

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2018). Pengertian yang lebih ringkas diungkapkan oleh Hawari (2018), dimana skizofrenia berasal dari dua kata “*Skizo*” yang artinya retak atau pecah (*spilt*), dan “*frenia*” yang artinya jiwa. Dengan demikian skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*), sedangkan pengertian yang lebih lengkap diungkapkan oleh Direja (2016) bahwa skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi.

2. Tanda dan gejala

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 indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal 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 karenanya pihak keluarga seringkali 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”, sukar diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak.
- 6) Pola pikir stereotip.

3. Pemeriksaan penunjang

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 temporoparietal, anterior frontal, sedangkan korteks oksipital, korteks motorik primer, sistem somatosensorik tetap utuh
- 2) Berat otaknya berkisar 1000 gr (850-1250gr).

b. Pemeriksaan neuropsikologik

Penyakit alzheimer selalu menimbulkan gejala demensia.

- 1) Fungsi pemeriksaan neuropsikologik 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 kemungkinan adanya penyebab demensia lainnya selain alzheimer seperti multiinfark dan tumor serebri. Atropi kortikal 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 periventrikuler (*Capping anterior horn* pada ventrikel lateral). *Capping* ini merupakan predileksi untuk demensia awal. Selain didapatkan kelainan di kortikal, gambaran atropi juga terlihat pada daerah subkortikal seperti adanya atropi hipokampus, 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) dari hipokampus.

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 glukosa didaerah serebral
- 4) Up take I.123 sangat menurun pada regional parietal, hasil ini sangat berkorelasi dengan kelainan fungsi kognisi dan selulu dan sesuai dengan hasil observasi penelitian neuropatologi.

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

Aktivitas I. 123 terendah pada refio parieral 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, fungsi renal dan hepar, tiroid, asam folat, serologi sifilis, skreening antibody yang dilakukan secara selektif.

4. Penatalaksanaan

Adapun jenis pengobatan pada pasein skizofrenia (Maramis, 2018), adalah sebagai berikut:

a. Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Strategi pengobatan

tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Walaupun tetap masih ada waham dan halusinasi, pasien tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif, mau ikut serta dalam kegiatan lingkungannya dan mau turut terapi kerja.

b. *Elektro Convulsive* Terapi (ECT)

ECT baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terhadap skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi ECT, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.

c. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi suportif atau kelompok dapat membantu pasien serta memberikan bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan pasien kembali ke masyarakat. Terapi perilaku dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, merawat diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal.

B. Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Risiko perilaku kekerasan merupakan berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017). Risiko perilaku kekerasan adalah rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan

emosional. Perilaku kekerasan dapat berupa verbal, fisik dan lingkungan (Keliat et 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. Data Mayor dan Minor

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), data mayor dan minor dari masalah perilaku kekerasan, yaitu

a. Tanda dan Gejala Mayor

Tabel 1
Gejala dan Tanda Mayor Perilaku Kekerasan

Subyektif	Objektif
1. Mengancam	1. Menyerang
2. Mengumpat dengan kata-kata kasar	2. Melukai diri sendiri/orang lain
3. Suara keras	3. Merusak lingkungan
4. Bicara ketus	4. Perilaku agresi/amuk

Sumber: (PPNI, SDKI, 2017)

b. Tanda dan Gejala Minor

Tabel 2
Gejala dan Tanda Minor Perilaku Kekerasan

Subyektif	Objektif
(Tidak tersedia)	1. Mata melotot atau pandangan tajam
	2. Tangan mengepal
	3. Rahang mengatup
	4. Wajah memerah
	5. Postur tubuh kaku

Sumber: (PPNI, SDKI, 2017)

3. Faktor risiko

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (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

4. 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 amnestic
- k. Halusinasi
- l. Upaya bunuh diri
- m. Abnormalitas neurotransmitter otak

5. Penatalaksanaan

a. Terapi Medis

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

1) *Chlorpromazine (CPZ, Largactile)*

Indikasi untuk mensupresi 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 Gilles de la Tourette 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

keadaan berat. Kontraindikasinya depresi sistem saraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol. Efek samping nya sering mengantuk, kaku, tremor lesu, letih, gelisah.

3) Antikolinergik

Indikasi dan kontraindikasi obat antikolinergik adalah obat yang mempengaruhi fungsi persarafan. Di dalam tubuh manusia terdiri dari beribu-ribu sel saraf. Sel saraf satu dengan yang lainnya berkomunikasi melalui zat yang disebut sebagai neurotransmitter. Terdapat berbagai jenis neurotransmitter tergantung pada jenis sel sarafnya. Salah satu neurotransmitter utama di tubuh kita adalah asetilkolin.

4) ECT (*Electro Convulsive Therapy*)

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

b. Tindakan keperawatan

Menurut (Videbeck, 2018) Penatalaksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan meliputi:

1) Terapi lingkungan

Begitu pentingnya bagi perawat untuk mempertimbangkan lingkungan bagi semua pasien ketika mencoba 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. Aktivitas juga melibatkan pasien dalam proses terapeutik dan meminimalkan kebosanan. Penjadwalan interaksi satu-satu dengan pasien menunjukkan perhatian perawat yang tulus terhadap pasien dan kesiapan untuk mendengarkan masalah pikiran serta perasaan klien. Mengetahui apa yang diharapkan dapat meningkatkan rasa aman pasien.

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. Peraturan kelompok ditetapkan dan harus dipatuhi oleh semua anggota kelompok. Dengan menjadi anggota kelompok, pasien dapat mempelajari cara baru memandang masalah atau cara coping atau menyelesaikan masalah dan juga membantunya mempelajari keterampilan interpersonal yang penting.

3) Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan 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 individu

Psikoterapi individu adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara pikir, dan perilakunya.

Dimana terapi ini mempunyai hubungan personal antara pasien dan ahli terapi. Tujuan dari terapi individu 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 instrumental.

Musik instrumental bermanfaat menjadikan badan, pikiran, dan mental menjadi sehat. Musik instrumental berasal dari suara alat musik dan tanpa syair atau lirik, sehingga pendengar atau pemain musik sendiri melibatkan hati, jiwa dan pikiran pada saat menikmati musik. Musik instrumental juga bisa menjadi alternatif cara untuk penyembuhan gangguan jiwa, khususnya dengan perilaku kekerasan atau agresif (Taqiyah, 2016). Didukung oleh penelitian Sulistyowati (2019), yang mengungkapkan bahwa adanya penurunan perilaku kekerasan setelah diberikan terapi musik.

C. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian

Data subyektif dan obyektif yang dikaji pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017), dengan faktor risiko 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

Proses penyebab terjadinya perilaku kekerasan dijelaskan secara rinci berdasarkan faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Fitria, 2018), yaitu:

a. Faktor Predisposisi

Menurut (Fitria, 2018) terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang faktor predisposisi perilaku kekerasan, diantaranya sebagai berikut:

1) Teori Biologik

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

- a) Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat implus agresif. Sistem limbik

sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons kekerasan.

- b) Pengaruh biokimia, bahwa berbagai *neurotransmitter* (*epinefrin, norefinefrin, dopamin, 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 kekerasan pada seseorang.
- c) Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku kekerasan sangat erat kaitannya dengan genetik, termasuk genetik tipe kariotipe XYY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara, pelaku tindak kriminal.
- d) Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsi (epilepsi lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku kekerasan dan tindak kekerasan.

2) Teori Psikologik

- a) Teori psikoanalitik, 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 dari dalam kehidupan.
- b) Terori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologik.

3) Teori sosiokultural, kontrol di masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal, yaitu sebagai berikut:

- 1) Internal adalah semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, rasa takut sakit, hilang kontrol dan lain-lain.
- 2) Eksternal adalah penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, krisis dan lain-lain.

2. Diagnosi keperawatan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2017) rumusan diagnosis keperawatan untuk masalah risiko perilaku kekerasan yaitu risiko perilaku kekerasan, dengan faktor risiko 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. Rencana keperawatan

a. Tujuan asuhan keperawatan

Menurut PPNI (2019), dalam SLKI adapun tujuan dari risiko perilaku kekerasan yaitu setelah diberikan asuhan keperawatan pasien mempunyai kontrol diri, dengan kriteria hasil:

- 1) Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun
- 2) Verbalisasi umpatan menurun
- 3) Perilaku menyerang menurun
- 4) Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun
- 5) Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun
- 6) Perilaku agresif/amuk menurun
- 7) Suara keras menurun
- 8) Bicara ketus menurun

b. Intervensi keperawatan

Menurut (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2018) dalam SIKI intervensi keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan, yaitu:

1) Manajemen pengendalian marah

Observasi:

1. Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan
2. Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan
3. Monitor potensi agresi tidak konstruktif melakukan tindakan sebelum agresif

Terapeutik

1. Gunakan pendekatan yang tenang atau meyakinkan
2. Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif
3. Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah
4. Lakukan kontrol eksternal (pengekangan, seklusi)
5. Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi marah adaptif
6. Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah

Edukasi

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

Kolaborasi

1. Kolaborasi dalam pemberian obat, jika perlu

2) Terapi musik

Observasi:

- a) Identifikasi perubahan perilaku atau fisiologis yang akan dicapai (relaksasi, stimulasi, konsentrasi, pengurangan rasa sakit)
- b) Identifikasi minat terhadap musik
- c) Identifikasi musik yang disukai

Terapeutik

1. Pilih musik yang disukai
2. Posisikan dalam posisi yang nyaman
3. Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan (lampu, suara, pengunjung, panggilan telepon)
4. Sediakan peralatan terapi musik
5. Atur volume suara yang sesuai
6. Berikan terapi musik sesuai indikasi
7. Hindari pemberian terapi musik dalam waktu yang lama

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi musik
2. Anjurkan rileks selama mendengarkan musik

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 situasi nyata sering implementasi jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan, tindakan keperawatan yang biasa adalah rencana tidak

tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. Hal ini sangat membahayakan pasien dan perawat jika berakibat fatal dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melakukan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana perawatan yang akan dilakukan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai kondisi yang dialaminya saat ini. Setelah semua proses validasi tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan sudah boleh dilaksanakan. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien dilaksanakan. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon pasien (Keliat, 2011).

Menurut Setyoadi & Kushariyadi (2016), langkah-langkah pemberian terapi musik, yaitu.

a. Persiapan

1) Persiapan alat dan lingkungan

a) Kursi dan meja

b) Kaset CD musik rindik, tape recorder atau mp3 jenis musik klasik

c) Lingkungan yang tenang, nyaman dan bersih

2) Persiapan klien

a) Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur pelaksanaan, serta meminta persetujuan klien untuk mengikuti terapi musik

b) Posisikan tubuh klien secara nyaman dan rileks

b. Prosedur

1) Memberi kesempatan klien memilih jenis musik

2) Mengaktifkan tape recorder dan mengatur volume suara sesuai dengan selera klien.

- 3) Mempersilakan klien mendengarkan musik selama minimal 15 menit.
- 4) Saat klien mendengarkan musik arahkan untuk fokus dan rileks terhadap lagu yang didengar dan melepaskan semua beban yang ada.
- 5) Setelah musik berhenti klien dipersilakan mengungkapkan perasaan yang muncul saat musik tersebut diputar serta perubahan yang terjadi dalam dirinya.

5. Evaluasi keperawatan

Menurut PPNI (2019), dalam SLKI adapun hasil evaluasi keperawatan yaitu pasien mempunyai kontrol diri, dengan kriteria hasil:

- a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun
- b. Verbalisasi umpatan menurun
- c. Perilaku menyerang menurun
- d. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun
- e. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun
- f. Perilaku agresif/amuk menurun
- g. Suara keras menurun
- h. Bicara ketus menurun