

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata “Skizo” yang artinya retak atau pecah “split”, dan “frenia” yang artinya jiwa. Dengan demikian skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan keperibadian (*splitting of personality*) (Hawari, 2018). Menurut Depkes RI (2020) Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang dapat mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi emosional dan atau tingkah laku serta dapat mempengaruhi fungsi normal kognitif. Skizofrenia adalah gangguan mental yang memiliki alur penyakit yang berlangsung kronis (Keliat 2019).

Skizofrenia biasanya dikenali dan di diagnosis pada masa remaja, masa dewasa muda dan jarang sekali gejala skizofrenia timbul pada masa kanak-kanak. Puncaknya ada pada umur 15-20 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita (Mashudi 2021). Menurut Putri dan Ambarini (2018) Skizofrenia ini mempunyai karakteristik gejala yang berkaitan dengan kemampuan kognitif, perilaku dan disfungsi emosional, sehingga individu mengalami kendala dalam fungsi sosialnya

Jadi kesimpulan skizofrenia adalah gangguan mental yang dapat mempengaruhi tingka laku, emosi, pikiran, persepsi, pergerakan dan perilaku individu. Dalam artinya apa yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaannya

2. Etiologi Skizofrenia

Menurut Videback (2020) skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor biologis

a) Factor genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka.

b) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relative lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitter otak pada individu penderita skizofrenia sehingga sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan dan tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup.

3) Faktor sosialkultural dan lingkungan

Menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individual dari sosial ekonomi yang lebih tinggi.

b. Faktor presipitasi

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak mengatur proses informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidak mampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu gejala

Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu (Sugeng, 2021).

3. Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Hawari (2018),gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi dalam 2 (dua) kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif. Selengkapnya seperti pada uraian berikut:

a. Gejala positif skizofrenia

Gejala positif merupakan gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat (Hawari,2018).Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu:.

- 1)Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.
- 2) Halusinasi, yaitu pengalaman panca inderatan parangsangan (stimulus). Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya pada hal tidak ada sumber dari suara atau bisikian itu.
- 3)Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
- 5) Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.

6).Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.

7) Menyimpan rasa permusuhan.

b. Gejala negatif skizofrenia

Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karena nya pihak keluarga sering kali terlambat membawa pasien berobat (Hawari, 2018). Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu:

1) Alam perasaan (affect) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.

2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (withdrawn) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).

3) Kontak emosional amat “miskin”, suka diajak bicara, pendiam.

4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.

5) Sulit dalam berpikir abstrak.

6) Pola pikir stereotip.

4. Pemeriksaan Penunjang

Skizofrenia Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan untuk pasien skizofrenia (Townsend, 2018), yaitu:

a. Neuropatologi

Diagnosa definitif tidak dapat ditegakkan tanpa adanya konfirmasi neuropatologi.

Secara umum didapatkan:

1) Atropi yang bilateral, simetris lebih menonjol pada lobus temporal parietal, anterior frontal, sedangkan korteks oksipital, korteks motorik primer, sistem somato sensorik tetap utuh 2) Berat otaknya berkisar 1000 gr (850-1250gr).

b. Pemeriksaan neuro psikologik

Penyakit alzheimer selalu menimbulkan gejala demensia.

1) Fungsi pemeriksaan neuro psikologik ini untuk menentukan ada atau tidak adanya gangguan fungsi kognitif umum dan mengetahui secara rinci pola defisit yang terjadi.

2) Test psikologis ini juga bertujuan untuk menilai fungsi yang ditampilkan oleh beberapa bagian otak yang berbeda-beda seperti gangguan memori, kehilangan ekspresi, kalkulasi, perhatian dan pengertian berbahasa.

c. CT scan:

1) Menyingkirkan adanya penyebab demensia lainnya selain Alzheimer seperti multi infark dan tumor serebri. Atropikortikal menyeluruh dan pembesaran ventrikel keduanya merupakan gambaran marker dominan yang sangat spesifik pada penyakit ini.

2) Penipisan substansia alba serebri dan pembesaran ventrikel berkorelasi dengan beratnya gejala klinik dan hasil pemeriksaan status mini mental.

d. MRI

1) Peningkatan intensitas pada daerah kortikal dan periventri kuler (*Capping anterior horn pada ventrikel lateral*). Capping ini merupakan predileksi untuk demensia awal. Selain didapatkan kelainan di kortikal, gambaran tropi juga terlihat pada daerah subkortikal seperti adanya atropihipo kampus, amigdala, serta pembesaran sisterna basalis dan fissura sylvii.

2) MRI lebih sensitif untuk membedakan demensia dari penyakit alzheimer dengan penyebab lain, dengan memperhatikan ukuran (atropi).

e. EEG

Berguna untuk mengidentifikasi aktifitas bangkitan yang suklinis. Sedang pada penyakit alzheimer didapatkan perubahan gelombang lambat pada lobus frontalis yang non spesifik.

f. PET (*Positron Emission Tomography*) Pada penderita alzheimer, hasil PET ditemukan

1) Penurunan aliran darah

2) Metabolisme O₂

3) Dan glukosadi daerah serebral

4) Uptake I.123 sangat menurun pada regional parietal, hasil ini sangat berkorelasi dengan kelainan fungsi kognisi dan selalu dan sesuai dengan hasil observasi penelitian neuropatologi.

g. SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*)

Aktivitas I. 123 terendah pada refioparieral penderita alzheimer. Kelainan ini berkolerasi dengan tingkat kerusakan fungsional dan defisit kogitif. Kedua pemeriksaan ini (SPECT dan PET) tidak digunakan secara rutin.

h. Laboratorium darah

Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang spesifik pada penderita alzheimer. Pemeriksaan laboratorium ini hanya untuk menyingkirkan penyebab penyakit demensia lainnya seperti pemeriksaan darah rutin, B12, Calsium, Posfor, BSE, fungsirenal dan hepar, tiroid, asamfolat, serologisifilis, skreening antibody yang dilakukan secara

5. Penatalaksanaan Skizofrenia

Penata laksanaan diagnosa medis skizofrenia, yaitu:

a. Psiko farma skologi

Menurut Hawari (2017), jenis obat psikfarmaka, dibagi dalam 2 golongan yaitu:

1) Golongan generasi pertama (typical)

Obat yang termasuk golongan generasi pertama, misalnya: Chlorpromazine HCL (Largactil, Promactil, Meprosetil), Trifluoperazine HCL (Stelazine), Thioridazine HCL (Melleril), dan Haloperidol (Haldol, Govotil, Serenace).

2) Golongan kedua (atypical) Obat yang termasuk generasi kedua, misalnya: Risperidone (Risperdal, Rizodal, Noprenia), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapine (Seroquel), dan Clozapine (Clozaril).

b. Psikoterapi Pemeriksaan

Terapi kejiwaan atau psiko terapi pada klien, baru dapat diberikan apabila klien dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri sudah baik. Psikoterapi pada klien dengan gangguan jiwa adalah berupa terapi musik klasik

c. Terapi somatic

Beberapa jenis terapi somatik, yaitu:

1) Restraining

Restraining adalah terapi dengan menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien (Riyadi dan Purwanto, 2015).

2) Seclusion

Seclusion adalah bentuk terapi dengan mengurung klien dalam ruangan khusus (Riyadi dan Purwanto, 2015).

3) Foto therapy atau terapi cahaya

Foto terapi atau sinar adalah terapi somatic pilihan. Terapi ini diberikan dengan memaparkan klien sinar terang (5-20 kali lebih terang dari sinar ruangan) (Riyadi dan Purwanto, 2015).

4) ECT (*ElectroConvulsifTherapie*)

ECT adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik (Riyadi dan Purwanto, 2015).

d. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan suatu kelompok atau komunitas dimana terjadi interaksi antara penderita dan dengan para pelatih (sosialisasi), pada masa rehabilitasi ini juga pasien dapat diberikan terapi nafas dalam.

B. Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seseorang yang di tujukan 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). Stuart and Laraia (2015), menyatakan perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan

(panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman secara fisik atau konsep diri. Perasaan terancam ini dapat berasal dari stressor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik.

Risiko perilaku kekerasan rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan 12 emosional. Perilaku kekerasan dapat berupa verbal, fisik dan lingkungan (Keliatet al., 2019). Risiko Perilaku kekerasan adalah suatu tindakan dimana seseorang memiliki riwayat perilaku kekerasan yang dapat membahayakan secara fisik, baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, disertai dengan amuk, dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Direja, 2016).

2. Faktor Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut PPNI (2017), faktor risiko dari masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, yaitu:

- a. Pemikiran waham/delusi
- b. Curiga pada orang lain
- c. Halusinasi
- d. Berencana bunuh diri
- e. Disfungsi sistem keluarga

- f. Kerusakan kognitif
- g. Disorientasi atau konfusi
- h. Kerusakan kontrol impuls
- i. Persepsi pada lingkungan tidak akurat
- j. Alam perasaan depresi
- k. Riwayat kekerasan pada hewan
- l. Kelainan neurologis
- m. Lingkungan tidak teratur
- n. Penganiayaan atau pengabaian anak
- o. Riwayat atau ancaman terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
- p. Impulsif
- q. Ilusi

3. Kondisi Klinis Terkait

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), kondisi klinis terkait dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, yaitu:

- a. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual
- b. Sindrom otak organik (misalnya: penyakit Alzheimer)

- c. Gangguan perilaku
- d. Oppositional defiant disorder
- e. Depresi
- f. Serangan panik
- g. Gangguan Tourette
- h. Delirium
- i. Demensia
- j. Gangguan mnestic
- k. Halusinasi
- l. Upaya bunuh diri
- m. Abnormalitas neurotransmitter otak

4. Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Videbeck (2018) Psikofar maka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa, jenis obat psikofarmaka adalah:

1) Chlorpromazine (CPZ, Largactil)

Indikasi untuk menekan gejala-gejala psikosa: agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang biasanya

terdapat pada penderita skizofrenia, mania depresif, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil.

2) Haloperidol (Haldol, Serenace)

Indikasinya yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku berat pada anak-anak. Dosis oral untuk dewasa 1-6 mg sehari yang terbagi 6-15 mg untuk 15 keadaan berat. Kontraindikasinya depresi sistem saraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap halo peridol. Efek sampingnya sering mengantuk, kaku, tremorlesu, letih, gelisah.

3) Antikolinergik

Indikasi dan kontrain dikasi obat antik olinergik adalah obat yang mempengaruhi fungsi persarafan. Di dalam tubuh manusia terdiri dari beribu-ribu sel saraf. Sel saraf satu dengan yang lainnya berkomunikasi melaluizat yang disebut sebagai neurotransmitter. Terdapat berbagai jenis neurotransmitter tergantung pada jenis sel sarafnya. Salah satu neurotransmit terutama di tubuh kita adalah asetil kolin.

4) ECT (*Electro Convulsive Therapy*)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandma secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui elektrode yang dipasang satu atau dua temples. Therapi kejang listrik diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuro leptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

b. Tindakan keperawatan

Menurut Videbeck (2018) Penata laksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan meliputi:

1) Terapi lingkungan

Begitu pentingnya bagi perawat untuk mempertimbangkan lingkungan bagi semua pasien ketika coba mengurangi atau menghilangkan agresif. Aktivitas atau kelompok yang direncanakan seperti permainan kartu, menonton dan mendiskusikan sebuah film, atau diskusi informal memberikan pasien kesempatan untuk membicarakan peristiwa atau isu ketika pasien tenang.

2) Terapi kelompok

Pada terapi kelompok, pasien berpartisipasi dalam sesi bersama dalam kelompok individu. Para anggota kelompok bertujuan sama dan diharapkan memberi kontribusi kepada kelompok untuk membantu yang lain dan juga mendapat bantuan dari yang lain.

3) Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikut sertakan pasien dan anggota keluarganya. Tujuannya ialah memahami bagaimana dinamika keluarga memengaruhi psikopatologi klien, memobilisasi kekuatan dan sumber fungsional keluarga, merestrukturisasi gaya perilaku keluarga yang maladaptive, dan menguatkan perilaku penyelesaian masalah keluarga.

4) Terapi individual Psikoterapi

Individu adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individual dengan cara mengkaji perasaan, sikap, carapikir, dan perilakunya. Dimana terapi ini mempunyai hubungan personal antara pasien dan ahli terapi. Tujuan dari terapi individual yaitu memahami diri dan perilaku mereka sendiri, membuat hubungan personal, memperbaiki hubungan interpersonal, atau berusaha lepas dari sakit hati atau ketidakbahagiaan. Salah satu terapi yang dapat diberikan kepada pasien yaitu terapi musik klasik.

5) Terapi musik klasik

Terapi musik klasik mendorong klien untuk menceritakan permasalahan-permasalahannya, terapi musik bersifat nonverbal. Dimana dengan bantuan musik, pikiran klien dibiarkan mengembara, baik untuk mengenang hal-hal yang bahagia, membayangkan ketakutan yang dirasakan hal-hal yang dicita-citakan dan sesuatu yang diimpikan (Djohan, 2019)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Agnecia (2021) tentang penerapan terapi musik klasik terhadap penurunan tanda dan gejala pasien resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit jiwa Daerah provinsi lampung dengan didapatkan hasil dari satu sampel pengaruh terapi musik klasik terhadap resiko perilaku kekerasan pasien dengan presentasi perilaku kekerasan mencapai 66,7% dan setelah diberikan terapi musik selama tiga hari enam kali pertemuan dilakukan pada pagi dan siang turun sebanyak 58% yaitu menjadi 8,3%.

Pada penelitian yang dilakukan oleh pramesuri (2019) Yang membahas tentang analisis intervensi terapi musik klasik dalam mengontrol marah pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan hasil dari dua responden meningkat yaitu responden 1 skoring 54 dan setelah dilakukan tindakan menjadi 69. Responden 2 skoring 48 dan setelah dilakukan tindakan menjadi 61. penelitian tersebut juga dijelaskan bahwa terapi musik klasik dapat dilakukan setiap hari selama 15 menit selama 3 hari

C. Terapi Musik Klasik

1. Definisi Terapi Musik Klasik

Musik klasik juga didefinisikan sebagai musik masa lampau yang selalu memperhatikan tata tertib penyajiannya dan termasuk standar karya klasik walaupun diciptakan pada masa sekarang. Selanjutnya musik klasik diartikan sebagai semua musik dengan keindahan intelektual yang tinggi dari semua zaman, baik itu berupa simfoni, mozart, catata bach, piano atau karya-karya abad 20 (Trisianti, 2018).

World Federation of Music Therapy dalam Hidayat (2020) menjelaskan terapi musik adalah terapi yang menggunakan musik berupa suara, ritme, melodi dan harmoni untuk memfasilitasi tujuan terapeutik yang sesuai dengan kebutuhan fisik, emosi, mental, dan kognitif seseorang.

Terapi musik adalah suatu intervensi yang menggunakan musik dalam hubungan terapeutik untuk pemenuhan kebutuhan fisik emosional, kognitif dan sosial seseorang individu. Dengan keterlibatan musik dalam intervensi, perasaan klien diperkuat dan diperbesar. Terapi musik juga memberi ruangan untuk komunikasi yang

dapat membantu klien ketika sulit untuk mengeksperikan diri dengan lisan. Tidak ada jenis musik paling umum, semua gaya musik memiliki potensi untuk berguna dalam mempengaruhi perubahan dalam kehidupan klien atau pasien (Suryani,2018).

Terapi Musik klasik merupakan intervensi yang sedang berkembang belakangan ini sebagai sebuah intervensi sistematis dengan terapi yang membantu klien untuk meningkatkan kesehatan menggunakan pengalaman musik dan hubungan yang berkembang diantaranya sebagai kekuatan dinamis perubahan (Geraldina, 2017). Terapi musik ini dilakukan dengan beberapa metode yaitu menyanyi dan bermain instrument, menulis lagu, memilih lagu,review kehidupan bermusik. Musik yang digunakan dalam terapi musik sendiri disarankan musik yang lembut dan teratur seperti instrumental dan musik klasik (Yinger, 2017).

2.Macam-Macam Musik Klasik

Menurut Gusti (2018), musik klasik memiliki beberapa macam atau penggolongan yaitu sebagai berikut:

1. Musik Blues

Penelitian oleh Barber 8 Barber pada tahun (2005) mendapatkan hasil bahwa setelah para siswa mendengarkan musik jazz, mood mereka menjadi lebih enak,sehingga membantu para siswa untuk belajar, Musik ini bertujuan mengatasi cemas, marah,depresi,takut.

2. Penelitian yang di lakukan oleh Dr. Leigh Riby dan George Caldwell membuktikan bahwa siswa yang mendengarkan musik rock hanya membutuhkan

sedikit kerja otak untuk mengerjakan tugas dengan baik, Selain itu musik rock juga meningkatkan produktivitas ketika sedang bekerja

3. Musik Mozart

Musik mozart dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa bermanfaat bagi bidang kesehatan, Samuel halim dalam penelitiannya menemukan bahwa efek mozart membantu menyembuhkan penyakit alzheimer. Penelitian lain yang dilakukan oleh campbel menemukan bahwa musik klasik bisa membantu penyembuhan penyakit seperti stres, kanker, dan tekanan darah tinggi

3. Manfaat Terapi Musik Klasik

Menurut (Suryana, 2018) manfaat terapi musik yaitu sebagai manajemen nyeri, rehabilitasi fisik, pengurangan stres dan kecemasan, relaksasi, pertumbuhan dan perkembangan, pengontrol diri, perubahan positif dalam suasana hati dan keadaan emosional, belajar keterampilan dan mekanisme koping, berpengaruh untuk perubahan fisiologis yang positif.

Menurut Kemper dkk dalam Hidayat (2020) salah satu efek musik yaitu mengurangi kecemasan dan stress, karena musik dapat mempengaruhi lingkungan. Mengalihkan perhatian dan mengurangi dampak dari suara yang mengganggu. Musik digunakan sebagai intervensi yang efektif untuk mengurangi stress, menciptakan distraksi pengalihan, khususnya resiko perilaku kekerasan.

4. Kelompok Terapi Musik

Menurut Hidayat (2020) terapi musik dikelompokkan menjadi dua yaitu:

1. Terapi musik aktif, artinya pasien diajak bernyanyi, belajar memainkan alat musik, menirukan nada-nada, bahkan membuat lagu singkat.
2. Terapi musik pasif, pasien tinggal mendengarkan dan menghayati suatu alunan musik tertentu yang disesuaikan dengan kondisi yang dihadapinya termasuk penyakit yang dideritanya.

3. Prosedur Terapi Musik

Pada pelaksanaan terapi musik harus dengan menggunakan prosedur agar manfaatnya dapat diperoleh dengan maksimal. Berikut ini prosedur pelaksanaan terapi musik secara umum menurut (Suryana, 2018), namun dalam pelaksanaannya tentu dapat dimodifikasi dan disesuaikan:

1. Melakukan terapi musik klasik dengan memilih tempat yang tenang dan bebas dari gangguan
2. Pada awal terapi didengarkan terlebih dahulu jenis musik untuk mengetahui respon tubuh dari tubuh responden, lalu anjurkan responden untuk duduk di lantai dengan posisi tegak dan kaki bersilang. Ambil nafas dalam-dalam tarik dan keluarkan secara perlahan-lahan melalui hidung.
3. Bayangkan gelombang suara dan mengalir ke seluruh tubuh pasien. Bukan hanya dirasakan secara fisik tapi juga fokuskan ke dalam jiwa, biarkan musik itu mengalir melewati seluruh tubuh.

4. Lakukan terapi musik selama 15 menit,idealnya, peneliti dapat melakukan terapi musik selama kurang lebih 30 menit sehingga satu jam setiap jam setiap harin
5. Intervensi lebih bagusnya dilaksanakan selama 6 kali pertemuan,dimana hal ini dikutip dari jurnal penelitian yang dilakukan olehb Ismaya dan Asti (2019),dimana penerapan pemberian musik klasik pada pasien RPK dilakukan sebanyak 6 kali dalam kurun waktu 6 hari.

Tabel 1

Adapun SOP terapi musik klasik adalah sebagai berikut :
SOP Terapi Musik Klasik Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasa

PENGERTIAN	Terapi musik klasik untuk menurunkan tanda-tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan (RPK)
TUJUAN	Menurunkan tanda-tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan (RPK)
KEBIJAKAN	Pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan masalah resiko perilaku kekerasan (RPK)
PETUGAS	Perawat
PERALATAN	1.Smartphone 2.Lembar instrumen pengkajian,lembar observasi,kemampuan melakukan tindakan terapi musik klasik 3.Headset

PROSEDUR	Tahap Prainteraksi
PELAKSANAAN	1.Mencuci tangan 2.Menyiapkan alat Tahap Orientasi 3. Memberikan salam,memperkenalkan diri dan sapa nama pasien 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 5.Memberitaukan pasien tindakan tentang tindakan yang akan dilakukan Tahap Kerja 6.Mengobservasi tanda dan gejala RPK sebelum diberikan terapi musik klasik 7.Menyiapkan alat pemutar musik yang akan dipergunakan untuk terapi 8.Memberikan posisi nyaman mungkin kepada pasien 9.Menjelaskan aturan ketika mendengarkan musik klasik 10.Menanyakan kesiapan pasien untuk dimulai pemberian terapi 11.Memasang headset di kedua telinga pasien 12. Meminta pasien memejamkan mata 13.Memutar musik klasik yang sudah di siapkan selama kurang lebih 15 menit 14.Mengobservasi kemampuan dalam mengikuti tindakan

	terapi musik klasik untuk menurunkan tanda dan gejala RPK dan menuliskan kedalam lembar observasi tanda dan gejala RPK 15.Mengucapkan teria kasih dan berpamitan
--	---

Sumber : (Septiyawati, Diploma Tiga Keperawatan and KeperawatanPelni Jakarta, 2021)

D. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1. Identitas Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

b. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat, 2016).

c. Faktor Predisposisi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan sebelumnya pernah mendapat perawatan di rumah sakit. Pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa, sehingga pasien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Biasanya gejala

timbul merupakan anak ibattrauma yang dialami pasien berupa penganiayaan fisik, kekerasan di dalam keluarga atau lingkungan, tindakan kriminal yang pernah disaksikan, dialami ataupun melakukan kekerasan tersebut.

d. Pemeriksaan Fisik

Biasanya saat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah meningkat, nadi cepat, pernafasaan cepat ketika pasien marah, mata merah, mata melotot, pandangan mata tajam, otot tegang, suara tinggi, nada yang mengancam, kasar dan kata-kata kotor, tangan menggepal, rahang mengatup serta postur tubuh yang kaku.

e. Biopsiokosial

1) Aspek biologis

Respon fisiologis timbul karena kegiatan system saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat. Tachikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatkan kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh kaku, dan reflek cepat. Hal ini disebabkan oleh energy yang dikeluarkan saat marah bertambah.

2) Aspek Emosional

Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin memukul orang lain, mengamuk, bermusuhan dan sakit hati, menyalahkan, dan menuntut.

3) Aspek intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup individual didapatkn melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi proses, diklarifikasi, dan diintegrasikan.

4) Aspek sosial

Meliputi interaksi social, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien sering kali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkahlaku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individual sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.

5) Aspek spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan marah dan rasa tidak berdosa.

Dari uraian tersebut diatas jelaslah bahwa perawat perlu mengkaji individual secara komprehensif meliputi aspek fisik, emosi, intelektual, social dan spiritual yang secara singkat dapat dilukiskan sebagai berikut:

- a) Aspek fisik :terdiri dari :muka merah, pandangan tajam, nafas pendek dan cepat, berkeringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat.
- b) Aspek emosi :tidak adekuat, tidak aman, dendam, jengkel.
- c) Aspek intelektual :mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan.
- d) Aspek social :menarik diri, penolakan, kekerasan, ejekan, humor.

2. Daftar Masalah Keperawatan

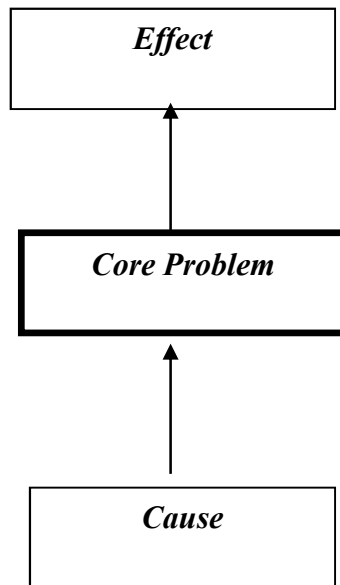
Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016)

Diagnosis keperawatan memiliki dua jenis yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif merupakan diagnosis yang menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarah pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan termasuk diagnosis negatif yang tidak memiliki tanda dan gejala akan tetapi memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan (PPNI, 2016)

Faktor risiko pada risiko perilaku kekerasan yaitu, pemikiran waham/ delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, disfungsi sistem keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi atau konfusi, kerusakan kontrol impuls, persepsi pada

lingkungan tidak akurat, alam perasaan depresi, riwayat ancaman kekerasan pada diri sendiri atau orang lain atau distruksi property orang lain (PPNI, 2016)

3. Pohon Masalah



Gambar 1 Pohon Masalah Pada Tn.W Diruangnn Sri Kresna Rumh Sakit Manah Shanti Mahottama.

Pohon masalah dalam keperawatan jiwa alat yang digunakan untuk menganalisis masalah keperawatan secara visual dan sistematis dan dapat membantu dalam mengidentifikasi akar masalah hubungan sebab- akibat serta memprioritaskan intervensi keperawatan yang tepat dan digunakan untuk menganalisis dan memvisualisasikan hubungan sebab-akibat antara masalah-masalah yang di alami oleh pasien serta menunjukan hubungan antara masalah utama dan penyebab serta akibat.

3. Rencana keperawatan

Tabel 2

Intervensi keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	2	3	4
Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) Definisi : Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain Faktor Risiko : 1. Pemikiran waham/delusi 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi sistem keluarga 6. Kerusakan kognitif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x pertemuan dalam waktu 15 menit jam diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil: Kontrol Diri (L.09076) 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5). 2. Verbalisasi umpatan menurun (5). 3. Perilaku menyerang menurun (5).	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi: 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). Terapeutik:	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi: 1. Agar meminimalkan potensi bahaya bagi Pasien dan orang lain 2. Agar pasien tidak merugikan orang lain 3. Agar tidak digunakan pasien untuk membahayakan diri Sendiri atau orang lain

5. 10. Alam perasaan depresi	4. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun (5).	1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin.	Terapeutik:
6. 11. Riwayat kekerasan Pada hewan		3	1. Agar lingkungan pasien aman dan tidak membayakan
7. 12. Kelainan neurologis	5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5).	2. Libatkan keluarga dalam perawatan.	2. Agar pasien merasakan bahwa keluarga ikut mendukung proses kesembuhan pasien
8. 13. Lingkungan tidak teratur	6. Perilaku agresif/ amuk menurun (5).	Edukasi:	Edukasi:
9. 14. Penganiayaan atau	7. Suara keras menurun (5).	1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung Keselamatan pasien.	1. Agar pasien dapat mengungkapkan perasaannya kepada orang
10. pengabaian anak	8. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun (5).	2. Latih cara mengungkapkan perasaan asertif.	rang lain
11. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain	9. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun (5).	3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita).	2. Agar pasien dapat mengurangi dan
12. Impulsive	10. Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun (5).	Kalaborasi	mengontrol marah
13. Ilusi	11. Verbalisasi rencana bunuh diri menurun (5).	1. Kalaborasi pemberian obat	
14. Kondisi Klinis Terkait		Promosi Koping (I.09312)	Kalaborasi
Kondisi Klinis Terkait		Observasi	1. Kalaborasi pemberian obat Clozapine
1. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual			
2. Sindrom otak organik (mis. penyakit Alzheimer)			
3. Gangguan perilaku			
4. Oppositional defiant disorder			
5. Depresi			
6. Serangan panik			

7.Gangguan Tourette	12.Vervalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun (5).	1.Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan	tablet 25mg (1x sehari) Risperidone tablet 2 mg(2 x sehari)
8.Delirium	13. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun (5).	2.Identifikasi kemampuan yang dimiliki	2.Membantu pasien dalam memperkuat motivasi pasien menjalani pengobatan
9.Demensia	14. Euforia menurun (5).	3.Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan	3 untuk mengetahui kelebihan dan kemampuan
.Gangguan amnesti	15.Alam perasaan depresi menurun (5).	4. Identifikasi pemahaman proses penyakit	4. untuk mengetahui pengenalan masalah dalam keluarga
		5.Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan	5.Untuk mengetahui mekanisme koping dalam keluarga
		6. Identifikasi metode penyelesaian masalah	
		7.Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan Sosial	
		8.Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan Sosial	

Terapeutik

1. Diskusikan perubahan peran yang dialami

2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri

4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan

5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah atau rasa malu

6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri

7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan

8.Berikan
pilihan realistis
mengenai aspek-
aspek

9.Motivasi untuk
menentukan
harapan yang
realistis

10.Tinjau
kembali
kemampuan
dalam
pengambilan
keputusan

11.Hindari
mengambil
keputusan saat

12. Motivasi
terlibat dalam
kegiatan sosial

13.Motivasi
mengidentifikasi
sistem
pendukung yang
tersedia

14.Damping saat
berduka (mis.
penyakit kronis,
kecacatan)
perkenalkan
dengan orang
atau kelompok
yang berhasil
mengalami
pengalaman
sama

15.Dukung
penggunaan
mekanisme
pertahanan yang
tepat

16.Kurangi
rangsangan
lingkungan yang
mengancam

Edukasi

1.Anjurkan
menjalin
hubungan yang
memiliki
kepentingan dan
tujuan sama

2. Anjurkan
penggunaan
sumber spiritual,
jika perlu

3.Anjurkan
mengungkapkan
perasaan dan
persepsi

4. Anjurkan
keluarga terlibat

5. Anjurkan
membuat tujuan
yang lebih
spesifik

6 Ajarkan cara
memecahkan
masalah secara
konstruktif

7.Latih
penggunaan
teknik relaksasi

Kalaborasi

1.Kalaborasi
pemberian

obat Clozapine
tablet

25mg (1x
sehari)Rispe

ridone tablet 2
mg(2 x sehari)

2.Membantu
pasien dalam
memperkuat
motivasi

pasien
menjalani

pengobatan

(Sumber: PPNI, SDKI, SIKI, SLKI, (2017))

4. ImplementasiKeperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat melakukan intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mencapai luaran (outcome) yang telah ditetapkan (PPNI, 2018). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih di butuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien pada saat ini (*here and now*).

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Mulyanti, 2017). Implementasi keperawatan terhadap pasien diberikan secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan keperawatan. Implementasi keperawatan pada tabel resiko perilaku kekerasan tujuan intervensi sudah disusun sesuai dalam bentuk tabel:

Tabel 3

Implementasi keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Temu/Waktu	Diagnosis keperawatan	Implementasi	Respon Pasien
1	2	3	4

Sumber: PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Proses asuhan keperawatan yang terakhir adalah evaluasi. Evaluasi keperawatan didasarkan pada luaran (*outcome*) yang sudah ditetapkan. Evaluasi keperawatan merupakan proses berkelanjutan untuk menilai hasil dari implementasi keperawatan yang sudah diberikan kepada klien (Simanulang, 2020) Menurut PPNI (2018) evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan pedoman SOAP meliputi, subjektif (S) yang merupakan suatu respon subjektif dari klien terhadap implementasi keperawatan yang telah diberikan, objektif (O) merupakan data dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat, analisa ulang (A) merupakan kumpulan data subjektif dan objektif yang menggambarkan masalah teratasi atau belum, dan perencanaan (P) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilaksanakan berdasarkan analisis sebelumnya.

a.Evaluasi formatif (proses):evaluasi yang dilakukan selesai melakukan, tindakan, berorientasi, pada etiologi,dilakukan secara terus- menerus sampai tujuan telah tercapai.

b.Evaluasi sisumatif (hasil):merupakan evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan dan berorientasi pada masalah keperawatan yang menjelaskan keberhasilan/tidaknya serta memberikan kesimpulan dari suatu tindakan dalam jangka waktu tertentu.

Tabel 4

Evaluasi Keperawatan ResikoPerilakuKekerasan

Temu/waktu	Evaluasi	Paraf
1	2	3
	S: O: A: P:	

