

KARYA TULIS ILMIAH
PENERAPAN RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK
MENGONTROL RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA
NY.R DENGAN SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KLASAMAN KOTA SORONG



JESICHA DESRIANI BR TARIGAN

31440120020

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLTEKNIK KESEHATAN SORONG
JURUSAN KEPERAWATAN
DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2023

**PENERAPAN RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK
MENGONTROL RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA
NY.R DENGAN *SKIZOFRENIA* DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KLASAMAN KOTA SORONG**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program DIII Keperawatan Di Poltekkes Kemenkes
Sorong



JESICHA DESRIANI BR TARIGAN

31440120020

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLTEKNIK KESEHATAN SORONG

JURUSAN KEPERAWATAN

DIII KEPERAWATAN

TAHUN 2023

LEMBAR PERSETUJUAN
JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah Oleh :

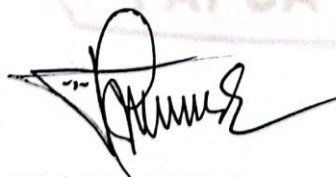
Nama : Jesicha Desriani Br Tarigan
NIM : 31440120020
Prodi : Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong
Judul : Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengontrol
Resiko Perilaku Kekerasan Pada Ny.R Dengan
Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman

Telah di periksa dan disetujui oleh pembimbing untuk di lanjutkan
pada proses Karya Tulis Ilmiah.

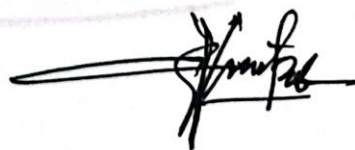
Sorong,

PEMBIMBING I

PEMBIMBING II



I Made Raka, S.ST.M.Kes
NIP 196813041989121001



Drs.P. Situmorang, M.Pd
NIP 196311101993031001

LEMBAR PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Jesicha Desriani br Tarigan
NIM : 31440120020
Judul KTI : Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengontrol
Resiko Perilaku Kekerasan Pada Ny.R Dengan
Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman
Kota Sorong

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan Penguji Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan POLTEKKES KEMENKES Sorong.

Penguji Ketua



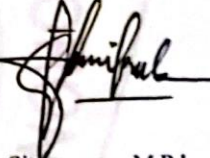
Alva Cherry Mustamu, M.kep
NIP.199101042018011001

Penguji Anggota I



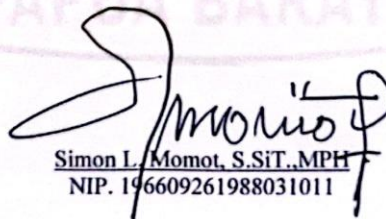
I Made Raka, S.ST.M.Kes
NIP 196813041989121001

Penguji Anggota II



Drs. P. Situmorang, M.Pd
NIP 196311101993031001

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kesehatan Kementerian Kesehatan Sorong



Simon L. Momot, S.SiT., MPH
NIP. 196609261988031011

LEMBAR KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

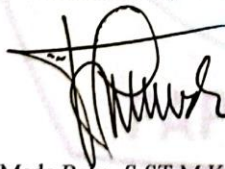
Nama : Jesicha Desriani br Tarigan
NIM : 31440120020
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian ditemukan bukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, Maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

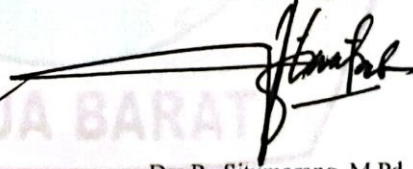
Sorong,.....Juli..... 2023

Pembimbing I



I Made Raka, S.ST.M.Kes
NIP 196813041989121001

Pembimbing II



Drs.P. Situmorang, M.Pd
NIP 196311101993031001

Pembuat Pernyataan



Jesicha Desriani br Tarigan
NIM : 31440120020

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

1. Nama : Jesicha Desriani br Tarigan
2. Tempat Tanggal Lahir : Kabanjahe , 7 Desember 2001
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Kristen Protestan
5. Alamat : Jln.Mawar Aimas DIY

B. PENDIDIKAN

1. SD : - SD N Percontohan Kabanjahe
- SD Inpres 44 Kabupaten Sorong (Tamat 2014)
2. SMP : SMP N 3 Kabupaten Sorong (Tamat 2017)
3. SMA : SMA N 2 Kabupaten Sorong (Tamat 2020)
4. Sementara mengikuti pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Sorong

KATA PENGANTAR

Penulis memanjatkan Puji Syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, yaitu berupa nikmat kesehatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman Kota Sorong Tahun 2023” sesuai dengan waktu yang telah di tentukan.Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong.

Dalam Penyusunan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini penulis telah banyak mendapatkan bimbingan dari berbagai pihak.Oleh sebab itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat:

1. Ibu. Ariani Pongoh, S.ST,M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Sorong.
2. Ibu Dr.Levina.B Sesa selaku Kepala UPTD Puskesmas Klasaman
3. Bapak. S.L.Momot,S.St.MPH selaku Kepala Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong.
4. Bapak. I Made Raka, S.ST,M.Kes selaku Kepala Program Studi D III Keperawatan dan sekaligus Pembimbing I yang telah memberikan motivasi, memberikan dan meluangkan waktu serta dorongan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Bapak. Drs. P . Situmorang, M.Pd selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan dan meluangkan waktu serta dorongan sehingga terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Alva Cherry Mustamu,M.Kep selaku Dosen Penguji yang telah memberikan masukan dan usulan.
7. Seluruh Dosen dan Staff Poltekkes Kemenkes Sorong Prodi D III Keperawatan Sorong.
8. Kepada Ny.R yang telah memberikan informasi dan mau bekerja sama dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan
9. Kepada keluarga saya tercinta orang tua Alm Bapak Julius Tarigan , Mama Suryati S Brahmana dan Abang Josua S Tarigan sebagai wujud jawaban dan tanggung jawab atas kepercayaan yang telah diamanatkan kepadaku serta atas cinta dan kasih sayang,kesabaran yang tulus dan selalu memberikan motivasi.Terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan saya,terimakasih untuk semuanya berkat doa dan dukungan Keluarga tercinta saya bisa berada di titik ini.
10. Kepada sahabat-sahabat saya Tanti Manullang, Natalya Manurung, Audria Andini, Melisa Wulandari, Hetilda Kereway dan Riskiyana yang selalu memberikan support dan motivasi pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman Seperjuangan Angkatan 27 Prodi D III Keperawatan yang telah memberikan support dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.

Dalam hal ini, Saya menyadari laporan ini masih jauh dari kesempurnaan untuk itu kritik dan saran diharapkan dalam Karya Tulis ini. Semoga tulisan ini memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu, terutama dalam penelitian keperawatan dan kesehatan lainnya.

Sorong , 14 Juli 2023

Penulis

Jesicha Desriani br Tarigan

MOTTO



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR KEASLIAN PENELITIAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
MOTTO	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
ABSTRAK	xvi
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB III	44
METODE PENELITIAN	44
A. Desain Penelitian	44
B. Subyek Penelitian	44
Batasan Istilah (Definisi Operasional)	44
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	45
D. Prosedur Penelitian	45
E. Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen	46
F. Keabsahan Data	48
G. Analisa Data.....	48
H. Etika Penelitian	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	52
A. HASIL	52
B. PEMBAHASAN	76

BAB V PENUTUP.....	83
A. Kesimpulan.....	83
B. Saran.....	84
DAFTAR PUSTAKA.....	86
LAMPIRAN	89

DAFTAR TABEL

TABEL 2.1 Intervensi Keperawatan.....	34
TABEL 3.1 Batasan Operasional.....	42
TABEL 4.1 Analisa Data.....	64

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 2.1 Rentang Respon.....	15
GAMBAR 4.1 Genogram.....	55

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam

LAMPIRAN 2 Kuesioner Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan

LAMPIRAN 3 Lembar Permintaan Menjadi Responden

LAMPIRAN 4 Lembar Persetujuan

LAMPIRAN 5 Dokumentasi

LAMPIRAN 6. Surat Keterangan Selesai Penelitian Puskesmas

ABSTRAK

PENERAPAN RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK MENGONTROL RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA NY.R DENGAN SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KLASAMAN

Jesicha Desriani Br Tarigan¹⁾, I Made Raka, S.ST.M.Kes²⁾, Drs.P . Situmorang,
M.Pd³⁾, ¹⁾Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan, ^{2,3)}Dosen Pembimbing Jurusan
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong

Koresponden : jesichatarigan07@gmail.com

Pendahuluan : *Skizofrenia* merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamin, yaitu salah satu sel kimia dalam otak. *Skizofrenia* bisa mengenai siapa saja, dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Salah satu gejala *skizofrenia* yaitu perubahan perilaku yang berlebihan seperti tiba-tiba marah, berteriak, hingga melakukan perilaku kekerasan. Hal tersebut dapat dikarenakan adanya peningkatan dopamin dan disregulasi serotonin pada korteks prefrontal yang menyebabkan kesulitan mengatur atensi, mood, dan perubahan perilaku yang cenderung berlebihan.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh relaksasi nafas dalam untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan pada pasien *Skizofrenia*.

Metode : Jenis Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi penerapan Relaksasi Nafas Dalam pada pasien *Skizofrenia*.

Hasil : Evaluasi dilakukan pada klien untuk diagnosa resiko perilaku kekerasan sudah membaik, dilihat dari kuesioner tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dengan skor yang awal 8 menjadi 2.

Kesimpulan : Penerapan Relaksasi Nafas Dalam untuk Mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan pada Ny.R efektif untuk menurunkan tanda dan gejala RPK. Pada penelitian ini diharapkan klien tetap menerapkan implementasi ini secara mandiri di rumah untuk membantu menurunkan tanda dan gejala RPK.

Kata Kunci : Resiko perilaku kekerasan, *Skizofrenia*, Relaksasi nafas dalam.

ABSTRACT

IMPLEMENTATION OF DEEP BREATH RELAXATION TO CONTROL THE RISK OF VIOLENT BEHAVIOR IN NY.R WITH SKIZOFRENIA IN THE WORKING AREA OF KLASAMAN PUBLIC HEALTH CENTER

Jesicha Desriani Br Tarigan¹⁾, I Made Raka, S.ST.M.Kes²⁾, Drs.P . Situmorang,
M.Pd³⁾, ¹⁾Diploma III Nursing Study Program, ^{2,3)}Lecturer of Nursing Department
Poltekkes Kemenkes Sorong

Correspondent : jesichatarigan07@gmail.com

Introduction : Schizophrenia is a brain disease that arises due to an imbalance in dopamine, which is one of the chemical cells in the brain. Schizophrenia can affect anyone, characterized by loss of affective feelings or emotional responses and withdrawal from normal interpersonal relationships. Often followed by delusions (false beliefs) and hallucinations (perceptions without sensory stimulation). One of the symptoms of schizophrenia is excessive changes in behavior such as sudden anger, shouting, and violent behavior. This could be due to an increase in dopamine and serotonin dysregulation in the prefrontal cortex which causes difficulties in regulating attention, mood, and changes in behavior that tend to be excessive.

Objective: Based on the description above, this study aims to determine the effect of deep breathing relaxation to control the risk of violent behavior in schizophrenic patients. **Methods:** This type of scientific writing uses a descriptive research method in the form of a case study to explore the application of deep breathing relaxation in schizophrenic patients.

Results: The evaluation carried out on clients to diagnose the risk of violent behavior has improved, seen from the questionnaire on the signs and symptoms of the risk of violent behavior with an initial score of 8 to 2.

Conclusion : Applying Deep Breathing Relaxation to Control the Risk of violent Behavior in Mrs.R is effective in reducing the signs and symptoms of RPK. In this study, it is hoped that clients will continue to implement this implementation independently at home to help reduce the signs and symptoms of RPK.

Keywords: Risk of violent behavior, Schizophrenia, Deep breathing relaxation.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamin, yaitu salah satu sel kimia dalam otak (Pitayanti & Hartono, 2020). *Skizofrenia* merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku. Gangguan jiwa *skizofrenia* sifatnya adalah gangguan yang lebih kronis dan melemahkan dibandingkan dengan gangguan mental yang lain (Syafriani & Fitriani, 2020). *Skizofrenia* sangat terkait dengan kecacatan yang cukup besar dan dapat mempengaruhi kinerja pendidikan dan pekerjaan. Selain itu, masalah yang muncul adalah adanya stigma, diskriminasi dan pelanggaran hak asasi manusia pada penderitanya. *Skizofrenia* sebagai gangguan mental kronis telah menjadi perhatian utama dimana gangguan pada sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) di dunia mengalami ini (Pertiwi et al., 2023)

Menurut *World Health organization* (WHO) 2016, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 65 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena *skizofrenia*. Data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa, Indonesia memiliki rata-rata tinggi untuk gangguan jiwa mencapai 7.0 per mil *skizofrenia* yang berarti 7/1000 penduduk terkena *skizofrenia*, gangguan

mental emosional (depresi dan kecemasan) sebanyak 9,8 per mil yang berarti 10/100 penduduk terkena gangguan mental. (Waluyo, 2022). Hasil Riskesdas tahun 2018 Prevalensi rumah tangga yang mempunyai ART gangguan jiwa *skizofrenia* atau psikosis di Provinsi Papua Barat sebesar 3,505, sedangkan di Kota Sorong sebesar 938 dan Kabupaten Sorong 314. (*Riskesdas Papua Barat 2018*)

Salah satu gejala *skizofrenia* yaitu perubahan perilaku yang berlebihan seperti tiba-tiba marah, berteriak, hingga melakukan perilaku kekerasan. Hal tersebut dapat dikarenakan adanya peningkatan dopamin dan disregulasi serotonin pada korteks prefrontal yang menyebabkan kesulitan mengatur atensi, mood, dan perubahan perilaku yang cenderung berlebihan. Hal tersebut menyebabkan orang dengan *skizofrenia* memiliki emosi yang labil, frustrasi, dan kurang motivasi dalam melaksanakan kegiatan. Sehingga, pasien dengan *skizofrenia* mengalami penurunan kognitif yang mempengaruhi cara berpikir, mengamati, merasakan, berperilaku, dan berhubungan dengan orang lain. Perubahan perilaku yang berlebihan dan terdistorsi biasanya muncul dan sulit dikontrol, hingga berakibat adanya risiko perilaku kekerasan. (Rizki & Wardani, 2020)

Penanganan yang dilakukan untuk mencegah terjadinya peningkatan perilaku kekerasan, antara lain mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosinya dan dapat diberikan obat-obatan terapi farmakologi. Pengobatan tradisional sekarang ini sudah menjadi alternatif lain dari pengobatan modern. Selain itu relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli,

memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun. Menurut Widyastuti terapi relaksasi nafas dalam tidak hanya menyebabkan efek yang menenangkan fisik tetapi juga menenangkan pikiran. Pada pasien perilaku kekerasan, terapi relaksasi nafas dalam dapat 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, dan kreatifitas. (Wardiyah et al., 2022)

Relaksasi tarik nafas dalam merupakan salah satu bentuk relaksasi yang berupaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah, yang pada akhirnya mengendurkan ketegangan jiwa, salah satu cara terapi relaksasi adalah bersifat respiratoris, yaitu dengan mengatur aktivitas bernafas. Pelatihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernafas, menyebabkan sikap mental dan badan yang relaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuat kaku. (Pertiwi et al., 2023). Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri. Untuk faktor penyebab dari perilaku kekerasan yang lain seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah pada

penghinaan, dan kehilangan orang yang di cintai (pekerjaan). (Madhani & Kartina, 2020.)

Menurut beberapa penelitian , orang yang menderita Skizofrenia dengan masalah keperawatan Resiko Perilaku kekerasan adalah beresiko membahayakan secara fisik,emosi,dan seksual pada diri sendiri atau orang lain,yang menyebabkan rentang respon marah yang paling maladaptive adalah amuk pada perilaku kekerasan. (Wardiyah et al., 2022) Salah satu bentuk psikoterapi yang dapat di terapkan pada pasien yang mengalami Skizofrenia dengan masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan yaitu dengan Penerapan Relaksasi Nafas Dalam yang didasarkan pada teori bahwa Teknik Relaksasi adalah teknik peregangan berfungsi mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan berupa nyeri, otot tegang dan cemas (Waluyo, 2022). Menurut penelitian sebelumnya menunjukkan hasil penelitian menunjukkan bahwa latihan relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan kemampuan pasien mengontrol marah dan menurunnya marah pada pasien, hal ini ditunjukkan adanya perbedaan kemampuan dan respon marah pasien pre dan post latihan. Terapi relaksasi nafas dalam efektif mengurangi resiko marah pada pasien skizofrenia.(Waluyo, 2022)

Survei awal dilakukan oleh penulis di wilayah kerja Puskesmas Klasaman pada klien dengan diagnose medis *Skizofrenia* dengan masalah keperawatan jiwa Resiko Perilaku Kekerasan yaitu Ny.R , yang sedang menjalani pengobatan di puskesmas Klasaman. Sehingga penulis tertarik untuk melakukan penelitian “Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengontrol

Resiko Perilaku Kekerasan Pada Ny.R Dengan *Skizofrenia* Di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman Kota Sorong”

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Penerapan relaksasi nafas dalam untuk mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan pada Ny.R dengan *Skizofrenia* di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman Kota Sorong?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang hendak di capai oleh penulis sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Untuk menerapkan Relaksasi nafas dalam untuk mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan pada Ny.R dengan *Skizofrenia* di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman?

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.R dengan masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah kerja Puskesmas Klasaman
- b. Mampu melakukan diagnose keperawatan pada dengan masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah kerja Puskesmas Klasaman
- c. Ny.R Untuk melakukan intervensi keperawatan pada Ny.R dengan masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah kerja Puskesmas Klasaman

- d. Untuk melakukan implementasi keperawatan pada Ny.R dengan masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah kerja Puskesmas Klasaman
- e. Untuk melakukan evaluasi keperawatan pada Ny.R dengan masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah kerja Puskesmas Klasaman

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Penelitian ini dapat memberikan informasi pengetahuan dan mampu memahami tentang penerapan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan pada pasien dengan skizofrenia.

2. Praktis

- a. Bagi Mahasiswa Di harapkan Penerapan Relaksasi Nafas dalam ini dapat menambah pengetahuan mahasiswa pada klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan
- b. Bagi Klien Diharapkan setelah menerima Penerapan Relaksasi Nafas Dalam klien mampu secara mandiri melakukan di rumah untuk mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Bagi Keluarga
Diharapkan keluarga memahami tentang tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan dan membantu klien dalam menerapkan Relaksasi

Nafas Dalam dan mampu memberikan dukungan moral , emosional dan spiritual

d. Bagi Puskesmas Klasaman

Penerapan Relaksasi Nafas Dalam yang di berikan kepada Ny.R diharapkan dapat menjadi acuan dalam memberikan pelayanan kepada pasien Resiko Perilaku Kekerasan untuk menurunkan tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah penyakit kerusakan otak, berdampak pada kemampuan berfikir, bahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan untuk merasakan realita secara akurat. (Waluyo, 2022) *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. (Pardede et al., 2020) *Skizofrenia* adalah gangguan sikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosional dan perilaku. (Horhoruw et al., 2023)

2. Etiologi

Skizofrenia merupakan penyakit kronik dari gangguan jiwa yang umum terjadi. Hal yang mendasari mekanisme psikopatologi *skizofrenia* sulit untuk dipahami. Hal ini dapat disebabkan karena penyebab *skizofrenia* yang belum jelas. Ada berbagai variasi penyebab *skizofrenia* dari beberapa pendapat. Rubesa, Gudelj, dan Kubinska (2011) menyatakan bahwa neurotransmitter dopamin, glutamat, serotonin, asetilkolin, neurodegeneratif, perkembangan saraf, gangguan sintesis protein dan pospolipid berperan sebagai penyebab *skizofrenia*. Pendapat lainnya

bahwa *skizofrenia* disebabkan oleh faktor genetik, biologis dan psikososial. Selain faktor genetik, biokimia, biologis, dan stres/ masalah psikososial, *skizofrenia* juga dapat disebabkan oleh penggunaan narkoba, kurangnya asupan nutrisi, dan gangguan di area serebal, terutama di lobus frontal (British Columbia Schizophrenia Society [BCSS], 2008). *Skizofrenia* disebabkan oleh kombinasi dari beberapa variabel penyebab *skizofrenia*, diantaranya faktor genetik, gangguan biokimia, fisiologis, dan tekanan/ masalah psikososial. Hal yang sama juga dijelaskan oleh National Health Service (NHS) (2012) dimana penelitian menunjukkan bahwa penyebab seseorang mengalami *skizofrenia* merupakan kombinasi dari faktor masalah/penyakit fisik, genetik, psikologis dan lingkungan. Penyebab pasti *skizofrenia* belum diketahui hingga saat ini. Namun, *skizofrenia* dapat dialami oleh seseorang karena adanya multipel faktor penyebab. (Novitayani, 2017)

3. Psikopatologi

Beberapa patofisiologi *skizofrenia* berdasarkan penyebabnya adalah Dalam (Hafifah, 2018)

- a. Peningkatan ukuran ventrikel, penurunan ukuran otak dan asimetri otak.
Penurunan volume hipokampus berhubungan dengan kerusakan neuropsikologis dan penurunan respons terhadap antipsikotik tipikal.
- b. Hipotesis dopaminergik. *Skizofrenia* dapat disebabkan oleh hiperaktivitas atau hipoaktivitas dopaminergik pada area tertentu di otak serta ketidaknormalan reseptor dopamin (DA). Hiperaktivitas reseptor

dopamin (DA) pada area mesocaudate berkaitan dengan munculnya gejala-gejala positif. Sementara hipoaktivitas reseptor dopamin (DA) pada area korteks prefrontal berkaitan dengan munculnya gejala-gejala negatif. Dopamin disekresikan oleh neuron yang badan selnya terletak di bagian tegmentum ventral mesensefalon, medial dan superior substansia nigra. Neuron-neuron ini menyebabkan kondisi hiperaktivitas dopaminergik pada sistem mesolimbik. Dopamin tersebut disekresikan ke bagian medial dan anterior sistem limbik, terutama hipokampus, amygdala, anterior caudate, nukleus dan bagian lobus prefronta yang merupakan pusat pengendali perilaku.

- c. Disfungsi glutamatergik. Penurunan aktivitas glutamatergik berkaitan dengan munculnya gejala *skizofrenia*.
- d. Kelainan serotonin (5-HT). Pasien *skizofrenia* memiliki kadar serotonin 5-HT yang lebih tinggi. Hal ini juga berkaitan dengan adanya peningkatan ukuran ventrikel.

4. Gejala Skizofrenia

Gejala *Skizofrenia* dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu (Syafriani & Fitriani, 2020) :

a. Gejala primer.

Gejala primer terdiri dari gangguan proses berpikir, gangguan emosi, gangguan kemauan serta autisme.

b. Gejala sekunder.

Gangguan sekunder terdiri dari waham, halusinasi, dan gejala katatonik maupun gangguan psikomotor yang lain

5. Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia (Syafriani & Fitriani, 2020) ada beberapa golongan yaitu :

a. *Skizofrenia Simpleks*

Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama adalah perasaan emosi dan kemunduran motivasi. Gangguan proses berfikir biasanya sulit ditemukan seperti waham dan halusinasi jarang sekali dimana gejala ini muncul secara perlahan. Gejala awal mungkin penderita kurang diperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan sehingga akan sulit dalam kerjaan dan sosialisasi dengan oranglain.

b. *Skizofrenia hebefrenik*

Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga *hebefrenia*, permulaannya perlahan lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku ke kanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali

c. *Skizofrenia katatonik*

Skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering di dahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah kata tonik atau stupor kata tonik. Stupor katatonik Pada stupor katatonik, penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya dan emosinya sangat dangkal. Secara tiba-tiba atau perlahan-lahan penderita keluar dari keadaan stupor ini dan mulai berbicara dan bergerak. Gaduh gelisah kata tonik Pada gaduh gelisah katatonik, terdapat hiperaktivitas motorik, tapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar.

d. *Skizofrenia* Paranoid

Jenis ini berbeda dari jenis-jenis lainnya dalam perjalanan penyakit. Hebefrenia dan katatonia sering lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala *skizofrenia* simplek atau gejala campuran hebefrenia dan katatonia. Tidak demikian halnya dengan *skizofrenia* paranoid yang jalannya agak konstan.

e. Episode *skizofrenia* akut

Gejala *skizofrenia* ini timbul mendadak sekali dan pasien seperti keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar dan dirinya sendiri berubah. Semuanya seakan-akan mempunyai arti yang khusus baginya. Prognosisnya baik dalam waktu beberapa minggu atau biasanya kurang dari enam bulan penderita sudah baik. Kadang –kadang bila kesadaran

yang berkabut tadi hilang, maka timbul gejala – gejala salah satu jenis *skizofrenia* yang lainnya.

f. *Skizofrenia* residual

Skizofrenia residual, merupakan keadaan *skizofrenia* dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan *skizofrenia*.

g. *Skizofrenia* skizoafektif

Pada *skizofrenia* skizoafektif, di samping gejala - gejala *skizofrenia* terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejala- gejala depresi atau gejala – gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

6. Penatalaksanaan

Pengobatan *Skizofrenia* menurut (Hafifah , 2018) yaitu:

- a. Antipsikotik Penggunaan Antipsikotik sebagai farmakoterapi digunakan untuk mengatasi gejala psikotik dengan berbagai etiologi, salah satunya *skizofrenia* Antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua.

- 1) Anti Psikotik Generasi Pertama

Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin D2. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65 % hingga 80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamin lain di otak.

2) Anti Psikotik Generasi Kedua

Antipsikotik generasi kedua ini seperti Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Lurasidone, dan Klozapin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamin, sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak.

b. Rehabilitasi Psikososial

1) Terapi Kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Dalam penelitian jurnal ini menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih aman dan efektif jika diberikan pada penderita *skizofrenia* yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik.

2) Sosial Skill Training

Menunjukkan bahwa SST berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan dalam penelitian jurnal bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada penderita *Skizofrenia*.

3) PANSS

PANSS digunakan pada pasien rawat inap *Skizofrenia* untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum.

PANSS terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil.

4) LAI (Long-Acting Injectable)

Farmakoterapi baik antipsikotik oral maupun LAI merupakan treatment utama dalam terapi *skizofrenia*. LAI disarankan untuk pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah. Sebanyak 472 partisipan yang melakukan peralihan dari oral antipsikotik (Aripiprazole, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone dan Paliperidone Extendedrelease) menjadi Paliperidone 1 kali selama 1 bulan memberikan respon dan tolerabilitas yang baik. LAI menawarkan afek terapeutik panjang dengan memaksimalkan penghantaran obat, kontak obat, dan jadwal pengobatan.

B. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

1. Definisi

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Risiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang menunjukkan bahwa seseorang mampu membahayakan diri sendiri dan orang lain secara fisik dan emosional maupun seksual. Risiko perilaku kekerasan dapat terjadi pada diri sendiri (*risk for self –directed violence*) dan terhadap orang lain (*risk for other–directed violence*). Risiko perilaku kekerasan

merupakan suatu perilaku yang dapat membahayakan atau mencederai diri sendiri maupun orang lain baik secara fisik, emosional maupun seksual. Dalam (Bangu et al., 2023)

2. Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Aziz, 2022) Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).

Respon Adaptif

Respon Maladaptif



Asertif

Frustasi

Pasif

Agresif

Kekerasan

Gambar 2.1

Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan, Tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respon lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol

Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya control.

3. Tanda dan Gejala

Menurut (Malfasari et al., 2020) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan:

Muka merah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, bicara kasar Suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017)

Terdapat 2 tanda gejala yaitu mayor dan minor pada pasien perilaku kekerasan

a. Mayor

1) subjektif : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus.

2) objektifnya : menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk.

b. Minornya yaitu objektif: mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku

4. Etiologi

Perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh beberapa faktor di berikut ini (Bangu et al., 2023)

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) *Instinctual drive theory (Teori dorongan naluri)* Menurut teori ini, adanya suatu dorong kebutuhan dasar yang kuat dalam diri seseorang dapat menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan.

b) *Psycomatic theory (Teori psikomatik)* Sistem limbik sebagai sentral untuk mengekspresikan dan menghambat marah sangat berperan dalam pengalaman marah seseorang sebagai akibat dari respon psikologis terhadap stimulus internal maupun eksternal.

2) Faktor Psikologi

a) *Frustration aggression theory (Teori agresif frustrasi)* Teori ini menyebutkan bahwa akumulasi dari frustrasi dapat mengakibatkan terjadinya perilaku kekerasan. Bila seseorang terhambat atau gagal mencapai sesuatu ia akan terdorong untuk melakukan perilaku kekerasan untuk mengurangi rasa frustrasinya.

5. Proses Terjadinya Marah

Amuk adalah respon kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Amuk merupakan respon marah terhadap adanya stress, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan ketidakberdayaan (Aziz, 2022)

Respons marah dapat di ekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu mengungkapkan secara verbal, menekan dan menantang (Aziz, 2022)

Resiko perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku aktual yang rentan melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain, secara verbal maupun non verbal, bertujuan untuk melukai orang secara fisik maupun psikologis dalam buku (Aziz, n.d.)

6. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Aziz, 2022) , Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan untuk pasien gangguan jiwa antara lain:

- a. Farmakoterapi Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila tidak ada, dapat digunakan dosis efektif rendah. Contohnya Trifluoperasine estelasine, bila tidak ada juga, maka dapat menggunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.
- b. Terapi Okupasi Terapi ini bukan pemberian pekerjaan melainkan kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan

mengembalikan kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur, berdialog, berdiskusi tentang pengalaman dan arto kegiatan bagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatan.

- c. Terapi Kelompok Terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal. Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu upaya untuk memfasilitas 24 psikoterapi terhadap sejumlah pasien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar anggota.
- d. Peran Serta Keluarga Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat mmebantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan sekunder), dan memulihkan perilaku maladaptive ke

perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

- e. Terapi Somatik Terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.
- f. Terapi Kejang Listrik Terapi kejang listrik atau electro convulsive therapy (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 2030 kali terapi, biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali.

C. Relaksasi Nafas Dalam

1. Definisi Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi adalah teknik peregangan berfungsi mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan berupa nyeri, otot tegang dan cemas (Waluyo, 2022).

Menurut (Wardiyah et al., 2022) Teknik relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah sehingga pada akhirnya dapat mengendurkan ketegangan jiwa. Pengendalian pasien risiko perilaku kekerasan termasuk pasien dengan perilaku marah dapat di control dengan cara melakukan relaksasi tarik nafas dalam.

2. Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

Bentuk latihan relaksasi berupa latihan relaksasi nafas dalam, latihan ini dilakukan untuk mengontrol marah. Latihan ini juga bisa mengendurkan jiwa yang tegang, hasil dan prosesnya akan maksimal jika dilakukan dalam kondisi dan situasi yang relaks. Terapi relaksasi ini bersifat olah nafas dengan mengatur aktivitas nafas. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan cara mengatur pola pernafasan secara tempo, irama dan ritme yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernafas berefek pada sikap mental dan badan yang relaks selanjutnya menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi luapan emosi tanpa membuatnya kaku (Waluyo, 2022)

3. Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

- a. Menenangkan pikiran
- b. Menenangkan fisik
- c. Meningkatkan kemampuan berkonsentrasi
- d. Meningkatkan mengontrol diri
- e. Menurunkan emosi dan depresi

D. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

1. Pengkajian Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan.

Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Aziz, n.d.)

a. Identitas klien

Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata rata yang melakukan perilaku kekerasan 30 sampai 50 tahun dengan jenjang karir rata- rata lulusan SD

b. Alasan Masuk

Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain

c. Faktor presedeposisi

Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predesposisi, faktor predesposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

d. Pemeriksaan fisik

Klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi naik, dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang.

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien

perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

2) Konsep diri

a) Gambaran diri

Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah

b) Identitas diri

Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah dan bermusuhan

c) Fungsi peran

Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

d) Ideal diri

Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.

e) Harga diri

Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

3) Hubungan Sosial

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol

4) Spriritual

Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah

f. Status Mental

1) Penampilan

Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi , penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya , rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

2) Pembicaraan

Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor.

3) Aktivitas Motorik

Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar mandir.

4) Afek dan Emosi

Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membating barangbarang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriakteriak.

5) Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

6) Presepsi/Sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami presepsi sensori sebagai penyebabnya.

g. Proses Pikir

1) Proses piker (arus pikir)

Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanefestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

2) Isi pikirannya

Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

3) Tingkat Kesadaran

Tidak sadar, bingung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat keasadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

h. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang

i. Tingkat Konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan.

j. Kemampuan penilaian/pengambilan keputusan

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

k. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien

menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah.

1. Mekanisme koping

Klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maldatif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan ,menghindar, mencederai diri atau lainnya.

2. Diagnosa Keperawatan

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017)

a. Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)

1) Definisi

Beresiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau oranglain.

2) Faktor Resiko

- a) Pemikiran waham/delusi
- b) Curiga pada orang lain
- c) Halusinasi
- d) Berencana bunuh diri
- e) Disfungsi sistem keluarga
- f) Kerusakan kognitif
- g) Disorientasi atau konfusi
- h) Kerusakan control impuls
- i) Persepsi pada lingkungan tidak akurat
- j) Alam perasaan depresi

- k) Riwayat kekerasan pada hewan
 - l) Kelainan neurologis
 - m) Lingkungan tidak teratur
 - n) Penganiayaan atau pengabaian anak
 - o) Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau oranglain atau destruksi property oranglain
 - p) Impulsif
 - q) Ilusi
- 3) Kondisi Klinis Terkait
- a) Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual
 - b) Sindrom otak organik (mis, penyakit Alzheimer)
 - c) Gangguan perilaku
 - d) Oppositional defiant disorder
 - e) Depresi
 - f) Serangan panic
 - g) Gangguan Tourette
 - h) Delirium
 - i) Demensia
 - j) Gangguan amnestic
 - k) Halusinasi
 - l) Upaya bunuh diri
 - m) Abnormalitas neurotransmitter otak
- b. Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

1) Definisi

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.

2) Penyebab

- a) Gangguan Penglihatan
- b) Gangguan Pendengaran
- c) Gangguan Penghidupan
- d) Gangguan perabaan
- e) Hipoksia serebral
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia Lanjut
- h) Pemajanan toksin lingkungan

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif

- Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman atau pengecap

b) Objektif

- Distorsi sensori
- Respons tidak sesuai
- Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

4) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

- Menyatakan kesal

b) Objektif

- Menyendiri
- Melamun
- Konsentrasi buruk
- Disorientasi waktu,tempat,orang atau situasi
- Curiga
- Melihat ke satu arah
- Mondar-mandir
- Bicara sendiri

5) Kondisi klinis Terkait

a) Glaukoma

b) Katarak

c) Gangguan refraksi (myopia, hyperopia, astigmatisma, presbyopia)

d) Trauma okuler

e) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV dan VI akibat stroke, aneurisma intracranial, trauma/tumor otak)

f) Infeksi okuler

g) Presbikosis

h) Malfungsi alat bantu dengar

- i) Delirium
- j) Demensia
- k) Gangguan amnestic
- l) Penyakit terminal
- m)Gangguan psikotik

c. Harga Diri Rendah (D.0086)

1) Definisi

Evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus

2) Penyebab

- a) Terpapar situasi traumatis
- b) Kegagalan berulang
- c) Kurangnya pengakuan dari oranglain
- d) Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan
- e) Gangguan psikiatri
- f) Penguatan negative berulang
- g) Ketidaksesuaian budaya

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif
 - Menilai diri negative(mis tidak berguna,tidak tertolong)
 - Merasa malu/bersalah
 - Merasa tidak mampu melakukan apapun

- Meremehkan kemampuan mengatasi masalah
- Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif
- Melebih-lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri
- Menolak penilaian positif tentang diri sendiri

b) Objektif

- Enggan mencoba hal baru
- Berjalan menunduk
- Postur tubuh menunduk

4) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

- Merasa sulit berkonsentrasi
- Sulit tidur
- Mengungkapkan keputusan

b) Objektif

- Kontak mata kurang
- Lesu dan tidak bergairah
- Berbicara pelan dan lirih
- Pasif
- Perilaku tidak asertif
- Mencari penguatan secara berlebihan
- Bergantung pada pendapat orang lain
- Sulit membuat keputusan

5) Kondisi Klinis Terkait

- a) Cedera traumatis
- b) Pembedahan
- c) Kehamilan
- d) Stroke
- e) Penyalahgunaan zat
- f) Penyakit kronis
- g) Pengalaman tidak menyenangkan

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan (SIKI)

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Resiko Perilaku kekerasan (D.0146)	Setelah di lakukan asuhan keperawatan pada Ny.R di harapkan kemampuan klien untuk mengendalikan dan mengatur emosi dapat meningkat dengan kriteria hasil : (L.09076) 1. <i>Verbalisasi ancaman kepada orang lain</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi : • Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis,benda tajam,tali) • Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis,pisau cukur) • Pertahankan	Observasi : • Membantu monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis,benda tajam,tali) • Membantu monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis,pisau) • Mempertahankan lingkungann bebas dari bahaya secara

		2. <i>Verbalisasi umpatan</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 3. <i>Perilaku menyerang</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 4. <i>Perilaku melukai diri sendiri/oranglain</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 5. <i>Perilaku merusak lingkungan sekitar</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 6. <i>Perilaku agresif/amuk</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3	lingkungan bebas dari bahaya secara rutin • Libatkan keluarga dalam perawatan • Anjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien • Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif • Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal(mis,beri relaksasi, bercerita)	rutin • Membantu dan Melibatkan keluarga dalam perawatan klien • Menganjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan klien • Membantu dan Melatih klien cara mengungkapkan perasaan secara asertif • Membantu dan Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis , beri relaksasi , bercerita)
--	--	---	---	--

		Cukup menurun = 4 Menurun = 5 7. <i>Suara keras</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 8. <i>Bicara Ketus</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5		
2	Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	Setelah di lakukan asuhan keperawatan pada Ny.R di harapkan persepsi-realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal klien membaik dengan kriteria hasil : (L.13124) 1. <i>Verbalisasi mendengar bisikan</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 2. <i>Verbalisasi Melihat</i>	Manajemen halusinasi (I.09288) Observasi 1. Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas 3. Monitor isi	Observasi • Memonitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi • Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas • Memonitor isi halusinasi (mis.kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik

		<i>bayangan</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 3. <i>Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 4. <i>Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 5. <i>Distroksi sensori</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 6. <i>Perilaku halusinasi</i> Meningkat = 1	halusinasi (mis.kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku(mis.limit setting,pembatasan wilayah,pengekekangan fisik,seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi Edukasi 1. Anjurkan memonitor	• Mempertahankan lingkungan yang aman • Melakukan tindakan keselamatan ketika klien tidak dapat mengontrol perilaku (mis, limit setting,pembatasan wilayah,pengekekann fisik,sesual) • Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi • Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi Edukasi • Mengajarkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi • Menganjurkan bicara pada orang yang
--	--	--	---	--

		Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5	sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis.mendengarkan music, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kalaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas,jika	dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi • Menganjurkan melakukan distraksi (mis.mendengarkan music,melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) • Mengajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi • Kolaborasikan pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
--	--	---	---	---

			perlu	
3	Harga Diri Rendah	Setelah di lakukan Asuhan Keperawatan selama 3 hari di harapkan agar perasaan positif terhadap diri klien atau kemampuan sebagai respon terhadap situasi saat ini meningkat dengan kriteria hasil : (L.09069 1. <i>Penilaian diri positif</i> Menurun = 1 Cukup menurun = 2 Sedang = 3 Cukup meningkat = 4 Meningkat = 5 2. <i>Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif</i> Menurun = 1 Cukup menurun = 2 Sedang = 3	Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 4. Tingkatkan aktivitas fisik	Observasi • Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku • Mendiskusikan tanggung jawab terhadap perilaku • Mengjadwalkan kegiatan terstruktur • Menciptakan dan mempertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas • Meningkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan • Membatasi jumlah pengunjung • Berbicara dengan nada rendah dan tenang

		Cukup meningkat = 4 Meningkat = 5 3. <i>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri</i> Menurun = 1 Cukup menurun = 2 Sedang = 3 Cukup meningkat = 4 Meningkat = 5 4. <i>Minat mencoba hal baru</i> Menurun = 1 Cukup menurun = 2 Sedang = 3 Cukup meningkat = 4 Meningkat = 5 5. <i>Berjalan menampakkan wajah</i> Menurun = 1 Cukup menurun = 2 Sedang = 3 Cukup meningkat = 4	sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang 7. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 8. Cegah perilaku pasif dan agresif 9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 10. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi 11. Hindari bersikap menyudutkan dan	• Melakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi • Mencegah perilaku pasif dan agresif • Memberi penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku • Melakukan pengekangan fisik sesuai indikasi • Menghindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan • Menghindari sikap mengancam dan berdebat • Menghindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah di
--	--	--	---	--

		Meningkat = 5 6. <i>Postur tubuh</i> <i>menampakkan wajah</i> Menurun = 1 Cukup menurun = 2 Sedang = 3 Cukup meningkat = 4 Meningkat = 5 7. <i>Perasaan malu</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 8. <i>Perasaan bersalah</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 9. <i>Perasaan tidak mampu melakukan apapun</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3	menghentikan pembicaraan 12. Hindari sikap mengancam dan berdebat 13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan Edukasi 1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif	tetapkan • Menginformasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif.
--	--	---	---	--

		Cukup menurun = 4 Menurun = 5		
--	--	----------------------------------	--	--

9. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah di susun dalam tahap perencanaan. untuk kesuksesan implementasi keperawatan supaya sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Implementasi/pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (*Buku Metodologi Keperawatan 2022*, n.d.)

10. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang

menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Perawat menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan atau intervensi keperawatan. Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan klien. Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri. Kemampuan dalam pengetahuan standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan. (*Buku Metodologi Keperawatan 2022*, n.d.)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis Penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi penerapan *Relaksasi Nafas Dalam* pada pasien *Skizofrenia*. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang diarahkan untuk memberikan gejala-gejala, fakta-fakta atau kejadian-kejadian secara sistematis dan akurat, mengenai sifat-sifat populasi atau daerah tertentu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan yaitu klien dengan kasus *Skizofrenia*, yang diteliti secara rinci dan mendalam.

Batasan Istilah (Definisi Operasional)

TABEL 3.1 Batasan Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur
1	Skizofrenia	Skizofrenia adalah penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan dopamin dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional	
2	Resiko Perilaku Kekerasan	Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu perilaku yang dapat membahayakan atau	Kuesioner RUFA Resiko Perilaku Kekerasan

		mencederai diri sendiri maupun orang lain baik secara fisik, emosional maupun seksual	
3	Relaksasi Nafas Dalam	Teknik relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah sehingga pada akhirnya dapat mengendurkan ketegangan jiwa	Lembar Observasi dan SOP Penerapan Relaksasi Nafas Dalam

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian bertempat di wilayah kerja Puskesmas Klasaman dengan studi kasus Penerapan Relaksasi Nafas Dalam untuk menurunkan Resiko Perilaku Kekerasan pada pasien *Skizofrenia*. Penelitian ini akan dilakukan pada minggu ke-4 Bulan Juni 2023.

D. Prosedur Penelitian

Pada tahap ini peneliti memulainya dengan beberapa tahap yaitu :

1. Tahap Persiapan

Pada tahap ini penelitian dimulai dengan mengajukan judul kepada pembimbing I dan pembimbing II, peneliti mengajukan judul penelitian dengan metode studi kasus. Setelah disetujui, maka peneliti melakukan pengurusan izin studi kasus pendahuluan untuk mengumpulkan data dan menyusun dalam proposal dengan menggunakan data peneliti berupa hasil pengukuran, observasi terhadap kasus yang dijadikan subjek penelitian. Selama penyusunan proposal ini dilakukan peneliti melakukan konsultasi dengan kedua pembimbing untuk melakukan koreksi. Setelah selesai

dilakukan perbaikan maka dilanjutkan ketahap berikutnya yaitu pengambilan data.

2. Tahap Pelaksana

Tahap-tahap ini, peneliti mengajukan izin penelitian sambil mempersiapkan instrument penelitian. Setelah diberikan izin, peneliti melakukan penelitian dengan mendekati diri pada pasien. Sebelum mengkaji pasien, peneliti memberikan surat persetujuan (Informed consent) kepada pasien agar menyetujui barulah peneliti mengambil data pasien dan menerapkan asuhan keperawatan yang direncanakan pada pasien tersebut dengan menggunakan formir pengkajian keperawatan. Setelah selesai melakukan penelitian kepada pasien. Peneliti melanjutkan ke tahap berikutnya yaitu tahap penyusunan laporan.

3. Tahap Penyusunan

Laporan Tahap ini dimulai dengan menganalisis data yang diperoleh dari hasil penelitian tersebut dan ditulis dalam narasi, kemudian di konsulkan kepada pembimbing serta dipertanggung jawabkan dalam seminar hasil.

E. Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen

1. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu :

a. Wawancara

Teknik wawancara yaitu dengan cara mengumpulkan data primer dengan cara Tanya jawab langsung terhadap klien, keluarga maupun

tim kesehatan yang ada untuk yang peroleh data yang diperlukan. Data dalam penelitian ini yaitu:

- 1) Data Primer adalah sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber aslinya yang berupa wawancara, jajak pendapat dari individu atau kelompok(orang) maupun hasil observasi dari suatu objek,kejadian atau hasil pengujian(benda). Data Primer dalam penelitian ini yaitu data yang langsung didapatkan atau saat penelitian atau studi kasus berupa data Pengkajian Skizofrenia dan Kuisioner Resiko Perilaku Kekerasan
- 2) Data Sekunder adalah sumber data penelitian yang diperoleh melalui media perantara atau secara tidak langsung yang berupa buku, catatan, bukti yang telah ada, atau arsip baik dipublikasikan maupun yang tidak dipublikasikan secara umum dalam penelitian ini data sekunder didapat dari keluarga dan tim kesehatan lainnya serta penanggung jawab SP2 TP Puskesmas Klasaman.

b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Teknik observasi dan pemeriksaan fisik yaitu melakukan observasi secara langsung dengan cara melihat langsung dan melakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan pendekatan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi).

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien dengan Skizofrenia,

Lembar Observasi Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan terdiri dari 14 item pertanyaan menggunakan skala nominal untuk jawaban pertanyaan favourable apabila jawaban “benar” diberi skor 1 dan jawaban “tidak” di beri skor 0 , Standar Operasional Prosedur (SOP) Relaksasi Nafas Dalam.

F. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membukan kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan / tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. (*Buku Panduan,KTI DIII Keperawatan,2017, n.d.*)

G. Analisa Data

Analisis yang digunakan peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan data semua terkumpul. Analisis data di lakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan di tuangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang di gunakan dengan menarasikan jawaban-jawaban penelitian yang diperoleh dari kuisoner yang di lakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis dilakukan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang

menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Di bawah ini adalah langkah-langkah analisa data,yaitu :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara,observasi,dan dokumentasi.Hasil pengumpulan data ditulis dalam bentuk catatan berupa Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Skizofrenia

2. Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk Asuhan Keperawatan dijadikan satu dalam bentuk transkrip.Data yang terkumpul kemudia dibuat koding yang dibuat oleh Peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topic penelitian yang diterapkan.Data Objektif di analisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis.Setelah itu, di buat analisa tentang kesenjangan antara teori dan Asuhan Keperawatan yang dilakukan.Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian,diagnosis, perencanaan,tindakan dan evaluasi.

H. Etika Penelitian

Dalam kehidupan sehari-hari dilingkungan atau kelompok apapun, manusia tidak terlepas dari etika atau nurani. Demikian juga dalam kegiatan

keilmuan yang berupa penelitian, manusia sebagai pelaku penelitian dengan manusia lain sebagai objek penelitian juga tidak terlepas dari etika sopan santun. Dalam hubungannya antar kedua belah pihak, masing-masing terikat dalam hak dan kewajibannya. Pelaku penelitian atau peneliti dalam menjalankan tugas meneliti atau melakukan penelitian hendaknya memegang teguh sikap ilmiah (*Scientific Attitude*) serta berpegang teguh pada etika penelitian meskipun mungkin penelitian yang dilakukan tidak akan merugikan atau membahayakan bagi subjek penelitian.

1. Prinsip Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Setiap orang mempunyai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan informasi. Setiap orang berhak untuk tidak memberikan apa yang diketahuinya kepada orang lain. Oleh sebab itu, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek. Peneliti setidaknya cukup menggunakan *coding* sebagai pengganti identitas responden.

2. Prinsip Keadilan dan Keterbukaan (*Respect for Justice an Inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu, lingkungan penelitian perlu di kondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungannya yang sama, tanpa membedakan gender, agama, dan sebagainya.

3. Prinsip Manfaat (*Benefit*)

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya, dan subjek penelitian pada khususnya. Peneliti hendaknya berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, stress, maupun kematian subjek penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Gambar Lokasi Penelitian

a. Profil Puskesmas Klasaman Kota Sorong

Pada bagian ini akan di jelaskan secara singkat Profil Puskesmas Klasaman yang di pilih sebagai tempat penelitian penulis. Puskesmas Klasaman awal berdiri pada tahun 2007 yang terletak di Jl. A.M.Sangaji Gonof yang terletak di Distrik Sorong Timur Kota Sorong. Secara geografis wilayah Puskesmas Klasaman sebagian besar terdiri dari daratan dan sebagian kecil sungai. Puskesmas Klasaman adalah Puskesmas rawat jalan yang berada di lokasi Kelurahan Giwu dalam wilayah Distrik Klaurung dengan luas wilayah 610 km². Puskesmas Klasaman ini sendiri baru mengalami dua kali pergantian pemimpin sampai saat ini yaitu, Dr.Farida Ch.Siagian Periode 2007-2013 dan Dr.Lenny F.Hae periode 2013 sampai dengan saat sekarang ini. Batas geografis Puskesmas Klasaman.

- 1) Sebelah Utara : Berbatasan dengan Distrik Sorong Kota
- 2) Sebelah Timur : Berbatasan dengan Kabupaten Sorong/Distrik Makbon
- 3) Sebelah Selatan : Berbatasan dengan Kabupaten Sorong
- 4) Sebelah Barat : Berbatasan dengan Distrik Sorong

b. Pelayanan yang berada di Puskesmas Klasaman Kota Sorong

Di Puskesmas Klasaman Kota Sorong ada beberapa pelayanan yang di sediakan yaitu :

1) Puskesmas Induk terletak di keluarahan Giwu dengan

Pelayanan yang diberikan yaitu :

- a) Loker pendaftaran dan Rekam Medis
- b) Ruang Pemeriksaan Umum
- c) Ruang MTBS
- d) Ruang Pemeriksaan Gigi
- e) Ruang Lansia
- f) Ruang TB
- g) Ruang Konsultasi Gigi
- h) Ruang KIA & KB
- i) Ruang kusta
- j) Ruang HIV
- k) Ruang IMS & IVA
- l) Ruang Kesehatan Jiwa
- m) Ruang Akupuntur
- n) UGD
- o) Laboratorium
- p) Apotek

- 2) Puskesmas pembantu ada 5 terletak di Kelurahan Klawuyuk 2 buah dan 3 puskesmas berada di masing-masing Kelurahan Klasaman, Giwu dan Klasuat. Dengan pelayanan yang diberikan berupa Ruang Pemeriksaan Umum dan Poli KIA_KB
- 3) Posyandu balita ada 10 Posyandu tersebar di 4 Kelurahan
- 4) Posyandu remaja 1 buah di Kelurahan Klawuyuk
- 5) Posyandu lansia ada 6 posyandu tersebar di 3 Kelurahan (Klasaman, Klawuyuk, dan Giwu)
- 6) Posyandu PTM ada 2 yang berada di Kelurahan Klawuyuk
- 7) Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis)
- 8) Pusling Roda 1 sebanyak 2 unit
- 9) Ambulance 1 unit untuk rujukan

2. Karakteristik Subjek Penelitian

Dalam penelitian ini, penelitian hanya menggunakan 1 Responden yang di jadikan sebagai subyek dalam penelitian. Berikut identitas dari Responden.

Pengkajian

a) Identitas Pasien

Inisial	: Ny.R
Umur	: 37
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Sudah Menikah
Agama	: Islam

Suku Bangsa : Jawa/Indonesia
 Pendidikan : SMA
 Alamat : Jln.Wortel Aimas
 Sumber informasi : Ibu Pasien

b) Alasan Masuk atau berobat ke Puskesmas

Ibu Pasien melaporkan ke pihak puskesmas bahwa anaknya mengalami gangguan jiwa dan sudah di pasung 1 tahun sekitar 3 atau 5 tahun yang lalu sehingga pihak puskesmas datang berkunjung.

c) Faktor Predisposisi

- 1) Ds : Ibu Pasien mengatakan sebelumnya anaknya belum pernah mengalami gangguan jiwa
- 2) Ds : Ibu klien mengatakan ibu klien memberikan obatnya kepada klien untuk di minum sendiri tetapi klien tidak meminum dengan baik dan benar
- 3) Ds : Ibu Pasien mengatakan pasien mengalami trauma di masa lalu karena yaitu aniaya fisik 10 tahun lalu oleh suami pasien , serta 3 tahun lalu pasien mengalami aniaya seksual oleh orang yang tidak di kenal , Ibu pasien mengatakan pasien pernah di pasung sekitar 1 tahun sebelum memutuskan untuk berobat , Ibu pasien mengatakan sebelum di pasung pasien suka mencuri sayur-sayuran tetangga dan di karenakan ibu pasien malu terhadap tindakan yang di lakukan anaknya ibu pasien memilih di pasung.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

- 4) Ds : Klien tidak memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Masalah Keperawatan : Tidak ada

- 5) Ds :Klien memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu klien korban kekerasan dari suami klien dan korban kekerasan seksual

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

d) Faktor Presipitasi

Ds : Ibu klien mengatakan klien sempat putus obat , Ibu klien juga mengatakan klien terakhir kali melakukan PK terhadap ibu klien pada bulan agustus dan ibu klien mengatakan klien melakukan itu karena klien mendengar bisik-bisikan untuk memukul ibu klien

Do : Klien tampak mengalami perubahan perilaku/kambuh saat klien mengingat suaminya atau ada yang menceritakan tentang suaminya karena klien mengalami kekerasan secara fisik maupun seksual di masa lalu. Klien juga suka cemburu

e) Pemeriksaan Fisik

1) Tanda Vital

TD : 120/70

N : 85 x/mnt

S : 36

P : 20x / mnt

2) Ukur

TB : 155 cm

BB : 40 kg

IMT : $BB/TB^2 = 40/(1,55)^2 = 40/2,4 = 16,66$ (Berat Badan kurang)

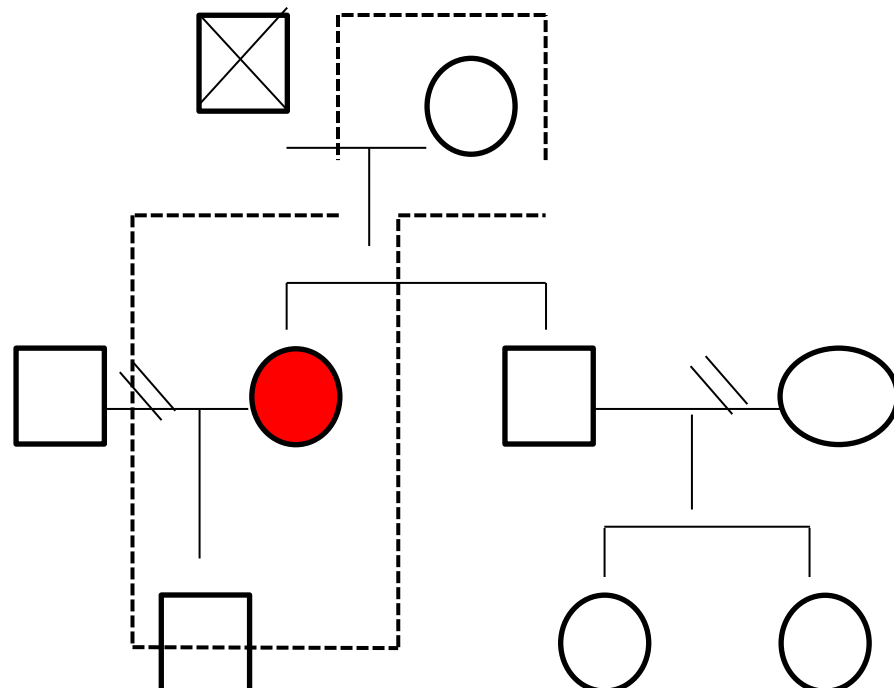
3) Keluhan fisik

Ds : Ibu Klien memiliki keluhan fisik yaitu asam lambung, ibu klien mengatakan bahwa klien kadang kalau makan suka muntah dan mual dan perut nyeri dan perih , Ibu klien mengatakan klien makan 3 kali sehari dengan porsi yang sedikit.

Masalah Keperawatan : Deficit Nutrisi

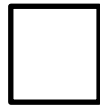
f) Psikososial

1) Genogram



Gambar 4.1 Genogram

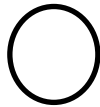
Ket :



: Laki-laki



: Cerai



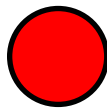
: Perempuan



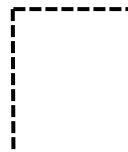
: Garis
Keturunan



: Laki-laki meninggal dunia



: Ny. R



: Tinggal
serumah

Jelaskan : Klien tinggal bersama ibu dan anak klien, komunikasi yang dilakukan klien, serta klien mengalami riwayat KDRT dari suami dan dipasung selama satu tahun, bulan agustus klien memukul ibu klien

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

2) Konsep Diri

(a) Gambaran Diri :

Ds : Klien mengatakan merasa dirinya tidak berharga karena menerima kekerasan secara fisik dan seksual

(b) Identitas diri :

Sebelum sakit klien berperan sebagai IRT, dan membantu ibunya di ladang

(c) Peran :

Ds : Ibu klien mengatakan setelah klien sakit perasaan klien cepat marah dan cepat cemburu, klien membantu tugas IRT yaitu klien mampu memasak dan menyiapkan makanan untuk keluarga

Do : Raut wajah klien gampang berubah atau marah jika membahas masalah klien tentang suaminya

(d) Ideal diri

Ds : Klien mengatakan ada harapan untuk sembuh

(e) Harga diri

Ds : Klien mengatakan setiap bertemu dengan laki-laki , laki-laki tersebut seperti menginginkannya.

Do : Klien tampak membahas tentang seksual saat membahas tentang laki-laki.

Masalah Keperawatan : Harga Diri rendah

3) Hubungan Sosial

(a) Orang yang berarti

Ds : Ibu klien mengatakan klien tidak dekat dengan ibunya dan anaknya, jarang bicara/ngobrol

(b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Ds : Ibu klien mengatakan klien tidak mengikuti kegiatan masyarakat seperti pengajian

(c) Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Ds : Ibu klien mengatakan klien senang berbincang-bincang dengan tetangga/oranglain

Masalah Keperawatan : Tidak Ada masalah keperawatan

4) Spritual

(a) Nilai dan Keyakinan

Ds : Ibu klien mengatakan klien beragama islam

(b) Kegiatan ibadah

Ds :ibu klien mengatakan klien melakukan sholat tetapi tidak sholat 5 waktu dan tidak sesuai

g) Status Mental

1) Penampilan

Do : Klien menggunakan pakaian sesuai dengan jenis kelamin dan klien rapi

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2) Pembicaraan

Do : Klien berbicara dengan nada yang keras dan cepat , mudah tersinggung jika di bahas terkait dengan mantan suaminya , saat di tanyakan terkadang klien menghindar tidak ingin menjawab dan terkadang menyalahkan ibunya tentang kejadian di masalalu.

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

3) Aktivitas Motorik

Do : Klien tampak gelisah , sering menggaruk garuk jarinya berulang ulang , pandangan tajam

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

4) Alam perasaan

Do : Klien tampak gembira berlebihan ketika melihat sosok laki-laki dan selalu membicarakan seksual

Masalah keperawatan : Waham

5) Afek

Do : Emosi klien berubah saat membahas tentang masalah dengan mantan suaminya.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

6) Interaksi saat wawancara

Do : Saat wawancara kontak mata klien kurang baik saat menjawab pertanyaan , klien juga mudah tersinggung jika membahas mantan suaminya

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

7) Persepsi Halusinasi

Ds : Ibu klien mengatakan klien sering mendengar bisikan-bisikan untuk memukul ibunya.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

8) Proses Pikir

Do : Saat di tanyakan klien selalu berbicara berbelit-belit dan tidak ada hubungan antara kalimat satu dengan yang lainnya, saat berbicara juga klien selalu meloncat-loncat dari satu topic ke topic yang lain dan tidak ada hubungannya dan tidak sampai ke tujuan.

Masalah Keperawatan : Waham

9) Isi pikir

Ds : Klien mengatakan tubuhnya sakit atau ada luka jatuh dibagian kaki dan luka tersayat pisau di tangan , Klien juga mencurigai ibunya.

Masalah Keperawatan : Waham

10) Tingkat kesadaran

Do : Klien memiliki gangguan motoric yaitu klien melakukan gerakan yang di ulang-ulang contohnya mengepal tangan yang berulang ulang , terkadang klien berbicara sendiri , klien disorientasi waktu terkadang klien menyebutkan sore hari itu pagi hari dan ketika klien ingin melakukan sholat Subuh tapi klien menyebutkan bahwa klien sholat magrib , klien juga sering mengatakan bahwa ibu dan anaknya klien itu orang lain

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

11) Memori

Do : Klien tidak dapat mengingat kejadian satu minggu yang lalu dengan baik , klien selalu menceritakan sesuatu yang tidak sesuai dengan kenyataan

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Do : Klien tidak mempunyai masalah konsentrasi dan berhitung karena klien dapat menghitung dengan baik dan benar

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

13) Kemampuan penilaian

Ds : Ibu klien mengatakan klien mampu makan,mandi,mencuci pakaian sendiri

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

14) Daya tilik diri

Ds : Klien selalu mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai gangguan jiwa ,klien selalu mengatakan bahwa ibunya yang membuat kondisinya

Masalah Keperawatan : Daya tilik diri negatif

h) Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Ds : Ibu klien mengatakan klien bisa makan sendiri

2) Minum

Ds : Ibu klien mengatakan klien bisa minum sendiri

3) Mandi

Ds : Ibu klien mengatakan klien bisa mandi sendiri

4) Berpakaian

Ds : Ibu Klien mengatakan klien bisa berpakaian dan berdandan sendiri

5) Istirahat/tidur

Ds : Ibu klien mengatakan klien jarang tidur siang , jika tidur siang klien hanya sekitar 10-15 menit saja ,tidur malam klien kurang dari 8 jam yaitu dari jam 9-12 saja , kegiatan klien sebelum tidur biasanya meminum obat dan setelah bangun klien biasanya mandi,mencuci dan memasak

6) Penggunaan obat

Ds : Ibu klien mengatakan ibunya membantu mengingatkan klien untuk meminum obat dan memberikan obatnya kepada klien.

7) Pemeliharaan Kesehatan

Ds : Klien tidak mengetahui bahwa dirinya mempunyai gangguan jiwa.

Do : Saat di tanyakan terkait gangguan jiwa yang klien miliki klien tidak mengetahui , klien mempunyai sistem pendukung yaitu ibu dan anaknya.

8) Kegiatan di dalam rumah

Ds : Ibu klien mengatakan kegiatan klien saat di rumah yaitu membantu ibu klien mempersiapkan makanan , mencuci pakaian,

sedangkan kegiatan di luar rumah yang dilakukan klien adalah bekerja di warung makan setiap pagi dari jam 07:00 – 08:00 , klien juga berjalan kaki jika pergi ke tempat kerja.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensorik (Halusinasi Pendenagaran)

i) Mekanisme Koping

Ds : Ibu klien mengatakan klien sering mendengar suara-suara bisikan untuk memukul ibunya , saat tersinggung ibu klien mengatakan klien memilih diam dan merengutkan wajahnya

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran & Resiko Perilaku Kekerasan

j) Masalah Psikososial dan Lingkungan

- 1) Klien tidak mengikuti kegiatan kelompok masyarakat seperti pengajian
- 2) Klien tidak ada masalah dalam lingkungan karena lingkungan klien menerima
- 3) Klien tidak memiliki masalah dengan pendidikan karena klien tamat SMA
- 4) Klien tidak memiliki masalah dalam pekerjaan karena sebelum sakit klien tidak bekerja dan setelah sakit pun klien tidak bekerja , tetapi ibu klien mengatakan beberapa bulan terakhir ini klien bekerja di warung makan membantu cuci piring dan menyapu dari jam 07:00 – 8:00

5) Klien tidak ada masalah dengan tetangga karena tetangga menerima dengan baik

6) Klien memiliki masalah dalam ekonomi karena klien hanya bekerja dengan penghasilan 10-15 rb perhari dan kebutuhan sehari-hari di penuhi oleh ibunya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

k) Pengetahuan Kurang Tentang

Do : Klien tidak mengetahui cara penggunaan obat-obat dengan baik dan klien tidak mengetahui bahwa klien mempunyai gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

l) Aspek Medik

1) Diagnosa Medik : Skizofrenia

2) Farmakologi :

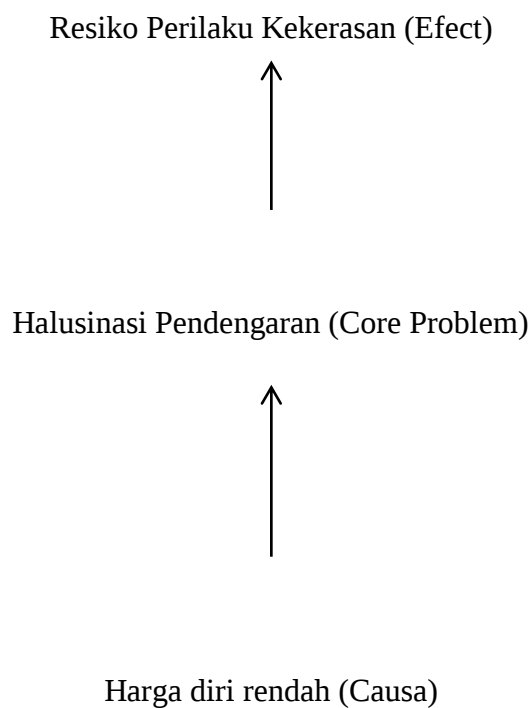
- CPZ (1x ¼) : untuk psikosis, suasana hati , dan halusinasi
- Haloperidol 1,5g (2x1) : untuk psikotik
- Tryhexyhenidyl (1x1) : untuk ekstremitas mudal yaitu gerakan tangan yang suka memegang tangan

m) TABEL 4.1 Analisa Data

Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
26 Juni 2023	Ds : Ibu Pasien mengatakan pasien mengalami trauma di masa lalu karena yaitu aniaya fisik 10 tahun lalu oleh suami pasien , serta 3 tahun lalu pasien mengalami aniaya seksual oleh orang yang tidak di kenal , Ibu pasien mengatakan pasien	Resiko Perilaku Kekerasan

	pernah di pasung sekitar 1 tahun sebelum memutuskan untuk berobat , Ibu pasien mengatakan sebelum di pasung pasien suka mencuri sayur-sayuran tetangga dan di karenakan ibu pasien malu terhadap tindakan yang di lakukan anaknya ibu pasien memilih di pasung.	
26 Juni 2023	Ds : Ibu klien mengatakan klien sering mendengar bisikan-bisikan untuk memukul ibunya.	Halusinasi Pendengaran
26 Juni 2023	Ds : Klien mengatakan merasa dirinya tidak berharga karena menerima kekerasan secara fisik dan seksual	Harga diri rendah

n) Pohon Masalah



o) Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.R Penulis menemukan diagnosa keperawatan yaitu :

- 1) Resiko Perilaku Kekerasan
- 2) Halusinasi Pendengaran
- 3) Harga diri rendah

Dalam penelitian ini, Peneliti hanya berfokus pada satu diagnose yaitu Resiko Perilaku Kekerasan sesuai dengan data yang diperoleh dalam pengkajian maka diangkat diagnose Resiko Perilaku Kekerasan.

p) Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan pada Ny.R diharapkan kemampuan klien untuk mengendalikan dan mengatur emosi dapat meningkat dengan kriteria hasil : (L.09076) <i>1. Verbalisasi</i>	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi : • Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis,benda tajam,tali) • Monitor selama penggunaan barang yang	Observasi : • Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, benda tajam dan tali) • Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan

		<i>ancaman kepada oranglain</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 2. <i>Verbalisasi Umpatan</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 3. <i>Perilaku menyerang</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 4. <i>Perilaku melukai diri sendiri/orang lain</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat =	dapat membahayakan (mis,pisau cukur) • Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin • Libatkan keluarga dalam perawatan • Anjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien • Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif • Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis,beri relaksasi ,bercerita)	(mis,pisau) • Mempertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin • Melibatkan keluarga dalam perawatan klien • Menganjurkan keluarga untuk mendukung keselamatan klien • Melatih klien cara mengungkapkan perasaan secara asertif • Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis, beri relaksasi, bercerita)
--	--	--	--	---

		2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 5. <i>Perilaku merusak lingkungan sekitar</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 6. <i>Perilaku agresif/amuk</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 7. <i>Suara keras</i> Meningkat = 1 Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5 8. <i>Bicara ketus</i> Meningkat = 1		
--	--	--	--	--

		Cukup meningkat = 2 Sedang = 3 Cukup menurun = 4 Menurun = 5		
--	--	---	--	--

q) Impelementasi dan Evaluasi

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi /SOAP
Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	Senin 26 Juni 2023	<i>SP 1/Observasi</i> • Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan dan mengidentifikasi penyebab PK • Mengidentifikasi tanda dan gejala serta akibat PK yang di lakukan • Mulai Melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif • Mulai Melatih mengurangi kemarahan secara non verbal dengan cara relaksasi nafas	S : • Keluarga mengatakan bahwa klien masih sering menggunakan benda tajam seperti pisau tanpa ada pengawasan dari keluarga O : • Klien tampak belum bisa mengontrol emosi atau amarah dengan baik A : • Keluarga dan Klien Kooperatif dalam

		dalam • Mengajarkan klien untuk menulis kegiatan yang dilakukan dalam buku kegiatan	mendiskusikan masalah klien • Masalah tanda dan gejala RPK teratasi sebagian P : • Lanjutkan Intervensi
Resiko Perilaku Kekerasan	Selasa , 27 juni 2023	SP 2/Observasi • Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan • Mulai Melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif • Mulai Melatih mengurangi kemarahan secara non verbal yaitu relaksasi nafas dalam dan dengan cara fisik yaitu memukul bantal/kasur	S : • Keluarga mengatakan bahwa keluarga sudah memantau klien saat menggunakan benda tajam • Keluarga mengatakan klien sudah dapat tidur nyenyak saat tidur malam hari • Keluarga mengatakan klien sudah jarang marah atau emosi sehari-hari • Klien mengatakan sudah lebih rileks • Klien menjelaskan

		SP III • Mengevaluasi jadwal kegiatan • Mengajarkan klien untuk mengontrol PK dengan Verbal yaitu menolak/meminta/mengungkapkan dengan baik dan benar	jadwal kegiatan yang klien lakukan O: • Klien tampak rileks • Klien dapat menuliskan kegiatan yang dilakukan di buku kegiatan (Masih dibantu oleh perawat untuk menentukan jam dengan benar) • Klien dapat meminta/menolak dan mengungkapkan keinginan klien dengan baik A: • Masalah tanda dan Gejala RPK teratasi sebagian P: • Lanjutkan Intervensi
Resiko Perilaku	Rabu, 28 Juni 2023	SP IV /Observasi • Melatih pasien mengontrol	S : • Keluarga dan klien

Kekerasan		PK dengan cara spritual yaitu beribadah dan berdoa • Mulai Melatih mengurangi kemarahan secara non verbal yaitu relaksasi nafas dalam SP V • Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien • Menjelaskan cara mengontol PK dengan memanfaatkan/minum obat dengan baik dan benar	mengatakan tidak ada keluhan • Klien menjelaskan jadwal kegiatan yang klien lakukan • Klien menjelaskan jadwal minum obat berapa dan jumlah jenis obat klien O : • Pasien sudah tampak lebih rileks • Klien dapat menuliskan kegiatan yang dilakukan dalam buku kegiatan (masih dibantu oleh perawat untuk menentukan jam dengan benar) • Klien tampak menyimak saat perawat menjelaskan jenis obat dan jadwal minum obat
-----------	--	---	--

			A : • Masalah suara keras - klien cukup menurun - dan tanda dan gejala - serta cara mengontrol - RPK dapat di lakukan - oleh klien, klien - menjelskan ulang - manfaat dan jenis obat - serta jadwal obat dengan - nada suara yang lebih - rendah P : • Intervensi di lanjutkan - oleh keluarga
--	--	--	--

B. PEMBAHASAN

Dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.R dengan skizofrenia di wilayah kerja puskesmas klasaman pada tahun 2023 yang di laksanakan pada tanggal 26 Juni 2023 sampai dengan 28 Juni 2023 ditemukan beberapa persamaan atau kesenjangan antar teori yang ada dengan data yang di dapatkan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Dalam mengumpulkan data ditemukan beberapa kesenjangan dan persamaan anatar lain: pada riwayat kesehatan sekarang, pada Ny.R ditemukan keluhan tanda dan gejala mengancam, mengumpat kata-kata kasar, suara ketus, perilaku agresif/amuk, mata melotot, pandangan tajam, dan tangan mengepal. Keluhan yang di alami oleh Ny.R tersebut sama dengan tanda dan gejala yang dapat ditimbulkan oleh skizofrenia pada tinjauan teoritis.

Pada riwayat kesehatan dahulu Ny.R ditemukan bahwa Ny.R pernah mempunyai riwayat memukul ibunya pada agustus 2022. Berdasarkan tinjauan teoritis bahwa Skizofrenia atau penyebab munculnya skizofrenia belum jelas, ada berbagai variasi penyebab antara lain neurodegeneratif dopamin, glutamat, serotin, asetilkolin, neurodegeneratif, perkembangan saraf, gangguan sintesis protein, dan pospolipid berperan sebagai penyebab skizofrenia. Adapun penyebab lainnya disebabkan oleh faktor genetik, biologis, dan psikososial. (Novitayani, 2017)

Pada riwayat kesehatan keluarga tidak terdapat anggota keluarga Ny.R yang mengalami skizofrenia. Berdasarkan tinjauan teoritis menurut pendapat (Pardede et al., 2020) Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran sehingga pikiran itu menjadi aneh, juga distorsi persepsi, emosi, dan tingkat laku yang dapat mengarah ke perilaku kekerasan yang berbahaya dengan diri sendiri maupun orang lain disekitar.

Pada pengkajian kebiasaan hidup sehari-hari Ny.R pada kebutuhan nutrisi Ny.R pola makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit. Sedangkan frekuensi minum 1000cc/hari. Pada kebutuhan istirahat dan tidur Ny.R jarang tidur siang, jika tidur siang hanya 10-15 menit, tidur saat malam hari klien kurang dari 8 jam yaitu hanya 3-4 jam. Pada kebutuhan aktivitas sehari-hari Ny.R dapat pada tanggal 26 Juni 2023 pada Ny.R. dengan Keluhan utama yang di akan oleh keluarga klien adalah klien memiliki yaitu Riwayat Resiko Perilaku Kekerasan, Pada bulan Agustus tahun 2022 Klien memukul Ibu Klien. Data Objektif yang didapatkan pada saat pengkajian Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit dan suhu 36,2 , Klien tampak tegang, mukosa lembab,akral normal dan ketika dilakukan penilaian skor tanda dan gejala RPK didapatkan dengan total 8.

2. Diagnosa

Diagnosa Keperawatan merupakan langkah kedua dari proses asuhan keperawatan setelah pengkajian data. Diagnosis Keperawatan merupakan formulasi kunci dari proses keperawatan karena merupakan “*Client responses by health problem*” atau respon klien terhadap adanya masalah

kesehatan. Oleh karena itu, diagnosa keperawatan berorientasi pada kebutuhan dasar manusia berdasarkan teori kebutuhan dasar Abraham Maslow, memperhatikan respons individu/klien terhadap penyakit atau kondisi yang dialaminya.

Pasien yang mengalami Skizofrenia mempunyai respon kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Akibat dari perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol akan menimbulkan Resiko Perilaku Kekerasan. Penelitian oleh Aziz 2022 menemukan bahwa Resiko perilaku kekerasan merupakan respons stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku aktual yang rentan melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain, secara verbal maupun non verbal, bertujuan untuk melukai orang secara fisik maupun psikologis.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan yang mana diidentifikasi untuk memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien. (*Intervensi Keperawatan JESIKA 2020, .*)

Salah satu penerapan yang dapat digunakan mengatasi Resiko Perilaku Kekerasan yaitu Penerapan Relaksasi Nafas Dalam. Pada penelitian ini peneliti melakukan Penerapan Relaksasi Nafas Dalam.

Teknik relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah sehingga pada akhirnya dapat mengendurkan ketegangan jiwa. Pengendalian pasien risiko perilaku kekerasan, termasuk perilaku marah dengan cara melakukan relaksasi tarik nafas dalam. Kelebihan dari teknik pernafasan dalam, selain menyebabkan efek yang menenangkan fisik juga dapat menenangkan pikiran. Oleh karena itu teknik pernafasan dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi dan depresi. (Wardiyah et al., 2022)

Hal ini didukung dengan penelitian terdahulu (Pertiwi , 2023) dimana Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan berkurang dan ditemukan 8 (57,1%) tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan. Hal ini terjadi karena munculnya respon marah terjadi apabila terdapat stressor. Keteraturan dalam bernapas, menyebabkan sikap mental dan badan yang relaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku. Sedangkan setelah dilakukan penerapan dan pada sesi akhir tersisa 3 (21,4%) tanda gejala resiko perilaku kekerasan. Hal ini terdapat penurunan Tanda dan Gejala Resiko perilaku Kekerasan.

Penerapan Relaksasi Nafas Dalam efektif untuk menurunkan tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan.

4. Implementasi

Implementasi, tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dan hasil dari asuhan keperawatan yang dilakukan atau diselesaikan. Pada tahap implementasi perawat melakukan kegiatan keperawatan sesuai dengan rencana yang sudah dibuat sebelumnya kemudian mencatat aktivitas keperawatan dan mencatat hasil tindakan yang diberikan dari respon pasien setelah dilakukannya tindakan (Astuti et al., 2022)

Penerapan Relaksasi Nafas Dalam di lakukan selama 3 hari dari tanggal 26-28 Juni 2023 .Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa Penerapan Relaksasi Nafas Dalam dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan. Relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan dapat memberikan ketenangan. Relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan opiod endogen.(Sudia, 2021). Penelitian sebelumnya di dapatkan hasil evaluasi setelah 3 hari Penerapan Relaksasi Nafas Dalam didapatkan hasil bahwa setelah dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam tampak klien menjadi lebih rileks, tenang dan klien mulai mampu mengontrol emosinya. Artinya setelah dilakukan intervensi terapi nafas dalam klien mengatakan marahnya sedikit berkurang dan klien tampak lebih rileks dan terapi relaksasi nafas dalam efektif berpengaruh dalam

pengontrolan marah pada pasien perilaku kekerasan (Sudia, 2021). Dan Peneliti lain juga didapatkan hasil berkurangnya tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan. Tanda dan Gejala Resiko Perilaku kekerasan yang di temukan sebelum di lakukan penerapan 8 dan pada sesi akhir tersisa 3 tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan. (Pertiwi et al., 2023). Terdapat kesamaan hasil penelitian dimana Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada klien berkurang setelah di lakukan Penerapan Relaksasi Nafas dalam selama 3 hari.

5. Evaluasi

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnose, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. (Kurniati, 2019). Tujuan dari evaluasi antara lain untuk menentukan perkembangan kesehatan pasien, menilai efektifitas dan efisiensi tindakan keperawatan.

Dalam evaluasi dilakukan pada Ny.R yang diberikan Intervensi Penerapan Relaksasi Nafas Dalam dengan diperoleh tanggal 29 Juni 2023 untuk diagnose Resiko Perilaku Kekerasan sudah membaik, dilihat dari Kuesioner Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan sebelum di lakukan Penerapan Relaksasi Nafas Dalam pada Tanggal 26 dengan skor 8 dan tanggal 29 setelah di lakukan intervensi dan saat evaluasi skor menjadi 2. Keluarga klien juga mengatakan klien sudah dapat mengontrol

emosi atau amarah klien. Klien juga sudah dapat tidur dengan baik saat malam hari karena sebelum dilakukan Penerapan Keluarga klien mengatakan klien sering terbangun tengah malam.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengkajian, penentuan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi tentang “Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan Pada Ny.R Dengan *Skizofrenia* Di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman Kota Sorong” maka penulis dapat mengambil kesimpulan :

1. Dari Pengkajian awal tanggal 26 Juni 2023 pada Ny.R di didapatkan data keluarga klien mengatakan tidak dapat mengontrol emosi atau amarah klien, suara keras, perilaku agresif, mata melotot, pandangan tajam dan tangan mengepal. Keluarga klien mengatakan pada bulan agustus tahun 2022 Klien memukul ibu klien. Ibu klien juga mengatakan dulu klien pernah putus obat. Kusioner Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan menunjukan klien mempunyai tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan dengan skor 8. Dan Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital di peroleh tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80x/mnt dan suhu 36,2 derajat celcius.

2. Diagnosa

Dari data pengkajian yang dilakukan penulis merumuskan prioritas diagnose keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.

3. Intervensi keperawatan pada Ny.R ini sesuai dengan teori yang telah di uraikan pada bab sebelumnya dengan focus rencana tindakan yaitu Penerapan Relaksasi Nafas Dalam untuk mengontrol tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.
4. Implementasi keperawatan yang sudah di lakukan pada Ny.R yaitu memberikan edukasi dan menagajarkan klien untuk amarah emosi klien dengan Penerapan Relaksasi Nafas Dalam 2 kali dalam 1 implementasi dengan kunjungan pagi dan sore selama 3 hari berturut-turut.
5. Pada tahap evaluasi yang peneliti lakukan selama 3 hari pada pasien Skizofrenia pada diagnose Resiko Perilaku Kekerasan. Tanda dan Gejala sudah berkurang dari tanda dan gejala 8 dan berkurangnya tanda dan gejala menjadi 2. Keluarga klien juga mengatakan klien sudah dapat mengontrol emosi atau amarah klien. Klien juga sudah dapat tidur dengan baik saat malam hari karena sebelum dilakukan Penerapan Relaksasi Nafas Dalam , keluarga klien mengatakan klien sering terbangun pada malam hari.

B. Saran

Berdasarkan kasus yang diambil penulis dengan judul Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan Pada Ny.R Dengan *Skizofrenia* Di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman Kota Sorong demi kebaikan maka penulis menyarankan kepada :

1. Bagi Tempat Penelitian (Puskesmas Klasaman)

Implementasi yang dilakukan penulis tentang Penerapan Relaksasi Nafas Dalam pada Resiko Perilaku Kekerasan dapat diimplementasikan sebagai masukan bagi pihak Puskesmas Klasaman

2. Bagi Tenaga Kesehatan khususnya perawat

Diharapkan dapat melanjutkan asuhan keperawatan yang sudah dikelola oleh penulis bertujuan untuk pemulihan kesehatan masyarakat

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas sehingga dapat menghasilkan perawat yang profesional, terampil, inovatif dan bermutu dalam memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif berdasarkan ilmu dan kode etik keperawatan

4. Klien dan Keluarga

Diharapkan mampu mengenali dan mengetahui bagaimana tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan dan selalu kooperatif dalam terapi yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, R., Yusuf, M., & Mayasari, P. (2022). GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN PROSES KEPERAWATAN. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 1(3), Article 3. <https://jim.usk.ac.id/FKep/article/view/21678>
- Aziz, A. F. A. (n.d.). ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa MASALAH UTAMA RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFERNIA CATATONIC DI RUANG GELATIK RUMAH SAKIT Jiwa MENUR PROVINSI Jawa Timur.
- Bangu, Kurniasari, C. I., Alfianto, A., Astuti, R. P., Ladyani, F., Pamungkas, D. R., Orizani, C. M., Astuti, R. K., Agustriyani, F., Olla, M. B., Azizah, F. N., Putri, E. M. I., Nuryanti, A., S, W. D. C., & Hidayati, R. W. (2023). KEPERAWATAN DAN KESEHATAN Jiwa. *Penerbit Tahta Media*. <http://tahtamedia.co.id/index.php/issj/article/view/49>
- Buku *Metodologi Keperawatan 2022*. (n.d.). Retrieved July 15, 2023, from <https://repository.penerbitwidina.com/media/publications/439035-metodologi-keperawatan-aa6113fc.pdf>
- Buku *Panduan, KTI DIII Keperawatan, 2017*. (n.d.).
- Hafifah, A., Puspitasari, I. M., & Sinuraya, R. K. (n.d.). *REVIEW ARTIKEL : FARMAKOTERAPI DAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL PADA SKIZOFRENIA*. 16.
- Horhoruw, A., Dunggio, A. R. S., & Nedissa, R. (2023). HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEKAMBUHAN PASIEN SKIZOFRENIA DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI MALUKU. *Jurnal Ners*, 7(1), Article 1. <https://doi.org/10.31004/jn.v7i1.12661>
- Intervensi Keperawatan JESIKA OLIVIA BARINGBING 2020*. (n.d.).
- Kurniati, D. (2019). *IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN*. INARxiv. <https://doi.org/10.31227/osf.io/7mv62>
- Madhani, A., & Kartina, I. (n.d.). ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa PADA PASIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN.

- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Novitayani, S. (2017). PENYEBAB SKIZOFRENIA PADA PASIEN RAWAT JALAN DI ACEH. *Idea Nursing Journal*, 8(3), Article 3. <https://doi.org/10.52199/inj.v8i3.9579>
- Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), Article 2. <https://doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
- Pertiwi, S., Fitri, N. L., & Hasanah, U. (2023). PENERAPAN RELAKSASI NAPAS DALAM TERHADAP TANDA DAN GEJALA PASIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RSJ DAERAH PROVINSI LAMPUNG. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(4), Article 4.
- Pitayanti, A., & Hartono, A. (2020). Sosialisasi Penyakit Skizofrenia Dalam Rangka Mengurangi Stigma Negatif Warga di Desa Tambakmas Kebonsari—Madiun. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(2), 300–303. <https://doi.org/10.30994/jceh.v3i2.83>
- Riskesdas Papua Barat 2018 (2).pdf*. (n.d.).
- Rizki, D., & Wardani, I. (2020). Reducing the Violent Behavior in Schizophrenia Patient Through Online Clinical Practice During the Covid-19 Pandemic. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8, 369. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.4.2020.369-382>
- Sudia, B. T. (2021). Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur. *Lentera : Jurnal Ilmiah Kesehatan Dan Keperawatan*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i1.1381>
- Syafriani, N., & Fitriani, D. R. (2020). Hubungan Stigma dengan Pengetahuan Keluarga Yang Memiliki Anggota Keluarga Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda. *Borneo Studies and Research*, 1(3), Article 3.

- Waluyo, A. (2022). Efektifitas Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, 10(2), Article 2. <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>

LAMPIRAN 1.

SOP RELAKSASI NAFAS DALAM

1.	Pengertian	Teknik relaksasi adalah teknik peregangan berfungsi mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan berupa nyeri, otot tegang dan cemas (SIKI, 2018) dalam (Waluyo, 2022). Menurut (Livana et al. (2016) pengendalian pasien risiko perilaku kekerasan, termasuk perilaku marah dengan cara melakukan relaksasi tarik nafas dalam.
2.	Tujuan	Bentuk latihan relaksasi berupa latihan relaksasi nafas dalam, latihan ini dilakukan untuk mengontrol marah. Latihan ini juga bisa mengendurkan jiwa yang tegang, hasil dan prosesnya akan maksimal jika dilakukan dalam kondisi dan situasi yang relaks. Terapi relaksasi ini bersifat olah nafas dengan mengatur aktivitas nafas. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan cara mengatur pola pernafasan secara tempo, irama dan ritme yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernafas berefek pada sikap mental dan badan yang relaks selanjutnya menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi luapan emosi tanpa membuatnya kaku (Wiramihardja, 2007 dalam Nengah dkk, 2013) dalam (Waluyo, 2022)
3.	Manfaat	1) Menenangkan pikiran 2) Menenangkan fisik 3) Meningkatkan kemampuan berkonsentrasi 4) Meningkatkan mengontrol diri 5) Menurunkan emosi dan depresi
4.	Persiapan pasien	1) Kontrak waktu, topik, dan tempat dengan Klien 2) Klien diberikan penjelasan tentang hal-hal yang dilakukan 3) Mencuci tangan 4) Jaga privasi Klien 5) Atur posisi Klien nyaman mungkin
5.	Persiapan alat	Modifikasi lingkungan nyaman mungkin dengan mengatur pencahayaan dan suasana agar jauh terhindar dari kebisingan saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam
6.	Cara kerja	1) Instruksikan klien untuk bernapas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 2) Instruksikan klien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju ke paru-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh. 3) Instruksikan klien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi 4) Setelah klien mulai merasakan ketenangan, minta klien untuk

		melakukan secara mandiri 5) Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3-5 kali dalam sehari dalam waktu 5 menit
7.	Terminasi	1) Evaluasi hasil kemampuan klien untuk melakukan teknik ini 2) Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari teknik yang dilakukan 3) Menjadwalkan latihan teknik relaksasi nafas dalam 4) Kontrak waktu, tempat, dan topic untuk kegiatan selanjutnya
Sumber:	Wardani, D. W. (2015). Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Sebagai Terapi Tambahan Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Tingkat 1(Studi). Retrieved from https://lib.unnes.ac.id/20368/1/6411411062	

LAMPIRAN 2.**KUESIONER TANDA DAN GEJALA
RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

Petunjuk :

1. Lembar Kuesioner Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan terdiri dari 14 item pertanyaan menggunakan skala nominal untuk jawaban pertanyaan favourable apabila jawaban “benar” diberi skor 1 dan jawaban “tidak” di beri skor 0
2. Jawablah pertanyaan dengan memberi tanda (√) pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan perasaan Bapak/Ibu/Saudara
3. Jangan khawatir dengan data penelitian Bapak/Ibu/Saudara, data yang diperoleh akan dijaga kerahasiaan dan hanya untuk kepentingan penelitian.
4. Jika ada pertanyaan yang sulit di pahami, harap bertanya pada peneliti

No	Aspek yang dinilai	Pre Test	H1	H2	H3	PostTest
1	Mengancam	√	√	√	-	-
2	Mengumpat dengan kata-kata kasar	√	√	√	√	√
3	Suara keras	√	√	-	-	-
4	Bicara ketus	√	-	-	-	-
5	Menyerang oranglain	-	-	-	-	-
6	Melukai diri sendiri atau oranglain	-	-	-	-	-
7	Merusak lingkungan	-	-	-	-	-
8	Perilaku agresif/amuk	√	√	-	-	-
9	Mata melotot	√	-	-	-	-
10	Pandangan tajam	√	√	√	-	-
11	Tangan mengepal	√	√	√	√	√
12	Rahang mengantup	-	-	-	-	-
13	Wajah memerah	-	-	-	-	-
14	Postur tubuh kaku	-	-	-	-	-

LAMPIRAN 3.

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDE

**PENERAPAN RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK
MENGONTROL RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA
NY.R DENGAN SKIZOFRENIA DI WILAYAH PUSKESMAS
KLASAMAN KOTA SORONG**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Jesicha Desriani br Tarigan
NIM : 31440120020

Selamat pagi Ny.R dan keluarga

Perkenalkan saya Jesicha Desriani Br Tarigan mahasiswa dari poltekes kemenkes sorong yang sedang melakukan penelitian "*Penerapan Relaksasi Nafas Dalam untuk Mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan pada Ny.R dengan Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman Kota Sorong*" dengan tujuan untuk menganalisis Saya mengharapkan kesediaan Ny. R agar dapat berpartisipasi dalam penelitian ini, dimana penelitian ini tidak akan memberikan dampak yang membahayakan bagi Ny. R jika Ny.R bersedia maka kami akan memberikan lembar kuesioner untuk diisi yang meliputi pertanyaan seputar data demografi,

Partisipasi Ny.R dalam penelitian ini bersifat sukarela. Sehingga bebas untuk mengundurkan diri setiap saat tanpa saksi apapun. Semua informasi yang Ny.R berikan akan dirahasiakan dan hanya akan dipergunakan dalam penelitian ini.

Jika Ny.R berpartisipasi dalam penelitian ini, maka silahkan menanda tangani lembar persetujuan berikut ini.

Demikian penjelasan dari saya atas partisipasi dan kesediaan waktu Ny. R kami ucapkan terimakasih.

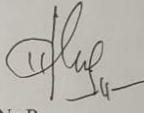
Hormat Saya

Sorong 26 Juni 2023

Penulis

Responden


Jesicha Desriani br Tarigan
31440120020


Ny.R

LAMPIRAN 4.**LEMBAR PERSETUJUAN**

SURAT KETERANGAN PERSETUJUAN
(*informend consent*)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

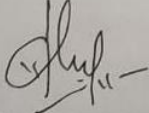
Nama : Ny.R
Umur : 37 Tahun
Alama : Jln.Wortel Aimas

Setelah mendapat penjelasan secara lengkap, maka dengan penuh dengan kesadaran menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian dengan judul :

"Penerapan Relaksasi Nafas Dalam untuk Mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan pada Ny.R dengan Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Klasaman Kota Sorong"

Saya Menyadari bahwa penelitian ini tidak merugikan saya.Oleh Karena itu secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Sorong 26 Juni 2023


(Yang menyetujui)

LAMPIRAN 5.**DOKUMENTASI****Persetujuan Menjadi Responden****Implementasi Hari ke Pertama tanggal 26-Juni-2023**

Implementasi Hari ke Kedua Tanggal 27 Juni 2023



Implementasi Hari ke 3 Tanggal 28 Juni 2023



LAMPIRAN 6. Surat Keterangan Selesai Penelitian Puskesmas

	PEMERINTAH KOTA SORONG DINAS KESEHATAN KOTA PUSKESMAS KLASAMAN Jl. S. Kamundan KM 12 Masuk Sorong (98411) Papua Barat Tlp. (0951) 3137378 e-mail : pkmklasaman.sehati@gmail.com			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"> Nomor : 445 / 1373 / VII / 2023 Lamp : - Perihal : <u>Keterangan Selesai Penelitian</u> </td> <td style="width: 40%; text-align: right; vertical-align: top;"> Sorong, 11 Juli 2023 </td> </tr> </table>			Nomor : 445 / 1373 / VII / 2023 Lamp : - Perihal : <u>Keterangan Selesai Penelitian</u>	Sorong, 11 Juli 2023
Nomor : 445 / 1373 / VII / 2023 Lamp : - Perihal : <u>Keterangan Selesai Penelitian</u>	Sorong, 11 Juli 2023			
Kepada Yth, Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Sorong di - Tempat				
Dengan Hormat, Menunjuk Surat Dekan Program studi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Sorong No : PP.08.02/1/0782/2023 Tanggal 28 April 2023 Perihal Permohonan Ijin Penelitian bagi Mahasiswa yang bersangkutan ; Nama : Jesicha Desriani BR Tarigan Nim : 31440120020 Program Studi : Program studi Diploma III Keperawatan Judul KTI : "PENERAPAN RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK MENGONTROL RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA NY. R DENGAN SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KLASAMAN KOTA SORONG " Dengan ini telah selesai melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan oleh Pendidikan, yaitu periode bulan Juni 2023. Demikian penyampaian Kami, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.				
Kepala Puskesmas Klasaman  dr. LEVINA B SESA Nip. 19840223 201503 2 002				

LAMPIRAN 7. Lembar Konsultasi

Pembimbing 1

LEMBAR KONSULTASI KTI

DAFTAR PROSES BIMBINGAN KTI

Nama : Jesicha Desriani Br Tarigan
 NIM : 31440120020
 Judul KTI : Penerapan Relaksasi Nafas dalam untuk mengontrol
 Resiko Perilaku kekerasan pada Ny.R dengan
 Skizofrenia
 Pembimbing 1 : I Made Raka, S.ST, M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Bahan Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	15 Jan 2023	Konsul Judul KTI	Acc Judul	
2	15 Jan 2023	Judul + BAB I	- Tambahkan sumber - Perbaiki latar Belakang	
3	12 Jan 2023	BAB I	- Perbaiki latar belakang - Perbaiki latar- mata - lanjut Bab II	
4	19 Feb 2023	Bab I + Bab II	- Acc Bab I - Perbaiki sistematis Konsultasi - tambahkan referensi	

5	16 Feb 2023	Bab II	- Perbaiki prioritas masalah ke p - Tambahkan referensi	
6	18 Feb 2023	Bab II	- Perbaiki Penulisan & halaman - lanjut Bab III	
7	7 maret 2023	Bab II + Bab III	- Ace bab II - Tambahkan & Perbaiki definisi Operational - Perbaiki sistematika penulisan	
8	9 maret 2023	Bab III	- Ace bab II - lanjut bab IV turunan Penelitian	
9	10 mei 2023	Bab IV	- Perbaiki Pembahasan - Perbaiki sistematika penulisan	

10	20 Mei 2023	Bab IV	- Perbaiki penulisan + halaman - Lengkapi Bab V	
11	21 Juni 2023	Bab IV & Bab V	- Acc bab IV - Perbaiki penulisan Bab V	
12	12 Juli 2023	Bab V	- Acc bab V - Siap ujian ETI	

Pembimbing 2

LEMBAR KONSULTASI KTI

DAFTAR PROSES BIMBINGAN KTI

Nama : Jesicha Desriani Br Tarigan
 NIM : 31440120020
 Judul KTI : Penerapan Relaksasi Nafas dalam untuk mengontrol
 Resiko Perilaku kekerasan pada Ny.R dengan
 Skizofrenia
 Pembimbing 2 : Drs.P.Situmorang,M.Pd

No	Hari/ Tanggal	Bahan Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	10 Feb 2023	Konsul Judul KTI	Acc Judul	
2	26 Maret 2023	Konsul Bab I	Perbaikan	
3	20 April 2023	BAB I	- Perbaiki sistematika penulisan - lanjut Bab II	
4	30 April 2023	BAB I + Bab II	- Acc Bab I - Perbaiki sistematika Bab II	

5	10 Mei 2023	Bab <u>ii</u>	- Tentukan halaman - Tambahkan referensi	<i>f</i>
6	20 Mei 2023	BAB <u>ii</u>	- Acc Bab <u>ii</u> - Lanjutkan Bab <u>iii</u>	<i>f</i>
7	25 Mei 2023	Bab <u>ii</u>	- Perbaiki dan tambahkan sumber	<i>f</i>
8	19 Juni 2023	BAB <u>iii</u>	- Acc BAB <u>iii</u> - Lanjut Bab <u>iv</u> - lanjut turun penelitian	<i>f</i>
9	12 Juni 2023	BAB <u>iv</u>	- Perbaiki Aspek - Tentukan intervensi utama.	<i>f</i>

10	25 Juni 2023	BAB IV	- Perbaiki Sistematis Penulisan	↓
11	9 Juli 2023	BAB IV	- Acc BAB IV - lanjut BAB V	↓
12	14 Juli 2023	BAB V	- Acc BAB V - Stop ujian KTI	↓

LAMPIRAN 8. Berita Acara ujian KTI

LAMPIRAN 8. Berita Acara ujian KTI

BERITA ACARA PERBAIKAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Jesicha Desrani br Tarigan

NIM : 31440120020

Judul Kti : Penerapan Relaksasi Nafas dalam untuk mengontrol Resiko
Perilaku Kekerasan pada Ny.R dengan skizofrenia di wilayah kerja
Puskesmas Klasaman Kota Sorong

Nama Penguji	Rekomendasi	Tanda Tangan
Alva Cherry Mustamu,M.Kep	1. Bab IV dan Bab V perlu di perbaiki 2. Perbaiki penulisan ,spasi 2,0 3. Daftar Pustaka 4. Abstrak	
I Made,Raka,S.ST, M.Kes	1. Melengkapi Perbaikan	
Drs.P.Situmorang,M.Pd	1. Teknik Pengetikan dan Penulisan	