

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN PENERAPAN TERAPI MUSIK
KLASIK PADA TN.D TERHADAP PENURUNAN TANDA GEJALA
PERILAKU KEKERASAN DI RUANGAN MERPATI
RUMAH SAKIT JIWA PROF HB SAANIN PADANG
TAHUN 2020**

OLEH :

SENTOSA
NIM : 1914901743

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

**STIKES PERINTIS PADANG
T/A 2019/2020**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN PENERAPAN TERAPI MUSIK
KLASIK PADA TN.D TERHADAP PENURUNAN TANDA GEJALA
PERILAKU KEKERASAN DI RUANGAN MERPATI
RUMAH SAKIT JIWA PROF HB SAANIN PADANG
TAHUN 2020**

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Profesi
Ners Stikes Perintis Padang

OLEH :

**SENTOSA
NIM : 1914901743**

LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sentosa
NIM : 1914901743
Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKes Perintis Padang
Judul KIA-N : **Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Penerapan Terapi Musik Klasik Pada Tn.D Terhadap Penurunan Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan Di Ruang Merpati Rumah Sakir Jiwa Prof HB Saanin Padang Tahun 2020.**

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKes Perintis. Jika di kemudian hari nyatanya saya terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKes Perintis.

Bukittinggi, Oktober 2020

Yang Menyatakan



(Sentosa)

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN PENERAPAN TERAPI
MUSIK KLASIK PADA TN. D TERHADAP PENURUNAN TANDA
DAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN DI RUANGAN MERPATI
RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG
TAHUN 2020**

OLEH :

SENTOSA

NIM. 1914901743

**Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah diseminarkan
Bukittinggi, 03 September 2020**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



(Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep)
NIK. 1440125028004033

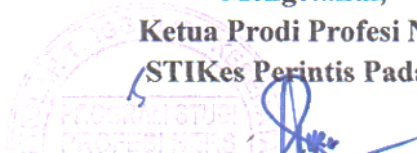
Pembimbing II



(Ns. Aldo Yuliano, S. Kep, MM)
NIK. 1420120078509053

Mengetahui,

**Ketua Prodi Profesi Ners
STIKes Perintis Padang**



HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN PENERAPAN TERAPI
MUSIK KLASIK PADA TN. D TERHADAP PENURUNAN TANDA
DAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN DI RUANGAN MERPATI
RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG
TAHUN 2020**

OLEH :

**SENTOSA
NIM. 1914901743**

Pada:

Hari/Tanggal : Kamis, 03 September 2020

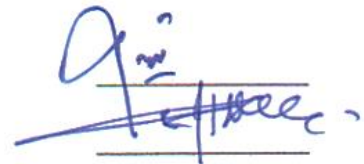
Jam : 14.00 Wib

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

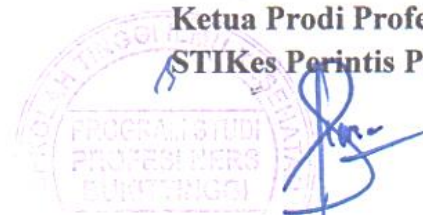
Penguji I : Yaslina, M.Kep, Ns, Sp. Kep. Kom

Penguji II : Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep



Mengetahui.

**Ketua Prodi Profesi Ners
STIKes Perintis Padang**



(Ns. Mera Delima, M.Kep)

NIK. 1420101107296019

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sentosa

Tempat/Tanggal Lahir : Batu Nanggai/ 13 Juli 1994

Agama : Islam

Program Studi : Profesi Ners

No.Hp : 0823-8854-8948

Nama Ayah : Bukhari Ismail

Nama Ibu : Mirhamah

Jumlah Saudara : 4 (Empat)

Anak ke : 5 (Lima)

Alamat : Jorong Batu Nanggai, Kenagarian Tanjung Sani,
Kecamatan Tanjung Raya, Kabupaten Agam,
Sumatera Barat.

Email : sentosa036@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 1999 - 2000 : TK Aisyiyah Batu Nanggai
2. Tahun 2000 – 2006 : SD N 15 Batu Nanggai

3. Tahun 2006 - 2009 : SMP N 04 Tanjung Raya
4. Tahun 2009 - 2012 : SMA N 01 Tanjung Raya
5. Tahun 2015 - 2016 : S1 Keperawatan STIKes Perintis Padang
6. Tahun 2019 - 2020 : Profesi Ners STIKes Perintis Padang

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Karya Ilmiah Akhir Ners, Oktober 2020
Sentosa**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN PENERAPAN TERAPI MUSIK
KLASIK PADA TN.D TERHADAP PENURUNAN TANDA DAN GEJALA
PERILAKU KEKERASAN DIRUANGAN MERPATI RUMAH SAKIR JIWA
PROF HB SAANIN PADANG TAHUN 2020.**

xi, V bab, 92 halaman, 2 tabel

ABSTRAK

Sehat jiwa adalah suatu kestabilan emosional yang diperoleh dari kemampuan seseorang dalam mengendalikan diri dengan selalu berpikir positif dalam menghadapi stresor lingkungan tanpa adanya tekanan fisik, psikologis baik secara internal maupun eksternal (Nasir, Abdul., 2011). Salah satu intervensi yang dapat dilakukan pada pada pasien perilaku kekerasan ialah penerapan terapi musik klasik. Tujuan dari karya ilmiah ini mampu menerapkan terapi musik klasik dalam asuhan keperawatan pada Tn.D terhadap penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan di Ruang Merpati di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2020. Metode penulisan ini adalah studi kasus dengan *quasy eksperime*, intervensi ini dilakukan selama 4 hari. Dari hasil intervensi yang dilakukan selama 4 hari didapatkan bahwa terapi musik klasik dapat menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan pada Tn.D. Kesimpulan dari intervensi mengontrol perilaku kekerasan dilakukan dengan salah satunya penerapan terapi musik klasik dengan strategi pelaksanaan (Sp1-Sp 4). Saran di harapkan kepada perawat agar selalu untuk menerapkan terapi musik klasik pada pasien

perilaku kekerasan, karena dengan penerapan terapi musik dapat merilekkan sehingga tanda dan gejala perilaku kekerasan sudah tidak tampak.

Kata Kunci : Perilaku Kekerasan, Terapi Musik
Kepustakaan : 32 (2000 – 2018)

***NURSING SCIENCE PROFESSIONAL PROGRAM
PERINTIS COLLEGE OF HEALTH SCIENCE WEST SUMATERA***

*Essay, October 2020
Sentosa*

***MENTAL NURSING CARE WITH THE APPLICATION OF CLASSIC MUSIC
THERAPY IN Mr. D. TOWARDS REDUCTION OF SIGNS AND SYMPTOMS
OF PERSONAL VIOLENCE BEHAVIOR IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL
OF PROF HB SAANIN PADANG IN 2020.***

xi, V chapters, 92 pages, 2 tables

ABSTRACT

Mental health is an emotional stability obtained from one's ability to control oneself by always thinking positively in dealing with environmental stressors without physical, psychological pressure, both internally and externally (Nasir, Abdul., 2011). One of the interventions that can be done in patients with violent behavior is the application of classical music therapy. The purpose of this scientific work is to be able to apply classical music therapy in nursing care to Mr. D to reduce signs and symptoms of violent behavior in the Merpati Room at Prof.. psychiatric hospital HB. Saanin Padang in 2020. This writing method is a case study with a quasy experiment, this intervention is carried out for 4 days. From the results of the intervention carried out for 4 days, it was found that classical music therapy can reduce signs and symptoms of violent behavior in Mr. D. The conclusion of the

intervention to control violent behavior is carried out by one of which is the application of classical music therapy with an implementation strategy (Sp1-Sp 4). Suggestions are expected for nurses to always apply classical music therapy to patients with violent behavior, because with the application of music therapy it can be relaxing so that the signs and symptoms of violent behavior are not visible.

Keywords : *Violent Behaviour, Music Therapy*
Bibliography : 32 (2000 - 2019)

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah, puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) yang berjudul **Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Penerapan Terapi Musik Klasik Pada Tn. D Terhadap Penurunan Tanda Gejala Perilaku Kekerasan Di Ruangan Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang Tahun 2020.**

Shalawat dan salam senantiasa tercurah kepada Rasulullah Muhammad SAW, yang telah mengajarkan dan membimbing umatnya dari umat yang tidak mengetahui

apa-apa menuju umat yang berbudi luhur dan bermoral serta menjadikan umatnya senantiasa bertaqwa kepada Allah SWT.

KIA-N ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang. Selanjutnya peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ketua Stikes Perintis Padang Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed.
2. Ketua Program Profesi Ners Stikes Perintis Padang, Ns. Mera Delima, M.Kep.
3. Pembimbing I, Ns. Falerisiska Yunere, M. Kep.yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan arahan dan petunjuk selama menyelesaikan KIA-N.
4. Pembimbing II, Ns, Aldo Yuliano, S.kep. MM, telah memberikan arahan dan masukan selama penyelesaian KIA-N ini.
5. Teristimewa kepada Ayah dan Ibu serta semua sanak saudara yang telah membantu dan memberi dukungan baik moril maupun material untuk dapat menyelesaikan KIA-N ini.
6. Teman-teman seperjuangan angkatan 2019 Profesi Ners Reguler Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang, serta semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian KIA-N ini.

Meskipun peneliti telah berusaha semaksimal mungkin dalam penulisan KIA-N ini, namun peneliti menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan KIA-N, karena kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT.

Semoga Allah SWT, selalu melimpahkann rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, Amin

Bukittinggi, Oktober 2020

Peneliti

DAFTAR ISI

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| HALAMAN PERSETUJUAN | i |
| KATA PENGANTAR..... | ii |
| DAFTAR ISI..... | iv |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 6 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 6 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 7 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Konsep dasar perilaku kekerasan | |
| 2.1.1 Pengertian | 9 |
| 2.1.2 Rentang respon..... | 10 |
| 2.1.3 Faktor Penyebab..... | 11 |
| 2.1.4 Tanda Gejala | 15 |

| | |
|---|----|
| 2.1.5 Proses terjadinya | 16 |
| 2.1.6 Penatalaksanaan Umum | 18 |
| 2.2 Konsep Terapi Musik | |
| 2.1.1 Pengertian | 21 |
| 2.1.2 Tujuan Diberikan Terapi | 22 |
| 2.1.3 Manfaat Terapi | 22 |
| 2.1.4 Kerja terapi music..... | 24 |
| 2.1.5 Musik Klasik | 25 |
| a. Pengertian | 25 |
| b. Fisiologi terapi music klasik..... | 26 |
| c. Prosedur terapi music..... | 27 |
| 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis | |
| 2.3.1 Pengkajian..... | 28 |
| 2.3.2 Diagnosa | 39 |
| 2.3.3 Rencana tindakan | 40 |
| 2.3.4 Implementasi..... | 50 |
| 2.3.5 Evaluasi..... | 50 |
| BAB III STUDI KASUS | |
| 3.1 Pengkajian..... | 51 |
| 3.2 Analisa Data..... | 65 |
| 3.3 Daftar masalah keperawatan | 66 |
| 3.4 Pohon masalah | 67 |
| 3.5 Daftar diagnosa Keperawatan | 68 |
| 3.6 Intervensi Keperawatan..... | 69 |
| 3.7 Catatan Perkembangan..... | 76 |
| BAB IV PEMBAHASAN | |
| 4.1 Analisis Masalah Keperawatan..... | 83 |
| 4.2 Analisis Salah Satu Intervensi | 86 |
| 4.3 Alternatif Pemecahan..... | 88 |
| BAB IV PENUTUP | |
| 5.1 Kesimpulan | 90 |
| 5.2 Saran | 91 |
| DAFTAR PUSTAKA | |

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sehat jiwa adalah suatu kestabilan emosional yang diperoleh dari kemampuan seseorang dalam mengendalikan diri dengan selalu berpikir positif dalam menghadapi stresor lingkungan tanpa adanya tekanan fisik, psikologis baik secara internal maupun eksternal (Nasir, Abdul., 2011)

Menurut UU RI No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Pada pasal 70 menjelaskan bahwa pasien dengan gangguan jiwa mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau, mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai dengan standar pelayanan kesehatan jiwa, mendapatkan jaminan atas ketersediaan obat psikofarmaka sesuai dengan kebutuhannya. (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

World Health Organization (WHO) memperkirakan sebanyak 450 juta orang diseluruh dunia mengalami gangguan mental. Terdapat sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa

mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% ditahun 2030 (Wakhid, 2016).

Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 1,7 per mil. Prevalensi gangguan jiwa berat berdasarkan tempat tinggal dan kuintil indeks kepemilikan dipaparkan pada buku Riskesdas 2018 dalam Angka. Angka prevalensi seumur hidup 8.0 persen. Beberapa kepustakaan menyebutkan secara umum prevalensi skizofrenia sebesar 1 persen penduduk. Prevalensi psikosis tertinggi di Di Yogyakarta dan Aceh (masing-masing 2,7%), sedangkan yang terendah di Kalimantan Barat (0,7%) dengan responden gangguan jiwa berat berdasarkan data Riskesdas 2015 adalah sebanyak 1.728 orang. Sedangkan untuk Sumatera Barat angka kejadiannya 1,9 per mil posisi 6 teratas di seluruh Indonesia (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2015).

Berdasarkan data yang di dapatkan di Rumah Sakit Jiwa RSJ Prof. H.B. Sa'anin Padang, jumlah gangguan jiwa yang dirawat pada tahun 2017 di dapatkan data pasien yang mengalami gangguan jiwa khususnya perilaku kekerasan sebanyak 2.022 orang dan pada tahun 2018 terdapat sebanyak 2.134 orang penderita yang mana 1.473 orang adalah penderita perilaku kekerasan. Berdasarkan data di atas di simpulkan bahwa terjadinya peningkatan kasus skizofrenia khususnya dengan perilaku kekerasan (Rekam Medik, RSJ Prof. H.B. Sa'anin Padang, 2018).

Dampak dari tingginya gangguan jiwa menyebabkan peran sosial yang terhambat dan menimbulkan penderitaan pada klien karena perilaku yang buruk. Dengan meningkatkan pelaksanaan pengawasan dan evaluasi program kegiatan kesehatan

jiwa dengan cara peningkatan pembinaan program kegiatan kesehatan jiwa di sarana kesehatan pemerintah, swasta dan puskesmas terutama upaya promotif dan preventif. Salah satu gangguan jiwa terberat adalah skizofrenia (Direja, 2016).

Skizofrenia adalah suatu gangguan proses pikir yang menyebabkan keretakan dan perpecahan antara emosi dan psikomotor disertai distorsi kenyataan dalam bentuk psikosa fungsional. Gejala primer skizofrenia adalah gejala awal yang terjadi dan menyebabkan gangguan proses pikir, gangguan afek emosi, gangguan kemauan, sedangkan gejala sekunder skizofrenia adalah waham dan halusinasi gejala yang timbul karena gangguan pada gejala primer skizofrenia (Muhith, 2015)

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi gangguan jiwa adalah melakukan upaya meningkatkan pandangan pada dirinya berbentuk penilaian subjektif individu terhadap dirinya; perasaan sadar dan tidak sadar, persepsi terhadap fungsi, peran, dan tubuh. Pandangan atau penilaian terhadap diri meliputi: ketertarikan talenta dan keterampilan, kemampuan yang dimiliki, kepribadian pembawaan, dan persepsi terhadap moral yang dimiliki. Salah satu komponen dalam skizofrenia adalah paranoid . Jenis skizofrenia paranoid biasanya ditandai dengan adanya waham kejar (rasa menjadi korban atau seolah-olah dimata-matai atau waham kebesaran, halusinasi dan terkadang terdapat waham keagamaan yang berlebihan (focus waham agama), atau perilaku agresif dan bermusuhan (Kaplan & Sadock, 2010).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap sesuatu stresor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep 2010). Perilaku kekerasan ditandai dengan adanya muka marah dan emosi. Pasien mengalami distorsi kognitif seperti merasa diri paling berkuasa, pengasingan, mengkritik pendapat orang lain dan mudah putus asa. Terdapat rasa malas dan menarik diri dari hubungan sosial pasien mengalami gangguan tidur seperti sulit tidur atau terbangun dini hari, nafsu makan berkurang begitu juga dengan seksual (Yosep, 2009).

Terapi musik merupakan salah satu bentuk dari teknik relaksasi yang bertujuan untuk mengurangi agresif, memberikan rasa tenang, sebagai pendidikan moral, mengendalikan emosi, pengembangan spiritual dan menyembuhkan gangguan psikologis. Terapi musik juga digunakan oleh psikolog maupun psikiater untuk mengatasi berbagai macam gangguan kejiwaan dan gangguan psikologis (Campbell, 2010). Prinsip tindakan keperawatan untuk klien perilaku kekerasan yaitu manajemen krisis yaitu pengkekangan dan isolasi jika diindikasikan. Saat klien sudah mampu mengendalikan dirinya, maka perawat melakukan tindakan manajemen perilaku kekerasan yaitu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, cara yang biasa dilakukan klien jika marah, mengidentifikasi cara baru yang konstruktif, melatih cara baru pada situasi yang nyata. Untuk meningkatkan kemampuan dan

memberikan motivasi klien melakukan cara yang konstruktif, klien dilibatkan dalam terapi modalitas yaitu terapi aktivitas kelompok

Salah satu teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan diantaranya adalah pemberian terapi musik. Alasannya adalah jika melakukan kegiatan dalam kondisi dan situasi yang rileks, maka hasil dan prosesnya akan optimal. Relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah, yang pada akhirnya mengendurkan ketegangan jiwa. Salah satu cara terapi relaksasi adalah bersifat terapi musik, Amelia & Trisyani (2015) mengatakan bahwa terapi musik memiliki keunggulan diantaranya musik lebih ekonomis, bersifat naluriah, dapat diaplikasikan pada semua pasien tanpa memperhatikan latar belakang pendidikan. Musik mempunyai banyak fungsi yaitu menyembuhkan penyakit dan meningkatkan daya ingat serta meningkatkan kesehatan secara holistik yaitu dengan mengatur aktivitas bernafas.

Hal ini sesuai dengan penelitian dari Annisa Ismaya (2019) Penerapan Terapi Musik Klasik Untuk Menurunkan Tanda Dan Gejala Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Singgah Dosaraso Kebumen, menunjukkan bahwa dapat dilakukan terapi musik klasik untuk mengurangi perilaku agresif, mengurangi kecemasan serta mengatasi depresi pada pasien RPK. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Rumah Singgah Dosaraso Kebumen, Klien dengan RPK sudah diberikan beberapa terapi yaitu terapi obat dan aktivitas tetapi belum pernah dilakukan terapi dengan musik klasik. Dan penelitian yang dilakukan oleh Ketut Tuning Afriani (2018) penerapan terapi musik pada pasien yang mengalami

resiko perilaku kekerasan di ruang melati rumah sakit jiwa provinsi lampung menunjukkan bahwa Terapi musik bermanfaat untuk mengurangi agresif, memberikan rasa tenang, pendidikan moral, dan bermanfaat bagi kesehatan fisik maupun mental.

Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart dalam Yusuf, 2014). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting dan semua yang ada di lingkungan. Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk.

Klien dengan perilaku kekerasan akan memberikan dampak baik bagi dirinya sendiri maupun bagi orang lain. Dampak perilaku kekerasan yang dilakukan klien terhadap dirinya sendiri adalah dapat mencederai dirinya sendiri atau merusak lingkungannya. Bahkan dampak yang lebih ekstrim yang dapat ditimbulkan adalah kematian bagi klien sendiri (As'ad & Soetjipto, 2000).

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan terdiri dari tiga strategi yaitu preventif, antisipasi, dan pengekangan/ manajemen

krisis. Strategi pencegahan meliputi didalamnya yaitu self awareness perawat, edukasi, manajemen marah, terapi kognitif, dan terapi kognitif perilaku. Sedangkan strategi perilaku meliputi teknik komunikasi, perubahan lingkungan, psikoedukasi keluarga, dan pemberian obat antipsikotik. Strategi yang ketiga yaitu pengendalian (Restrain) meliputi tindakan manajemen krisis, pengikatan, dan pembatasan gerak (Stuart & Laraia, 2013).

Berdasarkan hal di atas, penulis tertarik untuk menerapkan Terapi musik klasik terhadap penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien rawat inap di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dan latar belakang di atas maka yang akan menjadi rumusan masalah yaitu penerapan terapi musik klasik dalam asuhan keperawatan pada Tn.D terhadap penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2020.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan dari penulisan ini adalah mampu menerapkan terapi musik klasik dalam asuhan keperawatan pada Tn.D terhadap penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2020.

2. Tujuan khusus

- a. Mahasiswa mampu menerapkan pengkajian Tn. D dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- b. Mahasiswa mampu menentukan Masalah keperawatan pada Tn. D dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- c. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keparawatan pada Tn. D dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keparawatan pada Tn. D dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- e. Mahasiswa melaksanakan evaluasi keparawatan pada Tn. D dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

D. Manfaat penulis

1. Bagi perawat Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

Makalah seminar ini akan dapat digunakan sebagai informasi tambahan bagi perawat di Rumah Sakit Jiwa dalam menerapkan strategi pelaksanaan yang sistematis dan bermanfaat pada pasien dengan Perilaku Kekerasan sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan penyakit.

2. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Makalah seminar ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi bagi mata kuliah keperawatan jiwa. Selain itu makalah lain yang mengambil kasus seminar Perilaku Kekerasan

3. Bagi Penulis

Makalah seminar ini dapat digunakan sebagai ilmu dan menerapkan asuhan keperawatan jiwa dengan Perilaku Kekerasan dan menambah pengetahuan serta pemahaman dalam memberikan asuhan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 KONSEP DASAR

2.1.1 Pengertian Perilaku Kekerasan

Kemarahan adalah suatu perasaan atau emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman, pengungkapan marah yang konstruktif dapat membuat perasaan lega. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Riyadi & Purwanto, 2009).

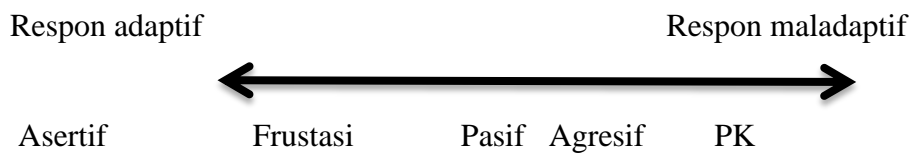
Perilaku kekerasan menurut Kusumawati dan Hartono (2011) adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan aduh, gelisah yang tidak terkontrol.

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stressor yang dihadapi seseorang yang ditujukan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain secara fisik maupun psikologis (Berkowits, 2000 dalam Yosep, 2011).

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

2.1.2 Rentang Respon

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



| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| Klien Mampu mengungkapkan rasa Marah tanpa Menyalahkan orang lain dan Memberikan kelegaan. | Klien gagal menapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya. | Klien merasa tidak Dapat mengungkapkan Kan perasaannya, Tidak berdaya dn menyerah. | Klien mengeks- presikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman | Perasaan marah dan bermusuha n yang kuat dan hilang kontrol disertai amuk, merusak lingkungan |
|--|---|--|--|---|

(Sumber : Yosep, 2011)

Perilaku yang ditampakkan mulai dari yang adaptif sampai maladaptif.

Keterangan

- a. Asertif : individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kenyamanan
- b. Frustrasi : individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif
- c. Pasif : individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya
- d. Agresif : perilaku yang menyertai marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol
- e. Amuk : suatu bentuk kerusakan yang menimbulkan kerusakan

(Yosep, 2011)

2.1.3 Faktor Penyebab

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang mendasari atau mempermudah terjadinya perilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, nilai-nilai kepercayaan maupun keyakinan berbagai pengalaman yang dialami setiap orang merupakan faktor predisposisi artinya mungkin terjadi perilaku kekerasan (Direja, 2011)

a. Faktor Biologis

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan yaitu sebagai berikut :

- 1. Pengaruh neurofisiologi, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif.

2. Pengaruh biokimia yaitu berbagai neurotransmitter (epineprin, noreineprin, dopamin, asetil kolin dan serotonin sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls negatif).
 3. Pengaruh genetik menurut riset Murakami (2007) dalam gen manusia terdapat domain (potensi) agresif yang sedang tidur dan akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal
 4. Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan gangguan sistem serebral, tumor otak, penyakit ensefalitis epilepsi terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindakan kekerasan
- b. Faktor Psikologis Menurut Direja (2011)
1. Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai tujuan mengalami hambatan akan timbul serangan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan
 2. Berdasarkan mekanisme koping individu yang masa kecil tidak menyenangkan
 3. Rasa frustrasi
 4. Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga, atau lingkungan
 5. Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpengaruhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan dapat membuat konsep diri yang rendah. Agresif dan kekerasan dapat memberikan kekuatan yang dapat meningkatkan citra diri serta memberi arti dalam kehidupan.

6. Teori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibanding anak-anak tanpa faktor predisposisi biologik.

c. Faktor Sosio Kultural

1. Sosial environment theory (teori lingkungan)
2. Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Budaya tertutup dan membalas terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.
3. Sosial learning theory (teori belajar sosial)
4. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang dapat mencetus perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan :

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonon sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal, dan lain-lain.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi

- c. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan diri sebagai seorang yang dewasa
- d. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi
- e. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

3. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme orang lain. Mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, depresi, dan reaksi formasi.

- a. Displacement
- b. Melepaskan perasaan tertekan bermusuhan pada objek yang begitu seperti pada mulanya yang membangkitkan emosi
- c. Proyeksi
- d. Menyalahkan orang lain mengenai keinginan yang tidak baik
- e. Depresi
- f. Menekan perasaan yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluas mekanisme ego lainnya.
- g. Reaksi formasi

- h. Pembentukan sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan apa yang benar-benar dilakukan orang lain.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut Direja (2011) sebagai berikut :

1. Fisik

Mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah merah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

2. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, bicara dengan nada keras, kasar, dan ketus.

3. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

4. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut.

5. Intelektual

Mendominasi cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.

6. Spiritual

Merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.

7. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, ejekan, dan sindiran.

8. Perhatian

Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual

2.1.5 Proses Terjadinya

a. Faktor Predisposisi

Faktor pengalaman yang dialami tiap orang yang merupakan faktor predisposisi, artinya mungkin terjadi/mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu:

1) Psikologis

Menurut Townsend(1996, dalam jurnal penelitian) Faktor psikologi perilaku kekerasan meliputi

a) Teori Psikoanalitik, teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresif dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan meningkatkan citra diri (Nuraenah, 2012: 30).

b) Teori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh peran eksternal (Nuraenah, 2012: 31).

2) Perilaku, reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan dirumah atau diluar

rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan (Eko Prabowo, 2014: hal 142).

- 3) Sosial budaya, proses globalisasi dan pesatnya kemajuan teknologi informasi memberikan dampak terhadap nilai-nilai sosial dan budaya pada masyarakat. Di sisi lain, tidak semua orang mempunyai kemampuan yang sama untuk menyesuaikan dengan berbagai perubahan, serta mengelola konflik dan stress (Nuraenah, 2012: 31).
- 4) Bioneurologis, banyak bahwa kerusakan sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal dan ketidak seimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan (Eko Prabowo, 2014: hal 143).

b. Faktor Presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injury secara fisik, psikis atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut

- 1) Konsis klien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif dan masa lalu yang tidak menyenangkan.
- 2) Interaksi: penghinaan, kekerasan, kehilangan orang, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
- 3) Lingkungan: panas, padat dan bising

2.1.6 Penatalaksanaan Umum

Terapi farmakologi untuk pasien jiwa menurut Kusumawati dan Hartono (2010) adalah sebagai berikut :

1. Anti Psikotik

Jenis : clorpromazin (CPZ), Haloperidol (HLP)

Mekanisme kerja : Menahan kerja reseptor dopamin dalam otak sebagai penenang, menurunkan aktivitas motorik, mengurangi insomnia, sangat efektif untuk mengatasi : delusi, halusinasi, ilusi, dan gangguan proses berpikir.

Efek samping :

- a. Gejala ekstrapiramidal, seperti kekakuan atau spasme otot, berjalan menyerok kaki, postur condong kedepan, banyak keluar air liur, wajah seperti topeng, disfagia, apatisia (kegelisahan motorik), sakit kepala, kejang.
- b. Takikardia, aritmia, hipertensi, hipotensi, pandangan kabur, blaukoma
- c. Gastrointestinal : mulut kering, anoreksia, mual, muntah, konstipasi, diare, berat badan bertambah.
- d. Sering berkemih, retensi urine, hipertensi, amenorea, anemia, leukopenia, dermatitis.

Kontraindikasi: gangguan kejang, balukoma, klien lansia, hamil dan menyusui.

2. Anti Ansietas

Jenis : Atarax, diazepam (Chlordiazepoxide)

Mekanisme kerja : meredakan ansietas atau ketegangan yang berhubungan dengan situasi tertentu.

Efek samping :

- a. Perlambatan mental, mengantuk, vertigo, bingung, tremor, letih, depresi, sakit kepala, ansietas, insomnia, kejang delirium, kaki lema, ataksia, bicara tidak jelas.
- b. Hipotensi, takikardia, perubahan elektro kardio gram, pandangan kabur.
- c. Anoreksia mual, mulut kering, muntah, diare, konstipasi, kemerahan dermatitis, gatal-gatal.

Kontraindikasi: penyakit hati, klien lansia, penyakit ginjal, galukoma, kehamilan, menyusui, penyakit pernafasan

3. Anti Depresan

Jenis : Elavil, asendin, anafranil, norpramin, sinequan, tofranil, ludiomil, pamelor, vivactil, surmontil

Mekanisme kerja : mengurangi gejala depresi, penenang

Efek samping :

- a. Tremor, gerakan tersentak-sentak, ataksia, kejang, pusing, ansietas, lemas, insomnia.
- b. Takikardia aritmia, palpitasi, hipotensi, hipertensi
- c. Pandangan kabur, mulut kering, nyeri epigastrik, mual, muntah, kram abdomen, diare, hepatitis, ikterus.
- d. Retensi urine, perubahan libido, disfungsi ereksi, respon nonorgasme, leucopenia, trombositopenia, ruam, urtikaria

Kontraindikasi: glaukoma, penyakit hati, penyakit kardiovaskuler hipertensi, epilepsi, kehamilan dan menyusui.

4. Anti Manik

Jenis : lithoid, klonopin, lamictal

Mekanisme kerja : menghambat pelepasan serotonin dan mengurangi sensitivitas reseptor dopamin

Efek samping : sakit kepala, tremor, gelisah, kehilangan memori, suara tidak jelas, otot lemas, hilang koordinasi, latergi, stupor

Kontraindikasi: hipersensitiv, penyakit ginjal, penyakit kardiovaskuler, gangguan gangguan kejang, dehidrasi, hipotiroidisme, hamil atau menyusui

5. Anti Parkinson

Jenis : Levodopa, trihexipenidyl (THP)

Mekanisme kerja : Meningkatkan akibat penggunaan obat antipsikotik.

Menurunkan ansietas, iritabilitas.

Efek samping : sakit kepala, mual, muntah dan hipotensi.

2.2 Konsep Terapi Musik

2.2.1 Pengertian

Terapi musik terdiri dari dua kata, yaitu “terapi” dan “musik”. Kata “terapi” berkaitan dengan serangkaian upaya yang ditancang untuk membantu dan menolong orang. Biasanya kata tersebut digunakan dalam konteks masalah fisik atau mental. Misalnya, para psikolog akan mendengar dan berbicara dengan klien melalui tahapan konseling yang kadang – kadang perlu disertai terapi, ahli nutrisi akan mengajarkan tentang

asupan nutrisi yang tepat, ahli fisioterapi akan memberikan berbagai latihan fisik untuk mengembalikan fungsi otot tertentu (Djohan, 2006).

Kata “musik” dalam “terapi musik” digunakan untuk menjelaskan media yang digunakan secara khusus dalam rangkaian terapi (Djohan, 2006). Musik merupakan sebuah rangsangan pendengaran yang terorganisasi, yang terdiri dari atas melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk dan gaya (Aizid, 2011). Terapi musik adalah terapi yang bersifat non verbal. Dengan bantuan musik, pikiran – pikiran seseorang dibiarkan mengembara, baik untuk mengenang hal – hal yang diimpikan dan dicita – citakan, atau langsung mencoba menguraikan permasalahan yang sedang dihadapi (Djohan, 2006). Ketika musik diaplikasikan menjadi sebuah terapi, maka ia dapat meningkatkan, memulihkan, serta memelihara kesehatan fisik, mental, emosional, sosial dan spiritual individu (Aizid, 2011).

2.2.2 Tujuan Diberikan Terapi Musik

Terapi musik akan memberi makna yang berbeda bagi setiap orang namun semua terapi mempunyai tujuan yang sama yaitu:

- a. Membantu mengekspresikan perasaan
- b. Membantu rehabilitasi fisik
- c. Memberikan pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi
- d. Meningkatkan memori, serta
- e. Menyediakan kesempatan unik untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional.
- f. Membantu mengurangi stres, mencegah penyakit dan meringankan rasa sakit.

2.2.3 Manfaat Terapi Musik

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

- a. Relaksasi, Mengistirahatkan Tubuh dan Pikiran
Manfaat yang pasti dirasakan setelah melakukan terapi musik adalah perasaan rileks, tubuh lebih bertenaga dan pikiran lebih fresh. Terapi musik memberikan kesempatan bagi tubuh dan pikiran untuk mengalami relaksasi yang sempurna. Dalam kondisi relaksasi (istirahat) yang sempurna itu, seluruh sel dalam tubuh akan mengalami re-produksi, penyembuhan alami berlangsung, produksi hormon tubuh diseimbangkan dan pikiran mengalami penyegaran.

- b. Meningkatkan Kecerdasan

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

tingkat intelegensia yang lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang dibesarkan tanpa diperkenalkan pada musik

c. .Meningkatkan Motivasi

Motivasi adalah hal yang hanya bisa dilahirkan dengan perasaan dan mood tertentu. Apabila ada motivasi, semangat pun akan muncul dan segala kegiatan bisa dilakukan. Begitu juga sebaliknya, jika motivasi terbelenggu, maka semangat pun menjadiluruh, lemas, tak ada tenaga untuk beraktivitas. Dari hasil penelitian, ternyata jenis musik tertentu bisa meningkatkan motivasi, semangat dan meningkatkan level energi seseorang.

d. Pengembangan Diri

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

Dewi, M. (2009)

2.2.4 Kerja Terapi Musik

Terapi musik klasik mendorong klien untuk menceritakan permasalahan-permasalahannya, terapi musik bersifat nonverbal. Dimana dengan bantuan musik, pikiran klien dibiarkan mengembara, baik untuk mengenang hal-hal yang bahagia,

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

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

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

2.2.5 Musik Klasik

a. Pengertian

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

b. Fisiologi Terapi Musik Klasik

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

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

c. Prosedur Terapi Musik

Berikan pasien posisi yang nyaman mungkin. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan. Memulai kegiatan dengan cara yang baik. Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit. Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik. Identifikasi pilihan musik klien. Berdiskusi dengan klien dengan tujuan berbagi pengalaman dalam musik. Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan musik. Nyalakan musik dan lakukan terapi music selma 30 menit. Pastikan volume musik sesuai dan tidak terlalu keras. Hindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama. Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik. Identifikasi pilihan musik klien.

Berikan umpan balik positif Kontrak pertemuan selanjutnya dan Akhiri kegiatan dengan cara yang baik (Hawari, 2013)

2.3. Asuhan Keperawatan Teoritis

2.3.1. Pengkajian

Berdasarkan Askep teoritis, diuraikan dengan beberapa langkah sebagai berikut (Keliat 2014):

a. Identitas

Biasanya meliputi: nama klien, umur jenis kelamin, agama, alamat, tanggal masuk ke rumah sakit, nomor rekam medis, informasi keluarga yang bisa di hubungi.

b. Keluhan Utama

Biasanya yang menjadi alasan utama yang menyebabkan kambuhnya halusinasi klien, dapat dilihat dari data klien dan bisa pula diperoleh dari keluarga, antara lain : berbicara, senyum dan tertawa sendiri tanpa sebab. Mengatakan mendengar suara-suara. Kadang pasien marah-marah sendiri tanpa sebab, mengganggu lingkungan, termenung, banyak diam, kadang merasa takut dirumah, lalu pasien sering pergi keluar rumah dan keluyuran/jalan-jalan sendiri dan tidak pulang kerumah. Mengatakan melihat bayangan seperti montser atau hantu. Mengatakan mencium sesuatu atau bau sesuatu dan pasien sangat menyukai bau tersebut. Mengatakan sering meludah atau muntah karena pasien merasa seperti mengecap sesuatu. Mengatakan sering menggaruk-garuk kulit karena pasien merasa ada sesuatu di kulitnya.

c. Faktor Predisposisi

1) Gangguan jiwa di masa lalu

Biasanya pasien pernah mengalami sakit jiwa masa lalu atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa.

2) Riwayat pengobatan sebelumnya

Biasanya pengobatan yang dilakukan tidak berhasil atau putus obat dan adaptasi dengan masyarakat kurang baik.

3) Riwayat Trauma

a) Aniaya fisik

Biasanya ada mengalami aniaya fisik baik sebagai pelaku, korban maupun saksi.

b) Aniaya seksual

Biasanya tidak ada klien mengalami aniaya seksual sebelumnya baik sebagai pelaku, korban maupun saksi.

c) Penolakan

Biasanya ada mengalami penolakan dalam lingkungan baik sebagai pelaku, korban maupun saksi

d) Tindakan kekerasan dalam keluarga

Biasanya ada atau tidak ada klien mengalami kekerasan dalam keluarga baik sebagai pelaku, korban maupun sebagai saksi.

e) Tindakan kriminal

Biasanya tidak ada klien mengalami tindakan kriminal baik sebagai pelaku, korban maupun saksi.

4) Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Biasanya ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang sama dengan klien.

5) Riwayat pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Biasanya yang dialami klien pada masa lalu yang tidak menyenangkan seperti kegagalan, kehilangan, perpisahan atau kematian, dan trauma selama tumbuh kembang.

d. Fisik

- 1) Biasanya ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan
- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan
- 3) Menjelaskan keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien

e. Psikososial

- 1) Genogram

Biasanya salah satu faktor penyakit jiwa diakibatkan genetik atau keturunan, dimana dapat dilihat dari tiga generasi. Genogram dibuat 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan Pasien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh Pasien maupun keluarga pada saat pengkajian.

- 2) Konsep diri

1. Citra tubuh

Biasanya persepsi pasien terhadap tubuhnya merasa ada kekurangan di bagian tubuhnya (perubahan ukuran, bentuk dan penampilan tubuh akibat penyakit) atau ada bagian tubuh yang tidak disukai. Biasanya pasien menyukai semua bagian tubuhnya

2. Identitas diri

Biasanya berisi status pasien atau posisi pasien sebelum dirawat. Kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan. Dan kepuasan pasien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, dan kelompok)

3. Peran diri

Biasanya pasien menceritakan tentang peran/tugas dalam keluarga/kelompok masyarakat. Kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas atau peran tersebut, biasanya mengalami krisis peran.

4. Ideal diri

Biasanya berisi tentang harapan pasien terhadap penyakitnya. Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat). Dan harapan pasien terhadap tubuh, posisi, status, dan tugas atau peran. Biasanya gambaran diri negatif.

f) Harga diri

Biasanya hubungan Pasien dengan orang lain tidak baik, penilaian dan penghargaan terhadap diri dan kehidupannya yang selalu mengarah pada penghinaan dan penolakan. Biasanya ada perasaan malu terhadap kondisi tubuh / diri, tidak punya pekerjaan, status perkawinan, muncul perasaan tidak berguna, kecewa karena belum bisa pulang / bertemu keluarga.

3) Hubungan sosial

a) Orang terdekat

Biasanya ada ungkapan terhadap orang/tempat, orang untuk bercerita, tidak mempunyai teman karena larut dalam kondisinya.

b) Peran serta dalam kelompok

Biasanya pasien baik dirumah maupun di RS pasien tidak mau/tidak mengikuti kegiatan/aktivitas bersama.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Biasanya pasien meloporkan kesulitan dalam memulai pembicaraan, takut dicemooh/takut tidak diterima dilingkungan karena keadaannya yang sekarang.

4) Spritual

a) Nilai dan Keyakinan

Biasanya nilai-nilai dan keyakinan terhadap agama kurang sekali, keyakinan agama pasien halusinasi juga terganggu.

b) Kegiatan Ibadah

Biasanya pasien akan mengeluh tentang masalah yang dihadapinya kepada Tuhan YME.

5) Status Mental

a) Penampilan

Biasanya pasien berpenampilan tidak rapi, seperti rambut acak-acakan, baju kotor dan jarang diganti, penggunaan pakaian yang tidak sesuai dan cara berpakaian yang tidak seperti biasanya.

b) Pembicaraan

Biasanya ditemukan cara bicara pasien dengan halusinasi bicara dengan keras, gagap, inkoheren yaitu pembicaraan yang berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tidak ada kaitannya.

c) Aktifitas motorik

Biasanya ditemukan keadaan pasien agitasi yaitu lesu, tegang, gelisah dengan halusinasi yang didengarnya. Biasanya bibir pasien komat kamit, tertawa sendiri, bicara sendiri, kepala mengangguk-ngangguk, seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba menutup telinga, mengarahkan telinga kearah tertentu, bergerak seperti mengambil atau membuang sesuatu, tiba-tiba marah dan menyerang.

d) Alam perasaan

Biasanya pasien tanpak, putus asa, gembira yang berlebihan, ketakutan dan khawatir.

e) Afek

Biasanya ditemukan afek klien datar, tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan. Efek klien bisa juga tumpul dimana klien hanya bereaksi jika ada stimulus emosi yang sangat kuat. Afek labil (emosi yang mudah) berubah juga ditemukan pada klien halusinasi pendengaran. Bisa juga ditemukan efek yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.

f) Interaksi selama wawancara

Biasanya pada saat melakukan wawancara ditemukan kontak mata yang kurang, tidak mau menatap lawan bicara. Defensif (mempertahankan pendapat), dan tidak kooperatif.

g) Persepsi

Biasanya pada pasien yang mengalami gangguan persepsi halusinasi pendengaran sering mendengar suara gaduh, suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya, dan suara yang dianggap nyata oleh pasien. Waktunya kadang pagi, siang, sore dan bahkan malam hari, frekuensinya biasa 3 sampai 5 kali dalam sehari bahkan

tiap jam, biasanya pasien berespon dengan cara mondar mandir, kadang pasien bicara dan tertawa sendiri dan bahkan berteriak, situasinya yaitu biasanya ketika pasien termenung, sendirian atau sedang duduk.

h) Proses pikir

Biasanya pada klien halusinasi ditemukan proses pikir klien Sirkumtansial yaitu pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai dengan tujuan pembicaraan. Tangensial : Pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan. Kehilangan asosiasi dimana pembicaraan tidak ada hubungannya antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan klien tidak menyadarinya. Kadang-kadang ditemukan blocking, pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali, serta pembicaraan yang diulang berkali-kali.

i) Isi pikir

Biasanya ditemukan fobia yaitu ketakutan yang patologis/ tidak logis terhadap objek/ situasi tertentu. Biasanya ditemukan juga isi pikir obsesi dimana pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya.

j) Tingkat kesadaran

Biasanya ditemukan stupor yaitu terjadi gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh dalam sikap canggung tetapi klien mengerti tentang semua hal yang terjadi dilingkungan. Orientasi terhadap waktu, tempat dan orang bisa ditemukan jelas ataupun terganggu.

k) Memori

Biasanya pasien mengalami gangguan daya ingat jangka panjang (mengingat pengalamannya dimasa lalu baik atau buruk), gangguan daya ingat jangka pendek (mengetahui bahwa dia sakit dan sekarang berada dirumah sakit), maupun gangguan daya ingat saat ini (mengulang kembali topik pembicaraan saat berinteraksi). Biasanya pembicaraan pasien tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi daya ingatnya.

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya pasien mengalami gangguan konsentrasi, pasien biasanya mudah dialihkan, dan tidak mampu berhitung.

m) Kemampuan penilaian

Biasanya ditemukan gangguan kemampuan penilaian ringan dimana klien dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain seperti memberikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, pasien dapat mengambil keputusan.

n) Daya tilik diri

Biasanya ditemukan klien mengingkari penyakit yang diderita seperti tidak menyadari penyakit (perubahan emosi dan fisik) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan. Klien juga bisa menyalahkan hal-hal di luar dirinya seperti menyalahkan orang lain/ lingkungan yang dapat menyebabkan kondisi saat ini.

6) Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Biasanya pasien tidak mengalami perubahan makan, biasanya pasien tidak mampu menyiapkan dan membersihkan tempat makan.

b) BAB/BAK

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan tidak ada gangguan, pasien dapat BAB/BAK pada tempatnya.

c) Mandi

Biasanya pasien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan pasien sangat bau dan kotor, dan pasien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

d) Berpakaian/berhias

Biasanya pasien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Pasien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan pasien tidak mengenakan alas kaki

e) Istirahat dan tidur

Biasanya pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cuci kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur pasien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

f) Penggunaan obat

Biasanya pasien mengatakan minum obat 2 kali sehari dan pasien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

g) Pemeliharaan kesehatan

Biasanya pasien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

h) Aktifitas didalam rumah

Biasanya pasien mampu atau tidak merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

7) Mekanisme Koping

a) Adaptif

Biasanya ditemukan klien mampu berbicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, klien mampu berolahraga

b) Maladaptif

Biasanya ditemukan reaksi klien lambat/berlebihan, klien bekerja secara berlebihan, selalu menghindar dan mencederai diri sendiri.

8) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Biasanya ditemukan riwayat klien mengalami masalah dalam berinteraksi dengan lingkungan, biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari kelompok, masalah dengan pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan ekonomi dan masalah dengan pelayanan kesehatan.

9) Pengetahuan

Biasanya pasien halusinasi mengalami gangguan kognitif.

10) Aspek Medik

Tindakan medis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi adalah dengan memberikan terapi sebagai berikut (Erlinafsiah, 2010) :

- a) ECT (*Electro convulsive therapy*)
- b) Obat-obatan seperti : Risperidon, Lorazepam, Haloperidol.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan dari pohn masalah pada gambar adalah sebagai berikut
(Mukhrifah Damaiyanti, 2012: hal 106).

- a. Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan orang lain
- b. Gangguan sensori persepsi:halusinasi
- c. Isolasi social
- d. Harga diri rendah kronik

2.3.3. Rencana Keperawatan

| NO | DIAGNOSA | TUJUAN | KRITERIA HASIL | INTERVENSI | RASIONAL |
|----|----------------------------------|--|---|---|--|
| 1 | Resiko Perilaku Kekerasan | <p>pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi penyebab PK 2. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda PK 3. Klien dapat menyebutkan jenis PK yang pernah dilakukannya 4. Klien dapat menyebutkan akibat dari PK yang dilakukannya. 5. Klien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol PK | <p>SP 1</p> <p>Setelah pertemua pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dapat menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan dan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan. - Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik. | <p>SP1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya <ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam teraupetik b. Berjabat tangan sambil menyebutkan nama perawat c. Menjelaskan tujuan interasksi d. Membuat kontrak topik,waktu, dan tempat setiap kali bertemu. e. Beri rasa aman dan sikap empati 2. Identifikasi penyebab perasaan marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat PK yang dilakukan 3. Jelaskan cara mengontrol | <ul style="list-style-type: none"> - Langkah awal untuk intervensi selanjutnya dengan harapan klien percaya dan terbuka dalam mengungkapkan perasaannya dengan rasa aman. - Memberikan pemahaman tentang perilaku kekerasan pada klien sehingga memungkinkan klien untuk menghindari penyebab rasa marah. - Menilai pengetahuan klien tentang efek perilaku agresif terhadap diri sendiri dan orang lain. - Memberikan gambaran pada klien cara menyalurkan marah secara konstruktif. <ul style="list-style-type: none"> • Dengan nafas dalam mampu mengurangi ketegangan otot saat marah, sehingga dapat menurunkan energy emosi. • Dapat menyalurkan energy |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| | | <p>6. Klien dapat mencegah atau mengontrol PK nya secara fisik, obat, verbal, dan spritual.</p> | <p>SP 2 Setelah pertemuan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengann patuh minum obat dan prinsip 6 benar minum obat. | <p>perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, spiritual</p> <p>4. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) dan 2 (memukul kasur atau bantal)</p> <p>5. Melakukan penerapan terapi musik</p> <p>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik</p> <p>SP 2 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi: kemampuan melakukan tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal 3. Tanyakan manfaat melakukan latihan dan menggunakan cara fisik 1 dan 2. Beri pujian 4. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenias, benar dosis, benar waktu , benar cara, kontinuitas minum obat | <p>secara positif tanpa mencederai diri sendiri dan orang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu menetapkan kegiatan yang mungkin terselesaikan dengan baik dan dapat dilakukan secara teratur. - Menilai kemajuan dan perkembangan klien. - Memberikan pemahaman tentang pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa, akibat tidak sesuai dengan program, akibat bila putus obat, cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar dan motivasi rasa klien untuk mandiri dan menyadari kebutuhannya akan pengobatan yang optiamal. - Memungkinkan terapi obat terlaksana lebih efektif guna mendukung proses perawatan penyembuhan klien. |
|--|--|---|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | | <p>dan dampak jika tidak kontinu mium obat)</p> <p>5. Melakukan penerapan terapi music.</p> <p>6. Masukkan pada jadwal kegiatan : latihan fisik dan minum obat.</p> | |
| | | <p>SP 3</p> <p>Seteah pertemuan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. - Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan verbal yang baik. | <p>SP 3 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi : kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, jadwal minum obat. 3. Tanyakan manfaat melakukan latihan nafas dalam, pukulkasur dan bantal, manfaat minum obat. Beri pujian 4. Latih cara mengontrol perilaku kekekrasan secara verbal (bicara yang baik:meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan) 5. Melakukan penerapan terapi musik. 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, | <ul style="list-style-type: none"> - Menilai kemajuan dan perkembangan klien. - Dengan mengungkapkan marah secara verbal klien mampu mengungkapkan marah secara asertif sehingga orang lain lebih memahami keinginan/maksud klien maupun perasaan emosi yang sedang di alami. - Membantu menetapkan kegiatan yang memungkinkan terselesaikan dengan baik dan dapat dilakukan secara teratur. |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | | <p>minum obat, dan latihan cara bicara yang baik.</p> <p>SP 4 Setelah pertemuan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. - Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual dan kegiatan yang lain. | <p>SP 4 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi : tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi : kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam,pukul kasur dan bantal, minum obat dengan 6 benar dan patuh, bicara yang baik. 3. Tanyakan manfaat latihan tarik nafas dalam ,pukul kasur bantal, minum obat, bicara yang baik. Beri pujian 4. Latih mengontrol marah dengan spritual (2 kegiatan) 5. Melakukan penerapan terapi musik. 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obta, verbal dan spritual. | <ul style="list-style-type: none"> - Menilai kemampuan dan perkembangan klien. - Mengontrol PK dengan cara spiritual dengan cara berdoa, berdzikir, wudhu, shalat dapat menurunkan ketegangan fisik dan psikologis. - Membantu menetapkan kegitan yang memungkinkan terselesaikan dengan baik dan dapat dilakukan secara teratur. |
|--|--|--|---|---|--|

| | | | | | |
|---|-------------------|---|---|---|--|
| 2 | Halusinasi | <ul style="list-style-type: none"> - Mengenal halusinasi yang dialami. - Klien dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi. - Mengikuti program pengobatan. | <p>Setelah....kali pertemuan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat membina hubungan saling percaya. - Klien dapat mengenal halusinasinya. - Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menghardik. | <p>SP 1 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala waham 2. Bantu orientasi realita : panggilan, orientasi waktu, orang dan tempat 3. Diskusikan kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi 4. Bantu pasien memenuhi kebutuhannya secara realistis. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan pemenuhan kebutuhan | <ul style="list-style-type: none"> - Dengan memberikan pemahaman tentang halusinasi pasien mampu memahami: <ul style="list-style-type: none"> • Masalah yang dialaminya • Kapan masalah timbul, menghindarkan waktu dan situasi saat masalah muncul. • Pentingnya masalah halusinasi untuk diatasi karena perasaan tidak nyaman saat munculnya halusinasi dapat menimbulkan perilaku maladaptif yang sulit untuk dikontrol. - Dengan menghardik halusinasi memberi kesempatan pasien mengatasi masalah dengan reaksi penolakan terhadap sensasi palsu - Dengan peragaan langsung dan pasien memperagakan ulang memungkinkan cara menghardik dilakukan dengan benar. - Dengan penguatan positif mendorong pengulangan perilaku yang diharapkan. <p>- Menilai kemajuan dan</p> |
|---|-------------------|---|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | <p>SP 2 setelahkali pertemuan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menjelaskan tentang cara minum obat dengan prinsip 6 benar. - Klien dapat mempraktekkan cara minum obat dengan prinsip 6 benar. <p>SP 3 setelahkali pertemuan klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menjelaskan cara mengatasi halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. - Klien dapat mempraktekkan cara mengatasi halusinasi | <p>SP 2 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pemenuhan kebutuhan pasien dan beri pujian 2. Diskusikan kemampuan yang dimiliki 3. Latih kemampuan yang dipilih, berikan pujian 4. Masukkan pada jadwal pemenuhan kebutuhan dan kegiatan yang telah dilatih <p>SP 3 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pemenuhan kebutuhan pasien, kegiatan yang dilakukan pasien, dan beri pujian 2. Jelaskan tentang obat yang diminum (6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat dan tanyakan manfaat yang | <p>perkembangan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pemahaman tentang pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa, akibat jika penggunaan obat tidak sesuai dengan program, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat, cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar. - Memungkinkan terapi obat terlaksana lebih efektif guna mendukung proses perawatan dan penyembuhan klien - Menilai kemajuan dan perkembangan klien. - Dengan bercakap-cakap mengalihkan fokus perhatian dan menghindarkan saat klien merasakan sensasi palsu. - Memungkinkan klien melakukan kegiatan dengann teratur. |
|--|--|---|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| | | | <p>dengan bercakap-cakap.</p> <p>SP 4 setelahkali pertemuan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya. - Klien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi. - Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan perawat. | <p>dirasakan pasien)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Masukkan pada jadwal pemenuhan kebutuhan, kegiatan yang telah dilatih dan obat benar dosis. 4. Latih dan ajarkan klien minum obat secara teratur dan masukkan dalam jadwal harian klien. <p>SP 4 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pemenuhan pasien, kegiatan yang telah dilatih dan minum obat. Berikan pujian 2. Diskusikan kebutuhan lain dan cara pemenuhannya 3. Diskusikan kemampuan yang dimiliki dan memilih yang akan dilatih 4. Masukkan pada jadwal pemenuhan kebutuhan, kegiatan yang telah dilatih, minum obat. | <ul style="list-style-type: none"> - Menilai kemajuan dan perkembangan klien. - Dengan aktivitas terjadwal memberikan kesibukan yang menyita waktu dan perhatian menghindarkan klien merasakan sensasi palsu. <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan pemahaman pentingnya mencegah munculnya halusinasi dengan aktivitas positif yang bermanfaat bisa dilakukan. • Dengan memantau pelaksanaan terjadwal memastikan intervensi yang diberikan dilakukan oleh pasien secara teratur. • Dengan penguatan positif mendorong pengulangan perilaku yang diharapkan. |
|--|--|--|---|---|---|

| | | | | | |
|----|-----------------------|--|---|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasi. - Klien dapat mencoba cara menghilangkan halusinasi. | | |
| 3. | Isolasi sosial | Pasien mampu: <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya - Menyadari penyebab isolasi social. - Berintegrasi dengan orang lain. | SP 1 setelah...kali pertemuan klien: <ul style="list-style-type: none"> - Mampu membina hubungan saling percaya. - Mampu mengenal penyebab isolasi social, keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. | STRATEGI PELAKSANAAN (SP) PASIEEN SP 1 <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien - Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain. - Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi | <ul style="list-style-type: none"> - Hubungan saling percaya merupakan landasan dasar intervensi perawat dengan klien sehingga klien terbuka dalam mengungkapkan masalahnya dan menimbulkan sikap menerima terhadap orang lain. - Agar klien dapat mengenal dan mengungkapkan penyebab isolasi social yang terjadi. - Agar klien mempunyai keinginan berintegrasi dengan orang lain. - Agar klien menyadari kerugian yang ditimbulkan akibat tidak berintegrasi dengan orang lain. - Dengan belajar berkenalan menimbulkan motivasi klien |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | | <p>dengan orang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang. - Mengajarkan pasien memasukkan cara latihan berbincang bincang dg orang lain dlm kegiatan harian pasien. <p>SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien - Latihan Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 2 orang lain), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian - Menaganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian <p>SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien | <p>untuk berinteraksi dengan orang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan rasa tanggung jawab pada pasien untuk melaksanakan kegiatan dengan teratur. - Menilai kemajuan dan perkembangan pasien. - Memberikan kesempatan motivasi klien untuk mau melakukan interaksi secara bertahap dan berinteraksi saat melakukan kegiatan. - Sebagai dasar bagi perawat untuk menilai perkembangan klien |
| | | <p>SP 2 setelah....kali pertemuan klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu berinteraksi dengan orang lain secara bertahap : berkenalan dengan 2-3 orang. <p>SP 3 setelah....kali pertemuan klien:</p> | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Mampu menyebutkan kegiatan yang telah sudah dilakukan - Mampu berinteraksi dengan orang lain : berkenalan dengan 4-5 orang dan berbicara sambil melakukan 4 kegiatan harian. <p>SP 4 setelahkali pertemuan klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. - Mampu berinteraksi dengan orang lain : berkenalan dengan > 5 orang dan bersosialisasi. | <ul style="list-style-type: none"> - Latihan Berinteraksi Secara Bertahap (Pasien dengan 4-5 orang), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian baru - Menaganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian <p>SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kemampuan berinteraksi - Latih cara bicara saat melakukan kegiatan sosial - Melatih berkenalan dengan >5 orang - Menaganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. | <p>dalam mengenal cara berinteraksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan motivasi klien untuk berinteraksi dan mendapatkan respon yang positif. - Memberikan motivasi dan rasa tanggung jawab pada pasien untuk melaksanakan kegiatan berkenalan dengan teratur. <ul style="list-style-type: none"> - Menilai perkembangan dan kemampuan pasien. - Memberikan motivasi klien untuk berinteraksi dan mendapatkan respon yang positif. - Memberikan motivasi dan rasa tanggung jawab pada pasien untuk melaksanakan kegiatan berkenalan dengan teratur. |
|--|--|--|--|--|---|

2.3.4 Implementasi

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

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

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai kemampuan pasien meliputi :

- a. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
- b. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
- c. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
- d. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
- e. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- f. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
- g. Melatih pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- h. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Ruang rawat: Merpati

Tanggal di rawat : 10 Agustus 2020

3.1.1 Identitas Klien

Insial Klien : Tn.D

Umur : 39 tahun

No MR : 03-09-25

Tanggal Pengkajian : 11 Agustus 2020

Informal : Pasien

Alamat lengkap : Jln. Dalam Gadang, Lubuk Begalung, Kec. Lubuk Begalung, Padang

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien masuk melalui IGD RSJ Prof. Hb Saanin Padang pada tanggal 10 Agustus 2020 diantar oleh keluarga untuk yang kesekian kalinya, pasien masuk sudah berulang kali, masuk lagi dengan keluhan keluhan klien gelisah sejak 10 hari yang lalu dengan gejala marah – marah tanpa sebab, bicara kotor, melempar rumah orang lain dengan batu, membakar baju, bicara – bicara sendiri, klien ada melihat bayangan dan mendengar suara – suara mengganggu lingkungan, merusak motor tetangga, curiga curiga ada kepada orang – orang disekitar. Klien suka jalan keluar rumah tanpa tujuan, tidak pulang 1 bulan ini, jadi gelandangan, makan

kurang, tidur malam kurang. Usaha keluarga saat pasien megamuk di rumah adalah diikat dan dikurung di kamar.

3.1.3 Faktor Predisposisi

a. Gangguan jiwa di masa lalu

Klien mengalami sakit sejak \pm 15 tahun yang lalu. Saat ini klien dirawat untuk yang ketiga kalinya, terakhir dirawat bulan April 2020 pulang dengan tenang dijemput keluarga.

b. Pengobatan sebelumnya

Klien pernah berobat sebelumnya di RSJ padang dan pulang di jemput keluarga dengan tenang, selama di rumah klien tidak mau minum obat.

Masalah keperawatan : Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik

c. Trauma

➤ Aniaya Fisik

Klien tidak pernah mengalami penganiayaan fisik sebelumnya, klien mengatakan juga tidak pernah melakukan penganiayaan fisik kepada orang lain serta klien juga tidak pernah melihat penganiayaan fisik sebelumnya.

➤ Aniaya seksual

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban maupun saksi yang mengalami aniaya seksual.

➤ Penolakan

Klien tidak pernah mengalami penolakan oleh keluarga, tetapi klien mengalami penolakan oleh lingkungan karena pernah di rawat di RSJ.

- Kekerasan dalam keluarga

Klien mengatakan tidak pernah menjadi korban dalam kekerasan keluarga.

- Tindakan kriminal

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban dan saksi dalam tindakan kriminal.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

d. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah

e. Masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan mengalami masa lalu yang kurang menyenangkan karena orang tua laki – lakinya meninggal saat dia berusia 16 tahun.

Masalah keperawatan: Respon pasca trauma

3.1.4 Pemeriksaan fisik

- Tanda-tanda vital

TD : 120/ 80 mmHg

Nadi : 100 x/menit

Suhu : 36,7⁰c

Pernafasan : 19 x/i

- Ukuran

Tinggi badan : 168 cm

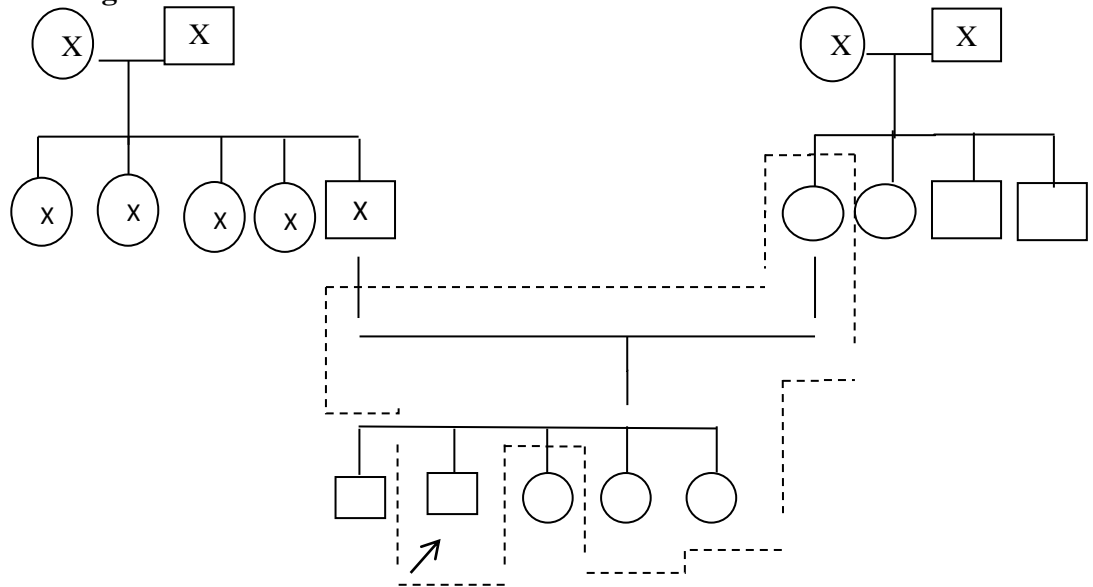
Berat badan : 68 kg

➤ Keluhan fisik

Klien mengatakan tidak ada keluhan apapun.

3.1.5 Psikososial

a. Genogram



Keterangan:



: laki-laki



: perempuan



: hubungan keluarga



: tinggal serumah



: klien

X : meninggal



: Bercerai

Klien anak ke 2 dari 5 bersaudara, 1 saudara laki-laki dan 3 saudara perempuan, klien belum menikah, klien tinggal bersama dengan orang tuanya, dan 2 adik perempuannya. Keputusan penuh di ambil orang tua dan anak tidak dibiarkan untuk mengambil keputusan, dalam keluarga tidak ada membedakan satu sama .

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

b. Konsep diri

➤ Citra tubuh

Klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya. Tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai pasien.

➤ Identitas diri

Klien mengatakan belum pernah menikah, klien saat ini tinggal bersama orang tuanya, serta kedua adik perempuannya. Klien mengatakan Cuma tamatan SD dan tidak memiliki pekerjaan dan mengatakan dirinya seorang laki-laki.

➤ Peran diri

Klien mengatakan tugasnya sebagai anak belum mampu membahagiakan keluarganya khususnya orang tuanya. Dan sebagai anak belum bisa membantu perekonomian keluarga.

➤ Ideal diri

klien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa pulang dan dapat berkumpul dengan keluarganya.

➤ Harga diri

Klien mengatakan merasa bahwa tidak ada yang menyayangi dirinya dan klien merasa dirinya tidak dihargai masyarakat dan teman-teman karena orang mengejek dengan kondisinya pada saat ini.

Masalah keperawatan: Harga diri rendah

c. Hubungan sosial

➤ Orang terdekat

Klien mengatakan orang terdekat dengannya adalah ibunya. Klien mengatakan sering berkeluh kesah dengan ibunya dan sangat menyayangi ibunya. Ibunya tempat bercerita dan selalu mendukung serta menyemangati klien.

➤ Peran kerja dan kegiatan kelompok/masyarakat

klien mengatakan jarang/tidak pernah mengikuti kegiatan sosial ataupun kegiatan keagamaan seperti pengajian, goro bersama masyarakat.

➤ Hambatan dalam hubungan orang lain

Klien mengatakan tidak mau mengikuti kegiatan masyarakat, klien mengatakan malu dengan keadaannya karena, tetangga tau klien dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Selama diruangan rawatan pasien berkomunikasi baik dengan teman-temannya.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

d. Spiritual

➤ Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan agamanya islam dan meyakini kalau tuhan akan menyembuhkannya klien mengatakan jarang melakukan ibadah sholat.

➤ Kegiatan ibadah

Klien beragama islam, klien tampak mengerjakan shalat sesuai dengan waktu shalat. Klien tampak jarang membaca alquran. Klien shalat dengan berlawanan dengan arah kiblat, tampak klien shalat wudhu terlebih dahulu dan rakaat shalat sering salah.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Status mental

a. Penampilan

Klien tampak kurang rapi, klien menggunakan pakaian rumah sakit, gigi klien tampak tidak bersih. Pakaian tampak tidak rapi, rambut klien botak, kerah baju sering tidak dirapikan tampak pakaian lusuh dan kotor, cara memakai celana sering terbalik., jarang gosok gigi, mulut klien berbau. Mandi jarang menggunakan sabun. Klien tampak tidak pandai berhias atau berdandan. Kuku klien tampak panjang dan kotor. Kadang kadang klien tidak memakai sandal jika berjalan.

Masalah keperawatan: Defisit perawatan diri : Berdandan

b. Pembicaraan

Pada saat berbincang-bincang suara keras, jelas, dan mempertahankan kontak mata, mata melotot. klien sering memulai pembicaraan, pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain yang tidak ada kaitannya.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

c. Aktivitas motorik

klien tampak tegang, klien tampak mondar-mandir, klien tampak gelisah

Masalah keperawatan: Perilaku Kekerasan

d. Alam perasaan

Klien mengatakan sedih karena di rawat di rumah sakit jiwa, dan dijauhi oleh orang sekitar.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah

e. Afek

Klien tampak masih labil dimana emosi klien mudah berubah dan cepat marah saat keinginannya tidak terpenuhi.

Masalah keperawatan: Perilaku Kekerasan

f. Interaksi selama wawancara

Saat melakukan wawancara klien kurang kooperatif dimana saat perawat mengajukan pertanyaan klien menjawab dengan jelas, klien mudah tersinggung dan kadang-kadang klien berbicara ngaur. Saat klien diwawancara klien ada menatap perawat, kadang – kadang memalingkan muka.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

g. Persepsi

Klien mengatakan saat baru masuk kerumah sakit, klien mendengar suara-suara bisikan (yang megajak klien berbicara), klien mengatakan mendengar suara – suara tersebut di pagi hari dan malam hari, klien mengatakan sering melihat dan mendengar suara bisikan terutama saat sendiri dan klien larut dalam halusinasinya berbicara sendiri dan tertawa sendiri. . Selama perawatan dirumah sakit klien mengatakan masih mendengar bisikan yang mengganggu nya, klien terkadang tampak berbicara dan tertawa sendiri. Klien tidak tau cara menghilangkan bisikan-bisikan yang datang.

Masalah keperawatan: Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran

h. Proses pikir

Saat interaksi pembicaraan klien dapat dimengerti namun terkadang klien tidak nyambung dari satu topik ke topik lainnya. Saat ditanya mengenai alasan masuk rumah sakit jiwa klien dapat menjawabnya.

Masalah keperawatan: Gangguan proses pikir.

i. Isi pikir

Klien mengatakan pemikirannya hanya ingin cepat sembuh dan pulang saja.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

j. Tingkat kesadaran

Saat wawancara klien bisa menyebutkan waktu, tempat dan hari. Klien juga dapat menjelaskan sekarang klien ada di rumah sakit jiwa untuk berobat.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

k. Memori

➤ Jangka panjang

Klien tidak mampu mengingat kejadian pertama kali dia dirawat di rumah sakit jiwa.

➤ Jangka pendek

Klien mengatakan mengingat hal-hal yang baru dilakukannya.

➤ Saat ini

Saat wawancara klien ingat jam berapa klien bangun, namun lupa berapa lama klien tidur malam.

l. Tingkat Konsentrasi dan berhitung

Konsentrasi klien mudah teralihkan, klien mampu berhitung dan saat ditanya 2+3

klien menjawab 5, dan klien juga dapat menjawab $7-3=4$.

Masalah keperawatan: Gangguan Konsentrasi

m. Kemampuan penilaian

Saat wawancara klien di ajukan pertanyaan mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi, klien menjawab secara mandiri mandi dulu sebelum makan

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

n. Daya tilik diri

Klien menyadari bahwa dirinya saat ini di RSJ, klien menyadari akan penyakitnya sendiri, klien tidak menyalahkan orang lain atas penyakit yang dideritanya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Klien mengatakan makan 3x sehari dan menghabiskan makanan yang di sediakan rumah sakit, klien tidak memiliki alergi. Selebihnya klien tidak ada pantangan makanan. Saat setelah makan klien tidak pandai merapikan tempat makan nya dan klien makan berlepotan.

b. BAB dan BAK

Klien mengatakan selama di rumah sakit BAB dan BAK di WC, klien juga mampu membersihkan diri sesaat setelah BAB/BAK. klien mampu melakukan dengan mandiri.

c. Mandi

Klien mengatakan mandi 2x secara mandiri, klien dapat menyikat giginya namun terkadang tidak menggosok gigi, klien mengatakan mencuci rambut jarang-jarang, klien dapat menggunting kukunya namun tidak dilakukan, kuku klien tampak panjang.

d. Berpakaian dan berhias

Penampilan klien terlihat kurang rapi, kancing baju tidak dipasangkan, celana yang dipakai klien terbalik, terkadang klien tidak memakai sandal, rambut klien botak.

e. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan tidur malam jam 21.00 wib dan bangun pagi hari, klien mengatakan sering terbangun saat tidur malam, klien mengatakan tidur siang ada namun hanya sebentar.

f. Penggunaan obat

Saat wawancara Klien tidak dapat menyebutkan nama obat, fungsi obat dan prinsip 6 benar minum oabat.

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan setelah keluar rumah sakit, klien akan melakukan rawat jalan dirumah sakit tempat tinggalnya, klien juga didukung oleh orang tuanya untuk tetap berobat/kontrol dirumah sakit.

h. Kegiatan di dalam rumah

Klien mengatakan melakukan kegiatan di rumah, klien mengatakan jika dirumah klien sering menyapu, mengepel dan mencuci piring. klien mengatakan jika klien pulang klien masih ingin terlibat kegiatan di dalam rumah dan membantu keluarganya.

i. Kegiatan atau aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan sejak sakit tidak pernah lagi mengikuti aktivitas sosial di masyarakat. Klien mengatakan suka keluar rumah, untuk jalan-jalan sendiri di lingkungan rumahnya.

3.1.8 Mekanisme Koping

a) Koping adaptif

Klien mengikuti kegiatan senam setiap pagi, klien jarang berkomunikasi dengan teman yang lain.

b) Koping maladaptif

Klien kadang tampak berbicara sendiri, klien sering mondar-mandir. Klien cenderung mengikuti kemauan sendiri

Masalah keperawatan: koping individu tidak efektif

3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

a) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan mengenal dengan kelompok masyarakat sekitarnya, tetapi klien jarang berpartisipasi dalam acara atau kegiatan di masyarakat.

b) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan lingkungan. Klien tampak jarang berbincang-bincang dengan pasien lain diruang melati.

c) Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan tidak ada permasalahan dengan pendidikannya. Klien mengatakan pendidikan terakhir yaitu SD

d) Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan belum pernah bekerja.

e) Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan lingkungan sekitar rumahnya.

f) Masalah ekonomi

Klien mengatakan ingin bekerja dan membantu orang tua.

g) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan tidak ada permasalahan dengan pelayanan kesehatan.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10 Masalah Pengetahuan

Klien mengetahui bahwa dirinya sedang sakit, namun klien tidak tahu tentang penyakitnya dan obat yang dikonsumsinya.

Masalah keperawatan: Kurang pengetahuan

3.1.11 Aspek Medik

➤ Diagnosa medis

Skizofrenia tipe campuran

➤ Terapi medik

- Haloperidol : 2x5 mg
- Risperidon : 2x2mg
- Lorazepam : 1x2 mg
- Clozopin : 1x50 mg
- THP : 2x2 mg
- Asam valpurut : 2x 125 mg

Analisa Data

| No | Data | Masalah |
|----|--|--|
| 1 | <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien keluarga mengatakan klien sering marah-marah • Klien mengatakan kalau keinginan klien tidak dituruti maka klien marah dan banting barang-barang <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak mondar-mandir • Klien terkadang berbicara keras • Pandangan mata tajam • Berbicara kasar • klien sering marah-marah • klien marah jika keinginan tidak dituruti | Perilaku Kekerasan |
| 2. | <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan Mendengar bisikan-bisikan • Klien mengatakan bisikan saat klien sendiri • Klien juga pernah melihat bayangan hitam <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak berbicara sendiri | Gangguan Persepsi Sensori Halusinas: Pendengaran |

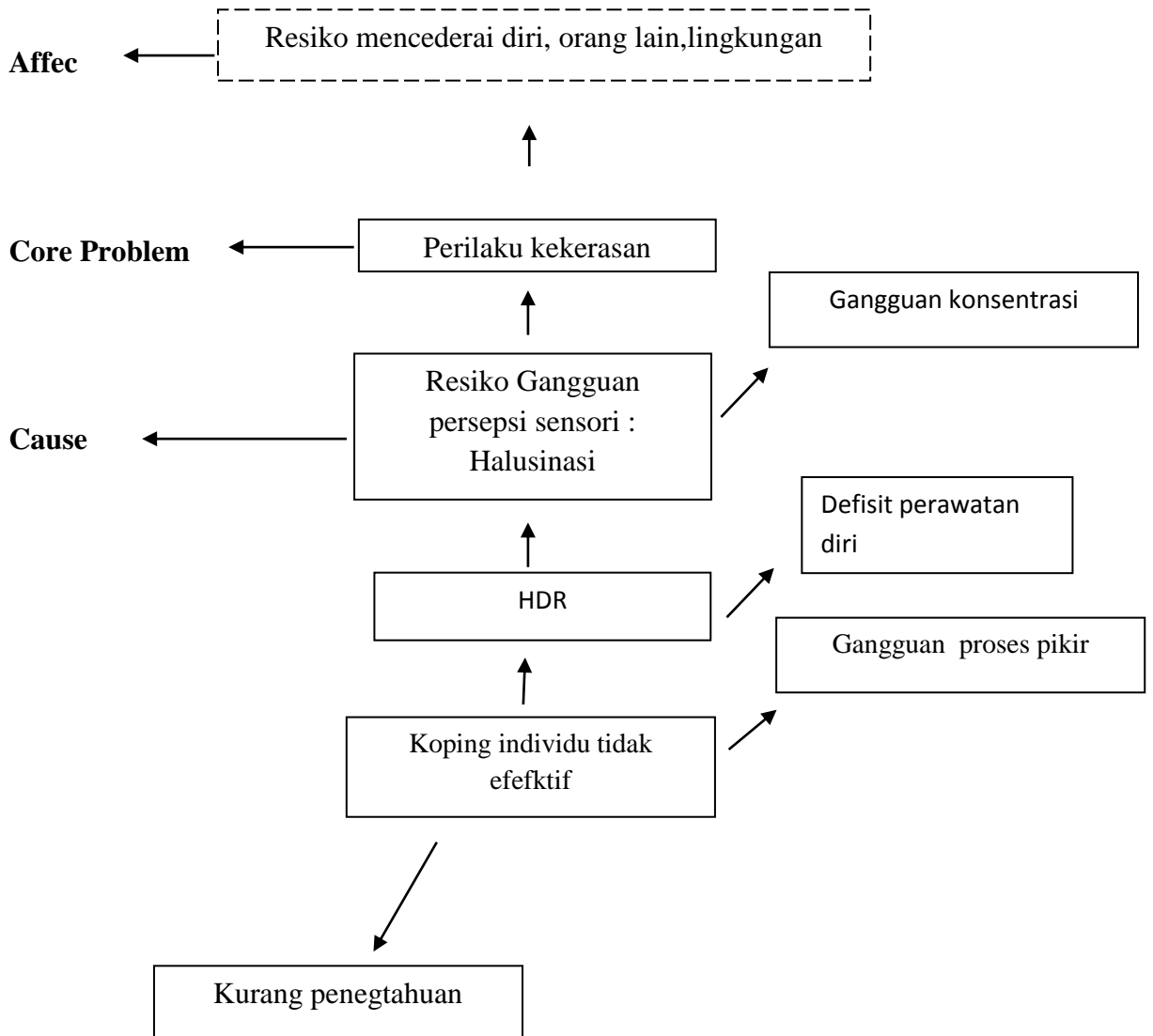
| | | |
|----|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak mondar-mandir • Klien tampak berbicara ngawur • Klien tertawa sendiri | |
| 3. | <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak mau membereskan makanan sesudah makannya. • Klien mengatakan jarang memperhatikan pakaiannya. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak terlihat kurang rapi • Gigi klien tampak sedikit kotor, nafas bau • kancing baju tidak dipasang • celana yang dipakai klien terbalik • terkadang klien tidak memakai sandal | Defisit Perawatan Diri : makan, berdandan. |
| 4. | <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan sedih tidak berinteraksi dengan orang lain • klien mengatakan tidak percaya dengan teman di ruangnya. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak menyendiri • klien tampak murung • klien tampak merendahkan diri | Harga diri rendah |
| 5. | <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ia agak lambat dalam berpikir. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saat interaksi terkadang klien tidak nyambung dari satu topic ke topic lain. | Gangguan proses pikir |
| 6. | <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan saat ia bicara dengan seseorang konsentrasinya mudah di alihkan. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsentrasi klien mudah teralihkan | Gangguan konsentrasi |
| 7. | <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya • Klien mengatakan tidak mengetahui obat yang sedang ia konsumsi. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak bingung saat ditanya | Kurang pengetahuan |

| | | |
|----|---|--------------------------------|
| | <p>tentang obat yang dikosumsinya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak bingung saat ditanya tentang penyakitnya. | |
| 8. | <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan jarang berkomunikasi dengan teman yang lain. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak berbicara sendiri. • Klien tampak mondar-mandir. • Klien tampak mengikuti kemauan sendiri. | Koping individu tidak efektif. |

3.1.12. Daftar Masalah

1. Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Persepsi Sensori Halusinas : Pendengaran
3. Defisit Perawatan Diri : berdandan, makan
4. Harga diri rendah
5. Gangguan proses piker
6. Gangguan konsentrasi
7. Kurang pengetahuan
8. Koping indivisu tidak efektif

3.1.13 Pohon Masalah



3.1.13 Diagnosa keperawatan

1. Perilaku Kekerasan
2. Halusinasi

Rencana Keperawatan

| NO | DIAGNOSA | TUJUAN | KRITERIA HASIL | INTERVENSI | RASIONAL |
|----|----------------------------------|---|--|---|---|
| 1 | Resiko Perilaku Kekerasan | <p>pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi penyebab PK 2. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda PK 3. Klien dapat menyebutkan jenis PK yang pernah dilakukannya 4. Klien dapat menyebutkan akibat dari PK yang dilakukannya. 5. Klien dapat | <p>SP 1</p> <p>Setelah pertemu pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dapat menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan dan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan. - Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik. | <p>SP1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya <ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam teraupetik b. Berjabat tangan sambil menyebutkan nama perawat c. Menjelaskan tujuan interasksi d. Membuat kontrak topik,waktu, dan tempat setiap kali bertemu. e. Beri rasa aman dan sikap empati 2. Identifikasi penyebab perasaan marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, | <ul style="list-style-type: none"> - Langkah awal untuk intervensi selanjutnya dengan harapan klien percaya dan terbuka dalam mengungkapkan perasaannya dengan rasa aman. - Memberikan pemahaman tentang perilaku kekerasan pada klien sehingga memungkinkan klien untuk menghindari penyebab rasa marah. - Menilai pengetahuan klien tentang efek perilaku agresif terhadap diri sendiri dan orang lain. - Memberikan gambaran pada klien cara menyalurkan marah secara konstruktif. <ul style="list-style-type: none"> • Dengan nafas dalam mampu mengurangi ketegangan otot saat marah, sehingga dapat |

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| | | <p>menyebutkan cara mencegah atau mengontrol PK</p> <p>6. Klien dapat mencegah atau mengontrol PK nya secara fisik, obat, verbal, dan spritual.</p> | <p>SP 2</p> <p>Setelah pertemuan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengann patuh minum obat dan prinsip 6 benar | <p>akibat PK yang dilakukan</p> <p>3. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, spiritual</p> <p>4. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) dan 2 (memukul kasur atau bantal)</p> <p>5. Melakukan penerapan terapi musik</p> <p>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik</p> <p>SP 2 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi: kemampuan melakukan tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal 3. Tanyakan manfaat melakukan latihan dan menggunakan cara fisik 1 dan 2. Beri pujian 4. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar | <p>menurunkan energy emosi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dapat menyalurkan energy secara positif tanpa mencederai diri sendiri dan orang lain. - Membantu menetapkan kegiatan yang mungkin terselesaikan dengan baik dan dapat dilakukan secara teratur. - Menilai kemajuan dan perkembangan klien. - Memberikan pemahaman tentang pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa, akibat tidak sesuai dengan program, akibat bila putus obat, cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar dan motivasi rasa klien untuk mandiri dan menyadari kebutuhannya akan pengobatan yang optiamal. - Memungkinkan terapi obat terlaksana lebih efektif guna mendukung proses perawatan penyembuhan klien. |
|--|--|---|---|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| | | | <p>minum obat.</p> <p>SP 3 Seteah pertemuan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. - Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan verbal yang baik. | <p>nama, benar jenias, benar dosis, benar waktu , benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu mium obat)</p> <p>5. Melakukan penerapan terapi music.</p> <p>6. Masukkan pada jadwal kegiatan : latihan fisik dan minum obat.</p> <p>SP 3 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi : kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, jadwal minum obat. 3. Tanyakan manfaat melakukan latihan nafas dalam, pukulkasur dan bantal, manfaat minum obat. Beri pujian 4. Latih cara mengontrol perilaku kekekrasan secara verbal (bicara yang baik:meminta, menolak, | <ul style="list-style-type: none"> - Menilai kemajuan dan perkembangan klien. - Dengan mengungkapkan marah secara verbal klien mampu mengungkapkan marah secara asertif sehingga orang lain lebih memahami keinginan/maksud klien maupun perasaan emosi yang sedang di alami. - Membantu menetapkan kegiatan yang memungkinkan terselesaikan dengan baik dan dapat dilakukan secara teratur. |
|--|--|--|---|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>dan mengungkapkan perasaan)</p> <p>5. Melakukan penerapan terapi musik.</p> <p>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan latihan cara bicara yang baik.</p> | |
| | | <p>SP 4</p> <p>Setelah pertemuan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. - Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual dan kegiatan yang lain. | <p>SP 4 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi : tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi : kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam,pukul kasur dan bantal, minum obat dengan 6 benar dan patuh, bicara yang baik. 3. Tanyakan manfaat latihan tarik nafas dalam ,pukul kasur bantal, minum obat, bicara yang baik. Beri pujian 4. Latih mengontrol marah dengan spritual (2 kegiatan) 5. Melakukan penerapan terapi musik. 6. Masukkan pada jadwal | <ul style="list-style-type: none"> - Menilai kemampuan dan perkembangan klien. - Mengontrol PK dengan cara spiritual dengan cara berdoa, berdzikir, wudhu, shalat dapat menurunkan ketegangan fisik dan psikologis. - Membantu menetapkan kegiatan yang memungkinkan terselesaikan dengan baik dan dapat dilakukan secara teratur. |

| | | | | | |
|---|-------------------|--|---|---|--|
| | | | | kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spritual. | |
| 2 | Halusinasi | <ul style="list-style-type: none"> - Mengenali halusinasi yang dialami. - Klien dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi. - Mengikuti program pengobatan. | <p>Setelah....kali pertemuan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat membina hubungan saling percaya. - Klien dapat mengenal halusinasinya. - Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menghardik. | <p>SP 1 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala waham 2. Bantu orientasi realita : panggilan, orientasi waktu, orang dan tempat 3. Diskusikan kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi 4. Bantu pasien memenuhi kebutuhannya secara realistis. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan pemenuhan kebutuhan | <ul style="list-style-type: none"> - Dengan memberikan pemahaman tentang halusinasi pasien mampu memahami: <ul style="list-style-type: none"> • Masalah yang dialaminya • Kapan masalah timbul, menghindarkan waktu dan situasi saat masalah muncul. • Pentingnya masalah halusinasi untuk diatasi karena perasaan tidak nyaman saat munculnya halusinasi dapat menimbulkan perilaku maladaptif yang sulit untuk dikontrol. - Dengan menghardik halusinasi memberi kesempatan pasien mengatasi masalah dengan reaksi penolakan terhadap sensasi palsu - Dengan peragaan langsung dan pasien memperagakan ulang memungkinkan cara menghardik dilakukan dengan benar. - Dengan penguatan positif mendorong pengulangan perilaku yang diharapkan. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | <p>SP 2 setelahkali pertemuan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menjelaskan tentang cara minum obat dengan prinsip 6 benar. - Klien dapat mempraktekkan cara minum obat dengan prinsip 6 benar. <p>SP 3 setelahkali pertemuan klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menjelaskan cara mengatasi halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. - Klien dapat mempraktekkan cara mengatasi halusinasi dengan bercakap- | <p>SP 2 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Evaluasi kegiatan pemenuhan kebutuhan pasien dan beri pujian 6. Diskusikan kemampuan yang dimiliki 7. Latih kemampuan yang dipilih, berikan pujian 8. Masukkan pada jadwal pemenuhan kebutuhan dan kegiatan yang telah dilatih <p>SP 3 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pemenuhan kebutuhan pasien, kegiatan yang dilakukan pasien, dan beri pujian 2. Jelaskan tentang obat yang diminum (6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat dan tanyakan manfaat yang dirasakan pasien) | <ul style="list-style-type: none"> - Menilai kemajuan dan perkembangan klien - Memberikan pemahaman tentang pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa, akibat jika penggunaan obat tidak sesuai dengan program, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat, cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar. - Memungkinkan terapi obat terlaksana lebih efektif guna mendukung proses perawatan dan penyembuhan klien - Menilai kemajuan dan perkembangan klien. - Dengan bercakap-cakap mengalihkan fokus perhatian dan menghindarkan saat klien merasakan sensasi palsu. - Memungkinkan klien melakukan kegiatan dengann teratur. |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | <p>cakap.</p> <p>SP 4 setelahkali pertemuan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya. - Klien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasi. - Klien dapat memilih car mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan perawat. | <p>3. Masukkan pada jadwal pemenuhan kebutuhan, kegiatan yang telah dilatih dan obat benar dosis.</p> <p>4. Latih dan ajarkan klien minum obat secara teratur dan masukkan dalam jadwal harian klien.</p> <p>SP 4 Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pemenuhan pasien, kegiatan yang telah dilatih dan minum obat. Berikan pujian 2. Diskusikan kebutuhan lain dan cara pemenuhannya 3. Diskusikan kemampuan yang dimiliki dan memilih yang akan dilatih 4. Masukkan pada jadwal pemenuhan kebutuhan, kegiatan yang telah dilatih, minum obat. | <ul style="list-style-type: none"> - Menilai kemajuan dan perkembangan klien. - Dengan aktivitas terjadwal memberikan kesibukan yang menyita waktu dan perhatian menghindarkan klien merasakan sensasi palsu. <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan pemahaman pentingnya mencegah munculnya halusinasi dengan aktivitas positif yang bermanfaat bisa dilakukan. • Dengan memantau pelaksanaan terjadwal memastikan intervensi yang diberikan dilakukan oleh pasien secara teratur. • Dengan penguatan positif |
|--|--|--|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasi. - Klien dapat mencoba cara menghilangkan halusinasi. | | <p>mendorong pengulangan perilaku yang diharapkan.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

CATATAN PERKEMBANGAN

| No | Diagnosa Keperawatan | Tanggal/Jam | Implementasi Keperawatan | Evaluasi |
|----|---------------------------|---------------------|---|--|
| 1. | Resiko Perilaku Kekerasan | 12/08/2020 10.00 | SP1: 1. Membina hubungan saling percaya a. Mengucapkan salam teraupetik b. Berjabat tangan sambil menyebutkan nama perawat. c. Menjelaskan tujuan interaksi. d. Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu. e. Memberi rasa aman dan sikap empati 2. mengidentifikasi penyebab perasaan marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat PK yang dilakukan 3. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, spritual. 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekrasan dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) dan 2 (memukul kasur atau bantal) 5. Melakukan penerapan terapi musik 6. Memasukkan pada | S : - Klien mengatakan mau mengontrol marah dengan latihan fisik 1 dan 2 - Klien mengatakan lebih tenang setelah latihan fisik 1 dan 2 - Klien mengatakan merasa agak tenang setelah diberikan terapi musik. O : - Klien tampak terbuka dengan perawat - Klien mampu menyebutkan an penyebab, tanda, gejala dan akibat perilaku kekerasan. - Klien tampak mampu |
| 2. | | 13/08/2020 10.30 | | |

| | | | | |
|----|--|---------------------|--|--|
| 3. | | 14/08/2020 10.00 | <p>jadwal kegiatan untuk latihan fisik.</p> <p>SP 2 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Memvalidasi: kemampuan melakukan tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal 3. Menanyakan manfaat melakukan latihan dan menggunakan cara fisik 1 dan 2. Beri pujian 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenias, benar dosis, benar waktu , benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu mium obat) 5. Melakukan penerapan terapi musik 6. Masukkan pada jadwal kegiatan : latihan fisik dan minum obat | <p>mengulang kembali latihan fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih tenang setelah melakukan latihan fisik 1 dan 2 - Klien tampak tenang agak setelah diberikan terapi musik. <p>A :Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan ke sp 2</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa tarik nafas dalam dan pukul bantal - Klien mengatakan sudah bisa dan paham cara minum obat. - Klien mengatakan |
| 4. | | 15/08/2020 10.00 | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>SP 3 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Memvalidasi : kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, jadwal minum obat. 3. Menanyakan manfaat melakukan latihan nafas dalam, pukulkasur dan bantal, manfaat minum obat. Beri pujian 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekekrasan secara verbal (bicara yang baik:meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan) 5. Melakukan penerapan terapi musik 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan latihan cara bicara yang baik. <p>SP 4 Klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi : tanda dan gejala | <p>sudah agak tenang setelah di berikan terapi musik.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bisa mengulangi apa yang disuruh ulang - Klien tampak paham cara megontrol Perilaku kekerasan dengan cara minum obat. (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenias, benar dosis, benar waktu , benar cara, kontiniutas minum obat). - Klien tampak sudah agak lebih tenang setelah diberikan terapi musik. <p>A: Masalah teratasi</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p>perilaku kekerasan</p> <p>2. Memvalidasi : kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, minum obat dengan 6 benar dan patuh, bicara yang baik.</p> <p>3. Menanyakan manfaat latihan tarik nafas dalam ,pukul kasur bantal, minum obat, bicara yang baik. Beri pujian</p> <p>4. Melatih mengontrol marah dengan spritual (2 kegiatan)</p> <p>5. Melakukan penerapan terapi musik.</p> <p>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obta, verbal dan spritual.</p> | <p>P: Intervensi di lanjutkan ke SP 3</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa tarik nafas dalam , pukul bantal dan kasur, dan minum obat - Klien mengatakan sudah paham cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berbiaca yang baik. - Klien mengatakan sudah agak lebih tenang setelah di berikan terapi musik. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan an kembali penyebab, tanda dan gejala dari perilaku kekerasan. - Klien tampak |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>mampu mengulangi dan mempraktekan cara berbicara yang baik dan meminta dengan baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah agak lebih tenang dari sebelum diberikan terapi musik. <p>A:Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, minum obat dengan benar, dan patuh, bicara yang baik - Klien |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>mengatakan sudah bisa melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah lebih tenang setelah diberikan terapi musik. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengulangi apa tanda dan gejala dari perilaku kekerasan. - Klien mampu mengulangi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spritual. Seperti berdzikir. - Klien tampak lebih tenang setelah diberikan terapi musik. <p>A:Masalah teratasi</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------|
| | | | | P: Intervensi di hentikan |
|--|--|--|--|------------------------------|

CATATAN PERKEMBANGAN

| NO | TANGGAL/JAM | IMPLEMENTASI | EVALUASI |
|----|---------------------|--|--|
| 1. | 12/08/2020 10.30 | SP 1 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien 3. Mengidentifikasi isi halusinasi klien 4. Memberikan waktu halusinasi klien 5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien 6. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 7. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi 8. Mengajarkan klien cara pertama menghardik halusinasi 9. Mendiskusikan manfaat cara yang dilakukan klien dan memberi pujian. 10. Menganjurkan klien untuk memasukkan cara menghardik kedalam kegiatan harian | S : - Pasien mengatakan “nama saya dahlan, saya sukanya di panggil “alan” - Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yang tidak berwujud nyata. O : - Pasien mau menjawab dan menyebutkan nama pada perawat dan membalas salam, mau berjabat tangan - Pasien mampu mengenal jenis (pendengaran) , isi(suara-suara bisikan mengajak berbicara), waktu (siang dan malam hari), frekuensi (3 x dalam 1 hari), situasi (halusinasi muncul saat pasien sedang sendiri). - Pasien tampak mengikuti perawat cara menghardik halusinasi dengan menutup telinga dan mengatakan “Pergi jangan ganggu saya kamu tidak nyata” A : Masalah teratasi |

| | | | |
|----|----------------------|--|---|
| | | | Halusinasi terkontrol P : Lanjutkan intervensi |
| 2. | 13/08/ 2020 11.00 | SP 2 1. Membina hubungan saling percaya : salam terapeutik, menanyakan kepada klien masih ingat tidak dengan perawat. 2. Menanyakan perasaan klien saat ini. 3. Mengevaluasi kembali cara menghardik. 4. Melatih mengontol halusinasi dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang 6 benar minum obat (benar jenis, guna, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat). 5. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat. | S : - Pasien mengatakan masih ingat dengan nama perawat. - Pasien mengatakan perasaanya lebih baik. - Pasien mengatakan masih ingat cara menghardik halusinasi O : - Pasien mampu menyebutkan kembali halusinasi. - Pasien tampak mampu menyebutkan kembali cara mengontrol halusinasi dengan 6 benar minum obat : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat. A : masalah teratasi Halusinasi terkontrol P : Lanjutkan intervensi |
| 3. | 14/08/2020 10.30 | SP 3 1. Menanyakan kembali pada klien apakah masih ingat nama perawat 2. Menanyakan perasaan klien 3. Mengevaluasi kembali cara | S : - Pasien mengatakan masih ingat nama perawat. - Pasien mengatakan perasaanya baik-baik saja - Pasien mengatakan masih ingat dengan |

| | | | |
|----|---------------------|--|---|
| | | <p>mengontrol halusinasi dengan cara meghardik dan dengan 6 benar minum obat, (benar jenis, guna, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat).</p> <p>4.</p> <p>5. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan teman sekamar.</p> <p>6. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi kedalam jadwal kegiatan</p> | <p>anjuran perawat jika mendengar suara-suara yang tidak berwujud nyata Pasien akan menutup telinga dan langsung meghardik.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengatakan minum obat dengan 6 benar : jenis, guna , dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengerti cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan teman-teman. - Pasien tampak mampu bercakap-cakap dengan teman seruangan atau sekamar. <p>A : Masalah teratasi Halusinasi terkontrol</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> |
| 4. | 15/08/2020 10.30 | <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kembali pada klien apakah masih ingat nama perawat 2. Menanyakan perasaan klien 3. Mengevaluasi kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara meghardik, 6 benar minum obat dan bercakap – | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perasaannya baik - Pasien mengatakan jika mendengar suara suara aneh itu muncul klien meghardik dengan mengatakan “Pergi kamu jangan ganggu saya, kamu tidak nyata”, - Mengatakan minum obat dengan 6 |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>cakap dengan teman kamar.</p> <p>4. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan yang telah terjadwal.</p> <p>5. Memberikan pujian atas keberhasilan tindakan yang dilakukan klien</p> <p>6. Menganjurkan klien memasukkan aktivitas kedalam jadwal harian</p> | <p>benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan bercakap cakap dengan teman sekamar, dan melakukan kegiatan menonton tv. - Pasien mengatakan kegiatan yang biasa dilakukan di rumah sakit yaitu merapikan tempat tidur dan membersihkan ruangan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mampu menyusun jadwal kegiatan bersama perawat. - Pasien tampak mampu melakukan cara mengontrol halusinasi dengan kegiatan yang telah disusun bersama perawat yaitu membersihkan tempat tidur dan membersihkan ruangan. <p>A : Masalah teratasi Halusinasi terkontrol</p> <p>P : Sp di hentikan</p> |
|--|--|---|---|

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah peneliti melakukan tindakan terapi musik terhadap Tn.D dengan perilaku kekerasan di Ruang Merpati RSJ Prof. HB Saanin Padang, penulis menemukan kesamaan dan kesenjangan-kesenjangan yang di temui serta mencari jalan keluarnya yang sesuai dengan langkah-langkah yang ditemui serta mencari jalan keluarnya yang sesuai dengan langkah-langkah asuhan maka pembahasannya:

4.1 Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait KKMP dan Konsep Kasus Terkait

Pada pengkajian pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan format pengkajian keperawatan yang telah ditetapkan. Data dikumpulkan melalui wawancara langsung dengan klien, melalui observasi dan dari pendokumentasian keperawatan diruangan, sedangkan data dari keluarga tidak di dapatkan hal tersebut dikarenakan selama proses pengkajian keluarga klien belum ada datang untuk menjenguk klien dan saat ini ada dimasa pandemic COVID-19, dimana rumah sakit dilarang untuk mendapatkan kunjungan dari luar.

Proses pengkajian dilakukan dengan Anamnesis dan Allo Anamnesis. disini penulis tidak melakukan pengkajian secara allo anamnesis dikarenakan keluarga tidak mengangkat telfon dan anggota keluarga belum ada yang datang untuk membezoek pasien dan bertemu dengan kelompok sehingga kelompok menggunakan pengkajian anamnesis saja dengan ditambahkan data

dari rekamedis. Penulis menggunakan format pengkajian sesuai dengan format yang telah ada. Selama proses pengkajian kelompok mendapatkan data yaitu nama klien : Tn.D, umur 47 tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki, Agama : Islam, Pendidikan : SD, Suku / Bangsa : Minang/ Indonesia, Status Perkawinan : Belum Kawin /lajang, Alamat: jalan Dalam Gadang, Lubuk Begalung, Kec. Lubuk Begalung, Kota Padang.

Menurut Direja (2011) diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia terhadap status kesehatan/resiko perubahan dari kelompok dimana perawat secara *accountabilitas* dapat mengidentifikasi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurun, membatasi, dan berubah. Menurut Yosep (2011).

Penulis mengangkat diagnose keperawatan utama yaitu perilaku kekerasan pada Tn.D sebagai prioritas masalah utama yang didukung dengan data subjektif keluarga mengatakan pasien marah-marah tanpa sebab, melempar rumah orang lain dengan batu, merusak motor tetangga, merasa curiga kepada orang lain, ada beberapa diagnose tambahan dimana diagnose tersebut ialah gangguan persepsi sensori: halusinasi dimana klien mengatakan ia mendengar suara-suara bisikan yang mengajak ia berbicara, ia mendengar suara –suara tersebut di pagi dan malam hari di saat ia sedang sendiri.

Adapun tindakan keperawatan diagnosa yang pertama yaitu perilaku kekerasan yang pertama dilakukan adalah Sp 1 dengan Identifikasi penyebab, tanda & gejala, PK yang dilakukan, akibat PK, Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual, Latihan cara ,engontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal, memberikan terapi musik .Masukan

pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik. Sp 2 dengan Ealuasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian, latihan cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat), memberikan terapi musik dan masukan pada jadwal kgiatan untuk latihan fisik dan minum obat. Sp 3 dengan evaluasi kegiatan latihan fisik & ona. Beri pujian, latih cara mengontrokl PK secara verbal (3 cara, yaitu: mengungkapkan, maminta, menolak dengan benar), memberikan terapi musik dan masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal. Sp 4 dengan evaluasi kegiatan latihan fisik & obat & verbal. Beri pujian, latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan), memberikan terapi musik dan masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual. Pemberian terapi music tersebut dilakukan selama 30 menit.

Kemudian tindakan keperawatan yang dilaksanakan untuk diagnose kedua yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan SP I beberapa di antaranya yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi jenis halusinasi klien, mengidentifikasi isi halusinasi klien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan klien cara pertama menghardik halusinasi, menganjurkan klien untuk memasukkan cara menghardik kedalam kegiatan harian, SP II beberapa di antaranya yaitu membina hubungan saling percaya : salam terapeutik, menanyakan kepada klien masih ingat tidak dengan perawat, menanyakan perasaan klien saat ini, mengevaluasi kembali cara menghardik halusinasi, memberikan pendidikan kesehatan tentang 6 benar minum obat (jenis, guna,

dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat), memasukan ke jadwal kegiatan harian klien. SP III yaitu menanyakan kembali pada klien apakah masih ingat nama perawat, menanyakan perasaan klien, mengevaluasi kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara meghardik dan 6 benar minum obat, melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan teman, menganjurkan klien memasukkan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi kedalam jadwal kegiatan. SP IV yaitu menanyakan kembali pada klien apakah masih ingat nama perawat menanyakan perasaan klien, mengevaluasi kembali cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, 6 benar minum obat dan bercakap-cakap dengan teman kamar, dan melakukan kegiatan yang biasa dilakukan, memberikan pujian atas keberhasilan tindakan yang dilakukan klien dan menganjurkan klien memasukkan aktivitas kedalam jadwal harian.

4.2 Analisis Intervensi Keperawatan dengan Kasus Terkait

Pengkajian keperawatan telah dilakukan pada tanggal 11 Agustus– 15 Agustus 2020 di ruang merpati di RSJ prof HB Saanin Padang. Pengkajian dilakukan dengan melakukan dengan wawancara dilakukan pada Tn. D, Pengkajian yang dilakukan yaitu mengenai data umum pemberian terapi musik pada pasien.

Terapi musik merupakan salah satu bentuk dari teknik relaksasi yang bertujuan untuk mengurangi agresif, memberikan rasa tenang, sebagai pendidikan moral, mengendalikan emosi, pengembangan spritual dan menyembuhkan gangguan psikologis. Terapi musik juga digunakan oleh psikolog maupun psikiater untuk mengatasi berbagai macam gangguan

kejiwaan dan gangguan psikologis (Campbell, 2010). Setelah diberikan terapi musik klien tampak lebih rilek dan nyaman, emosi terkendalkan.

Adapun prosedur dan metode pelaksanaan tindakan keperawatan perilaku kekerasan yang dilakukan adalah Sp 1 dengan Identifikasi penyebab, tanda & gejala, PK yang dilakukan, akibat PK, Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual, Latihan cara ,engontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal, memberikan terapi musik .Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik. Sp 2 dengan Ealuasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian, latihan cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat), memberikan terapi musik dan masukan pada jadwal kagiatan untuk latihan fisik dan minum obat. Sp 3 dengan evaluasi kegiatan latihan fisik & ona. Beri pujian, latih cara mengontrokl PK secara verbal (3 cara, yaitu: mengungkapkan, maminta, menolak dengan benar), memberikan terapi musik dan masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal. Sp 4 dengan evaluasi kegiatan latihan fisik & obat & verbal. Beri pujian, latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan), memberikan terapi musik dan masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual. Terapi mueik klasik tersebut diberikan selama 30 menit lamanya.

Sebelum dilakukannya terapi music klasik pasien tampak gelisah, pandangan melotot, mondar-mandir, marah-maraha tanpa sebab, dan cenderung mengikuti kemauan sendiri. Kemudian setelah dilakukan penerapan terapi music klasik klien sudah tampak agak tenang, rileks, marah-maraha sudah terkendali, pandangan sudah tidak melotot dan emosi sudah terkendali.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ketut Tuning Afriani (2018) penerapan terapi musik pada pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan di ruang melati rumah sakit jiwa provinsi lampung menunjukkan bahwa Terapi musik bermanfaat untuk mengurangi agresif, memberikan rasa tenang, pendidikan moral, dan bermanfaat bagi kesehatan fisik maupun mental.

Hasil pengkajian ini juga didukung oleh penelitian dari Annisa Ismaya (2019) Penerapan Terapi Musik Klasik Untuk Menurunkan Tanda Dan Gejala Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Singgah Dosaraso Kebumen, menunjukkan bahwa dapat dilakukan terapi musik klasik untuk mengurangi perilaku agresif, mengurangi kecemasan serta mengatasi depresi pada pasien RPK. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Rumah Singgah Dosaraso Kebumen, Klien dengan RPK sudah diberikan beberapa terapi yaitu terapi obat dan aktivitas tetapi belum pernah dilakukan terapi dengan musik klasik.

4.3 Alternatif Pemecahan Masalah

Alternatif Pemecahan Masalah Yang Dilakukan Kendala pertama yang di dapat saat memberikan terapi pada pasien yaitu awalnya pasien tidak menunjukkan ketertarikan terhadap terapi yang akan diberikan dan pasien terlihat kurang memperhatikan, ajak pasien bercerita . Setelah pasien di ajak bercerita di saat itu lah penulis memberikan intervensi keperawatan dan terapi musik. Kendala kedua adalah waktu dan tempat pemberian terapi, pasien mempunyai suasana hati yang berubah-ubah, sering marah-marah tanpa sebab dan saat melakukan pengkajian dan pemberian terapi music pada pasien.

Pemecahan masalahnya yaitu penulis mengkaji pasien saat suasana hati pasien sedang baik dan di tempat terbuka.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.D maka dapat disimpulkan:

5.1.1 Pengkajian yang didapatkan pada Tn.D yaitu data subjektif yaitu klien mengatakan ia sering marah – marah tanpa sebab. Data objektif Tn.D tampak mondar-mandir, pandangan tajam, dan marah-marrah tanpa sebab.

5.1.2 Diagnosa utama muncul saat dilakukan pengkajian pada Tn. D yaitu. Perilaku kekerasan

5.1.3 Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul dan dibuat berdasarkan rencana asuhan keperawatan secara teoritis.

Rencana tindakan yang dilakukan pada Tn.D yaitu : mengajarkan individu pelaksanaan Sp1-Sp4 perilaku kekerasan untuk negontrol perilaku kekerasan, dan mengajarkan kepada pasien penerapan terapi musik dalam mengontrol perilaku kekerasan.

5.1.4 Dalam asuhan keperawatan Tn.D dengan perilaku kekerasan telah disesuaikan dengan intervensi yang dibuat oleh penulis. Penulis melaksanakan Sp 1- Sp 4 yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur, bantal, 6 benar obat, berbicara dengan baik : meminta dan menolak dengan baik.dengan cara spiritual, dan melakukan penerapan terapi musik.

5.1.5 Evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dari diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dan implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan didapatkan hasil yang dicantumkan dalam evaluasi sebagai berikut : masalah perilaku kekerasan terkontrol.

5.2. Saran

5.2.1. Rumah Sakit

Rumah sakit diharapkan bisa menambah fasilitas dan senantiasa menciptakan lingkungan yang terapeutik guna mempercepat penyembuhan klien

5.2.2. Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan agar lebih menambah pengetahuan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan, Mahasiswa lebih meningkatkan komunikasi teraupetik dalam berinteraksi dengan klien, Mahasiswa hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan berkerjasama dengan perawat ruangan untuk memvalidasi data.

5.2.3 Perawat

Untuk perawat ruangan, klien harus terus dimotivasi dan dilibatkan dalam kegiatan sehari – hari misalnya membersihkan ruangan dan lain – lain, Pertahankan dan tingkatkan komunikasi yang teraupetik serta tingkatkan koping individu dan keluarga, Perawat diharapkan dapat berkerjasama dengan tim kesehatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan agar tidak terjadi pengulangan dalam melakukan

tindakan dan lebih memperhatikan kebutuhan dasar klien, untuk membina hubungan saling percaya antara perawat dengan klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri & Wahid. (2016). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar.Surabaya : Mitra Wacana Media.
- As'ad & Soetjipto, (2000). Agresi Pasien dan strategi coping perawat. Skripsi Psikologi Indonesia
- Aizid, R.(2011).Sehat dan Cerdas dengan Terapi Musik.Jogjakarta:Laksana.
- Aziz R, dkk.(2003). Pedoman asuhan keperawatan jiwa. Semarang: RSJD Dr. Amino Gondoutomo.
- Balitbang Kemenkes RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta :Balitbang Kemenkes RI.
- Campbell, D. (2010). Efek Mozart. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Depkes RI. (2010). Keperawatan Jiwa Teori dan Tindakan Keperawatan. Jakarta :Depkes RI.
- Direja, A. H. S. (2011). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa. Edisi I. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Djohan, 2006, Terapi Musik “ Teori dan Aplikasi, Galang Press: Yogyakarta.
- Eko Prabowo. 2014. Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hawari, Dadang.2013. Manajemen Stres, Cemas dan Depresi.Cetakan Keempat Edisi II. Jakarta, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Ismaya, A (2019). Penerapan terapi musik klasik untuk menurunkan tanda dan gejala pasien resiko perilaku kekerasan di rumah singgah dosaraso kebumen

- Keliat, B. A.(2006). Kumpulan Proses Keperawatan Masalah Jiwa.Jakarta : FIK, Universitas Indonesia
- Keliat, B. A. (2009). Proses Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC.
- Keliat, B A. dkk. 2014. Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas : CMHN (Basic Course). Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Kemenkes. 2012. Angka kejadian gangguan kesehatan jiwa di Indonesia. Diakses dari:<http://www.surkesnas.unad.ac.id>.
- Ketut, T.A & Anton, S.P. 2018. Penerapan terapi musik pada pasien resiko perilaku kekerasan di ruang melati rumah sakit jiwa provinsi lampung
- Kusumawati dan Hartono .(2010) .Buku Ajar Keperawatan Jiwa .Jakarta : SalembaMedika
- Maramis, Rusdi. (2010). BukuSaku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III).Jakarta : FK UnikaAtmajaya.
- Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa(Teori dan Aplikasi).Yogyakarta: Andi.
- Nasir, Abdul dan, Abdul,Muhith. 2011. Dasar-dasar Keperawatan jiwa, Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuraenah.2012. Hubungan Dukungan Keluarga dan Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.Tesis. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Kusumawati, F., & Yudi, H. (2010). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.
- Riyadi, dan Purwanto. (2009). Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Solihin, M. 2004. Terapi Sufistik, Bandung: Pustaka Setia.

Stuart, 2014. Buku Saku Keperawatan Jiwa (terjemahan). Ed. 3. Jakarta: EGC

Stuart, G.W& Laraia, M.T. (2013).Principles and Practice of PsychiatricNursing.

(7 th Ed) St. Louis: Mosby

Yosep, I. 2009. Keperawatan Jiwa. Refika Aditama. Bandung.

Yosep., 2010, Keperawatan Jiwa. Bandung : Refia Aditama

yosep. I. (2011).keperawatan jiwa . bandung: PT Refika Aditama;

Zaidin. (2014). Implementasi teoritis. Jakarta : EGC.

LAMPIRAN

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MELAKUKAN TERAPI MUSIK
KLASIK**

| | |
|---------------------------|--|
| PENGERTIAN | Pemanfaatan kemampuan musik dan elemen musik oleh terapis kepada klien. |
| TUJUAN | Memperbaiki kondisi fisik, emosional, dan kesehatan spiritual pasien. |
| PROSEDUR KERJA | <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan pasien posisi yang nyaman mungkin. 2. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan. 3. Memulai kegiatan dengan cara yang baik 4. Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit. 5. Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik. 6. Identifikasi pilihan musik klien. 7. Berdiskusi dengan klien dengan tujuan berbagi pengalaman dalam musik. 8. Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan musik. 9. Nyalakan music dan lakukan terapi music selama 30 menit. 10. Pastikan volume musik sesuai dan tidak terlalu keras. 11. Hindari menghidupkan musik dan meninggalkannya dalam waktu yang lama. 12. Menetapkan ketertarikan klien terhadap musik. 13. Identifikasi pilihan musik klien. <p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Berikan umpan balik positif |

| | |
|--------------------|--|
| | <p>15. Kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>16. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik</p> |
| EVALUASI | <p>1. Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien).</p> <p>2. Evaluasi respon klien.</p> |
| DOKUMENTASI | <p>Catat hasil kegiatan didalam catatan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tindakan yang dilakukan (terapi musik) - Lama tindakan yang di berikan. - Jenis terapi musik yang diberikan. - Reaksi selama setelah terapi pemberian terapi musik. - Respon pasien. |

Hawari, 2013

PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI

Nama Mahasiswa : Sentosa

Nim : 1914901743

Penguji : Ns. Falerisiska Yunere, M.Kep

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Penerapan Terapi Musik Klasik Pada Tn. D Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Perilaku Kekerasan Di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Pada Tahun 2020

| No | Hari/tgl | Materi bimbingan | Tanda tangan pembimbing |
|----|---------------------|------------------|---|
| 1 | Kamis 15/11-2020 | Feedback |  |
| 2 | 30/11-2020 | Acc & final |  |

PROGRAM STUDI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI

Nama Mahasiswa : Sentosa

Nim : 1914901743

Penguji : Yaslina, M.Kep, Ns, Sp. Kep. Kom

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Penerapan Terapi Musik Klasik Pada Tn. D Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Perilaku Kekerasan Di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Pada Tahun 2020

| No | Hari/tgl | Materi bimbingan | Tanda tangan pembimbing |
|----|--------------------|--------------------------|---|
| 1 | Kamis 8/11-2020 | Perbaiki sesuai Saran |  |
| 2 | Rabu 10/11-2020 | ACC KIAN |  |