

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan fungsi otak yang ditandai oleh gangguan proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku sehingga menjadi tidak wajar. Kondisi ini mencerminkan adanya ketidakharmonisan antara fungsi pikir, afek, kemauan, dan aktivitas psikomotor, yang sering disertai gangguan persepsi realitas seperti waham dan halusinasi, serta pola pikir yang tidak teratur (Beo dkk, 2025). Skizofrenia merupakan gangguan fungsi otak yang bersifat kronis dan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk perubahan struktur dan kimia otak serta faktor genetik. Gangguan ini ditandai oleh ketidakteraturan pola pikir, munculnya delusi dan halusinasi, perubahan perilaku yang tidak sesuai, serta gangguan dalam fungsi psikososial (Yunita dkk, 2020). Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang ditandai oleh munculnya halusinasi, delusi, gangguan proses berpikir, serta perubahan perilaku. Kondisi ini termasuk dalam psikosis, yaitu keadaan ketika individu mengalami kesulitan dalam membedakan antara realitas dan pengalaman pikirannya sendiri (Hasibuan dan Malayu, 2021). Akumulasi gangguan tersebut dapat menyebabkan perubahan tingkah laku yang semakin tidak adaptif, bahkan berpotensi mengarah pada perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain (Amalia dkk, 2023)

Dengan demikian, dari beberapa pengertian diatas skizofrenia dapat disimpulkan sebagai gangguan mental yang bersumber dari gangguan fungsi otak dan dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, yang menyebabkan ketidakharmonisan proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku, disertai gangguan persepsi realitas seperti waham dan halusinasi, sehingga berdampak pada fungsi psikososial serta berpotensi menimbulkan perilaku yang tidak adaptif hingga membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

2. Etiologi skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan yang timbul akibat interaksi berbagai faktor (multifaktorial). Individu dengan skizofrenia umumnya memiliki kerentanan biologis tertentu (diatesis) yang, ketika dipicu oleh kondisi stres, dapat memunculkan gejala-gejala skizofrenia. Stresor tersebut dapat berasal dari faktor genetik, biologis, psikologis, maupun lingkungan sosial. Hubungan yang kompleks antar berbagai faktor inilah yang diyakini berperan dalam terjadinya skizofrenia (Sitawati dkk, 2022).

a. Faktor genetik (keturunan)

Individu yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat skizofrenia cenderung memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan yang sama dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki riwayat keluarga tersebut. Risiko terjadinya skizofrenia meningkat apabila salah satu orang tua kandung menderita skizofrenia dan akan semakin besar apabila kedua orang tua kandung mengalami gangguan tersebut. Meskipun demikian, tidak semua penderita skizofrenia memiliki faktor genetik, sehingga kejadian skizofrenia tidak semata-mata ditentukan oleh keturunan, melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor lainnya.

b. Faktor biologis

Skizofrenia dikaitkan dengan adanya kelainan pada struktur dan fungsi otak, seperti pelebaran ventrikel, penurunan volume otak, serta gangguan konektivitas antar area otak. Selain itu, penderita skizofrenia juga sering mengalami gangguan fungsi kognitif, khususnya pada kemampuan mengingat dan interaksi sosial. Faktor biologis lain yang berperan adalah ketidakseimbangan neurotransmitter di otak. Ketidakseimbangan ini dapat mengganggu proses komunikasi antar sel saraf dan memicu munculnya gejala skizofrenia, sehingga menjadi sasaran utama dalam pemberian terapi farmakologis berupa obat antipsikotik untuk mengendalikan gejala.

c. Kondisi psikologis

Faktor psikologis juga berperan dalam meningkatkan kerentanan terhadap skizofrenia. Individu yang cenderung tertutup, kurang memiliki dukungan sosial, atau tidak mampu mengekspresikan dan mengelola masalah saat menghadapi stresor berisiko lebih tinggi mengalami gangguan mental, termasuk skizofrenia.

d. Faktor lingkungan

Lingkungan sosial turut memengaruhi risiko terjadinya skizofrenia melalui berbagai stresor psikososial. Stresor psikososial merupakan peristiwa atau kondisi yang menuntut individu untuk melakukan penyesuaian diri. Ketidakmampuan individu dalam beradaptasi terhadap stresor tersebut dapat memicu timbulnya gangguan kejiwaan. Stresor yang dimaksud meliputi masalah perkawinan, konflik dalam keluarga, kondisi lingkungan seperti pekerjaan dan pendidikan, serta permasalahan ekonomi. Selain itu, komplikasi selama kehamilan dan persalinan, penyalahgunaan zat terlarang, serta pengalaman traumatis seperti bencana alam,

kebakaran, atau kekerasan seksual juga dapat meningkatkan risiko terjadinya skizofrenia.

3. Tanda dan gejala skizofrenia

Secara umum, tanda dan gejala skizofrenia dikelompokkan menjadi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif merupakan gejala yang bersifat akut dan mencerminkan munculnya perilaku atau pengalaman yang menyimpang dari kondisi normal, sehingga mudah dikenali jika dibandingkan dengan individu sehat. Sementara itu, gejala negatif bersifat kronis dan ditandai dengan berkurangnya atau hilangnya minat, motivasi, serta kemampuan fungsi yang sebelumnya dimiliki oleh orang dengan skizofrenia (ODS). Gejala negatif umumnya dapat berlangsung dalam waktu lama dan sering muncul sebelum fase awal gangguan teridentifikasi. Gejala positif meliputi: (Sitawati dkk, 2022).

- a. Halusinasi, yaitu pengalaman sensorik yang dirasakan nyata meskipun tidak ada rangsangan sebenarnya.
 - b. Delusi atau waham, berupa keyakinan kuat terhadap suatu hal yang tidak sesuai dengan realitas dan tidak memiliki dasar yang jelas.
 - c. Gangguan proses berpikir dan berbicara, seperti alur pikir yang tidak terarah, pembicaraan tidak teratur, isi pembicaraan sulit dipahami, serta kesulitan dalam memusatkan perhatian.
- 1) Gangguan perilaku, salah satunya melakukan perilaku kekerasan yang dapat muncul akibat kesulitan pasien dalam mengontrol emosi dan ditunjukkan melalui perilaku tidak sesuai situasi, seperti berbicara sendiri, menangis atau tertawa tanpa sebab yang jelas, maupun cara berpakaian yang tidak lazim.

Gejala negatif meliputi:

- 2) Menarik diri dari lingkungan sosial, ditandai dengan sikap tertutup, kurang responsif secara emosional, enggan berinteraksi, dan lebih memilih menyendiri.
- 3) Penurunan minat dan motivasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari, termasuk perawatan diri dan kebersihan personal.
- 4) Perlambatan dalam proses berpikir dan aktivitas motorik.
- 5) Ekspresi wajah yang datar atau kurang menunjukkan emosi.
- 6) Perubahan pada pola tidur.

4. Klasifikasi skizofrenia

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi keempat (DSM-IV), skizofrenia diklasifikasikan ke dalam tiga tipe utama, yaitu skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, dan skizofrenia katatonik (Febrianti dkk, 2025).

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid umumnya muncul pada usia dewasa, sekitar usia 30 tahun. Tipe ini ditandai dengan adanya keyakinan yang keliru atau waham yang bertentangan dengan realitas. Penderitanya sering mengalami delusi dan halusinasi, disertai rasa curiga yang berlebihan terhadap orang lain serta kecenderungan untuk mudah tersinggung atau bertengkar. Selain itu, individu dapat meyakini bahwa dirinya memiliki identitas, kekuatan, atau kemampuan khusus yang tidak sesuai dengan kenyataan, yang dikenal sebagai waham kebesaran (*grandiose delusion*). Perasaan marah dan kecurigaan yang intens dapat mendorong penderita bertindak agresif sebagai bentuk perlindungan diri. Meskipun demikian, secara penampilan fisik, seperti ekspresi wajah dan cara berpakaian, penderita skizofrenia paranoid

sering tampak seperti individu pada umumnya. Tipe ini juga dikenal sebagai skizofrenia parafrenik atau parafrenia.

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik biasanya mulai muncul pada masa remaja hingga awal dewasa, yaitu antara usia 15 sampai 25 tahun. Jenis ini sering disebut sebagai skizofrenia yang tidak terorganisasi dan termasuk salah satu tipe yang paling berat. Ciri utamanya adalah perilaku yang kacau, penarikan diri secara ekstrem dari lingkungan sosial, munculnya halusinasi dan waham yang tidak teratur, serta perilaku yang tidak sesuai dengan norma. Penderita dapat menampilkan sikap yang tidak sopan, aneh, dan tidak menjaga kebersihan diri, seperti mengenakan pakaian kotor atau melakukan aktivitas yang tidak pantas. Pola pikir dan perilaku yang terpecah-pecah menyebabkan komunikasi menjadi tidak bermakna. Kondisi ini berkaitan dengan gangguan kepribadian yang berat dan prognosis kesembuhan yang relatif rendah.

c. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik umumnya terjadi pada rentang usia 15 hingga 30 tahun dan sering dipicu oleh tekanan psikologis atau emosional. Tipe ini ditandai dengan gangguan yang menonjol pada aktivitas motorik. Penderita dapat mengalami keadaan tidak bergerak sama sekali dengan tubuh yang kaku dan tidak responsif, atau sebaliknya menunjukkan gerakan yang berulang dan tidak wajar. Pada beberapa kondisi, individu dapat berada dalam posisi kaku seperti patung dalam waktu lama, sementara pada waktu lain dapat berbicara secara terus-menerus tanpa kendali. Keadaan katatonik ini dapat berlangsung selama beberapa jam dan sangat memengaruhi fungsi sehari-hari penderita.

5. Pemeriksaan penunjang

Menurut Fitrikasari dan Kartikasari (2022), penegakan diagnosis skizofrenia memerlukan beberapa pemeriksaan penunjang pada pasien, yaitu:

- a. Pemeriksaan psikologis
 - 1) Pemeriksaan psikiatri, yang bertujuan untuk menilai kemampuan individu dalam menjalankan fungsi tertentu serta berinteraksi dengan orang lain.
 - 2) Pemeriksaan psikometri, yang digunakan untuk mengevaluasi bakat, kepribadian, dan perilaku individu, serta menentukan kesesuaian terhadap pekerjaan atau posisi tertentu melalui kuesioner, tes kepribadian, dan penilaian riwayat akademik.
- b. Pemeriksaan tambahan jika diperlukan, meliputi pemeriksaan darah rutin, fungsi hati dan ginjal, enzim hati, elektrokardiografi (EKG), *Computed Tomography* (CT Scan), serta elektroensefalogram (EEG).

6. Penatalaksanaan skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu penatalaksanaan farmakologis dan penatalaksanaan nonfarmakologis (Beo dkk, 2025)

a. Penatalaksanaan Skizofrenia Secara Farmakologis (Antipsikotik)

Penanganan skizofrenia secara farmakologis dilakukan melalui pemberian obat antipsikotik. Tujuan utama terapi ini adalah menurunkan gejala psikotik seperti halusinasi, waham, dan perilaku yang tidak terorganisasi, mencegah terjadinya kekambuhan, meningkatkan fungsi sosial serta kualitas hidup pasien, dan mengurangi risiko munculnya efek samping obat.

1) Klasifikasi obat antipsikotik

a) Antipsikotik generasi pertama (*Typical Antipsychotics*)

Contoh obat pada kelompok ini antara lain haloperidol, klorpromazin, fluphenazine, dan perphenazine. Obat-obatan ini efektif dalam mengatasi gejala positif skizofrenia seperti halusinasi dan waham. Namun, penggunaannya memiliki risiko efek samping ekstrapiramidal yang lebih tinggi, termasuk distonia (kontraksi otot involunter yang menetap dan menimbulkan postur abnormal), tardive dyskinesia (gerakan tidak sadar yang berulang dan sulit dikendalikan), parkinsonisme, serta hiperprolaktinemia yang ditandai dengan peningkatan kadar hormon prolaktin dalam darah.

b) Antipsikotik generasi kedua (*Atypical Antipsychotics*)

Contoh obat dalam kelompok ini meliputi risperidone, olanzapine, clozapine, quetiapine, aripiprazole, dan ziprasidone. Antipsikotik generasi kedua efektif dalam menangani gejala positif maupun negatif skizofrenia dan umumnya memiliki risiko efek samping ekstrapiramidal yang lebih rendah. Meski demikian, obat-obatan ini dapat menimbulkan efek samping metabolik seperti peningkatan berat badan, hiperlipidemia, dan diabetes melitus.

2) Pertimbangan pemilihan obat

Pemilihan jenis antipsikotik didasarkan pada tingkat efektivitas obat, profil efek samping, riwayat pengobatan sebelumnya, tingkat kepatuhan pasien, adanya penyakit penyerta, serta risiko bunuh diri.

3) Durasi pengobatan

Terapi antipsikotik umumnya diberikan dalam jangka waktu minimal 1–2 tahun. Pada pasien dengan kekambuhan berulang, pengobatan dapat berlangsung

selama lima tahun atau lebih, bahkan pada kondisi kronis mungkin diperlukan terapi seumur hidup.

4) Prinsip pemberian terapi

Prinsip pengobatan meliputi pemberian dosis awal yang rendah dan disesuaikan secara bertahap berdasarkan respons pasien, mengutamakan monoterapi, penggunaan kombinasi antipsikotik hanya bila diperlukan, pemantauan rutin terhadap efektivitas dan efek samping obat, serta pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait pentingnya kepatuhan dalam menjalani pengobatan.

b. Penatalaksanaan skizofrenia secara nonfarmakologis

Pendekatan nonfarmakologis pada pasien skizofrenia bertujuan untuk mengoptimalkan fungsi sosial, menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kualitas hidup, memperbaiki kepatuhan terhadap terapi, serta mendukung kemampuan pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

1) Terapi Okupasi (*Occupational Therapy*)

Terapi okupasi diarahkan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam aktivitas sehari-hari, mengembangkan keterampilan sosial dan interpersonal, meningkatkan kemandirian, serta memperbaiki fungsi kognitif dan motorik. Bentuk intervensi dalam terapi okupasi meliputi pelatihan aktivitas dasar seperti mandi, berpakaian, dan makan, pelatihan keterampilan sosial dan komunikasi, pelatihan kerja (*vocational training*), kegiatan produktif seperti seni, kerajinan, dan olahraga, serta pengaturan waktu dan rutinitas harian. Manfaat terapi okupasi antara lain menurunkan gejala negatif seperti apatis dan menarik diri, meningkatkan interaksi

sosial, meningkatkan kemampuan bekerja dan kemandirian, serta mengurangi ketergantungan pasien pada keluarga.

2) Terapi Keluarga (*Family Therapy*)

Terapi keluarga bertujuan untuk meningkatkan dukungan keluarga, menurunkan konflik dan stres dalam keluarga, mencegah kekambuhan, serta meningkatkan pemahaman keluarga mengenai penyakit skizofrenia. Komponen terapi keluarga mencakup pemberian edukasi tentang skizofrenia (penyebab, gejala, dan pengobatan), pelatihan komunikasi yang efektif, manajemen stres, pelatihan pemecahan masalah, serta peningkatan empati dan kemampuan coping keluarga. Manfaat terapi keluarga meliputi penurunan angka kekambuhan, peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, perbaikan hubungan antara pasien dan keluarga, serta peningkatan kualitas dukungan keluarga.

3) Psikoterapi / Terapi Psikososial

Terapi psikososial merupakan intervensi penting dalam penatalaksanaan skizofrenia yang meliputi beberapa pendekatan, yaitu:

- a) *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), yang bertujuan mengurangi intensitas halusinasi dan waham, membantu pasien mengembangkan strategi coping, serta meningkatkan insight.
- b) *Social Skills Training*, yang berfokus pada pelatihan keterampilan komunikasi dan interaksi sosial untuk meningkatkan fungsi sosial dan peran pasien di masyarakat.
- c) *Psychoeducation*, berupa edukasi mengenai gejala, pengobatan, dan manajemen stres guna meningkatkan kesadaran serta kepatuhan pasien terhadap terapi.

d) *Supported Employment*, yaitu program pendampingan dan pelatihan untuk membantu pasien memasuki dan mempertahankan pekerjaan.

4) *Community-Based Rehabilitation*

Rehabilitasi berbasis komunitas merupakan strategi pengembangan masyarakat yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup penyandang disabilitas dengan memanfaatkan sumber daya lokal melalui kerja sama antara keluarga, masyarakat, pemerintah, dan layanan kesehatan.

5) *Assertive Community Treatment (ACT)*

ACT adalah model pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat yang memberikan perawatan intensif, komprehensif, dan proaktif bagi individu dengan gangguan jiwa berat dan kronis, terutama pasien yang sulit mempertahankan pengobatan atau memiliki risiko kekambuhan tinggi.

6) *Cognitive Remediation Therapy*

Terapi remediasi kognitif merupakan intervensi psikologis yang bertujuan meningkatkan fungsi kognitif, seperti perhatian, memori, fungsi eksekutif, dan kemampuan pemecahan masalah pada individu dengan gangguan kognitif, khususnya pada skizofrenia.

7) *Rehabilitasi Psikososial*

Rehabilitasi psikososial adalah serangkaian intervensi yang ditujukan untuk membantu individu dengan gangguan jiwa mencapai kemandirian, fungsi optimal, dan kualitas hidup yang lebih baik melalui pengembangan keterampilan, dukungan sosial, serta integrasi ke dalam masyarakat.

8) Relaksasi Benson

Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang bertujuan mengurangi ketegangan fisik dan mental sehingga individu menjadi lebih tenang serta membantu menurunkan stres dan kecemasan melalui pengaturan napas dan fokus pada kata atau kalimat tertentu.

9) Terapi Seni (*Art Therapy*)

Terapi seni adalah bentuk terapi psikologis yang menggunakan aktivitas kreatif seperti menggambar, melukis, atau kegiatan seni lainnya sebagai media untuk mengekspresikan emosi, meningkatkan kesadaran diri, dan memperbaiki kesejahteraan mental..

10) *Mindfulness-Based Therapy*

Terapi berbasis mindfulness merupakan pendekatan yang menekankan kesadaran penuh terhadap pengalaman saat ini, termasuk pikiran, emosi, dan sensasi tubuh, secara menerima tanpa menghakimi, dengan tujuan meningkatkan regulasi emosi, menurunkan stres, dan memperbaiki kesehatan mental.

B. Perilaku Kekerasan Pada Pasien dengan Skizofrenia

1. Definisi perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan suatu kondisi ketika individu menunjukkan tindakan agresif yang dapat menyebabkan cedera fisik maupun psikologis terhadap diri sendiri, orang lain, serta lingkungan sekitar. Tindakan tersebut dilakukan dengan menggunakan kekuatan fisik yang bertujuan untuk menyakiti, merusak, bahkan menghilangkan nyawa seseorang (Kusuma dkk., 2024). Perilaku kekerasan umumnya muncul sebagai respons marah yang tidak dapat dikendalikan dan diekspresikan melalui perilaku agresif baik secara verbal maupun nonverbal.

Manifestasi perilaku kekerasan dapat berupa berbicara dengan nada tinggi, membentak, mengancam, memukul, merusak barang, hingga menyerang orang lain.

Perilaku kekerasan juga diartikan sebagai suatu keadaan ketika seseorang melakukan tindakan agresif yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar secara fisik sebagai bentuk pelampiasan rasa marah atau kesal yang diekspresikan secara tidak adaptif dan tidak konstruktif (Lani dkk, 2025). Selain itu, perilaku kekerasan adalah respons yang tidak adaptif terhadap tekanan emosional yang berat atau dapat muncul sebagai akibat dari gangguan psikiatri yang mendasari (Ramaita, 2026). Kondisi ini termasuk dalam masalah keperawatan jiwa yang serius karena berisiko menimbulkan bahaya bagi pasien itu sendiri, tenaga kesehatan, maupun orang-orang di sekitarnya. Menurut PPNI (2017), perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan/atau merusak lingkungan.

Berdasarkan berbagai pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan suatu kondisi ketika individu mengekspresikan kemarahan secara berlebihan dan tidak terkendali sehingga menimbulkan perilaku agresif yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Perilaku kekerasan dapat dimanifestasikan dalam bentuk respons verbal maupun tindakan fisik seperti membentak, mengancam, memukul, dan merusak barang. Kondisi ini muncul akibat ketidakmampuan individu dalam mengontrol emosi dan mengekspresikan rasa marah secara adaptif sehingga berpotensi menimbulkan kerugian fisik maupun psikologis.

2. Etiologi perilaku kekerasan

Menurut PPNI (2017) adapun beberapa penyebab untuk masalah perilaku kekerasan adalah:

- a. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah
- b. Stimulus lingkungan
- c. Konflik interpersonal
- d. Perubahan status mental
- e. Putus obat
- f. Penyalahgunaan zat/alcohol

Proses terjadinya perilaku kekerasan dapat dijelaskan melalui konsep stres adaptasi terdiri dari beberapa faktor (Wijisono, 2022):

- a. Faktor Predisposisi

1) Faktor biologis

Faktor biologis mencakup aspek keturunan, seperti adanya anggota keluarga yang memiliki riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa. Selain itu, riwayat cedera kepala serta penggunaan zat terlarang seperti NAPZA juga dapat meningkatkan risiko munculnya perilaku kekerasan.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis berkaitan dengan respons individu terhadap stimulus baik dari dalam maupun luar diri. Perilaku kekerasan dapat muncul akibat ketidakmampuan individu dalam mengelola harapan, terutama ketika mengalami keterlambatan dalam mencapai tujuan atau menghadapi kegagalan.

3) Faktor sosiokultural

Faktor sosiokultural berasal dari lingkungan sosial yang memengaruhi cara individu dalam mengekspresikan emosi, khususnya kemarahan. Lingkungan yang kurang mendukung dapat memperbesar kemungkinan terjadinya perilaku kekerasan.

b. Faktor Presipitasi

1) Faktor lingkungan

Faktor ini meliputi kondisi internal dan eksternal. Faktor internal meliputi kehilangan hubungan dengan orang terdekat (seperti putus cinta, perceraian, atau kematian), kurangnya kasih sayang, serta kecemasan terhadap penyakit fisik. Sementara itu, faktor eksternal meliputi adanya kekerasan fisik, lingkungan yang tidak kondusif, serta kritik atau perlakuan yang bersifat menyakitkan yang dapat memicu perilaku agresif

3. Tanda dan gejala perilaku kekerasan

Menurut PPNI (2017) tanda dan gejala perilaku kekerasan dibagi menjadi 2 yaitu:

- a. Gejala dan tanda mayor, terdapat data subjektif yaitu mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara ketus, bicara ketus dan tanda objektif yaitu menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk.
- b. Gejala dan tanda minor, tidak terdapat data subjektif dan hanya terdapat tanda objektif yaitu, mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

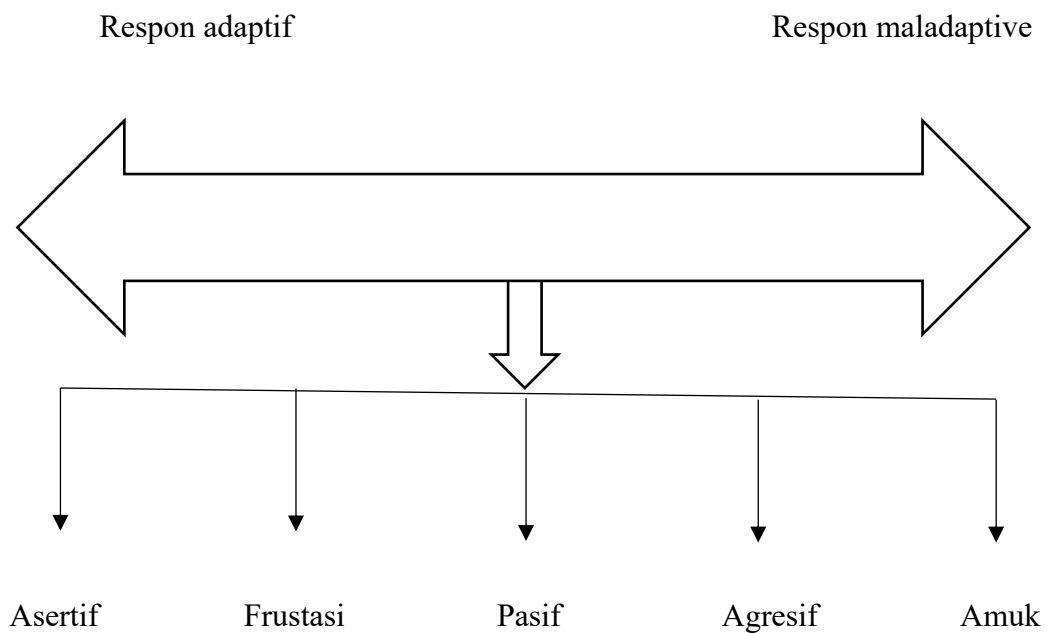
4. Kondisi klinis terkait

Menurut PPNI (2017) kondisi klinis terkait perilaku kekerasan adalah:

- a. *Attention deficit/hyperactivity disorder* (ADHD)
- b. Gangguan perilaku
- c. *Oppositional defiant disorder*
- d. Gangguan *Tourette*
- e. Delirium
- f. Demensia
- g. Gangguan amnestik

5. Rentang respon

Rentang respon kemarahan atau perilaku kekerasan dimulai dari respon adaptif sampai dengan respon maladaptif, yang digambarkan sebagai berikut:



Sumber: (Tukatman dkk, ,Buku Keperawatan Jiwa, 2023)

Gambar 1 Rentang Respon Kemarahan atau Perilaku Kekerasan

Keterangan:

- a. Asertif: mengungkapkan kemarahan tanpa menyakiti orang lain
- b. Frustrasi: kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis
- c. Pasif: respon lanjutan dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaannya
- d. Agresif: perilaku destruktif tapi masih terkontrol
- e. Amuk: perilaku destruktif dan tidak terkendali.

6. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan farmakologis menurut (Muliani dkk, 2020) yang diberikan pada pasien perilaku kekerasan yaitu:
 - 1) Obat anti-anxiety dan sedatif-hipnotik, seperti lorazepam dan clonazepam, yang digunakan untuk mengurangi kecemasan pada pasien yang menunjukkan perilaku perlawanan. Obat ini dapat diberikan secara oral maupun intramuskular dan terbukti efektif dalam menurunkan perilaku agresif.
 - 2) Antidepresan, seperti amitriptyline dan trazodone, yang digunakan dalam penanganan gangguan mental serta membantu mengurangi gejala seperti agresivitas pada pasien.
 - 3) Antipsikotik, seperti haloperidol yang dikombinasikan dengan lorazepam, merupakan terapi yang umum digunakan pada pasien dengan perilaku kekerasan karena efektif dalam menurunkan kemarahan dan memberikan efek menenangkan.

b. Penatalaksanaan nonfarmakologis menurut (Prabowo, 2019) yaitu:

1) *Electroconvulsive Therapy* (ECT)

Terapi yang menggunakan rangsangan listrik untuk menimbulkan kejang yang menyerupai kejang grand mal, dan biasanya diberikan pada pasien skizofrenia yang tidak memberikan respons optimal terhadap terapi obat.

2) Terapi gerak / aktivitas fisik

Terapi gerak atau aktivitas fisik merupakan intervensi yang melibatkan latihan tubuh seperti berjalan, peregangan, senam, atau aktivitas fisik terstruktur lainnya untuk membantu menyalurkan energi dan ketegangan emosional pasien. Pada pasien dengan perilaku kekerasan, terapi ini berfungsi untuk mengurangi agitasi, menurunkan tingkat kemarahan, serta meningkatkan kontrol diri melalui pelepasan energi secara positif. Selain itu, aktivitas fisik juga dapat meningkatkan produksi hormon endorfin yang memberikan efek relaksasi dan perasaan nyaman.

3) Terapi musik

Terapi musik adalah penggunaan musik sebagai media terapeutik, baik melalui kegiatan mendengarkan musik, bermain alat musik, maupun bernyanyi. Pada pasien dengan perilaku kekerasan, terapi musik membantu menenangkan pikiran, mengurangi stres, serta menurunkan intensitas emosi negatif seperti marah dan agresif. Musik dengan tempo lambat dan ritme teratur dapat membantu menstabilkan emosi, meningkatkan relaksasi, serta menciptakan suasana yang lebih kondusif bagi pasien.

4) Terapi relaksasi Benson

Terapi relaksasi Benson merupakan teknik yang bertujuan untuk menurunkan ketegangan fisik dan psikologis mengombinasikan latihan pernapasan

dengan fokus pada keyakinan atau kata tertentu untuk membantu individu mencapai keadaan tenang. Pada pasien dengan perilaku kekerasan, terapi ini membantu mengontrol respon emosi, menurunkan kecemasan, serta mencegah munculnya perilaku agresif. Dengan kondisi tubuh yang lebih rileks, pasien menjadi lebih mampu mengendalikan impuls dan merespon situasi secara lebih adaptif.

5) Terapi seni

Terapi seni adalah bentuk terapi yang menggunakan media kreatif seperti menggambar, melukis, atau membuat karya seni sebagai sarana ekspresi diri. Pada pasien dengan perilaku kekerasan, terapi ini membantu menyalurkan emosi negatif yang sulit diungkapkan secara verbal menjadi bentuk visual yang lebih aman. Selain itu, terapi seni dapat meningkatkan kesadaran diri, mengurangi ketegangan emosional, serta membantu pasien mengembangkan cara koping yang lebih konstruktif.

C. Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia

Menurut Wiranto (2022) pengkajian perilaku kekerasan diantaranya seperti berikut:

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengumpulan data

1) Identitas pasien

Identitas pasien meliputi data dasar seperti nama, usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, serta diagnosis medis yang ditegakkan.

2) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab pasien yaitu keluarga, teman, dan badan sosial yang bertanggung jawab atas pasien, identitas berupa nama, jenis kelamin, alamat, agama, dan hubungan dengan pasien.

3) Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien perilaku kekerasan biasanya berupa mudah marah, tersinggung, sulit mengontrol emosi, berbicara dengan nada tinggi, mengamuk, merusak barang, atau melakukan kekerasan terhadap orang lain.

4) Alasan masuk

Umumnya pasien dirawat karena menunjukkan perilaku agresif, seperti sering marah tanpa alasan jelas, memukul, membanting barang, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, serta mengganggu lingkungan sekitar. Biasanya pasien juga memiliki riwayat gangguan jiwa yang kambuh akibat tidak patuh dalam mengonsumsi obat secara teratur.

5) Faktor predisposisi

Pasien umumnya memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya, pernah mengalami perilaku kekerasan, atau memiliki pengalaman traumatis seperti kekerasan fisik, penolakan, sering dimarahi, dan konflik keluarga yang memicu kemarahan sampai mencederai diri.

a) Riwayat gangguan jiwa sebelumnya

Dikaji mengenai riwayat gangguan jiwa sebelumnya, frekuensi kambuh, riwayat rawat inap/rawat jalan, perilaku mengamuk, serta kemampuan pasien dalam mengontrol emosi.

b) Pengobatan sebelumnya

Dikaji tentang kepatuhan minum obat, kontrol rutin, jenis pengobatan yang pernah dijalani, serta keberhasilan atau kegagalan terapi sebelumnya.

c) Riwayat trauma

Dikaji pengalaman tidak menyenangkan seperti kekerasan, penolakan, sering dimarahi, kurang kasih sayang, atau sering direndahkan yang dapat memicu kemarahan dan perilaku agresif.

d) Riwayat gangguan jiwa dalam keluarga

Dikaji ada atau tidaknya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, perilaku kekerasan, atau riwayat pengobatan kejiwaan dalam keluarga.

Adakah anggota pasien yang memiliki riwayat gangguan jiwa?

Adakah anggota keluarga pasien yang mengalami gangguan jiwa ?

Hubungan keluarga : kurang baik

Gejala : mengamuk, sulit mengontrol emosi, memukul orang

Riwayat pengobatan/perawatan : Jarang melakukan kontrol rutin ke rumah sakit

e) Pengalaman masa lalu

Dikaji pengalaman yang membuat pasien merasa marah, kecewa, tersinggung, tidak dihargai, atau pengalaman yang memicu pasien sulit mengontrol emosi dan menarik diri dari lingkungan.

Masalah Keperawatan : Risiko bunuh diri

6) Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik, biasanya ditemukan peningkatan tanda vital seperti tekanan darah yang tinggi, denyut nadi cepat, dan pernapasan meningkat saat pasien marah. Selain itu, tampak mata merah atau melotot, tatapan tajam, otot tegang, suara keras dengan nada mengancam, penggunaan kata-kata kasar, tangan mengepal, rahang mengatup, serta postur tubuh yang kaku.

7) Psikososial

a) Genogram

Pengkajian genogram dilakukan minimal mencakup tiga generasi untuk menggambarkan hubungan keluarga, pola komunikasi, riwayat penyakit yang diturunkan atau menular, pola pengambilan keputusan, pola asuh, serta perkembangan individu dan keluarga.

Masalaah keperawatan: tidak ada masalah

b) Konsep diri

Ketidakmampuan dalam mengontrol emosi dapat memengaruhi konsep diri pasien. Biasanya pasien merasa tidak puas terhadap bagian tubuh tertentu sehingga memengaruhi interaksi sosial, dan menimbulkan perasaan terhina atau diejek.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis

c) Hubungan sosial

Pasien dengan perilaku kekerasan cenderung menarik diri dari lingkungan sosial, lebih suka menyendiri, melamun, serta memiliki komunikasi yang terbatas, kurang bermakna dan merasa tidak diterima oleh lingkungan sekitar..

Masalah keperawatan: Harga diri rendah kronis

d) Spiritual

Motivasi pasien untuk menjalankan aktivitas spiritual sesuai keyakinannya biasanya menurun, bahkan ada yang tidak lagi melakukan ibadah.

Masalah keperawatan: Tidak ada

8) Status mental

a) Penampilan diri

Pasien dengan skizofrenia dan perilaku kekerasan umumnya tampak lemah, tidak rapi, kurang terawat, dan terlihat kotor, yang disebabkan oleh menurunnya motivasi dalam merawat diri.

b) Pembicaraan

Saat dilakukan pengkajian, pasien biasanya berbicara dengan cepat, nada tinggi, keras, kasar, dan mudah tersinggung.

Masalah keperawatan: Perilaku kekerasan

c) Aktivitas motorik

Aktivitas motorik pasien tampak meningkat, seperti gelisah, tegang, perubahan ekspresi wajah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang yang mengeras.

Masalah keperawatan: Perilaku kekerasan

d) Afek emosi

Pasien cenderung mudah tersinggung, sering marah tanpa sebab yang jelas, serta menunjukkan emosi yang kurang stabil atau dangkal.

Masalah keperawatan: Perilaku kekerasan

e) Interaksi selama wawancara

Selama wawancara, pasien biasanya menunjukkan sikap curiga, bermusuhan, kurang kooperatif, menghindari kontak mata, dan mudah tersinggung.

Masalah keperawatan: Perilaku kekerasan

f) Persepsi

Pada umumnya pasien masih mampu menjawab pertanyaan dengan cukup jelas.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah

g) Proses berpikir

Proses pikir pasien cenderung kurang terarah, dengan pembicaraan yang mudah melebar dan sulit dipertahankan pada satu topik.

9) Kebutuhan perencanaan pulang

1. Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan

Dilakukan pengkajian untuk mengetahui apakah pasien mampu atau tidak dalam memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri.

2. Kegiatan hidup sehari-hari

Meliputi kemampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berganti pakaian, dan kebutuhan tidur. Pasien dengan perilaku kekerasan biasanya mengalami gangguan tidur akibat rasa gelisah dan cemas.

3. Sistem pendukung

Dukungan pasien berasal dari keluarga dan lingkungan sekitar, namun banyak pasien yang kurang mendapatkan dukungan sosial yang memadai.

4. Kemampuan kegiatan produktif/hobi/saat bekerja dan kemampuan lainnya

Pasien yang mengikuti pelatihan keterampilan di ruang rehabilitasi cenderung lebih produktif, mampu menikmati aktivitasnya, serta dapat mengalihkan perhatian dari perilaku kekerasan.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

10) Mekanisme koping

Pasien cenderung menggunakan mekanisme koping maladaptif, seperti keinginan menyakiti diri sendiri atau orang lain, kurang motivasi dalam beraktivitas, melempar tanggung jawab kepada orang lain, serta lebih fokus pada stimulus internal.

Masalah keperawatan: Perilaku kekerasan

11) Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien biasanya memiliki pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan sehingga menyebabkan menarik diri dari lingkungan sosial.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah

12) Aspek pengetahuan

Pengetahuan pasien mengenai penyakitnya umumnya masih rendah, karena pasien merasa dirinya tidak mengalami gangguan atau tidak berada dalam kondisi tertekan.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah

13) Aspek medik

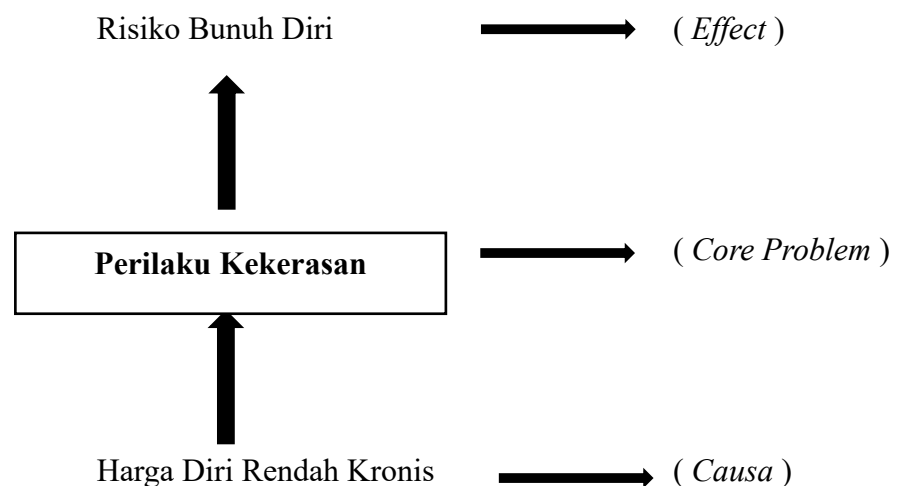
Penatalaksanaan medis pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan umumnya dilakukan melalui pemberian terapi farmakologis berupa obat antipsikotik untuk membantu mengontrol gejala psikotik, menstabilkan emosi, dan menurunkan perilaku agresif.

b. Daftar masalah

Daftar masalah merupakan tahap awal dalam mengidentifikasi berbagai permasalahan yang ditemukan di lapangan, baik yang tampak maupun yang dirasakan. Daftar ini memberikan gambaran umum mengenai kondisi permasalahan yang ada dan menjadi dasar untuk analisis lebih lanjut, seperti penyusunan pohon masalah. Adapun daftar masalah yang ditemukan adalah sebagai berikut:

- 1) Perilaku kekerasan
- 2) Harga diri rendah kronis
- 3) Risiko Bunuh Diri

2. Pohon masalah



Gambar 2 Pohon Masalah Pasien dengan Perilaku Kekerasan

3. Diagnosis keperawatan

Menurut SDKI PPNI (2017), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan, baik aktual maupun risiko. Diagnosis keperawatan terdiri dari problem, etiologi, dan symptom/sign (PES), sedangkan pada diagnosis risiko hanya terdiri dari problem dan etiologi karena masalah belum terjadi secara nyata. Pada pasien dengan perilaku kekerasan, diagnosis difokuskan pada respons emosi dan perilaku yang berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan akibat ketidakmampuan mengontrol marah dan impuls. Pada pasien perilaku kekerasan dengan masalah penyebab berupa harga diri rendah kronis dan *effect* yang dapat muncul adalah risiko bunuh diri.

- a. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis dibuktikan dengan mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk
- b. Risiko bunuh diri berhubungan dengan perilaku kekerasan dibuktikan dengan riwayat perilaku kekerasan

4. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan yang dilakukan setelah penetapan diagnosis keperawatan. Tahap ini bertujuan untuk menyusun strategi dalam mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah kesehatan pasien melalui penetapan tujuan, luaran, dan intervensi keperawatan yang sesuai (Tutiany dkk., 2024). Luaran keperawatan adalah aspek yang dapat diobservasi dan diukur berupa kondisi, perilaku, atau persepsi pasien

sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (PPNI, 2019). Pada pasien dengan perilaku kekerasan, intervensi keperawatan menurut PPNI (2018) adalah manajemen perilaku dengan tujuan kontrol diri meningkat. Terdapat 3 komponen dari luaran keperawatan yaitu : label, ekspektasi dan kriteria hasil. Disajikan pada tabel 1.

Tabel 1
Intervensi Keperawatan Asuhan Keperawatan
Pada Pasien Perilaku Kekerasan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4
Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis. Tanda dan gejala mayor: Subjektif: 1. Mengancam, 2. mengumpat dengan kata-kata kasar 3. Suara keras 4. Bicara ketus Objektif 1. Menyerang orang lain	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 12 x pertemuan selama 15 menit maka diharapkan Kontrol Diri (I.09076) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Mampu dalam menjawab salam, berjabat tangan, menyebutkan identitas, menceritakan masalah tercapai 2. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan	Bina hubungan saling percaya dengan berikan salam, perkanalan, identifikasi nama, umur, dan jelaskan tujuan dan waktu kegiatan Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku. kekerasan Terapeutik 2. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan	Bina hubungan saling percaya Untuk membantu menciptakan rasa aman dan nyaman sehingga pasien lebih kooperatif dalam mengikuti proses keperawatan dan lebih mudah. Manajemen Perilaku (I.12463) Observasi: 1. Untuk mengetahui kemampuan dan motivasi pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan. Terapeutik: 2. Membantu pasien merasa aman,

1	2	3	4
2. Melukai diri sendiri/orang lain	3. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang dilakukannya	kegiatan perawatan konsisten setiap dinas	nyaman, dan mengurangi risiko munculnya perilaku agresif
3. Merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk	4. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya	3. Cegah perilaku pasif dan agresif	3. Mengurangi risiko pasien melukai diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.
Tanda dan gejala minor:	5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasannya	4. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif	4. Untuk membantu pasien mengungkapkan emosi secara tepat.
Subjektif:	6. Mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik	5. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara verbal dan non verbal (dengan terapi inovasi relaksasi Benson)	5. Untuk membantu menurunkan ketegangan fisik dan emosional sehingga pasien lebih tenang dan mampu mengontrol kemarahan.
1. Mata melotot atau pandangan tajam	7. Mengontrol perilaku kekerasan secara sosial, spiritual dan psikofarmaka	6. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik	6. Untuk membantu pasien menyalurkan energi dan emosi secara aman untuk mencegah munculnya perilaku agresif.
2. tangan mengepal	8. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun	Edukasi	Edukasi
3. Rahang mengatup	9. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun		
4. Wajah memerah,		7. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif	7. Meningkatkan pemahaman keluarga dalam mendukung perubahan perilaku pasien.
5. Postur tubuh kaku.			

1	2	3	4
	10. Perilaku agresif/amuk menurun	Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian obat psikofarmaka	Kolaborasi 8. Untuk membantu mengontrol gejala psikotik dan perilaku agresif pasien.
	11. Suara keras menurun		
	12. Pasien mampu mengikuti terapi relaksasi Benson selama 6 kali temu	Support 9. Libatkan keluarga dalam perawatan	Support 9. Memberikan dukungan agar pasien merasakan keterlibatan keluarga dalam proses pemulihan

(Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, (PPNI, 2017), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, (PPNI, 2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia, (PPNI, 2019))

5. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tahap keempat dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya. Selain itu, tahap implementasi juga menjadi momen penting untuk mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan yang diberikan, sehingga dapat diketahui efektivitas intervensi serta menjadi dasar dalam menentukan langkah keperawatan. Tahapan ini bertujuan untuk membantu pasien dalam mengatasi, mengurangi, atau mencegah dampak dari masalah kesehatan yang dihadapi (Ridwan, 2024).

Sebelum mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah direncanakan, perawat perlu melakukan proses validasi terhadap rencana tersebut. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa intervensi yang akan diberikan masih relevan, tepat, dan sesuai dengan kondisi terbaru pasien yang dapat berubah dari waktu ke waktu. Proses validasi ini penting dilakukan agar tindakan keperawatan yang diberikan tetap efektif, aman, dan sesuai dengan kebutuhan aktual pasien. Dengan meninjau kembali rencana yang telah dibuat, perawat dapat menyesuaikan intervensi apabila ditemukan perubahan kondisi, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan menjadi lebih optimal dan tepat sasaran (PPNI, 2018).

Tabel 2
Implementasi Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Hari/ Tanggal/ Jam	Implementasi Keperawatan	Respon	TTD dan Nama Terang
1	2	3	4	5	6
1	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	Membina hubungan saling percaya (BHSP), mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan melakukan kontrak waktu	S : Pasien mengatakan bersedia berkenalan, berjabat tangan, dan mengucapkan salam. O : Pasien kooperatif saat diajak berjabat tangan, melakukan kontak mata, menjawab salam dengan baik, serta mampu menyebutkan nama, usia, dan alamat.	Bukti tanda tangan dan nama terang
2	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, menciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten	S: Pasien mengatakan mudah marah saat merasa terganggu, tidak dihargai, atau keinginannya tidak dituruti. Pasien juga mengatakan pernah berteriak, membanting barang dan memukul orang saat marah. O: Pasien tampak tegang, nada bicara keras, dan mampu menyebutkan tanda serta penyebab perilaku kekerasan	Bukti tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5	6
3	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang dilakukannya, mencegah perilaku pasif dan agresif	S : Pasien mengatakan pernah marah, berteriak, membanting barang, dan memukul sseseorang saat emosi. O : Pasien mampu menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.	Bukti tanda tangan dan nama terang
4	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya	S : Pasien mengatakan perilaku kekerasan dapat melukai orang lain, merusak barang, dan membuatnya dirawat di rumah sakit, serta membuat orang-orang menjauh darinya. O : Pasien mampu menyebutkan akibat perilaku kekerasan tampak kooperatif saat berdiskusi.	Bukti tanda tangan dan nama terang
5	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan	S : Pasien mengatakan cara mengontrol marah dengan menarik napas dalam, berdoa, berbicara dengan orang lain, dan minum obat secara teratur. O : Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku	Bukti tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5	6
				kekerasan secara sederhana, tampak. kooperatif saat berdiskusi	
6.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	Mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik (memukul bantal), melatih cara mengungkapkan perasaan secara asertif	S : P asien mengatakan saat marah akan memukul bantal dan berusaha menjauh dari benda berbahaya agar tidak melukai orang lain dan pasien mengatakan akan mencoba mengungkapkan perasaan dengan berbicara baik-baik O : Pasien mampu mngontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal dan mampu mengungkapkan perasannyanya dengan baik-baik	Bukti tanda tangan dan nama terang
7.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	Mengontrol perilaku kekerasan secara sosial, spiritual dan psikofarmaka (kolaborasi pemberian obat) serta pengenalan terapi relaksasi Benson menjelaskan tujuan, dan	S : pasien mengatakan akan mencoba mengontrol diri dengan cara berbicara dengan orang lain, berdoa, dan minum obat sesuai aturan, serta bersedia mencoba relaksasi Benson untuk menenangkan diri.	Bukti tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5	6
			menganjurkan pasien mulai mencoba melakukan terapi	O : Pasien tampak kooperatif, menerima edukasi tentang relaksasi Benson (tujuan dan manfaat), serta bersedia mencoba latihan dengan bimbingan.	
8.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	Melakukan terapi relaksasi Benson	S : Pasien mengatakan akan melakukan terapi relaksasi Benson saat mulai merasa marah. O : Pasien mampu mempraktikkan ulang relaksasi Benson dengan bimbingan, dan tampak lebih tenang	Bukti tanda tangan dan nama terang
9.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	Melibatkan keluarga dalam mendukung perawatan pasien dan melakukan terapi relaksasi Benson kembali	S : Keluarga mengatakan akan mendukung proses perawatan pasien. O : Keluarga tampak kooperatif dan memahami peran dalam perawatan, pasien mampu mengikuti relaksasi Benson dengan baik dan tampak lebih tenang setelah latihan.	Bukti tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5	6
10.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	Melakukan terapi relaksasi Benson sebagai kegiatan rutin	S : Pasien mengatakan akan melakukan relaksasi Benson sebagai kegiatan rutin untuk membantu menenangkan diri. O : Pasien mampu mengikuti relaksasi Benson dengan bimbingan dan tampak lebih tenang.	Bukti tanda tangan dan nama terang
11.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	Melakukan terapi relaksasi benson Kembali sebagai kegiatan rutin untuk meningkatkan kontrol diri	S : Pasien mengatakan akan melakukan relaksasi Benson secara rutin untuk membantu meningkatkan kontrol diri dan mengurangi marah. O : Pasien mampu melakukan relaksasi Benson dengan baik dan tampak lebih stabil secara emosi dengan nada bicara lebih pelan	Bukti tanda tangan dan nama terang
12.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	Melakukan terapi relaksasi benson serta mengevaluasi perasaan pasien	S : Pasien mengatakan akan rutin melakukan relaksasi Benson untuk menenangkan diri saat merasa marah. O : Pasien mampu melakukan relaksasi Benson secara mandiri serta mampu	Bukti tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5	6
				mengungkapkan perasaan secara sederhana dan tampak lebih tenang.	

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dalam praktik keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai respons klien terhadap intervensi yang telah diberikan, serta memantau perkembangan kondisi klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses evaluasi mencakup penilaian terhadap aspek struktur, proses, dan hasil asuhan keperawatan. Evaluasi ini terbagi menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilakukan selama pelaksanaan program berlangsung untuk memberikan umpan balik secara berkelanjutan, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai guna menilai efektivitas serta ketepatan dalam pengambilan keputusan (Hariani dkk, 2024).

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan mengacu pada konsep SOAP yang terdiri dari beberapa komponen. S (Subjektif) mencakup keluhan atau perasaan yang masih dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan. O (Objektif) merupakan data yang diperoleh melalui hasil pengukuran maupun observasi langsung oleh perawat setelah intervensi dilakukan. A (Analisis) adalah proses penafsiran terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan apakah tujuan intervensi keperawatan sudah tercapai, tercapai sebagian, atau belum tercapai. Sedangkan P (Perencanaan) berkaitan dengan keputusan lanjutan terhadap rencana keperawatan, apakah akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan sesuai dengan hasil evaluasi yang telah dilakukan sebelumnya (PPNI, 2019).

Tabel 3
Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Perilaku Kekerasan

No	Diagnosis Keperawatan	Hari/ Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan	TTD dan Nama Terang
1	2	3	4	5
1	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	S: Pasien mengatakan bersedia berkenalan, berjabat tangan, dan menjawab salam dengan baik. O: Pasien kooperatif, kontak mata ada, mampu menyebutkan identitas diri dengan benar. A: Mampu dalam menjawab salam, berjabat tangan, menyebutkan identitas, menceritakan masalah tercapai P: Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-2	Bukti tanda tangan dan nama terang
2	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	S: Pasien mengatakan mudah marah jika terganggu, tidak dihargai, atau keinginannya tidak dituruti, serta pernah berteriak dan membanting barang. O: Pasien tampak tegang, nada bicara keras, mampu mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan.	Bukti tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5
			A: Mengidentifikasi penyebab, tanda, dan gejala perilaku kekerasan tercapai P: Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-3	
3	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	S: Pasien mengatakan pernah marah, berteriak, membanting barang, dan memukul saat emosi. O: Pasien mampu menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan. A: Mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan tercapai. P : Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-4	
			Bukti	tanda tangan dan nama terang
4	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	S: Pasien mengatakan perilaku kekerasan dapat melukai orang lain, merusak barang, membuat dirawat di RS, dan dijaui orang lain. O: Pasien kooperatif dan mampu menjelaskan akibat perilaku kekerasan. A: Menyebutkan akibat perilaku kekerasan tercapai. P : Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-5	
			Bukti	tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5
5	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	S: Pasien mengatakan mengontrol marah dengan tarik napas dalam, berdoa, berbicara dengan orang lain, dan minum obat teratur. O: Pasien mampu menyebutkan cara kontrol perilaku kekerasan secara sederhana. A: Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan tercapai. P : Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-6	Bukti tanda tangan dan nama terang
6.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	S: Pasien mengatakan saat marah akan memukul bantal dan menjauh dari benda berbahaya.dan akan mencoba mengungkapkan perasaan dengan berbicara baik-baik O: Pasien mampu melakukan kontrol fisik dengan memukul bantal, pasien tampak mampu mengungkapkan perasaan dengan baik-baik. A: Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik (memukul bantal) tercapai. P: Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-7	Bukti tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5
7.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	S: Pasien mengatakan akan berbicara dengan orang lain, berdoa, minum obat, dan bersedia mencoba relaksasi Benson O: Pasien kooperatif dan menerima edukasi relaksasi Benson. A: Mengontrol perilaku kekerasan secara sosial, spiritual, dan psikofarmaka tercapai P : Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-8	Bukti tanda tangan dan nama terang
8.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	S: Pasien mengatakan melakukan terapi relaksasi Benson saat marah. O: Pasien mampu melakukan terapi relaksasi Benson dengan bimbingan. A: Tidak terdapat perilaku melukai diri sendiri/orang lain. P: Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-9	Bukti tanda tangan dan nama terang
9.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	S: Keluarga mengatakan akan mendukung perawatan pasien di rumah. O: Keluarga kooperatif, pasien tampak lebih tenang setelah latihan.	Bukti tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5
			A: Tidak terdapat perilaku merusak lingkungan sekitar	
			P: Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-10	
10.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	S: Pasien mengatakan akan melakukan relaksasi Benson sebagai kegiatan rutin untuk membantu menenangkan diri. O: Pasien mampu mengikuti relaksasi Benson dengan bimbingan dan tampak lebih tenang. A: Tidak terdapat perilaku agresif/amuk P: Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-11	Bukti tanda tangan dan nama terang
11	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Pagi	S: Pasien mengatakan akan melakukan relaksasi Benson secara rutin untuk membantu meningkatkan kontrol diri dan mengurangi marah. O: Pasien mampu melakukan relaksasi Benson dengan baik dan tampak lebih stabil secara emosi dengan nada bicara lebih pelan A: Suara keras menurun	Bukti tanda tangan dan nama terang

1	2	3	4	5
			P: Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan ke-12	
12.	Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis	Sore	S: Pasien mengatakan akan rutin melakukan relaksasi Benson untuk menenangkan diri saat merasa marah. O: Pasien mampu melakukan relaksasi Benson secara mandiri, mampu mengungkapkan perasaan secara sederhana, dan tampak lebih tenang A: Kontrol diri meningkat dan masalah teratasi. P: Lanjtukan untuk menangani diagnosis yang kedua	Bukti tanda tangan dan nama terang

D. Konsep Relaksasi Benson

1. Definisi relaksasi Benson

Terapi relaksasi Benson merupakan salah satu bentuk relaksasi berbasis spiritual yang dikembangkan oleh Herbert Benson, yang mengombinasikan teknik relaksasi dengan keyakinan atau nilai religius yang dianut individu. Kombinasi antara latihan relaksasi dan unsur kepercayaan ini diyakini dapat mempercepat tercapainya kondisi rileks Menurut Herbert Benson, respons relaksasi merupakan mekanisme perlindungan alami tubuh yang membantu mengurangi dampak negatif stres. Mekanisme ini bekerja melalui perubahan fisiologis seperti penurunan denyut jantung, laju metabolisme, dan frekuensi pernapasan. Dengan demikian, tubuh

dapat kembali mencapai keseimbangan yang lebih optimal (Saputri dan Suara, 2024)

Terapi relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang mengombinasikan pengaturan napas secara perlahan dan teratur dengan fokus pada kata, keyakinan, atau ungkapan positif untuk membantu individu mencapai kondisi tenang dan rileks (Beo dkk., 2025). Teknik ini termasuk bentuk meditasi sederhana yang bertujuan menciptakan ketenangan fisik dan mental sehingga dapat meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan individu. Melalui fokus pada kata tertentu dan pengaturan napas yang terkontrol, metode ini membantu menurunkan stres, mengurangi ketegangan emosional, serta memberikan rasa nyaman pada tubuh dan pikiran. Selain itu, relaksasi Benson juga meningkatkan kemampuan tubuh dalam mencapai kondisi relaksasi yang optimal, sehingga efektif digunakan sebagai teknik untuk membantu individu mengelola stres dan meningkatkan keseimbangan emosi (Zainuddin dkk., 2024)

Dari beberapa pengertian diatas terapi relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi sederhana berbasis spiritual yang dikembangkan oleh Herbert Benson dengan mengombinasikan latihan pernapasan yang teratur dan fokus pada kata, doa, atau keyakinan religius yang dianut individu. Teknik ini bertujuan untuk menciptakan kondisi tenang pada fisik dan mental melalui respons relaksasi tubuh, yaitu mekanisme alami yang dapat menurunkan denyut jantung, laju metabolisme, serta frekuensi pernapasan sehingga tubuh kembali pada keadaan seimbang. Selain itu, relaksasi Benson juga membantu menurunkan stres, mengurangi ketegangan emosional, meningkatkan rasa nyaman, serta memperbaiki kemampuan individu dalam mengontrol emosi. Dengan demikian, terapi relaksasi Benson merupakan

metode nonfarmakologis yang efektif untuk mencapai ketenangan dan meningkatkan kesejahteraan psikologis melalui perpaduan antara teknik relaksasi dan unsur spiritual.

2. Tujuan terapi relaksasi Benson

Teknik relaksasi Benson merupakan metode relaksasi yang mengombinasikan latihan pernapasan dengan fokus pada keyakinan atau kata tertentu untuk membantu individu mencapai keadaan tenang. Relaksasi Benson termasuk bentuk meditasi sederhana yang dilakukan dengan mengatur napas secara perlahan dan teratur sehingga tubuh menjadi lebih rileks. Metode ini bertujuan menciptakan ketenangan fisik dan mental yang dapat meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan seseorang. Selain itu, teknik ini juga membantu menurunkan stres, memberikan rasa nyaman pada tubuh dan pikiran (Saputri dan Suara 2024)

Terapi relaksasi Benson memengaruhi sistem saraf yang terdiri dari sistem saraf pusat dan sistem saraf otonom yang memiliki fungsi berbeda. Sistem saraf otonom berperan dalam mengontrol gerakan tidak sadar seperti fungsi pencernaan, pernapasan, dan denyut jantung. Melalui pengaturan napas yang teratur, teknik ini membantu melatih otot-otot pernapasan agar lebih rileks dan nyaman saat bernapas. Selain itu, relaksasi Benson juga efektif menurunkan kadar hormon stres seperti kortisol serta meningkatkan perasaan tenang, fokus, dan keseimbangan emosional pada individu yang mengalami kecemasan dan tekanan mental (Robaiyani dkk, 2024).

Efektivitas terapi relaksasi Benson dalam menurunkan hormon stres serta meningkatkan ketenangan emosional menunjukkan bahwa intervensi ini tidak hanya bermanfaat secara fisiologis, tetapi juga psikologis pada pasien. Pada pasien

skizofrenia dengan perilaku kekerasan, kondisi emosional yang tidak stabil memerlukan pendekatan yang tepat agar terapi dapat diberikan secara aman dan optimal. Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan untuk memahami kondisi yang tepat dalam pemberian terapi ini melalui penentuan indikasi dan kontraindikasi yang sesuai.

3. Faktor pendukung terapi relaksasi Benson

Menurut Benson & Proctor, (2015) terdapat beberapa faktor pendukung dalam terapi relaksasi Benson antara lain:

a. Perangkat mental

Perangkat mental yaitu penggunaan rangsangan berupa kata atau kalimat singkat yang diulang sesuai dengan keyakinan individu untuk membantu mengalihkan fokus pikiran. Kata atau frasa tersebut menjadi pusat perhatian dalam relaksasi Benson dan diyakini dapat meningkatkan respons relaksasi melalui pengaruh keyakinan dalam menurunkan aktivitas saraf simpatik.

b. Suasana yang tenang

Suasana yang tenang berperan penting dalam mendukung efektivitas pengulangan kata atau frasa sehingga pikiran yang mengganggu lebih mudah dikendalikan.

c. Sikap pasif,

Sikap pasif yaitu kemampuan untuk mengabaikan distraksi atau pikiran yang mengganggu agar individu dapat tetap fokus pada proses relaksasi.