

**IMPLEMENTASI TERAPI MUSIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN DIAGNOSA RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

**karya Tulis ilmiah
diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Disusun Oleh :
Dinda Citra Wulandari
40902200017**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

**IMPLEMENTASI TERAPI MUSIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DENGAN DIAGNOSA RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

karya Tulis ilmiah



Disusun Oleh :

Dinda Citra Wulandari

40902200017

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

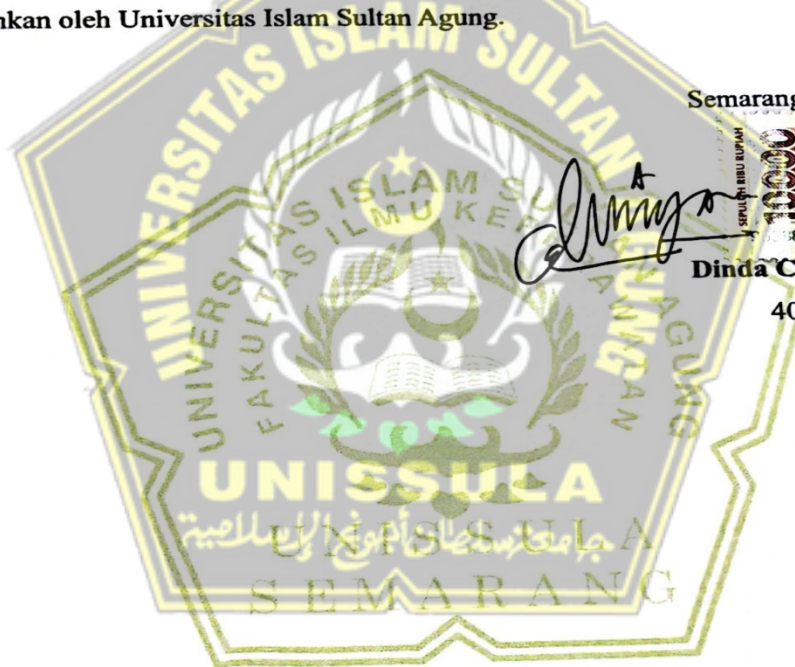
Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 06 Mei 2025



Dinda Citra Wulandari

40902200017



METERAI
TEMPEL
8AMX288610264

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk mempertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula pada :

Hari. : Selasa

Tanggal : 06 Mei 2025



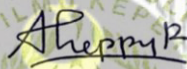
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Rabu tanggal 14 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 23 Mei 2025

Tim Penguji,

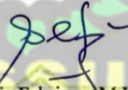
Penguji I



Dr. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Ns, Sp. Kep. I

NIDN : 06-1408-7702

Penguji II



Ns. Betie Febriana, M.Kep

NIDN : 06-2302-8802

Mengetahui,

UNISSULA Semarang



Dr. Iwan Ardian, SKM, M. Kep

NIDN : 06-2208-7403

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah rabbil 'alamin, segala puji bagi Allah yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya. Berkat karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah, yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan program D3 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan ini terdapat berbagai kendala dan hasilnya masih jauh dari sempurna. Namun, dengan petunjuk Allah SWT serta bimbingan, motivasi, dan dukungan dari orang-orang di sekitar, penelitian ini akhirnya dapat diselesaikan dengan baik.

Dengan rasa hormat dan kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., MH selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Ns.Betie Febriana,M.Kep selaku selaku pembimbing yang selalu ikhlas dalam membimbing serta meluangkan waktu dan memberikan support pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Dr. Dwi Heppy Rochmawati,M.Kep,Ns.Sp.Kep.J selaku penguji I,dan Ns.Betie Febriana,M.Kep selaku penguji II, yang telah memberikan masukan dan saran.
5. Bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama kurang lebih tiga tahun, dengan perjuangan yang luar biasa agar bisa memberikan bekal ilmu dan pengalaman bagi kami semua sebagai mahasiswa.
6. RSJD Dr.Amini Gondohutomo Semarang yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan praktik dan menambah ilmu.
7. Kedua orang tua saya,untuk bapak Parsiman dan ibu Solekhah yang selalu memberikan dukungan dan tidak lupa selalu mendoakan yang terbaik kepada putrinya.

8. Nenek saya Sundarsih dan kakak saya Dian puspita sari yang sudah memberikan support yang tidak pernah ada hentinya.
9. Teman hidup Agung Wahyu Setyawan yang selalu mendukung, membantu dan berbagi suka maupun duka sehingga penulis ini dapat menyelesaikan Karya Tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis membuka diri untuk menerima kritik dan saran yang membangun demi perbaikan di masa yang akan datang. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca, khususnya dalam pengembangan ilmu keperawatan jiwa.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh



Semarang, 06 Mei 2025

Dinda Citra Wulandari

IMPLEMENTASI TERAPI MUSIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN DIAGNOSA RESIKO PERILAKU KEKERASAN

ABSTRAK

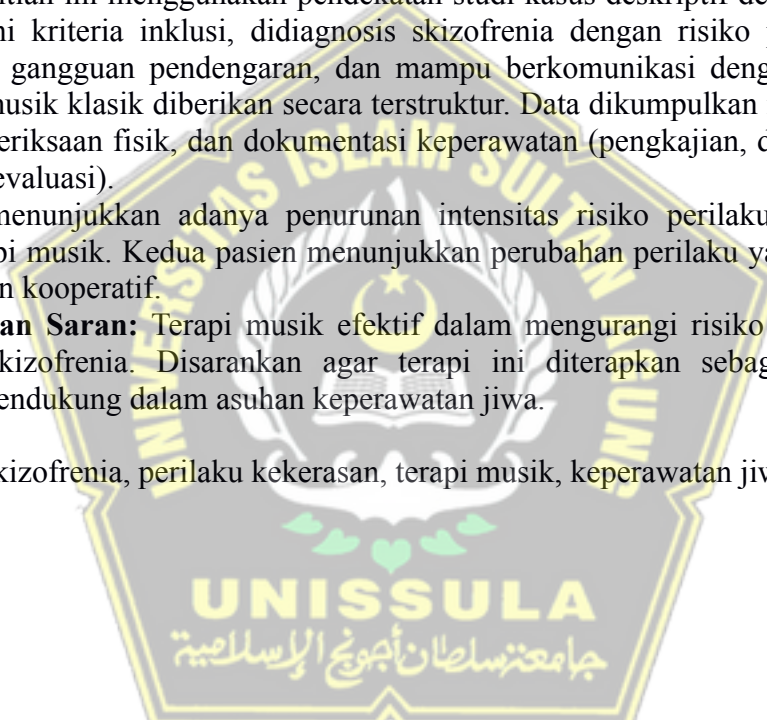
Masalah: Pasien dengan skizofrenia yang berisiko berperilaku kekerasan memerlukan penanganan yang tepat untuk mencegah terjadinya cedera pada diri sendiri maupun orang lain. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas terapi musik dalam mengurangi risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus deskriptif dengan dua partisipan yang memenuhi kriteria inklusi, didiagnosis skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan, tidak memiliki gangguan pendengaran, dan mampu berkomunikasi dengan baik. Intervensi berupa terapi musik klasik diberikan secara terstruktur. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi keperawatan (pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi).

Hasil: Hasil menunjukkan adanya penurunan intensitas risiko perilaku kekerasan setelah penerapan terapi musik. Kedua pasien menunjukkan perubahan perilaku yang positif, menjadi lebih tenang dan kooperatif.

Kesimpulan dan Saran: Terapi musik efektif dalam mengurangi risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Disarankan agar terapi ini diterapkan sebagai intervensi non-farmakologis pendukung dalam asuhan keperawatan jiwa.

Kata Kunci: skizofrenia, perilaku kekerasan, terapi musik, keperawatan jiwa



IMPLEMENTATION OF MUSIC THERAPY IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS DIAGNOSED WITH RISK OF VIOLENT BEHAVIOR

ABSTRACT

Problem: Schizophrenic patients who are at risk of violent behavior require appropriate management to prevent self-harm and harm to others. This study aims to evaluate the effectiveness of music therapy in reducing the risk of violent behavior in schizophrenic patients.

Method: A descriptive case study approach was used with two participants who met the inclusion criteria: diagnosed with schizophrenia with a risk of violent behavior, without hearing impairments, and capable of effective communication. Classical music therapy was administered in a structured manner. Data were collected through interviews, observations, physical examinations, and nursing documentation (assessment, diagnosis, intervention, implementation, evaluation).

Results: The findings indicated a reduction in the intensity of violent behavior risk after music therapy. Both patients showed positive behavioral changes, becoming calmer and more cooperative.

Conclusion and Suggestion: Music therapy is effective in reducing the risk of violent behavior in schizophrenic patients. It is recommended that this therapy be implemented as a supportive non-pharmacological intervention in psychiatric nursing care.

Keywords: schizophrenia, violent behavior, music therapy, psychiatric nursing



DAFTAR ISI

SAMPUL LUAR.....	1
SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus.....	4
D. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Resiko Perilaku Kekerasan.....	6
1. Definisi.....	6
2. Rentang Respon Marah.....	6
3. Etiologi.....	7
4. Manifestasi Klinis.....	8
5. Patofisiologi.....	9
6. Faktor Resiko Perilaku Kekerasan.....	9
B. Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.....	13
1. Pengkajian.....	13
2. Diagnosis Keperawatan.....	16
3. Perencanaan Keperawatan.....	17

4. Implementasi Keperawatan.....	23
5. Evaluasi Keperawatan.....	26
C. Konsep Dasar Terapi Musik.....	28
1. Pengertian Terapi Musik.....	28
2. Manfaat Terapi Musik.....	28
3. Jenis-Jenis Terapi Musik.....	29
4. Pengaruh Musik terhadap Otak dan Tubuh.....	29
BAB III METODE PENULISAN.....	31
A. Desain Studi Kasus.....	31
B. Partisipan Studi Kasus.....	31
C. Definisi Operasional.....	31
D. Tempat dan Waktu.....	31
E. Instrumen Studi Kasus.....	32
F. Metode Pengumpulan Data.....	32
G. Analisis dan Penyajian Data.....	33
H. Etika Studi Kasus.....	34
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	35
A. Hasil Studi Kasus.....	35
A. Pembahasan.....	54
BAB V PENUTUP.....	60
B. Kesimpulan.....	60
C. Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	62

DAFTAR TABEL

Tabel 1 SOP Terapi Musik pada Resiko Perilaku Kekerasan.....	12
Tabel 2 Intervensi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan	18
Tabel 3 Implementasi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan	24
Tabel 4 Evaluasi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan	27



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan.....	
Lampiran 2 Informed consent.....	
Lampiran 3 Daftar riwayat hidup	5.
Lampiran 4 Hasil turnitin	6



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jika kesehatan mental seseorang baik, mereka mampu mewujudkan potensi penuh mereka, mengatasi stres sehari-hari, menjadi produktif di tempat kerja, dan memberikan kontribusi positif bagi komunitas mereka. Gangguan dalam fungsi kognitif, emosional, atau perilaku yang menyebabkan disfungsi sosial, pekerjaan, atau aktivitas sehari-hari merupakan ciri penyakit psikologis atau perilaku yang signifikan secara klinis yang dikenal sebagai gangguan mental. Dalam psikosis dan gangguan mental berat lainnya, seseorang mengalami keterputusan dari kenyataan. Skizofrenia adalah kondisi persisten yang memengaruhi persepsi, ide, dan perilaku seseorang; ini adalah salah satu bentuk psikosis yang paling sering terjadi (Videbeck, 2020). Halusinasi, atau pengalaman sensorik tanpa rangsangan eksternal yang sebenarnya, umum terjadi pada skizofrenia. Kebanyakan orang mengalami suara-suara yang sebenarnya tidak ada saat mereka mengalami halusinasi pendengaran (Townsend & Morgan, 2021). Pasien dengan halusinasi mungkin bertindak agresif atau kasar terhadap diri mereka sendiri atau orang lain saat mereka bereaksi terhadap suara-suara yang menakutkan atau berwibawa. Kapasitas individu untuk memenuhi kewajiban sosialnya terganggu, dan isolasi sosial serta disorganisasi perilaku sering kali diperburuk oleh gangguan persepsi ini.

Gangguan skizoafektif adalah penyakit mental, dan RPK adalah kriteria diagnostik untuk skizofrenia. Kemarahan yang tidak terkendali dan diucapkan dengan cara yang dapat membahayakan orang lain atau lingkungan merupakan faktor risiko perilaku kekerasan. Kemarahan, ketakutan, manipulasi, dan intimidasi adalah beberapa emosi yang dapat menyebabkan tindakan kekerasan atau agresif. Agnecia D. P. (2021) berpendapat bahwa konflik emosional yang tidak terselesaikan adalah akar penyebab perilaku agresif.

Di seluruh dunia, diperkirakan 450 juta orang menderita penyakit mental, termasuk skizofrenia, menurut survei Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2022). Sementara negara-negara industri Eropa memiliki prevalensi 0,3 per 1000 penduduk, wilayah Pasifik Barat memiliki jumlah penderita skizofrenia tertinggi,

yaitu 3 per 1000. Sembilan puluh persen penderita skizofrenia tinggal di negara-negara terbelakang, dan lebih dari setengahnya tidak menerima pengobatan.

Di antara provinsi-provinsi di Indonesia, DKI Jakarta memiliki tingkat gangguan jiwa tertinggi, yaitu 24,3%, diikuti oleh Nagroe Aceh Darussalam sebesar 18,5%, Sumatera Barat sebesar 17,7%, NTB sebesar 10,9%, Sumatera Selatan sebesar 9,2%, dan Jawa Tengah sebesar 6,8%. Menurut temuan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), terdapat sekitar 14 juta orang (atau 6% dari populasi) yang menderita gangguan jiwa emosional seperti depresi dan kecemasan, dan sekitar 1,7 orang (atau 400.000 orang) yang menderita gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Setiap tahun, semakin banyak orang di Jawa Tengah yang mengalami masalah kesehatan mental. Di Jawa Tengah, ditemukan 121.962 orang yang mengalami gangguan mental. Menurut Kementerian Kesehatan (2023), angka ini melonjak menjadi 260.247 pada tahun 2014, sementara jumlah individu yang terkena penyakit mental mencapai 317.504. Pasien dengan gangguan skizoafektif sering bertindak kasar, yang tidak hanya mengancam diri mereka sendiri tetapi juga orang lain dan lingkungan. Siapa pun yang tindakannya berpotensi menimbulkan cedera fisik pada dirinya sendiri atau orang lain terlibat dalam perilaku kekerasan. Umumnya, perilaku agresif dan kekerasan dianggap ada dalam satu kontinum, dengan agresi fisik mewakili ujung ekstrem dan permusuhan verbal mewakili awal ekstrem. Tindakan seseorang mungkin dipengaruhi oleh situasi yang membangkitkan emosi tertentu, seperti kekesalan, permusuhan, atau kemarahan. Sebagai akibat dari metode penanganan yang tidak efisien, perilaku seseorang terkadang dapat meningkat menjadi agresi atau menyakiti ketika emosi ini mendalam. Diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan risiko perilaku agresif merupakan kasus yang paling banyak ditemukan di bangsal tenang pada tahun 2021, berdasarkan data yang dihimpun di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo, Semarang, yakni sekitar 54%. (Fidia 2023)

Salah satu cara maladaptif untuk mengatasi amarah adalah melalui perilaku kekerasan, yang dapat terjadi dalam berbagai bentuk, termasuk ancaman, kekerasan fisik, dan perusakan lingkungan. Gejala gangguan ini, yang dikenal dengan nama "restless" atau "amuk," meliputi kemarahan dan permusuhan yang hebat. Perilaku yang merusak ini berasal dari kurangnya kontrol yang efektif atas

dorongan emosional yang tidak menyenangkan. Keselamatan seseorang dan orang lain terancam ketika perilaku agresif tidak terkendali. (Martini,2022).

Dewi Artika (2022) menyatakan bahwa ada berbagai perawatan yang dapat digunakan untuk mengelola perilaku agresif. Meredakan gejala merupakan salah satu tujuan pengobatan yang diresepkan. Pasien yang menunjukkan perilaku kekerasan dapat dikelola melalui penggunaan obat-obatan, terapi TAK (terapi aktivitas kelompok), dan peningkatan keterlibatan keluarga. Terapi musik dapat membantu dalam proses pemulihan untuk salah satu anomali yang terkait dengan penyakit mental. Metode seperti memukul bantal dan latihan pernapasan dalam, serta pengobatan, konseling, dan praktik spiritual, dapat membantu mengelola bahaya perilaku kekerasan. Agncia D. P. (2021) mencantumkan terapi musik sebagai bentuk pengobatan lain yang mudah diakses dan dapat digunakan.

Tujuan terapi musik adalah untuk membantu klien melalui proses terapi dengan memasukkan aktivitas musik dan musik ke dalamnya. Musik klasik, musik yang menenangkan, musik tradisional, dan musik secara umum merupakan pilihan yang layak untuk terapi musik dengan tujuan mengurangi frekuensi gejala yang terkait dengan risiko perilaku agresif. Karya manusia yang menyenangkan secara estetika, merangsang secara intelektual, dan orisinal secara kreatif yang diekspresikan melalui elemen musik seperti melodi, ritme, dan harmoni merupakan hal-hal yang membentuk musik klasik (Yasin et al., 2022).

Mendengarkan musik klasik memiliki kekuatan untuk mengangkat semangat, menenangkan saraf, dan membangkitkan emosi yang kuat. Bidang medis memanfaatkan berbagai macam musik klasik untuk tujuan terapi, termasuk musik Mozart. Musik klasik Mozart memiliki dampak untuk meningkatkan fokus, memori, dan memperbaiki persepsi terhadap hal-hal yang berhubungan dengan geografi dan lokasi. Penelitian oleh Agustina dan rekan-rekan (2022) menunjukkan bahwa intervensi keperawatan dengan menggunakan terapi musik klasik efektif dalam membantu pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) untuk mengelola amarah mereka secara lebih baik. Terapi ini terbukti mampu memberikan dampak positif terhadap pengendalian emosi pasien RPK. Sementara itu, studi lain yang dilakukan oleh Agnesia dan kolega (2021) di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung menunjukkan bahwa sebelum mendapatkan terapi musik klasik, tingkat tanda dan gejala pada pasien RPK berada di angka 66%.

Setelah tiga hari diberikan intervensi tersebut, terjadi penurunan signifikan menjadi 8%, yang berarti terdapat penurunan sebesar 58%. Hasil ini memperkuat keyakinan bahwa terapi musik klasik memberikan kontribusi besar dalam pengurangan gejala RPK. Selain itu, Safitri (2022) menambahkan bahwa terapi musik berperan sebagai metode relaksasi yang dapat menciptakan ketenangan, membantu dalam pengendalian emosi, serta berpotensi menyembuhkan gangguan mental. Oleh karena itu, banyak psikolog dan psikiater memanfaatkan terapi ini untuk mengatasi berbagai permasalahan kesehatan jiwa.

Berdasarkan hasil penelitian di atas, maka penulis tertarik untuk mengkaji dan mengidentifikasi bagaimana penerapan terapi nonfarmakologi berupa terapi musik mampu menurunkan intensitas gejala positif skizofrenia, yaitu resiko perilaku kekerasan pada pasien di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka rumusan masalahnya adalah “Bagaimana Implementasi terapi musik pada pasien skizofrenia pada resiko perilaku kekerasan di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang ?”

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Karya Tulis Ilmiah bertujuan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami skizofrenia pada resiko perilaku kekerasan dengan pemberian terapi musik di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Diperoleh hasil pengkajian serta analisis data pada pasien dengan diagnosis skizofrenia yang memiliki risiko perilaku kekerasan setelah mendapatkan intervensi berupa terapi musik di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- b. Ditemukan diagnosis keperawatan yang sesuai pada pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan yang menjalani terapi musik di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- c. Dirancang perencanaan asuhan keperawatan untuk pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan melalui penerapan terapi musik di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.

- d. Diimplementasikan tindakan keperawatan utama sebagai upaya menangani pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan melalui metode terapi musik di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- e. Diketahui hasil evaluasi dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan setelah diberikan terapi musik di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- f. Diidentifikasi berbagai faktor yang mendukung dan menghambat pelaksanaan asuhan keperawatan, serta ditemukan alternatif solusi dalam upaya pemecahan masalah yang dihadapi

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Mahasiswa:

- a. Menambah pengetahuan dan wawasan mengenai penerapan terapi musik pada pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan.
- b. Memberikan pengalaman langsung dalam melakukan asuhan keperawatan berbasis terapi komplementer.

2. Bagi Lahan Praktik:

- a. Menjadi bahan pertimbangan dalam penerapan terapi musik sebagai salah satu intervensi keperawatan jiwa.
- b. Membantu meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa khususnya dalam menangani pasien dengan risiko kekerasan.

3. Bagi Institusi Pendidikan:

- a. Menjadi referensi dalam pengembangan bahan ajar dan proses pembelajaran keperawatan jiwa.
- b. Mendukung kegiatan penelitian mahasiswa dalam lingkup terapi komplementer keperawatan.

4. Bagi Profesi Keperawatan:

- a. Memperluas cakupan intervensi keperawatan berbasis evidence-based practice.
- b. Mendorong pengembangan terapi non-farmakologis dalam penanganan gangguan jiwa berat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Resiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi

PPNI mendefinisikan risiko perilaku kekerasan sebagai tindakan individu yang menimbulkan ancaman bagi diri sendiri atau orang lain dalam hal cedera fisik, emosional, dan/atau seksual. Ketika seseorang rentan terhadap aktivitas yang dapat menyebabkan cedera fisik bagi diri sendiri atau orang lain, kita katakan bahwa mereka terlibat dalam perilaku berisiko. Sebagai saluran destruktif untuk emosi negatif, tindakan kekerasan dilakukan. Tingkat kemarahan, ketakutan, manipulasi, atau intimidasi seseorang dapat menyebabkan tindakan kekerasan (Keliat, 2019). Individu yang terlibat dalam perilaku kekerasan menempatkan diri mereka sendiri dan orang lain pada bahaya cedera fisik, psikologis, dan seksual.

Orang dengan gangguan ini sering bertindak agresif atau dengan cara yang berbahaya, membahayakan tidak hanya diri mereka sendiri tetapi juga orang-orang di sekitar mereka. Sebagai reaksi maladaptif terhadap kemarahan, perilaku kekerasan terjadi ketika klien tidak mampu mengelola stres di lingkungan mereka (Estetika, 2021).

Akibatnya, perilaku agresif, baik verbal maupun nonverbal, yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, merupakan gejala stres yang dialami orang tersebut. Biasanya, tindakan kekerasan berbentuk luapan amarah yang dapat menyebabkan cedera fisik atau tekanan emosional (Wardana, 2020)

1. Rentang Respon Marah

Kemarahan, yang merupakan emosi dasar manusia, dapat berkembang sebagai reaksi terhadap ketidakadilan, ancaman, atau ketidakpuasan. Kurangnya pengelolaan amarah yang efektif dapat menyebabkan perilaku kekerasan pada orang dengan skizofrenia.



Spektrum amarah meliputi:

- a. Iritasi ringan: perasaan kesal atau terganggu.
- b. Frustrasi: ketidakpuasan akibat hambatan dalam mencapai tujuan.
- c. Amarah: emosi intens yang dapat memicu perilaku agresif.
- d. Kemurkaan: kemarahan yang tidak terkendali, berpotensi membahayakan diri sendiri atau orang lain.

Sebagai akibat dari masalah dengan pemrosesan emosi dan persepsi realitas, perilaku agresif lebih mungkin terjadi dalam konteks skizofrenia, yang dapat memperkuat respons marah.

2. Etiologi

Menurut Liviana dan Suem (2020), terdapat sejumlah faktor risiko dan pemicu yang berkaitan dengan munculnya perilaku agresif, yang dapat diklasifikasikan sebagai faktor predisposisi, antara lain:

a. Faktor Predisposisi

1) Kendala Inheren

Beberapa aspek biologis dapat meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami gangguan jiwa dan kecenderungan untuk bersikap agresif. Di antaranya termasuk faktor keturunan, riwayat kejang atau cedera kepala yang berdampak pada fungsi otak, serta konsumsi zat adiktif seperti narkoba atau alkohol yang dapat merusak keseimbangan kimia otak.

2) **Faktor Kesehatan Mental dan Sosial**

Kondisi mental seseorang juga memengaruhi interaksi sosialnya. Individu yang merasa tidak berdaya, mengalami kesulitan dalam mengungkapkan perasaan dan pikiran, merasa tidak diterima oleh keluarga maupun lingkungan, atau cenderung menekan masalah yang dihadapi, dapat mengalami gangguan emosional seperti kecemasan, kemarahan, atau depresi. Selain itu, ketidakstabilan spiritual atau ketenangan batin yang terganggu turut meningkatkan kerentanan terhadap gangguan jiwa dan perilaku agresif.

3) **Faktor Sosial Budaya**

Aspek sosial dan budaya juga memainkan peran penting, seperti keharmonisan dalam keluarga yang dapat berpengaruh terhadap rasa aman dan sejahtera individu. Peristiwa traumatis seperti kehilangan orang terdekat dapat menimbulkan kesedihan mendalam dan perasaan kehilangan arah hidup. Status sosial ekonomi yang rendah, keterbatasan pendidikan, serta kesulitan mendapatkan pekerjaan juga dapat menimbulkan tekanan psikologis dan rasa cemas, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap gangguan mental dan agresivitas

b. Faktor-faktor yang Memengaruhi Pendakian Baik variabel internal maupun eksternal memiliki peran. Beberapa elemen eksternal yang perlu dipertimbangkan termasuk menjadi korban perilaku kekerasan atau hidup di lingkungan yang bebas dari diskriminasi dan ejekan. Di sisi lain, pengaruh internal termasuk teman dan keluarga yang meninggalkan Anda karena Anda terlalu takut dengan penyakit Anda.

3. **Manifestasi Klinis**

Pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan dapat menunjukkan berbagai tanda dan gejala, antara lain:

1) **Verbal**

Berbicara dengan nada tinggi, mengumpat, atau mengancam.

2) **Non-verbal**

Ekspresi wajah tegang, mata melotot, tangan mengepal, postur tubuh kaku.

3) Perilaku

Merusak benda, menyerang orang lain, atau melukai diri sendiri (Maryati, 2022).

Studi oleh Maryati et al. (2021) menunjukkan bahwa terapi musik klasik dapat menurunkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

4. Patofisiologi

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologis yang kompleks, ditandai oleh disfungsi dalam neurotransmisi dopaminergik dan glutamatergik. Ketidakseimbangan ini dapat menyebabkan:

- a. Halusinasi dan delusi
- b. Persepsi atau keyakinan yang tidak sesuai dengan realitas.
- c. Gangguan afektif, emosi yang tidak sesuai atau datar.
- d. Perilaku agresif, impulsivitas dan kesulitan dalam mengendalikan amarah.

Ketidakseimbangan neurotransmitter ini dapat mempengaruhi area otak yang mengatur emosi dan perilaku, seperti amigdala dan korteks prefrontal, sehingga meningkatkan risiko perilaku kekerasan.

5. Faktor Resiko Perilaku Kekerasan

a. **Predisposisi presepitasi**

Menurut PPNI (2016), faktor yang dapat memicu atau memperkuat kecenderungan perilaku kekerasan mencakup aspek predisposisi dan presipitasi. Beberapa di antaranya meliputi:

- 1) Kurangnya pengetahuan atau wawasan terhadap situasi tertentu,
- 2) Perasaan bingung atau tercengang,
- 3) Adanya delusi atau keyakinan yang tidak sesuai realitas,
- 4) Tindakan atau niat untuk mengakhiri hidup,
- 5) Ketidakharmonisan dalam sistem keluarga,
- 6) Penurunan kemampuan berpikir dan memahami (kognitif),
- 7) Disorientasi atau ketidakjelasan dalam mengenali waktu, tempat, atau orang,
- 8) Persepsi negatif terhadap lingkungan sekitar,

- 9) Gejala-gejala depresi,
- 10) Riwayat menyiksa hewan saat masih kecil,
- 11) Sikap impulsif serta adanya sejarah atau ancaman melakukan kekerasan terhadap diri sendiri maupun orang lain,
- 12) Lingkungan rumah yang kacau dan tidak terstruktur,
- 13) Gangguan pada sistem saraf,
- 14) Pernah mengalami kekerasan atau pelecehan di masa kanak-kanak,
- 15) Sifat impulsif yang berulan

b. Penatalaksanaan Resiko perilaku kekerasan

Manajemen Kesehatan Lingkungan merupakan intervensi utama untuk mencegah perilaku kekerasan dan manajemen risiko perilaku tersebut (PPNI, 2018) :

Observasi

- 1) Mengenali persyaratan keselamatan.
- 2) Melacak setiap perubahan pada status keselamatan lingkungan

b. Terapeutik

- 1) Singkirkan potensi bahaya, jika memungkinkan
- 2) Ubah pengaturan sedemikian rupa sehingga bahaya berkurang
- 3) asang fitur keselamatan lingkungan, seperti pagar
- 4) Rel pintu dan pagar samping yang terkunci merupakan contoh peralatan perlindungan

c. Edukasi

- 1) Berikan edukasi kepada mereka yang paling rentan terhadap risiko lingkungan, termasuk keluarga dan masyarakat.

Intervensi yang dianggap penting untuk mengelola amarah menurut PPNI (2018)

a. Observasi

- 1) Cari tahu apa yang membuat Anda marah.
- 2) 2) Tentukan tindakan yang diinginkan orang dengan depresi amarah
- 3) 3) Perhatikan tanda-tanda agresi yang merusak dan lakukan

intervensi sebelum meningkat.

- 4) Pantau perkembangannya menggunakan bagan sesuai kebutuhan.

b. Terapiutik

- 1) Tetap tenang dan yakinkan.
- 2) Dorong luapan amarah yang hebat
- 3) Hindari menimbulkan bahaya melalui kemarahan yang ditunjukkan secara terbuka
- 4) Jauhi hal-hal yang membuat orang marah.
- 5) Gunakan kontrol non-internal (seperti waktu istirahat, menyendiri, atau penekanan)
- 6) Dorong penggunaan teknik untuk mengelola amarah dan mengembangkan cara yang lebih adaptif untuk mengekspresikan amarah.
- 7) Pastikan untuk memberi penghargaan kepada diri sendiri saat Anda berhasil menerapkan taktik untuk mengatur amarah Anda.

c. Edukasi

- 1) Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi dan respon marah
- 2) Ingatkan mereka bahwa mereka selalu dapat berbicara dengan perawat atau anggota keluarga untuk mendapatkan dukungan saat mereka merasa kewalahan.
- 3) Instruksikan siswa tentang cara mengendalikan kemarahan mereka dengan cara yang sehat.
- 4) Instruksikan klien tentang cara mengelola perasaan yang intens

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat, jika perlu

e. Rujuk ke pelayanan kesehatan mental, jika perlu.

Menurut informasi yang diberikan, terapi musik klasik merupakan pilihan yang tepat untuk mengurangi perilaku agresif. Menurut Agustina et al. (2022), terapi musik klasik memiliki beberapa manfaat, termasuk menenangkan pikiran, mengajarkan moralitas, mengelola emosi, menumbuhkan pertumbuhan spiritual, dan menyembuhkan masalah kesehatan mental. Telah lama diketahui bahwa terapi musik dapat meningkatkan kesehatan dan kinerja kognitif. Dengan

memengaruhi sistem saraf otonom dan sistem limbik, terapi musik dapat meredakan stres, kecemasan, dan depresi dengan menciptakan lingkungan yang aman, menyenangkan, dan rileks. Hal ini kemudian memicu pelepasan zat kimia seperti beta endorfin, enkefalin, dan Gamma Aminobutyric Acid (GABA), yang selanjutnya meningkatkan suasana hati (Agnecia, 2021).

Agnecia (2021) menemukan bahwa pasien di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung yang berisiko melakukan tindak kekerasan menemukan kelegaan melalui penggunaan terapi musik klasik. Penelitian tersebut mencakup satu sampel, dan hasilnya menunjukkan bahwa pasien yang perilaku kekerasannya mencapai 66,7% sebelum menerima terapi musik selama tiga hari (enam sesi pagi dan sore) mengalami penurunan perilaku kekerasan sebesar 58% hingga 8,3%. Skor responden 1 meningkat dari 54 menjadi 69 setelah tindakan dilakukan, sebagai bagian dari penelitian oleh Pramesuari (2019) yang meneliti analisis intervensi terapi musik klasik dalam mengelola kemarahan pada individu yang berisiko melakukan tindak kekerasan. Skor responden 2 naik dari 48 menjadi 61 setelah tindakan dilakukan. Selain itu, penelitian ini mencakup program tiga hari terapi musik klasik selama lima belas menit setiap hari.

Tabel 1

SOP Terapi Musik Klasik Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Terapi Musik Klasik	
No	Prosedur
A	Pengertian
	Terapi musik klasik merupakan terapi yang memanfaatkan kemampuan musik dan elemen musik oleh terapis kepada klien
B	Tujuan
	memberikan rasa tenang, sebagai Pendidikan moral, mengendalikan emosi, pengembangan spiritual dan menyembuhkan gangguan psikologis (Agustina, dkk 2022).
C	Prosedur
1	Pra interaksi
	1. Cek catatan keperawatan (jika ada) 2. Observasi vital sign dan skala nyeri pasien 3. Siapkan alat 4. Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi 5. Cuci tangan
2	Orientasi

	1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien/keluarga
3	Kerja
	1. Jaga privasi klien, memulai kegiatan dengan cara yang baik 2. Menetapkan perubahan pada perilaku dan fisiologi yang diinginkan yaitu relaksasi dan memberikan ketenangan dan rileks 3. Menetapkan ketertarikan klien pada musik 4. Pilih musik yang akan didengarkan pasien 5. Bantu klien untuk memiliki posisi nyaman 6. Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan musik 7. Pastikan tape musik dan perlengkapan lainnya dengan baik 8. Dukung dengan headphone jika diperlukan 9. Atur volume musik agar nyaman untuk pasien 10. Berikan terapi musik selama 15 menit
4	Terminasi
	1. Menanyakan perasaan pasien setelah diberikan terapi 2. Memberikan pujian atas keberhasilan terapi 3. Mengevaluasi upaya dalam menerapkan terapi musik klasik

umber : (Septiyawati, Diploma Tiga Keperawatan and Keperawatan Palli Jakarta, 2021)

B. Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

Tujuan dari asesmen keperawatan adalah untuk mengidentifikasi masalah dan kebutuhan keperawatan klien melalui pengumpulan data metodis yang berisi informasi klien. Rizal (2019) menyatakan bahwa asesmen perawat dimulai saat klien masuk rumah sakit dan berlanjut selama perawatan. Asesmen ini juga mencakup asesmen ulang untuk melengkapi data klien.

Berikut ini harus diselidiki pada pasien skizofrenia yang menimbulkan ancaman perilaku agresif (Sahputra, 2020) :

- a. Identitas
- b. Keluhan utama

Kekhawatiran utama biasanya adalah alasan pasien dirawat di rumah sakit, seperti disregulasi emosi pasien.

c. Faktor predisposisi

- 1) Klien sebelumnya pernah mengalami dan dirawat karena gangguan mental, atau ini adalah episode pertama gangguan mental yang dialaminya.
- 2) Dengan riwayat dibelenggu, klien biasanya mencari pengobatan dari dukun sebagai alternatif. Jika gagal, mereka akan dipindahkan ke rumah sakit jiwa.
- 3) Dalam kebanyakan kasus, klien telah mengalami atau melihat kekerasan fisik atau seksual, serta penolakan lingkungan, dan trauma.
- 4) Seseorang dengan gangguan mental sering kali merupakan anggota keluarga dekat.
- 5) Klien biasanya memiliki riwayat pengalaman yang menyakitkan, seperti menjadi korban pelecehan, penghinaan, atau penolakan dari orang lain atau lingkungannya.

d. Psikososial

1) Genogram

Keterkaitan klien dengan keluarganya dapat digambarkan dalam genogram yang mencakup tiga generasi atau lebih. Tiga generasi yang dimaksud adalah generasi yang dapat dengan mudah diingat oleh klien dan anggota keluarganya yang hadir selama evaluasi.

2) Konsep diri

Klien yang kesulitan mengatur emosinya mungkin memiliki harga diri yang rendah, yang pada gilirannya dapat memengaruhi interaksi mereka dengan orang lain, membuat mereka merasa diintimidasi atau dihina karena kekurangan yang mereka rasakan

3) Hubungan sosial

Pasien yang berisiko mengalami perilaku kekerasan sering kali menunjukkan gejala seperti menarik diri dari pergaulan, lebih suka menyendiri dan melamun, serta kurang ekspresif.

4) Spiritual

Kebanyakan orang akhirnya kehilangan minat dan akhirnya berhenti berpartisipasi dalam praktik keagamaan atau spiritual yang sejalan dengan pandangan mereka.

5) Status mental

b. Penampilan Fisik

Penderita skizofrenia yang cenderung menunjukkan perilaku kekerasan umumnya tampak tidak bersemangat, dengan tampilan rambut yang kusut, mencerminkan rendahnya dorongan untuk melakukan perawatan diri.

c. Pola Bicara

Selama proses pengkajian, pasien dengan kecenderungan agresif biasanya berbicara dengan nada tinggi, cepat, keras, dan penuh kemarahan.

d. Gerakan Motorik

Klien dengan perilaku agresif sering menampilkan postur tubuh yang tegang dan tidak tenang, disertai perubahan ekspresi wajah, tangan mengepal, rahang mengeras, dan tubuh gemetar.

e. Respons Emosional

Pasien cenderung memperlihatkan emosi yang dangkal dan kurang mendalam.

f. Ekspresi Afek

Kehilangan kontrol emosi dan munculnya kemarahan secara tiba-tiba tanpa penyebab yang jelas sering terjadi.

g. Interaksi saat Wawancara

Selama proses tanya jawab, klien biasanya memperlihatkan sikap curiga, marah, tidak kooperatif, enggan melakukan kontak mata, serta mudah tersulut emosi.

h. Persepsi

Walaupun menunjukkan kecenderungan melakukan kekerasan,

klien tetap bisa memberikan jawaban yang logis saat diberi pertanyaan.

i. Proses Berpikir

Sebagian besar klien bersikukuh bahwa kondisi mereka sehat dan tidak mengalami gangguan.

j. Tingkat Kesadaran

Pasien yang menunjukkan tanda-tanda perilaku kekerasan bisa mengalami kebingungan dalam hal kesadaran.

k. Daya Ingat

Sebagian besar pasien tetap mampu mengingat kejadian-kejadian terkini, meski mengalami gangguan ingatan jangka pendek.

l. Kemampuan Menilai

Kemampuan dalam menilai situasi umumnya berada pada tingkat sedang hingga rendah, dan klien seringkali tidak mampu membuat keputusan yang tepat.

m. Kesadaran Diri (Tilik Diri)

Tidak terdapat ciri khas atau tanda yang menonjol dalam aspek tilik diri pasien

e. Kebutuhan sehari-hari

Meskipun tuntutan klien untuk makan, buang air besar, dan buang air kecil biasanya konstan, tuntutan untuk kebersihan pribadi sering kali diabaikan.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan didasarkan pada evaluasi klinis reaksi klien terhadap masalah kesehatan atau kejadian kehidupan saat ini dan masa mendatang. Menentukan bagaimana individu, keluarga, dan masyarakat bereaksi terhadap masalah yang berhubungan dengan kesehatan merupakan tujuan diagnosis keperawatan (PPNI, 2016).

Ada dua kategori utama diagnosis keperawatan: positif dan negatif. Tujuan diagnosis negatif dalam keperawatan adalah untuk memaksa penyediaan intervensi keperawatan restoratif, terapeutik, dan preventif dengan menunjukkan bahwa klien sakit atau dalam bahaya sakit. Tidak ada

gejala luar yang terkait dengan diagnostik keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan, tetapi ada faktor risiko yang dapat menyebabkan komplikasi kesehatan. menurut PPNI (2016)

Pemikiran delusi, kecurigaan terhadap orang lain, halusinasi, pikiran bunuh diri, disfungsi dalam sistem keluarga, gangguan kognitif, kebingungan atau disorientasi, gangguan kontrol impuls, persepsi lingkungan yang terdistorsi, depresi, riwayat penyiksaan hewan, gangguan neurologis, lingkungan yang tidak teratur, penyiksaan atau penelantaran anak, riwayat kekerasan atau ancaman kekerasan, dan kerusakan harta benda orang lain merupakan faktor risiko perilaku kekerasan (PPNI, 2016).

3. Perencanaan Keperawatan

Pertimbangan yang cermat dan metodis, termasuk perumusan keputusan dan penyelesaian masalah, menjadi ciri perencanaan keperawatan. Rencana asuhan keperawatan harus memiliki unsur-unsur seperti prioritas masalah, kriteria hasil, rencana, dan dokumentasi. Untuk menilai seberapa baik asuhan keperawatan dilaksanakan, semua faktor ini akan menjadi penting (Uliyah dan Hidayat, 2021). Kriteria hasil dan standar intervensi merupakan landasan perencanaan keperawatan.

Kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari intervensi keperawatan merupakan contoh hasil yang dapat diamati dan diukur. Hasil negatif dan positif adalah dua kategori utama hasil keperawatan. Penentuan hasil ini akan memfokuskan penyediaan perawatan keperawatan yang ditujukan untuk menurunkan hasil negatif, yang mencerminkan situasi, perilaku, atau keyakinan yang merugikan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk meningkatkan atau memperbaiki hasil, yang positif ketika menunjukkan keadaan, perilaku, atau persepsi yang sehat (PPNI, 2018). Ketika perawat menggunakan keahlian, pengalaman, dan penilaian klinis mereka untuk mencapai suatu tujuan, ini dikenal sebagai intervensi. Ada tiga bagian dalam intervensi keperawatan: nama, definisi, dan tindakan. Intervensi keperawatan disebut dengan labelnya, yang pada dasarnya adalah kata kunci yang digunakan untuk menemukan informasi tentangnya. Label untuk intervensi keperawatan memiliki definisi yang

menjelaskan artinya. Untuk menerapkan intervensi keperawatan, perawat terlibat dalam serangkaian tindakan (PPNI, 2018).

Tabel 2
Intervensi Keperawatan Risiko Perilaku kekerasan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
2	3	4
Risiko Perilaku Kekerasan Faktor Risiko 1. Pemikiran waham/delusi 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi sistem keluarga 6. Kerusakan kognitif 7. Disorientasi atau konfusi 8. Kerusakan kontrol impuls 9. Persepsi pada	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 kali pertemuan dalam waktu 15 menit diharapkan kontrol diri pasien meningkat dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai 5. Perilaku agresif/amuk menurun 6. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun 7. Verbalisasi isyarat	Pencegahan perilaku kekerasan Observasi 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama menggunakan barang yang dapat membahayakan Terapiutik 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi

lingkungan tidak adekuat	bunuh diri menurun	1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien
10. Alam perasaan depresi	8. Verbalisasian ancaman bunuh diri menurun	2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
11. Riwayat kekerasan hewan	9. Verbalisasi rencana bunuh diri menurun	3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal
12. Kelainan neurologis	10. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun	Kolaborasi
13. Lingkungan tidak teratur	11. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun	1. Kolaborasi pemberian obat
14. Penganiayaan atau pengabaian anak	12. Euforia menurun	Promosi koping
15. Riwayat ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain	13. Alam perasaan depresi menurun	Observasi
16. Impulsive		1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan
17. Ilusi		2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki
		3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
		4. Identifikasi pemahaman proses

		penyakit 5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social Terapiutik 1. Diskusikan perubahan peran yang dialami 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri 4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri 5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu 6. Diskusikan resiko yang menimbulkan
--	--	---

		bahaya pada diri sendiri 7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan 8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan 9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis 10. Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan 11. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan 12. Motivasi terlibat dalam kegiatan social 13. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia 14. Damping saat berduka
--	--	---

		15. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman yang sama Edukasi 1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama 2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual jika perlu 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 4. Anjurkan keluarga terlibat 5. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif 6. Latih penggunaan Teknik relaksasi 7. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan 8. Latih pengembangan
--	--	--

		penilaian objektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat
--	--	---

Sumber : PPNI, *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (2019) dan PPNI, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merujuk pada berbagai aktivitas yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan mendukung proses penyembuhan pasien serta mengatasi gangguan atau masalah kesehatan yang sedang dialami. Tahapan ini mencerminkan pelaksanaan rencana tindakan yang telah dirancang sebelumnya, dengan fokus utama untuk mewujudkan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan. Pelaksanaan intervensi ini dimulai setelah penyusunan rencana tindakan selesai, dan dituangkan dalam bentuk perintah keperawatan (nursing orders) yang ditujukan untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan (Siregar, 2020).

Dalam implementasi asuhan keperawatan, terapi musik dapat dilakukan oleh perawat sebagai bagian dari intervensi mandiri keperawatan. Intervensi ini termasuk dalam NIC (Nursing Interventions Classification) dengan kode 4380: Music Therapy. Langkah implementasi meliputi:

1. Menentukan preferensi musik pasien
2. Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman
3. Mengatur durasi dan jenis musik
4. Monitoring respons emosional dan fisiologis pasien

Tabel 3
Implementasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Waktu	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4
Hari, tanggal, tahun dan pukul diberikan implementasi	Observasi 1. Mengidentifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan 2. Mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien 3. Mengidentifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 4. Mengidentifikasi pemahaman proses penyakit 5. Mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial Terapiutik 1. Mendiskusikan perubahan peran yang dialami 2. Menggunakan pendekatan yang tenang 3. Mendiskusikan alasan mengkritik diri sendiri 4. Mendiskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman	Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan objektif	

	5. Mendiskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan masa lalu 6. Mendiskusikan resiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 7. Memfasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan 8. Memberikan pilihan realistis mengenai aspek- aspek tertentu dalam perawatan 9. Memotivasi untuk menentukan harapan yang realistis 10. Meninjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan 11. Menghindari mengambil keputusan saat pasien dalam tekanan 12. Memotivasi pasien untuk terlibat dalam kegiatan social 13. Memotivasi pasien agar mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia 14. Mendampingi saat pasien		
--	--	--	--

	berduka		
	15. Memperkenalkan klien dengan orang yang berhasil mengalami hal yang sama.		
	16. Mendukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat		
	17. Mengurangi rangsangan lingkungan yang mengancam		
	Edukasi		
	1. Mengajukan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama		
	2. Mengajukan penggunaan sumber spiritual jika perlu		
	3. Mengajukan mengungkapkan perasaan dan persepsi		
	4. Mengajukan agar keluarga terlibat		
	5. Mengajukan membuat tujuan yang spesifik		
	6. Melatih menggunakan Teknik relaksasi		
	7. Melatih keterampilan sosial		
	8. Melatih pengembangan penilaian objektif		

Sumber : PPNI, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, (2018)

5. Tanda Keberhasilan Dalam Asuhan Keperawatan Jiwa

Menurut teori *Outcome Criteria* oleh Stuart & Sundeen (2016), tanda keberhasilan dalam asuhan keperawatan jiwa dapat diketahui melalui beberapa indikator klinis, antara lain:

1. Klien mampu mengenali emosi dan penyebab marah,
2. Klien dapat menyebutkan cara mengelola marah yang telah dipelajari (misalnya teknik pernapasan, mendengarkan musik),

3. Klien menunjukkan penurunan frekuensi perilaku verbal atau fisik agresif,
4. Klien mematuhi pengobatan,
5. Klien terlibat aktif dalam kegiatan terapi dan sosial.

Dengan demikian, pada kedua pasien, efektivitas terapi dapat dinilai dari kemauan mengikuti terapi musik, kemampuan mengekspresikan emosi dengan cara adaptif, dan partisipasi dalam kegiatan perawatan.

6. Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir dalam rangkaian proses asuhan keperawatan adalah evaluasi, yang dilakukan dengan mengacu pada tujuan hasil yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi ini merupakan proses berkelanjutan yang bertujuan untuk mengukur sejauh mana intervensi keperawatan memberikan dampak terhadap kondisi pasien (Simanulang, 2020). Mengacu pada pedoman Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2018), pelaksanaan evaluasi dapat menggunakan pendekatan SOAP yang meliputi:

- a. S (Subjektif): berupa respons atau tanggapan dari pasien terkait pelayanan keperawatan yang telah diberikan;
- b. O (Objektif): yakni data yang diperoleh melalui pengamatan langsung oleh perawat;
- c. A (Analisis): menggabungkan informasi subjektif dan objektif untuk menentukan apakah masalah pasien sudah teratasi;
- d. P (Perencanaan): yaitu tindakan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi sebelumnya.

Dalam praktiknya, perawat melakukan dua jenis evaluasi, yaitu:

- a. Evaluasi formatif (berbasis proses): dilakukan secara terus-menerus setiap kali tindakan keperawatan selesai dilaksanakan. Fokus evaluasi ini terletak pada penyebab masalah (etiologi) dan dilakukan hingga tercapainya tujuan intervensi.
- b. Evaluasi sumatif (berbasis hasil): dilakukan pada akhir seluruh intervensi keperawatan untuk menilai efektivitas keseluruhan tindakan terhadap masalah utama pasien dan memberikan kesimpulan berdasarkan hasil yang diperoleh selama periode tertentu.

Tabel 4

Evaluasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Waktu	Evaluasi	Paraf
	S : Pasien mengatakan pikiran nya sudah lebih tenang, tidak ada ide untuk melakukan perilaku kekerasan, pasien merasa bahagia O : Tidak ada upaya untuk melakukan kekerasan, afek pasien normal, tidak ada perilaku menarik diri, pasien tampak lebih bergairah untuk hidup, frekuensi amuk menurun, depresi menurun. A : Masalah teratasi P : - Anjurkan keluarga pasien untuk mendukung keselamatan pasien - Anjurkan pasien menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama	

C. Konsep Dasar Terapi Musik**1. Pengertian Terapi Musik**

Sering kali terjadi perbedaan antara definisi musik dan lagu, meskipun keduanya saling berhubungan erat. Musik dipandang lebih kompleks dibandingkan lagu. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, musik adalah seni menyusun nada dan bunyi dalam urutan, kombinasi, serta keterkaitan waktu sehingga menghasilkan suatu komposisi yang memiliki kesatuan dan kesinambungan. Campbell (2001) menyatakan bahwa musik adalah bahasa universal yang mampu melintasi batas usia, gender, ras, agama, dan kebangsaan. Sementara itu, lagu didefinisikan sebagai susunan suara yang memiliki irama, seperti nyanyian. Dengan demikian, musik dan lagu adalah dua entitas yang berkaitan erat (Widiyono, 2021).

Musik juga bisa diartikan sebagai rangkaian suara atau nada yang disusun sedemikian rupa agar membentuk irama, lagu, serta keharmonisan, umumnya dengan bantuan alat musik yang menghasilkan bunyi (Pratiwi & Rahmawati Arni, 2022). Sementara itu, lagu adalah ragam suara yang terstruktur secara ritmis yang dapat ditemukan dalam kegiatan berbicara, membaca, ataupun bernyanyi. Kesimpulannya, lagu merupakan bagian dari musik, dan musik memiliki cakupan yang lebih luas, mencakup karya dengan atau tanpa lirik (instrumental) (Rahmanisa, 2021).

2. Manfaat Terapi Musik

Berbagai studi dan literatur telah membuktikan bahwa musik memiliki peran penting dalam dunia terapi dan penyembuhan. Musik dipandang sebagai sarana terapi yang istimewa karena kemampuannya sebagai bahasa yang universal, yang mempermudah proses belajar, membangun relasi, mengekspresikan diri, dan berkomunikasi (Widiyono, 2021).

Musik juga mampu merangsang pelepasan hormon endorfin (Nilsson, 2009; Chiang, 2012), yang memberikan efek menenangkan dan relaksasi bagi tubuh (Potter & Perry, 2006). Dampak lainnya adalah penurunan stimulasi sistem saraf simpatis yang menyebabkan penurunan produksi adrenalin, menambah ambang kesadaran, dan meredakan ketegangan otot (Widiyono, 2021).

3. Jenis-Jenis Terapi Musik

Pada dasarnya, hampir semua genre musik bisa digunakan dalam terapi, asalkan sesuai dengan kondisi dan tujuan yang ingin dicapai. Setiap elemen musik nada, melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk, dan gaya mempunyai pengaruh yang berbeda terhadap pikiran dan tubuh. Oleh karena itu, pemilihan musik dalam terapi perlu disesuaikan secara spesifik.

Terdapat dua pendekatan utama dalam terapi musik:

- a. Terapi Musik Aktif: Metode ini melibatkan partisipasi langsung pasien, seperti bernyanyi, bermain alat musik, menirukan nada, atau menciptakan lagu sederhana. Pasien secara aktif berinteraksi dengan musik, dan pelaksanaannya membutuhkan pendampingan dari terapis musik profesional.

- b. Terapi Musik Pasif: Metode ini lebih mudah dan murah, yaitu dengan membiarkan pasien mendengarkan musik tertentu yang relevan dengan kondisinya. Kunci keberhasilan terapi ini adalah pemilihan musik yang sesuai. Berbagai CD terapi musik tersedia untuk membantu proses ini.

4. Pengaruh Musik terhadap Otak dan Tubuh

Musik terdiri dari tiga elemen penting: beat (ketukan), ritme, dan harmoni. Ketiga unsur ini berpengaruh langsung terhadap kondisi emosional dan fungsi otak. Bahkan musik yang terdengar secara tidak sengaja tetap dapat mempengaruhi sistem saraf. Zelika et al. (2018) menyebutkan tiga sistem otak yang terlibat:

- a. Sistem otak yang mengelola emosi: Musik bisa mengarahkan perasaan karena merangsang sistem saraf, sehingga memunculkan emosi tertentu.
- b. Sistem otak kognitif: Walaupun tidak didengarkan secara sadar, musik tetap dapat merangsang sistem ini. Akibatnya, kemampuan memori, konsentrasi, dan belajar dapat meningkat, serta menumbuhkan rasa bahagia dan keseimbangan sosial.
- c. Sistem pengatur kerja otak: Musik juga mempengaruhi fungsi vital seperti detak jantung dan pernapasan. Anak-anak yang terbiasa hidup dalam lingkungan keluarga yang mendengarkan musik klasik, misalnya, cenderung tumbuh menjadi individu yang lebih positif.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Studi Kasus

Penulisan karya ilmiah ini mengadopsi pendekatan deskriptif studi kasus, yang ditandai dengan eksplorasi secara menyeluruh terhadap satu objek atau unit tertentu, seperti individu, keluarga, kelompok sosial, komunitas, atau organisasi.

Karya tulis ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Risiko Perilaku Kekerasan melalui Penerapan Terapi Musik di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang. disusun menggunakan pendekatan studi kasus sebagai bentuk desain penulisan utama.

B. Partisipan Studi Kasus

Partisipan dalam studi kasus ini melibatkan dua pasien skizofrenia yang menjalani pemantauan intensif di RSJD dr. Amino Gondohutomo. Adapun kriteria inklusi yang ditetapkan untuk subjek penelitian adalah sebagai berikut:

1. Mengalami masalah keperawatan berupa risiko perilaku kekerasan.
2. Tidak memiliki gangguan pendengaran.
3. Dapat diajak berkomunikasi secara efektif.
4. Pasien skizofrenia yang dirawat di RSJD dr. Amino Gondohutomo dan bersedia menjadi partisipan.

C. Definisi Operasional

Musik dalam konteks ini didefinisikan sebagai kumpulan nada atau suara yang diatur secara sistematis sehingga menghasilkan unsur ritme, melodi, serta harmoni, yang umumnya dihasilkan oleh instrumen atau alat musik (Pratiwi & Rahmawati Arni, 2022)

D. Tempat dan Waktu

1. Tempat studi kasus dilakukan di RSJD dr. Amino Gondohutomo.
2. Waktu studi kasus dilaksanakan pada bulan Desember 2024.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen instrumen ini terdiri dari banyak observasi dan wawancara tujuannya adalah untuk mengumpulkan informasi tentang kepribadian responden atau hal lain yang ingin mereka pelajari (Nursalam, 2016). Observasi, wawancara keperawatan dan prosedur operasi standar terapi musik klasik digunakan dalam penelitian ini, bersama dengan wawancara yang mencakup tahapan berikut: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Pengumpulan data yang dilakukan saat studi kasus yaitu:

a. Wawancara

Tujuan dilakukannya wawancara yaitu untuk mendapatkan informasi emosional dengan memberikan pertanyaan kepada pasien dan keluarga mereka seperti kepribadian, keluhan primer, riwayat penyakit momentum, riwayat infeksi masa lalu, riwayat kesejahteraan keluarga, dan perawatan kerabat yang mengalami penyakit tersebut.

b. Observasi

Observasi yaitu dilakukannya pengkajian secara langsung dengan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien dan keluarganya serta melihat respon pasien dan keluarganya terhadap tindakan yang diberikan.

c. Pemeriksaan Fisik

Untuk mengumpulkan informasi tentang pasien dengan skizofrenia, teknik penilaian yang sebenarnya dipandu oleh pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik menyeluruh dilakukan pada klien, dengan memberikan perhatian khusus pada organ apa pun yang telah mengalami perubahan fisiologis, menggunakan metode seperti inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

2. Langkah-langkah pengumpulan data:

- a. Mengajukan permohonan tertulis kepada Rumah Sakit untuk melakukan studi kasus yang sebelumnya telah mendapatkan izin dari institusi yaitu Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

- b. Setelah mendapatkan perizinan dari pihak Rumah Sakit kemudian penulis mencari pasienskizofrenia
- c. Melakukan pengkajian data kepada pasien dan keluarga pasien, melakukan pemeriksaan fisik.
- d. Merumuskan diagnosa keperawatan.
- e. Menyusun rencana keperawatan untuk mengatasi diagnosa
- f. Melakukan implementasi 3x8 jam sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.
- g. Melakukan evaluasi untuk mengetahui hasil yang dicapai dari tindakan yang telah dilakukan.

G. Analisis dan Penyajian Data

Analisa data adalah proses pengelompokan, penyortiran, dan kategorisasi data untuk menghasilkan hasil akhir yang sejalan dengan fokus penelitian dikenal dengan analisis data. Motivasi di balik pemeriksaan informasi adalah untuk melihat hipotesis yang diperkenalkan dalam survei penulisan dengan efek samping penerapannya pada pasien dengan hiperplasia prostat yang tidak berbahaya. Sebelum analisis data, wawancara, observasi langsung, dan tinjauan dokumen digunakan untuk mengumpulkan data. Kemudian, bedakan masalahnya, buat temuan keperawatan, dan buat perawat berniat untuk mengalahkannya. Melaksanakan pengaturan yang telah dibuat, dan setelah mediasi keperawatan dilakukan penilaian kondisi pasien (Putri, 2020).

Analisis deskriptif digunakan untuk melihat data yang telah dikumpulkan. Untuk studi situasi ini, pemeriksaan informasi diselesaikan pada saat penulisan di lapangan mulai dari bermacam-macam informasi hingga semua informasi dikumpulkan. Tanggapan wawancara mendalam diceritakan, data observasi diringkas, dan studi dokumentasi menghasilkan data untuk ditafsirkan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan rekomendasi intervensi. Ini adalah teknik analisis data (Aditya, 2020).

Informasi diperkenalkan dengan cara berbasis teks / cerita dan dapat digabungkan dengan potongan artikulasi verbal klien yang merupakan informasi pendukung. Dengan tidak menuliskan identitas klien selama penilaian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi, penyajian data juga dapat dilakukan dengan tabel (grafik, flip chart, dan lain-lain). Data yang disajikan kemudian dibahas dan

dibandingkandengan penelitian sebelumnya dan perilaku kesehatan secara teoritis (Putri, 2020).

H. Etika Studi Kasus

Saat memulai penelitian, etika penelitian harus dipatuhi untuk memastikan perlindungan dan kerahasiaan klien.

1. Inform Consent (Persetujuan Menjadi Klien)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan subjek studi kasus untuk berpartisipasi sebagai responden. Lembar investigasi kontekstual berisi kebebasan dan komitmen termohon sebagai subjek investigasi kontekstual yang diberikan sebelum pelaksanaan investigasi kontekstual, termohon memiliki pilihan untuk mengambil bagian atau menolak menjadi responden (Vikas, 2021).

2. Anonymity (Tanpa Nama)

Anonymity merupakan prinsip moral dalam investigasi kontekstual yang mensertifikasi subjek investigasi dengan meminta mereka menandatangani lembar instrumen evaluasi tanpa memberikan atau mengingat nama mereka dan sebagai gantinya mengumpulkan inisial untuk berbagai informasi atau konsekuensi yang terkait dengan investigasi (Hoft, 2021).

3. Confidentiality (Kerahasiaan)

Confidentiality merupakan privasi selama analisis kontekstual, baik data maupun masalah untuk studi situasi. Data dan informasi yang telah dikumpulkan diwajibkan untuk diprivatisasi oleh Sang Pencipta, hanya pengumpulan informasi tertentu yang akan diperhitungkan dalam hasil studi (Bos, 2020).

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Studi kasus merinci perawatan keperawatan mental yang diberikan kepada Tn. Y dan R di Ruang Upip RSUD Dr. Amino Gondohutomo di Provinsi Jawa Tengah, yang datang dengan masalah utama berupa perilaku agresif.

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien I

Data ini berkaitan dengan pasien bernama Tn. Y, berusia 25 tahun, yang dievaluasi di RSUD Dr. Amino Gondohutomo di Semarang pada tanggal 17 Desember 2024. Karena klien marah-marah klien tidak mau minum obat rutin selama 3 minggu karena tidak ingin sembuh. Klien berubah prilakunya 2 minggu sebelum rumah sakit. Klien marah-marah seperti berteriak dan berbicara dengan nada tinggi. Tidur malam sulit baru tidur jam 4 sampai jam 5 pagi.

Status Kesehatan Saat ini

1) Keluhan Utama

Pada tanggal 12 Desember 2024, ayah klien yang sedang marah membawanya ke Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo di Semarang. Klien menolak minum obat sesuai resep selama tiga minggu, dengan alasan enggan untuk membaik. Hanya dua minggu sebelum masuk rumah sakit, klien mengalami perubahan perilaku. Klien cukup gelisah, bertindak dengan cara-cara seperti meninggikan suara dan berteriak. Meskipun saya hanya tidur dari jam 4 sampai 5 pagi, saya sulit tidur di malam hari.

2) Riwayat Kesehatan lalu

Menurut klien, ia dirawat di rumah sakit jiwa ini lima bulan yang lalu; ketidakmampuannya untuk minum obat secara konsisten membuat pengobatan sebelumnya tidak berpengaruh pada pengendalian amarahnya. Selain kekerasan fisik, klien juga mengalami penolakan dari pelaku kekerasan di usia tiga puluhan. Selama ini, klien tidak pernah menjadi korban kekerasan dalam

rumah tangga atau kriminal.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada satu pun kerabat klien yang memiliki riwayat penyakit mental.

4) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien menyatakan keinginannya untuk pulih dengan cepat dan kembali ke rumah untuk berkumpul dengan keluarganya. Klien mengakui situasi terkini dan menyatakan bahwa ia tidak malu dirawat di rumah sakit jiwa. Menurut klien, keluarganya adalah orang terpenting dalam hidupnya. Dalam lingkungan kelompok dan masyarakat, klien dapat bergaul baik dengan orang lain dan ikut serta dalam kegiatan seperti menjadi sukarelawan dan bekerja sama. Secara umum, klien bersikap kooperatif dan menjawab semua pertanyaan, meskipun ada kalanya mereka menghindari kontak mata langsung

b. Identitas pasien II

Data ini berkaitan dengan pasien bernama Sdr. R, berusia 24 tahun, yang dievaluasi di RSUD Dr. Amino Gondohutomo di Semarang pada tanggal 17 Desember 2024. Klien dibawa oleh keluarga karena menunjukkan perubahan perilaku seperti berbicara sendiri, sering marah tanpa sebab, dan mencurigai orang di sekitarnya. Klien mudah tersinggung dan sering membentak jika ditanya mengenai hal-hal pribadi. Klien juga tampak tidak menjaga kebersihan diri dan sering terlihat diam tiba-tiba saat diajak bicara.

Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pada tanggal 12 Desember 2024, keluarga klien membawa Sdr. R ke Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo di Semarang karena menunjukkan perubahan perilaku yang mengkhawatirkan. Klien sering berbicara sendiri, mudah marah, dan tidak dapat mengontrol emosinya. Klien menolak diajak bicara jika ditanya hal-hal pribadi, serta membentak saat ditanya mengenai orang tuanya. Klien juga terlihat menyendiri, sering

melamun, dan berbicara dengan nada tinggi. Klien tidur tidak teratur, biasanya tidur setelah makan malam dan minum obat, namun jika terbangun, hanya berdiam diri dan melamun. Selain itu, klien tampak tidak menjaga kebersihan diri, dengan penampilan yang kusut dan berbau tidak sedap.

2) Riwayat Kesehatan Lalu

Menurut klien, ia sebelumnya pernah menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo lima bulan yang lalu. Klien mengakui bahwa selama di rumah, ia tidak minum obat secara teratur, sehingga gejala seperti mudah marah, berbicara sendiri, dan menarik diri kembali muncul. Klien juga pernah mengalami kejadian traumatis berupa penolakan emosional dan sosial yang mendalam, terutama setelah kehilangan orang tua. Namun, selama ini klien tidak pernah menjadi korban kekerasan dalam rumah tangga maupun tindak kriminal.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada anggota keluarga klien yang memiliki riwayat gangguan jiwa atau penyakit mental lainnya. Keluarga inti klien terdiri dari nenek dan saudara kandung yang turut mendampingi proses perawatan klien.

4) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien menyampaikan bahwa ia ingin segera sembuh agar bisa kembali pulang dan membantu nenek berjualan seperti sebelumnya. Klien mengakui kondisinya saat ini dan tidak malu dirawat di rumah sakit jiwa. Ia menyatakan bahwa keluarga, terutama neneknya, adalah sosok yang paling penting dalam hidupnya. Klien mengaku bahwa sebelum sakit ia cukup aktif membantu di rumah dan ikut bekerja, meskipun akhir-akhir ini ia lebih sering menyendiri. Dalam lingkungan sosial, klien kadang terlibat dalam aktivitas masyarakat, namun sejak gejalanya muncul kembali, ia mulai menarik diri dan mudah tersinggung jika diajak berbicara.

1. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan menyukai bentuk anggota tubuhnya dan merasa percaya diri dengan fisiknya. Klien tidak mengalami gangguan daya ingat. Klien sadar penuh dan mengingat semua kejadian yang dialaminya. Klien mampu mengambil keputusan seperti memilih untuk menonton tv atau berbicara dengan klien lain atau dengan praktikan. Ketika ada masalah klien memilih untuk menghindar, tidak mau bercerita kepada siapa pun, sehingga tidak ditemukan solusi untuk permasalahannya, klien juga mengatakan sulit dalam mengontrol emosinya. Klien mengatakan orang yang paling berarti dalam dirinya adalah keluarga. Klien mengatakan ketika dirumah dia menghabiskan waktunya dengan keluarga.

b. Pola Eliminasi

Klien dapat berkemih dan buang air besar sendiri tanpa bantuan orang lain. Klien mampu membersihkan dirinya setelah berkemih dan buang air besar. Klien juga dapat merapikan pakaiannya setelah berkemih dan buang air besar.

c. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan selama dirumah klien rutin melakukan kontrol dan mendapatkan obat rawat jalan, namun terkadang klien tidak meminum obatnya dikarenakan efeknya yang membuat mengantuk. Saat klien mengalami kekambuhan, kakak klien segera membawanya ke rumah sakit jiwa. Klien mengatakan ketika dirumah dia menghabiskan waktunya dengan duduk santai sambil minum kopi, bercengkerama dengan keluarga dan pergi ke gereja. Klien keluar rumah untuk bekerja, terkadang klien sering keluar rumah untuk mencari udara segar.

d. Pola Nutrisi dan Metabolik

Klien makan 3x sehari yaitu pada pagi, siang, dan malam. Klien selalu menghabiskan makanannya. Klien tidak pernah pilih-pilih makanan. Klien mampu makan secara mandiri dan mampu merapikan alat makan setelah selesai makan.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Saat di rumah sakit, gangguan tidur klien menurun. Klien dapat tidur dengan cukup di malam hari. Kegiatan sebelum tidur yang bisa dilakukan adalah makan. Kegiatan setelah tidur yang bisa dilakukan adalah berjalan santai atau berolahraga.

f. Pola Kognitif Perseptual Sensori

Klien mengatakan pernah mengalami halusinasi seperti bertemu dengan orang-orang terkenal. Klien dalam keadaan sadar dan mampu merespon dengan baik, namun terkadang klien terlihat bingung apabila lingkungannya terlalu ramai dan berisik. Klien tidak mengalami disorientasi waktu, orang, dan tempat. Klien tidak mengalami gangguan daya ingat. Klien sadar penuh dan mengingat semua kejadian yang dialaminya. Klien tidak memiliki obsesi terhadap sesuatu, klien tidak mengalami fobia terhadap sesuatu. Klien memikirkan ingin sembuh dan keluar dari RSJ. Klien mengalami waham kebesaran.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien mengatakan menyukai bentuk anggota tubuhnya dan merasa percaya diri dengan fisiknya. Klien berjenis kelamin laki-laki berumur 25 tahun, klien seorang mahasiswa namun berhenti sejak 1 tahun yang lalu. Rencananya akan mencari kerja lagi kalau sudah keluar dari RSJ. Saat sehat klien mengatakan pernah menjadi seorang mahasiswa dan pernah mengajar les privat. Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang supaya bisa segera kembali ke rumah bertemu keluarga. Klien mengatakan dirinya tidak malu dirawat di rumah sakit jiwa dan klien menyadari keadaannya saat ini.

h. Pola Mekanisme Koping

Ketika ada masalah klien memilih untuk menghindar, tidak mau bercerita kepada siapa pun, sehingga tidak ditemukan solusi untuk permasalahannya, klien juga mengatakan sulit dalam mengontrol emosinya.

i. Pola Seksual-Reproduksi

Pasien mengatakan dengan kondisinya saat ini pasien mengalami tidak gangguan seksual.

j. Pola Peran Berhubungan Dengan Orang Lain

Menurut klien, keluarganya adalah hal terpenting dalam hidupnya. Klien memiliki hubungan positif dengan orang lain dalam lingkungan kelompok, dan mereka secara aktif terlibat dalam kegiatan masyarakat seperti menjadi sukarelawan dan bekerja sama. Meskipun klien menjawab semua pertanyaan yang diajukan, ada saat-saat ketika kontak mata menurun, sebaliknya, klien bersikap kooperatif selama diskusi.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Sebelum sakit klien rajin melaksanakan ibadah ke gereja bersama keluarga. Selama dirawat klien selalu mengikuti kegiatan beribadat terjadwal setiap harinya.

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan hal berikut: tekanan darah 125/78 mm Hg, denyut nadi 103 kali per menit, suhu 36,2 derajat Celsius, tinggi badan 170 cm, berat badan 96 kg, dan tidak adanya keluhan fisik apa pun; klien dalam keadaan sadar. Meskipun klien waspada dan responsif, mereka mungkin tampak bingung dalam suasana yang sangat sibuk atau bising.

3. Data Penunjang/Status Mental

Klien berpenampilan rapi, berbicara perlahan, dan banyak menunduk. Klien melaporkan mampu melakukan tugas-tugas rutin. Klien memiliki spektrum emosi yang sempit, terkadang dikenal sebagai afek tumpul. Meskipun klien menjawab semua pertanyaan yang diajukan, ada saat-saat ketika kontak mata menurun, sebaliknya, klien bersikap kooperatif selama diskusi. Klien menunjukkan disosiasi; ketika ditanya, klien memberikan jawaban yang tidak logis dan bertentangan

dengan kenyataan. Klien tidak takut pada apa pun atau terobsesi dengan apa pun. Keinginan pasien untuk pulih dan meninggalkan rumah sakit jiwa ada di benak klien.

Klien mengalami waham kebesaran. Klien dalam keadaan sadar dan mampu merespon dengan baik, namun terkadang klien terlihat bingung apabila lingkungannya terlalu ramai dan berisik. Klien tidak mengalami disorientasi waktu, orang, dan tempat. Klien tidak mengalami gangguan daya ingat. Klien sadar penuh dan mengingat semua kejadian yang dialaminya. Klien mampu berkonsentrasi dibuktikan dengan kemampuan klien dalam menjawab pertanyaan yang diberikan walaupun terkadang untuk jawabanya sedikit berbelit belit tetapi mampu mencapai tujuan dan mampu melakukan perhitungan sederhana pada benda nyata. Klien mampu mengambil keputusan seperti memilih untuk menonton tv atau berbicara dengan klien lain atau dengan praktikan. Klien mengetahui bahwa dirinya sedang dirawat di rumah sakit jiwa demi kesembuhannya, dan klien mengetahui alasan dirinya di rawat di rumah sakit jiwa.

3. Kebutuhan Persiapan Pulang

Jadwal makan klien biasanya terdiri dari tiga kali makan setiap hari: sarapan, makan siang, dan makan malam. Setiap kali makan, klien menghabiskan semua makanannya. Dalam hal masakan, klien tidak pernah rewel. Selain makan tanpa bantuan, klien juga dapat membersihkan dirinya sendiri dengan menyimpan peralatan makannya. Klien mampu buang air kecil dan besar secara mandiri tanpa bantuan. Setelah menggunakan toilet, klien diizinkan untuk mengeringkan dirinya sendiri. Selain itu, klien memiliki pilihan untuk berganti pakaian bersih setelah menggunakan toilet. Rutinitas harian klien meliputi mandi di pagi hari dan mandi lagi di malam hari. Klien mampu mandi lengkap, termasuk mencuci rambutnya, menggosok giginya, dan menyabuni dirinya dengan sabun.

Dia juga merapikan kuku dan kumisnya sendiri. Klien tampak bersih dan tidak berbau badan. Meskipun klien tidak memakai alas kaki, klien bebas mengambil, memilih, dan memakai apa saja yang diinginkannya. Penampilan

klien tampak rapi: rambutnya bersih dan tersisir rapi, tidak ada kutu, dan menggunakan pakaian yang disediakan. Klien berganti pakaian dua kali sehari. Klien memiliki kebebasan penuh untuk memilih, memakai, dan melepas pakaiannya sendiri. Memanjakan diri dengan tidur siang yang panjang dari pukul 14.00 hingga 15.00 dan tidur malam yang lelap dari pukul 22.00 hingga 05.00 WIB Pasien melaporkan gangguan tidur yang berkurang selama dirawat di rumah sakit. Klien tidur malam yang nyenyak. Makan merupakan salah satu kegiatan yang dapat dilakukan sebelum tidur. Setelah beristirahat, klien dapat melakukan hal-hal seperti jalan-jalan atau berolahraga.

4. Therapy

Klien mendapatkan therapy obat Aripiprazole 2 x 10 mg per oral, Depakote 2 x 250 mg per oral, Lorazepam 1 x 2 mg per oral (malam hari). Klien minum obat 2x sehari. Klien minum obat setelah sarapan dan setelah makan malam. Cara pemberian obat klien secara oral. Reaksi obat terkadang membuat klien mengantuk.

5. Analisa Data

Data yang ditemukan pada analisis pertama pada tanggal 17 Desember 2024 didapatkan data subyektif Pasien mengatakan marah, nada suara tinggi dan bicara ketus dan data objektif Sorot mata pasien tajam, Nada bicara ketus, Suara tinggi dan keras, Berbicara mengumpat . Sehingga dari analisa data didapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu Resiko perilaku kekerasan.

Data subjektif diperoleh dalam analisis data kedua yang dilakukan pada tanggal 18 Desember 2024. Klien melaporkan merasa tidak berharga, memiliki penampilan yang buruk, Rasa malu atau bersalah diungkapkan oleh klien. Menurut klien, ia merasa tidak berdaya dan Klien mengklaim bahwa ia tidak memiliki manfaat, keterampilan positif, atau fakta objektif. Takut gagal pada sesuatu yang baru, Ia membungkuk rendah, berjalan dengan kepala menunduk, dan berdiri sendiri di ruangan. Salah satu masalah keperawatan yang muncul dari data tersebut adalah harga diri yang rendah.

Tanggal 19 Desember 2024 adalah tanggal analisis ketiga, yang mengambil data subjektif. Menurut klien, ia sering mendengar suara-suara yang memerintahkannya

untuk marah. Klien juga menyebutkan bahwa ia telah melemparkan benda-benda di dekatnya, menyerang orang lain, melukai dirinya sendiri, dan merusak lingkungan. Selain itu, klien tampak tersenyum dan berbicara kepada dirinya sendiri. Masalah yang muncul dalam perawatan keperawatan, seperti yang terungkap oleh data, meliputi potensi cedera pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

6. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan : Resiko Prilaku Kekerasan bahaya perilaku agresif; dan ketiga, cedera pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan merupakan titik fokus data yang digunakan untuk membuat diagnosis keperawatan

7. Intervensi Keperawatan

Bahaya Tindakan Agresif dengan Tujuan Menyeluruh Mencapai Tujuan yang Ditargetkan dan Mengurangi Perilaku Kekerasan bagi Klien Sebagai contoh, klien dapat mempraktikkan teknik pernapasan dalam sambil mendengarkan musik untuk mengendalikan atau mencegah perilaku kekerasan secara fisik. Klien Memiliki Kemampuan untuk Menahan Diri atau Mencegah Perilaku Agresif Secara Fisik dengan Hanya Memukul Bantal. Ada Pendekatan Verbal yang Efektif bagi Klien untuk Mencegah atau Mengelola Perilaku Agresif. Ada Pendekatan Spiritual yang Dapat Membantu Klien Mencegah atau Mengelola Perilaku Agresif. Klien diharapkan dapat menyebutkan penyebab, tanda, gejala, dan konsekuensi dari perilaku kekerasan setelah tindakan dilakukan selama tiga hingga delapan jam, sesuai dengan kriteria. Tunjukkan Metode Fisik untuk Mengurangi Agresi. Sebagai hasil dari keterlibatan SP pertama Di bagian ini, kita akan membahas poin-poin berikut: apa yang membuat orang lebih cenderung bertindak kasar; tanda-tanda apa yang harus diwaspadai orang; jenis perilaku kekerasan apa yang sedang meningkat; dan terakhir, apa akibat dari tren ini. Dalam Situasi yang Berpotensi Melakukan Tindak Kekerasan, Berikan instruksi tentang cara mengurangi kemungkinan terjadinya tindakan agresif, Kuasai seni Metode fisik pertama adalah menetapkan rutinitas harian yang mencakup latihan pernapasan dalam dan musik. Teknik fisik 2 (memompa bantal atau kasur) harus dipraktikkan setiap hari, dan kemampuan pasien harus dinilai sebagai bagian dari SP 2. SP 3: Buat rencana harian, latih pendekatan verbal, dan nilai kemampuan pasien. SP 4: Tetapkan rutinitas harian, nilai kapasitas pasien, dan didik praktik spiritual.

Harga diri yang tertekan dengan aspirasi yang luas Klien memiliki kekuatan untuk meningkatkan harga diri dan kepercayaan diri mereka mengingat keadaan mereka saat ini dan tujuan mereka. Klien memiliki kekuatan untuk menumbuhkan persepsi diri yang lebih optimis. Klien dapat melihat kebaikan dalam diri mereka sendiri. Klien dapat berupaya meningkatkan diri dengan berfokus pada fitur-fitur yang baik. Mengingat persyaratan Setelah aktivitas selesai selama tiga sesi delapan jam berturut-turut, klien diharapkan memiliki kemampuan untuk Peningkatan evaluasi diri yang positif Rasa superioritas atau kompetensi tumbuh lebih kuat. Pengakuan dan penerimaan terhadap evaluasi diri yang baik tumbuh. Rasa ingin tahu tentang penjelajahan pengalaman baru tumbuh. Jumlah berjalan yang memperlihatkan wajah meningkat. Jumlah berjalan yang memperlihatkan wajah meningkat. Emosi bersalah berkurang. Ketidaknyamanan berkurang. Rasa tidak berdaya berkurang. Kemungkinan meremehkan kapasitas seseorang untuk mengatasi rintangan menurun. Karena keterlibatan SP 1 Menghitung kekuatan dan kompetensi klien, Membantu klien dalam menentukan kegunaan keterampilan mereka yang tersisa, Memfasilitasi pemilihan atau penentuan kegiatan pelatihan oleh klien sesuai dengan kapasitas mereka, Melatih klien sesuai dengan keterampilan yang dipilih. Mempromosikan penyertaan keterampilan ini dalam rutinitas harian klien. Bagian 2 dari SP Mengevaluasi jadwal aktivitas harian klien. Dorong klien Anda untuk mencoba hal-hal baru yang sesuai dengan tingkat keterampilan mereka. Memotivasi klien Anda untuk memasukkan keterampilan ini ke dalam rutinitas rutin mereka. Berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dalam mengejar tujuan yang lebih luas Klien memiliki kekuatan untuk menghentikan atau mengubah tindakan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan planet ini.

Rencana terperinci Klien mampu mengenali kemarahan mereka sendiri. Klien mampu mengelola dorongan mereka untuk menyakiti diri sendiri, orang lain, dan planet ini. Mengingat persyaratannya, Klien dapat mengantisipasi kemampuan setelah aktivitas dijalankan selama tiga putaran selama delapan jam sehingga mereka dapat Ancaman terhadap orang lain lebih jarang disuarakan. Kata-kata kursif lebih jarang diucapkan dengan keras. Perilaku yang kurang agresif diamati. Perilaku yang kurang merusak, baik terhadap diri sendiri maupun orang lain, dan terhadap lingkungan secara keseluruhan. Perilaku yang agresif atau mengamuk berkurang. Bicaralah dengan lebih pelan. Bahasa yang digunakan kurang sarkastik. Bersamaan

dengan intervensi Dengan membangun landasan kepercayaan (BHSP), kami dapat membantu klien dalam memahami faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku kekerasan dan dalam mempertimbangkan pro dan kontra dari terlibat dalam tindakan kekerasan. Pelajari teknik fisik untuk mengendalikan diri, seperti bernapas dalam-dalam dan membanting bantal atau menyalakan musik. Pastikan untuk memasukkannya ke dalam rutinitas harian klien.

8. Implementasi

Di Ruang Upip RSUD Dr. Amino Gondohutomo, Provinsi Jawa Tengah, sebuah intervensi dikembangkan dan diterapkan sebagai kelanjutan dari asuhan keperawatan untuk Tn. Y, yang perhatian utamanya adalah kemungkinan terjadinya perilaku kekerasan.

Pada hari Selasa, 17 Desember 2024, pukul 09.00 WIB, data subjektif digunakan untuk hari pertama penempatan. Informasi subjektif, suara melengking, dan sikap agresif semuanya dijelaskan oleh pasien. Ekspresi pasien adalah kemarahan yang intens saat mereka berbicara dengan suara kasar, marah, dan mengumpat. Menurut hasil, masalah yang paling mendesak dengan perawatan keperawatan adalah potensi perilaku agresif. Diagnosis keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan. Prompt Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan. SP 1. menentukan apa yang memicu perilaku agresif klien, khususnya jika keinginan mereka diabaikan. mengenali sinyal peringatan potensi perilaku agresif, seperti ketika pasien menjadi marah secara tidak rasional, bertindak impulsif, merusak properti, dan mengancam menyakiti orang lain. Beberapa metode untuk mengurangi kemungkinan perilaku agresif melalui aktivitas fisik: Sambil mendengarkan musik, tarik napas dalam-dalam beberapa kali. Pukul tempat tidur dan bantal. Bantu klien mengambil beberapa napas dalam dan menyesuaikan posisi mereka di tempat tidur. Langkah-langkah selanjutnya SP2 Potensi Perilaku Agresif Mengurangi perilaku agresif dengan kepatuhan obat yang konsisten. Strategi perawatan kesehatan (tidak termasuk SP) Penilaian awal: terapi mendengarkan musik, berbagi keluarga, konsultasi medis, rehabilitasi, dll. Kami mengumpulkan data subjektif pada hari Rabu, 18 Desember 2024, hari kedua implementasi. Faktor-faktor seperti nada suara pasien yang tinggi dan pola bicara yang tiba-tiba menguatkan laporan pasien tentang sifat mudah tersinggung dan marah

yang berkelanjutan. Penilaian risiko perilaku kekerasan dalam keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan dengan Tindakan Keperawatan SP2, khususnya Melihat seberapa baik klien dapat memukul tempat tidur dan bantal sambil mengambil napas dalam-dalam. Pemberian obat yang konsisten adalah fokus dari informasi ini. Langkah-langkah selanjutnya Bagian 3 Memandu klien dalam mengembangkan keterampilan manajemen kemarahan yang efektif. Anda dapat bertanya dengan sopan tanpa menjadi marah, Anda dapat menolak dengan sopan, dan Anda dapat mengekspresikan rasa frustrasi Anda secara efektif. Perencanaan oleh perawat (selain SP) Asesmen primer: Dll., mengunjungi dokter, berdiskusi dengan orang terkasih

Data subjektif dikumpulkan pada hari ketiga pelaksanaan, Kamis, 19 Desember 2024. Data objektif menunjukkan bahwa pupil pasien tidak terlalu gelisah, dan pasien sendiri melaporkan merasa lebih tenang. Diagnosis keperawatan Potensi perilaku agresif. Tindakan keperawatan SP3 Memandu klien dalam mengembangkan keterampilan manajemen amarah yang efektif. Ada tiga cara: meminta dengan hormat tanpa marah, menolak dengan baik, dan mengungkapkan sentimen ketidaksenangan dengan baik disertai musik klasik. Tidak ada strategi tindak lanjut dan tidak ada perencanaan perawat.

9. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan hari Selasa tanggal 17 Desember 2024 dengan subyektif Klien mengatakan marah, tidak ingin sembuh. Objektif Klien mampu mengikuti teknik terapi musik untuk mengontrol marah dengan baik. Analisa Resiko perilaku kekerasan (+). Perencanaan Latihan teknik napas dalam dengan di iringi music sebanyak 2 kali, pukul 09.00 dan 14.00 wib serta minum obat rutin setiap hari. Evaluasi keperawatan kedua hari Rabu tanggal 18 Desember 2024 dengan subyektif Klien mengatakan akan mempraktikkannya ketika ia marah. Obyektif Klien mampu mengikuti teknik terapi musik untuk mengontrol marah dengan baik. Analisa resiko perilaku kekerasan (+). Perencanaan latihan tehnik terapi musik 2 kali pukul 10.00 dan 15.00 wib dan minum obat rutin setiap hari.

Evaluasi keperawatan ke tiga hari Kamis tanggal 19 Desember 2024 dengan subyektif Klien mengatakan akan mempraktikkannya ketika ia marah. Obyektif Klien mampu mengikuti teknik verbal untuk mengontrol marah dengan baik. Analisa resiko

perilaku kekerasan (+). Perencanaan Latihan teknik terapi musik 2 kali, pukul 10.00 dan 15.00 wib dan minum obat rutin setiap hari

Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan tubuhnya jelek. Pasien terkadang diam tiba tiba saat diajak bicara dan bergumam sendiri, kemudian dilanjutkan kembali. Pasien dapat mengontrol isi pikiran, pasien tidak ditemukannya adanya obsesi, waham, dan fobia pada diri pasien. Pasien tidak memiliki gangguan daya ingat, dibuktikan dengan pasien mengingat kejadian 3 tahun lalu. Pasien tidak ada masalah berkonsentrasi, dibuktikan dengan pasien bisa menghitung 8+2.

2. Pola Eliminasi

Klien dapat berkemih dan buang air besar sendiri tanpa bantuan orang lain. Klien mampu membersihkan dirinya setelah berkemih dan buang air besar. Klien juga dapat merapikan pakaiannya setelah berkemih dan buang air besar

3. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien dibantu minimal untuk menjaga kebersihan diri karena pasien terlihat tidak menjaga kebersihan diri dengan dibuktikan berpakaian tidak rapi dan aroma tidak sedap, gigi kuning, kuku hitam, rambut banyak ketombe. Pasien mengatakan bahwa pasien saat dirumah dapat makan sendiri, mencuci pakaian pernah tetapi jarang, pasien tidak dapat mengatur keuangan karena pemborosan, pasien mengatakan terkadang mengepel dan menyapu rumah. Pasien mengatakan setiap harinya membantu nenek berjualan ikan. Tangan pasien terlihat tremor saat memegang gelas

4. Pola Nutrisi dan Metabolik

Jadwal makan klien biasanya terdiri dari tiga kali makan setiap hari: sarapan, makan siang, dan makan malam. Setiap kali, klien menghabiskan semua makanannya. Dalam hal masakan, klien tidak pernah rewel.

5. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan biasanya tidur setelah makan dan minum obat, jika pasien terbangun pasien hanya berdiam diri dan melamun

6. Pola Kognitif Perseptual Sensori

Pasien terkadang terlihat berbicara sendiri dan menyebutkan kata kata “mak” dan sering kali meninggikan nada bicara. Pasien terkadang terlihat tiba tiba emosi jika diajak bicara dan seperti menahan amarah. Pasien terkadang diam tiba tiba saat diajak bicara dan bergumam sendiri, kemudian dilanjutkan kembali. Pasien dapat mengontrol isi pikiran, pasien tidak ditemukannya adanya obsesi, waham, dan fobia pada diri pasien. Pasien tidak ada masalah berkonsentrasi, dibuktikan dengan pasien bisa menghitung 8+2.

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dia menggambarkan fisiknya tidak menarik. Jelas bagi pasien bahwa dia laki-laki. Pasien digambarkan sebagai rekan junior dari saudara yang lebih tua. "Saya ingin segera pulang," kata pasien. Pasien tersebut berkata bahwa orang yang baik bukanlah dia. Pasien mengatakan terkadang malas berinteraksi karena pasien gampang tersinggung. Pasien terkadang terlihat meninggikan nada bicaranya, pasien terkadang terlihat berbicara sendiri. Pasien sesekali menyebutkan kata kata “mak”. Pasien terkadang terlihat diam tiba tiba saat diajak bicara dan bergumam sendiri. Pasien terkadang diam dan terlihat sedih sesekali menangis dan mengatakan bahwa dirinya bukan orang baik. Pasien terkadang diam tiba tiba saat diajak bicara dan bergumam sendiri, kemudian dilanjutkan kembali

8. Pola Mekanisme Koping

Pasien mengatakan orang yang berarti bagi hidupnya yaitu orang tuanya. Pasien mengatakan terkadang malas berinteraksi karena pasien gampang tersinggung. Pasien tidak memiliki gangguan daya ingat, dibuktikan dengan pasien mengingat kejadian 3 tahun lalu

9. Pola Seksual-Reproduksi

Pasien mengatakan dengan kondisinya saat ini pasien mengalami tidak gangguan seksual.

10. Pola Peran Berhubungan Dengan Orang Lain

Pasien mengatakan orang yang berarti bagi hidupnya yaitu orang tuanya. Pasien mengatakan terkadang malas berinteraksi karena pasien gampang tersinggung. Pasien terkadang berbicara keras dan gampang tersinggung, pasien terkadang berbicara sendiri dan nada suara ditinggikan. Pasien terkadang terlihat tiba tiba emosi

jika diajak bicara dan seperti menahan amarah. Pasien terlihat mudah tersinggung jika ada salah yang dibicarakan

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam dan pasien selalu berdoa agar cepat sembuh dan bisa pulang. Pasien mengatakan jarang sholat tapi pasien berdzikir untuk merendahkan amarahnya

2. Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan asesmen, tanda-tanda vital klien diketahui 122/84 mmHg, denyut nadi 87 kali per menit, suhu 36,5 derajat Celsius, dan saturasi oksigen 99%. Klien dalam keadaan sadar penuh. Tinggi badan saya 70 kg dan lebar badan saya 165 cm. Tidak ada yang salah dengan tubuh saya. Pasien waspada dan tanggap: Karena pasien mudah tersinggung, pasien terkadang merasa lamban untuk berbicara

3. Data Penunjang/Status Mental

Pasien terlihat tidak rapi, banyak ketombe dirambutnya, gigi terlihat kuning, kuku terlihat hitam, pasien lain mengatakan bahwa pasien beroma tidak sedap. Pasien terkadang berbicara keras dan gampang tersinggung, pasien terkadang berbicara sendiri dan nada suara ditinggikan. Tangan pasien terlihat tremor saat memegang gelas. Pasien terkadang diam dan terlihat sedih sesekali menangis dan mengatakan bahwa dirinya bukan orang baik. Pasien terkadang terlihat tiba tiba emosi jika diajak bicara dan seperti menahan amarah. Pasien terlihat mudah tersinggung jika ada salah yang dibicarakan. Pasien terkadang terlihat berbicara sendiri dan menyebutkan kata kata “mak” dan sering kali meninggikan nada bicara. Pasien terkadang diam tiba tiba saat diajak bicara dan bergumam sendiri, kemudian dilanjutkan kembali. Pasien dapat mengontrol isi pikiran, pasien tidak ditemukannya adanya obsesi, waham, dan fobia pada diri pasien. Pasien terlihat sadar penuh, pasien tidak mengalami disorientasi orang dan waktu. Pasien tidak memiliki gangguan daya ingat, dibuktikan dengan pasien mengingat kejadian 3 tahun lalu. Pasien tidak ada masalah berkonsentrasi, dibuktikan dengan pasien bisa menghitung 8+2. Pasien mampu mengambil keputusan sederhana, yang dibuktikan saat pasien ditanya ingin mengobrol dimana pasien menjawab ingin mengobrol di depan ruangan. Pasien sering menyalahkan dirinya karena orang tua nya meninggal

4. Kebutuhan Persiapan Pulang

Pasien dibantu minimal untuk menjaga kebersihan diri karena pasien terlihat tidak menjaga kebersihan diri dengan dibuktikan berpakaian tidak rapi dan aroma tidak sedap, gigi kuning, kuku hitam, rambut banyak ketombe. Pasien mengatakan biasanya tidur setelah makan dan minum obat, jika pasien terbangun pasien hanya berdiam diri dan melamun. Pasien mengatakan bahwa pasien saat dirumah dapat makan sendiri, mencuci pakaian pernah tetapi jarang, pasien tidak dapat mengatur keuangan karena pemborosan, pasien mengatakan terkadang mengepel dan menyapu rumah. Pasien mengatakan setiap harinya membantu nenek berjualan ikan. Pasien terlihat emosi dan membentak lawan bicara saat lawan bicara menanyakan tentang orang tuanya.

5. Therapy

Klien mendapatkan therapy Olanzapin 10 2x1 untuk mengobati gejala skizofrenia, seperti perubahan perilaku, halusinasi atau delusi. Divalproex Sodium 250 2x2 untuk pengobatan gangguan kejang, gangguan bipolar, kecemasan, serta mencegah sakit kepala migrain. Trihexyphenidil 2mg 2x1 untuk mengatasi gejala penyakit Parkinson dan gejala sindrom ekstrapiramidal (pada pasien skizofrenia). Trifluoperazin 5 2x1 untuk mengobati skizofrenia dan kecemasan seperti mengatur perilaku dan suasana hati. Chlorpromazine 100 2x1/2 untuk menangani gejala psikosis seperti halusinasi dan pikiran tidak wajar pada skizofrenia

6. Analisa Data

Data yang ditemukan pada Analisa pertama ditanggal Selasa 17 Desember 2024 didapatkan data subyektif Pasien mengatakan terkadang malas berinteraksi karena pasien gampang tersinggung dan Pasien mengatakan suka mabok jika dirumah. Data obyektif Pasien gampang mengamuk dan marah jika tersulut emosi atau teringat orang tuanya. Pasien terkadang terlihat tiba tiba emosi jika diajak bicara. Pasien terlihat mudah tersinggung jika ada salah yang dibicarakan. Kaki pasien tampak ada luka karena terkena kaca yang dipecahkan. Pasien terkadang

terlihat tiba tiba emosi dan seperti menahan amarah. Pasien terlihat emosi dan membentak lawan bicara saat lawan bicara menanyakan tentang orang tuanya. Sehingga dari analisa data didapatkan masalah keperawatan yang muncul Resiko perilaku kekerasan (D.0146).

Data yang kedua ditemukan pada hari rabu tanggal 18 Desember 2024 didapatkan data subyektif Pasien mengatakan terkadang malas berinteraksi karena pasien gampang tersinggung. Data obyektif Pasien terkadang terlihat meninggikan nada bicaranya, pasien terkadang terlihat berbicara sendiri. Pasien sesekali menyebutkan kata kata “mak”. Pasien terkadang terlihat diam tiba tiba saat diajak bicara dan bergumam sendiri. Sehingga dari analisa data didapatkan masalah keperawatan yang muncul Gangguan persepsi sensori/halusinasi (D.0085)

Data yang ketiga didapatkan hari kamis tanggal 19 Desember 2024 didapatkan data subyektif Pasien mengatakan putus cinta 3 tahun yang lalu dan merasa dirinya tidak baik membuat dirinya terpuruk tetapi bisa membaik. Pasien mengatakan dirinya bukan orang baik. Pasien mengatakan tubuhnya jelek. Data obyektif Pasien terkadang diam dan terlihat sedih sesekali menangis dan Pasien sering menyalahkan dirinya karena orang tuanya meninggal. Sehingga dari analisa data didapatkan masalah keperawatan yang muncul Harga diri rendah (D.0086)

Data yang keempat ditemukan pada hari kamis tanggal 19 Desember 2024 didapatkan data subyektif Pasien lain mengatakan bahwa pasien beraroma tidak sedap. Data obyektif Pasien terlihat tidak rapi, banyak ketombe dirambutnya, gigi terlihat kuning, kuku terlihat hitam. Sehingga dari analisa data didapatkan masalah keperawatan yang muncul Defisit perawatan diri (D.0109)

8. Diagnosa Keperawatan

Analisis data yang lengkap menghasilkan diagnosis keperawatan berikut: risiko perilaku kekerasan (D.0146), dengan harapan pasien dapat menyadari bahaya yang ditimbulkan oleh tindakannya sendiri

Potensi perilaku agresif berada di bawah kendali pasien. Mengingat persyaratan Berdasarkan hasil, pengendalian diri diprediksi membaik setelah aktivitas dilakukan selama tiga set selama delapan jam. Bunuh diri dan perilaku melukai diri sendiri lainnya menurun. Ada pengurangan yang nyata dalam

perilaku merusak lingkungan dan kebisingan yang sangat keras. Intervensi SIKI dalam keperawatan bertujuan untuk mengurangi perilaku agresif. SP 1 Mengenali RPK saat terjadi, Mengenali RPK sebagai gejala, dan Mengenali RPK sebagai penyebab. Mengangkat topik pengendalian RPK. Membantu pasien dengan rutinitas latihan pengendalian fisik 1 (mendengarkan musik sambil menarik napas dalam-dalam), yang dapat dimasukkan ke dalam aktivitas sehari-hari untuk membantu pasien rileks. SP 2 Mengetahui seberapa baik pasien dapat mengelola kemarahan menggunakan latihan pernapasan dalam. Membuat rutinitas bagi pasien untuk diikuti setiap hari, dan menginstruksikan mereka untuk menggunakan cara fisik untuk menenangkan kemarahan mereka, seperti meninju bantal atau kasur.

9. Implementasi

Intervensi telah dirancang berdasarkan masalah, kemudian diimplementasikan sebagai tindak lanjut dari pelaksanaan asuhan keperawatan untuk Tn. R dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan di Ruang Upip RSUD Dr. Amino Gondohutomo, Provinsi Jawa Tengah.

Implementasi pertama hari Selasa tanggal 17 Desember 2024 pada diagnose pertama yaitu risiko perilaku kekerasan dengan data subyektif Pasien mengatakan terkadang malas berinteraksi karena pasien gampang tersinggung, Pasien mengatakan suka mabok jika dirumah. Data objektif Pasien gampang mengamuk dan marah jika tersulut emosi atau teringat orang tuanya. Pasien terkadang terlihat tiba tiba emosi jika diajak bicara. Pasien terlihat mudah tersinggung jika ada salah yang dibicarakan. Kaki pasien tampak ada luka karena terkena kaca yang dipecahkan. Pasien terkadang terlihat tiba tiba emosi dan seperti menahan amarah. Pasien terlihat emosi dan membentak lawan bicara saat lawan bicara menanyakan tentang orang tuanya. Pada diagnose kedua dengan Gangguan persepsi sensori/halusinasi didapatkan data subyektif Pasien mengatakan terkadang malas berinteraksi karena pasien gampang tersinggung. Data objektif Pasien terkadang terlihat meninggikan nada bicaranya, pasien terkadang terlihat berbicara sendiri. Pasien sesekali menyebutkan kata kata “mak”. Pasien terkadang terlihat diam tiba tiba saat diajak bicara dan bergumam sendiri. Pada diagnosa ketiga didapatkan data subyektif Pasien mengatakan putus cinta 3 tahun yang lalu dan merasa dirinya

tidak baik membuat dirinya. terpuruk tetapi bisa membaik. Pasien mengatakan dirinya bukan orang baik. Pasien mengatakan tubuhnya jelek. Data Objektif Pasien terkadang diam dan terlihat sedih sesekali menangis. Pasien sering menyalahkan dirinya karena orang tuanya meninggal. Diagnosa ke empat didapatkan data subyektif Pasien lain mengatakan bahwa pasien beraroma tidak sedap. Data objektif Pasien terlihat tidak rapi, banyak ketombe dirambutnya, gigi terlihat kuning, kuku terlihat hitam.

Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan,, Tindakan Keperawatan SP 1 Risiko Perilaku Kekerasan. Latih pasien Tarik nafas dalam sambil mendengarkan music. Rencana tindak lanjut tanggal 18 Desember 2024 . Planning perawat TAK (Terapi Aktivitas Kelompok) dan pemberian obat.

Implementasi pertama hari selasa tanggal 18 Desember 2024 pada diagnose pertama yaitu resiko perilaku kekerasan dengan data subyektif Pasien mengatakan masih sering emoasi tiba-tiba dan ingin mengamuk Data objektif pasien tampak menahan nafas seperti meredam marah.

Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan, Tindakan Keperawatan diagnose pertama evaluasi dan mengulang SP1 dan SP2.

Rencana tindak lanjut tanggal 19 Desember 2024 diagnose pertama evaluasi dan mengulang SP1 dan SP2. Planning perawat yaitu terapi music dan pemberian obat.

10. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan hari selasa tanggal 17 Desember 2024 dengan subyektif Pasien mengatakan bisa lebih rilex saat melakukan teknik tarik napas dalam. Pasien mengatakan tetap muncul berpikir negatif walaupun sudah berusaha berpikir positif. Pasien mengatakan mengerti pentingnya menjaga kebersihan tetapi pasien mengatakan belum ingin mandi dan gosok gigi. Objektif Pasien tampak mampu melakukan teknik tarik napas dalam tetapi sering kali masi menahan amarah. Pasien tampak mampu melakukan latihan menghardik dengan benar. Pasien tampak sesekali wajahnya masi bersedih dan murung. Analisa Resiko Perilaku Kekerasan, Planning Latih tarik napas dalam 2 hari sekali pada waktu 08.00 dan 12.00 wib. Latih menghardik jika mendengarkan hal hal yang mengganggu. Latih berpikir positif setiap pikiran negatif muncul.

Evaluasi keperawatan dilakukan hari Selasa tanggal 18 Desember 2024 dengan subyektif Pasien mengatakan mengerti apa yang diajarkan. Pasien mengatakan akan mencoba bercakap dengan teman seruangannya. Pasien mengatakan mau memasukan latihan kedua untuk dimasukkan ke jadwal kegiatan hariannya. Pasien mengatakan sudah makan dengan baik. Objektif Pasien tampak mencoba latihan kedua SP 2 untuk mengontrol amarah. Pasien tampak kooperatif dan sudah mulai lebih tenang. Pasien tampak sekali masih diam dan bergumam. Pasien tampak mengerti cara makan dengan baik dan pasien melakukannya dengan benar. Analisa Resiko Perilaku Kekerasan, Planning Latih tarik napas dalam dan memukul bantal. Latih menghardik dan bercakap cakap dengan orang lain. Latih berpikir positif dan melakukan hal hal positif.

Evaluasi keperawatan dilakukan hari Selasa tanggal 19 Desember 2024 dengan Pasien mengatakan jika ia emosi sudah menerapkan tarik napas dalam untuk meredakan emosi. Pasien mengatakan hari ini akan mandi karena akan pulang. Pasien mengatakan akan menerapkan latihan yang diajarkan. Objektif Pasien Pasien tampak mencoba latihan SP 1 dan SP 2 untuk mengontrol amarah. Pasien tampak kooperatif. Pasien tampak sekali masih bergumam. Pasien tampak sudah lebih tidak murung dan sedih dari pada sebelumnya. Analisa Resiko Perilaku Kekerasan, Gangguan persepsi sensori/halusinasi. Planning Mengulang latihan SP 1 dan 2 di rumah dan Minum obat secara teratur.

A. B. Pembahasan

Pasien Tn. Y dan Sdr. R yang berisiko melakukan tindak kekerasan karena masalah keperawatan, diberikan terapi musik klasik di Ruang UPIP RSJ Dr. Amino Gondohutomo, Provinsi Jawa Tengah. Selama tiga hari, dari tanggal 17 sampai dengan 19 Desember 2024, dilakukan tindakan keperawatan jiwa yang meliputi asesmen, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian, kedua pasien menunjukkan faktor predisposisi dan presipitasi yang relevan dengan teori menurut PPNI (2016) dan Keliat (2019).

Pada Tn. Y, ditemukan faktor predisposisi berupa halusinasi pendengaran, riwayat kekerasan terhadap orang lain, serta lingkungan yang tidak suportif. Adapun faktor

presipitasi yang memicu kemarahan adalah perasaan dilecehkan oleh keluarga dan rasa dikucilkan oleh lingkungan sekitar.

Pada Sdr. R, faktor predisposisi yang ditemukan adalah curiga berlebihan, impulsif, dan adanya disfungsi sistem keluarga. Faktor presipitasi yang memperparah kondisi adalah ketidakpuasan terhadap keputusan perawat, yang memicu perilaku verbal kasar dan ancaman fisik.

Rentang respons marah (Keliat, 2019) meliputi fase-fase mulai dari marah terselubung, marah verbal, marah fisik hingga destruktif. Kedua pasien berada pada fase marah verbal dan fisik ringan—ditandai dengan peningkatan nada suara, gerakan agresif, dan tatapan tajam. Jenis kemarahan yang dominan adalah marah agresif dengan ancaman fisik terhadap perawat dan pasien lain.

Pengkajian pada pasien Tn. Y dan Sdr. R menunjukkan adanya faktor predisposisi dan presipitasi yang mendasari munculnya risiko perilaku kekerasan. Pada Tn. Y, faktor predisposisi meliputi riwayat halusinasi pendengaran, trauma masa lalu, serta kurangnya dukungan dari keluarga. Sementara itu, pada Sdr. R, ditemukan gangguan persepsi berupa kecurigaan berlebihan, riwayat konflik dalam keluarga, dan ketidakmampuan dalam mengelola emosi. Faktor-faktor ini sejalan dengan teori Keliat (2019), yang menyebutkan bahwa predisposisi terhadap perilaku kekerasan meliputi gangguan persepsi, pengalaman traumatik, dan lingkungan yang tidak suportif.

Faktor presipitasi pada kedua pasien meliputi kejadian atau situasi yang memicu emosi marah, seperti perasaan ditolak oleh keluarga (Tn. Y) dan ketidakpuasan terhadap tindakan perawat (Sdr. R). Kejadian tersebut memicu ledakan emosi dan respons marah yang meningkat. Menurut Pramesuari & Putra (2019), faktor presipitasi adalah stresor terkini yang dapat mempercepat munculnya perilaku kekerasan, terutama pada individu dengan kontrol emosi yang buruk dan tidak adanya dukungan sosial.

Dalam tinjauan rentang respons marah, perilaku pasien menunjukkan adanya fase marah ringan hingga sedang. Tn. Y menampilkan tanda-tanda marah verbal seperti membentak dan mengumpat, sedangkan Sdr. R menunjukkan gejala marah fisik ringan seperti mengepalkan tangan dan menendang benda di sekitarnya. Kedua pasien masuk dalam fase eskalasi, yaitu fase saat kontrol diri mulai menurun, tetapi belum mencapai puncak ledakan kekerasan (Notoatmodjo, 2014; Effendy, 2021). Jenis

marah yang dominan adalah marah agresif, yaitu ekspresi kemarahan dengan potensi menyakiti orang lain atau lingkungan sekitar. Menurut penelitian oleh Pramesuari (2019), bentuk marah agresif sering terjadi pada pasien dengan gangguan jiwa yang memiliki hambatan dalam mengelola stres emosional, terutama bila tidak mendapat dukungan coping adaptif.

Pengkajian merupakan langkah awal dan sangat penting dalam proses asuhan keperawatan jiwa. Melalui pengkajian, perawat dapat mengidentifikasi kondisi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien untuk menemukan masalah keperawatan yang tepat. Dalam kasus ini, pengkajian dilakukan terhadap dua pasien yaitu Tn. Y dan Sdr. R yang dirawat di Ruang UPIP RSJD Dr. Amino Gondohutomo, Provinsi Jawa Tengah, dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan.

Faktor predisposisi dan presipitasi yang ditemukan pada Tn. Y dan Sdr. R selaras dengan teori dari PPNI (2016) dan Keliat (2019). Pada Tn. Y, faktor predisposisi mencakup adanya riwayat halusinasi pendengaran, pengalaman traumatik berupa penganiayaan oleh orang yang lebih tua, dan adanya riwayat perawatan di rumah sakit jiwa sebelumnya. Klien juga menunjukkan kepatuhan yang buruk terhadap terapi farmakologis, yang mengakibatkan kekambuhan gejala. Menurut Keliat (2019), faktor predisposisi adalah latar belakang yang menjadikan seseorang rentan terhadap gangguan jiwa atau perilaku kekerasan, seperti riwayat gangguan mental, pengalaman traumatik, atau adanya gangguan persepsi dan emosi.

Sedangkan pada Sdr. R, faktor predisposisi yang ditemukan meliputi sifat impulsif, curiga berlebihan terhadap orang lain, dan disfungsi keluarga. Sdr. R juga memiliki kemampuan coping yang buruk dalam menghadapi stres. Menurut Sahputra (2020), predisposisi terhadap risiko perilaku kekerasan dapat diperkuat oleh gangguan hubungan sosial, pengalaman penolakan dari lingkungan, serta perasaan tidak berharga yang berlarut-larut.

Faktor presipitasi atau pencetus pada kedua pasien melibatkan kejadian emosional atau lingkungan yang memicu kemarahan. Pada Tn. Y, kemarahan dipicu oleh perasaan tidak dipahami oleh keluarga dan ditolak atas keinginannya. Sedangkan pada Sdr. R, kemarahan dipicu oleh ketidakpuasan terhadap aturan rumah sakit dan sikap perawat yang dianggap tidak menghargai dirinya. Faktor-faktor presipitasi ini sesuai dengan pendapat Pramesuari dan Putra (2019) yang menyatakan bahwa stresor

lingkungan dan interaksi interpersonal yang negatif dapat memicu munculnya perilaku agresif, terutama pada individu dengan kontrol emosi yang lemah.

Jika ditinjau dari teori rentang respons marah menurut Notoatmodjo (2014), kedua pasien berada pada fase eskalasi, yaitu fase ketika emosi mulai meningkat dan kemampuan mengontrol diri mulai menurun. Pada fase ini, individu menunjukkan tanda-tanda fisiologis seperti nada suara yang meninggi, otot yang menegang, dan ekspresi wajah yang tajam. Hal ini juga tampak pada pasien Tn. Y yang sering berbicara dengan nada tinggi dan mengumpat, serta Sdr. R yang menunjukkan gerakan agresif ringan seperti menendang dan mengepalkan tangan. Menurut Effendy (2021), fase marah terbagi menjadi beberapa tahapan yaitu tahap pemicu, tahap eskalasi, tahap krisis, tahap pemulihan, dan tahap pasca-krisis.

Jenis marah yang tampak pada Tn. Y dan Sdr. R dapat diklasifikasikan sebagai marah agresif. Marah agresif adalah ekspresi kemarahan yang diarahkan keluar dalam bentuk verbal maupun fisik yang berpotensi menyakiti orang lain atau merusak lingkungan. Menurut penelitian oleh Pramesuari (2019), jenis marah ini umum terjadi pada pasien dengan gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia, yang tidak mampu menyalurkan emosinya secara adaptif.

Berdasarkan pengkajian status mental, kedua pasien memperlihatkan gejala yang mendukung diagnosis risiko perilaku kekerasan. Tn. Y menunjukkan adanya waham kebesaran dan halusinasi auditorik, serta afek yang tumpul dan pembicaraan yang tidak sesuai konteks. Kontak mata menurun, namun klien mampu menjawab pertanyaan dengan kooperatif. Sementara itu, Sdr. R cenderung menarik diri, menunjukkan ekspresi curiga, dan merespons dengan cara yang kaku atau agresif saat diberi arahan. Hal ini menggambarkan ketidaksesuaian dalam afek dan emosi, yang dapat menjadi indikator munculnya kekerasan.

Data ini diperkuat oleh hasil pengkajian pola kesehatan fungsional. Baik Tn. Y maupun Sdr. R menunjukkan pola koping yang tidak efektif. Mereka lebih memilih menghindar daripada menyelesaikan masalah, serta mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi. Mereka juga kurang mampu mengekspresikan perasaan dengan cara yang sehat, dan memiliki pengalaman spiritual yang menurun sejak mengalami gangguan jiwa. Menurut Agustina et al. (2022), kegagalan dalam ekspresi emosi yang adaptif serta lemahnya coping spiritual dapat meningkatkan kecenderungan agresi pada pasien dengan gangguan jiwa.

Kedua pasien menunjukkan kebutuhan akan pendekatan terapeutik untuk menurunkan emosi negatif dan meningkatkan kemampuan regulasi diri. Oleh karena itu, terapi musik klasik dipilih sebagai bagian dari intervensi mandiri perawat yang dapat menurunkan stres dan kemarahan. Hal ini sesuai dengan temuan Agnecia (2021) yang menyebutkan bahwa terapi musik klasik efektif dalam menurunkan tingkat perilaku kekerasan hingga lebih dari 50% dalam waktu tiga hari intervensi.

Secara keseluruhan, hasil pengkajian terhadap Tn. Y dan Sdr. R mengindikasikan bahwa risiko perilaku kekerasan dapat dipicu oleh kombinasi faktor predisposisi internal dan presipitasi eksternal. Oleh karena itu, intervensi yang diberikan harus komprehensif, dimulai dari pengenalan faktor pencetus, pemberdayaan coping mekanisme, hingga terapi relaksasi seperti musik klasik yang dapat membantu menenangkan emosi pasien secara non-farmakologis.

2. Diagnosa

Setelah evaluasi dan penetapan diagnosis keperawatan, langkah selanjutnya dalam proses keperawatan adalah perencanaan, yang lebih umum disebut sebagai asuhan keperawatan. Dalam fase perencanaan, peneliti merancang strategi untuk melaksanakan kegiatan keperawatan guna menangani tiga diagnosis keperawatan secara bersamaan. Peneliti kini dapat melaksanakan tindakan mereka sebaik mungkin dengan bantuan supervisi yang sering karena tidak ada kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus. Secara teori, diagnosis keperawatan yang dibuat selama penilaian menginformasikan pemanfaatan strategisnya dalam rapat. Mahasiswa berusaha ketika mereka :

1. Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)

SP 1

- a. Mengidentifikasi penyebab RPK
- b. Mengidentifikasi tanda dan gejala RPK
- c. Mengidentifikasi RPK yang dilakukan
- d. Menyebutkan cara mengontrol RPK dengan terapi music dangdut
- e. Membantu pasien membantu memutarakan music dangdut yang klien sukai
- f. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

SP 2

- g. Mengevaluasi kemampuan pasien mendengarkan music dangdut untuk mengontrol marah
- h. Membuat jadwal harian

3. Tahap Implementasi

Karena masalah utama klien, penulis hanya berfokus pada satu masalah keperawatan selama implementasi: diagnostik keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan. Menemukan perilaku kekerasan, mengendalikan perilaku kekerasan dengan napas dalam, musik, dan memukul tempat tidur dan bantal merupakan bagian dari diagnostik keperawatan risiko perilaku kekerasan. Strategi pemenuhan nomor dua meliputi mendorong penggunaan obat secara teratur, strategi pemenuhan nomor tiga adalah berupaya meningkatkan keterampilan komunikasi verbal dan tertulis, dan strategi pemenuhan nomor empat adalah menekankan spiritualitas

4. Tahap Evaluasi

Klien memiliki keyakinan pada kemampuan perawat untuk membantu mereka melalui terapi, menurut tinjauan teoritis. Mengelola risiko perilaku agresif klien berada dalam kendali mereka. Dengan mendengarkan musik, klien dapat mengurangi kemungkinan bertindak kasar. Klien dapat mengelola risiko perilaku agresif dengan minum obat secara konsisten. Jika klien berbicara dengan jelas, mereka dapat mengurangi kemungkinan perilaku agresif. Spiritualitas terjadwal dapat membantu klien mengendalikan bahaya perilaku agresif.

Penilaian dibuat dalam studi kasus sebagai berikut: Klien telah menunjukkan peningkatan dalam mengelola dan mengenali tanda-tanda potensi perilaku agresif. Gejala perilaku agresif dapat dikenali oleh klien. Klien bebas mendiskusikan berbagai tindakan agresi yang telah dilakukannya. Sebagai contoh, klien dapat mendiskusikan dampak dari tindakan agresifnya. Klien memiliki pilihan untuk mendiskusikan strategi untuk mengelola dan menghindari perilaku agresif. Klien dapat menyebutkan cara fisik, spiritual, sosial, dan psikofarmakologis untuk mencegah dan mengendalikan perilaku agresif.

BAB V

PENUTUP

B. Kesimpulan

1. Dari pegkajian hasil wawancara Pasien Tn. Y, pria berusia 25 tahun dan Sdr. R dirawat di Ruang Upip RSUD Dr. Amino Gondohutomo dengan masalah utama perilaku agresif.
2. Berdasarkan pengkajian menyeluruh, pasien menunjukkan:
 - Gangguan dalam mengelola emosi dan kecenderungan menghindari masalah.
 - Pola tidur dan makan yang cukup baik selama di rumah sakit.
 - Kesadaran penuh akan kondisi dan alasan dirawat, serta motivasi untuk sembuh.
 - Halusinasi dan waham kebesaran sebagai gejala utama gangguan persepsi.
3. Pemeriksaan fisik menunjukkan kondisi umum baik, dengan tanda-tanda vital dalam batas normal.
4. Secara sosial dan spiritual, pasien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan aktif dalam kegiatan keagamaan.
5. Dukungan keluarga menjadi faktor penting dalam proses pemulihan pasien, dengan keluarga sebagai tokoh bermakna bagi pasien.

C. Saran

1. Bagi Klien dan Keluarga

Klien dan keluarga diharapkan menjaga kepatuhan terhadap pengobatan, termasuk rutinitas minum obat dan kontrol rutin pasca rawat inap. Keluarga juga sebaiknya lebih aktif dalam memberikan dukungan emosional serta memfasilitasi kegiatan yang dapat membantu klien menyalurkan energi secara positif.

2. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

Perlu dilakukan pendekatan terapeutik berkelanjutan untuk memperbaiki mekanisme coping klien, serta pelatihan manajemen emosi melalui terapi kognitif perilaku atau kegiatan kelompok. Monitoring rutin terhadap perilaku agresif serta evaluasi keberhasilan terapi juga penting untuk mencegah kekambuhan.

3. **Bagi Rumah Sakit Jiwa**

Disarankan untuk menyusun program discharge planning yang komprehensif, termasuk edukasi keluarga dan follow-up home care, agar keberhasilan perawatan tidak berhenti saat pasien pulang, melainkan berlanjut di lingkungan sosial dan keluarga.



DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Shives, L. R. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G. W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2021). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (10th ed.). F.A. Davis Company.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Borum, R., & Verhaagen, D. (2006). *Assessing and managing violence risk in juveniles*. Guilford Press.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). *Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis*. *PLOS Medicine*, 6(8), e1000120.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- McNiel, D. E., & Binder, R. L. (2007). *The relationship between command hallucinations and violence*. *Psychiatric Services*, 58(9), 1137–1139.
<https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1137>
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2021). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. F.A. Davis.
- Volavka, J. (2014). *Comorbid personality disorders and violent behavior in psychosis*. *Psychiatric Times*, 31(9).
- Agnecia, F. (2021). *Terapi Musik Klasik dalam Menurunkan Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia*. *Jurnal Kesehatan Jiwa*, 9(2), 45-52.
- Agustina, R., dkk. (2022). *Efektivitas Terapi Musik terhadap Perubahan Emosi Pasien Gangguan Jiwa*. *Jurnal Keperawatan*, 15(1), 28-35.
- Effendy, C. (2021). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Keliat, B. A. (2019). *Keperawatan Jiwa: Proses Keperawatan dan Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Pramesuari, D. A., & Putra, I. N. G. A. (2019). *Analisis Intervensi Terapi Musik dalam Mengontrol Marah pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan*. Jurnal Keperawatan Jiwa, 7(1), 12–20.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Sahputra, H. (2020). *Faktor Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa*. Jurnal Keperawatan Komprehensif, 6(3), 112–118.

