

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia adalah salah satu dari sekelompok gangguan jiwa yang merupakan penyakit otak neurobiologis yang berat dan terus-menerus sehingga mengakibatkan respon yang dapat mengganggu kehidupan individu, keluarga dan masyarakat. Skizofrenia merupakan kombinasi dua kata Yunani yaitu *schizein* artinya untuk membagi dan *phren* artinya pikiran, dimana ada keyakinan bahwa telah terjadi perpecahan antara aspek kepribadian dalam diri pasien yaitu emosional dan kognitif. (Stuart, 2016).

Melinda Hermann (2008) dalam Yosep (2011) menyatakan bahwa skizofrenia adalah penyakit neurologis yang memberikan pengaruh atau gangguan pada persepsi pasien, bahasa, emosi, cara berpikir dan perilaku sosialnya.

b. Tanda dan gejala

Menurut Stuart (2016) yang merupakan modifikasi dari Eli Lilly: *Schizophrenia and related disorders a comprehensive review and bibliography slide kit, Indianapolis, 1996, Lilly Neuroscience*, tanda dan gejala pada skizofrenia dibedakan menjadi beberapa gejala positif yang meliputi waham, halusinasi, gangguan pemikiran, bicara

kacau, perilaku bizar dan afek tidak tepat. Gejala negatif yang meliputi afek datar, alogia, *avolition*/apatis, anhedonia/asosialitas dan defisit perhatian. Gejala kognitif yang meliputi gangguan perhatian, gangguan memori dan gangguan fungsi eksekutif (abstraksi, pembentukan konsep, pemecahan masalah dan pengambilan keputusan). Gejala suasana hati yang meliputi disforia, bunuh diri dan keputusasaan. Kesemua gejala tersebut dapat memicu terjadinya disfungsi sosial ataupun disfungsi kerja dimana terjadi gangguan dalam pekerjaan/aktivitas, hubungan interpersonal, perawatan diri dan mortalitas/morbiditas.

c. Tipe Skizofrenia

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) dalam Prabowo (2014) mengklasifikasikan skizofrenia menjadi beberapa tipe yaitu :

1) Skizofrenia paranoid (F20.0)

Pedoman diagnostik pada skizofrenia paranoid yaitu memenuhi kriteria umum diagnosis, halusinasi yang menonjol, gangguan afektif, dorongan pembicaraan, dan gejala katatonik relatif tidak ada

2) Skizofrenia hebefrenik (F20.1)

Pedoman diagnostik pada skizofrenia hebefrenik yaitu diagnostik hanya di tegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun), kepribadian premorbid menunjukkan

ciri khas pemalu dan senang menyendiri, gejala bertahan 2-3 minggu.

3) Skizofrenia katatonik (F20.2)

Pedoman diagnostik pada skizofrenia katatonik yaitu stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau berbicara), gaduh-gelisah (aktivitas motorik yang tidak bertujuan tanpa stimulus eksternal), diagnostik katatonik tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak di karenakan klien tidak komunikatif.

4) Skizofrenia tak terinci (F20.3)

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci yaitu tidak ada kriteria yang menunjukkan diagnosa skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik, tidak mampu memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

5) Skizofrenia pasca-skizofrenia (F20.4)

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca skizofrenia yaitu beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada tetapi tidak mendominasi, gejala depresif menonjol dan mengganggu.

6) Skizofrenia residual (F20.5)

Pedoman diagnostik skizofrenia residual yaitu ada riwayat psikotik, tidak dimensia atau gangguan otak organik lainnya.

7) Skizofrenia simpleks (F20.6)

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks yaitu gejala negatif yang tidak di dahului oleh riwayat halusinasi, waham, atau

manifestasi lain dan adanya perubahan perilaku pribadi yang bermakna.

2. Risiko Perilaku Kekerasan

a. Definisi

Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk kemarahan yang berisiko membahayakan baik secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (SDKI, 2017)

Risiko perilaku kekerasan adalah sebuah bentuk respon marah yang rentan melakukan perilaku kekerasan yang dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional. Reaksi yang berlebihan ini dapat berupa verbal, fisik dan lingkungan. (Keliat, 2019).

Berdasarkan pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan suatu respon kemarahan yang mempunyai risiko dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun fisik.

b. Etiologi

Menurut Stuart (2013) dalam Sutejo (2022) terdapat dua faktor yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan, yaitu :

1) Faktor predisposisi

a) Faktor biologis

(1) Teori dorongan naluri (*Instinctual drive theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh suatu dorongan pemenuhan

kebutuhan dasar yang kuat.

(2) Teori psikomatik (*Psycomatic theory*)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh suatu respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun stimulus internal. Hal ini berarti sistem limbik mempunyai peran penting sebagai pusat mengekspresikan ataupun menghambat kemarahan.

(3) *Neurologic factor*

Sistem saraf mempunyai beragam komponen seperti synap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis yang mempunyai peran penting untuk memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif seseorang. System limbic juga sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif (Azizah *et al.*, 2016).

(4) Faktor genetik

Adanya faktor gen yang diturunkan oleh orang tua bisa menjadi potensi munculnya perilaku agresif seperti tipe *karyotype* *XXY* yang pada umumnya dimiliki oleh para pelaku tindak kriminal (Yosep, 2011).

(5) Kerusakan otak seperti gangguan pada sistem limbik,

sindrom otak organik, gangguan lobus temporal, tumor otak, trauma otak, epilepsi dan ensepalitis dapat berpengaruh terhadap munculnya perilaku kekerasan (Yosep, 2011).

(6) Faktor biokimia

Peningkatan pada hormon androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor pendukung terjadinya perilaku kekerasan (Azizah *et al.*, 2018)

b) Faktor psikologis

(1) Teori agresif frustasi (*Frustration aggression theory*)

Perilaku kekerasan dapat terjadi sebagai akibat dari akumulasi frustasi yang terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustasi ini dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif.

(2) Teori perilaku (*Behavioral theory*)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar yang dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. *Reinforcement* yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan yang berulang baik di dalam maupun di luar rumah.

(3) Teori eksistensi (*Existential theory*)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan individu tersebut tidak terpenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu tersebut akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

(4) Teori psikoanalisa

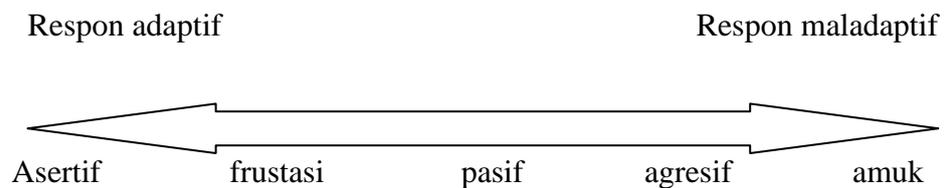
Perilaku kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span hystori*) yang menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral pada usia 0 – 2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan opemenuhan kebutuhan air susu yang cukup akan cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan pada saat dewasa sebagai bentuk ketidakpercayaan pada lingkungan (Azizah *et al.*, 2016).

2) Faktor Presipitasi

- a) Internal, yang meliputi kegagalan di tempat kerja, kehilangan rasa cinta, kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang dicintai atau berarti seperti kehilangan keluarga, sahabat yang dicintai dan takut terhadap penyakit fisik
- b) Eksternal, yang meliputi penganiayaan fisik, serangan psikis, kehilangan, kematian, lingkungan yang terlalu ribut,

kritikan yang mengarah pada penghinaan dan tindakan kekerasan

c. Respon Risiko Perilaku Kekerasan



Sumber : Yosep (2011)

Gambar 1. Rentang respon marah

Keterangan :

- 1) Asertif merupakan perilaku individu yang mampu mengungkapkan rasa marah tanpa menyakiti atau menyalahkan orang lain sehingga akan memberikan kelegaan dan tidak menimbulkan masalah.
- 2) Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan dan individu tidak mampu menemukan alternatif pemecahan masalah yang lain.
- 3) Pasif merupakan kelanjutan dari frustrasi. Individu terlihat pasif dan tidak mampu mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, merasa tidak berdaya dan menyerah. Hal ini dilakukan dengan tujuan menghindari suatu tuntutan nyata.
- 4) Agresif adalah suatu perilaku yang menyertai marah dimana pasien mengekspresikan marahnya secara fisik, tapi masih terkontrol dan cenderung menguasai orang lain dengan ancaman untuk membuktikan kemampuan yang dimilikinya.
- 5) Amuk adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai

hilang kontrol diri, sehingga individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

d. Tanda dan Gejala

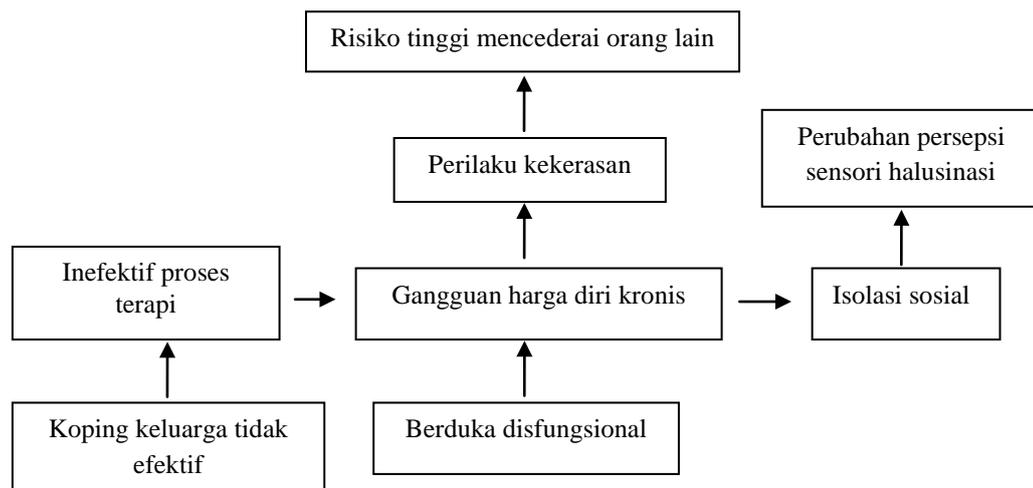
Menurut SDKI (2017), tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi :

- 1) Mayor : subyektif yaitu mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras dan bicara ketus. Obyektif yaitu menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan dan perilaku agresi/amuk.
- 2) Minor : obyektif yaitu mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan postur tubuh kaku.

e. Patofisiologi

Kemarahan diawali oleh stressor yang berasal dari internal (penyakit, hormonal, dendam, kesal) ataupun eksternal (penghinaan, hilangnya benda berharga, tertipu, penggusuran, bencana) yang akan mengakibatkan gangguan pada individu. Hal ini tergantung bagaimana individu itu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut. Respon terhadap marah dapat di ekspresikan secara eksternal berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Individu yang bisa memberi makna positif pada setiap kejadian akan dapat melakukan kegiatan secara positif dan bisa menyalurkan marahnya secara positif sehingga akan tercapai perasaan lega. Selain dapat memberikan rasa lega, ketegangan juga akan menurun dan

akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Sebaliknya apabila gagal dalam memberikan makna yang positif pada kejadian yang dihadapi maka segala sesuatunya akan berubah menjadi ancaman sehingga akan muncul perasaan tidak berdaya dan sengsara yang lambat laun akan memicu timbulnya kemarahan. Rasa marah yang diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif dan menantang, biasanya akan menjadikan masalah menjadi berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang di tunjukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Yosep, 2011).



Gambar 2: Pohon masalah perilaku kekerasan (Yosep, 2011)

f. Penatalaksanaan

Tindakan yang dilakukan untuk mencegah dan mengelola perilaku agresif pada individu dengan perilaku kekerasan berada dalam satu rentang yang dimulai dari strategi preventif, antisipasi, dan pengekangan (Stuart, 2016). Adapun strategi tersebut meliputi :

1) Strategi preventif

a) Kesadaran diri

Masalah yang dialami oleh perawat dapat mempengaruhi interaksi dengan pasien. Untuk itu perawat harus senantiasa meningkatkan kemampuan dan kesadaran dirinya sehingga dapat menolong dan bermanfaat untuk orang lain.

b) Pendidikan pasien

Pendidikan yang diberikan adalah cara mengekspresikan marah yang tepat. Pasien diajarkan manajemen marah yang sehat dan memilih tehnik mengatasi kemarahan yang tepat. Tindakan ini meliputi tehnik relaksasi, mendengarkan musik, membaca ataupun mekanisme koping yang adaptif.

c) Latihan asertif

Latihan asertif meliputi kemampuan dasar yang harus dimiliki pasien yaitu pasien dapat berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang, mengatakan 'tidak' untuk sesuatu yang tidak beralasan, sanggup melakukan komplain, dan bisa mengekspresikan perasaan dengan tepat.

2) Strategi antisipasi

a) Strategi komunikasi

Tindakan pencegahan situasi krisis dapat dilakukan dengan strategi komunikasi verbal dan non verbal secara tepat dengan senantiasa berbicara lembut terhadap pasien.

b) Pengelolaan lingkungan

Unit perawatan sebaiknya menyediakan tempat yang dapat dipergunakan untuk beraktivitas secara aman dan produktif sehingga dapat mengubah perilaku yang tidak sesuai dan dapat meningkatkan perilaku pasien yang adaptif.

c) Terapi perilaku

Perawat dan pasien perlu membuat kesepakatan bersama mengenai perilaku yang dapat diterima dan perilaku yang tidak dapat diterima yang nantinya akan dirubah melalui proses pembelajaran.

d) Psikofarmaka

(1) *Antianxiety* dan *sedative-hypnotics* adalah obat untuk mengendalikan agitasi yang akut. Jenis obatnya adalah *benzodiazepines* (lorazepam) dan buspirone.

(2) *Antidepressant* adalah obat yang sangat efektif untuk menurunkan perilaku kekerasan akibat stress pasca trauma yang meliputi golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*.

(3) *Antipsychotic* biasanya dipergunakan untuk perawatan perilaku agresif agar tetap terkontrol dengan baik. Jenis obatnya adalah haloperidol, chlozapine ataupun risperidone.

(4) *Mood stabilizers* adalah obat yang efektif bila dipergunakan untuk perilaku kekerasan karena manik. Obat yang termasuk dalam golongan ini adalah lithium.

(5) *Naltrexone* adalah obat untuk menurunkan perilaku mencederai diri.

(6) *Betablockers* adalah obat untuk menurunkan perilaku kekerasan pada anak dan pasien dengan gangguan mental organik. Obatnya antara lain propranolol.

3) Strategi pengekangan

a) Manajemen krisis

Apabila intervensi awal tidak berhasil maka diperlukan intervensi yang lebih aktif dalam penanganan keadaan darurat psikiatrik yang membutuhkan kerjasama tim.

b) Isolasi

Tindakan mengasingkan seseorang secara paksa di dalam ruangan yang selalu terkunci namun tidak berbahaya dan dapat diobservasi secara langsung oleh petugas.

c) Pengekangan

Tindakan pengekangan dapat dibedakan menjadi dua yaitu pengekangan fisik dan pengekangan kimia. Pengekangan fisik dilakukan dengan menggunakan peralatan yang dipasang pada tubuh seseorang untuk membatasi kebebasan atau pergerakan tubuh. Pengekangan kimia dilakukan dengan

menggunakan obat untuk mengendalikan perilaku dan membatasi kebebasan atau pergerakan.

3. Kebutuhan Aman Dan Nyaman

Kebutuhan dasar manusia merupakan suatu kebutuhan yang harus terpenuhi dalam rangka mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis dan untuk mencapai kehidupan serta derajat kesehatan yang optimal. Apabila dalam proses pemenuhan kebutuhan dasar tersebut mengalami gangguan, maka manusia juga akan mengalami gangguan dalam kesehatannya.

Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia menjadi lima tingkatan yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan kasih sayang (dicintai dan mencintai), kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan rasa aman berada pada tingkatan yang kedua mencakup perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan atau bahaya dari lingkungan. Sedangkan perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing (Kasiati dan Ni Wayan, 2016).

Maslow mendefinisikan rasa aman sebagai sebuah kebutuhan yang mendorong individu untuk memperoleh ketentraman, kepastian dan keteraturan dari keadaan lingkungan di sekitarnya. Keamanan juga merupakan suatu kondisi bebas dari cedera fisik dan psikologis. Faktor yang mempengaruhi keamanan dan keselamatan meliputi emosi, status

mobilisasi, gangguan persepsi sensori, keadaan imunitas, tingkat kesadaran, informasi atau komunikasi, gangguan tingkat pengetahuan, penggunaan antibiotik yang tidak rasional, status nutrisi, usia, jenis kelamin dan kebudayaan (Ruminem, 2021)

4. Terapi Musik

a. Definisi

Terapi musik merupakan salah satu teknik relaksasi untuk mengurangi perilaku agresif, memberikan ketenangan, mengendalikan emosi, mengembangkan moral dan spiritual. Psikolog dan psikiater juga menggunakan terapi musik untuk mengobati berbagai macam penyakit dan gangguan mental (Djohan, 2015). Terapi musik adalah terapi yang dilakukan dengan menggunakan musik dimana pasien diberikan kesempatan untuk mengekspresikan perasaannya seperti marah, sedih dan kesepian (Yosep, 2011).

Jenis musik yang digunakan dalam terapi adalah musik dengan tempo 60 ketukan per menit seperti musik klasik dimana yang seringkali menjadi acuan untuk dipakai dalam terapi musik adalah musik klasik Mozart (Aizid, 2011). Musik klasik adalah musik yang komposisinya lahir dari budaya Eropa yang dihasilkan oleh orang yang sudah terlatih dan profesional melalui pendidikan musik (Pratiwi, 2014).

b. Manfaat

Menurut Djohan (2015), manfaat dari terapi musik adalah memberi kesempatan kepada pasien untuk :

- 1) Mengurangi kecemasan dan distress
- 2) Mengelola rasa sakit dan ketidaknyamanan secara nonfarmakologi
- 3) Mengubah kondisi suasana hati dan emosi yang negatif
- 4) Mengaktifkan partisipasi pasien melalui perlakuan aktif dan positif
- 5) Mempersingkat masa rawat inap

Musik klasik sendiri juga bermanfaat untuk membuat seseorang menjadi rileks, menimbulkan rasa aman, sejahtera, menurunkan tingkat kecemasan pasien, melepaskan rasa sakit dan mampu menghilangkan stress (Pratiwi, 2014).

c. Pengaruh Terapi Musik Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan

Proses terapi musik diawali dengan mendengarkan musik dimana suara diterima oleh kedua daun telinga manusia memasuki saluran telinga bagian luar telinga, mengarah ke tulang-tulang pendengaran lalu telinga mulai memproses untuk mendengarkan musik. Suara tersebut kemudian diteruskan ke dalam korteks pendengaran di otak, lalu ke bagian talamus yaitu bagian otak yang berfungsi menerima pesan dan diteruskan ke bagian otak lain. Selanjutnya musik ini akan merangsang pengeluaran gelombang otak yang dikenal sebagai gelombang α yang memiliki frekuensi 8-12 cps (cycles per second). Pada saat gelombang α dikeluarkan, otak secara bersamaan juga akan

memproduksi serotonin yang membantu menjaga perasaan bahagia dan membantu dalam menjaga mood, dengan cara membantu tidur, membuat perasaan tenang serta melepaskan depresi dan endorphen yang menyebabkan seseorang merasa nyaman, tenang, dan euphoria (Tiyas, 2018)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Sesuai Kasus yang Dikelola

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang merupakan proses pengumpulan data secara sistematis. Tujuan dari pengkajian keperawatan ini adalah untuk menyusun data dasar mengenai kebutuhan pasien, masalah kesehatan dan juga respons pasien terhadap masalah (Sutejo 2022). Pengkajian ini dapat dilakukan dengan cara wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga untuk menemukan tanda dan gejala dari masalah yang dihadapi pasien (Nurhalimah, 2016).

a. Identitas

Identitas pasien yang perlu ditulis adalah nama, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, status, alamat, tanggal masuk ke rumah sakit. Selain itu juga nomor rekam medis, informasi keluarga sebagai penanggungjawab

b. Alasan masuk rumah sakit dan faktor prespitasi

Faktor yang membuat pasien melakukan perilaku kekerasan, misalnya sering mengamuk, memukul, membanting ataupun mengancam. Selain itu juga menyerang orang lain, melukai diri

sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar, pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya dan kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur

c. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang bisa menyebabkan perubahan perilaku kekerasan pada pasien, baik yang berasal dari pasien, keluarga, maupun lingkungan, antara lain :

- 1) Pasien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya atau baru pertama kali menderita gangguan jiwa
- 2) Pasien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternative serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.
- 3) Trauma. Pasien pernah mengalami ataupun menyaksikan tentang penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan.
- 4) Ada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Kalau ada hubungan dengan keluarga itu sebagai apa, bagaimana gejala, pengobatan dan perawatan yang telah dilakukan.
- 5) Pasien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti perasaan ditolak, dihina, dianiaya ataupun penolakan dari lingkungan

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu dan pernapasan terlihat cepat.

- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan.
- 3) Pada saat pemeriksaan fisik pasien dengan perilaku kekerasan menunjukkan tanda dan gejala mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah
- 4) Verbal pasien memperlihatkan nada mengancam, mengumpat, kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus.

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram dibuat tiga generasi sesuai dengan jangkauan yang mudah diingat oleh pasien ataupun keluarga pada saat dilakukan pengkajian. Genogram ini hendaknya dapat menggambarkan hubungan antara pasien dan keluarga.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Persepsi pasien terhadap tubuhnya, apakah pasien merasa memiliki kekurangan di bagian tubuhnya atau ada bagian tubuh yang tidak disukai. Namun biasanya pasien menyukai semua bagian tubuhnya

b) Identitas diri

Berisi status pasien sebelum dirawat. Kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan. Kepuasan pasien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, dan kelompok)

c) Peran diri

Pasien mengalami krisis peran. Pasien menceritakan tentang perannya dalam keluarga atau masyarakat dan kemampuan pasien dalam melaksanakan peran tersebut.

d) Ideal diri

Berisi tentang harapan pasien terhadap penyakitnya. Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat). Harapan pasien terhadap tubuh, posisi, status, dan peran.

e) Harga diri

Hubungan pasien dengan orang lain tidak baik, penilaian terhadap diri dan kehidupannya selalu mengarah pada penghinaan dan penolakan, ada perasaan malu terhadap kondisi tubuh atau dirinya, tidak punya pekerjaan, status perkawinan, muncul perasaan tidak berguna, kecewa karena belum bisa pulang dan bertemu keluarga.

e. Hubungan sosial

- 1) Orang yang berarti sebagai tempat mengadu dan berbicara
- 2) Kegiatan yang diikuti pasien dalam masyarakat
- 3) Peran aktif pasien dalam kelompok masyarakat
- 4) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain ataupun tingkat keterlibatan pasien dalam hubungan masyarakat.

f. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan
- 2) Pasien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
- 3) Kegiatan ibadah
- 4) Selama sakit pasien jarang atau tidak pernah melakukan ibadah.

g. Status mental

- 1) Penampilan.

Penampilan pasien kotor.

- 2) Pembicaraan.

Nada bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

- 3) Aktivitas motorik

Tampak tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah - ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang mengatup dengan kuat.

- 4) Alam perasaan

Pasien akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

- 5) Efek

Pasien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

- 6) Interaksi selama wawancara

Tampak bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

- 7) Persepsi

Pasien masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.

8) Isi Pikir

Pasien meyakini dirinya tidak sakit dan baik-baik saja.

9) Tingkat kesadaran

Pasien kadang tampak bingung,

10) Memori

Waktu wawancara pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

11) Kemampuan penilaian

Pasien mengalami kemampuan penilaian ringan atau sedang dan tidak mampu mengambil keputusan

12) Daya fikir diri

Pasien mengingkari penyakit yang dideritanya

h. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Pasien tidak mengalami perubahan pola makan

2) BAB/BAK

Pasien tidak ada gangguan eliminasi

3) Mandi

Pasien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan pasien sangat bau dan kotor.

Pasien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

4) Berpakaian

Pasien jarang mengganti pakaian dan tidak mau berdandan. Pasien

tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan tidak mengenakan alas kaki

5) Istirahat dan tidur

Pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti : menyikat gigi, cuci kaki dan berdoa.

Pasien tidak melakukan kebiasaan baik sesudah tidur seperti : merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi.

Frekuensi tidur pasien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

6) Penggunaan obat

Pasien mengatakan minum obat tiga kali sehari, namun pasien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

7) Pemeliharaan kesehatan

Pasien tidak memperhatikan kesehatannya dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

8) Aktifitas di dalam rumah

Pasien mampu merencanakan, mengolah makanan, menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

i. Mekanisme koping

Pasien menggunakan respon maldaptif dalam mengungkapkan emosinya. Respon ini ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul

anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

j. Masalah psikologis dan lingkungan

Pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan

k. Pengetahuan

Pasien kurang pengetahuan tentang penyakitnya.

Pasien tidak mengetahui akibat dari putus obat maupun fungsi dari obat yang diminumnya.

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul adalah risiko perilaku kekerasan (D.0146 (SDKI, 2017)) yaitu berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Adapun faktor risiko yang berpengaruh meliputi pemikiran 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 property orang lain, impulsif dan ilusi.

3. Perencanaan Keperawatan

Menurut SLKI (2018), perencanaan keperawatan mempunyai tujuan atau luaran utama yaitu kontrol diri (L.09076 (SLKI, 2018)) yang

merupakan kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran dan perilaku dalam menghadapi masalah yang terjadi. Adapun intervensi keperawatan meliputi dua intervensi utama yaitu pencegahan perilaku kekerasan (I.14544 (SIKI, 2018)) dan promosi coping (I.09312). Pencegahan perilaku kekerasan adalah meminimalkan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan/atau merusak lingkungan. Promosi coping adalah meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stressor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada.

Tabel 1. Intervensi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Rencana Keperawatan	Rasional Keperawatan
Risiko perilaku kekerasan (D.0146)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kontrol diri meningkat (L.09076) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (skor 5) 2. Verbalisasi umpatan menurun (skor 5) 3. Perilaku menyerang menurun (skor 5) 4. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun (skor 5) 5. Perilaku agresif / amuk menurun (skor 5) 6. Suara keras menurun (skor 5) 7. Bicara ketus menurun (skor 5) 8. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun (skor 5) 9. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun (skor 5) 10. Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun (skor 5) 11. Verbalisasi rencana bunuh diri menurun (skor 5) 12. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun (skor 5) 13. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun (skor 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: 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif	Sebagai langkah awal dalam menyusun strategi berikutnya. Pencegahan tindakan yang bisa membahayakan pasien dan pengunjung. Tindakan yang membahayakan pasien dan orang lain dapat terkontrol. Menurunkan perilaku yang destruktif yang berpotensi mencederai pasien dan lingkungan sekitar. Keluarga sebagai sistem pendukung utama bagi pasien dan merupakan bagian penting dari rehabilitasi pasien. Memberikan dukungan positif terhadap keberhasilan pasien dalam proses perawatan. Memahami bahwa rasa tidak dapat ditolong dan rasa takut yang mendasari tingkah laku ini dapat disampaikan dengan baik

- | | | |
|--|--|---|
| 14. Euphoria menurun (skor 5) | 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. relaksasi, bercerita, terapi musik) | Mengurangi respons terhadap marah yang berlebihan dalam mengatasi situasi dan mengakibatkan peningkatan perilaku pasien |
| 15. Alam perasaan depresi menurun (skor 5) | | |

Promosi koping (I.09312)

Observasi

- | | |
|--|---|
| 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan | Sebagai dasar untuk intervensi selanjutnya. |
| 2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki | Agar dapat memaksimalkan kemampuan yang dimiliki pasien |
| 3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan | Untuk mempermudah proses asuhan keperawatan |
| 4. Identifikasi pemahaman proses penyakit | Untuk mengetahui tingkat pengetahuan penyakit pasien |
| 5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan | Untuk mengetahui akibat dari kondisi pasien |
| 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah | Untuk mencari solusi dari masalah keperawatan yang dialami pasien |
| 7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap social | Untuk memaksimalkan pasien dalam bersosial dan bermasyarakat |

Terapeutik

- | | |
|--|--|
| 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami | Agar terjadi komunikasi dua arah antara perawat dan pasien |
| 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan | Agar terjalin hubungan saling percaya dan mempermudah intervensi selanjutnya |

3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
Agar pasien mampu menerima bagaimanapun kondisi klien
4. Diskusikan / mengklarifikasikan kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
Untuk mengurangi terjadinya konflik dalam diri pasien
5. Diskusikan konsekuensi tidak mengguakan rasa bersalah dan rasa malu
Agar pasien dapat berperilaku yang sesuai
6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
Agar pasien dapat mempertahankan keselamatan dan keamanan diri
7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
Informasi yang dapat dapat meningkatkan pengetahuan pasien
8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek aspek tertentu dalam perawatan
Dengan diberikan pilihan, melatih pasien agar konsekuen
9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
Motivasi dapat memberikan dampak positif pada pasien
10. Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam menentukan keputusan
11. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
Agar pasien dapat menentukan pilihan yang sesuai dengan dirinya
12. Motivasi terlibat dalam kegiatan social
Dengan bersosial akan memperbaiki kondisi pasien
13. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
Sistem pendukung dapat mempercepat proses penyembuhan
14. Dampingi saat berduka (mis. penyakit kronis, kecacatan)
Dengan mendampingi dapat mencegah rasa kesepian
15. Perkenalkan dengan orang atau
Dapat menjadikan teman untuk pasien dan

- kelompok yang berhasil mengalami saling berbagi cerita pengalaman sama
16. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan tepat Pertahanan yang tepat dapat memperbaiki kondisi pasien
 17. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam Lingkungan yang mengancam dapat memperburuk kondisi pasien
- Edukasi
1. Anjurkan menjalin hubungan yang dimiliki kepentingan dan tujuan sama Dapat mempercepat perbaikan kondisi pasien
 2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual Sumber spiritual dapat memberikan ketenangan pasien
 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Dengan mengungkapkan perasaan dapat mengurangi beban pasien
 4. Anjurkan keluarga terlibat Keluarga sebagai kerabat terdekat pasien
 5. Anjurkan membuat tujuan lebih spesifik Dengan tujuan spesifik, pasien akan lebih focus
 6. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif Agar lebih baik dalam menghadapi masalah
 7. Latih penggunaan relaksasi Teknik relaksasi dapat menenangkan pikiran dan hati pasien
 8. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan Agar dapat bersosialisasi dengan baik
 9. Latih mengembangkan penilaian obyektif Penilaian obyektif dapat menambah wawasan pasien
-

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang merupakan tahap pelaksanaan dari berbagai tindakan keperawatan yang sudah direncanakan dalam tahap sebelumnya. Tindakan keperawatan yang dilakukan diharapkan dapat membantu pasien mencegah, mengurangi serta menghilangkan dampak yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Prabowo, 2018).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan merujuk pada rentang pendekatan strategi penanganan perilaku kekerasan yang meliputi strategi pencegahan, strategi antisipasi dan strategi penahanan (Stuart, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses akhir dari seluruh tahapan proses keperawatan dimana dalam tahap ini dilakukan penilaian dari seluruh pelaksanaan proses keperawatan. Dalam tahap ini akan diketahui sejauh mana keberhasilan dari seluruh proses yang telah dilakukan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan dan pelaksanaan (Prabowo, 2018).

Evaluasi pada proses asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan hendaknya dibandingkan dengan tujuan atau luaran yang telah ditetapkan dalam perencanaan sebelumnya yaitu kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil antara lain verbalisasi ancaman kepada

orang lain menurun, verbalisasi umpatan menurun, suara keras menurun, bicara ketus menurun (SLKI, 2018).

C. Konsep Terapi Musik Berdasarkan *Evidence Based Nursing*

Hasil penelusuran jurnal pada periode tahun 2017 sampai dengan 2022 dari data base Pubmed dengan kata kunci “*music therapy And aggression*” didapatkan 23 jurnal. Penelusuran dari Portal Garuda dengan kata kunci “terapi musik dan perilaku kekerasan” didapatkan 6 jurnal dalam periode yang sama. Penulis mengambil 3 jurnal dari Pubmed dan 2 jurnal dari Portal Garuda yang dianggap mempunyai keterkaitan dengan keefektifan terapi musik dalam penanganan perilaku agresif yang kemudian dijabarkan dan dirangkum sebagai berikut :

Terapi musik mampu memberikan efek relaksasi dan mengurangi agitasi pada pasien gangguan jiwa. Pemilihan musik relaksasi di ruang isolasi mampu memberikan ketenangan emosional yang lebih tinggi dan pengurangan agitasi psikomotor pada pasien dengan perilaku agresif dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapat terapi musik di ruang isolasi. Pasien diberi kebebasan untuk memilih musik yang memiliki kriteria musik santai sesuai dengan kesukaan pasien. Penelitian ini menunjukkan bahwa musik relaksasi yang dipilih oleh pasien memiliki efek positif pada keadaan emosi dan perilaku pasien sehingga terapi musik dapat dipakai sebagai intervensi sensorik alternatif untuk mencegah perilaku kekerasan (Bensimon, *et al.*, 2018).

Penerapan terapi musik mempunyai tujuan untuk menjaga,

memulihkan dan memajukan kesehatan fisik, emosional dan mental. Hal ini berarti terapi musik dapat diberikan pada pasien dengan berbagai macam kondisi yang menjadi masalah kesehatannya. Penelitian yang menguji efektivitas terapi musik pada penderita autisme spektrum kekacauan, demensia, depresi, insomnia dan skizofrenia memberikan kesimpulan bahwa terapi musik dapat membantu meningkatkan kesehatan fisik dan psikososial pasien. Pada pasien skizofrenia terjadi perbaikan dalam kualitas hidup, fungsi sosial dan keadaan mental (Gassner *et al.*, 2021).

Intervensi berbasis musik merupakan jenis psikoterapi yang banyak digunakan untuk menghilangkan gangguan perilaku psikologis termasuk perilaku agresif. Terapi ini efektif untuk menurunkan agresi dan meningkatkan kontrol diri pada anak dan remaja yang mempunyai perilaku agresif (Ye *et al.*, 2021). Pasien gangguan jiwa juga mempunyai kecenderungan untuk berperilaku agresif. Jika pasien dengan kondisi tersebut tidak mendapat penanganan yang tepat akan menimbulkan akibat mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungannya. Terapi musik merupakan salah satu tehnik relaksasi untuk mengurangi agresi dengan pilihan musik yang lembut dengan irama dan nada yang teratur seperti musik klasik dan instrumental. Penelitian dengan menggunakan musik klasik menunjukkan bahwa terapi musik klasik efektif untuk menurunkan risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan (Aprini dan Prasetya, 2018).

Pemberian terapi musik pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan

dengan menggunakan tehnik mendengarkan musik mampu menurunkan tingkat agresif dari pasien. Terapi musik mempunyai manfaat untuk meningkatkan relaksasi sehingga menjadi tenang, nyaman, mengurangi rasa permusuhan, dan mampu menghilangkan ketegangan. Hal ini tergantung dengan pemilihan jenis musik yang digunakan. Terapi musik *new age yanni* yang diterapkan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan mampu menurunkan *skor agression self-control* terhadap resiko perilaku kekerasan (Subagyo *et al.*, 2018).