

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP MEDIS SKIZOFRENIA**

##### **1. Definisi Skizofrenia**

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 keretakankepribadian (*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. Etiologi**

Skizofrenia dianggap sebagai gangguan yang penyebabnya multipel dan saling berinteraksi. Diantara faktor multipel itu dapat disebut :

###### **a. Keturunan**

Penelitian pada keluarga penderita skizofrenia terutama anak kembar satu telur angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7- 15%, anak dengan salah satu orang tua menderita

skizofrenia 7-16%. Apabila kedua orang tua menderita skizofrenia 40-60%, kembar dua telur 2-15%. Kembar satu telur 61-68%. Menurut hukum Mendel skizofrenia diturunkan melalui genetik yang resesif. (Lumbantobing, 2007).

b. Gangguan Anatomik

Dicurigai ada beberapa bangunan anatomi di otak berperan, yaitu : Lobus temporal, system limbic dan reticular activating system. Ventrikel penderita skizofrenia lebih besar daripada kontrol. Pemeriksaan MRI menunjukkan hilangnya atau 9 kemungkinan budaya atau adat yang dianggap terlalu berat bagi seseorang dapat menyebabkan seseorang menjadi gangguan jiwa.

c. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan coping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Anna, 2008). Factor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah :

- 1) Biologis : Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk yang ada di dalam otak, yang dapat mengakibatkan
- 2) Stress Lingkungan
- 3) Sumber Coping

### 3. Jenis-jenis Skizofrenia

#### a. Skizofrenia simpleks

Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi pengangguran, dan bila tidak ada orang yang menolongnya ia akan mungkin akan menjadi “pengemis”, “pelacur” atau “penjahat” (Maramis, 2008).

#### b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2008) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.

#### c. Skizofrenia katatonik Menurut Maramis (2008) skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

- 1) Stupor katatonik Pada stupor katatonik, penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya dan emosinya sangat dangkal. Secara tiba-tiba atau perlahan-lahan penderita keluar dari keadaan stupor ini dan mulai berbicara dan bergerak.
- 2) Gaduh gelisah katatonik Pada gaduh gelisah katatonik, terdapat hiperaktivitas motorik, tapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar.

d. Skizofrenia Paranoid

Jenis ini berbeda dari jenis-jenis lainnya dalam perjalanan penyakit. Hebefrenia dan katatonia sering lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplek atau gejala campuran hebefrenia dan katatonia. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan (Maramis, 2008).

e. Episode skizofrenia akut

Gejala skizofrenia ini timbul mendadak sekali dan pasien seperti keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar dan dirinya sendiri berubah. Semuanya seakan-akan mempunyai arti yang khusus baginya. Prognosisnya baik dalam waktu beberapa minggu atau biasanya kurang dari enam bulan penderita sudah baik. Kadang-kadang bila kesadaran yang berkabut tadi hilang, maka timbul gejala-gejala salah satu jenis skizofrenia yang lainnya (Maramis, 2008).

f. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia (Maramis, 2008).

g. Skizofrenia skizoafektif

Pada skizofrenia skizoafektif, di samping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejala-gejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan (Maramis, 2008).

#### **4. 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 inidapat 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.

## 5. 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 substansi 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 O<sub>2</sub>
- 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.

## **6. 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. KONSEP RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA**

### **1. Pengertian Perilaku Kekerasan**

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan aduh, gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2011).

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).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptive dari arah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Estika, 2021).

Dari beberapa pengertian diatas peneliti menyimpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah suatu tindakan dengan tenaga yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan yang bertujuan untuk melukai yang disebabkan karena adanya konflik dan permasalahan pada seseorang baik secara fisik maupun psikologis.

## 2. Rentang Respon Marah

Perilaku kekerasan dianggap suatu aibat yang ekstrim dari marah. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal di suatu sisi dan perilaku kekerasan disisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi dan marah. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku agresif atau melukai karena menggunakan koping yang tidak baik.



Tabel 2.1  
Rentang Respon Marah pada Klien

Asertif	Frustrasi	Pasif	Agresi	Amuk
Klien mampu mengungkapkan rasa marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan	Klien gagal mencapai tujuan marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya	Klien merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah	Klien mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman	Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol disertai amuk, merusak lingkungan

(Sumber : Yosep, 2011)

## 3. Faktor Terjadinya Perilaku Kekerasan

### a. Faktor Predisposisi

Menurut Yusuf (2015), terdapat faktor predisposisi dan faktor presipitasi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu :

#### 1) Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting

2) Psikologis

Berdasarkan teori frustrasi-agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan tidak tercapai dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

3) Biologi

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas sebagai berikut : (Stuart, 2016).

4) Sistem limbik

Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif dan respons seksual. Selain itu, mengatur, mengatur sistem informasi dan memori.

5) Lobus temporal

Organ yang berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.

6) Lobus frontal

Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, serta pengelolaan emosi dan alasan berpikir.

7) Neurotransmitter

Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin, Dopamin, Norepineprin, Acetylcholine dan GABA.

## 8) Perilaku

- a) Kerusakan organ otak, retardasi mental dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespon positif terhadap frustrasi.
- b) Penekanan emosi berlebihan pada anak-anak atau godaan orang tua memengaruhi kepercayaan dan percaya diri individu.
- c) Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

## 9) Sosial Kultural

- a) Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi.
- b) Budaya asertif di masyarakat membantu individu yang berespon terhadap marah yang sehat.

### b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab lain (Parwati, Dewi & Saputra 2018).

#### **4. Tanda Dan Gejala**

Menurut Keliat (2016), tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut :

- a. Emosi: tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, marah (dendam), dan jengkel
- b. Intelektual: mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, dan meremehkan
- c. Fisik: muka merah, pandangan tajam, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat
- d. Spiritual: kemahakuasaan, kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kebejatan, kreativitas terlambat.
- e. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan humor.

#### **5. Mekanisme Koping**

Menurut Prastya, & Arum (2017). Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi.

Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain:

- a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi

HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

c. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

## 6. Penatalaksanaan

Yang diberikan pada klien yang mengalami gangguan jiwa amuk ada 2 yaitu :

a. Medis

- 1) Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial.
- 2) Haloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan perilaku merusak diri.
- 3) Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.



4) ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Psikoterapeutik
- 2) Lingkungan terapeutik
- 3) Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)
- 4) Pendidikan Kesehatan

## **7. Pemberian Terapi Musik Klasik pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan**

### **a. Pengertian Terapi Musik**

Terapi musik terdiri dari dua kata, yaitu “terapi” dan “musik”. Kata “terapi” berkaitan dengan serangkaian upaya yang ditancang untuk membantu dan menolong orang. Biasanya kata tersebut digunakan dalam konteks masalah fisik atau mental. Misalnya, para psikolog akan mendengar dan berbicara dengan klien melalui tahapan konseling yang kadang – kadang perlu disertai terapi, ahli nutrisi akan mengajarkan tentang asupan nutrisi yang tepat, ahli fisioterapi akan memberikan berbagai latihan fisik untuk mengembalikan fungsi otot tertentu (Djohan, 2006).

Musik merupakan sebuah rangsangan pendengaran yang terorganisasi, yang terdiri dari atas melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk dan gaya. Terapi musik adalah terapi yang bersifat non verbal. Dengan bantuan musik, pikiran – pikiran seseorang dibiarkan mengembara, baik untuk mengenang hal – hal yang diimpikan dan dicita

– citakan, atau langsung mencoba menguraikan permasalahan yang sedang dihadapi. Ketika musik diaplikasikan menjadi sebuah terapi, maka ia dapat meningkatkan, memulihkan, serta memelihara kesehatan fisik, mental, emosional, sosial dan spiritual individu (Aizid, 2011).

#### **b. Tujuan Diberikan Terapi Musik**

Menurut Dewi (2009) Terapi musik akan memberi makna yang berbeda bagi setiap orang namun semua terapi mempunyai tujuan yang sama yaitu:

- 1) Membantu mengekspresikan perasaan
- 2) Membantu rehabilitasi fisik
- 3) Memberikan pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi
- 4) Meningkatkan memori, serta
- 5) Menyediakan kesempatan unik untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional.
- 6) Membantu mengurangi stres, mencegah penyakit dan meringankan rasa sakit.

#### **c. Manfaat Terapi Musik**

Ada banyak sekali manfaat terapi musik, menurut para pakar terapi musik memiliki beberapa manfaat utama, yaitu :

- 1) Relaksasi

Mengistirahatkan Tubuh dan Pikiran Manfaat yang pasti dirasakan setelah melakukan terapi musik adalah perasaan rileks, tubuh lebih bertenaga dan pikiran lebih fresh. Terapi musik

memberikan kesempatan bagi tubuh dan pikiran untuk mengalami relaksasi yang sempurna. Dalam kondisi relaksasi (istirahat) yang sempurna itu, seluruh sel dalam tubuh akan mengalami re-produksi, penyembuhan alami berlangsung, produksi hormon tubuh diseimbangkan dan pikiran mengalami penyegaran.

## 2) Meningkatkan kecerdasan

Sebuah efek terapi musik yang bisa meningkatkan intelegensia seseorang disebut Efek Mozart. Hal ini telah diteliti secara ilmiah oleh Frances Rauscher et al dari Universitas California. Penelitian lain juga membuktikan bahwa masa dalam kandungan dan bayi adalah waktu yang paling tepat untuk menstimulasi otak anak agar menjadi cerdas. Hal ini karena otak anak sedang dalam masa pembentukan, sehingga sangat baik apabila mendapatkan rangsangan yang positif. Ketika seorang ibu yang sedang hamil sering mendengarkan terapi musik, janin di dalam kandungannya juga ikut mendengarkan. Otak janin pun akan terstimulasi untuk belajar sejak dalam kandungan. Hal ini dimaksudkan agar kelak si bayi akan memiliki tingkat intelegensia yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang dibesarkan tanpa diperkenalkan pada musik.

## 3) Meningkatkan Motivasi

Motivasi adalah hal yang hanya bisa dilahirkan dengan perasaan dan mood tertentu. Apabila ada motivasi, semangat pun akan muncul dan segala kegiatan bisa dilakukan. Begitu juga sebaliknya,

jika motivasi terbelenggu, maka semangat pun menjadiluruh, lemas, tak ada tenaga untuk beraktivitas. Dari hasil penelitian, ternyata jenis musik tertentu bisa meningkatkan motivasi, semangat dan meningkatkan level energi seseorang.

#### 4) Pengembangan Diri

Musik ternyata sangat berpengaruh terhadap pengembangan diri seseorang. Musik yang didengarkan seseorang juga bisa menentukan kualitas pribadi seseorang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang yang punya masalah perasaan, biasanya cenderung mendengarkan musik yang sesuai dengan perasaannya. Misalnya orang yang putus cinta, mendengarkan musik atau lagu bertema putus cinta atau sakit hati. Dan hasilnya adalah masalahnya menjadi semakin parah.

(Dewi, M, 2009)

#### **d. Kerja Terapi Musik**

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, mengangankan hal-hal yang dicita-citakan dan sesuatu yang diimpikan (Djohan, 2006)

Terapi musik di rancang untuk pengenalan yang mendalam terhadap keadaan dan permasalahan klien sehingga setiap orang akan memberi makna yang berbeda terhadap terapi musik yang diberikan. Benezon

(1997) mengemukakan, kesesuaian terapi musik akan sangat ditentukan oleh nilai-nilai individual, falsafah yang dianut, pendidikan, tatanan klinis, dan latar belakang budaya. Musik dapat mempengaruhi denyut jantung sehingga menimbulkan efek tenang, disamping itu dengan irama lembut yang ditimbulkan oleh musik yang didengarkan melalui telinga akan langsung masuk ke otak dan langsung diolah sehingga menghasilkan efek yang sangat baik terhadap kesehatan seseorang. Semua jenis musik dapat digunakan sebagai terapi musik seperti lagu-lagu relaksasi, lagu populer maupun musik klasik. (Campbell, 2002 dalam jurnal penelitian oleh Jasmarizal 2011).

Namun ajarannya lagu yang bersifat rileks adalah lagu dengan tempo sekitar 60 ketukan/menit. Apabila lagu terlalu cepat, maka secara tidak sadar stimulus yang masuk akan membuat kita mengikuti irama tersebut, sehingga keadaan istirahat yang optimal tidak tercapai. Dengan mendengarkan musik, sistem limbik akan teraktivasi dan menjadikan individu menjadi rileks yang dapat menurunkan tekanan darah. Selain itu alunan musik dapat menstimulasi tubuh untuk memproduksi molekul yang disebut *nitric oxide* (NO). Molekul ini akan bekerja pada tonus pembuluh darah sehingga dapat mengurangi tekanan darah (Nurrahmi, 2012 dalam jurnal penelitian oleh Nafilasari, Mike Yevie, 2013)

#### **e. Musik Klasik**

##### **1) Pengertian**

Pengertian Terapi terdiri dari dua kata, yaitu “terapi” dan “musik”. Kata “terapi” berkaitan dengan serangkaian upaya yang

dirancang untuk membantu atau menolong orang lain. Biasanya kata tersebut digunakan dalam konteks masalah fisik atau mental. Kata “musik” dalam terapi musik digunakan untuk menjelaskan media yang digunakan secara khusus dalam rangkaian terapi. Musik adalah terapi yang bersifat nonverbal. Dengan bantuan musik pikiran klien dibiarkan mengembara, baik untuk mengenang hal-hal yang membahagiakan, membayangkan ketakutan-ketakutan yang dirasakan, mengangankan hal-hal yang diimpikan dan dicita-citakan, atau langsung mencoba menguraikan permasalahan yang dihadapi. Seorang terapis musik akan menggunakan musik dan aktivitas musik untuk memfasilitasi proses terapi dalam membantu kliennya (Djohan, 2006).

## 2) Fisiologi Terapi Musik Klasik

Musik klasik yaitu Haydan dan Mozart mampu memperbaiki konsentrasi, ingatan dan persepsi spasial. Pada gelombang otak, gelombang alfa mencirikan perasaan ketenangan dan kesadaran yang gelombangnya mulai 8 hingga 13 hertz. Semakin lambat gelombang, semakin santai, puas dan damai, jika seseorang melamun atau merasa dirinya berada dalam suasana hati yang emosional atau tidak terfokus, musik klasik dapat membantu memperkuat kesadaran dan meningkatkan organisasi mental seseorang jika didengarkan selama sepuluh hingga lima belas menit. Pada otak manusia, salah satu sumber yang paling besar untuk menstimulasi pendengaran dikendalikan oleh musik. Mendengarkan

musik adalah proses yang kompleks bagi otak, sejak hal tersebut memicu kognitif dan komponen emosional dengan substrat neural yang berbeda. Penelitian terbaru mengenai gambaran otak telah menunjukkan bahwa aktivitas neural dengan mendengarkan musik memperpanjang melebihi korteks pendengaran dengan melibatkan sebuah jaringan bilateral yang tersebar luas pada area frontal, temporal, parietal dan subkortikal yang berhubungan dengan perhatian, bahasa atau logika dan proses analisis, memori dan fungsi penggerak, seperti bagian limbik dan paralimbik yang berhubungan dengan proses emosional. Musik telah memiliki efek yang baik dalam mengurangi keanehan, depresi dan rasa sakit pada pasien. Pada penelitian terbaru mengenai kognitif dan neuropsikologikal menunjukkan bahwa musik mungkin dapat meningkatkan variasi dari fungsi kongnitif, seperti perhatian, pembelajaran, komunikasi dan memori (Campbell, 2010).

### 3) Prosedur Terapi Musik

Berikan pasien posisi yang nyaman mungkin. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan. Memulai kegiatan dengan cara yang baik. Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit. Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik. Identifikasi pilihan musik klien. Berdiskusi dengan klien dengan tujuan berbagi pengalaman dalam musik. Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung,

panggilan telepon selama mendengarkan musik. Nyalakan musik dan lakukan terapi musik selama 30 menit. Pastikan volume musik sesuai dan tidak terlalu keras. Hindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama. Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik. Identifikasi pilihan musik klien. Berikan umpan balik positif Kontrak pertemuan selanjutnya dan Akhiri kegiatan dengan cara yang baik (Hawari, 2013).

## **C. ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA**

### **1. PENGKAJIAN**

#### **a. 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 dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat,2016).

#### **c. Faktor Predisposisi**

1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).



- 2) Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke rumah sakit sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.
- 3) Trauma. Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- 4) Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- 5) Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

d. Fisik

Pengkajian fisik

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan.
- 3) Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah)
- 4) Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga apa saja saat pengkajian.

2) Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

3) Identitas

Biasanya pada klien dengan prilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

4) Harga diri

Biasanya klien dengan risiko prilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

5) Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peranatau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

6) Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

f. Hubungan Sosial

- 1) Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara
- 2) Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut
- 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

g. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan
- 2) Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
- 3) Kegiatan ibadah
- 4) Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah

h. Status Mental

- 1) Penampilan : Biasanya penampilan klien kotor.
- 2) Pembicaraan : Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.
- 3) Aktivitas motorik : Biasanya aktivitas motoric klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

- 4) Alam perasaan : Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan
  - 5) Efek : Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab
  - 6) Interaksi selama wawancara : Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.
  - 7) Persepsi : Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas
  - 8) Isi Pikir : Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.
  - 9) Tingkat kesadaran : Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung,
  - 10) Memori : Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.
  - 11) Kemampuan penilaian : Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan
  - 12) Daya fikir diri : Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya
- i. Kebutuhan Persiapan Pulang
- 1) Makan : Biasanya klien tidak mengalami perubahan
  - 2) BAB/BAK : Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan

- 3) Mandi : Biasanya klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.
- 4) Berpakaian : Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki
- 5) Istirahat dan tidur : Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucu kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.
- 6) Penggunaan obat : Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.
- 7) Pemeliharaan kesehatan : Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.
- 8) Aktifitas didalam rumah : Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

j. Mekanisme Koping

Biasanya klien menggunakan respon maldaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya

tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

k. Masalah Psikologis dan Lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan

l. Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi Dari obat yang diminumnya.

## **2. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi

yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan diagnosis promosi Kesehatan (PPNI, 2017).

Risiko Perilaku Kekerasan merupakan diagnosis aktual dan tergolong dalam jenis diagnosis negatif yang didefinisikan sebagai berisiko membahayakan secara fisik emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Faktor Risikonya antara lain 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 kekerasan pada hewan, Kelainan neurologis, Lingkungan tidak teratur, Penganiayaan atau pengabaian anak, Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain, Impulsive dan Ilusi

### 3. RENCANA KEPERAWATAN

NO	STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)
1.	<p><b>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</b></p> <p><b>Definisi :</b> Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain</p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemikiran waham/delusi</li> <li>2. Curiga pada orang lain</li> <li>3. Halusinasi</li> <li>4. Berencana bunuh diri</li> <li>5. Disfungsi sistem keluarga</li> <li>6. Kerusakan kognitif</li> <li>7. Disorientasi atau konfusi</li> <li>8. Kerusakan kontrol impuls</li> <li>9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat</li> <li>10. Alam perasaan depresi</li> <li>11. Riwayat kekerasan pada hewan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Kontrol Diri (L.09076)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5).</li> <li>- Verbalisasi umpatan menurun (5).</li> <li>- Perilaku menyerang menurun (5).</li> <li>- Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun (5).</li> <li>- Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5).</li> <li>- Perilaku agresif/ amuk menurun (5).</li> <li>- Suara keras menurun (5).</li> <li>- Bicara ketus menurun (5).</li> <li>- Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun (5).</li> <li>- Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun (5).</li> </ul>	<p><b>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)</b></p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali).</li> <li>- Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung.</li> <li>- Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur).</li> </ul> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin.</li> <li>- Libatkan keluarga dalam perawatan.</li> </ul> <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien.</li> <li>- Latih cara mengungkapkan perasaan asertif.</li> <li>- Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita).</li> </ul> <p><b>Promosi Koping (I.09312)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan</li> <li>- Identifikasi kemampuan yang dimiliki</li> </ul>



12. Kelainan neurologis	- Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun (5).	- Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
13. Lingkungan tidak teratur		
14. Penganiayaan atau pengabaian anak	- Verbalisasi rencana bunuh diri menurun (5).	- Identifikasi pemahaman proses penyakit
15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain	- Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun (5). - Perilaku merencanakan bunuh diri menurun (5).	- Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan - Identifikasi metode penyelesaian masalah - Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
16. Impulsive	- Euforia menurun (5).	<i>Terapeutik</i> - Diskusikan perubahan peran yang dialami
17. Ilusi	- Alam perasaan depresi menurun (5).	- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri - Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri - Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah atau rasa malu - Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri - Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan - Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan - Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis - Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan - Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan - Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial - Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia - Damping saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan)
<b>Kondisi Klinis Terkait</b>		
1. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual		
2. Sindrom otak organik (mis. penyakit Alzheimer)		
3. Gangguan perilaku		
4. <i>Oppositional defiant disorder</i>		
5. Depresi		
6. Serangan panik		
7. Gangguan <i>Tourette</i>		
8. Delirium		
9. Demensia		
10. Gangguan amnestic		
11. Halusinasi		
12. Upaya bunuh diri		

---

13. Abnormalitas  
neurotransmitter otak

- perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
- Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam

*Edukasi*

- Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
  - Anjurkan penggunaan sumber spiritual, *jika perlu*
  - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
  - Anjurkan keluarga terlibat
  - Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
  - Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
  - Latih penggunaan teknik relaksasi
  - Latih keterampilan sosial, *sesuai kebutuhan*
  - Latih mengembangkan penilaian obyektif
- 

(Sumber : PPNI, 2018)

#### **4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dan kesehatan (Kozier, 2011).

Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk di kerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respon yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Zaidin, 2014).

#### **5. EVALUASI KEPERAWATAN**

Evaluasi yang dilakukan terhadap pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan berdasarkan penjelasan dari Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018) tujuan dan kriteria hasil mengacu pada Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu :

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