

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)

2.1.1 Definisi

Risiko perilaku kekerasan atau *agresif* adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol (Yosep, 2017).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai amuk dan gaduh gelisah yang tak terkontrol (Farida & Yudi, 2018).

2.1.2 Penyebab

Faktor-faktor yang menyebabkan perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa antara lain

2.1.2.1. Faktor Predisposisi

a. Faktor psikologis

- 1) Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan.
- 2) Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan.
- 3) Rasa frustrasi.
- 4) Adanya kekerasan dalam rumah, keluarga, atau lingkungan.
- 5) Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat

memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya.

6) Teori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologik.

b. Faktor sosial budaya

Seseorang akan berespons terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respons yang dipelajarinya. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima. Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaiannya masalah perilaku kekerasan merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

c. Faktor biologis

Berdasarkan hasil penelitian pada hewan, adanya stimulus elektrik ringan pada hipotalamus (pada sistem limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif, dimana jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk interpretasi indra penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi, dan hendak menyerang objek yang ada di sekitarnya.

Selain itu berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.
- 2) Pengaruh biokimia, menurut Goldstein dalam Townsend (1996) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epinefrin, norepinefrin, dopamine, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon androgen dan norepinefrin serta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada cairan serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.
- 3) Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XYY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara tindak kriminal (narapidana).
- 4) Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal) trauma otak, apenyakit ensefalitis, epilepsi (epilepsi lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

d. Faktor Presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injury secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1) Klien

Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.

2) Interaksi

Penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.

3) Lingkungan Panas, padat, dan bising.

Menurut Shives (1998) dalam Fitria (2019), hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan antara lain sebagai berikut:

- a) Kesulitan kondisi sosial ekonomi.
- b) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu.
- c) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai orang yang dewasa.
- d) Pelaku mungkin mempunyai riwayat antisosial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- e) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang terjadi pada perilaku kekerasan terdiri dari :

a. Fisik

Mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

- b. Verbal
Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus.
- c. Perilaku
Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.
- d. Emosi
Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.
- e. Intelektual
Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.
- f. Spiritual
Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.
- g. Sosial
Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan sindiran.
- h. Perhatian
Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual

2.1.4 Akibat Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Townsend, perilaku kekerasan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan, baik diri sendiri maupun orang lain.

2.1.5 Karakteristik Perilaku

Seseorang dapat mengalami perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain dapat menunjukkan perilaku (Kartikasari, 2015: hal 140):

Data Subyektif :

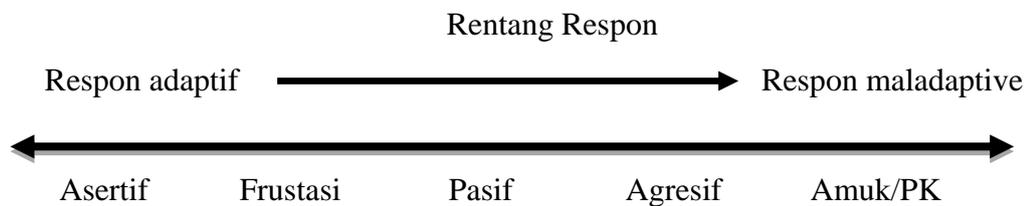
- a. Mengungkapkan mendengar atau melihat obyek yang mengancam
- b. Mengungkapkan perasaan takut, cemas dan khawatir

Data Obyektif :

- a. Wajah tegang merah
- b. Mondar mandir
- c. Mata melotot, rahang mengatup
- d. Tangan mengepal
- e. Keluar banyak keringat
- f. Mata merah
- g. Tatapan mata tajam

2.1.6 Rentang Respon

Perilaku atau respon kemarahan dapat berflutuatif dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Rentang respon marah menurut (fitria, 2020) dimana amuk dan agresif pada rentang maladaptif, seperti gambar berikut



Keterangan :

Asertif : kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain

Frustrasi : kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistik/
terhambat

Pasif : respon lanjutan dimana klien tidak mampu
mengungkapkan perasaannya

Agresif : perilaku destruktif tapi masih terkontrol

Amuk : perilaku destruktif dan tidak terkontrol

2.1.7 Pathway



Sumber : (Keliat.2018)

2.1.8 Penatalaksanaan

2.1.8.1 Penatalaksanaan Medis

- a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososis.
- b. Haloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan perilaku merusak diri.
- c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.
- d. ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk.

2.1.8.2 Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Psikoterapeutik
- b. Lingkungan terapeutik
- c. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)
- d. Pendidikan kesehatan

2.1.9 Strategi Pelaksanaan

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan

SP Pasien

SP 1

- a. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan dan akibat perilaku kekerasan
- b. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan : fisik, obat, verbal dan spiritual
- c. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam dan meumukul kasur dan bantal
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik

SP 2

- a. Evaluasi kegiatan latihan fisik, berikan pujian

- b. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (6 benar, obat, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat, akibat jika tidak meminum obat sesuai program, akibat putus obat).
- c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat

SP 3

- a. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, serta beri pujian
- b. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (3 cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)
- c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal

SP 4

- a. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal, beri pujian
- b. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual (2 kegiatan)
- c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal

SP 5

- a. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal, spiritual. Beri pujian
- b. Nilai kemampuan yang telah mandiri
- c. Nilai apakah perilaku kekerasan terkontrol

SP Keluarga

SP 1

- a. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
- b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan (gunakan booklet)
- c. Jelaskan cara merawat pasien perilaku kekerasan

- d. Latih satu cara merawat pasien dengan melakukan kegiatan fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasus
- e. Anjurkan untuk membantu sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian

SP 2

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien cara fisik, beri pujian
- b. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat
- c. Latih cara memberikan atau membimbing minum obat
- d. Anjurkan membantu sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian

SP 3

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien fisik 1 dan 2 dan memberikan obat, berikan pujian
- b. Latih keluarga cara membimbing: cara berbicara yang baik
- c. Latih keluarga cara membimbing kegiatan spiritual

SP 4

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien fisik 1 dan 2 dan memberikan obat, berikan pujian dan kegiatan spiritual. Beri pujian
- b. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh dan rujukan
- c. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian

SP 5

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien fisik 1 dan 2 dan memberikan obat, berikan pujian kegiatan spiritual dan follow up. Beri pujian.
- b. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien
- c. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ atau PKM

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan

2.2.1. Pengkajian

Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini:

- a. Muka merah dan tegang
- b. Pandangan tajam
- c. Mengarupkan rahang dengan kuat
- d. Mengepalkan tangan
- e. Jalan mondar-mandir
- f. Bicara kasar
- g. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- h. Mengancam secara verbal atau fisik
- i. Melempar atau memukul benda /orang lain
- j. Merusak barang atau benda
- k. Tidak mempunyai kemampuan untuk mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan yang dialami baik secara aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk dapat menguraikan berbagai respon klien baik individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem), dan indikator diagnostik yang terdiri atas penyebab (etiologi), tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*), serta faktor resiko. Terdapat dua metode perumusan diagnosis keperawatan yaitu penulisan tiga bagian yang dilakukan pada diagnosis aktual yang terdiri atas masalah, penyebab, dan tanda/gejala ,dan penulisan dua bagian yang dilakukan pada diagnosis resiko dan diagnosis promosi

kesehatan (PPNI, 2016). Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada masalah adalah *Risiko Perilaku Kekerasan*.

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018). Intervensi unggulan yang digunakan untuk pasien dengan *Risiko Perilaku Kekerasan* berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah seperti tabel berikut:

Tabel 2.1. Intervensi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
<p>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</p> <p>Definisi : Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain</p> <p>Faktor Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemikiran waham/delusi - Curiga pada orang lain - Halusinasi - Berencana bunuh diri - Disfungsi system keluarga - Kerusakan kognitif - Disorientasi atau konfusi - Kerusakan control impuls - Persepsi pada 	<p>Kontrol Diri (L.09076)</p> <p>Definisi : Kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran, dan perilaku menghadapi masalah.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun - Perilaku menyerang menurun - Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun - Perilaku agresif/amuk menurun - Alam perasaan depresi menurun 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (1.14544)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan - Monitor keamanan barang yang dibawa pengunjung - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin - Libatkan keluarga dalam perawatan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk

<p>lingkungan tidak akurat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alam perasaan depresi - Riwayat kekerasan pada hewan - Kelainan neurologis - Lingkungan tidak teratur - Penganiayaan atau pengabaian anak - Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain - Impulsif - Ilusi <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penganiayaan fisik, <i>psikologis</i> atau seksual 2. Sindrom otak organik 3. Gangguan perilaku 4. <i>Oppositional defiant disorder</i> 5. Depresi 6. Serangan panic 7. Gangguan <i>Tourette</i> 8. Delirium 9. Demensia 10. Gangguan amnestik 11. Halusinasi 12. Upaya bunuh 		<p>mendukung keselamatan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif - Latihan mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. Relaksasi, bercerita)
--	--	--

diri 13. Abnormalitas neurotransmitter otak		
--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pada proses keperawatan, implementasi merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi atau program keperawatan. Perawat melaksanakan atau *mendelegasikan* tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan *respons* klien terhadap tindakan tersebut. (Pamela, 2021)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Penilaian terakhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya:

S : Respon subjektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P : perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

2.3. Konsep Relaksasi Napas Dalam

2.3.1. Definisi

Latihan napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan pursed lip breathing (Lusianah dkk, 2012).

Relaksasi nafas dalam adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian dan memberikan efek ketenangan (Setyoadi dkk, 2011).

2.3.2. Manfaat

Relaksasi nafas dalam bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik atau pun stress emosional sehingga dapat menurunkan intensitas atau skala nyeri dan menurunkan kecemasan yang dirasakan seseorang.

Manfaat yang ditimbulkan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah mampu menurunkan atau menghilangkan rasa nyeri, meningkatkan ketentraman hati, dan berkurangnya rasa cemas (Smeltzer & Bare, 2013).

Teknik relaksasi nafas dalam juga memiliki berbagai manfaat seperti dapat menyebabkan penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera, dan periode kewaspadaan yang santai (Potter & Perry, 2010).

2.3.3. Mekanisme Kerja

Slow deep breathing secara teratur akan meningkatkan sensitivitas baroreseptor dan mengeluarkan neurotransmitter endorphin sehingga mengstimulasi respons saraf otonom yang berpengaruh dalam menghambat pusat simpatis (meningkatkan aktivitas tubuh) dan merangsang aktivitas parasimpatis (menurunkan aktivitas tubuh atau relaksasi). Apabila kondisi ini terjadi secara teratur akan mengaktivasi cardiovascular control center (CCC) yang akan menyebabkan penurunan heart rate, stroke volume, sehingga menurunkan cardiac output, proses ini memberikan efek menurunkan tekanan darah Johan.

Proses fisiologi terapi nafas dalam (*deep breathing*) akan merespons meningkatkan aktivitas *baroreseptor* dan dapat mengurangi aktivitas keluarnya saraf simpatis dan terjadinya penurunan kontraktilitas, kekuatan pada setiap denyutan menjadi berkurang, sehingga menyebabkan volume sekuncup jadi berkurang, dan terjadi penurunan curah jantung lalu hasil akhirnya yaitu menurunkan tekanan darah sehingga mengurangi kecemasan (Muttaqin, 2009 dalam Khayati et al, 2019).

2.4. Analisis Jurnal Terkait

Tabel. 2.2 Analisis Jurnal Terkait

No.	Judul Jurnal	Metodologi	Hasil	Aplikasi
1.	<i>The Influence of Deep Breathing Relaxation Techniques on Angry Behavior of Schizophrenia Patients in UPTD RSJ Bali Province</i>	Metode Penelitian : Penelitian ini merupakan penelitian <i>pra eksperimental</i> . Rancangan menggunakan <i>One group Pra test-posttest Design</i> . Penelitian dilakukan di Ruang Tenang	Karakteristik : Mayoritas pasien adalah penderita gangguan jiwa yang mengalami Risiko Perilaku Kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Lebih mudah bagi tenaga medis untuk pengaplikasiannya - Memerlukan terapis yang terampil

		<p>UPTD Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian adalah <i>non probability</i> sampling jenis <i>purposive sampling</i>, Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi perilaku kemarahan pasien. Analisis bivariat menggunakan uji Wilcoxon Sign Rank Test dengan skala data ordinal.</p> <p>Jumlah Sampel : Pengambilan sampel menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> sebanyak 20 orang</p> <p>Waktu Penelitian : Maret 2022</p>		
2.	<p>Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur</p>	<p>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</p>	<p>Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersedia menjadi responden - Pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan - Pasien dengan riwayat gangguan perilaku kekerasan 	<ul style="list-style-type: none"> - Memerlukan terapis yang terampil - Tidak memerlukan biaya yang banyak - Harus meluangkan waktu untuk melakukan kegiatan

		<p>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.</p> <p>Jumlah Sampel : Sampel sebanyak 17 orang</p> <p>Waktu Penelitian : Penelitian ini dilakukan pada Juni-Juli 2021</p>		
--	--	---	--	--

2.5. Prosedur Tindakan Relaksasi Nafas Dalam

<i>Standar Operasional Prosedure (SOP) Relaksasi Nafas Dalam</i>	
Pengertian	Upaya untuk mengundurkan ketegangan jasmaniah yang akhirnya akan mengundurkan ketegangan jiwa. Dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dengan intensitas yang lebih lambat sehingga keteraturan dalam bernafas membuat sikap mental badan rileks dan otot lentur.

<p>Tujuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional 2. Mengurangi ketegangan otot
<p>Referensi</p>	<p>Suci, Nabila W. (2020). Penerapan terapi relaksasi nafas dalam pada Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pringsewu</p>
<p>Prosedur</p>	<p>Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian dan membaca mengenai status pasien 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien 2. Validasi kondisi pasien saat ini 3. Menjaga keamanan <i>privacy</i> klien 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan terhadap pasien dan keluarga 5. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur Posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik 2. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara

	<ol style="list-style-type: none">3. Anjurkan pasien untuk menahan nafas dalam 3 detik4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan menghembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmatnya rasanya5. Instruksikan pasien buat bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru seterusnya udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir & merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki8. Instruksikan pasien buat mengulangi teknik ini apabila amarah timbul kembali9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, sambil minta pasien untuk mengulangi prosedur secara mandiri <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi hasil latihan2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya3. Akhiri kegiatan dengan baik4. Cuci tangan
--	---