

## DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, R. (2019). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Gosyen Publishing.
- Akhu-zaheya, L. (2018). *Quality of nursing documentation : Paper-based health records versus electronic-based health records*. September 2017, 578–589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Ansori. (2020). Terapi Relaksasi Tarik Nafas Dalam. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.
- Apriliyani I, Sundari R I, F. S. N. (2022). Asuhan Keperawatan Gangguan Sosialisasi: Isolasi Sosial Pada Ny. Y Dengan Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia Volume 10 No 4, November 2022, e-ISSN 2655-8106, p-ISSN2338-2090 FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang Bekerjasama Dengan PPNI Jawa Tengah*, 10(4), 1–10. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/9999/pdf>
- Arisandy, W. (2022). *PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL*. 14(1).
- Ayudianningsih, N. G., & Maliya, A. (2015). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Femur Di Rumah Sakit Karima Utama Surakarta. *Naskah Publikasi FIK UMS*, 1(2), 191–199.
- Bangu, H., Kurniasari, C. I., Alfianto, A. G., Astuti, R. P., Ladyani, F., Pamungkas, D. R., Orizani, C. M., Astuti, R. K., Agustriyani, F., Olla, M. B., Azizah, F. N., Isnanda, E. M., Nuryanti, A., Candra, W. D., & Hidayati, R. W. (2023). *Keperawatan Dan Kesehatan Jiwa*.
- Carsita, W. N., & Windiramadhan, A. P. (2023). *Monograf Dukungan Keluarga Pasien Skizofrenia*. Eureka Media Aksara.
- Dermawan, D. (2020). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Gosyen Publishing.
- Emulyani, & Herlambang. (2020). *Pengaruh Terapi Zikir Terhadap Penurunan Tanda dan Gejala Halusinasi pada Pasien Halusinasi*.
- Fitria, N. (2020). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan dan Strategi*

- Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Salemba Medika.
- Frima, A. A., Indonesia, U., & Uima, M. (2023). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Efektivitas Regimen Terapeutik pada Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Yayasan Rumah Ceria Repok Cianjur 2022*. 2(3).
- Hawari, D. (2018). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Badan Penerbit FKUI.
- Keliat, B. A. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Muliyani, Isnani, N., & Abdurrahman, R. (2020). *HUBUNGAN KEPATUHAN MINUM OBAT TERHADAP TINGKAT MOCH . ANSARI SALEH BANJARMASIN The Relationship Between Medication Adherence To The Recurrence Rate Of Schizophrenic Patients In Psychiatric Outpatient RSUD dr . H Moch . Ansari Saleh Banjarmasin*. 2(1), 35–39.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* (Edisi 1). Persatuan Perawat Indonesia.
- Prabowo, E. (2019). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Siregar, S. L. (2019). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Melalui Strategi Pelaksanaan (SP 1-4). *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(2), 1–32. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/s2qym>
- Sitanggang, R. (2018). Tujuan Evaluasi dalam Keperawatan. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*.
- 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. *Jurnal Lentera*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i1.1381>
- Untari, S. N., & Irna, K. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Wolters Kluwer.
- 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>

WHO. (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Schizophrenia>

Yunita, R., Isnawati, I. A., & Addiarto, W. (2020). *Buku Ajar Psikoterapi Self Help Group Pada Keluarga Pasien Skizofrenia*. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.





# LAMPIRAN

## LAMPIRAN 1

### PENGAJIAN KLIEN KELOLAAN

#### I. PENGAJIAN NY. P

##### 1. Identitas Klien

Nama : Ny. P  
Tempat, tanggal lahir : Jakarta, 4 Agustus 1984

Alamat : Tanjung Priok

Agama : Islam

Status : Sudah Menikah

Pendidikan : SMA

#### II. KELUHAN UTAMA

Klien mengatakan suka *dibully* atau diejek dan klien merasa kesal lalu memukul temannya dibagian pundak saat marahnya tidak bisa ditahan.

#### III. FAKTOR PREDISPOSISI

##### 1. Biologik

###### a. Riwayat kesehatan sebelumnya

Klien mengatakan sudah  $\pm$  4 tahun berada di panti, sebelumnya klien di cengkareng selama 4 bulan.

###### b. Genetik

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

##### 2. Psikososial

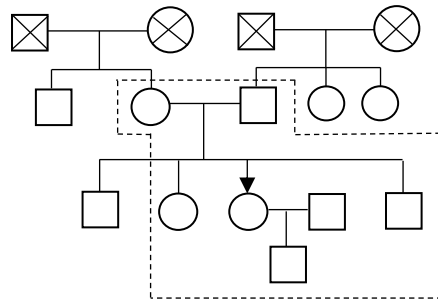
###### a. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan teman sekolahnya suka menjadikan klien bahan ledakan, klien suka diperlakukan yang tidak baik.

###### b. Riwayat penganiayaan

Klien pernah menjadi korban *pembullying* di sekolah oleh temannya sampai ditarik rambutnya dan dipukul, saat di panti klien mengatakan masih menjadi bahan bercandaan dan klien terkadang memukul temannya saat marah.

c. Genogram



**Keterangan:**

- : Laki – Laki
- : Perempuan
- ↓ : Klien
- ⊗ : Meninggal
- : Satu Rumah

**IV. FAKTOR PRESIPITASI**

1. Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat  
Klien mengatakan sering *dibully* oleh teman teman di panti.
2. Perubahan aktivitas hidup sehari-hari  
Klien mengatakan tidak ada perubahan aktivitas hidup sehari-hari
3. Perubahan fisik  
Klien mengatakan sekarang badannya lebih gemuk daripada sebelumnya
4. Lingkungan yang penuh kritik  
Klien mengatakan temannya sering meledek bukan mengkritik

**V. FISIK**

1. Tanda vital  
TD: 100/70 mmHg, Nadi: 78x/menit, Suhu: 36,3<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit
2. Ukur  
Tinggi badan: 156 cm, Berat badan: 65 kg
3. Keluhan fisik  
Klien mengatakan terkadang lemas dan pusing

**VI. SOSIAL-KULTURAL-SPIRITUAL**

1. Konsep diri
  - a. Citra tubuh: klien mengatakan bahwa tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai, klien menyukai bagian dada pada tubuhnya
  - b. Identitas diri: klien menyadari bahwa dirinya seorang perempuan dan seorang ibu yang mempunyai suami dan 1 anak yang tinggal di tanjung priok
  - c. Peran: klien berperan sebagai anak, istri, dan ibu di keluarganya

- d. Ideal diri: klien mengatakan ingin bekerja saat nanti sudah keluar dari panti
  - e. Harga diri: klien mengatakan hubungan dengan teman dan pekerja panti cukup baik, walaupun terkadang temannya suka membuatnya kesal
2. Hubungan sosial
- a. Orang terdekat: klien mengatakan mempunyai 5 teman terdekat di panti
  - b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: klien mengatakan suka membantu mencuci piring terkadang dan selalu mengikuti kegiatan di panti
  - c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain: klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan, tetapi untuk berteman klien lebih memilih teman yang baik untuk dirinya
3. Spiritual
- a. Nilai dan keyakinan: klien sering berdoa kepada Allah SWT saat dirinya sedih tetapi klien jarang untuk sholat
  - b. Kegiatan ibadah: klien mengatakan hanya sholat zuhur dan ashar berjamaah saja
  - c. Pengaruh spiritual terhadap koping individu: klien mengatakan setelah sholat perasaan menjadi lebih tenang

## VII. STATUS MENTAL

- a. Penampilan: cukup rapih  
Jelaskan: sebelum masuk panti rambut klien panjang tetapi setelah masuk panti rambut pasien bondol, baju yang dipakai bersih karena baju diganti setiap hari.
- b. Pembicaraan: Lambat dan lembut
- c. Aktifitas motoric: Agitasi
- d. Alam perasaan: Murung, sedih, marah
- e. Afek: labil mudah marah

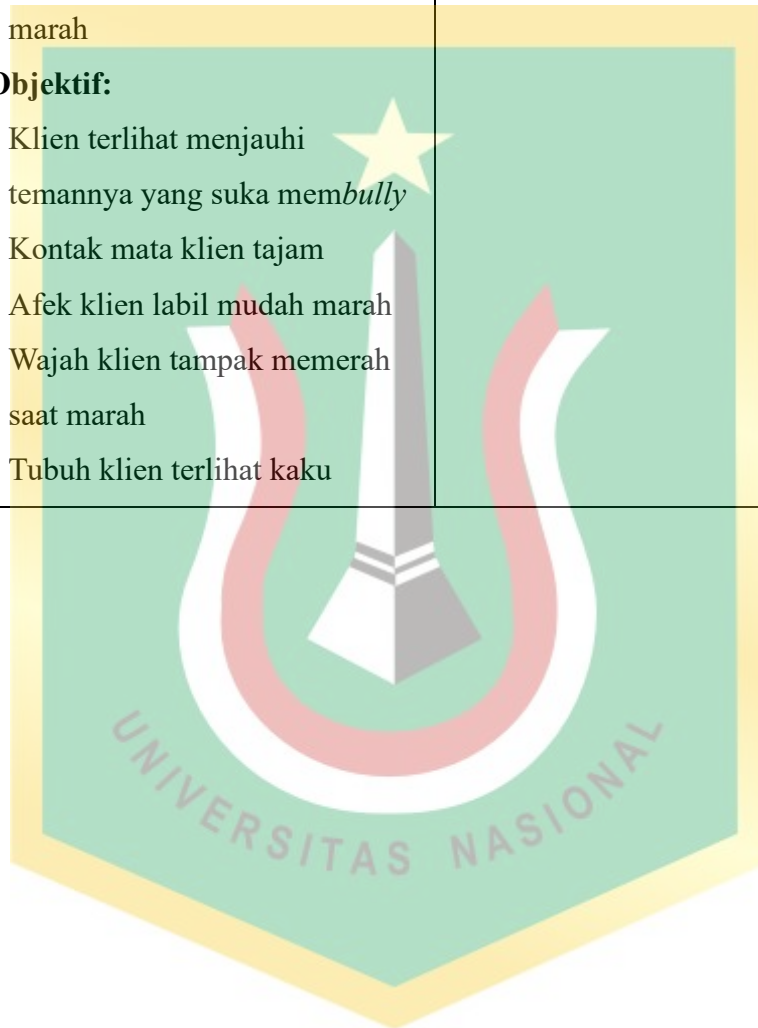
- f. Halusinasi/Ilusi/Depersonalisasi: klien mengatakan pernah mendengar bisikan dengan kalimat "jangan temani Ny. P" dengan frekuensi seminggu sekali, bahkan tidak pernah dalam seminggu.
- g. Isi pikir: klien tidak terdapat waham
- h. Arus pikir: klien tampak tidak mengulangi pembicaraannya
- i. Tingkat kesadaran: klien tidak mengalami disorientasi
- j. Daya ingat: klien mampu mengingat kejadian yang baru saja terjadi dan yang kemarin terjadi, klien juga mampu mengingat beberapa kejadian di masa lalu.
- k. Tingkat konsentrasi: klien mampu berkonsentrasi dan berhitung sederhana
- l. Insight: klien mampu menilai mana yang baik dan yang buruk





## ANALISA DATA DAN MASALAH KEPERAWATAN NY. P

DATA	DIAGNOSA
<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien mengatakan merasa kesal saat <i>dibully</i></li><li>2. Klien mengatakan memukul temannya dibagian pundak saat marah</li></ol> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien terlihat menjauhi temannya yang suka <i>membully</i></li><li>2. Kontak mata klien tajam</li><li>3. Afek klien labil mudah marah</li><li>4. Wajah klien tampak memerah saat marah</li><li>5. Tubuh klien terlihat kaku</li></ol>	Resiko Perilaku Kekerasan

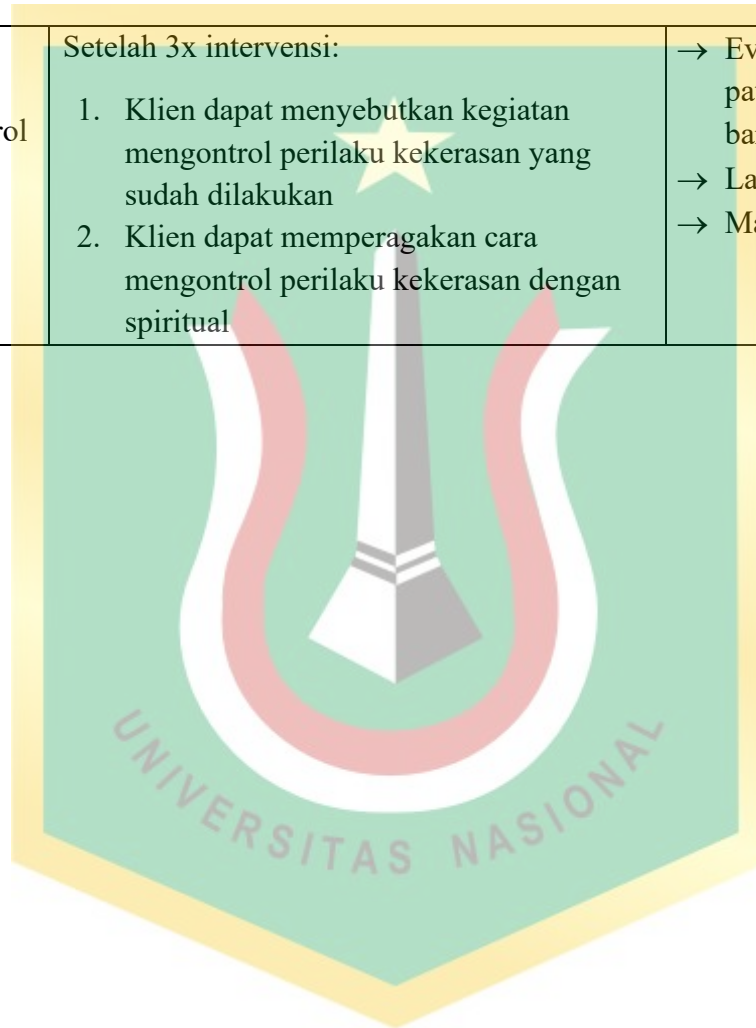


### RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN PADA NY. P

Dx Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko Perilaku Kekerasan	<p>TUM: klien dapat mengontrol atau mengendalikan perilaku kekerasan</p> <p>TUK:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> </ol>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Wajah cerah, tersenyum</li> <li>→ Mau berkenalan</li> <li>→ Ada kontak mata</li> <li>→ Bersedia menceritakan perasaan</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Beri salam setiap interaksi</li> <li>→ Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan</li> <li>→ Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</li> <li>→ Tunjukkan sikap empati, jujur, dan menepati janji setiap kali berinteraksi</li> <li>→ Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien</li> <li>→ Buat kontrak interaksi yang jelas</li> <li>→ Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien</li> </ul>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan</li> </ol>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien menyebutkan penyebab, tanda, gejala, dan akibat dari perilaku kekerasan</li> <li>Klien dapat mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara melakukan teknik nafas dalam</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Identifikasi penyebab tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan</li> <li>→ Latih cara melakukan teknik nafas dalam</li> <li>→ Masukkan dalam jadwal harian klien</li> </ul>

	<p>3. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara psikofarmaka (obat)</p>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan yang sudah dilakukan</li> <li>2. Klien dapat memperagakan cara patuh obat</li> </ol>	<p>→ Evaluasi kegiatan relaksasi nafas dalam  → Latih patuh obat klien: minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar dan susun jadwal minum obat secara teratur  → Masukkan dalam jadwal harian klien</p>
	<p>4. Klien dapat menyebutkan jenis-jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</p>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan yang sudah dilakukan</li> <li>2. Klien dapat memperagakan latihan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan</li> </ol>	<p>→ Evaluasi kegiatan relaksasi nafas dalam dan patuh minum obat  → Latih cara fisik kedua dengan memukul kasur atau bantal  → Masukkan dalam jadwal harian klien</p>
	<p>5. Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan</p>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan yang sudah dilakukan</li> <li>2. Klien dapat memperagakan cara sosial atau verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan</li> </ol>	<p>→ Evaluasi kegiatan relaksasi nafas dalam, patuh minum obat, dan memukul kasur atau bantal  → Latih secara sosial atau verbal  → Menolak dengan baik  → Meminta dengan baik  → Mengungkapkan perasaan dengan baik  → Masukkan dalam jadwal harian klien</p>

	<p>6. Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan yang sudah dilakukan</li> <li>2. Klien dapat mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual</li> </ol>	<p>→ Evaluasi kegiatan relaksasi nafas dalam, patuh minum obat, memukul kasur atau bantal, dan cara sosial atau verbal  → Latih secara spiritual berdoa dan sholat  → Masukkan dalam jadwal harian klien</p>
--	--	--	--



### IMPLEMENTASI KEPERAWATAN NY. P

No	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan dan Hasil
1.	Selasa, 26/12/2023	09.00	1. Mengkaji tanda tanda vital R/h TD: 100/70 mmHg, nadi: 78x/menit, suhu: 36,3 <sup>0</sup> C , RR: 20x/menit
		09.10	2. Membina hubungan saling percaya R/h Ny. P mau berkenalan, ada kontak mata, dan bersedia menceritakan perasaannya
		09.20	3. Mengidentifikasi perasaan marah dan perilaku kekerasan yang dilakukan R/h Ny. P mengatakan suka <i>dibully</i> atau diejek dan klien merasa kesal lalu memukul temannya dibagian pundak saat marah
		10.00	4. Mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan teknik nafas dalam sebanyak 3 kali selama 10 menit R/h Ny. P mampu menyebutkan tujuan, dan cara teknik nafas dalam tetapi klien tampak tidak fokus dan masih salah dalam melakukan teknik nafas dalam
		10.10	5. Mengevaluasi hasil teknik nafas dalam R/h Ny. P mengatakan sedikit lebih tenang
		10.15	6. Melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat R/h Ny. P paham kegunaan obat yang diberikan oleh dokter dan klien dapat meminum obatnya secara mandiri dan teratur. Kemudian terapi obat yang diberikan adalah <i>Clozapine</i> 2 x 25 mg per oral, <i>Risperidone</i> 3 x 5 mg per oral, dan <i>trihexyphenidyl</i> 3 x 2 mg per oral.

		10.35	7. Melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara memukul kasur atau bantal R/h Ny. P mengerti bahwa pukul bantal dan kasur merupakan salah satu mengontrol perilaku kekerasan, tetapi klien mengatakan bahwa di panti tidak ada bantal atau kasur jadi tidak bisa dilakukan
		10.55	8. Menganjurkan klien untuk memasukkan latihan nafas dan patuh minum obat ke dalam kegiatan harian R/h Ny. P bersedia untuk memasukkan kedalam kegiatan hariannya
2.	Rabu, 27/12/2023	09.00	1. Mengkaji tanda tanda vital R/h TTV; TD: 110/70 mmHg, nadi: 83x/menit, suhu: 36,4 <sup>0</sup> C , RR: 20x/menit
		09.10	2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian R/h Ny. P masih ingat tujuan serta cara melakukan nafas dalam, klien juga perlahan mengingat 6 benar minum obat dan bersedia untuk melakukannya lagi
		09.30	3. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam sebanyak 3 kali selama 10 menit R/h Ny. P sudah mulai fokus dalam melakukannya, kesalahannya sudah berkurang, dan klien juga mengatakan sering latihan nafas dalam sendiri saat emosi
		09.40	4. Mengevaluasi hasil relaksasi nafas dalam

		09.50	<p>R/h Ny. P mengatakan sudah lebih tenang dan rasa sakit di dadanya berkurang</p> <p>5. Melatih mengontrol perilaku kekerasan cara sosial atau verbal dengan mengungkapkan perasaan dengan baik</p> <p>R/h Ny. P tampak kesulitan mengungkapkan perasaan marah secara verbal dan masih takut dengan temannya</p>
		10.20	<p>6. Menganjurkan klien memasukkan latihan nafas dalam, dan mengungkapkan perasaan marah secara verbal dalam kegiatan harian</p> <p>R/h Ny. P bersedia untuk memasukkan kedalam kegiatan hariannya</p>
3.	Kamis, 28/12/2023	10.00	<p>1. Mengkaji tanda tanda vital</p> <p>R/h TTV; TD: 100/70 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36,4<sup>0</sup>C , RR: 20x/menit</p>
		10.10	<p>2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</p> <p>R/h Ny. P masih ingat tujuan serta cara melakukan nafas dalam, klien juga perlahan mengingat 6 benar minum obat, klien mengatakan sering latihan mengungkapkan perasaan marah saat sendirian dan sekali pernah mencoba melakukannya saat perawat tidak mendampingi. Klien bersedia untuk melakukannya lagi</p>
		10.40	<p>3. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam sebanyak 3 kali selama 10 menit</p> <p>R/h Ny. P bisa menyebutkan tujuan, cara dan melakukan teknik nafas dalam dengan benar</p>

		10.50	4. Mengevaluasi hasil relaksasi nafas dalam R/h Ny. P mengatakan lebih nyaman dan dadanya tidak terasa sakit lagi saat kesal. Klien juga mengatakan selalu latihan nafas dalam saat perawat tidak dampingi
		11.00	5. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual berdo'a atau sholat R/h Ny. P dapat mempraktekkan cara sholat dan berdo'a untuk kesembuhannya, klien juga mengatakan terkadang saat sedih ia berdo'a dan ikut sholat berjamaah saat zuhur atau ashar



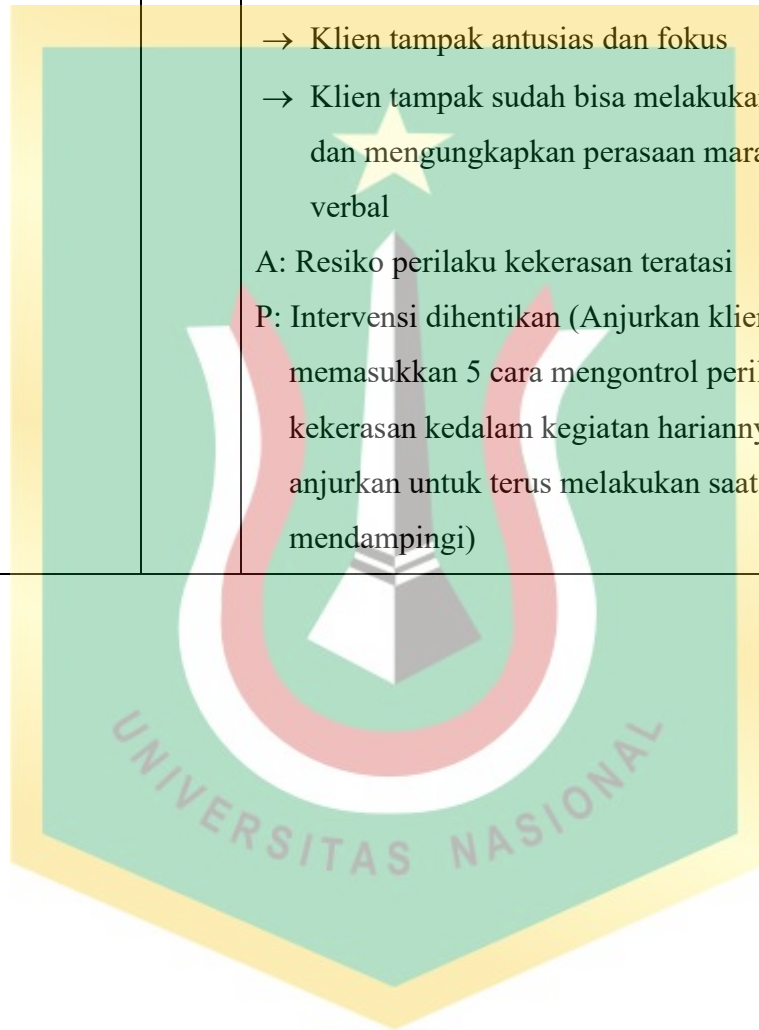


## EVALUASI KEPERAWATAN NY. P

No	Hari/ Tanggal	Jam	Evaluasi Keperawatan/SOAP
1.	Selasa, 26/12/2023	11.30	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Klien mengatakan suka <i>di bully</i> atau diejek dan klien merasa kesal lalu memukul temannya dibagian pundak saat marah</li> <li>→ Klien mengatakan sedikit lebih tenang setelah melakukan latihan nafas dalam</li> <li>→ Klien mengatakan bahwa di panti tidak ada bantal atau kasur jadi tidak bisa dilakukan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ TD: 100/70 mmHg, nadi: 78x/menit, suhu: 36,3<sup>0</sup>C , RR: 20x/menit</li> <li>→ Klien dapat membina hubungan saling percaya, mau berkenalan, ada kontak mata, dan bersedia menceritakan perasaannya</li> <li>→ Klien tampak tidak fokus dan masih salah dalam melakukan teknik nafas dalam</li> <li>→ Klien dapat menyebutkan kegunaan dan nama obat yang diberikan oleh dokter</li> <li>→ Klien dapat meminum obatnya secara mandiri dan teratur. Terapi obat yang diberikan adalah <i>Clozapine 2 x 25 mg per oral, Risperidone 3 x 5 mg per oral, dan trihexyphenidyl 3 x 2 mg per oral.</i></li> </ul> <p>A: Resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Anjurkan mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam dan patuh minum obat</li> </ul>

			<p>→ Ajarkan mengontrol perilaku kekerasan dengan sosial atau verbal (mengungkapkan perasaan marah secara verbal)</p>
2.	Rabu, 27/12/2023	11.00	<p>S:</p> <p>→ Klien mengatakan sering latihan nafas dalam sendiri saat emosi</p> <p>→ Klien mengatakan sudah lebih tenang dan rasa sakit di dadanya berkurang</p> <p>→ Klien mengatakan masih takut dengan temannya saat ingin mengungkapkan perasaan marah secara verbal</p> <p>O:</p> <p>→ TTV; TD: 110/70 mmHg, nadi: 83x/menit, suhu: 36,4<sup>0</sup>C , RR: 20x/menit</p> <p>→ Klien tampak antusias dan fokus</p> <p>→ Klien perlahan sudah bisa mengungkapkan perasaan marah secara verbal</p> <p>A: Resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan:</p> <p>→ Anjurkan mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam</p> <p>→ Anjurkan mengontrol perilaku kekerasan dengan sosial atau verbal (mengungkapkan perasaan marah secara verbal)</p> <p>→ Ajarkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p>
3.	Kamis 28/12/2023	11.30	<p>S:</p> <p>→ Klien mengatakan sering latihan mengungkapkan perasaan marah saat sendirian dan sekali pernah mencoba melakukannya saat perawat tidak mendampingi</p>

			<p>→ Klien mengatakan lebih nyaman dan dadanya tidak terasa sakit lagi saat kesal</p> <p>→ Klien juga mengatakan selalu latihan nafas dalam saat perawat tidak dampingi</p> <p>O:</p> <p>→ TTV; TD: 100/70 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36,4<sup>0</sup>C , RR: 20x/menit</p> <p>→ Klien tampak antusias dan fokus</p> <p>→ Klien tampak sudah bisa melakukan nafas dalam dan mengungkapkan perasaan marah secara verbal</p> <p>A: Resiko perilaku kekerasan teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan (Anjurkan klien untuk memasukkan 5 cara mengontrol perilaku kekerasan kedalam kegiatan hariannya dan anjurkan untuk terus melakukan saat perawat tidak mendampingi)</p>
--	--	--	---



## PENGAJIAN KLIEN KELOLAAN

### I. PENGAJIAN NY. E

#### 1. Identitas Klien

Nama : Ny. E  
Tempat, tanggal lahir : Jakarta, 4 Agustus 1984  
Alamat : Tanjung Priok  
Agama : Islam  
Status : Sudah Menikah  
Pendidikan : SMA

### I. KELUHAN UTAMA

Klien mengatakan suka kesal karena teman – teman WBS susah untuk diatur dan diberitahu, klien terkadang suka menampar teman – temannya.

### II. FAKTOR PREDISPOSISI

#### 1. Biologik

##### a. Riwayat kesehatan sebelumnya

Klien mengatakan sudah ± 5 bulan berada di panti, sebelumnya klien di cengkareng selama 2 bulan. Informasi dari pekerja panti, klien memiliki riwayat epilepsi.

##### b. Genetik

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

#### 2. Psikososial

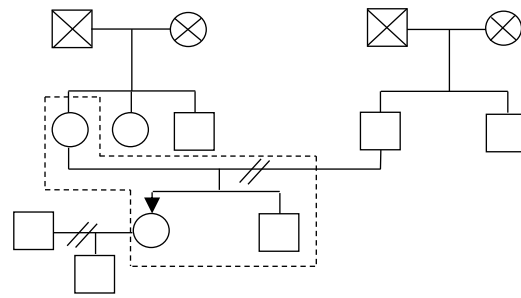
##### a. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan saat di rumah ibu kandung klien suka memarahi klien karena dianggap tidak mengikuti perintahnya, klien disuruh ibu kandungnya untuk bercerai dengan suaminya karena beda agama. Selain itu, klien disuruh untuk mengurus adik dan kakak tirinya tetapi saudara tirinya tidak tahu diri.

##### b. Riwayat penganiayaan

Klien mendapat perilaku kekerasan dari ibu kandungnya dan pernah di dorong ibunya sampai terjatuh dan terluka

c. Genogram



**Keterangan:**

□ : Laki – Laki

○ : Perempuan

↓ : Klien

⊗ : Meninggal

// : Cerai

----- : Satu Rumah

### III. FAKTOR PRESIPITASI

1. Peristiwa yang baru dialami dalam waktu dekat  
Klien didorong ibunya sampai terjatuh dan luka di wajah, klien menampar temannya karena dibuat kesal dan susah diberitahu.
2. Perubahan aktivitas hidup sehari-hari  
Sebelum masuk panti, klien biasanya menjual kopi keliling di daerah pasar senen. Saat di panti, klien hanya menonton tv, makan, dan tidur. Klien jarang untuk mengikuti kegiatan di panti
3. Perubahan fisik  
Klien mengatakan wajahnya dulu tidak ada bekas luka jatuh
4. Lingkungan yang penuh kritik  
Klien mengatakan ibu kandungnya selalu mengkritik apa saja yang dilakukan klien, ibu kandung klien selalu menyuruh dirinya untuk mengurus saudara tirinya. Saudara tiri klien juga selalu mengkritik klien saat klien menjaga keponakan tirinya.

### IV. FISIK

1. Tanda vital  
TD: 90/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36,5<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit
2. Ukur  
Tinggi badan: 142 cm, Berat badan: 45 kg
3. Keluhan fisik  
Klien mengatakan lemas dan pusing

## V. SOSIAL-KULTURAL-SPIRITUAL

### 1. Konsep diri

- a. Citra tubuh: klien mengatakan tidak menyukai bagian wajahnya karena jelek ada bekas luka
- b. Identitas diri: klien menyadari bahwa dirinya seorang perempuan dan seorang ibu yang mempunyai suami yang sudah bercerai dan 1 anak yang tinggal bersama suaminya, dan juga klien mengingat 8 saudara tirinya yang dibantu oleh klien

- c. Peran: klien berperan sebagai anak, istri, dan ibu di keluarganya, klien cukup berperan sebagai anak tetapi kurang berperan sebagai istri dan ibu
- d. Ideal diri: klien mengatakan saat nanti keluar dari panti, klien ingin bekerja menjual kopi keliling lagi seperti sebelum masuk panti
- e. Harga diri: klien mengatakan tidak mau berteman dengan yang lain karena wajahnya jelek ada bekas luka

### 2. Hubungan sosial

- a. Orang terdekat: klien mengatakan tidak mempunyai teman satupun di panti karena tidak ada yang sejalan dan sepemikiran dengannya
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: klien mengatakan tidak pernah ikut serta dalam kegiatan kelompok di panti karena tidak disuruh untuk ikut serta
- c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain: klien merasa malu dengan wajahnya, dan klien malas untuk berhubungan dengan orang lain karena tidak sepemikiran dengannya

### 3. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan: klien beragama islam dan tidak pernah beribadah ataupun berdoa kepada Allah SWT
- b. Kegiatan ibadah: klien mengatakan tidak pernah sholat
- c. Pengaruh spiritual terhadap coping individu: klien mengatakan beribadah atau tidak pun juga tidak ada perbedaan

## VI. STATUS MENTAL

- a. Penampilan: kurang rapih  
Jelaskan: rambut pasien sedikit panjang digera, rambut berminyak, baju yang dipakai bersih karena diganti setiap hari, tetapi celana klien kotor dan selalu kepanjangan
- b. Pembicaraan: Cepat dan keras
- c. Aktifitas motoric: agitasi
- d. Alam perasaan: marah, perasaan meluap
- e. Afek: labil mudah marah
- f. Halusinasi/Ilusi/Depersonalisasi: klien tidak pernah mendengar bisikan atau melihat bayangan yang tidak nyata
- g. Isi pikir: klien tidak terdapat waham
- h. Arus pikir: klien tampak tidak mengalami pembicaraannya
- i. Tingkat kesadaran: klien tidak mengalami disorientasi
- j. Daya ingat: klien kurang mampu mengingat kejadian yang baru saja terjadi, yang kemarin terjadi, atau kejadian masa lalu. Klien hanya mengingat peristiwa kejahatan yang ibu kandung klien lakukan
- k. Tingkat konsentrasi: klien mampu berkonsentrasi, klien tidak bisa berhitung sederhana
- l. Insight: klien mampu menilai mana yang baik dan yang buruk

## ANALISA DATA DAN MASALAH KEPERAWATAN NY. E

DATA	DIAGNOSA
<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien mengatakan mendapat perilaku kekerasan dari ibu kandungnya dan perah didorong sampai terjatuh</li><li>2. Klien mengatakan ibu kandung dan sepupu tirinya selalu mengkritik</li><li>3. Klien mengatakan menampar wajah temannya saat kesal dan temannya susah diberitahu</li></ol> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Wajah klien tampak memerah, tubuh kaku, dan suara keras saat bercerita</li><li>2. Kontak mata klien tajam</li><li>3. Afek klien labil mudah marah</li></ol>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p>



**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN PADA NY. E**

Dx Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko Perilaku Kekerasan	<p>TUM: klien dapat mengontrol atau mengendalikan perilaku kekerasan</p> <p>TUK:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> </ol>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Wajah cerah, tersenyum</li> <li>→ Mau berkenalan</li> <li>→ Ada kontak mata</li> <li>→ Bersedia menceritakan perasaan</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Beri salam setiap interaksi</li> <li>→ Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan</li> <li>→ Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</li> <li>→ Tunjukkan sikap empati, jujur, dan menepati janji setiap kali berinteraksi</li> <li>→ Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien</li> <li>→ Buat kontrak interaksi yang jelas</li> <li>→ Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien</li> </ul>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan</li> </ol>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien menyebutkan penyebab, tanda, gejala, dan akibat dari perilaku kekerasan</li> <li>Klien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara melakukan teknik nafas dalam</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Identifikasi penyebab tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan</li> <li>→ Latih cara melakukan teknik nafas dalam</li> <li>→ Masukkan dalam jadwal harian klien</li> </ul>

	<p>3. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara psikofarmaka (obat)</p>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan yang sudah dilakukan</li> <li>2. Klien dapat memperagakan cara patuh obat</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Evaluasi kegiatan relaksasi nafas dalam</li> <li>→ Latih patuh obat klien: minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar dan susun jadwal minum obat secara teratur</li> <li>→ Masukkan dalam jadwal harian klien</li> </ul>
	<p>4. Klien dapat menyebutkan jenis-jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</p>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan yang sudah dilakukan</li> <li>2. Klien dapat memperagakan latihan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Evaluasi kegiatan relaksasi nafas dalam dan patuh minum obat</li> <li>→ Latih cara fisik kedua dengan memukul kasur atau bantal</li> <li>→ Masukkan dalam jadwal harian klien</li> </ul>
	<p>5. Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan</p>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan yang sudah dilakukan</li> <li>2. Klien dapat memperagakan cara sosial atau verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Evaluasi kegiatan relaksasi nafas dalam, patuh minum obat, dan memukul kasur atau bantal</li> <li>→ Latih secara sosial atau verbal</li> <li>→ Menolak dengan baik</li> <li>→ Meminta dengan baik</li> <li>→ Mengungkapkan perasaan dengan baik</li> <li>→ Masukkan dalam jadwal harian klien</li> </ul>

	<p>6. Klien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>Setelah 3x intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Klien dapat menyebutkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan yang sudah dilakukan</li> <li>4. Klien dapat mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Evaluasi kegiatan relaksasi nafas dalam, patuh minum obat, memukul kasur atau bantal, dan cara sosial atau verbal</li> <li>→ Latih secara spiritual berdoa dan sholat</li> <li>→ Masukkan dalam jadwal harian klien</li> </ul>
--	--	--	---



### IMPLEMENTASI KEPERAWATAN NY. E

No	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan dan Hasil
1.	Selasa, 26/12/2023	11.35	1. Mengkaji tanda tanda vital R/h TD: 90/70 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu: 36,5 <sup>0</sup> C , RR: 20x/menit
		11.45	2. Membina hubungan saling percaya R/h Ny. E mau berkenalan, ada kontak mata, dan bersedia menceritakan perasaannya
		12.10	3. Mengidentifikasi perasaan marah dan perilaku kekerasan yang dilakukan R/h Ny. E mengatakan suka marah/kesal karena teman-temannya susah untuk diatur dan diberitahu, klien terkadang suka menampar teman-temannya
		12.30	4. Mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan teknik nafas dalam sebanyak 3 kali selama 10 menit R/h Ny. E belum mampu menyebutkan tujuan dan masih banyak kesalahan saat memperagakan teknik nafas dalam, klien tampak tidak fokus
		12.40	5. Mengevaluasi hasil teknik nafas dalam R/h Ny. E mengatakan tidak merasakan perbedaan
		13.00	6. Melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat R/h Ny. E tidak tahu nama dan kegunaan obat yang diberikan dan klien terkadang membuang obatnya saat petugas tidak memantau karena klien menyangkal sakitnya

		13.20	7. Melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara memukul kasur atau bantal R/h Ny. E mengerti bahwa pukul bantal dan kasur merupakan salah satu mengontrol perilaku kekerasan, tetapi klien mengatakan bahwa di panti tidak ada bantal atau kasur jadi tidak bisa dilakukan
		13.40	8. Menganjurkan klien untuk memasukkan latihan nafas dalam dan cara patuh minum obat kedalam kegiatan harian R/h Ny. E bersedia untuk memasukkan kedalam kegiatan hariannya
2.	Rabu, 27/12/2023	11.30	1. Mengkaji tanda tanda vital R/h TD: 100/70 mmHg, nadi: 79x/menit, suhu: 36,3 <sup>0</sup> C , RR: 20x/menit
		11.40	2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian R/h Ny. E lupa tujuan relaksasi nafas dalam tetapi ingat beberapa cara melakukan nafas dalam, klien tidak mengingat nama obat dan kegunaan obat yang diberikan. Klien bersedia untuk melakukan nafas dalam, tetapi menolak untuk diajarkan cara patuh minum obat karena klien menyangkal sakitnya
		11.50	3. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam sebanyak 3 kali selama 10 menit R/h Ny. E sudah mulai fokus dalam melakukannya, tetapi masih ada kesalahan
		12.00	4. Mengevaluasi hasil relaksasi nafas dalam R/h Ny. E mengatakan sedikit lebih rileks

		12.10	5. Melatih mengontrol perilaku kekerasan cara sosial atau verbal dengan mengungkapkan perasaan dengan baik R/h Ny. E mampu mengungkapkan perasaan marah secara verbal
		12.40	6. Mengajarkan klien memasukkan latihan nafas dalam, cara patuh minum obat dan mengungkapkan perasaan marah secara verbal dalam kegiatan harian R/h Ny. E bersedia untuk memasukkan kedalam kegiatan hariannya
3.	Kamis, 28/12/2023	12.00	1. Mengkaji tanda tanda vital R/h TD: 110/70 mmHg, nadi: 83x/menit, suhu: 36,4 <sup>0</sup> C , RR: 20x/menit
		12.10	2. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien R/h Ny. E lupa tujuan relaksasi nafas dalam, mengingat beberapa cara nafas dalam, klien hanya mengingat warna dari obat yang diminum dan masih menyangkal sakitnya, klien mengatakan selalu menolak dan mengungkapkan perasaannya dengan baik tetapi temannya susah diberitahu. Klien bersedia untuk melakukannya lagi
		12.30	3. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam sebanyak 3 kali selama 10 menit R/h Ny. E masih belum bisa menyebutkan tujuan dari nafas dalam, bisa melakukan hanya beberapa langkah saja masih banyak kesalahan
		12.40	4. Mengevaluasi hasil relaksasi nafas dalam

		12.50	<p>R/h Ny. E mengatakan tidak mau melakukannya lagi karena perubahannya hanya sedikit.</p> <p>5. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual berdoa atau sholat</p> <p>R/h Ny. E bingung cara wudhu, sholat dan berdoa. Klien mengatakan beribadah atau tidak pun juga tidak ada perbedaan</p>
--	--	-------	--



### EVALUASI KEPERAWATAN NY. E

No	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi Keperawatan/SOAP
1.	Rabu, 26/12/2023	14.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Klien mengatakan suka marah/kesal karena teman-temannya susah untuk diatur dan diberitahu</li> <li>→ Klien mengatakan terkadang suka menampar teman-temannya</li> <li>→ Klien mengatakan tidak merasakan perbedaan saat melakukan relaksasi nafas dalam</li> <li>→ Klien mengatakan terkadang membuang obatnya saat petugas tidak memantau</li> <li>→ Klien mengatakan bahwa di panti tidak ada bantal atau kasur jadi tidak bisa dilakukan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ TD: 90/70 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu: 36,5<sup>0</sup>C , RR: 20x/menit</li> <li>→ Klien dapat membina hubungan saling percaya, mau berkenalan, ada kontak mata, dan bersedia menceritakan perasaannya</li> <li>→ Klien belum mampu menyebutkan tujuan dan masih banyak kesalahan saat memperagakan teknik nafas dalam</li> <li>→ Klien tampak tidak fokus</li> <li>→ Klien tidak tahu nama dan kegunaan obat yang diberikan</li> <li>→ Klien menyangkal sakitnya</li> </ul> <p>A: Resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan:</p>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Anjurkan mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam dan patuh minum obat</li> <li>→ Ajarkan mengontrol perilaku kekerasan dengan sosial atau verbal (mengungkapkan perasaan marah secara verbal)</li> </ul>
2.	Kamis, 27/12/2023	13.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Klien mengatakan lupa tujuan relaksasi nafas dalam tetapi ingat beberapa cara melakukan nafas dalam</li> <li>→ Klien mengatakan sedikit lebih rileks</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ TD: 100/70 mmHg, nadi: 79x/menit, suhu: 36,3<sup>0</sup>C , RR: 20x/menit</li> <li>→ Klien tampak tidak mengingat nama obat dan kegunaan obat yang diberikan</li> <li>→ Klien menyangkal sakitnya</li> <li>→ Klien mampu mengungkapkan perasaan marah secara verbal</li> </ul> <p>A: Resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Anjurkan mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam dan patuh minum obat</li> <li>→ Anjurkan mengontrol perilaku kekerasan dengan sosial atau verbal (mengungkapkan perasaan marah secara verbal)</li> <li>→ Ajarkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</li> </ul>

3.	Jumat, 28/12/2023	13.00	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Klien mengatakan selalu menolak dan mengungkapkan perasaan marahnya dengan baik tetapi temannya susah diberitahu</li> <li>→ Klien mengatakan tidak mau melakukan relaksasi nafas dalam lagi karena perubahannya hanya sedikit.</li> <li>→ Klien mengatakan lupa tujuan relaksasi nafas dalam</li> <li>→ Klien mengatakan beribadah atau tidak pun juga tidak ada perbedaan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ TD: 110/70 mmHg, nadi: 83x/menit, suhu: 36,4<sup>0</sup>C , RR: 20x/menit</li> <li>→ Klien hanya mengingat warna dari obat yang diminum dan masih menyangkal sakitnya</li> <li>→ Klien bisa melakukan hanya beberapa langkah saja masih banyak kesalahan</li> <li>→ Klien tampak bingung cara wudhu, sholat dan berdoa.</li> </ul> <p>A: Resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Anjurkan mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam</li> <li>→ Anjurkan mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat</li> <li>→ Anjurkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</li> </ul>
----	----------------------	-------	---

## LAMPIRAN 2

### JURNAL INTERVENSI

#### **Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur**

Biyana Tazqiyatus Sudia <sup>1\*</sup>, Hadi Abdillah S.Kep., Ners., MMRS, Ernawati

Hamidah, M.Kep

<sup>1,2,3</sup>Universitas Muhammadiyah Sukabumi

E-mail: <sup>1</sup>[biyanats@gmail.com](mailto:biyanats@gmail.com), <sup>2</sup>[hadiabdillah91@ummi.ac.id](mailto:hadiabdillah91@ummi.ac.id)

<sup>3</sup>[ernawatihamidah@ummi.ac.id](mailto:ernawatihamidah@ummi.ac.id)

#### **Abstrak**

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri maupun orang lain, sering juga disebut amuk dimana seseorang dimana marah terhadap suatu stressor dengan Gerakan motorik yang tidak terkontrol. Intervensi keperawatan yang diberikan yakni teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah. Tujuan aplikasi ini adalah untuk mengetahui pengaruh aplikasi terapi relaksasi nafas dalam pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan di Desa Maleber Kabupaten Cianjur. Metode yang digunakan adalah total sampling, sampel yang diambil sebanyak 1 orang responden yaitu pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Data ini diambil dengan menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan mengajarkan terapi relaksasi nafas dalam yang dilakukan selama 3x pertemuan dalam 3 hari efektif. Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari marah pada pasien risiko perilaku kekerasan, marah dapat dikontrol.

**Kata Kunci:** Relaksasi Nafas dalam, Mengontrol Marah, Gangguan Jiwa, Risiko Perilaku Kekerasan

### **Abstract**

*Violent behaviour is a condition in which a person performs actions that are physically harmful to themselves and others. Often also called tantrums where someone where someone is angry responds to a stressor with uncontrolled motor movements. The nursing intervention given is the deep breathing relaxation technique for controlling anger. The purpose of this application is to determine the effect of the application of deep breathing relaxation therapy in patients with risk problems for violent behavior in Maleber village, Cianjur district. The method used is total sampling, the sample taken is 1 respondent, namely patients at risk of violent behaviour. The data of this study were taken using interviews, observations, documentation studies of deep breathing relaxation therapy carried out for 3 times in 3 days effectively to control ongoing anger in patients at risk of violent behavior after taking action for 3 days of anger in patients at risk of violent behavior, Anger can be controlled*

**Keywords:** *Deep Breath Relaxation, Controlling Anger, Mental disorders, Risk of Violent Behavior*

### **Pendahuluan**

Gangguan jiwa menurut pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ) adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Kelliat & Akemat 2016).

Orang dengan gangguan jiwa tidak hanya mengalami dampak dan akibat gejala dan penyakit tetapi juga stigmasi, kekerasan merupakan salah satu konsekuensi serius dari gangguan jiwa dan gangguan jiwa yang umum terjadi adalah perilaku kekerasan, menurut Benkowitz, merupakan respon terhadap *stressor* yang tidak dapat di kontrol ataupun dikendalikan yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan entah secara verbal maupun nonverbal yang

bertujuan untuk melakukan tindakan melukai orang lain entah secara fisik maupun psikologis (Sutejo, 2011).

Masalah yang mungkin muncul adalah perilaku kekerasan yaitu suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri maupun org lain sering juga disebut amuk dimana seseorang dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan Gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2011). Penyebab perilaku kekerasan adalah kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyimpangan pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan Sebenarnya ia ingin menyampaikan pesan, bahwa ia tidak setuju, tersinggung, merasa tidak di anggap, dan merasa tidak di turuti atau diremehkan.

Beberapa macam upaya dalam penanganan pasien dengan gangguan jiwa yang merupakan asuhan keperawatan jiwa *spesialis*, namun tetap dilakukan secara *holistik* pada saat melakukan asuhan keperawatan pada klien, berbagai macam terapi pada keperawatan yang dikembangkan dan di fokuskan kepada klien secara individu, kelompok, keluarga maupun kognisi, contohnya ada terapi musik, terapi relaksasi nafas dalam dan terapi psikoreligi yang berhubungan dengan agama (Videbeck, 2011).

Perilaku kekerasan salah satunya bisa ditangani dengan cara teknik relaksasi nafas dalam, yang mana teknik 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 (Zelianti, 2011).

Penulis tertarik memilih aplikasi teknik relaksasi nafas dalam karena teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang paling mudah dilakukan dan dapat dilakukan kapanpun serta dimanapun. Teknik relaksasi juga merupakan Teknik yang sangat simpel dan mudah dipahami oleh siapapun sehingga teknik ini memudahkan penulis maupun klien untuk mengaplikasikan teknik relaksasi nafas dalam. Penulis memilih tempat di Desa Maleber Kabupaten Cianjur dikarenakan penulis menemukan dan mendengar informasi terkait kasus seorang warga yang

memiliki gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan. Berdasarkan latar belakang masalah di atas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang "Aplikasi teknik relaksasi nafas dalam pada pasien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan".

### **Metode Penelitian**

Metode yang digunakan oleh penulis dalam studi kasus ini adalah penelaahan kasus. Teknik pengambilan sampel yang dilakukan dalam studi kasus ini adalah total sampling yakni suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel secara keseluruhan. Sampel yang diambil dalam studi kasus ini adalah satu orang dengan gangguan jiwa risiko perilaku kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur. Lama kegiatan ini 2 bulan, sedangkan lamanya tindakan relaksasi nafas dalam dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan dengan waktu sekitar 10 menit dengan frekuensi 3 kali. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, melakukan wawancara langsung kepada klien, dan dokumentasi.

### **Hasil**

Hasil aplikasi ini menunjukkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah pada orang gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan yang dilakukan selama 3 kali kunjungan.

### **Pembahasan**

Pada tahap pengkajian, penulis memulai pengumpulan data dengan menggali faktor presipitasi yang merupakan faktor pencetus terjadinya gangguan terjadinya gangguan jiwa pada Tn R yaitu berhentinya terapi pengobatan yang dilakukan di pesantren pengobatan karena pasien kabur dari pesantren pengobatan dan tidak mau kembali ke pesantren pengobatan tersebut dan faktor predisposisi atau faktor pendukungnya klien mempunyai pengalaman di masa lalu ketika di pesantren klien sering dibully dan dijauhi teman temannya kemudian ketika ada orang yang membully atau mengejeknya klien merasa kesal dan ingin membalas dengan cara memukul ataupun mengajak berkelahi terhadap orang yang mengejeknya tersebut, maka dari itu klien tidak mempunyai teman atau orang terdekat untuk bercerita tentang masalah yang dihadapinya.

Faktor tersebut sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) yang menyebutkan terdapat 2 tanda dan gejala yaitu mayor dan minor pada

pasien perilaku kekerasan, mayor subjektif : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, objektifnya : menyerang orang lain, melukai diri sendiri / orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif / amuk, sedangkan minornya yaitu objektif : mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

Pada tahap perencanaan dan pelaksanaan penulis lebih memfokuskan untuk mengatasi perilaku kekerasan klien sehingga perumusan rencana tindakan dilakukan untuk mengontrol marah pasien dengan mengaplikasikan teknik relaksasi nafas dalam 3 hari, hal ini didukung oleh klien yang cukup kooperatif. penulis menerapkan intervensi yaitu bina hubungan saling percaya, aplikasikan teknik relaksasi nafas dalam. berikan pujian terhadap klien

Penerapan teknik relaksasi nafas dalam ini sesuai dengan hasil penelitian Kinandika (2014) di bangsal abimanyu RSJ dr. Arif Zainudin Surkarta tentang studi kasus terapi relaksasi nafas dalam untuk mengontrol marah pada pasien perilaku kekerasan yang dilakukan selama 3 hari, penulis pun melakukan intervensi selama 3 hari, Setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam untuk mengontrol marah selama tiga hari, evaluasi akhir dilakukan pada tanggal 7 Mei 2021 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.

### **Simpulan**

Adanya pengaruh terhadap tindakan terapi relaksasi nafas dalam pada orang gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan. Adanya respon positif yang menunjukkan klien mampu mengikuti terapi relaksasi nafas dalam sesuai program dan hasilnya efektif untuk mengontrol marah pada klien, serta klien mampu mengikuti program terapi ini.

LAMPIRAN 3

DOKUMENTASI







LAMPIRAN 4

SURAT PENELITIAN



**UNIVERSITAS NASIONAL**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Jl. Harsono RM No. 1 Ragunan, Jakarta Selatan 12550, Telp. 27870882  
Website : [www.unas.ac.id](http://www.unas.ac.id); Email: [fikes@civitas.unas.ac.id](mailto:fikes@civitas.unas.ac.id)

Nomor : 221/NERS-FIKES/XII/2023  
Perihal : Permohonan Ijin Praktik KIAN  
Lampiran : 1 halaman

Jakarta, 18 Desember 2023

Kepada Yth: Dinas Sosial DKI Jakarta  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Angkatan VIII Tahun 2023/2024, maka dengan ini kami memohon ijin agar mahasiswa kami (nama dan waktu terlampir) dapat mengambil kasus Karya Ilmiah Akhir Ners di Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 2.

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Ka.Prodi Profesi Ners,



Ns. Naziyah, M.Kep

Tembusan :

1. Kepala Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 2
2. Arsip

Lampiran Nama Mahasiswa

No.	NPM	NAMA MAHASISWA	Judul KIAN	No Hp	Tanggal Penelitian
1	224291517051	Zahra Azizzah	ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MELALUI INTERVENSI AKTIVITAS MENGHIAS DIRI PADA PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 2	0812-9881-3490	25 - 30 Desember 2023
2	224291517068	Aprilia Salsabila	ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MELALUI INTERVENSI TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 2 TAHUN 2023	0812-9881-3490	25 - 30 Desember 2023
3	224291517098	Anes Rahmawati	ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MELALUI INTERVENSI LATIHAN KETERAMPILAN SOSIAL PADA PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL DI PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 2 TAHUN 2023	0812-9881-3490	25 - 30 Desember 2023
4	224291517071	Azzahra Yudhita Astuti	ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MELALUI INTERVENSI AFIRMASI POSITIF PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH KRONIS DI PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 2 TAHUN 2023	0812-9881-3490	25 - 30 Desember 2023
5	224291517049	Hafifah Pujati	ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MELALUI INTERVENSI AKTIVITAS TERJADWAL PADA PASIEN DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN DI PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 2 TAHUN 2023	0812-9881-3490	25 - 30 Desember 2023
6	224291517111	Aisyah Nur Ramadhanny	ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN MELALUI INTERVENSI TERAPI SENI MENGGAMBAR PADA PASIEN DENGAN HALUSINASI DI PANTI SOSIAL BINA LARAS HARAPAN SENTOSA 2 TAHUN 2023	0812-9881-3490	25 - 30 Desember 2023



## LAMPIRAN 5

### SURAT BALASAN PENELITIAN

 **PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA**  
**DINAS SOSIAL**  
Jalan Gunung Sahari II No. 6 Jakarta Pusat  
Telp. (021) 4265115 – 4222497 – 4222498. 4264678. 4264679 Fax. 4253839  
Website: www.dinsos.jakarta.go.id e-mail: dingsosdki@jakarta.go.id  
JAKARTA Kode Pos : 10610

Nomor : 7011 /TM 09.19 20 Desember 2023  
Sifat : Biasa  
Lampiran :  
Hal : Jawaban Permohonan ijin Praktik KIAN

Kepada  
Yth. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional  
di  
Jakarta

Terkait surat saudara Nomor 221/NERS-FIKES/XII/2023 tanggal 18 Desember 2023 hal Permohonan Ijin Penelitian, bersama ini disampaikan hal sebagai berikut :

1. Kami mempersilahkan mahasiswa saudara melakukan Praktik di PSBL Harapan Sentosa 2 Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta. yang akan dilaksanakan pada tanggal 25 s.d 30 Desember 2023 sebanyak 12 mahasiswa
2. Setelah melaksanakan Penelitian agar yang bersangkutan memberikan laporan hasil kegiatan kepada Kepala Dinas Sosial melalui Sekretaris Dinas.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Sekretaris Dinas Sosial  
Provinsi Daerah Khusus  
Ibukota Jakarta,  
  
NIP 197361081992031001

Tembusan :  
Ka. PSBL Harapan Sentosa 2 Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta

## LAMPIRAN 6

### Lembar Konsultasi : Bimbingan KIAN

Nama : Aprilia Salsabila

NPM : 224291517068

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KIAN : Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Intervensi Relaksasi Nafas Dalam Pada Ny. P dan Ny. E Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Panti Sosial Bina Laras Harapan Sentosa 2

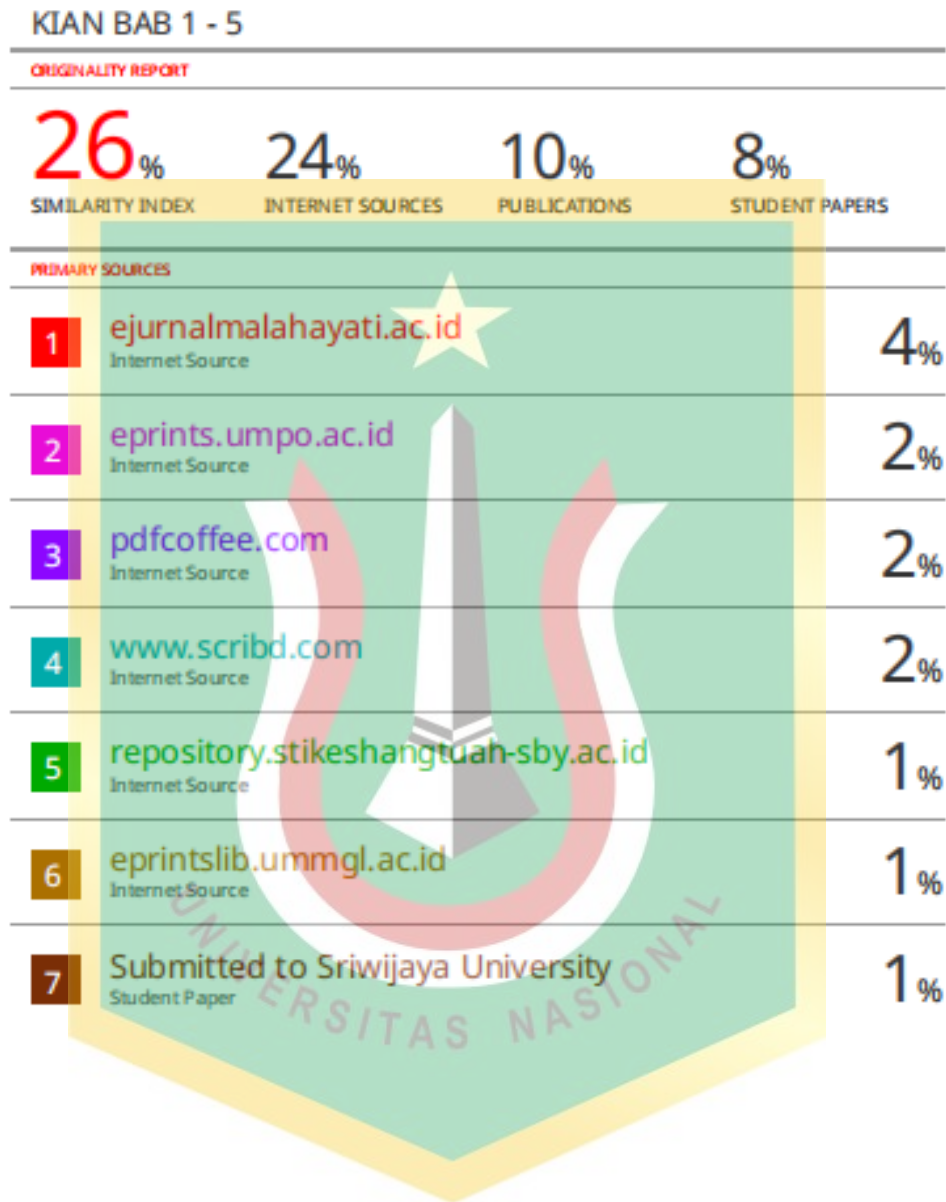
Dosen Pembimbing : Ns. Nita Sukamti, M.Kep

#### Kegiatan Konsultasi

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran/Masukan	TTD Pembimbing
1.	Jumat, 08/12/2023	Pengajuan judul	Revisi judul	
2.	Sabtu, 09/12/2023	Pengajuan jurnal	Revisi jurnal	
3.	Senin, 11/12/2023	Pengajuan judul dan jurnal intervensi	Acc judul dan jurnal intervensi, lanjut Bab 1	
4.	Kamis, 14/12/2023	Konsultasi Bab 1	Acc Bab 1, lanjut Bab 2 dan penelitian	
5.	Rabu, 27/12/2023	Konsultasi Askep	Revisi askep	
6.	Senin, 08/01/2023	Konsultasi Bab 3-5	Revisi Bab 3-5	
7.	Kamis, 11/01/2023	Konsultasi Bab 1-5	Acc Sidang KIAN	

LAMPIRAN 7

HASIL UJI TURNITIN



## LAMPIRAN 8

### BIODATA PENULIS



Nama : Aprilia Salsabila  
Tempat, Tanggal Lahir : Jakarta, 19 April 2001  
NPM : 224291517068  
Alamat : Jl. Al Mustaqim II No. 22 RT.07/RW.02,  
Mampang Prapatan, Jakarta Selatan 12790  
No. HP : 081298813490  
Email : apriliasalsa83@gmail.com

#### Riwayat Pendidikan

2006 - 2010	: MI Al Khairiyah Jakarta
2010 – 2012	: SDN Mampang Prapatan 05 Jakarta
2012 – 2015	: SMPN 43 Jakarta
2015 – 2018	: SMAN 26 Jakarta
2019 – 2023	: Universitas Nasional (S1 Keperawatan)
2023 – 2024	: Universitas Nasional (Pendidikan Profesi Ners)