), riwayat menyaksikan perilaku kekerasan dalam keluarga, Cara untuk menangani masalah perilaku kekerasan salah satunya dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan. Penelitian yang di lakukan (Zelianti,

2011) tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang, menyatakan ada pengaruh yang signifikan antar teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan dengan nilai $p=0,000$. Relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin. Dilepaskannya hormone endorphen dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, melawan penuaan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan tubuh, dan kreativitas.

Perilaku kekerasan adalah perilaku individu yang dapat membahayakan orang, diri sendiri baik secara fisik, emosional dan seksualitas, perilaku kekerasan merupakan salah satu respon maladaptif dari marah. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan atau kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman . Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya sehingga keluarga memerlukan pengetahuan dan informasi bagaimana cara menghadapi anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan dan untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan perilaku kekerasan yang tepat keluarga memiliki peran yang sangat penting untuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan dengan menggunakan ketrampilan koping untuk menghadapi masalah (Townsend & Morgan, 2017).

Faktor psikologis yang dapat menyebabkan pasien mengalami Risiko perilaku kekerasan yaitu : Kepribadian yang tertutup, kehilangan, aniaya seksual, kekerasan dalam keluarga. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain. Adapun dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan yaitu kehilangan kontrol akan dirinya, dimana pasien akan dikuasi oleh rasa amarahnya sehingga pasien dapat melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, bila tidak ditangani dengan baik maka perilaku kekerasan dapat mengakibatkan kehilangan kontrol, risiko kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain serta lingkungan (Sepalanita & Khairani, 2019).

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah adalah untuk mengetahui apakah teknik relaksasi nafas dalam dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan pada Tn I

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah adalah untuk mengetahui apakah teknik relaksasi nafas dalam dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan pada Tn I

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengelola asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan dengan penerapan teknik relaksasi nafas dalam

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan dengan penerapan teknik relaksasi nafas dalam
2. Mampu menegakkan diagnose keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan dengan penerapan teknik relaksasi nafas dalam
3. Menyusun intervensi asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan dengan penerapan teknik relaksasi nafas dalam
4. Memberikan implementasi asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan dengan penerapan teknik relaksasi nafas dalam
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan dengan penerapan teknik relaksasi nafas dalam

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Pasien

Sebagai informasi agar pasien mampu mengontrol marah dengan menerapkan teknik relaksasi nafas dalam

1.4.2 Manfaat Bagi Pendidikan Keperawatan

Memberikan informasi pada pendidikan keperawatan dan menjadikan salah satu rujukan bahan ajaran tentang keperawatan jiwa khususnya pada resiko perilaku kekerasan

1.4.3 Bagi Penulis

Sebagai kerangka acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan

1.4.4 Bagi Pelayanan Kesehatan

1.4.5 Dapat memberikan manfaat terhadap pelayanan keperawatan dengan memberikan gambaran dan menjadikan acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

BAB II

TINJAUAN TEORI DAN KONSEP

2.1 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.1.1 Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol sehingga menimbulkan masalah bagi dirinya sendiri maupun orang lain. Jadi, Konsep marah dengan perilaku kekerasan adalah suatu perasaan jengkel seseorang yang timbul karena kebutuhan seseorang yang tidak terpenuhi yang menimbulkan emosi seseorang muncul yang diungkapkan seperti sedih, kecewa, marah benci, perasaan dendam yang memancing amarah sehingga menimbulkan perilaku kekerasan yang membahayakan fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain, yang tidak terkontrol sehingga menimbulkan masalah bagi diri sendiri maupun orang lain.

Kekerasan (violence) merupakan suatu bentuk perilaku agresi (aggressive behavior) yang menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda. Ada perbedaan antara agresi sebagai bentuk pikiran maupun perasaan dengan agresi sebagai bentuk perilaku. Agresi adalah suatu respon terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah (Muhith, 2015).

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai dimana seseorang melakukan tindakan-tindakan yang dapat membahayakan atau mencederai diri sendiri, orang lain bahkan merusak lingkungan (Prabowo, 2014). Perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang ditujukan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut. Perilaku kekerasan ini dapat berupa muka masam, bicara kasar, menuntut dan perilaku yang kasar disertai kekerasan (Saragih,dkk, 2014).

2.1.2 Etiologi Perilaku Kekerasan

Menurut Yosep & Titin (2014) perilaku kekerasan mempunyai faktor penyebab yaitu:

1. Faktor Predisposisi

- a. Faktor psikologis Pandangan psikologi terhadap perilaku agresif seseorang, yang mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidupnya. Contohnya seperti:
 - 1) Kerusakan otak organik, retradasi mental, sehingga tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif
 - 2) Severe emotional atau rejeksi yang berlebihan pada masa kanak-kanak, merusak hubungan dan saling percaya serta harga diri
 - 3) Terpapar kekerasan selama perkembangan dan kekerasan dalam keluarga.
- b. Faktor sosial budaya Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi dan sering mendapatkan kekuatan makan akan sering juga kemungkinan

besar terjadi. Seseorang akan berespon terhadap kebangkitan emosionalnya secara agresif dengan respon yang di pelajarinya, pembelajaran ini bisa eksternal atau internal. Kultural juga dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma yang membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat di terima dan mana yang tidak dapat di terima. Sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara asertif. 3) Faktor biologis Penelitian neurobiologi pada hewan mendapatkan bahwa adanya pemberian stimulus elektrik ringan pada hipotalamus (yang berada di tengah sistem limbic) binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif. Kerusakan fungsi limbic (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk interpretasi indra penciuman dan memori). Neuro transmitter yang sering dikaitkan dengan perilaku agresif: serotonin, dopamine, norepinephrine, acetylcholin, dan asam amino GABA.

2. Factor Presipitasi

Menurut Yosep (2010) faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak menggunakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik

- d. Ketidakpastian ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan ibu dalam menempatkan dirinya sebagai seorang yang dewasa
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.1.3 Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan pada pasien perilaku kekerasan bukan hanya meliputi pengobatan dengan farmakoterapi, tetapi juga pemberian psikoterapi, serta terapi modalitas yang sesuai dengan gejala pada perilaku kekerasan. Pada terapi ini juga perlu dukungan keluarga dan sosial akan memberikan peningkatan kesembuhan klien. Penatalaksanaan pada pasien perilaku kekerasan terbagi dua yaitu :

a. Penatalaksanaan medik

1) Farmakoterapi Salah satu farmakoterapi yang digunakan pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya diberikan antipsikotik. Obat antipsikotik pertama yaitu klorpromazin, diperkenalkan tahun 1951 sebagai pramedikasi anestesi. Kemudian setelah itu, obat itu diuji coba sebagai obat skizofrenia dan terbukti dapat mengurangi skizofrenia. Antipsikotik terbagi atas dua yaitu antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal dengan perbedaan pada efek sampingnya. Antipsikotik tipikal terdiri dari (butirofenon, Haloperidol/haldol, Fenotiazine, Chlorpromazine,

perphenazine (Trilafon), trifluoperazin (stelazine), sedangkan untuk antipsikotik atipikal terdiri dari (clozapine (clozaril), risperidone (Risperidal). Efek samping yang ditimbulkan berupa rigiditas otot kaku, lidah kaku atau tebal disertai kesulitan menelan. Biasanya sering digunakan klien untuk mengatasi gejala-gejala psikotik (Perilaku kekerasan, Halusinasi, Waham), Skizofrenia, psikosis organik, psikotik akut dan memblokir dopamine pada pascasinaptik neuron di otak (Katona, dkk, 2012).

2) Terapi Somatis Terapi somatis adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik klien. Walaupun yang diberi perlakuan adalah fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku klien. Jenis terapi somatis adalah meliputi pengikatan, ECT, isolasi dan fototerapi (Kusumawati & Yudi, 2010).

a) Pengikatan

Merupakan terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik pada klien sendiri dan orang lain.

b) Terapi Kejang listrik

Terapi kejang listrik atau Electro Convulsif Therapi (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan

dipelipis pasien. Terapi ini ada awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali) dengan kekuatan arus listrik (2-3 joule).

c) Isolasi

Merupakan bentuk terapi dengan menempatkan klien sendiri diruang tersendiri untuk mengendalikan perilakunya dan melindungi klien, orang lain dan lingkungan. Akan tetapi tidak dianjurkan pada klien dengan risiko bunuh diri

2.2 Mekanisme Koping

Disini perawat mengidentifikasi mekanisme koping pada pasien, sehingga dapat membantu pasien untuk penatalaksanaan stress termasuk upaya untuk menyelesaikan masalah mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. (Stuart dan sundeen, 1998) dalam Muhith Abdul, 2015).

Mekanisme koping yang umum sering digunakan adalah mekanisme untuk mempertahankan ego seseorang seperti sublimasi, proyeksi, represi, reaksi formasi dan displacement (Maramis, 1998) dalam Muhith Abdul, 2015).

1. Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat megalami suatu dorongan, penyalurannya kearah lain.
2. Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik.
3. Respirasi, yaitu mencagah pikiran yang dapat menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.

4. Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.
5. Displacement, yaitu melepaskan perasaan seseorang yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada awalnya untuk membangkitkan emosi itu.

2.3 Tanda dan Gejala

Menurut Direja (2011) perilaku kekerasan mempunyai tanda dan gejala yang muncul. Tanda dan gejala tersebut yaitu:

1. Fisik Muka tegang, mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah merah dan tegang, postur tubuh kaku, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, berjalan mondar-mandir.
2. Verbal Bicara kasar, suara tinggi (membentak/berteriak), mengancam secara fisik atau verbal, mengumpat dengan kata-kata kotor, suara keras, ketus
3. Perilaku Contohnya seperti melempar atau memukul benda atau orang lain, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.
4. Emosi Tidak adekuat, tidak nyaman, dan aman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.

5. Intelektual Mendominasi, cerewet, berbicara kasar, berdebat, meremehkan dan sarkasme
6. Social Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran
7. Perhatian Bolos, mencuri, melarikan diri, dan penyimpangan seksual.

2.4 Manifestasi klinis

1. Fisiologi Tekanan darah meningkat. Respirasi rate meningkat, napas dangkal dan cepat, tonus otot meningkat, muka merah. Peningkatan saliva, mual, penurunan peristaltik labung atau kadar HCL, lambung. peningkatan frekuensi berkemih, dilatasi pupil.
2. Emosional Jengkel, labil, tidak sabar, ekspresi wajah tegang, pandangan tajam, merasa tidak aman, bermusuhan, marah, bersikeras, dendam, menyerang, takut, cemas, merusak benda.
3. Intelektual Bicara mendominasi, bawel, berdebar, meremehkan, konsentrasi menurun, persuasive.
4. Social Menarik diri, sinis, curiga, agresif, mengejek, menolak, kasar.
5. Spiritual Ragu-ragu tentang kebaikan, moral bejat, maha kuasa (selalu paling benar), tidak pernah beribadah.

2.5 Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri

maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol (Kusnadi, 2015).

A. Faktor predisposisi

Perilaku kekerasan yang dilakukan oleh pasien gangguan jiwa berat biasanya disebabkan oleh gejala positif seperti waham dan halusinasi (Hutton, 2012). Hal ini terkait dengan proses penyakit gangguan jiwa berat yaitu adanya gangguan sistem limbik, lobus frontal, hipotalamus, dan neurotransmitter yang berperan dalam pengaturan emosi dan perilaku manusia (Stuart, 2009). Sistem limbik terutama dibagian amigdala mengatur perilaku dan emosi seseorang untuk bertahan dari stresor seperti perilaku kekerasan agresif, lesi pada korteks prefrontal juga dapat menyebabkan perilaku kekerasan (Varcariolis & Halter, 2010).

Ketidakseimbangan neurotransmitter serotone, dopamine, norepinefrin, *gama aminobutyric acid (GABA)*, dan asetilkolin diduga berhubungan dengan terjadinya perilaku kekerasan (Siever, 2008). Oleh sebab itu, ketidakpatuhan minum obat antipsikotik pada pasien gangguan jiwa berat akan beresiko menyebabkan perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa. Obat antipsikotik bekerja mengatur keseimbangan neurotransmitter (Varcariolis & Halter, 2010). Penyalahgunaan zat dan gangguan neorologis juga merupakan resiko biologi yang menyebabkan perilaku kekerasan (Swanson, 2002). Dapat disimpulkan faktor predisposisi biologi seseorang melakukan perilaku kekerasan yaitu adanya

gangguan pada sistem otak pengatur emosi dan perilaku agresif yang dapat terjadi akibat kecelakaan ataupun penyakit.

B. Faktor presipitasi.

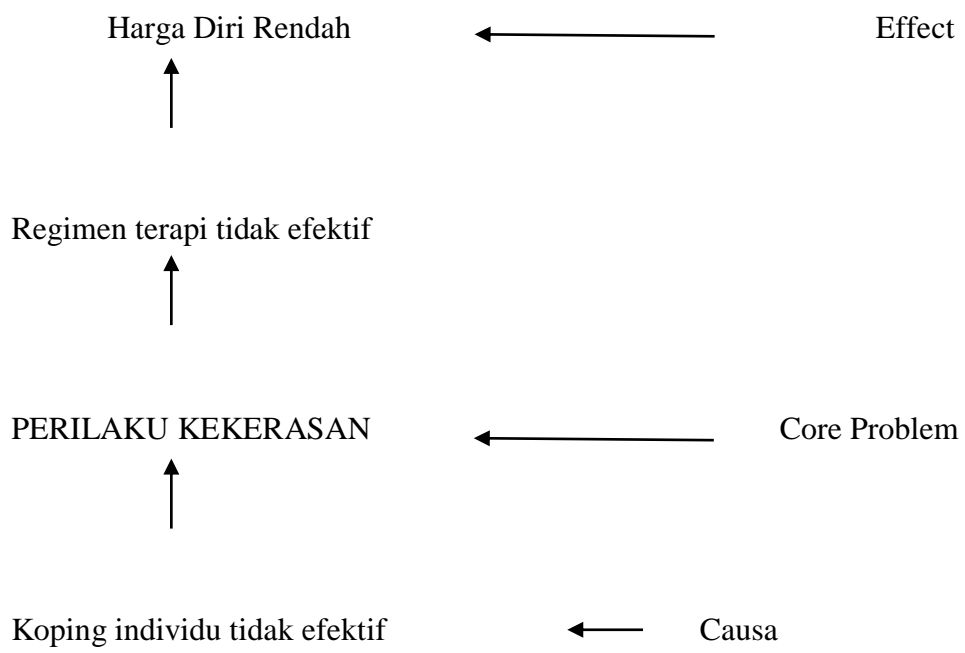
Perilaku kekerasan merupakan koping yang tidak efektif dari seseorang ketika merasa terancam akibat stresor dari lingkungannya (Fontane, 2009). Di lingkungan keluarga seseorang dengan gangguan jiwa berat rentan mengalami kekambuhan dengan menunjukkan perilaku kekerasan bila ekspresi emosi keluarga tinggi (Soekarta, 2004).

2.6 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah dari teori (Nursali, Damaiyanti, 2018) bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh halusinasi pendengaran, akan berakibat resiko mencederai diri sendiri dan orang lain, dan lingkungan, dari halusinasi dapat berakibat terjadi mencederai orang lain. Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan perilaku kekerasan yaitu:

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Harga diri rendah
3. Resiko mencederai (diri sendiri, orang lain, lingkungan,)
4. Halusinasi
5. Isolasi sosial
6. Berduka disfungsi
7. Inefektif prodrrd terapi
8. Koping keluarga inefektif

2.7 Pohon Masalah



2.8 . Rencana Tindakan Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Dx 1.	Resiko Perilaku Kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menyebutkan penyebab perilaku kekerasan. - Klien mampu mengontrol emosi. - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam. - Klien mampu melakukan kegiatan yang telah ditentukan 	<ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan penyebab resiko perilaku kekerasan. - Jelaskan cara untuk mengontrol emosi klien - Demonstarsikan cara mengontrol emosi klien - Ajarkan pasien cara distraksi fisik (tarik nafas dalam,pukul bantal). - Masukkan jadwal latihan
		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan kegiatan tanpa diajari. - Klien mau untuk meminum obat 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi sp 1 dengan memberi pujian. - Jelaskan pada pasien minun obat dengan prinsip 8 benar obat yaitu; 1.benar pasien, 2.

		<p>yang dianjurkan puskesmas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan kegiatan yang telah ditentukan 	<p>Benar obat, 3. Benar dosis, 4. Benar waktu, 5 benar cara, 6. Benar informasi. 7. Benar respons, 8. dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masukkan jadwal latihan pertemuan berikutnya
		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu meminum obat dengan baik dan teratur. - Klien mampu berbicara dengan nada normal. - Klien mampu melakukan kegiatan yang telah ditentukan 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kegiatan sp 1 dan sp 2 dan berikan pujian. - Ajarkan pasien berbicara dengan asertif. - Demostrasikan cara berbicara asertif - Masukkan jadwal kegiatan berikutnya dan beri pujian
		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan kegiatan tarik nafas dalam,meminum obat dan berbicara 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kegiatan klien saat melakukan SP 1,SP 2 dan SP 3 dan berikan pujian. - Memberikan klien 2

		<p>normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan aktivitas harian minimal 2 kegiatan. 	<p>kegiatan harian untuk mengontrol perilaku kekerasan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu klien menyusun jadwal kegiatan 2 aktivitas harian dan beri pujian.
--	--	---	--

2.9 . Rencana Tindakan Keperawatan Pada Keluarga

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Dx 1.	Resiko Perilaku Kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga diharapkan mampu merawat pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien - Jelaskan tentang RPK dari penyebab, akibat dan cara merawat - Ajarkan cara merawat RTL keluarga - jadwal untuk merawat

			pasien
		<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mampu Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu merawat serta dapat membuat RTL 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP1 - Ajarkan (simulasi) cara lain untuk merawat pasien - Ajarkan langsung ke pasien RTL keluarga - Demostrasikan langsung ke pasien RTL keluarga - jadwal keluarga untuk merawat pasien
		<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mampu merawat pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1 dan 2 - Latih langsung ke pasien/ keluarga - RTL jadwal keluarga

			untuk merawat pasien
		<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mampu melaksanakan follow up dan rujuk serta mampu mnyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1, 2, dan 3 - Ajarkan langsung ke pasien - Demostrasikan langusng kepasien / keluarga - RTL keluarga follow up dan rujukan

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini.

6. Evaluasi

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian, diagnosa

keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan dan evaluasi.

2.2 Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan untuk mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat membuat ketentraman hati dan berkurangnya rasa cemas (Arfa, 2013).

Teknik relaksasi nafas dalam yaitu proses yang dapat melepaskan ketegangan dan mengembalikan keseimbangan tubuh. Teknik nafas dalam dapat meningkatkan konsentrasi pada diri, mempermudah untuk mengatur nafas, meningkatkan oksigen dalam darah dan memberikan rasa tenang sehingga membuat diri menjadi lebih rileks sehingga membantu untuk memasuki kondisi tidur, karena dengan cara meregangkan otot-otot akan membuat suasana hati menjadi lebih tenang dan juga lebih santai. Dengan suasana ini lebih tenang dapat membantu mencapai kondisi gelombang alpha yang merupakan suatu keadaan yang sangat diperlukan seseorang untuk dapat memasuki fase tidur lebih awal. Dengan keadaan rileks juga dapat memberikan kenyamanan sebelum tidur sehingga para lansia dapat memulai tidur dengan mudah (Likah, 2008)

2.2.1 Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Langkah-langkah Teknik Relaksasi Nafas Dalam (Potter dan Perry, 2005)

1. Atur posisi pasien dengan posisi duduk ditempat tidur atau dikursi
2. Letakkan satu tangan pasien diatas abdomen (tepat bawah iga) dan tangan lainnya berada di tengah-tengah dada untuk merasakan gerakan dada dan abdomen saat bernafas
3. Keluarkan nafas dengan perlahan-lahan
4. Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan-lahan selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik nafas
5. Tahan nafas selama 3 detik
6. Hembuskan dan keluarkan nafas secara perlahan-lahan melalui mulut selama 4 detik
7. Lakukan secara berulang dalam 5 siklus selama 15 menit dengan periode istirahat 2 menit (1 siklus adalah 1 kali proses mulai dari tarik nafas, tahan dan hembuskan)

BAB III

LAPORAN KASUS

3.1 Pengkajian

I. BIODATA

Pengkajian ini dilakukan hari kamis, Tanggal 7 Oktober 2021, Di rumah pasien yang ber alamat di Desa Kota Padangsidempuan.

a. Identitas Klien

Nama : Tn. I
Umur : 31 Tahun
Alamat : Kampung Tobat
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan :-
Dx. Medis :Skizofrenia

b. Identitas Penanggung jawab

Nama :Ny. S
Umur :30 Tahun
Alamat :Kampung Tobat
Pekerjaan :Petani
Agama : Islam
Hub. Dgn klien : Istri

II. Keluhan Utama

Keluarga mengatakan kurang lebih 6 bulan ini perilaku pasien kacau, sering marah tanpa alasan, nada bicara tinggi, , mampu bergaul,tidak bersemangat, , cenderung mudah emosi dan memukul dinding,pernah mengisap narkoba.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? Ya Tidak
2. Pengobatan sebelumnya. Berhasil kurang berhasil tidak berhasil

3.	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya fisik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aniaya seksual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penolakan	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kekerasan dalam keluarga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tindakan kriminal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jelaskan No. 1, 2, 3 :

1. Keluarga mengatakan klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.
2. Klien tidak minum obat karena klien yakin tidak akan sembuh.
3. Klien memukul dinding hingga melukai tangan klien

Masalah Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

1. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? Ya

Tidak

Hubungan keluarga Gejala Riwayat pengobatan/perawatan

Baik klien pernah putus obat berobat ke puskesmas tetapi tidak berhasil

Jelaskan: klien mengatakan riwayat pengobatan klien ke puskesmas tetapi tidak sembuh karena klien putus obat selama ± satu minggu alasan klien putus obat karena yakin tidak sembuh dengan minum obat dan keluarga kekurangan biaya ataupun karna faktor ekonomi.

Masalah Keperawatan: Regimen Terapi Tidak Epektif

2. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan: Keluarga mengatakan klien pernah menggunakan narkoba

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan**IV.FISIK**

1. Tanda vital : TD : 110/70 mmHg N : 72x/m S : 36.5°C P : 19x/m

2. Ukur : TB : 169cm BB : 73 kg

3. Keluhan fisik : Ya Tidak

Jelaskan : tidak ada gangguan

Masalah keperawatan: -

V. PSIKOSOSIAL

1. Konsep diri

- a. Gambaran diri : Anggo tubuh yang paling disukai adalah hidung karena hidung klien mancung
- b. Identitas : klien berjenis kelamin laki laki berusia 31 tahun tetapi menikah , dan sebagai kepala keluarga
- c. Peran : klien seorang laki-laki dewasa,bekerja dan berperan sebagai suami
- d. ideal diri : klien menginginkan cepat sembuh dan tidak menyakiti keluarga.
- e. Harga diri : Keluarga mengatakan klien merasa dirinya tidak berguna, merasa malu apabila keluar rumah karna klien sering emosi.
- f. **Masalah Keperawatan** : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti : Istri dan anaknya
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : Keluarga mengatakan klien ikut dalam kegiatan masyarakat.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain : Keluarga mengatakan klien malu dan minder jika berhubungan dengan orang lain karena klien mudah marah dan nada suara tinggi.

Masalah keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : Keluarga mengatakan klien menganut agama islam

b. Kegiatan ibadah : keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien rajin beribadah dan sekarang klien jarang melakukan kegiatan keagamaan karena sakit.

Masalah Keperawatan: -

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

rapi Penggunaan pakaiantidak sesuai Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : klien berpakaian rapi

Masalah Keperawatan: -

2. Pembicaraan

Cepat Keras Gagap Inkoheren
 Apatis Lambat Membisu Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : Keluarga mengatakan klien bicara cepat, klien mampu memulai pembicaraan. Klien berbicara dengan nada keras

Masalah Keperawan : Resiko Perilaku Kekerasan

3. Aktivitas Motorik :

- Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan : Keluarga mengatakan klien tampak tegang apabila diajak berinteraksi

Masalah Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

4. Alam perasaan

- Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir
 Gembira berlebihan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

5. Afek

- Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

6. Interaksi selama wawancara

- bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan : Klien mudah tersinggung apabila tidak memiliki uang

Masalah Keperawatan : Perilaku kekerasan

7. Persepsi

Pendengaran Penglihatan Perabaan

Pengecapan Penghidu

Jelaskan : Keluarga mengatakan tidak ada gangguan persepsi sensori

Masalah Keperawatan : -

8. Proses Pikir

sirkumtansial tangensial kehilangan asosiasi

flight of idea locking pengulangan pembicaraan/persevarasi

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

9. Isi Pikir

Obsesi Fobia Hipokondria

depersonalisasi ide yang terkait pikiran magis

Waham

Agama Somatik Kebesaran Curiga

nihilistic sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir

Jelaskan: klien sering bertanya tujuan perawat datang kerumah klien

Masalah Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

10. Tingkat kesadaran

bingung sedasi stupor

Disorientasi

waktu tempat orang

Jelaskan:

Masalah Keperawatan:

11. Memori

konfabulasi gangguan daya ingat jangka pendek
 gangguan daya ingat saat ini Gangguan daya ingat jangka Panjang

Jelaskan : Keluarga mengatakan tidak ada gangguan

Masalah Keperawatan : -

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

mudah beralih tidak mampu konsentrasi Tidak mampu berhitung

sederhana

Jelaskan :

Bantuan minimal

Bantuan total

4. Berpakaian/berhias

Bantuan minimal

Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama : tidak teratur

Tidur malam lama : \pm 9 jam

Kegiatan sebelum / sesudah tidur

6. Penggunaan obat

Bantuan minimal

Bantuan total

7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan lanjutan

Ya

tidak

Perawatan pendukung

Ya

tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan

Ya

tidak

Menjaga kerapihan rumah

Ya

tidak

Mencuci pakaian

Ya

tidak

Pengaturan keuangan

Ya

tidak

9. Kegiatan di luar rumah

Belanja	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	tidak
Transportasi	<input checked="" type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	tidak
Lain-lain	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	tidak

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

VIII. Mekanisme Koping

Adaptif**Maladaptif**

<input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain	<input checked="" type="checkbox"/>	Minum alkohol
<input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah	<input type="checkbox"/>	reaksi lambat/berlebih
<input type="checkbox"/> Teknik relaksasi	<input type="checkbox"/>	bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif	<input type="checkbox"/>	menghindar
<input type="checkbox"/> Olahraga	<input checked="" type="checkbox"/>	mencederai diri

Jelaskan: Klien pernah memukul dinding hingga melukai tangan klien, klien pernah mengkonsumsi narkoba

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

<input type="checkbox"/> Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
<input checked="" type="checkbox"/> Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
<input type="checkbox"/>

Masalah dengan pendidikan, spesifik

Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Masalah dengan perumahan, spesifik

Masalah ekonomi, spesifik

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Masalah lainnya, spesifik

Jelaskan: Klien sering putus pekerjaan akibat tidak mampu mengontrol emosi, klien jarang berinteraksi dengan orang lain karena klien mudah emosi

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

X. Pengetahuan Kurang Tentang:

Penyakit jiwa

system pendukung

Faktor presipitasi

penyakit fisik

Koping

obat-obatan

Jelaskan: Keluarga mengatakan klien tidak mampu mengatasi masalahnya, dan tidak mau bercerita kepada siapapun.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

XI. Aspek Medik

Diagnosa Medik: Skizofrenia Terapi Medik:

2. Analisa Data

No.	Hari/tgl	Data	Problem
1.	Kamis, 7 Oktober 2021	DS: <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien memiliki dan nada suara pasien tinggi dan cenderung mudah marah. - Keluarga mengatakan klien marah apabila tidak punya uang - Keluarga mengatakan pasien mudah tersinggung DO: <ul style="list-style-type: none"> - Pandangan mata klien tajam - Wajah klien terlihat memerah - Klien mudah menjawab pertanyaan - Klien memukul dinding rumahnya - Klien tampak menahan emosi - Bicara pelan,kadang tinggi 	Resiko Perilaku Kekerasan
2.		DS: <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien tidak mampu mengatasi masalahnya. - Keluarga klien mengatakan pasien tidak mau bercerita jika ada masalah. 	Koping individu tidak efektif

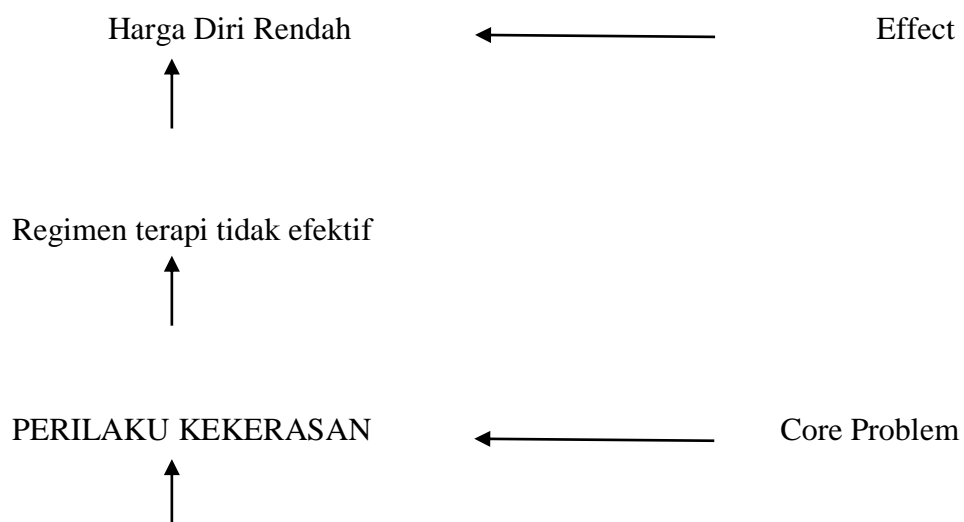
		<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak tidak mau terbuka - Klien nampak memikirkan sesuatu tetapi tidak mau bercerita kepada siapa pun 	
3.		<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien bosan minum obat tiap hari. - Keluarga klien mengatakan pasien tidak minum obat selama seminggu. - Keluarga mengatakan pasien pernah berobat ke puskesmas tetapi tidak sembuh. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak tidak menghabiskan obatnya - Obat klien nampak masih banyak 	Regimen terapi tidak efektif
4.		<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien malu jika keluar rumah. - Keluarga mengatakan klien malu dan minder jika dekat dengan orang lain. - Keluarga mengatakan klien merasa dia 	Harga diri rendah

		<p>tidak berguna.</p> <p>D0:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak marah - Wajah klien tampak memerah - Klien merasa tidak berguna karna tidak punya pekerjaan 	
--	--	---	--

3. Daftar diagnosa keperawatan (Prioritas Masalah)

No.	Dx. Keperawatan
1.	Resiko Perilaku Kekerasan
2.	Koping individu tidak efektif
3.	Regimen terapi tidak efektif
4.	Harga diri rendah

Pohon Masalah



Koping individu tidak efektif



Causa

4. Rencana Tindakan Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Dx 1.	Resiko Perilaku Kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menyebutkan penyebab perilaku kekerasan. - Klien mampu mengontrol emosi. - Klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam. - Klien mampu melakukan kegiatan yang telah ditentukan 	<ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan penyebab resiko perilaku kekerasan. - Menjelaskan cara untuk mengontrol emosi klien - Mendemonstarsikan cara mengontrol emosi klien - Mengajarkan pasien cara distraksi fisik (tarik nafas dalam,pukul bantal). - Masukkan jadwal latihan
		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan kegiatan tanpa diajari. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi sp 1 dengan memberi pujian. - Menjelaskan pada pasien minum obat dengan

		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mau untuk meminum obat yang dianjurkan puskesmas. - Klien mampu melakukan kegiatan yang telah ditentukan 	<p>prinsip 8 benar obat yaitu; 1.benar pasien, 2. Benar obat, 3. Benar dosis, 4. Benar waktu, 5 benar cara, 6. Benar informasi. 7. Benar respons, 8. dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masukkan jadwal latihan pertemuan berikutnya
		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu meminum obat dengan teratur. - Klien mampu berbicara dengan nada normal. - Klien mampu melakukan kegiatan yang telah ditentukan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kegiatan sp 1 dan sp 2 dan berikan pujian. - Mengajarkan pasien berbicara dengan asertif. - Mendemostrasikan cara berbicara asertif - Masukkan jadwal kegiatan berikutnya dan beri pujian
		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan kegiatan tarik nafas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kegiatan klien saat melakukan SP 1,SP 2 dan SP 3 dan

		<p>dalam,meminum obat dan berbicara normal.</p> <p>- Klien mampu melakukan aktivitas harian minimal 2 kegiatan.</p>	<p>berikan pujian.</p> <p>- Memberikan klien 2 kegiatan harian untuk mengontrol perilaku kekerasan.</p> <p>- Membantu klien menyusun jadwal kegiatan 2 aktivitas harian dan beri pujian.</p>

5. Implementasi Keperawatan

No.Dx	Hari/tgl	Implementasi
Dx I	Kamis, 7 Oktober 2021	<p>1. Tindakan Keperawatan dengan pendekatan dengan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan diskusi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, - Mendiskusikan penyebab resiko perilaku kekerasan - Menjelaskan pengetahuan, tanda dan gejala, dan proses terjadinya resiko

		<p>perilaku kekerasan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan dan melatih cara mengontrol marah dengan teknik relaksasi nafas dalam.
	Jumat , 8 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Mencontohkan kepada cara minum obat yang benar. - Menanyakan pasien setelah kembali minum obat. - Memberikan pujian atas usaha yang dilakukan pasien. - Delegasikan kepada perawat lokal atau keluarga untuk kegiatan berikutnya

6. Catatan Perkembangan

Hari pertama

No. Dx	Hari/tgl	Evaluasi
Dx I	Kamis, 7 Oktober 2021	<p>S: klien mengatakan marah apabila tidak ada pekerjaan, apabila pasien tidak memiliki rokok dan tidak memiliki uang.</p> <p>O: klien tampak tenang dan mampu melakukan</p>

		<p>latihan teknik relaksasi nafas dalam seperti yang dijelaskan</p> <p>A: SP 1 Tercapai</p> <p>P: Lanjut ke SP berikutnya</p>
--	--	---

Hari kedua

No.Dx	Hari/tgl	Evaluasi
Dx 1	Jumat , 8 oktober 2021	<p>S: klien mengatakan merasa tenang dan nyaman setelah dilakukan teknik relasasi nafas dalam dan mau kembali meminum obat</p> <p>O:klien tampak tenang setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam,klien mampu menahan emosi dan kembali meminum obat</p> <p>A: SP 2 dan SP 3 tercapai</p> <p>P: .Intervensi dilanjutkan oleh keluarga.</p>

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV dalam laporan ini akan dijelaskan mengenai pembahasan yang akan menguraikan hasil analisa. Pembahasan ini berisi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian dimulai dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan mekanisme koping (Keliat, 2011).

Dalam pengkajian didapat hasil yaitu factor predisposisi adalah factor biologis sebab klien ada riwayat NAPZA. Factor presipitasi adalah pengalaman sering diputus kontrak kerja sehingga klien tidak memiliki pekerjaan. Pada hari kamis, 7 oktober 2021 didapatkan data subjeaktif keluarga mengatakan klien sering marah, klien pernah memukul dinding ketika marah, klien marah ketika tidak memiliki uang dan tidak punya pekerjaan

Factor predisposisi pada kasus ini masih sejalan dengan teori yaitu factor biologis karena pada kasus ini klien ada riwayat NAPZA. Hal ini selaras dengan teori yang dikemukakan oleh Eko (2014) yang dimana NAPZA adalah (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif) adalah bahan/zat/obat yang apabila masuk kedalam tubuh manusia bisa mempengaruhi tubuh terutama pada otak/susunan saraf pusat, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikis, dan

fungsi sosialnya karena terjadi kebiasaan, ketagihan (adiksi) serta ketergantungan (dependensi) terhadap NAPZA, sehingga bisa menyebabkan gangguan jiwa isolasi sosial. NAPZA sering disebut juga sebagai zat psikoaktif, yaitu zat yang bekerja pada otak, sehingga menimbulkan perubahan perilaku, perasaan, pikiran.

World Health Organization (WHO) menyebutkan masalah utama gangguan jiwa di dunia adalah skizofrenia, depresi unipolar, penggunaan alkohol, gangguan bipolar, gangguan obsesif kompulsif (Stuart & Laraia, 2005). Skizofrenia mempunyai karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Gejala positif antara lain thought echo, delusi, halusinasi dan gejala negatif seperti : sikap apatis, bicara jarang, afek tumpul, menarik diri, gejala lain dapat bersifat non-skizofrenia meliputi kecemasan, depresi dan psikosomatik.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah-masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau beresiko. Dalam menegakkan suatu diagnosa atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian dan diagnosa diangkat sesuai dengan kondisi klien pada saat dikaji.

Hal ini menyebabkan diagnosa pada teori akan berbeda pada kasus dimana pada teori yang penulis mencantumkan ada empat diagnosa dan pada kasus ada empat yang didapatkan, diagnosa yang ada pada kasus sejalan dengan teori yaitu suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap

suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol sehingga menimbulkan masalah bagi dirinya sendiri maupun orang lain

3. Intervensi

Perencanaan keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharap dari keluarga, atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu keluarga mencapai hasil yang diharapkan selama merawat klien. Rencana tindakan keperawatan untuk masalah pada klien isolasi social dengan intervensi yang ingin dilakukan adalah melakukan terapi non farmakologis berupa penerapan teknik relaksasi nafas dalam.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tindakan mandiri maupun kolaborasi yang diberikan perawat kepada klien atau keluarga sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan kriteria hasil yang ingin dicapai.

Pada Kamis, 7 Oktober 2021 sudah mulai dilakukan Tindakan Keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan SP 1 dan SP 2 klien : Mendiskusikan penyebab resiko perilaku kekerasan, melatih cara untuk mengontrol emosi klien mengajarkan pasien cara distraksi fisik (tarik nafas dalam, pukul bantal). Membantu jadwal latihan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk.

Pada Selasa, 8 Oktober 2021 sudah mulai dilakukan Tindakan Keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan SP 3 dan SP 4 klien: Melakukan evaluasi kegiatan yang

dilakukan dipertemuan pertama, Menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberi pujian.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien atau keluarga yang sedang dirawat dan dibandingkan dengan kriteria hasil yang ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan. Evaluasi dari hasil dari diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan adanya perkembangan yakni klien sudah mencapai hasil yang diharapkan atau dengan hasil lainnya.

Evaluasi dari hasil hari pertama yaitu keluarga klien mengatakan sedikit banyaknya mengetahui tentang resiko perilaku kekerasan , tanda gejala dan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan .klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal,dan klien mampu kembali meminum obat secara teratur.

Evaluasi dari hari kedua, yaitu klien mampu mengontrol marah dan lebih tenang ketika melakukan teknik relaksasi nafas dalam,klien juga mampu melakukan kegiatan harian minimal 2 kegiatan dan dipantau oleh keluarga dan juga diberikan pujian

Teknik yang dapat dilakukan untuk mrngurangi perilaku kekerasan diantaranya dengan teknik relaksasi. Teknik relaksasi merupakan tindakan eksternal yang mempengaruhi tindakan individu. Nafas dalam yaitu bentuk latihan nafas yang terdiri atas pernafasan abdominal (diagfragma). Teknik relaksasi nafas dalam sebuah teknik latihan nafas yang telah lama diperkenalkan dan dapat dipakai untuk menciptakan ketenangan mengurangi tekanan supaya pasien nyaman (Zelianti,2011).

Penelitian ini sebanding dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ria,2019) bahwa teknik relaksasi nafas dalam mampu membuat pasien terlihat tenang dan rileks sehingga klien mampu mengontrol emosi klien, namun masi terdapat perbedaan antara penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu responden pada penelitian sebelumnya berjumlah 3 responden, sedangkan penelitian ini menggunakan 1 responden dan juga dalam lama waktu penelitiann,penelitian sebelumnya memiliki waktu 3 hari penelitian,sedangkan penelitian ini karena keterbatasan waktu hanya dilakukan 2 hari pertemuan.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Dari hasil intervensi yang dilakukan pada klien dapat dilihat bahwa klien sudah mampu mengontrol emosi, dan tidak menyakiti diri sendiri, sehingga keluarga bisa memantau perkembangan klien, hingga kepercayaan diri klien kembali.

Setelah dilakukan intervensi klien dapat mengetahui tentang resiko perilaku kekerasan, penyebab, tanda & gejala serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan, kembali meminum obat secara teratur dan klien yakin akan bisa sembuh dengan minum obat, dan juga terbuka terhadap keluarga

5.2. Saran

1. Bagi Pasien

Kemampuan ini dapat diterapkan kepada orang yang mengalami resiko perilaku kekerasan, sehingga resiko perilaku kekerasan tidak menyakiti diri sendiri dan orang lain

2. Bagi Keperawatan

Diharapkan nantinya untuk mahasiswa keperawatan agar terus mengembangkan terapi-terapi yang sederhana namun sangat bermanfaat untuk kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan terutama pada keluarga ataupun klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti,M, (2008). *Komunikasi terapeutik dalam praktik keperawatan*.Cetakan 1.Bandung : PT. Refika Aditama.
- Fontaine, K.L, (2009). *Mental health narsing (6 edition)*. New jersey: preason prentice hall
- Hutton, P., Parker, S., Bowe, S., & Ford, S. (2012). *Prevalence of violence risk factors in people at ultra-high risk of developing psychosis: a service audit*. Early Intervention in Psychiatry.
- Katona & Roberison (2012). *At a Glance PSIKIATRI*. Jakarta: Erlangga.
- Kusumawati F dan Hartono Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kusnadi Jaya, (2015), *Keperawatan Jiwa*, Tangerang: Binarupa Askara Publisher
- Keliat, B.A, Akemat, Helena Novy, dan Nurhaeni Heni. 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta :EGC
- Medan Bisnis Daily.COM *jumlah penderita gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan* diakses pada tanggal 19 oktober
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Roufudin & Matiatun (2020). *Perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi relaksasi nafas dalam pada pasien perilaku kekerasan*, surabaya

Saragih, Dameria & Yulia Suparmi. (2014). *Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan*

Swanson, K.M. (2002). Swanson's Caring Theory: *Caring Profesional Scale. Journal of Nursing Scholarship*

Townsend, MC. (2010). *Diagnosis Keperawatan Psikiatri Rencana Asuhan & Medikasi Psikotropik*. Jakarta : EGC

Varcaloris, E.M., & Halter, M.J. (2010), *Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach*. Missouri: anders elsevier

Yusuf, Ahmad Dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Zelianti (2011) *pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa daerah dr. Amino gondohutomo*. Semarang ; politeknik kesehatan denpasar

DOKUMENTASI





