



LAPORAN TUGAS AKHIR

**PENERAPAN TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF DALAM MENGATASI
RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RSKJ
SOEPRAPTO PROVINSI BENGKULU**

WIDIYA AYU PUTRI
202001023

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



LAPORAN TUGAS AKHIR

**PENERAPAN TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF DALAM MENGATASI
RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DI RSKJ SOEPRAPTO PROVINSI BENGKULU**

Diajukan sabagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program pendidikan DIII keperawatan

WIDIYA AYU PUTRI

202001023

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI BENGKULU
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

**PENERAPAN TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF DALAM MENGATASI
RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RSKJ
SOEPRAPTO PROVINSI BENGKULU**

ABSTRAK

Xiii Halaman awal + 133 halaman inti

Widiya Ayu Putri, Maritta Sari

Masalah utama gangguan jiwa didunia adalah skizofrenia, skizofrenia yaitu masalah pada gangguan otak dan pola pikir seseorang. Prevelensi skizofrenia di dunia mencapai 20 juta orang, salah satu gejala skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan dilakukan karena ketidak mampuan dalam melakukan koping terhadap stres, ketidak pahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan. Tujuan peneliti ini adalah untuk mengetahui gambaran penerapan pemberian terapi relaksasi otot progresif dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan padapasien skizofrenia di rumah sakit khusus jiwa provensi bengkulu. Metode penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi khusus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan gangguan jiwa yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi ,implementasi, dan evaluasi keperawatan. Hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 hari latihan pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan terapi relaksasi otot progresif dilakukan 5-10 menit dan dilakukan sekali dalam sehari mengalami penurunan frekuensi amuk dari tingkat amuk 4 (sangat sering) menjadi 2,5 (kadang-kadang).

Kata kunci: skizofrenia, resiko perilaku kekerasan, terapi relaksasi otot progresif

Daftar pustaka : (2019-2023)

**APPLICATION OF PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION THERAPY IN
OVERCOMING THE RISK OF VIOLENT BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIC
PATIENTS IN SOEPRAPTO RSJK, BENGKULU PROVINCE**

ABSTRACT

Xiii Start page +133 core pages

Widiya Ayu Putri, Maritta Sari

The main problem of mental disorders in the world is schizophrenia. Schizophrenia is a problem with disorders of a person's brain and thought patterns. The prevalence of schizophrenia in the world reaches 20 million people, one of the symptoms of schizophrenia is the risk of violent behavior. The risk of violent behavior is due to the inability to cope with stress, not understanding the social situation, not being able to identify the stimulus faced, and not being able to control the urge to commit violent behavior. The aim of this researcher is to understand the application of progressive muscle relaxation therapy in overcoming the risk of violent behavior in schizophrenic patients at a special psychiatric hospital in Bengkulu Province. This research method is descriptive research with a special study approach to explore the problem of nursing care for mental disorders, namely assessment, diagnosis, intervention, implementation and nursing evaluation. The results after carrying out nursing actions for 7 days of training, the patient controlled the risk of violent behavior by using progressive muscle relaxation therapy carried out for 5-10 minutes and carried out once a day, experienced a decrease in the frequency of tantrums from a tantrum level of 4 (very often) to 2.5 (sometimes).

Keywords: schizophrenia, risk of violent behavior, progressive muscle relaxation therapy

Bibliography: (2019-2023)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karna atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA) ini. Penulis LTA ini dilakukan dalam rangkai memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Prograp Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Laporan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahai dari ibu Ns. Maritta Sari, M.A.N selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bias penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikaai ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Hj. Djusmalidar, SKM,M. Kes selaku ketua STIKes Sapta Bakti.
2. Bapak H. Yansyah Nawawi, SKM. M. Kes sebagai ketua penguji.
3. Ibu Ns. Rizka Wahyu Utami, M. Kep sebagai anggota penguji.
4. Ibu Ns. Maritta Sari M.A.N sebagai anggota penguji sekaligus selaku pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah melungakan waktu dan memberikaai bimbingan dan dukungan kepada peneliti .
5. Segenap dosen Sekolah Ilmu Tinggi Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu khususnya prodi DIII Keperawan yang telah memberikaai beragam ilmu penegetahuan kepada peneliti.
6. Orang tau, kakak, adik yang selalu memberikaai semangat, dukungan dan do'a dengan penuh kesabaran untuk keberhasilan penulis. Serta keluarga tercinta yang juga selalu memberikaai semangat dan do'a.
7. Serta teman-taman sepe juangan, khususnya anggota suka-suka squad (Alia, Ani, Devi, Helen) yang selalu membantu dan mensport sehingga sampai di titik ini, teman-teman satu bimbingan (Fanny, Aprizon, Stiven/oten, Bagas) yang selalu mensupport sehingga sampai dititik ini.
8. Terima kasih kepada semua pihak yang terlibat dalam pembuatan laporan tugas akhir ini yang tidak dapat penelitisebutkan satu persatu.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tugas akhir ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu.

Bengkulu, 29 Agustus 2023

Widiya ayu putri

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
DAFTAR ISTILAH.....	xv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah.....	5
C. Tujuan studi khusus.....	5
D. Manfaat studi khusus.....	6
BAB II.....	7
TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. KONSEP TEORI RESIKO PERILAKU KEKERASAN.....	7
1. Definisi.....	7
2. Etiologi.....	8
3. Woc.....	10
4. Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan.....	11
5. Manifestasi klinis.....	11
6. Gejala pencetus respon Resiko perilaku kekerasan.....	12
7. Mekanisme koping.....	13
8. Pohon masalah.....	14
9. Komplikasi.....	15
10. penetalaksanaan.....	15
B. Konsep asuhan keperawatan.....	17
1. Pengkajian.....	17
2. Diagnosa keperawatan.....	25
3. Intervensi Keperawatan.....	26
C. Konsep komplementer terapi relaksasi otot progresif.....	31

BAB III	40
METODE PENELITIAN.....	40
A. Desain penelitian	40
B. Subjek peneliti.....	40
C. Konsep kerangka.....	41
D. Definisi operasional	41
E. Lokasi dan waktu penelitian	42
F. Tahapan Penelitian.....	43
G. Instrument penelitian dan metode pengumpulan data	44
H. Analisa data	44
I. Etika penelitian	45
BAB IV	46
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	46
A. Hasil Penelitian.....	46
1. Jalannya penelitian	46
2. Gambaran lokasi penelitian	47
3. Hasil studi kasus	47
B. Pembahasan.....	46
1. Pengkajian.....	65
2. Diagnosa keperawatan.....	76
3. Intervensi keperawatan.....	77
4. Implementasi keperawatan	78
5. Evaluasi keperawatan	80
BAB V.....	82
SIMPULAN DAN SARAN.....	82
A. Kesimpulan.....	82
B. Saran.....	905
DAFTAR PUSTAKA.....	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Gejala pencetus respon resiko perilaku kekerasan.....	12
Tabel 2.2	Analisa data.....	22
Tabel 2.3	Intervensi keperawata.....	25
Tabel 2.4	Standar operasional terapi rileksasi otot progresif.....	31
Tabel 2.5	State of the art (penelitian sebelumnya).....	36
Tabel 2.6	Definisi operasional.....	40
Tabel 4.1	Anamesa	47
Tabel 4.2	Pemeriksaan fisik.....	47
Tabel 4.3	Konsep diri	49
Tabel 4.4	Hubungan social.....	49
Tabel 4.5	Spiritual	50
Tabel 4.6	Status mental.....	50
Tabel 4.7	Persiapan pulang.....	51
Tabel 4.8	Mekanisme koping.....	51
Tabel 4.9	Masalah psikososial lingkungan	51
Tabel 4.10	Pengetahuan	52
Tabel 4.11	Penatalaksanaan terapi.....	52
Tabel 4.12	Pohon masalah.....	52
Tabel 4.13	Analisa data.....	53
Tabel 4.14	Intervensi	55
Tabel 4.15	Implementasi	56
Tabel 4,16	Evaliasi	63

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Woc.....	10
Bagan 2,2	Rentang respon.....	11
Bagan 2.3	Bagan pohonmasalah.....	14
Bagan 2.4	Kerangka konsep.....	40
Bagan 2.5	Tahap penelitian.....,,	42

DAFTAR SINGKATAN

RPK	Resiko perilaku kekerasan
WHO	<i>World helth organization</i>
WOC	Weighted opportunity cost
NIMH	National institute of mental health
APA	American psychiatric association
RSKJ	Rumah sakit khusus jiwa
SOP	Standar operasional prosedur
PPNI	Persatuan perawat nasional Indonesia
BAB	Buang air besar
BAK	Buang air kecil
SIKI	Standar intervensi keperawatan Indonesia
TTV	Tanda tanda vital
TD	Tekanan darah
S	Suhu
N	Nadi
P	Pernapasan

DAFTAR ISTILAH

Skizofrenia Bentuk gangguan jiwa yang sering di jumpai dan multifactorial, perkembangannya dipengaruhi oleh factor genetic dan biokimiawi serta di tandai dengan gejala positif dan negatif

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut World Health Organization (WHO) 2019, terdapat 20 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Data American Psychiatric Association (APA) tahun 2014 menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia. Penderita gangguan jiwa di Indonesia, berdasarkan data yang diperoleh dari Riset Kementerian Kesehatan (2018), di Indonesia yaitu Provinsi Bengkulu urutan ke 13 khusus terbanyak skizofrenia.

Skizofrenia adalah salah satu gangguan mental kronik yang dapat menyebabkan pikiran, persepsi, emosi, perilaku dan tingkah laku individu dapat mengarah ke resiko perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah suatu respon marah yang ekstrim atau ketakutan sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman secara fisik atau konsep diri, yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan merusak lingkungan (Pardede, 2019)

Berdasarkan Rumah Sakit Khusus Jiwa Seoprapto Provinsi Bengkulu didapatkan jumlah pasien rawat inap dan jalan dengan Skizofrenia berjumlah 1.494 jiwa. Dengan diangnosa resiko perilaku kekerasan 252 orang, dan data menunjukkan dalam tiga tahun terakhir disebut mengalami penurunan, di mana penderita resiko perilaku kekerasan pada tahun 2021 berjumlah 130 orang pada tahun 2022 berjumlah 64 orang dan pada tahun 2023 pada bulan 1 dan 2 berjumlah 58.

Pada seseorang yang mengalami Risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede,Siregar & Halawa,2020). Dampak dari perilaku

kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Pardede, Simanjuntak, & Laia 2020).

Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. (Pardede, Siregar & Halawa, 2020).

Westly (2010), mengatakan bahwa laki-laki lebih mudah marah atau tersinggung dimana sering disertai dengan kekacauan. Pada umumnya laki-laki cenderung lebih cepat marah dan agresif dibandingkan wanita. Sifat testoteron terhadap proses perkembangan otak bayi lelaki sejak masih dalam kandungan. Peneliti menyimpulkan bahwa jenis kelamin laki-laki berpotensi sisangat tinggi mengalami tanda gejala perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan berada pada usia antara 24-56 tahun. Usia tersebut masuk dalam kategori usia dewasa akhir menuju lansia awal (Reuve, Welton (2009)

Seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti intonasi suara keras, mengancam, ekspresi tegang, gaduh, gelisah, tidak bisa diam, bahkan sampai gembira berlebihan, hal ini diakibatkan karena kekacauan alam fikir (Makhruzah et al., 2021). Risiko mencederai merupakan suatu tindakan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, sehingga klien dengan perilaku kekerasan ini harus mendapatkan pengobatan dan perawatan untuk mengurangi perilaku kekerasan (Pardede et al., 2020).

Terapi yang dapat dilakukan pada pasien resiko perilaku kekerasan yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis dengan cara psikofarmakologi terapi dapat menggunakan obat anti psikotik generasi pertama (haloperidol, chlorpromazine), anti psikotik generasi dua (risperidone, olanzapine, quetiapine) Sedangkan mengatasi resiko perilaku kekerasan secara nonfarmakologi adalah terapi music, terapi *thought stopping*, terapi zhikir dan yang akan diterapkan tindakan terapi relaksasi otot progresif.

Perawat melaksanakan peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dimana memberikan terapi relaksasi otot progresif pada pasien perilaku kekerasan secara komverensif dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Perawat juga melakukan peran sebagai edukator atau pendidik, dalam hal ini, perawat membantu meningkatkan pengetahuan pasien. Peran sebagai peneliti dilakukan perawat yaitu mengumpulkan data tentang masalah perilaku kekerasan dan melakukan analisa data sesuai yang didapatkan sehingga merencanakan solusi atau intervensi dengan melakukan terapi relaksasi otot progresif pada pasien perilaku kekerasan. Keberhasilan perawat dalam melaksanakan perannya diharapkan dapat membantu pasien dalam mengatasi perilaku kekerasan, setelah diberikan asuhan keperawatan.

Relaksasi otot progresif adalah salah satu cara dari teknik relaksasi mengombinasikan latihan napas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot tertentu. Teknik relaksasi otot progresif memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Richard dan Sari, 2020).

Teknik relaksasi yang menghubungkan latihan nafas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot (Fira et al, 2021) manfaat

dari relaksasi otot progresif yaitu mengurangi masalah-masalah yang berhubungan dengan stress, mengatasi insomnia atau sulit tidur, mengurangi nyeri atau kram otot (Fitriani & Achmad, 2017). Teknik relaksasi otot progresif bisa dilakukan pertemuan sebanyak 1 kali sehari selama 1 minggu dalam rentang 7 sesi selama 5-10 menit .

Menurut hasil penelitian Destyany (2023) yang membuktikan bahwa relaksasi otot progresif terbukti efektif untuk mengontrol marah pasien resiko perilaku kekerasan Perubahan yang diakibatkan oleh relaksasi otot progresif yaitu dapat mengurangi ketegangan otot, menurunkan laju metabolisme, meningkatkan rasa kebugaran, dan konsentrasi, serta memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stressor yang dilakukan 1 kali sehari selama 3 hari dengan durasi setiap latihan 25-30 menit.

Rokhilah, R., & Aktifah, N. (2023, January) Mengemukakan terapi relaksasi otot progresif memberikan pengaruh terhadap penurunan tanda dan gejala pasien risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan hasil evaluasi hari terakhir kasus 1 sebanyak 2/14 tanda dan gejala dan kasus 2 sebanyak 1/14 tanda dan gejala, yang dilakukan 1 kali dalam 1 minggu. Perbedaan hasil evaluasi hari terakhir disebabkan karena perbedaan tingkat pendidikan dan lama pengobatan.

Hasil penelitian dari Anggit Madhani, A. (2021) Dari tindakan asuhan keperawatan jiwa dengan pasien resiko perilaku kekerasan dengan tambahan pemberian relaksasi otot progresif yang telah dilakukan 1 kali sehari selama 4 kali 1 sesi dapat mengurangi penurunan dalam mengontrol marah pada pasien.

Berdasarkan data wawancara yang dilakukan dengan perawat ruangan didapatkan bahwa sebelumnya ada penelitian melakukan terapi rileksasi otot progresif yang dilakukan dirumah sakit khusus jiwa soeprapto provinsi Bengkulu, hasil setelah melakukan terapi tersebut pasien bisa mengontrol marah dan memperbaiki kemampuan untuk

mengatasi stress dan terapi tersebut juga bisa dilakukan oleh pasien sendiri, karena mudah dilakukan.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “pengaruh pemberian terapi relaksasi otot progresif dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu pada Tahun 2023.”

B. Rumusan masalah

“Bagaimana Gambaran Penerapan terapi relaksasi otot progresif dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan (RPK) pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Jiwa Provinsi Bengkulu.

C. Tujuan studi khusus

1. Tujuan Umum

Diketahui Gambaran Penerapan pemberian terapi relaksasi otot progresif dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan (RPK) pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Khusus Jiwa Provinsi Bengkulu.

2. Tujuan Khusus

- a. Telah dilakukan pengkajian keperawatan pada pasien Resiko perilaku kekerasan.
- b. Telah dirumuskan diagnosa keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.
- c. Telah disusun intervensi keperawatan dengan masalah resiko perilaku kekerasan.
- d. Telah dilaksanakan tindakan keperawatan dengan masalah resiko perilaku kekerasan.
- e. Telah dilakukan evaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat studi khusus

1. Tempat penelitian

Studi kasus ini diharapkan dapat bermanfaat dan memberikan informasi tentang terapi rileksasi otot progresif pada pasien resiko perilaku kekerasan.

2. Institusi Pendidikan

Menambah referensi bagi mahasiswa dalam menentukan intervensi dan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

3. Penelitian lain

Memberikan informasi baru kepada peneliti selanjutnya dan dapat menambah wawasan pengetahuan sehingga akan bermanfaat untuk pengembangan pendidikan selanjutnya serta dapat dijadikan referensi peneliti berikut

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP TEORI RESIKO PERILAKU KEKERASAN

1. Definisi

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Pardede, Simanjuntak, & Laia 2020).

Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, mampu lingkungan (Pardede dan Laila, 2020).

Resiko perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang di tunjukan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa resiko perilaku kekerasan adalah perilaku amuk yang dapat membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar.

2. Etiologi

Penyebab dari perilaku kekerasan bukan hanya terdiri dari satu faktor tetapi termasuk juga faktor keluarga, media, teman, lingkungan, biologis. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan dampak seperti gangguan psikologis, merasa tidak aman, tertutup, kurang percaya diri, resiko bunuh diri, depresi, harga diri rendah, ketidakberdayaan, isolasi sosial (Putri, 2020 dalam Pangaribuan, 2022).

Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya skizofrenia meliputi biologis, psikologis, dan sosialkultural, dimana faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia adalah genetik, neuroanatomi, neurokimia, dan imunovirologi (Pardede, Keliat, & Yulia, 2015):

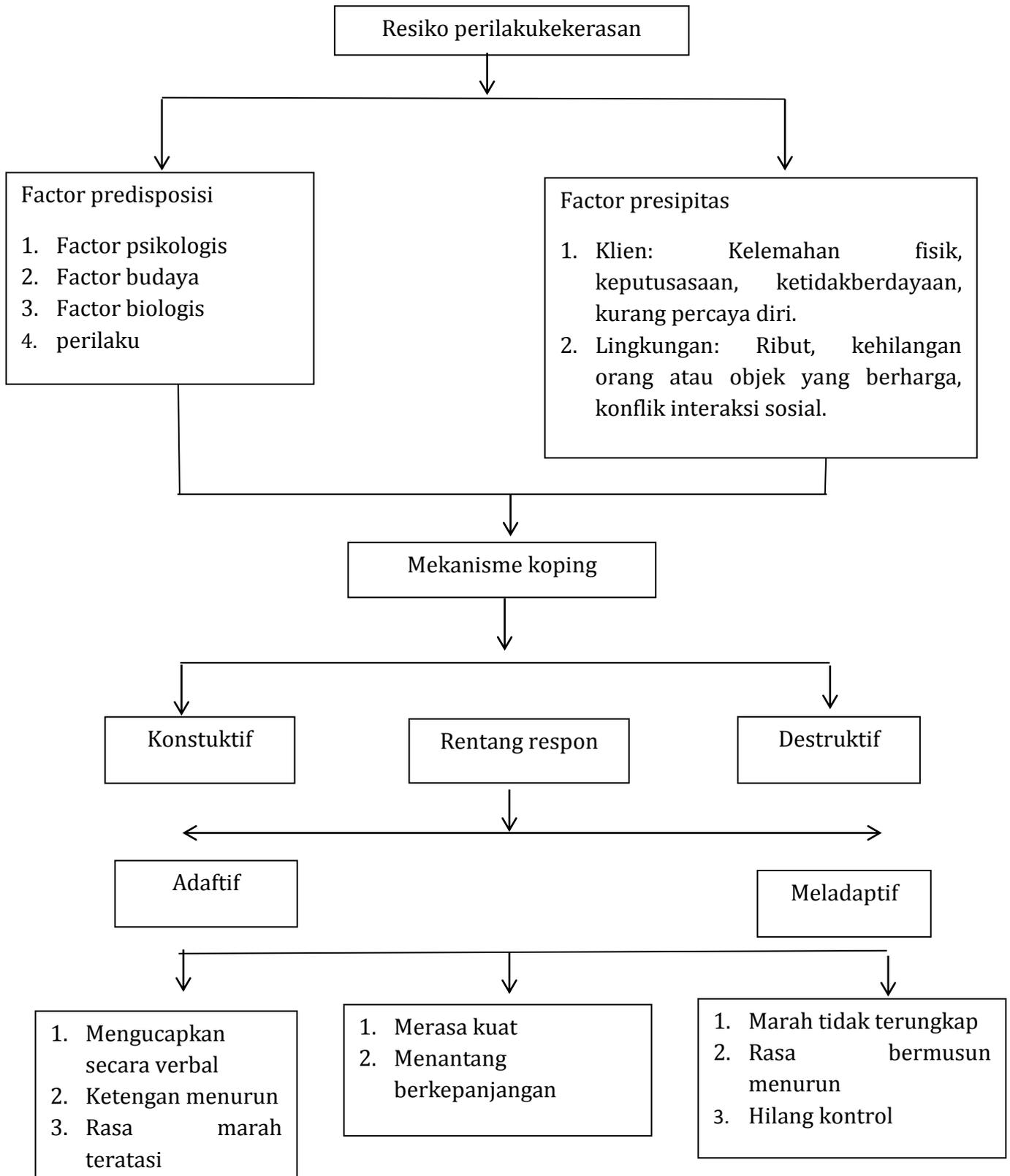
- 1) Psikologis Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian menyenangkan atau perasaan ditolak, dihina, dianiaya, atau sanksi penganiayaan.
- 2) Faktor Sosial Budaya
Sosial Learning Theory, ini merupakan bahwa agresif tidak berbeda dengan respon-respon yang lain, kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan.
- 3) Faktor biologis
Neurotransmitter yang sering dikaitkan perilaku agresif dimana faktor pendukungnya adalah masa kadankanak yang tidak menyenangkan, sering mengalami kegagalan, kehidupan yang penuh tindakan agresif dan lingkungan yang tidak kondusif.
- 4) Perilaku
Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan dan sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah, semua aspek inestimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

a. Faktor Presipitasi

Ketika seseorang merasa terancam terkadang tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Tetapi secara umum, seseorang akan mengerluarkan respon marah apabila merasa dirinya terancam. Faktor presipitasi bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yaitu (Susilawati, 2018 dalam Hulu, & Pardede 2022) :

- 1) Klien : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.
- 2) Lingkungan : Ribut, kehilangan orang atau objek berharga, konflik interaksi sosial

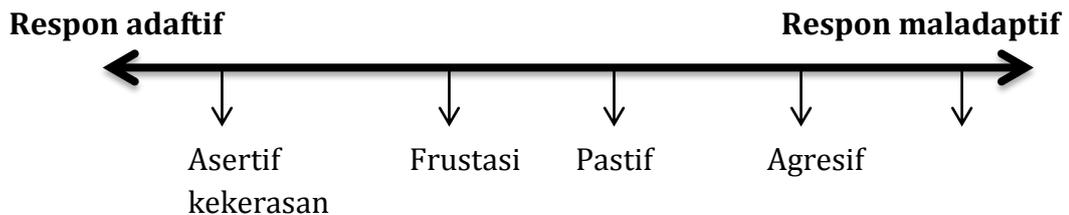
3. Woc



Sumber: (Rawlins, dalam yosep 2011)

4. Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan

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).



Bagan 2.2 rentang respon

Keterangan:

- a. Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.
- b. Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat (mulia, 2020)
- c. Pasif : Respon lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.
- d. Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.
- e. Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol (mulia, 2020)

5. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala seseorang yang mengalami perilaku kekerasan adalah sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, mata melotot/ pandangan tajam, gaduh, tidak bisadiam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira berlebih. Pada seseorang yang mengalami perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan

masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede dan Laila, 2020).

6. Gejala pencetus respon Resiko perilaku kekerasan

Tabel 2.1 gejala pencetus respon resiko perilaku kekerasan

Secara	Gejala
Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Nutrisi kurang. b. Kurang tidur. c. Ketidakseimbangan irama sirkadian. d. Kelelahan. e. Infeksi. f. Obat – obatan sistem syaraf pusat. g. Kurangnya latihan <p>Hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan</p>
Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> a. Lingkungan yang memusuhi, krisis b. Kesalahan di rumah tangga c. Kehilangan kebebasan hidup d. Perubahan kebiasaan hidup, pola aktifitas sehari-hari. e. Kesukaran dalam hubungan dengan orang lain f. Isolasi sosial g. Kurangnya dukungan sosial h. Tekanan kerja (keterampilan dalam bekerja) i. Kurangnya alat transportasi j. Tidak mampuan dalam mendapatkan pekerjaan
Sikap perilaku	<ul style="list-style-type: none"> a. Merasa tidak mampu (harga diri rendah). b. Putus asa (tidak percaya diri). c. Merasa gagal (kehilangan motivasi dalam menggunakan keterampilan diri). d. Kehilangan kendali diri (demoralisasi).

-
- e. Merasa mempunyai kekuatan yang berlebihan dengan gejala tersebut.
 - f. Merasa malang (tidak dapat memenuhi kebutuhan spiritual).
 - g. Bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan.
 - h. Rendahnya kemampuan sosialisasi.
 - i. Ketidakadekuatan pengobatan.
 - j. Perilaku agresif.
 - k. Perilaku kekerasan
- Ketidakadekuatan penanganan geja
-

7. Mekanisme koping

Menurut Prastya, & Arum (2017). Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksiformasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain:

- a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

- b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

c. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

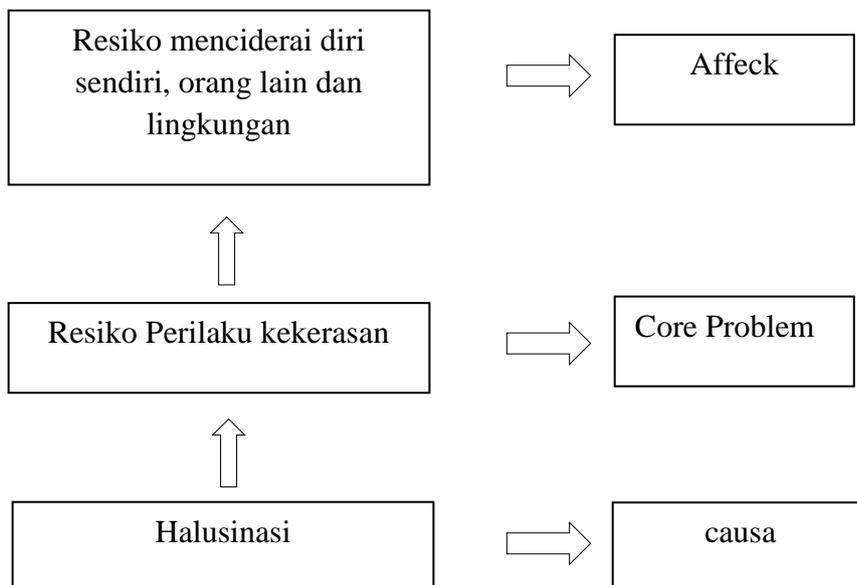
d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

8. Pohon masalah

Verdiana F. Nadek (2019), pohon masalah pada klien dengan perilaku kekerasan berikut:

Bagan2.3 pohon masalah



9. Komplikasi

Komplikasi yang di timbulkan perilaku kekerasan sebagai berikut:

- a. Depresi
- b. Datangnya pikiran kuat pengidap untk bunuh diri
- c. Kecenderungan tinggi untuk melakukan bunuh diri
- d. Malnutrisi
- e. Kehilangan kepedulian terhadap diri sendiri
- f. Perilau tidak wajar dan negatif yang berujung pada tindakan kriminal dan susila
- g. Ketidakmampuan diri untuk belajar atau melakukan pekerjaan
- h. Munculnya penyakit lain yang berhubungan erat dengan kesalahan gaya hidup yang tidak terkendali, seperti misalnya penyakit akibat merokok atau penyalahgunaan narkotika.

10. penetalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien perilaku kekerasan dengan cara :

1. farmakologis
 - a. Busporine, mengendalikan pasien yang mengalami depresi dan ansietas.
 - b. Antipsychotic, biasanya dipergunakan untuk perawatan perilaku agresi.
 - c. Antidepressans, bisa mengontrol perilaku marah yang dapat merusak lingkungan yang berkaitan dengan perubahan perasaan.
 - d. Antianxiety dan Sedativehipnotics, mengontrol marah yang agresif (Muhith, 2015).
2. Nonfarmakologi
 - a. Terapi Dzikir

Terapi dzikir merupakan upaya perlakuan yang mencakup aktivitas mengingat, menyebut nama, dan keagungan Allah SWT secara berulang, yang disertai kesadaran akan Allah SWT dengan tujuan untuk menyembuhkan keadaan patologis.

b. Terapi musik klasik

penggunaan musik sebagai alat terapis untuk memperbaiki, memelihara, mengembangkan mental, fisik dan kesehatan emosi.

c. Terapi Thought Stopping

Teknik Thought Stopping yang digunakan saat proses konseling untuk mengatasi pikiran yang negatif yang dapat membuat masalah dengan mengubah kepada pikiran yang netral, positif dan tegas

d. Terapi relaksasi otot progresif

Relaksasi otot progresif adalah salah satu cara dari teknik relaksasi mengombinasikan latihan napas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot tertentu, Teknik relaksasi otot progresif memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Richard dan Sari, 2020). Adapun SOP dari terpi relaksasi otot progresif:

1. Mulailah dengan menarik nafas dalam sebanyak 3 (tiga) kali dalam yaitu nafas lambat, menghirup melalui hidung dan melepaskan udara perlahan-lahan melalui mulut.
2. Anjurkan mengepalkan kedua telapak tangan, kencangkan otot lengan bawah. Bimbing pasien ke otot tegang, anjurkan memikirkan rasa dan ketegangan otot sepenuhnya. Lakukan selama 5-10 detik, Kemudian rileks.

3. Kerutkan dahi ke atas. Pada saat yang sama tekan kepala sejauh mungkin kebelakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya selama 5-10 detik. Kemudian rileks.
4. Kerutkan otot muka seperti cemberut, mata dipejamkan, dan bahu dibungkukan. Selama 5-10 detik. Kemudian rileks.
5. Lengkukan punggung ke belakang sambil tarik napas dalam, tahan, Kemudian rileks.
6. Tarik kaki dan ibu jari kebelakang mengarah ke muka, tahan. Kemudian relaks. Lipat ibu jari secara serentak, kencangkan betis, paha dan pantat. Selama 5-10 detik. Kemudian rileks.
7. Sekarang rasakan relaks di seluruh tubuh Anda. Rasakan perasaan ketegangan meninggalkan seluruh diri anda, dan anda merasa benar-benar rileks.

B. Konsep asuhan keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis dengan tujuan membuat penentuan tindakan keperawatan bagi individu, keluarga dan komunitas (Wulandari & Pardede 2022).

a. Identitas klien

Identitas ditulis lengkap meliputi nama, usia dalam tahun, alamat, pendidikan, agama, status perkawinan, pekerjaan, jenis kelamin, nomor rekam medis dan diagnosa medisnya.

b. Alasan masuk

Biasanya pasien mengalami gelisah, sering keluyuran, sering melamun, sering marah-marah, bicara kacau, bingung, klien sering berbicara sendiri, klien mendengar suara-suara, klien marah tanpa alasan

Mk : Halusinasi

c. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya pasien mengalami perubahan perilaku seperti sering mengancam, sering mengumat dengan kata-kata kasar , suara keras, berbicara ketus, perilaku agresif, kemungkinan menyerang orang lain, diri sendiri dan lingkungan.

Mk : Resiko Perilaku Kekerasan

d. Faktor predisposisi

Biasanya pasien mengalami gangguan jiwa yang mempunyai riwayat gangguan jiwa di masa lalu, di sebabkan oleh pengobatan yang terputus atau tidak selesai. Biasanya klien pernah di tolak dari lingkungan, tidak di hargai lingkungan, pernah mengalami kekerasan. Adanya trauma masa lalu, faktor genetik dan silsilah orang tuanya, dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan. Adanya stigma di masyarakat, rasa malu dan penyelaan dari lingkungan sosial yang di alami keluarga atau pasien.

Genetik biasanya di keluarga pasien sudah ada yang mengalami gangguan jiwa, merasa malu, stigma masyarakat yang menganggap keluarga tersebut adalah keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Mk : Harga Diri Rendah

e. Pemeriksaan fisik

TTV :

- a. TD: biasaya tekanan darah pasien di atas normal
- b. Suhu: biasanya suhu tubuh dalam batas normal
- c. Nadi : biasanya nadi pasien teraba cepat
- d. Pernafasan : biasanya pernafasan pasien cepat

Wajah :

- a. Inspeksi :
 - a) Mata tampak melotot
 - b) Biasanya mata pasien tampak kotor

- c) Pesein tampak menunduk saat di ajak berbicara
- d) Wajah tampak tegang

f. Psikososial dan spiritual

1.) Genogram

Genogram adalah peta atau riwayat keluarga yang menggunakan simbol-simbol khusus untuk menjelaskan hubungan, peristiwa penting, dan dinamika keluarga dalam beberapa generasi. Bayangkan genogram sebagai "pohon keluarga" yang sangat terperinci.

2.) Konsep diri

- a. Citra tubuh, biasanya pasien kurang percaya diri terhadap dirinya terutama pada bagian tubuhnya.

Mk : Harga Diri Rendah

- b. Identitas diri, biasanya pasien mengalami disorientasi diri, seperti pasien berjenis kelamin laki-laki tapi bertingkah seperti layaknya perempuan, seperti itu juga sebaliknya.

- c. Peran, biasanya pasien mengalami gangguan fungsi peran, yang tadinya sebagai kepala keluarga menjadi anggota keluarga biasa dikarenakan mengalami gangguan jiwa, yang mengakibatkan peran sebagai kepala keluarga teralihkan kepada istrinya.

Mk : Harga Diri Rendah

- d. Ideal diri, biasanya pasien beranggapan bahwa dirinya adalah seseorang yang sebenarnya bukan dirinya, seperti merasa dirinya adalah seorang pemimpin.

Mk : Waham / Delusi

- e. Harga diri, biasanya pasien mengisolasi diri dikarenakan lingkungan yang tidak menerimanya, dan mendapatkan pengucilan dari lingkungan.

Mk : Harga Diri Rendah, Isolasi Sosial

g. Hubungan sosial

Biasanya pasien mengalami gangguan dalam berhubungan sosial, misalnya mengalami hambatan dalam berperan serta di kegiatan kelompok masyarakat dan dengan orang lain. Klien biasanya tampak melamun, konsentrasi buruk, merasa ingin sendiri, merasa tidak aman di tempat umum, merasa berbeda dengan orang lain, menghindari berinteraksi dengan orang lain.

h. Spiritual

pasien mengalami gangguan spiritual, karena pasien tidak sesuai tatacara ibadah.

Mk: Waham / Delusi

i. Status mental

1. Penampilan

Biasanya pasien berpenampilan tidak rapi, terkadang menggunakan pakaian terbalik, kebersihan tubuh buruk, seperti adanya bau badan yang khas dan bagian mulut kotor, biasanya memiliki sikap tubuh yang tidak bersemangat, menunjukkan ekspresi wajah yang bermusuhan, melotot, dan wajah memerah. Kontak mata tidak fokus, seperti saat di ajak berbicara selalu menunduk.

Mk : Harga Diri Rendah, Perilaku Kekerasan

2. Pembicaraan

Biasanya pasien mengalami pola berbicara tidak teratur. Seperti saat ditanya pasien gugup dan bingung, serta lambat merespon pertanyaan yang di berikan, suara keras bicara ketus.

Mk: Resiko Perilaku Kekerasan

3. Aktivitas motorik (spikomotor)

Biasanya pasien memiliki gangguan dalam aktivitas motorik, seperti saat diminta untuk melakukan sesuatu pasien enggan untuk melakukannya. Saat di ajak berbicara pasien menunjukkan

isyarat tubuh yang tidak wajar seperti melakukan pergerakan tangan tidak semestinya.

4. Afek dan emosi

Biasanya afek tajam. Biasanya pasien tidak nyaman saat di ajak berbicara. Biasanya pasien mengalami emosi yang labil.

Mk: Resiko Perilaku Kekerasan, Isolasi Sosial.

5. Interaksi selama wawancara

Biasanya pasien tidak kooperatif, serta kontak mata kurang, dan menunduk hingga menatap dengan pandangan kosong.

6. Persepsi sensori

Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, penglihatan, atau pengecepan, dan menyatakan kesal

Mk : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

7. Proses fikir

Biasanya mengungkapkan isi waham, merasa sulit berkonsentrasi, merasa khawatir, isi pikir tidak sesuai realita.

Mk: Waham / Delusi

8. Tingkat kesadaran

Biasanyanya pasien sadar dimana tempat dia berada saat ini, waktu, dan orang-orang di sekitarnya

9. Orientasi

Biasanya pasien mengalami disorientasi waktu, tempat, orang dan situasi.

10. Memori

Biasanya pasien mengalami ganggaun memori, seperti menyebutkan nama tidak sesuai identitas aslinya.

11. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya konsentrasi pasien buruk. Saat di tanyakan jumlah benda yang di tunjukkan pasien menjawab tidak sesuai dengan pertanyaan.

12. Kemampuan penilaian

a. Daya tilik diri

Biasanya pasien mempunyai korelasi (hubungan timbal balik) positif yang kuat dengan kepatuhan minum obat.

b. Kebutuhan persiapan pulang

Biasanya pasien melakukan kebutuhan sehari-hari seperti makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian dengan mandiri. Namun saat mengonsumsi obat pasien harus di dampingi karena pasien biasanya enggan minum obat.

c. Biasanya pasien mempunyai mekanisme koping maladaptif dalam menyelesaikan permasalahan, pasien suka merenung, dan pada beberapa waktu pasien suka marah tidak jelas ketika suara-suara yang mengganggu tersebut muncul.

MK: Gangguan persepsi sensori : Halusinasi

d. Masalah psikososial dan lingkungan

Setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikologis atau social yang memberikan pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa atau gangguan kesehatan secara nyata atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial. Biasanya pasien memiliki perasaan curiga yang berlebihan

13. Pengaruh kurang pengetahuan

Suatu keadaan dimana seorang individu atau kelompok mengalami defisiensi pengetahuan kognitif atau ketrampilan-ketrampilan psikomotor berkenaan dengan kondisi atau rencana pengobatan.

14. Analisa data

Tabel 2.2 analisa data

No	Data	Masalah
1	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Suara kerasb. mengalami pola berbicara tidak teratur <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Bicarakan dengan kata-kata kasarb. suara perilaku agresifc. kemungkinan menyerang orang lain, diri sendiri dan lingkungand. biasanya tekanan darah pasien di atas normale. biasanya suhu tubuh dalam batas normalf. biasanya nadi pasien terabcepatg. biasanya pernafasan pasien cepat <p>Biasanya pasien tidak nyaman saat di ajak berbicara. Biasanya pasien mengalami emosi yang labila</p>	<p>Resiko perilaku kekerasan</p>
2.	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Biasanya pasien pernah di tolak di lingkunganb. Merasa ingin sendiric. Merasa tidak aman di tempat umum.d. Merasa asik dengan fikiran sendiri	<p>Gangguan persepsi sensori halusinasi</p>

-
- e. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas.

Objektif :

- a. Distorsi sensor
- b. Respons tidak sesuai
- c. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu
- d. Melamun
- e. Melihat kesatu arah
- f. Mondar-mandir
Bicara sendiri

3. Subjektif :

Isolasi social

- a. Biasanya pasien pernah di tolak di lingkungan
- b. Merasa ingin sendiri
- c. Merasa tidak aman di tempat umum
- d. Merasa asik dengan fikiran sendiri
- e. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas

Data Objektif :

- a. Tidak berminat atau menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan
 - b. Riwayat di tolak
 - c. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain
 - d. Kondisi divabel
-

e. Tidak ada kontak mata

2. Diagnosa keperawatan

a. Masalah utama:

1. Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan mencederai diri sendiri.
2. Gangguan persepsi sensori halusinasi berhubungan dengan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang kurang.
3. Isolasi social berhubungan dengan ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat dan terbuka dengan orang lain.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi Keperawatan
1	Resiko perilaku kekerasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitarmenurun 6. Perilaku agresif/amuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Bicara ketus menurun 	<p>Intervensi utama (manajemen pengendalian marah)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan b. Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan c. Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif d. Monitor kemajuan dengan membuat grafik, jika perlu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan b. Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif c. Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. Menggunakan senjata) d. Cegah aktivitas pemicu agresi (mis. Meninju tas, modar-mandir, berolahraga)

berlebihan)

- e. Lakukan kontrol eksternal (mis. Pengekangan time-out, dan, seklusi), jika perlu
- f. Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif
- g. Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah

Edukasi

- a. Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respon marah
- b. Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat
- c. Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptif
- d. Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. Latihan, asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas dan penyaluran energi).

Intervensi Pendukung (Terapi Relaksasi Otot Progresif)

Observasi

- 1. Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman
 - 2. Monitor secara berkala
-

untuk memastikan otot rileks

3. Monitor adanya indikator tidak rileks

Terapeutik

1. Atur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi
2. Berikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman
3. Hentikan sesi relaksasi secara bertahap
4. Beri waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi

Edukasi

1. Anjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit
 2. Anjurkan melakukan relaksasi otot rahang
 3. Anjurkan menegangkan otot selama 5 – 10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20 – 30 detik, masing – masing 8 – 16 kali
 4. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak
-

			lebih dari 5 detik untuk menghindari kram
			5. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang
			6. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang rilek
			7. Anjurkan bernapas dalam dan perlahan
			8. Anjurkan berlatih di antara sesi reguler dengan perawat
			Kolaborasi
			a. Kolaborasi pemberian obat, jika perlu
2.	Gangguan persepsi sensori halusinasi	1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra prabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecepan menurun 6. Perilaku halusinasi menurun 7. Melamun menurun	Intervensi utama (manajemen halusinasi) Observasi a. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinas b. Motivasi dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan c. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik a. Pertahankan lingkungan yang aman b. Lakukan tindakan keselamatan

	Mondar-mandir menurun	ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatas wilayah, pengekangan fisik, seklusi) c. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi
		Edukasi a. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi b. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) c. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
		Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik, jika perlu
3.	Isolasi social	<p>1. Minat interaksi meningkat</p> <p>2. Minat terhadap aktivitas meningkat</p> <p>3. Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun</p> <p>4. Perilaku menarik diri menurun</p> <p>5. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun</p> <p>6. Afek murung/sedih menurun</p>
		<p>Intervensi utama (promosi sosialisasi)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>b. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan</p>

-
- b. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok
 - c. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri

Edukasi

- a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
- b. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan
- c. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain
- d. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus

Intervensi Menurut SIKI (standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
Edisi 1

C. Konsep komplementer terapi relaksasi otot progresif

1. Definisi

Relaksasi otot progresif adalah salah satu cara dari teknik relaksasi mengombinasikan latihan napas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot tertentu, Teknik relaksasi otot progresif memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Richard dan Sari, 2020).

2. Tujuan

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, dan laju metabolik.
- b. Mengurangi distritmia jantung, kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokus perhatian seperti rileks.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres.
- f. Membangun emosi dari emosi negative

3. Manfaat

Relaksasi progresif memberikan hasil yang memuaskan dalam program terapi terhadap ketegangan otot, menurunkan ansietas, memfalisitasi tidur, depresi, mengurangi kelelahan, kram otot, nyeri pada leher dan punggung, menurunkan tekanan darah tinggi, fobia ringan serta meningkatkan konsentrasi. Target yang tepat dan jelas dalam memberikan relaksasi progresif pada keadaan yang memiliki respon ketegangan otot yang cukup tinggi dan membuat tidak nyaman sehingga dapat mengganggu kegiatan sehari-hari.

4. Standar operasional prosedur (SOP) Resiko perilaku kekerasan

Tabel 2.4 Standar operasional prosedur (SOP)

No	Prosedur
1.	Tahap pre- interaksi
1.	Lingkungan
a.	Menciptakan lingkungan yang nyaman
b.	Menjanga privasi pasien
2.	Tahap orientasi
a.	Memberikan salam terapeutik
b.	Memperkenalkan diri
c.	Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada pasien

-
- d. Menanyakan keluhan pasien sebelum kegiatan dilakukan
 - e. Mengatur posisi pasien

3. Tahap kerja

- a. Menjaga privasi
- b. Mulailah dengan menarik nafas dalam sebanyak 3 (tiga) kali dalam yaitu nafas lambat, menghirup melalui hidung dan melepaskan udara perlahan-lahan melalui mulut.
- c. Anjurkan mengepalkan kedua telapak tangan, kencangkan otot lengan bawah. Bimbing pasien ke otot tegang, anjurkan memikirkan rasa dan ketegangan otot sepenuhnya. Lakukan selama 5-10 detik, Kemudian rileks.



- d. Kerutkan dahi ke atas. Pada saat yang sama tekan kepala sejauh mungkin kebelakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya selama 5-10 detik. Kemudian rileks.
-



- e. Kerutkan otot muka seperti cemberut, mata dipejamkan, dan bahu dibungkukan. Selama 5-10 detik. Kemudian rileks.



- f. Lengkukan punggung ke belakang sambil tarik napas dalam, tahan, Kemudian rileks.
-



- g. Tarik kaki dan ibu jari ke belakang mengarah ke muka, tahan. Kemudian relaks. Lipat ibu jari secara serentak, kencangkan betis, paha dan pantat. Selama 5-10 detik. Kemudian rileks





h. Sekarang rasakan relaks di seluruh tubuh Anda. Rasakan perasaan ketegangan meninggalkan seluruh diri anda, dan anda merasa benar-benar rileks

4. Terminasi

- a. Evaluasi hasil kegiatan
- b. Kontrakpetemuan selanjutnya
- c. Akhiri kegiatan/ berpamitan dengan pasien
- d. Mencuci tangan

5. Dokumentasi

Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

5. State of the art (penelitian sebelumnya

Tabel 2.5 state of the art

No	Judul penelitian	Nama peneliti	Metode penelitian	Hasil penelitian
1.	penerapan relaksasi otot progresif terhadap tanda dan gejala pasien risiko perilaku kekerasan di rsj daerah provinsi lampung	Destyany, N. M. M., Fitri, N. L., & Hasanah, U. (2023).	Alat yang digunakan dalam pengumpulan data pada intervensi karya tulis ilmiah ini yaitu lembar observasi yang berisikan tanda gejala resiko perilaku kekerasan sesuai kajian teori. Pengisian lembar observasi dilakukan dengan memberikan tanda ceklist (√)	Diketahui bahwa sebelum dilakukan penerapan relaksasi otot progresif pada subyek I ditemukan 5 (35,7%), pada hari terakhir tersisa 2 (14,3%) tanda gejala resiko perilaku kekerasan. Sedangkan pada subyek II, tanda gejala sebelum dilakukan penerapan yaitu 5 (35,7%) tanda gejala dan pada hari terakhir penerapan didapatkan 1 (7,1%) tanda gejala resiko perilaku kekerasan
2.	Penerapan Relaksasi Otot Progresif Terhadap Tanda dan Gejala Pasien Resiko Perilaku Kekerasan.	Rokhilah, R., & Aktifah, N. (2023, January).	Metode yang digunakan sama yaitu pre-post test design. Konsep yang diaplikasikan penelitian terdahulu yaitu terapi relaksasi otot progresif diberikan dalam beberapa hari dengan sebelum dan sesudah dilakukan terapi relaksasi otot progresif dicatat tanda dan gejala	Terapi relaksasi otot progresif memberikan pengaruh terhadap penurunan tanda dan gejala pasien resiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan hasil evaluasi hari terakhir kasus 1 (Tn. I) sebanyak 2/14 tanda dan gejala dan kasus 2 (Tn. S) sebanyak 1/14 tanda dan gejala. Perbedaan

		yang muncul dalam satu kelompok. Pengambilan hasil dalam satu kelompok secara bersamaan akan membuat hasil menjadi rancu sehingga hal ini membuat peneliti selanjutnya akan menerapkan konsep satu kali terapi dengan satu responden dengan jumlah total dua responden.	hasil evaluasi hari terakhir disebabkan karena perbedaan tingkat pendidikan dan lama pengobatan. Saran untuk eksperimen di masa mendatang adalah untuk karakteristik responden sama dengan harapan hasil evaluasi hari terakhir sama	
3	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).	Anggit Madhani, A. (2021)	Metode penelitian menggunakan pendekatan studi kasus. Subjek yang akan digunakan dalam studi kasus adalah satu orang pasien dengan resiko perilaku kekesan di Rumah Sakit Jiwa Daerah dr.Arif Zainudin Surakarta. Fokus utama dalam studi kasus ini adalah mengontrol perilaku kekerasan pada pasien resiko perilaku kekerasan.	Dari tindakan asuhan keperawatan jiwa dengan pasien resiko perilaku kekerasan dengan tambahan pemberian relaksasi otot progresif yang telah dilakukan selama 4 kali 1 sesi dapat dilihat penurunan dalam mengontrol marah pasien.

Tempat untuk pengambilan studi kasus individu ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Daerah dr.Arif Zainudin Surakarta. Waktu pelaksanaan akan dimulai dari tanggal 17 Februari 2020-29 Februari 2020. Pengumpulan data menggunakan Wawancara, Observasi dan Studi Dokumentasi.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan jiwa dengan masalah resiko perilaku kekerasan di RSKJ Pendekatan proses keperawatan dengan mengikuti langkah-langkah pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

B. Subjek peneliti

Subjek dalam studi kasus adalah 1 orang pasien yang di diagnosa resiko perilaku kekerasan dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

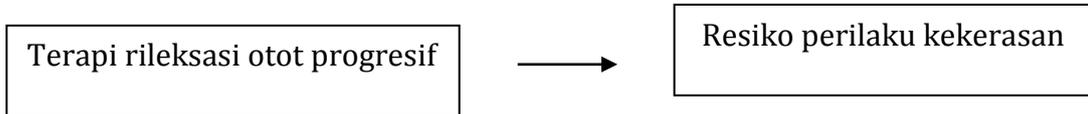
1. Kriteria Inklusi
 - a. Pasien laki-laki
 - b. Pasien bersedia menjadi responden
 - c. Pasien berusia 24-56 tahun
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Pasien tidak bisa menyelesaikan terapi sampai akhir

C. Konsep kerangka

Bagan 2.4 konsep kerangka

Independen

Dependen



D. Definisi operasional

Tabel 2.6 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur
1	Resiko perilaku kekerasan	Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku amuk yang dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar.	Pedoman wawancara dan lembar observasi	Wawancara dan observasi	Manajemen pengendalian marah
2	Terapi rileksasi otot progresif	Relaksasi otot progresif merupakan tindakan terapi yang dapat diberikan pada pasien resiko perilaku kekerasan bertujuan untuk menurunkan ketangangan otot, kecemasan, mengurangidistritmia jantung, kebutuhan oksigen, meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi, memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres.	Sop	Lembar ceklis	Mengontrol marah

E. Lokasi dan waktu penelitian

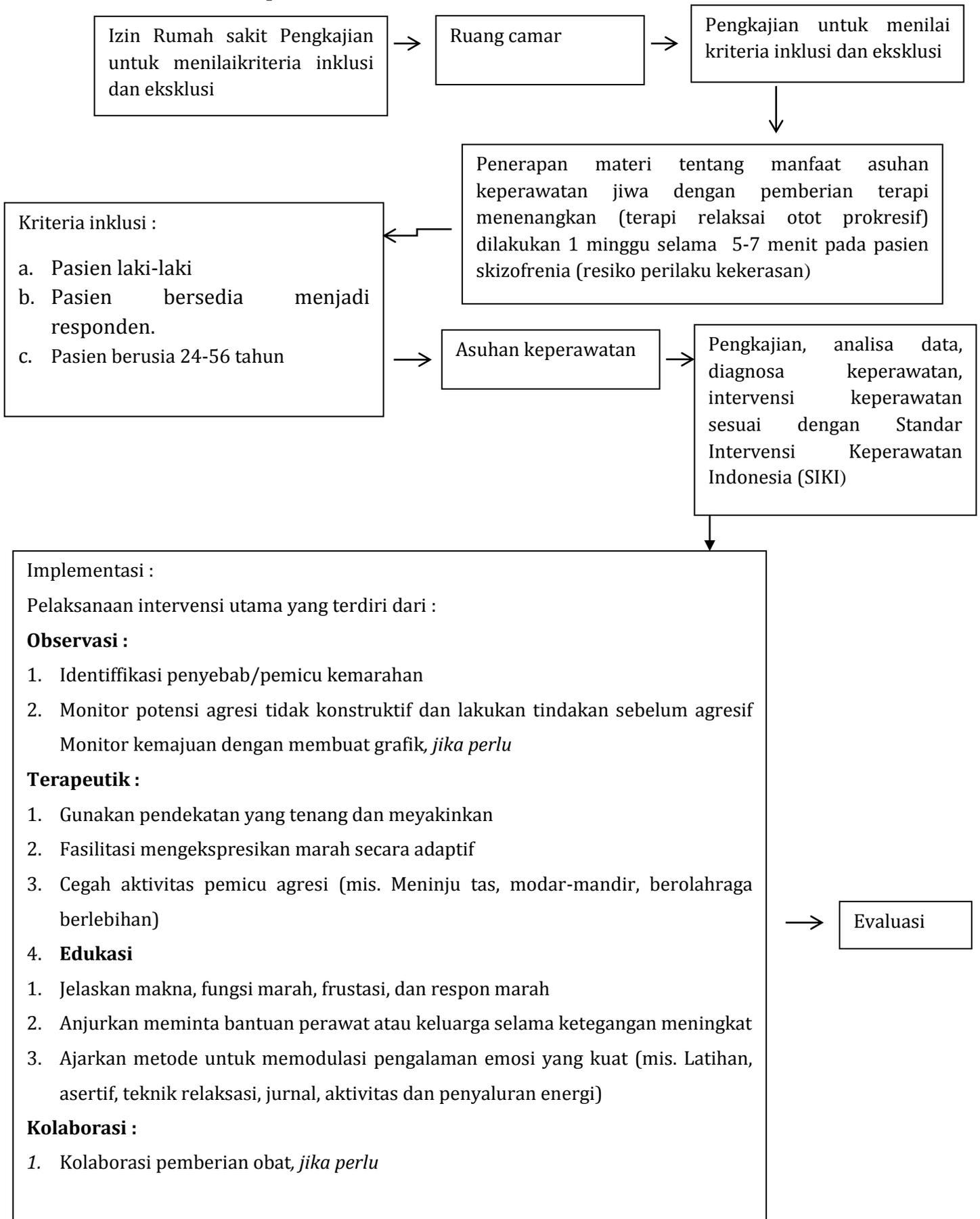
1. Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu.

2. Waktu

Penelitian ini dilakukan pada 30 Juli sampai dengan 7 Agustus 2023 (1 Minggu) .

F. Tahapan Penelitian



G. Instrument penelitian dan metode pengumpulan data

1. Instrumen yang digunakan dalam penelitian adalah

a. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada keluarga dan pasien dengan mengisi format pengkajian yang mana akan didapatkan data responden meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, faktor predisposisi, psikososial, dan lain-lain.

b. Observasi.

Disini peneliti mengamati perubahan psikologis responden dengan memperhatikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan.

c. Studi dokumentasi

Peneliti menggunakan studi dokumentasi dengan melihat evaluasi hasil keperawatan.

2. Alat pengumpulan data

a. Format pengkajian asuhan keperawatan jiwa untuk mendapatkan data pasien

b. Lembar observasi untuk mendokumentasikan respon fisik dan psikologis pasien

c. Nursing kids, yang digunakan untuk mengukur tanda-tanda vital pasien

H. Analisa data

Analisis data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien.

I. Etika penelitian

Menurut Hidayat (2014), etika penelitian diperlukan untuk menghindari

terjadinya tindakan yang tidak etis dalam melakukan penelitian, maka dilakukan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Lembar Persetujuan (Informed consent)

Lembar persetujuan berisi penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan, tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang diperoleh responden, dan resiko yang mungkin terjadi. Pernyataan dalam lembar persetujuan jelas dan mudah dipahami sehingga responden tahu bagaimana penelitian ini dijalankan. Untuk responden yang bersedia maka mengisi dan menandatangani lembar persetujuan secara sukarela.

2. Anonimitas

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut hanya diberi kode.

3. Confidentiality (Kerahasiaan)

Confidentiality yaitu tidak akan menginformasikan data dan hasil penelitian berdasarkan data individual, namun data dilaporkan berdasarkan kelompok.

4. Sukarela

Peneliti bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan atau tekanan secara langsung maupun tidak langsung dari peneliti kepada calon responden atau sampel yang akan diteliti.