BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Gambaran Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengatasi Risiko Perilaku Kekersan Pada Pasien Skizofrenia

1. Terapi Relaksasi Nafas Dalam

a. Pengetian

Terapi emosi dilakukan karena adanya gangguan afektif, yaitu gangguan dengan gejala utamanya perubahan suasana perasaan (*mood*) atau afek, biasanya ke arah depresi dengan atau tanpa ansietas yang menyertainya, atau kearah elasi (suasana perasaan meningkat). Terapi mengontrol emosi secara fisik adalah menyalurkan energi yang konstruktif dengan cara fisik, seperti relaksasi dan memukul bantal(Keliat, Akemat, Hekena, & Nurhaeni, 2011). Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres(Andarmoyo, 2013). Latihan nafas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan pursed lip breathing (Lusinah, Indrayani, & Suratun, 2012).Teknik relaksasi memiliki berbagai tujuan, kemampuan relaksasi bertujuan membantu mengurangi keletihan dan keraguan yang ada, dengan kemampuan itu memberi keleluasaan untuk memutuskan penanganan situasi yang membuat stress, sehingga mampu mengurangi kecemasan dan marah(Candra, Harini, & Sumirta, 2017)

b. Aktivitas dan indikasi terapi relaksasi nafas dalam

Terapi relaksasi nafas dalam bertujuan untuk melatih dan mengajarkan pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan. Selain dapat melatih mengontrol perilaku kekerasan terapi ini juga dapat melatih pasien untuk mengetahui kerugian bila tidak dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan baik dan benar. Terapi relaksasi nafas dalam ini diindikasikan pada pasien risiko perilaku kekerasan . Terapi relaksasi nafas dalam terdiri dari :

1) Alat

a) Lembar dokumentasi (catatan keperawatan) dan bolpoin

b) Disesuaikan dengan kebutuhan pasien

2) Langkah kegiata

1) Tahap Pra Interaksi

a) Mencuci tangan

b) Menilai kesiapan diri perawat

c) Membuat rencana pertemuan

2) Tahap Orientasi

a) Memberikan salam dan tersenyum pda pasien

b) Melakukan validasi (kognitif, afektif, psikomotor)

c) Memperkenalkan nama perawat

d) Menanyakan nama panggilan kesukaan pasien

e) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan

f) Menjelaskan tujuan

g) Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan

3) Tahap Kerja

a) Bina hubungan saling percaya

b) Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya

c) Tanyakan keluhan yang dirasakan pasien

d) Bantu pasien untuk mengungkapkan perasaan marahnya

e) Bantu pasien mengungkapkan penyebab perilaku kekerasan

f) Bantu pasien mengungkapkan tanda dan gejala perilaku kekeasan yang dialaminya

g) Diskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang dilakukan selama ini

h) Diskusikan dengan pasien akibat negative (kerugian) cara yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain atau keluaga dan lingkungan

i) Diskusikan dengan pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik teknik nafas dalam

j) Anjurkan pasien untk memasukan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian

k) Akhir bincang-bincang

4) Tahap Terminasi

a) Evaluasi hasil kegiatan (subyektif dan obyektif)

b) Berikan reinforcement positif pada pasien

c) Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya

d) Akhiri kegiatan dengan cara baik

5) Tahap Dokumentasi

a) Dokumentasikan hasil interaksi dalam catatan perkembangan pasien meliputi SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment dan Planning

2. Konsep Perilaku Kekerasan

a. Pengertian

Kekerasan *(violence)* merupakan suatu bentuk perilaku agresi *(aggressive behavior)* yang menyebabkan atau dimaksudkan untuk menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda. Agresi adalah suatu respon terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah yang dapat membangkitkan suatu perilaku kekerasan sebagai suatu cara untuk melawan atau menghukum yang berupa tindakan menyerang, merusak hingga membunuh. Perilaku kekerasan atau agresimerupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Muhith, 2015)

Perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diekspreikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau lingkungan (PPNI, 2016). Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, bak secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Sutejo, 2018). Risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu risiko perilaku terhadap diri sendiri (*risck for self-directed violence*) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*). Respons tersebut biasanya muncul akibat adanya stressor. Respons ini dapat menimbulkan kerugian(Keliat, Akemat, Hekena, & Nurhaeni, 2011).

b. Tanda dan Gejala

Menurut PPNI, (2016) tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah

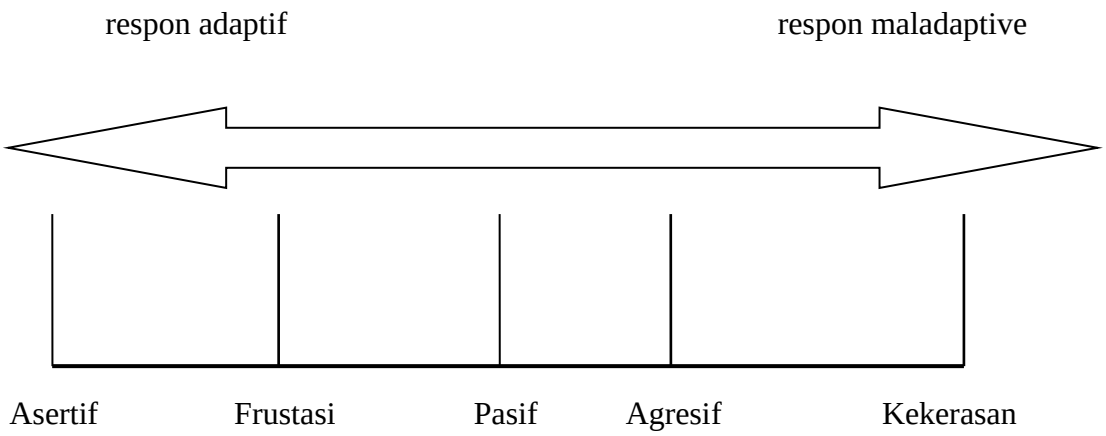
Tabel 1
Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala mayor perilaku kekerasan	Tanda dan gejala minor perilaku kekerasan
Subjektif :	Subjektif :
Mengancam	(tidak tersedia)
Mengumpat	Objektif :
Suara keras	Mata melotot atau pandanagn tajam
Bicara ketus	Tangan mengepal
Objektif :	Rahang mengatup
Menyerang orang lain	Wajah memerah
Melukai dirisendiri atau orang lain	Postur tubuh kaku
Merusak lingkungan	
Perilaku agresif atau amuk	

Sumber : (PPNI, 2016)

c. Rentang respon

Menurut Stuart & Sundenen (1998) rentang respon perilaku kekerasan dapat digambarkan sebagai berikut :



Sumber :(Stuart & Sundenen, 1998 Buku Saku Keperawatan Jiwa)

Gambar 1Rentang Respon Perilaku Kekerasan
Keterangan :

1. Asertif : Respon marah dimana individu mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah rasa tidak setuju, tanpa menyalahkan orang lain
2. Frustasi : Respon yang terjadi akibat individu gagal dalam mencapai tujuan, kepuasan, atau rasa amaan/
3. Pasif : Keadaan dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang sedang di alaminya.
4. Agresif : Perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk menuntut sesuatu tapi masih terkontrol.
5. Kekerasan dan amuk : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya contol.

d. Etiologi

Menurut Prabowo (2014) penyebab perilaku kekerasan ada dua factor antara lain

1) Factor predisposisi

a) Psikologis

b) Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk. Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan yaitu prasaan ditolak,dihina, dianiaya atau sanksi penganiayaan.

c) Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering melihat kekerasan dirumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

d) Sosial budaya

Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima (permisive).

e) Bioneurologis

Kerusakan sistem limbik, lobus frontal, lobus temporalan keidakseimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan.

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari pasien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Pasien seperti ini kelemahannya, fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidak berdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang

mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintaimya/pekerjaan dan kekerasan merupaan faktor penyebab yang lain

e. Dampak

Menurut Prabowo(2014)dampak jika perilaku kekerasan tidak ditanggulangi yaitu resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan

f. Penatalaksana

Menurut Prabowo (2014)penatalaksanaan yang dapat diberikan antara lain:

1) Farmakoterapi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan 16 psikomotornya. Apabila tidak ada, dapat digunakan dosis efektif rendah. Contohnya Trifiluoperasine estelasine, bila tidak ada juga, maka dapat digunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas dan anti agitasi.

2) Terapi okupasi

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

3) Terapi kelompok

Terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal. Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu upaya untuk memfasilitasi psikoterapi terhadap sejumlah pasien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar anggota.

4) Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasin. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada 17 pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan sekunder), dan memulihkan perilaku maladaptive ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

5) Terapi somatik

Terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa denga tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien

6) Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik atau electro convulsive therapy (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan

arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skozofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi, biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengatasi Risiko Perilaku Kekersan Pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian

Risiko perilaku kekerasan adalah beresiko memebahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri ataupun orang lain (PPNI, 2016). Perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dana tau lingkungan (PPNI, 2016)

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subyektif

a) Mengancam

b) Mengumpat dengan kata-kata kasar

c) Suara keras

d) Bicara keras

2) Obyektif

a) Menyerang orang lain

b) Melukai diri sendiri atau orang lain

c) Merusak lingkungan

d) Perilaku agresif atau amuk

b. Gejala dan tanda minor

1) Sujektif : (tidak tersedia)

2) Obyektif

a) Mata melotot atau pandangan tajam

b) Tangan mengepal

c) Rahang mengatup

d) Wajah memerah

e) Postur tubuh kaku

2. Diagnosa keperawatan

Menurut PPNI(2016) rumusan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan antara lain:

Problem : Risiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa keperawatan : Risiko Perilaku kekerasan

3. Intervensi keperawatan

a. Tujuan :

TUM :

Pasien mampu melakukan perilaku konstruktif

TUK 1 :

Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil : Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat.

1) Wajah cerah dan tersenyum

2) Mau berkenalan

3) Ada kontak mata

4) Pasien mau mengungkapkan perasaannya

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik

1) Beri salam setiap berinteraksi
2) Sebutkan nama panggilan perawat
3) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggila yang disukai pasien
4) Jelaskan tujuan pertemuan
5) Jujur dan menepati janji
6) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
7) Buat kontrak yang jelas
8) Tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi
9) Bantu pasien mengungkapkan perasaan jengkel/kesal
10) Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan pasien

TUK 2 :

Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

Pasien dapat ,menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya, menceritakan penyebab jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya.

Intervensi :

Bantu pasien mengungkapkan perasaannya

1) Beri kesempatan pasien untuk menceritakan penyebab kesal/jengkelnya
2) Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan pasien

TUK 3 :

Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan Kriteria hasil : Pasien menceritakan tanda saat terjadi perilaku kekerasan.

1) Tanda fisik: mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang, dan lain sebagainya.
2) Tanda emosional: perasaan marah, jengkel, bicara kasar.
3) Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan

Intervensi :

1) Anjurkan pasien mengungkapkan yang dialami dan dirasakan saat marah atau jengkel
2) Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya
3) Observasi tanda perilaku kekerasan pada pasien
4) Simpulkan bersama pasien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami pasien

TUK 4 :

Pasien dapat mengungkapkan perilaku marah yang sering dilakukan

Kriteria hasil : Pasien mampu menjelaskan :

1) Ekspresi kemarahannya yang selama ini telah dilakukan
2) Perasaan saat dia melakukan kekerasan
3) Efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah

Intervensi :

Diskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang dilakukan selama ini

1) Motivasi pasien untuk menceritakan jenis tindak perilaku kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya
2) Motivasi pasien untuk menceritakan perasaannya setelah melakukan kekerasan
3) Diskusikan apakah dengan tindkaan kekerasan yang dilakukan masalah dapat terselesaikan

TUK 5 :

Pasien dapat mengungkapkan perilaku marah yang sering dilakukan. Kriteria Hasil : Pasien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan.

1) Diri sendiri : luka, dijauhi teman, dan lain sebagainya.
2) Orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dan lain sebagainya
3) Lingkungan : barang/benda rusak, dan lain sebagainya.

Intervensi :

1) Bicarakan akibat atau kerugian cara yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.
2) Bersama pasien menyimpulkan cara yang digunakan pasien.
3) Tanyakan pasien apakah mau tahu cara marah yang sehat untuk mengontrol rasa jengkel atau marah

TUK 6 :

Pasien mengidentifikasi cara kontruksi dalam berespon terhadap perilaku kekerasan

Kriteria Hasil :

Menjelaskan cara yang sehat mengungkapkan marah dengan cara :

1) Fisik
2) Verbal
3) Sosial
4) Spiritual

Intervensi :

1) Tanyakan pada pasien apakah pasien ingin mengetahui cara yang sehat mengungkapkan marah.
2) Jelaskan berbagai alternat
3) ive pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien.
4) Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah.

a) Cara fisik: Tarik napas dalam, jika kesal pukul bantal atau kasur, olah raga, dan melakukan kegiatan
b) Verbal : Mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain.
c) Sosial : latohan asertif dalam kelompok cara marah yang sehat.
d) Spiritual : sembahyang/doa, meditasi sesuai dengan agama masing-masing

TUK 7 :

Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan

Pemberian Terapi Relaksasi Nafas Dalam

Kriteria Hasil :

Pasien mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan (cara fisik: relaksasi nafas dalam ,verbal, sosial, spiritual)

Intervensi :

1) Diskusikan dengan pasien untuk memilih cara yang paling tepat dalam mengungkapkan marah.
2) Pasien dapat mengidentifikasi manfaat yang terpilih.
3) Bantu pasien mendemonstrasikan cara yang dipilih

a) Peragakan cara yang dipiih
b) Jelaskan manfaat cara tersebut
c) Anjurkan pasien memasukkan peragaan yang sudah dilakukan
d) Beri penguatan pada pasien, perbaiki cara yang belum sempurna

4) Anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat jengkel/marah.
5) Susun jadwal untuk melakukan cara yang telah dipelajari.
6) Beri reinforcement positif atas keberhasilannya.

TUK 8 :

Pasien dapat memanfaatkan obat dengan prinsip 12 benar yaitu : menggunakan benar pasien, benar obat, benar cara pemberian, benar waktu, benar dokumentasi, benar pendidikan kesehatan perihal medikasi pasien, hak pasien untuk menolak, benar pengkajian, benar evaluasi, benar reaksi terhadap makanan, serta benar reaksi terhadao obat lain. Dengan kriteria hasil:

Kriteria Hasil :

1) Pasien mampu menyebutkan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, serta efek samping obat.
2) Pasien mampu mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar.
3) Pasien mampu menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter

Intervensi :

1) Diskusikan dengan pasien tentang

a) Manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat

b) Nama obat, dosis, frekuensi, dan efek samping obat.

2) Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (nama pasien, obat dosis,cara dan waktu)

3) Anjurkan pasien membicarakan efek sampung obat yang dirasakan.

4) Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter.

5) Anjurkan pasien berkonsultasi dengan dokter/perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

6) Beri reinforcemet bila pasien minum obat dengan benar.

TUK 9 :

Pasien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Kriteria Hasil :

Pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan. Dengan kriteria hasil:

Intervensi :

1) Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien dari sikap yang telah dilakukan keluarga terhadap pasien selama ini.

2) Diskusikan dengan keluarga tentang pentingnya peran keluarga sebagai pendukung untuk mengatasi perilaku kekerasan.

3) Diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan.

4) Diskusikan dengan keluarga melalui pertemuan keluarga tentang pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, penyebab dan akibat perilaku kekerasan, cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
5) Latih keluarga dalam merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
6) Beri kesempatan keluarga mendemonstrasikan ulang.
7) Beri reinforcement atas keterlibatan keluarga.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi perawatan merupakan tindakan dari rencana keperawatan yang disusun sebelumnya berdasarkan prioritas yang telah dibuat dimana tindakan yang diberikan mencakup tindakan mandiri dan kolaboratif.Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan. Dokumentasikan semua tidakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien(Keliat, Akemat, Hekena, & Nurhaeni, 2011)

Implementasi yang dapat diberikan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan menurut Keliat, Akemat, Hekena, & Nurhaeni(2011)yaitu terapi mengontrol emosi secara fisik relaksasi nafas dalam. Adapun Prosedur Pelaksanaan Terlampir

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evalusi keperawatan dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap melaksanakan tindakan sedangkan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan (Prabowo, 2014)

a. Subyektif :

1) Pasien tidak lagi melakukan perilaku mengancam

2) Pasien tidak lagi mengumpat dengan kata-kata kasar

3) Pasien tidak lagi bersuara keras

4) Pasien tidak lagi berbicara ketus

b. Obyektif :

1) Pasien tidak tampak menyerang orang lain

2) Pasien tidak tampak melukai diri sendiri/orang lain

3) Pasien tidak tampak merusak lingkungan

4) Pasien tidak tampak berperilaku agresif/amuk

5) Mata pasien tidak tampak melotot dan pandangan tidak tajam

6) Tangan pasien tidak tampak mengepal

7) Rahang pasien tidak tampak mengatup

8) Wajah pasien tidak tampak memerah