

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Perilaku Kekerasan

1. Definisi

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku agresif (*aggressive behavior*) yang menyebabkan atau dimaksudkan untuk menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda (Muhith, 2015). Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang memperlihatkan individu tersebut dapat mengancam secara fisik, emosional dan seksual kepada orang lain (Satrio dkk, 2015). Risiko perilaku kekerasan atau agresifitas dapat didefinisikan sebagai perilaku mencederai orang lain, diri sendiri dan lingkungan yang bervariasi dari intensitas ringan sampai berat/ intens, dilakukan baik secara verbal, fisik, dan emosional yang akan mengakibatkan kerusakan harta benda, perampasan hak, kerugian dan bahkan kematian (Fajariyah, 2012).

2. Tahap Risiko Perilaku Kekerasan

Tahapan perilaku agresif atau risiko perilaku kekerasan :

a. Tahap 1 : tahap memicu

Perasaan : kecemasan

Perilaku : agitasi, mondar-mandir, menghindari kontak tindakan

Tindakan perawat : mengidentifikasi faktor pemicu, mengurangi kecemasan, memecahkan masalah bila memungkinkan.

b. Tahap 2: Tahap transisi

Perasaan : marah

Perilaku : agitasi meningkat

Tindakan perawat : jangan tangani marah dengan amarah, menjaga pembicaraan, menetapkan batas dan memberikan pengarahan, mengajak kompromi, mencari dampak agitasi, meminta bantuan.

c. Tahap 3 : krisis

Perasaan : peningkatan kemarahan dan agresi

Perilaku : agitasi, gerakan mengancam, menyerang orang disekitar, berkata kotor, berteriak.

d. Tahap 4 : perilaku merusak

Perasaan : marah

Perilaku : menyerang, merusak

Tindakan perawat : lindungi klien lain, menghindar, melakukan pengekangan fisik.

e. Tahap 5 : tahap lanjut

Perasaan : agresi

Perilaku : menghentikan perilaku terang – terangan destruktif, pengurangan tingkat gairah.

Tindakan perawat : tetap waspada karena perilaku kekerasan baru masih memungkinkan, hindari pembalasan atau balas dendam.

f. Tahap 6 : tahap peralihan

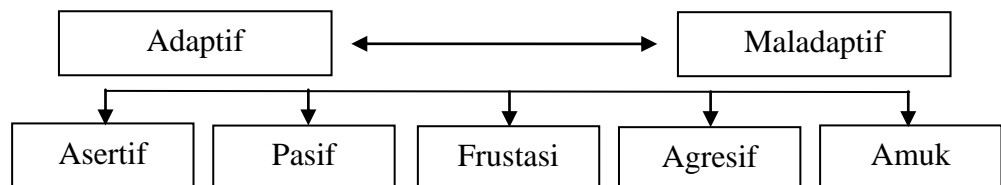
Perasaan : marah

Perilaku : agitasi, mondar – mandir

Tindakan perawat : lanjutkan fokus mengatasi masalah utama
(Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

3. Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan

Bagan 2.1
Rentang Respon



(Satrio dkk, 2015)

a. Asertif

Perilaku asertif adalah menyampaikan suatu perasaan diri dengan pasti dan merupakan komunikasi untuk menghormati orang lain. Individu yang asertif berbicara dengan jujur dan jelas

b. Pasif

Perilaku pasif dapat diekspresikan secara nonverbal, seseorang yang pasif biasanya bicara pelan dan kontak mata yang sedikit, individu tersebut mungkin dalam posisi membungkuk dan tangan memegang tubuh dengan dekat.

c. Frustrasi

Frustrasi adalah kegagalan individu dalam mencapai tujuan yang diinginkan, frustrasi akan bertambah berat jika keinginan yang tidak tercapai memiliki nilai yang tinggi dalam kehidupan.

d. Agresif

Seseorang yang agresif di dalam hidupnya selalu mengarah pada kekerasan fisik dan verbal. Perilaku agresif pada dasarnya disebabkan karena menutupi kurangnya rasa percaya diri.

e. Amuk

Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat yang disertai kehilangan kontrol diri sehingga individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

(Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

4. Tanda dan Gejala

- a. Ungkapan berupa ancaman
- b. Ungkapan kata-kata kasar
- c. Ungkapan ingin memukul/melukai
- d. Muka merah dan tegang
- e. Mata melotot/pandangan tajam
- f. Wajah memerah dan tegang
- g. Postur tubuh kaku
- h. Pandangan tajam
- i. Mengatup rahang dengan kuat
- j. Mengepalkan tangan
- k. Jalan mondar-mandir dan gelisah
- l. Bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak

(Satrio dkk, 2015).

5. Proses Terjadinya Masalah

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor pemicu utama atau faktor pencetus yang menjadi titik awal terbentuknya masalah yang di alami seorang individu.

1) Faktor psikologis

Psychoanalytical theory: teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari *instinctual drivers*. Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua: kesatu insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas, dan kedua, insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas.

Frustration aggresion theory : teori yang dikembangkan oleh pengikut freud ini berawal dari asumsi, bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebabkan frustrasi. Jadi hampir semua orang yang melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif (Muhith, 2015).

2) Faktor sosial budaya

Social learning theory: teori yang dikembangkan oleh bandura (1977) ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon – respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan

maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran ini bisa internal atau eksternal. Contoh internal : orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut; seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es kemudian ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah. Anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal : seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka (Muhith, 2015).

3) Faktor biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis.

a) Struktur otak (neuroanatomi)

Penelitian telah difokuskan pada tiga area otak yang diyakini terlibat dengan perilaku agresif adalah sistem limbik, lobus frontal, dan hipotalamus. Neurotransmitter juga diusulkan memiliki peran dalam munculnya perilaku kekerasan atau penekanan perilaku kekerasan.

Kerusakan struktur pada sistem limbik dan lobus frontal serta lobus temporal otak dapat mengubah kemampuan individu

untuk memodulasi agresif sehingga menyebabkan perilaku agresif (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

Sistem limbik berfungsi dalam mengekspresikan emosi dan perilaku, secara khusus amigdala bagian dari sistem limbik berfungsi mengekspresikan kemarahan dan ketakutan. Perubahan dalam sistem limbik dapat menyebabkan peningkatan dan penurunan perilaku agresif.

Lobus frontal berfungsi untuk pemikiran rasional. Lobus ini merupakan bagian dari otak dimana pikiran dan emosi berinteraksi. Kerusakan pada lobus frontal dapat mengakibatkan gangguan penilaian, perubahan kepribadian, masalah pengambilan keputusan, ketidaksesuaian dalam berhubungan dan ledakan agresif. Hipotalamus di dasar otak berfungsi sebagai sistem alarm atau peringatan otak. Kondisi stres menaikkan jumlah steroid, hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar adrenal, saraf reseptor untuk hormon ini menjadi kurang sensitif dalam upaya mengkompensasi peningkatan steroid dan hipotalamus merangsang kelenjar pituitari untuk menghasilkan lebih banyak steroid. Setelah stimulasi berulang sistem berespon lebih kuat terhadap provokasi, ini menjadi salah satu alasan mengapa stres traumatik pada anak secara permanen dapat meningkatkan potensi seseorang untuk

melakukan perilaku kekerasan (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

Neurotransmitter

Neurotransmitter adalah zat kimia otak yang ditransmisikan dari dan ke seluruh neuron sinapsis, sehingga menghasilkan komunikasi antara otak dan struktur otak lain. Peningkatan atau penurunan zat ini dapat mempengaruhi perilaku, perubahan keseimbangan zat ini dapat memperburuk atau menghambat perilaku agresif. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa berbagai neurotransmitter (epinefrin, norepinefrin, dopamine, acetylcholine dan serotonin) berperan dalam fasilitasi dan inhibisi rangsangan agresif (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

Rendahnya neurotransmitter serotonin dikaitkan dengan perilaku yang iritabilitas, hipersensitivitas terhadap provokasi, dan perilaku amuk, individu dengan perilaku impulsif. Bunuh diri, dan melakukan pembunuhan, mempunyai serotonin dengan jumlah lebih rendah daripada rata – rata jumlah asam 5 – hidroxyinoleacetik/ produk serotonin (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

Penelitian ini telah menunjukkan adanya hubungan antara agresif impulsif dengan rendahnya level neurotransmitter serotonin. Hasil temuan menyatakan bahwa serotonin berperan

sebagai inhibitor utama perilaku agresif, dengan demikian kadar serotonin yang rendah dapat menyebabkan peningkatan perilaku agresif, selain itu peningkatan aktivitas dopamine dan norpenefrin di otak dikaitkan dengan peningkatan perilaku kekerasan yang impulsif.

Neurotransmitter lain yang berkaitan dengan perilaku agresif adalah dopamine, norpenefrin, dan acetylcholine serta *asam amino gamma-aminobutyric-acid* (GABA). Korteks prefrontal juga berperan penting dalam menghambat perilaku agresif. Area spesifik pada korteks prefrontal adalah region orbitofrontal. Stimulasi pada area ini mencegah marah dan agresif. Lesi pada area ini menyebabkan perilaku impulsif (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

b. Faktor Presipitasi

Menurut Satrio (2015) ada beberapa teori yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan,

1) Faktor Biologi

Stressor presipitasi adalah stimuli yang diterima individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan. Stressor presipitasi perilaku kekerasan dari faktor biologi dapat disebabkan oleh gangguan umpan balik di otak yang mengatur jumlah dan waktu dalam proses informasi. Stimuli penglihatan dan pendengaran pada awalnya di saring oleh hipotalamus dan dikirim untuk diproses

oleh lobus frontal dan bila informasi yang disampaikan terlalu banyak pada suatu waktu atau jika informasi tersebut salah, lobus frontal mengirimkan pesan *overload* ke ganglia basal dan di ingatkan lagi hipotalamus untuk memperlambat transmisi ke lobus frontal. Penurunan fungsi dari lobus frontal menyebabkan gangguan pada proses umpan balik dalam penyampaian informasi yang menghasilkan proses informasi *overload* (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

2) Faktor Psikologis

Pemicu perilaku kekerasan dapat diakibatkan oleh toleransi terhadap frustrasi yang rendah, koping individu yang tidak efektif, impulsive dan membayangkan atau secara nyata adanya ancaman terhadap keberadaan dirinya, tubuh atau kehidupan. Dalam ruang perawatan perilaku kekerasan dapat terjadi karena provokasi petugas, perilaku kekerasan klien terjadi pada setting ini dimana petugas merasa memiliki sikap otoriter dan cenderung mengatur/*controlling*; mengatur apa yang dapat dan tidak dapat dilakukan oleh klien, menahan klien bertentangan dengan keinginan klien dan memaksa untuk minum obat, semua itu berkontribusi terjadi konflik petugas dan klien (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

3) Faktor Sosial Budaya

Beberapa penelitian telah menemukan bahwa jumlah insiden kekerasan lebih besar terjadi ketika klien dipindahkan dalam kelompok yang besar, penuh sesak, kurang privasi atau tidak bebas (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

c. Penilaian stressor

Model stres diartikan dalam sebuah karya klasik oleh Liberman dan rekan menjelaskan bahwa gejala skizofrenia berkembang berdasarkan pada hubungan antara jumlah stres dalam pengalaman seseorang dan toleransi internal terhadap ambang stres. Ini adalah model penting karena mengintegrasikan faktor budaya biologis, psikologis, dan sosial, cara ini mirip dengan stres Adaptasi Model Stuart yang digunakan sebagai kerangka kerja konseptual (Stuart, 2013). Model adaptasi ini membantu menjelaskan hubungan stres dengan skizofrenia, meskipun tidak ada penelitian ilmiah telah menunjukkan bahwa stres menyebabkan skizofrenia, namun semakin jelas bahwa skizofrenia adalah gangguan yang tidak hanya menyebabkan stres, tetapi juga diperparah oleh stres (Jones dan Fernyhough, 2007 dalam Stuart, 2013). Penilaian seseorang tentang stressor, dan masalah yang terkait dengan coping untuk mengatasi stres dapat memprediksi timbulnya gejala.

d. Sumber koping

Psikosis atau skizofrenia adalah penyakit menakutkan dan sangat menjengkelkan yang memerlukan penyesuaian baik bagi klien dan keluarga. Proses penyesuaian pasca psikotik terdiri dari empat fase:

- 1) *Efikasi/kemanjuran* pengobatan untuk secara konsisten mengurangi gejala dan menstabilkan disonansi kognitif setelah episode pertama memakan waktu 6 sampai 12 bulan (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).
- 2) Awal pengenalan diri/*insight* sebagai proses mandiri melakukan pemeriksaan realitas yang dapat diandalkan. Pencapaian keterampilan ini memakan waktu 6 sampai 18 bulan dan tergantung pada keberhasilan pengobatan (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).
- 3) Setelah mencapai pengenalan diri/*insight*, proses pencapaian kognitif meliputi keteguhan melanjutkan hubungan interpersonal normal dan reenganging dalam kegiatan yang sesuai dengan usia yang berkaitan dengan sekolah dan bekerja. Fase ini berlangsung 1 sampai 3 tahun (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).
- 4) *Ordinariness*/kesiapan kembali seperti sebelum sakit ditandai dengan kemampuan untuk secara konsisten dan dapat diandalkan dan terlibat dalam kegiatan yang sesuai dengan usia lengkap dari kehidupan sehari-hari mencerminkan tujuan *prepsychosis*. (Keliat & Sinaga dalam Satrio dkk, 2015).

e. Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain :

1) Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan, penyalurannya kearah lain.

2) Proyeksi

Menyalahkan oranglain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik.

3) Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.

4) Reaksi formasi

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.

5) Displacement

Melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti pada mulanya yang membangkitkan emosi itu.

(Muhith, 2015)

B. Konsep Penerapan Terapi Nafas Dalam

1. Definisi

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan salah satu tindakan yang dilakukan untuk mengontrol marah. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara sederhana yang terdiri dari nafas abdomen dengan frekuensi lambat dan berirama. Klien dapat memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (hirup, dua, tiga) dan ekshalasi (hembuskan, dua, tiga) (Sutinah dkk, 2019).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yuhanda dkk (2013) menyatakan bahwa terapi relaksasi nafas dalam efektif untuk mengontrol marah pada pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Aminogondo Hutomo Semarang, sebelum dilakukan terapi responden yang mampu mengontrol perilaku kekerasan hanya 6 orang (15,4%), sedangkan yang tidak mampu ada 33 orang (84,6%). Sesudah diberikan terapi responden mengalami penurunan pada yang tidak mampu menjadi 3 orang (7,7%), sedangkan yang mampu mengalami peningkatan menjadi 36 orang (92,3%).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sumirta (2013) terapi relaksasi nafas dalam efektif meningkatkan kemampuan pengendalian marah dengan perilaku kekerasan. Klien dengan perilaku kekerasan sebelum diberikan terapi relaksasi nafas dalam paling banyak dalam

kategori rendah yaitu 29 orang (85%). Setelah diberikan perlakuan terjadinya peningkatan kemampuan mengenali perilaku kekerasan yaitu tingkat sedang sebanyak 24% responden (71%). Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pemberian tehnik relaksasi nafas dalam terhadap kemampuan pasien mengendalikan perilaku kekerasan diruang bratasena rumah sakit jiwa provinsi bali.

JURNAL TERKAIT YANG DIANALISIS

1. Rafiqah, 2018 dalam penelitian ini membahas penerapan relaksasi nafas dalam pada resiko perilaku kekerasan di ruang melati rumah sakit jiwa daerah provinsi lampung tahun 2018. Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai diri sendiri maupun orang lain, baik secara fisik maupun psikologis. Didunia terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta orang terkena dimensia. Gangguan jiwa dapat terjadi pada perempuan maupun laki-laki, orang kaya maupun miskin dan perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa akan meningkat di tahun 2030. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi masalah penerapan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa daerah provinsi lampung dengan partisipan yang digunakan dalam penelitian menggunakan 2 pasien dengan kasus yang sama yaitu perilaku kekerasan.

2. Sumirta, 2013 dalam penelitian ini membahas tentang relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan mengendalikan marah pada pasien perilaku kekerasan dengan menggunakan hasil uji wilcoxon sign rank test didapatkan p value = $0,000 < 0,05$, berarti ada pengaruh yang signifikan terapi relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan di ruang bratasena rumah sakit jiwa provinsi bali.

3. Sutinah, 2019 dalam penelitian ini membahas tentang teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap kemampuan mengontrol marah klien skizofrenia. Klien resiko perilaku kekerasan tidak mengetahui cara mengontrol marah dampak yang sering ditimbulkan dari tidak dapat mengontrol marah tersebut yakni mengamuk, memecahkan barang-barang, memukul tanpa sebab itu maka klien butuh terapi relaksasi nafas dalam. Desain penelitian pretest posstesttone group design. Sampel 17 orang diambil secara total sampling, pengumpulan data menggunakan kuisisioner. Analisis data univariat dan bivariat menggunakan uji t berpasangan. Hasil penelitian ini menunjukkan kemampuan responden mengontrol marah sebelum dilakukan elaksasi nafas dalam didapatkan nilai rata-rata 22,0588 sesudah didapatkan nilai rata-rata 13,0588. Ada perbedaan mengontrol marah sebelum dan

sesudah dilakukan relaksasi nafas dalam yang menunjukkan nilai sig. 0,000.

4. Harmianto, 2017 dalam penelitian ini membahas tentang penerapan terapi relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa daerah dr. amino gondhohutomo provinsi jawa tengah. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi relaksasi nafas dalam terhadap pengendalian marah klien dengan perilaku kekerasan. Jenis penelitian ini merupakan deskriptif study yaitu menerapkan studi kasus dengan proses tindakan keperawatan berupa intervensi, implementasi dan evaluasi. Sampel berjumlah 2 klien tempat penelitian dilakukan di rumah sakit jiwa daerah dr. amino gonhohutomo provinsi jawa tengah. Hasil penerapan terapi relaksasi nafas dalam yang diterapkan selama tiga hari tersebut terbukti sangat efektif untuk dipublikasikan di rsj dari kedua klien tersebut lebih tenang, kooperatif dan lebih rileks klien mampu mengontrol marah.

5. Mutiara Ayu Lestari, 2018 dalam penelitian ini membahas tentang penerapan latihan fisik pengendalian marah pada klien risiko perilaku kekerasan di instalasi kesehatan jiwa rumah sakit umum daerah banyumas. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada responden risiko perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik pengendalian marah di rumah sakit umum daerah banyumas. Disusun menggunakan metode deskriptif menerapkan

latihan fisik pengendalian marah dengan menggunakan wawancara, lembar observasi, kuisioner dengan mengaambil 2 responden. Hasil sebelum dilakukan penerapan latihan fisik pengendalian marah kdua responden mengalami peningkata rasa amarah/emosi dan tidak bisa mengendalikan marahnya. Setelah dilakukan penerapan latihan fisik pengendalian marah mengalami penurunan marah/emosi pada responden.

6. Ria, 2019 dalam penelitian ini membahas tentang upaya relaksasi nafas dalam untuk mengontrol marah pada pasien resiko perilaku kekerasan. penelitian kasus tudy ini menggunakan desain studi kasus. Tempat di rumah sakit jiwa dr.arif zainudin Surakarta studi kasus dilakukan pada 3 pasien dengan reisko perilaku kekerasan. Metode pengumpulan menggunakan observasi, wawancara, dan dokumentasi. Instrument menggunakan format asuhan keperawatan dan sop teknik relaksasi nafas dalam. Analisa data menggunakan perbandingan anatara kasus dengan penelitian terdahulu atau sumber lain. Sejumlah 3 responden sudah mampu melakukan latihan relaksasi nafas dalam dan pasien terlihat tenang dan rileks. Teknik relaksasi nafas dalam bermanfaat untuk mengontrol marah dan menciptakan rasa nyaman.
7. Nanny, 2012 dalam penelitian ini membahas tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa daerah Dr. Amino Gondhohutomo Semarang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi

nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa daerah dr.amino gondohutomo semarang. Hasil penelitian menggunakan eksperimental design dengan jumlah sampel 30 responden diperoleh dengan teknik accidental sampling dan adanya pengaruh yang signifikan anatar teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan dengan nilai $p = 0,000$.

8. Anita, 2018 dalam penelitian ini membahas asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan pada ny. N dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang flamboyant rumah sakit jiwa menur Surabaya provinsi jawa timur.penelitian ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan. Hasil penelitian ini menggunakan metode sp 1 membina hubungan saling percaya dan sp 2 mengevaluasi mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik satu yang telah di pilih klien teknik relaksasi nafas dalam dan mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengn cara fisik dua pukul bantal. Setelah di ajarkan teknik relaksasi nafas dalam respon lien tampak tenang dan rileks hal itu menunjukkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam yang berefek menenangkan fisik dan pikiran.
9. Rayinda, 2014 dalam penelitian ini membahas pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat emosi pada asuhan keperawatan pada asuhan keperawatan tn.f dengan perilaku kekerasan di rung puntadewa rumah sakit daerah Surakarta. Penelitian ini

bertujuan untuk mampu melakukan dalam melakukan koping terhadap stress, paham terhadap situasi sosial, mampu mengidentifikasi stimulus yang dihadapi dan mampu menontrol dorongan untuk melakukan kekerasan. Hasil penelitian ini menggunakan metode wawancara, pemeriksaan, sumber data primer dan sekunder.