

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

Pada bab ini menjelaskan terkait konsep yang mendasari penelitian antara lain: 1) Skizofrenia 2) Risiko Perilaku Kekerasan 3) Konsep Terapi Psikoreligius Berdzikir 4) Konsep Dasar Asuhan Keperawatan; 5) Jurnal yang Relevan

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merepresentasikan suatu manifestasi psikosis fungsional yang dicirikan oleh gangguan primer pada proses berpikir, serta adanya disharmoni atau perpecahan yang melibatkan aspek kognitif, afek emosional, kemauan, dan fungsi psikomotor yang disertai oleh distorsi terhadap realitas (Khasanah, 2024). Kondisi ini patut dipahami sebagai bentuk gangguan kesehatan mental kronis yang kompleks dengan simptomatologi yang luas, meliputi kemunculan delusi, halusinasi, disorganisasi dalam berbicara maupun berperilaku, hingga penurunan kapasitas kognitif. Mengingat sifat penyakitnya yang kompleks, patologi kejiwaan ini memberikan implikasi dan dampak merugikan yang sangat signifikan, tidak hanya bagi stabilitas diri individu penderita melainkan juga bagi sistem keluarganya (Ziaulkhaq, 2020).

Karakteristik klinis dari gangguan jiwa skizofrenia merujuk pada ketidakmampuan penderita dalam memproses penalaran logis yang kompleks serta munculnya pembicaraan yang rancu (tidak koheren). Lebih lanjut, gangguan ini juga memengaruhi domain afektif dan konatif, yang termanifestasi dalam bentuk sikap meremehkan kapabilitas diri sendiri hingga kesulitan dalam menetapkan suatu pilihan atau keputusan (Khasanah, 2024). Masalah penyerapan dan pengelolaan informasi pada pasien skizofrenia kerap memicu distorsi perilaku yang dikenal sebagai defisit kognitif, sebuah aspek yang membawahi fungsi memori, atensi, kuantitas ucapan, kapabilitas konatif (mengambil keputusan), hingga isi pikir berupa delusi. Gejala yang timbul pada penderita skizofrenia akan membentuk satu kesatuan sindrom yang meliputi anomali alur dan

pengorganisasian pikir, disfungsi sensori persepsi, gangguan regulasi afek, penurunan motivasi, abnormalitas motorik, serta hambatan interpersonal. Secara fisiologis, pemenuhan tugas perkembangan dan penerimaan stimulus oleh individu diposisikan dalam rentang respons neurobiologis, di mana kondisi kesehatan jiwa seseorang bergerak adaptif pada kondisi normal dan bergeser ke arah maladaptif saat terjadi dekompensasi klinis (Miraj, et al. 2025).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut (Ziaulkhaq, 2020) terdapat tiga faktor penyebab skizofrenia, yaitu :

1) Faktor Biologis

a. Faktor Genetik (Keturunan)

Genetik memegang peran yang sangat kuat dalam menentukan kerentanan seseorang, jika salah satu orang tua kandung menderita skizofrenia, risiko anak mengalami kondisi serupa meningkat sekitar 10–13%. Jika kedua orang tua menderita skizofrenia, risikonya melonjak hingga 40%. Pada kembar identik (monozigot), jika salah satu menderita skizofrenia, kembarannya memiliki risiko hingga 40–50%.

b. Faktor Neurobiologis

Bukti empiris menunjukkan adanya reduksi kuantitas jaringan otak pada pasien skizofrenia, yang mengarah pada indikasi gangguan perkembangan neuroanatomis atau atrofi jaringan yang progresif. Berbeda dengan populasi umum yang memiliki keseimbangan neurotransmitter, di mana mekanisme pengalihan sinyal di otak beroperasi secara efisien untuk menyalurkan stimulus persepsi secara akurat hingga membentuk pola pikir, perasaan, dan perilaku yang selaras—otak penyandang skizofrenia justru mengalami anomali sirkuit. Hambatan pada jalur neurokimia ini menyebabkan sinyal elektrik dan kimiawi yang dikirimkan terinterupsi dan tidak mampu tersampaikan ke reseptor sel saraf target secara tepat.

2) Faktor Psikologis

Disfungsi serta konflik internal dalam sistem keluarga berdampak negatif terhadap pencapaian tugas perkembangan anak. Distorsi perkembangan ini kerap kali bermanifestasi sebagai gangguan psikologis di fase kehidupan mendatang, terutama jika diperberat oleh akumulasi trauma masa kanak-kanak (*childhood trauma*) seperti pengalaman kekerasan fisik atau pelecehan seksual.

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Data epidemiologi menunjukkan bahwa prevalensi manifestasi klinis skizofrenia secara signifikan lebih mendominasi pada kelompok individu dengan status sosio-ekonomi rendah dibandingkan dengan mereka yang berada pada strata ekonomi yang lebih mapan. Berdasarkan fenomena tersebut, tingginya tekanan finansial dan keterbatasan ekonomi diidentifikasi sebagai salah satu faktor stresor psikososial yang berkontribusi memicu munculnya tanda dan gejala skizofrenia.

2.1.3 Rentang Respon

Tabel 2. 1 Rentang Respon Neurobiologis



Respon Adaptif	Respon Psikososial	Respon Maladaptif
1. Pikiran logis	1. Kadang-kadang proses pikir terganggu	1. Waham
2. Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Halusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. Emosi berlebihan	3. Kerusakan proses emosi
4. Perilaku cocok	4. Perilaku yang tidak biasa	4. Perilaku tidak terorganisasi
5. Hubungan sosial harmonis	5. Menarik diri	5. Isolasi sosial

2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Ziaulkhaq, 2020) terdapat tujuh tipe skizofrenia diantaranya yaitu :

1) Skizofrenia paranoid (F20.0)

Subtipe skizofrenia paranoid representasi dari manifestasi klinis yang paling kerap dijumpai dalam praktik psikiatri, dengan karakteristik gejala primer berupa waham (delusi) dan persepsi sensori palsu (halusinasi) yang berpusat pada kecemasan atau ketakutan spesifik. Individu yang berada pada kondisi ini umumnya mengindikasikan sikap skeptis dan kecurigaan yang ekstrem (*persecutory*) terhadap lingkungan sekitarnya. Akibatnya, pasien mengalami hambatan yang signifikan dalam meregulasi luapan emosi serta mengontrol dorongan perilakunya.

2) Skizofrenia hebefrenik (F20.1)

Klasifikasi skizofrenia hebefrenik merujuk pada kondisi penderita yang memenuhi indikator umum skizofrenia dengan awitan klinis perdana pada usia 15-25 tahun. Durasi kemunculan gejala menetap dalam kurun waktu 2-3 minggu, dengan manifestasi berupa afek datar, respons emosional yang ganjil, perilaku tertawa/tersenyum sendiri, serta stereotipe verbal (mengulang pembicaraan). Ciri kepribadian yang melekat kuat pada penderita subtipe ini umumnya didominasi oleh sifat pemalu serta preferensi yang kuat untuk menyendiri.

3) Skizofrenia katatonik (F20.2)

Diagnostik skizofrenia katatonik mengombinasikan kriteria umum skizofrenia dengan manifestasi klinis khas berupa stupor, yang ditandai oleh minimnya respons dan keengganan verbal, serta fase gaduh-gelisah yang memperlihatkan hiperaktivitas motorik tanpa arah ataupun pengaruh stimulus luar. Di samping itu, ditemukan pula kondisi rigiditas atau kaku pada seluruh tubuh. Mengingat penderita pada fase ini cenderung tidak komunikatif, proses penegakan diagnosis skizofrenia sering kali terhambat, yang berdampak pada tertundanya klasifikasi formal tipe katatonik ini.

4) Skizofrenia Undifferentiated atau tak terinci (F20.3)

Klasifikasi ini ditegakkan karena pasien memenuhi kriteria umum skizofrenia, namun manifestasi klinisnya tidak memenuhi kriteria spesifik untuk subtype paranoid, hebefrenik, katatonik, residual, maupun depresi pascaseksual. Penegakan diagnosis skizofrenia tak terinci pada pasien ini dipilih karena eksistensi waham dan halusinasi yang muncul tidak mengarah secara dominan pada karakteristik subtype paranoid. Pasien tidak mengalami regresi dan juga tidak mengalami rigiditas serta posturing sehingga menyingkirkan skizofrenia hebefrenik dan katatonik.

5) Skizofrenia pasca skizofrenia (F20.4)

Diagnosis ini ditegakkan apabila pasien telah menunjukkan gejala skizofrenia dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, di mana beberapa manifestasi klinis skizofrenia masih menetap namun tidak lagi mendominasi sirkuit klinis. Sebaliknya, simtom depresif tampil secara menonjol, intens, dan bersifat mengganggu kualitas hidup pasien.

6) Skizofrenia residual (F20.5)

Skizofrenia residual diidentifikasi melalui penonjolan simtom-simtom negatif, yang meliputi retardasi psikomotor, penurunan produktivitas aktivitas, dan disorganisasi verbal. Kriteria diagnostik subtype ini mensyaratkan adanya riwayat psikotik positif (waham dan halusinasi) di masa lampau, dengan catatan bahwa kondisi klinis tersebut bukan merupakan implikasi dari gangguan mental organik.

7) Skizofrenia simpleks (F20.6)

Tipe simpleks menonjolkan onset gejala negatif yang samar namun pasti, yang timbul secara terisolasi tanpa adanya komorbiditas riwayat gejala psikotik positif seperti halusinasi ataupun waham. Sindrom ini ditandai secara khusus oleh penurunan fungsi sosial dan perubahan kepribadian individu yang signifikan secara klinis.

2.2 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Risiko Perilaku kekerasan

Risiko perilaku kekerasan merupakan bentuk kedaruratan psikiatri yang timbul sebagai respons maladaptif terhadap stresor, yang termanifestasi melalui tindakan agresi nyata, baik yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Manifestasi ini dapat diekspresikan secara verbal maupun non-verbal dengan tujuan mencederai target secara fisik ataupun psikologis. Selain itu, kondisi ini merepresentasikan salah satu bentuk maladaptasi luapan amarah yang diaktualisasikan melalui ancaman, tindakan destruktif terhadap fasilitas sekitar, serta perilaku mencederai, yang berisiko tinggi memicu dampak kerugian material maupun personal (Artania, 2024).

Kemarahan dipahami sebagai manifestasi afektif atau luapan emosional yang mencuat akibat adanya eskalasi kecemasan yang dipersepsikan individu sebagai suatu ancaman. Apabila mekanisme pengungkapan amarah ini disalurkan secara konstruktif, hal tersebut dapat memicu efek katarsis atau rasa lega pada pasien. Sebaliknya, apabila emosi ini berkembang menjadi perilaku kekerasan atau tindakan agresif, fokus perilakunya akan bergeser pada intensi nyata untuk mencederai orang lain, baik pada ranah fisik maupun psikologis—yang termanifestasi dalam bentuk agresi verbal dan non-verbal. Perbedaan mendasar terletak pada aspek tujuan; kemarahan murni merupakan respons kejengkelan internal terhadap stresor ancaman yang tidak selalu mengarah pada target kerusakan spesifik, berbeda dengan perilaku kekerasan yang memiliki muatan destruktif yang disengaja (Ziaulhaq, 2020).

2.2.2 Etiologi Risiko Perilaku kekerasan

Menurut (Rohmatun, 2024) ada 2 faktor terjadinya risiko perilaku kekerasan yaitu :

1) Faktor prediposisi

1) Factor biologis

a) Riwayat Genetik

Adanya anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa atau risiko perilaku agresif/kekerasan.

b) Kerusakan Otak atau Disfungsi Sistem Saraf

Adanya riwayat trauma kepala, tumor otak, atau gangguan pada sistem limbik dan lobus frontalis yang berfungsi mengontrol emosi dan perilaku.

c) Ketidakseimbangan Neurotransmitter

Ketidakseimbangan kadar zat kimia di otak, seperti penurunan serotonin atau peningkatan dopamin dan norepinefrin.

2) Faktor psikologis

a) Riwayat Masa Lalu yang Traumatis

Pernah menjadi korban kekerasan fisik, psikis, atau seksual (abuse) pada masa kanak-kanak, atau sering menyaksikan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).

b) Kegagalan Berulang

Sering mengalami kegagalan dalam mencapai cita-cita, pekerjaan, atau hubungan interpersonal yang merusak harga diri pasien.

c) Kepribadian Tertutup (Introvert)

Ketidakmampuan mengeksplorasi atau mengekspresikan emosi secara sehat (marah yang dipendam secara kronis).

3) Faktor Sosiokultural

a) Lingkungan yang Agresif

Tumbuh atau tinggal di lingkungan yang menganggap kekerasan adalah hal biasa atau sebagai cara menyelesaikan masalah.

b) Norma Budaya

Adanya nilai budaya tertentu yang menoleransi perilaku asertif yang kebablasan atau agresivitas.

c) Kondisi Sosioekonomi

Kemiskinan, pengangguran, atau penolakan sosial yang berkepanjangan.

2) Faktor presipitasi

a. Faktor internal

a) Ancaman terhadap harga diri

Pasien merasa dihina, direndahkan, dituduh, atau dikritik secara tajam oleh orang lain.

b) Ancaman terhadap kebutuhan dasar

Rasa lapar yang ekstrem, kurang tidur kronis, atau nyeri fisik yang hebat yang membuat toleransi stres menurun drastis.

c) Ketidakpatuhan minum obat (non-adherence)

Berhentinya konsumsi obat antipsikotik, yang memicu kembalinya gejala psikotik (seperti halusinasi atau waham).

b. Faktor Eksternal

a) Stresor Lingkungan

Suasana lingkungan yang terlalu bising, terlalu panas, terlalu padat, atau penuh tekanan (misalnya di bangsal rumah sakit yang overload).

b) Interaksi Interpersonal yang Buruk

Konflik verbal mendadak dengan keluarga, sesama pasien, atau tenaga kesehatan.

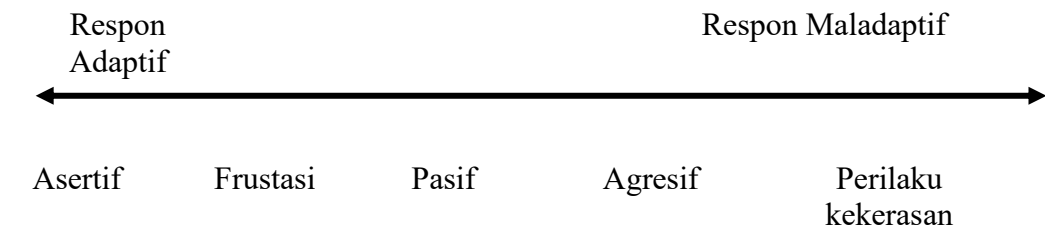
c) Adanya Halusinasi atau Waham

Pasien mendengar suara-suara (halusinasi pendengaran) yang menyuruhnya memukul, atau memiliki waham kecurigaan (waham persekutorik) bahwa orang lain ingin mencelakainya, sehingga ia melakukan kekerasan sebagai bentuk pertahanan diri.

2.2.3 Rentang Respon

Berdasarkan teori rentang respons risiko perilaku kekerasan oleh (Rohmatun, 2024) koping individu dalam mengekspresikan amarah diklasifikasikan dari spektrum adaptif (asertif) hingga perilaku non-adaptif (maladaptif).

Tabel 2. 2 Rentang Respon



Keterangan :

1) Asertif

Kondisi di mana individu mampu memproyeksikan emosi kemarahannya secara adaptif tanpa memproyeksikan kesalahan pada pihak lain, serta tetap mampu menjaga ketenangan diri dan lingkungannya.

2) Frustasi

Suatu keadaan kegagalan individu dalam menggapai tujuan atau kepuasan emosional saat menghadapi stresor, disertai ketidakmampuan untuk mengidentifikasi solusi alternatif yang konstruktif.

3) Pasif

Respons maladaptif yang ditandai oleh ketidakmampuan atau keengganan seseorang dalam mengekspresikan perasaan dan mengomunikasikan hak-hak pribadinya secara adekuat.

4) Agresif

Manifestasi perilaku yang menonjolkan sikap permusuhan, tuntutan yang rigid, serta intimidasi verbal kepada orang lain tanpa disertai intensi nyata untuk menimbulkan cedera fisik. Pada tahapan ini, pasien umumnya masih memiliki kapasitas kognitif untuk mengendalikan tindakannya agar tidak melukai orang lain.

5) Perilaku kekerasan

Istilah ini sepadan dengan fenomena amuk atau gaduh-gelisah. Karakteristik klinisnya diidentifikasi melalui tindakan fisik yang intimidatif, ancaman verbal yang disertai agresi fisik tingkat ringan, hingga destruksi lingkungan dan penganiayaan serius. Pada fase maladaptif ekstrem ini, klien mengalami kehilangan kendali diri secara total (*loss of control*).

2.2.4 Jenis-Jenis Risiko Perilaku kekerasan

Menurut (Rohmatun, 2024) ada 3 jenis risiko perilaku kekerasan dalam keperawatan jiwa yaitu :

1) Berdasarkan rentang respon marah

a. Asertif (Adaptif)

Pasien mampu mengungkapkan rasa marah, ketidaksetujuan, atau rasa tidak nyamannya secara jujur, terbuka, dan terarah tanpa menyakiti orang lain atau diri sendiri.

b. Frustrasi

Pasien gagal mencapai tujuannya karena adanya hambatan. Jika tidak dieksplorasi, kondisi ini bisa bergeser ke arah maladaptif.

c. Pasif

Pasien cenderung memendam rasa marahnya, menarik diri, tidak berdaya, dan menyembunyikan emosi aslinya.

d. Agresif

Pasien mulai mengekspresikan kemarahan secara tidak konstruktif. Mulai menentang, menuntut, dan menunjukkan sikap bermusuhan (*hostility*) namun masih bisa mengontrol fisik.

e. Perilaku Kekerasan (Maladaptif)

Pasien kehilangan kendali penuh atas emosinya. Kehilangan kemampuan menilai realitas, disertai dengan tindakan destruktif yang nyata terhadap diri, orang lain, dan lingkungan.

2) Berdasarkan sasaran risiko perilaku kekerasan

a. Pada diri sendiri (*Self-Directed Violence*)

Tindakan agresif yang diarahkan untuk mencederai atau merusak tubuh pasien sendiri.

b. Pada orang lain (*Interpersonal Violence*)

Tindakan agresif yang ditujukan langsung untuk mencederai, mengancam, atau melukai orang di sekitar pasien.

c. Pada lingkungan

Tindakan destruktif yang diarahkan pada benda-benda mati atau fasilitas di sekitarnya.

3) Berdasarkan cara penyampaian

a. Kekerasan verbal (*Verbal Aggression*)

Sering kali menjadi tanda awal sebelum terjadinya kekerasan fisik.

Manifestasi: Mengeluarkan kata-kata kasar, memaki, mengancam secara lisan, mengejek, menghina, berbicara dengan nada suara yang sangat tinggi dan membentak.

b. Kekerasan fisik (*Physical Aggression*)

Penggunaan kekuatan fisik secara nyata untuk melukai atau merusak.

Manifestasi: Memukul, menendang, mencakar, mendorong, menggunakan alat atau senjata untuk melukai.

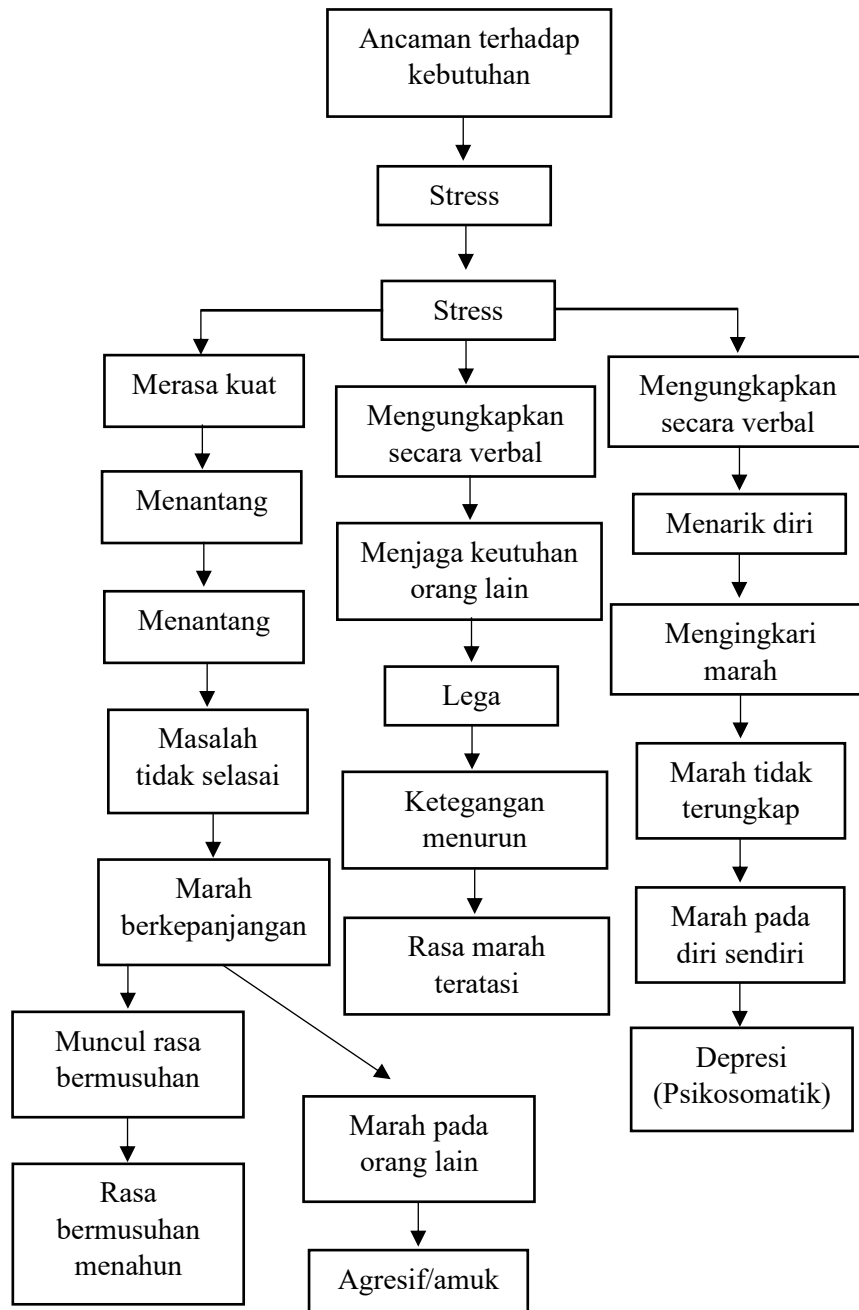
c. Kekerasan psikologis atau emosional

Tindakan yang bertujuan merusak mental, menimbulkan ketakutan, atau melakukan intimidasi secara konstan.

Manifestasi: Melotot dengan pandangan mengancam, melakukan pengucilan, atau gestur tubuh yang mengintimidasi (*body language* yang agresif).

2.2.5 Pathway Risiko Perilaku Kekerasan

Gambar 2. 1 Pathway Risiko Perilaku Kekerasan



2.2.6 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan menurut (Ghassani, 2020) yaitu :

- 1) Fisik
 - a. Melotot
 - b. Muka merah/tegang
 - c. Mata memerah
 - d. Pandangan tajam
 - e. Mengepalkan tangan
- 2) Verbal
 - a. Bicara kasar
 - b. Suara tinggi
 - c. Mengancam secara verbal
 - d. Mengumpat
- 3) Perilaku
 - a. Melempar atau memukul orang lain
 - b. Melukai diri sendiri
 - c. Merusak lingkungan
 - d. Agresif
- 4) Pemikiran
 - a. Meremehkan orang lain
 - b. Senang berdebat
 - c. Tidak ingin kalah

2.2.7 Tahap – tahap risiko perilaku kekerasan

Menurut (Rohmatun, 2024) ada 5 tahap yang dirasakan oleh pasien risiko perilaku kekerasan yaitu :

- 1) Tahap pemicu

Pada tahap ini, terjadi suatu peristiwa atau stresor (baik internal maupun eksternal) yang memicu respons awal pasien. Pasien mulai merasa terancam atau tidak nyaman.

Karakteristik :

- a. Gelisah, mondar-mandir.
- b. Wajah mulai tegang atau memerah.
- c. Perubahan nada suara (mulai berbicara agak cepat atau ketus).
- d. Mulai mengeluh atau menyatakan ketidakpuasan.

2) Tahap Eskalasi

Pada fase ini pasien mulai kehilangan sebagian kontrol dirinya dan bergerak menuju risiko perilaku kekerasan.

Karakteristik :

- a. Suara menjadi keras, tinggi, atau membentak.
- b. Kontak mata sangat tajam dan melotot.
- c. Tangan mengepal dan rahang mengatup rapat.
- d. Pasien menolak untuk duduk atau mengikuti instruksi.
- e. Mulai melakukan ancaman verbal (makian atau kata-kata kasar).

3) Tahap Krisis

Pada tahap ini pasien kehilangan kendali penuh atas dirinya sendiri. Pasien tidak mampu lagi menggunakan logika atau memproses komunikasi verbal dari perawat.

Karakteristik :

- a. Melakukan kekerasan fisik (memukul, menendang, mencakar, atau melempar barang).
- b. Berteriak-teriak histeris.
- c. Agitasi motorik ekstrem (gerakan fisik yang tidak terkendali).

4) Tahap pemulihan

Setelah fase krisis mereda (biasanya setelah meluapkan amarahnya atau setelah efek obat penenang bekerja), pada fase ini pasien mulai mendapatkan kembali kesadaran dan kontrol dirinya.

Karakteristik :

- a. Suara mulai memelan dan berbicara lebih rasional.
- b. Otot-otot tubuh yang tadinya tegang mulai rileks.
- c. Pasien bersedia duduk atau beristirahat.
- d. Mulai mau mendengarkan arahan perawat (kooperatif).

5) Tahap pasca krisis

Pada tahap akhir ini, pasien sudah sepenuhnya sadar akan tindakan yang dilakukannya saat fase krisis.

Karakteristik :

- a. Menangis, merasa bersalah, malu, atau menyesali tindakannya.
- b. Meminta maaf kepada perawat, keluarga, atau pasien lain.
- c. Mengalami kelelahan fisik yang hebat (bisa langsung tertidur).
- d. Cenderung menarik diri karena malu.

2.2.8 Patofisiologi

Proses terjadinya risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia merupakan suatu alur psikofisiologis sistematis yang bermula dari adanya stresor internal, seperti halusinasi pendengaran atau waham kecurigaan, maupun stresor eksternal berupa lingkungan yang bising atau ejekan dari orang lain. Karena fungsi kognitif dan proses pikir pasien terganggu akibat penyakitnya, otak menginterpretasikan stresor tersebut sebagai ancaman nyata terhadap harga diri atau keselamatan jiwanya. Penilaian yang keliru ini memicu penumpukan ketegangan psikologis berupa rasa jengkel dan frustrasi yang mendalam karena pasien tidak memiliki mekanisme koping yang sehat (asertif) untuk menyalurkan emosinya. Ketika ketegangan emosional tersebut sudah tidak terbendung, sistem limbik di otak akan mengaktifkan sistem saraf simpatis yang memicu respons fight or flight, ditandai dengan peningkatan adrenalin, detak jantung memburu, mata melotot, rahang mengatup rapat, dan tangan mengepal. Pada puncaknya, akibat kerusakan fungsi kontrol diri pada korteks prefrontal otak pasien skizofrenia, dorongan impulsif tersebut tidak mampu diredam lagi, sehingga seluruh energi kemarahan dilepaskan dalam bentuk risiko perilaku kekerasan yang destruktif, baik berupa serangan verbal, pengrusakan lingkungan, maupun tindakan fisik berbahaya yang mencederai diri sendiri dan orang lain. (Artania, 2024)

2.2.9 Mekanisme Koping Risiko Perilaku kekerasan

Menurut (Rohmatun, 2024) mekanisme koping yang dipakai pada pasien risiko perilaku kekerasan untuk melindungi diri antara lain:

- 1) Sublimasi: Pengalihan dorongan atau emosi destruktif yang terhambat ke dalam aktivitas yang dinilai produktif atau dapat diterima secara sosial. Sebagai contoh, saat mengalami eskalasi amarah, individu menyalurkan ketegangan tersebut dengan melakukan aktivitas fisik intens seperti menguleni adonan roti atau memukul sarung tinju, yang bertujuan untuk mereduksi distress emosional.
- 2) Proyeksi: Mekanisme mental yang dilakukan dengan cara mengatribusikan atau melimpahkan pikiran, keinginan buruk, atau kesalahan pribadi kepada orang lain. Contoh aplikasinya adalah seorang wanita yang menekan ketertarikan seksualnya terhadap rekan kerja, lalu justru menuduh bahwa rekan kerjanya tersebut yang berusaha menggoda atau merayunya.
- 3) Represi: Upaya tak sadar untuk mengeliminasi atau menekan ingatan, pikiran, serta impuls yang menyakitkan agar tidak menembus ambang kesadaran. Misalnya, seorang anak memendam rasa benci yang mendalam kepada orang tuanya karena adanya internalisasi nilai moral dan agama yang melarang hal tersebut, sehingga emosi negatif itu ditekan ke alam bawah sadar hingga seolah-olah terlupakan.
- 4) Reaksi Formasi (*Reaction Formation*): Pencegahan ekspresi impuls yang tidak dapat diterima dengan cara menampilkan sikap atau perilaku yang sepenuhnya bertolak belakang secara berlebihan. Contohnya, seorang istri yang secara tidak sadar menaruh hati pada sahabat suaminya, justru menunjukkan sikap yang sangat dingin, ketus, atau kasar saat berinteraksi dengan orang tersebut.
- 5) Pengalihan (*Displacement*): Pemindahan luapan emosi atau permusuhan yang terpendam dari objek asli yang memicu stresor kepada target atau objek lain yang dirasa lebih aman dan tidak berisiko. Sebagai ilustrasi, seorang balita yang merasa kesal setelah ditegur ibunya karena mencoret dinding, memilih untuk melampiaskan ketegangannya dengan bermain

perang-perangan secara agresif bersama temannya guna mengalihkan kemarahannya.

2.2.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan menurut (Rohmatun, 2024) yaitu :

1) Penatalaksanaan farmakologis

Terapi obat pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan diagnosis skizofrenia berfokus pada regulasi neurotransmitter (seperti dopamin dan serotonin) untuk menurunkan agresivitas, ketegangan, serta meredakan gejala psikotik (halusinasi/waham) yang memicu amuk. Dibagi menjadi dua pemberian :

- a. Kondisi darurat jika pasien sedang mengamuk dan membahayakan lingkungan, diberikan obat injeksi kerja cepat (intramuskular/IM):
 - a) Antipsikotik Injeksi: Haloperidol (Lodomer) IM. Obat ini bekerja cepat memblokir reseptor dopamin untuk menurunkan agresivitas.
 - b) Benzodiazepine Injeksi (Sedatif): Diazepam IM/IV atau Midazolam IM. Sering dikombinasikan dengan haloperidol untuk memberikan efek penenang, mengurangi ansietas, dan merelaksasi otot pasien yang tegang.
- b. Kondisi jangka Panjang diberikan jika pasien sudah tenang dan kooperatif untuk mempertahankan stabilitas emosi dan mencegah kekambuhan:
 - a) Risperidone: Efektif mengontrol gejala positif dan negatif dengan efek samping ekstrapiramidal (gemetar/kaku) yang lebih rendah.
 - b) Olanzapine : Memiliki efek sedasi (mengantuk) yang baik untuk pasien yang masih gelisah.
 - c) Clozapine: Diberikan pada pasien yang resisten atau tidak mempan dengan antipsikotik lain.

- d) Haloperidol oral atau Chlorpromazine (CPZ). CPZ sering diberikan malam hari karena efek sedasinya yang kuat untuk membantu pola tidur pasien.

2) Penatalaksanaan non-farmakologis

a. Tindakan kedaruratan fisik

- a) Fiksasi fisik (*Physical Restraint*): pengikatan tangan dan kaki menggunakan tali kain khusus yang aman secara manusiawi demi melindungi pasien dan orang lain. Selama di-restrein, perawat wajib mengobservasi tanda vital dan sirkulasi perifer setiap 15 menit.
- b) Isolasi (*Seclusion*): menempatkan pasien di kamar tenang yang aman, terkunci, dan bebas dari benda berbahaya guna menurunkan stimulus lingkungan yang memicu emosinya

b. Terapi generalis keperawatan jiwa

- a) SP 1 hubungan saling percaya (BHSP): pasien mampu menunjukkan balasan sapaan secara verbal maupun non verbal dan menyediakan waktu untuk berbincang-bincang dengan perawat. menarik napas dalam melalui hidung dan mengembuskannya lewat mulut untuk menurunkan ketegangan fisik akibat aktivasi saraf simpatis.
- b) SP 2 mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan: pasien mampu menyebutkan penyebab marahnya yang dirasakan
- c) SP 3 mengontrol risiko perilaku kekerasan: pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol marah secara fisik (napas dalam dan pukul bantal)
- d) SP 4 Spiritual: melatih pasien meredam emosi melalui aktivitas keagamaan (berwudu, salat, beristigfar, atau berdoa) dan terapi psikoreligius dzikir.
- e) SP 5 kepatuhan obat: melatih pasien mandiri minum obat dengan prinsip 6 benar dan memahami pentingnya obat agar tidak kambuh.

c. Terapi modalitas

- a) Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi: perilaku kekerasan.

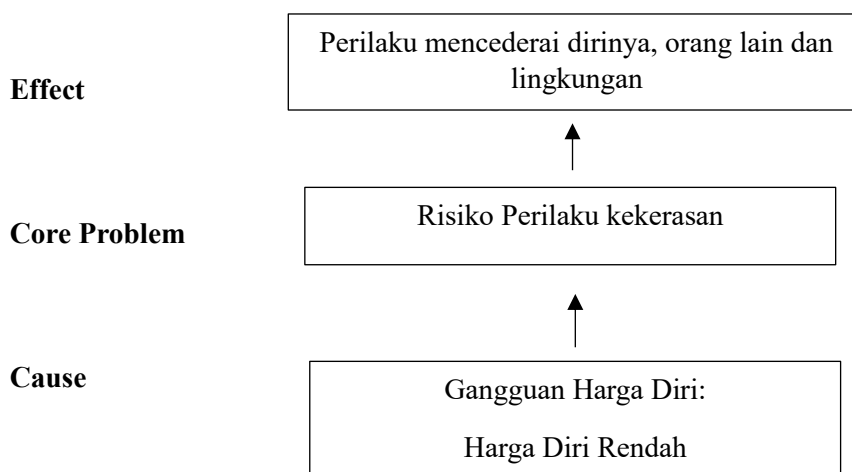
Pasien dikumpulkan dalam kelompok kecil dipimpin oleh perawat untuk saling berbagi cerita tentang pemicu marah mereka dan bersama-sama mempraktikkan cara mengontrolnya.

- b) Terapi kognitif (*cognitive behavioral therapy / cbt*): membantu pasien mengidentifikasi pola pikir yang keliru (*distorsi kognitif*) yang sering membuatnya salah menginterpretasikan maksud orang lain sebagai ancaman, lalu mengubahnya menjadi pola pikir yang lebih rasional.

- c) Psikoedukasi keluarga (*family psychoeducation*): melatih keluarga agar mampu memodifikasi lingkungan rumah yang rendah stresor, membimbing latihan kontrol marah pasien, serta mengawasi kepatuhan minum obat di rumah guna mencegah drop out obat.

2.2.11 Pohon Masalah

Tabel 2. 3 Pohon Masalah



2.3 Konsep Terapi Psikoreligus Dzikir

2.3.1 Definisi Terapi Psikoreligius Dzikir

Terapi psikoreligius merupakan bentuk intervensi keperawatan komplementer yang diorientasikan untuk meningkatkan kedekatan diri pasien dengan keyakinan transendental yang diyakininya. Di antara berbagai modalitas psikoreligus yang diterapkan, terapi zikir menjadi salah satu metode yang diajarkan, di mana secara etimologis kata zikir berakar dari istilah *dzakara* yang bermakna mengingat. Aktivitas berzikir kepada Allah SWT merepresentasikan suatu upaya berkelanjutan dalam memelihara kesadaran dan ingatan spiritual terhadap Sang Pencipta, yang diimplementasikan melalui tata cara atau etika khusus sesuai tuntunan Al-Qur'an dan Hadis dengan esensi utama untuk memurnikan kondisi hati serta mengagungkan kebesaran-Nya (Artania, 2024).

Secara etimologis atau kebahasaan (*lughatan*), zikir didefinisikan sebagai aktivitas mengingat, sementara dalam cakupan terminologis diartikan sebagai upaya melafalkan kalimat-kalimat pujian kepada Allah SWT secara lisan. Merujuk pada pandangan Syaikh Ahmad Fathani, hakikat zikir pada awalnya dimaknai sebagai kesucian hati (*al-shafa*), yang diwadahi oleh manifestasi kesempurnaan (*al-wafa*), serta mensyaratkan adanya kebersihan jiwa di hadapan-Nya (*hudhur*). Lebih lanjut, pengungkapan spiritual ini berorientasi pada aktualisasi amal saleh dengan tujuan akhir berupa tersingkapnya tabir rahasia (*makrifat*) atas kedekatan seorang hamba dengan Allah SWT (Al., Indrianingsih Fera 2023).

Terapi zikir diartikan sebagai bentuk intervensi terapeutik yang mengombinasikan aktivitas kognitif mengingat serta melafalkan asma dan keagungan Allah SWT secara repetitif, yang diintegrasikan dengan kesadaran transendental penuh guna mengatasi kondisi patologis pasien. Sebagai salah satu teknik relaksasi islami, modalitas ini efektif dalam mereduksi distress psikologis, ketergantungan zat (kecanduan), ansietas, sefalalgia (migrain), astenopia (kelelahan mata), hingga fobia. Atas dasar tersebut, praktik zikir diposisikan sebagai media esensial untuk

memantapkan kedekatan spiritual individu dengan Allah SWT (Munandar, 2019).

2.3.2 Manfaat Terapi Psikoreligius Dzikir

Menurut (Artania, 2024), ada beberapa manfaat terapi berdzikir yaitu :

- a. Membawa kedamaian dan ketenangan batin
- b. Memahami hakikat beribadah kepada Allah SWT
- c. Menurunkan ketegangan fisik dan fisiologis (efek relaksasi)
- d. Meningkatkan kontrol diri dan kesadaran

2.3.3 Bentuk – Bentuk Terapi Psikoreligius Dzikir

Adapun lafaz dzikir yang dapat dilakukan saat melaksanakan terapi psikoreligius dzikir yaitu :

1) Astaghfirullah

Pelafalan istigfar merupakan bentuk coping spiritual yang berfungsi sebagai media pembersihan batin sekaligus cerminan sikap tawaduk (merendahkan diri) di hadapan Allah SWT. Manifestasi verbal ini merepresentasikan komitmen tulus klien untuk bertobat dari segala kekhilafan dan dosa masa lalu. Dalam dimensi terapeutik, kalimat tayibah ini berperan sebagai stimulus awal dalam membangun komunikasi transendental yang khushyuk antara seorang hamba dengan Penciptanya.

2) Subhanallah

Berbeda dengan istighfar, kalimat Subhanallah berfokus pada pujian kepada Allah SWT. Melalui bacaan ini seseorang mulai memasuki hakikat dzikir yang sesungguhnya, yaitu mengingat Allah dengan segala sifat kemuliaan-Nya. Menurut tafsir, mengingat Allah ketika berdiri, duduk, maupun berbaring menunjukkan bahwa seorang hamba hendaknya senantiasa mengingat Allah dalam keadaan apa pun. Menurut Ibnu Abbas, hal tersebut juga bermakna melaksanakan salat sesuai kemampuan dalam kondisi apa pun. Pernyataan ini menegaskan bahwa manusia selalu berada dalam tiga posisi, yaitu berdiri, duduk, dan

berbaring, sehingga mengingat Allah dengan menyadari kekuasaan-Nya serta menaati perintah-Nya merupakan kewajiban dalam setiap aktivitas.

3) Alhamdulillah

Bacaan Alhamdulillah mengandung makna penegasan kepada diri sendiri agar tidak mudah dikuasai oleh pikiran negatif terhadap Allah SWT, melainkan senantiasa berpikir positif. Dengan memahami dan meresapi makna tasbih, kemudian dilanjutkan dengan tahmid, seseorang akan semakin menyadari berbagai nikmat Allah SWT serta terdorong untuk selalu bersyukur dalam setiap keadaan.

4) La ilaha illallah

Pelafalan kalimat tauhid ini merepresentasikan proses pelepasan kesadaran dari segala eksistensi keduniawian dan pemusatan perhatian mutlak hanya kepada Allah SWT. Jika takbir (*Allahu Akbar*) menjadi stimulus awal pengikisan ego, maka kalimat tahlil ini menyempurnakannya melalui proses peniadaan diri (*fana*). Nilai monoteisme yang terkandung di dalamnya merupakan esensi ajaran perennial yang diwariskan secara berkesinambungan sejak era kenabian terdahulu hingga masa Nabi Muhammad SAW. Sebagai pelengkap intervensi spiritual ini, integrasi pelafalan *Asmaul Husna* juga sangat efektif diaplikasikan sebagai bagian dari modalitas terapi zikir.

5) Allahu Akbar

Pelafalan takbir menginternalisasikan kesadaran akan kedudukan manusia sebagai makhluk yang fana dan kecil, sekaligus mengagungkan kemahabesaran Allah SWT. Kalimat tayibah yang menjadi pilar utama dalam ibadah salat ini secara terapeutik berfungsi untuk mengikis kesombongan diri. Inti dari pembacaan takbir adalah menanamkan sikap tawaduk (rendah hati) yang mendalam, di mana pasien dituntun untuk merefleksikan eksistensi dirinya yang tidak berdaya di hadapan Sang Pencipta Yang Maha Agung.

2.4 Jurnal Relevan

Tabel 2. 4 Jurnal Relevan

Judul Penelitian	Patient/ Problem	Intervensi	Comparison	Outcome
Pengaruh Terapi Psikoreligius: Dzikir Terhadap Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia (Febriani Ridha, 2025)	Pasien skizofrenia dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan	Menggunakan terapi psikoreligius: dzikir secara terstruktur	-	Hasil penelitian menunjukkan terjadinya penurunan tanda dan gejala klinis perilaku kekerasan secara bermakna pada aspek fisik, verbal, dan emosional setelah pemberian terapi dzikir. Terapi ini efektif merelaksasi ketegangan otot dan menurunkan kecemasan yang memicu perilaku agresif.
Kombinasi Latihan Asertif dan Terapi Relaksasi Religius (Zikir) dalam Mengontrol Kemarahan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan (Fitriani & Keliat, 2021)	Pasien gangguan jiwa dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan	Menggunakan kombinasi latihan asertif dan terapi relaksasi religius (zikir)	-	Hasil studi menunjukkan bahwa penggabungan latihan asertif fisik dengan zikir memberikan efek sinergis yang lebih cepat terhadap kontrol emosi pasien. Pasien mampu mengekspresikan marahnya secara adaptif dan menunjukkan skor penurunan perilaku kekerasan yang signifikan ($p < 0,05$).
Penerapan Terapi Kognitif dan Spiritual Dzikir pada	Pasien skizofrenia dengan fiksasi	Menggunakan intervensi keperawat	-	Hasil asuhan keperawatan menunjukkan bahwa terapi dzikir efektif

Pasien Skizofrenia dengan Riwayat Bullying Masa Lalu (Pratama & Utami, 2023)	amarah akibat trauma psikososial (<i>bullying</i>)	an jiwa berupa terapi kognitif dan spiritual dzikir		sebagai media katarsis emosi bagi pasien yang memiliki trauma masa lalu. Pasien melaporkan perasaan yang lebih tenang, penurunan dendam, serta peningkatan kemampuan mengontrol respons emosional negatif saat teringat masa lalunya.
Efektivitas Terapi Spiritual Berdzikir Terhadap Penurunan Perilaku Agresif pada Pasien Gangguan Jiwa (Wahyudi & Sulastri, 2024)	Pasien dengan masalah keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan	Menggunakan intervensi keperawatan berupa terapi spiritual berdzikir	-	Hasil analisis statistik menggunakan uji-t diperoleh nilai signifikansi $p = 0,001$ ($p < 0,05$), yang artinya terdapat pengaruh yang sangat signifikan dari pemberian terapi spiritual berdzikir terhadap penurunan perilaku agresif. Dzikir terbukti mengaktivasi sistem saraf parasimpatis untuk memicu respons relaksasi.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Berdasarkan Askep teoritis, diuraikan dengan beberapa langkah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI PPNI 2017) :

a. Identitas

Proses ini mengombinasikan pembinaan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) dengan pengumpulan data demografi. Mahasiswa memperkenalkan diri dan membuat kontrak terapeutik (meliputi nama, tujuan, waktu, tempat, dan topik pertemuan). Selanjutnya, dilakukan pendokumentasian data klien yang mencakup nama, nama panggilan, usia, nomor rekam medis (No. RM), tanggal pengkajian, serta asal sumber data.

b. Keluhan utama

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan umumnya masuk ke rumah sakit akibat manifestasi agresi yang tidak terkendali, seperti riwayat mengamuk tanpa pemicu jelas, memukul, membanting barang, mengancam, menyerang orang lain, hingga melukai diri sendiri. Perilaku destruktif yang mengganggu lingkungan ini mayoritas berkorelasi dengan riwayat kekambuhan (*relaps*) akibat ketidakpatuhan menjalani terapi psikofarmaka (minum obat).

c. Faktor predisposisi

Pengkajian faktor latar belakang (predisposisi) pada pasien maupun keluarga difokuskan pada eksplorasi beberapa aspek psikososial masa lalu, antara lain:

- 1) Riwayat manifestasi gangguan psikiatri atau gangguan jiwa terdahulu.
- 2) Riwayat menjadi pelaku, korban, maupun saksi dalam tindakan kekerasan fisik.
- 3) Persepsi penolakan sosial, seperti merasa tidak diterima atau tidak disukai oleh lingkungan keluarga maupun masyarakat sekitar.
- 4) Riwayat paparan terhadap pengalaman traumatis atau peristiwa masa lalu yang tidak menyenangkan.

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan umumnya menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah, denyut nadi yang cepat, kenaikan suhu tubuh, serta frekuensi pernapasan yang mengakselerasi. Pengukuran antropometri berupa tinggi dan berat badan juga tetap dilakukan sebagai data penunjang. Secara fisik, ketegangan emosional pasien kerap terlihat dari sorot mata yang tajam atau melotot, tangan mengepal erat, rahang mengatup rapat, dan rona wajah yang memerah. Sementara pada aspek verbal, pasien sering kali menunjukkan penolakan berupa ancaman, berbicara dengan nada ketus dan kasar, serta melontarkan kata-kata kotor.

e. Psikososial

1) Genogram

Struktur genogram wajib dibuat minimal mencakup tiga generasi untuk memetakan silsilah dan hubungan pasien di dalam keluarga. Fokus pengkajian pada bagian ini diarahkan untuk mengidentifikasi dinamika internal, seperti hambatan komunikasi, sistem pengambilan keputusan, gaya pengasuhan (*parenting*), serta pola tumbuh kembang individu dalam sistem keluarga tersebut.

2) Konsep diri

Pasien biasanya memiliki bagian tubuh yang tidak disukai sehingga memengaruhi hubungan dengan orang lain dan menimbulkan perasaan terhina atau diejek.

3) Identitas diri

Pasien sering merasa tidak puas terhadap pekerjaan, status, maupun perannya di sekolah, tempat kerja, atau lingkungan tempat tinggal.

4) Peran diri

Menilai posisi atau tugas pasien di dalam keluarga, lingkungan kerja, maupun kelompok sosial, serta bagaimana kemampuan klien dalam mengaktualisasikan fungsi dan tanggung jawab tersebut.

5) Ideal diri

Mengidentifikasi harapan pasien terhadap kondisi fisik, peran keluarga, pekerjaan, sekolah, lingkungan, serta prognosis penyakitnya. Pada pasien risiko perilaku kekerasan, kesenjangan antara ekspektasi dan realitas sering kali memicu respons amarah. Oleh karena itu, pengkajian difokuskan pada bagaimana respons maladaptif klien jika kenyataan tidak selaras dengan harapannya.

6) Harga diri

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan umumnya memiliki harga diri rendah. Penilaian batin yang menganggap dirinya tidak berharga ini berakar dari ketidakmampuan menerima realitas, yang diperberat oleh kondisi emosional yang labil dan tidak terkontrol hingga bermanifestasi menjadi amuk.

f. Hubungan sosial

- 1) Sosok yang dianggap penting, serta tempat bagi pasien untuk berkeluh kesah dan berkomunikasi.
- 2) Partisipasi pasien dalam berbagai aktivitas di lingkungan sosial, termasuk peran aktifnya di dalam kelompok kemasyarakatan tersebut.
- 3) Kendala yang dihadapi dalam berinteraksi dengan orang lain serta sejauh mana tingkat keterlibatan pasien di tengah masyarakat.

g. Nilai dan Keyakinan Spiritual

Menilai frekuensi dan kontinuitas aktivitas ibadah pasien, kepatuhan dalam menjalankan syariat agama yang dianut, serta tingkat kepuasan spiritual yang dirasakan penderita.

h. Status mental

1) Penampilan

Defisit perawatan diri (*self-care deficit*) yang ditandai dengan penampilan tidak rapi, disorientasi busana, rambut kusut dan kotor, serta higiene personal yang buruk (gigi menguning, kuku panjang dan kotor).

2) Pembicaraan

Pola komunikasi maladaptif, meliputi artikulasi kasar, intonasi suara tinggi, membentak, ketus, serta sering melontarkan koprologia (kata-kata kotor).

3) Aktivitas motorik

Menunjukkan ketegangan psikomotor (*psychomotor agitation*) berupa kegelisahan, hiperaktivitas (mondar-mandir), dan respons otonom (muka merah/tegang).

4) Alam perasaan

Didominasi oleh emosi disforik, seperti perasaan sedih yang mendalam serta penyesalan (*remorse*) atas tindakan agresi yang telah diperbuat

5) Afek

Bersifat labil dan mudah terstimulasi (*irritable*), yang ditunjukkan melalui respons emosi yang meledak-ledak atau marah tanpa sebab yang adekuat.

6) Interaksi selama wawancara

Menunjukkan sikap bermusuhan (*hostility*), defensif, sinis, menolak interaksi secara kasar, serta menaruh curiga (*suspicious*) yang ditandai dengan pandangan mata tidak bersahabat.

7) Persepsi

Menunjukkan sikap bermusuhan (*hostility*), defensif, sinis, menolak interaksi secara kasar, serta menaruh curiga (*suspicious*) yang ditandai dengan pandangan mata tidak bersahabat.

8) Proses pikir

Arus atau bentuk pikir cenderung diwarnai oleh otistik atau dereistik, berupa fantasi dan lamunan sebagai kompensasi atas keinginan yang tidak tercapai.

9) Isi pikir

Didominasi oleh ideasi curiga (*thought of suspicion*), perasaan tidak aman (*insecurity*), serta terkadang disertai fobia spesifik yang tidak logis terhadap objek tertentu.

10) Tingkat kesadaran

Secara organik kesadaran *compos mentis*, namun secara psikologis mengalami kabur kesadaran (*clouding of consciousness*) akibat ansietas berat dan kegelisahan menghadapi realitas.

11) Memori

Fungsi memori (daya ingat) jangka pendek maupun jangka panjang pasien umumnya masih berada dalam batas normal.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mengalami penurunan fokus akibat distorsi kecemasan, ketegangan emosional, dan kegelisahan yang memengaruhi atensi pasien.

13) Kemampuan penilaian

Alami gangguan penilaian (*impaired judgment*), di mana pasien tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif saat menghadapi masalah.

14) Daya tilik diri

Berada pada derajat pengingkaran ekstrim (*denial*). Pasien menyangkal gangguan jiwa yang dialami, menolak bantuan medis, serta cenderung menyalahkan faktor eksternal (*blaming others*) atas kondisinya.

i. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan.

Menilai tingkat kesanggupan pasien untuk mencukupi kebutuhan dasarnya secara mandiri atau memerlukan dukungan orang lain

2) Aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activities of Daily Living / ADL*)

a) Perawatan diri

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan kerap kali mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, seperti mandi, menjaga kebersihan tubuh, serta berpakaian, sehingga memerlukan bantuan minimal dari perawat atau keluarga.

b) Tidur

Penderita mengalami gangguan kualitas tidur akibat eskalasi kecemasan dan kegelisahan psikologis yang dipicu oleh pikiran non-realistis..

3) Kemampuan Pasien lain-lain

Klien tidak dapat mengantisipasi kebutuhan hidupnya dan membuat keputusan.

1) Pasien memiliki sistem pendukung

Mayoritas pasien mengalami defisit dukungan sosial dari keluarga dan lingkungan, yang sering kali dipicu oleh keterbatasan literasi keluarga mengenai gangguan jiwa. Kondisi ini diperberat oleh penolakan pasien untuk berinteraksi akibat distorsi pikiran berupa rasa curiga yang persisten.

2) Pasien menikmati saat bekerja/kegiatan produktif/hobi

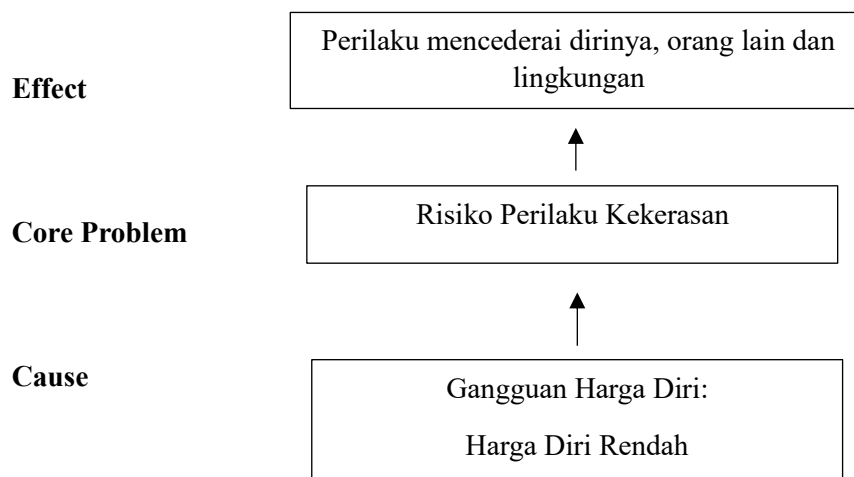
Keterlibatan aktif dalam pekerjaan atau hobi yang disenangi berdampak positif bagi pasien, karena aktivitas konstruktif tersebut mampu mengalihkan fokus pikiran dan mereduksi ideasi negatif terhadap orang lain.

j. Mekanisme koping

Pengkajian diarahkan untuk mengidentifikasi apakah pasien menerapkan strategi koping adaptif (seperti asertivitas verbal, penyelesaian masalah, teknik relaksasi, dan olahraga) atau justru menggunakan koping maladaptif (seperti konsumsi alkohol, merokok, menarik diri, atau tindakan mutilasi diri).

2.4.2 Pohon Masalah

Tabel 2. 5 Pohon Masalah



2.4.3 Analisa Data Keperawatan

Analisa data risiko perilaku kekerasan menurut (Rohmatun, 2024) meliputi sebagai berikut :

Tabel 2. 6 Analisis Data Risiko Perilaku Kekerasan

Masalah Keperawatan	Data Yang Perlu Dikaji
Risiko Perilaku Kekerasan	Subjektif : 1. Pasien mengatakan akan memukul temannya bila bertemu kembali 2. Pasien mengatakan ingin membanting kursi yang ada di ruangan rumah sakit jiwa 3. Pasien mengatakan ingin mengancam membunuh kedua orang tuanya 4. Pasien mengatakan merasa jengkel akibat tidak dihargai oleh temannya
	Objektif : 1. Pasien menunjukkan sorot mata yang tajam dan intens 2. Pasien berbicara dengan menggunakan nada suara yang tinggi 3. Pasien terlihat meluapkan kemarahan tanpa adanya pemicu yang jelas 4. Pasien tampak mengepalkan kedua tangannya dengan erat 5. Pasien tampak wajah memerah dan tegang

	6. Pasien tampak rahang mengatup rapat 7. Pasien tampak mondar-mandir diruangan
--	--

2.4.4 Diagnosis Keperawatan

Beberapa diagnosis keperawatan utama yang sering kali ditegakkan pada kasus penderita dengan risiko perilaku kekerasan antara lain:

- 1) Risiko Perilaku Kekerasan.
- 2) Perilaku Kekerasan.
- 3) Gangguan Persepsi Sensori.
- 4) Gangguan Harga Diri: Harga Diri Rendah
- 5) Koping Individu tidak efektif.

2.4.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 2. 7 Rencana Tindakan Keperawatan

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
TUM: Pasien tidak mencederai diri, orang lain dan lingkungan TUK 1 : 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya	1.1 Pasien bersedia merespons dan membalas salam yang diberikan 1.2 Pasien bersedia diajak berjabat tangan dengan kooperatif 1.3 Pasien bersedia untuk menyebutkan nama lengkap atau nama panggilannya	1.1 Beri salam/panggil nama. a. Perkenalkan nama lengkap serta nama panggilan perawat b. Jelaskan tujuan serta orientasi dari interaksi yang dilakukan c. Paparkan kontrak pertemuan yang

	1.4 Pasien menunjukkan ekspresi bersahabat dengan tersenyum 1.5 Pasien mampu mempertahankan kontak mata yang adekuat selama berinteraksi 1.6 Pasien menunjukkan ketertarikan untuk mengetahui identitas dan nama perawat	akan disepakati bersama pasien d. Tunjukkan sikap empati yang hangat untuk memberikan rasa aman kepada pasien e. Laksanakan interaksi dengan durasi yang singkat namun dilakukan secara konsisten dan berulang
TUK 2 : 2. Pasien mampu mengenali dan mengidentifikasi faktor pemicu yang menimbulkan Risiko perilaku kekerasan	2.1 Pasien mampu mengekspresikan perasaan yang sedang dirasakannya secara terbuka. 2.2 Pasien mampu menguraikan aspek internal diri yang memicu munculnya rasa kesal atau jengkel.	2.1 Fasilitasi dan berikan ruang bagi pasien untuk meluapkan emosi atau perasaannya. 2.2 Dampingi pasien dalam menelusuri dan mengenali stimulus internal yang menyebabkan dirinya merasa jengkel atau marah.
TUK 3 : 3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala	3.1 Pasien dapat mengungkapkan perasaan jengkel/kesal	3.1 Motivasi Pasien untuk menceritakan respons fisik dan emosional yang dialami ketika

risiko perilaku kekerasan	3.2 Pasien mampu mengidentifikasi serta menyimpulkan tanda dan gejala klinis dari rasa jengkel atau kesal yang dirasakannya	sedang merasa marah atau jengkel. 3.2 Lakukan observasi secara cermat terhadap indikator perilaku kekerasan yang ditunjukkan oleh pasien. 3.3 Diskusikan dan rumuskan bersama pasien mengenai tanda serta gejala kemarahan yang kerap muncul pada dirinya.
TUK 4 : 4. Pasien mampu mengidentifikasi serta mengenali dampak risiko dari perilaku kekerasan yang kerap ia tunjukkan	4.1 Pasien mampu mengungkapkan bentuk tindakan agresi atau kekerasan yang biasa ia lakukan 4.2 Pasien mampu melakukan simulasi atau bermain peran terkait respons risiko perilaku kekerasan yang biasa diekspresikannya 4.3 Pasien mampu mengevaluasi	4.1 Motivasi Pasien untuk menceritakan bentuk risiko perilaku kekerasan yang biasa ia lakukan (baik secara verbal, diarahkan pada orang lain, lingkungan, maupun diri sendiri). 4.2 Fasilitasi dan dampingi pasien dalam melakukan bermain peran (<i>role play</i>) sesuai dengan kebiasaan risiko

	efektivitas dari metode penyelesaian masalah yang selama ini ia gunakan.	perilaku kekerasannya. 4.3 Ajak pasien berdiskusi untuk menganalisis apakah cara kekerasan yang ia gunakan selama ini benar-benar mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi.
TUK 5 : 5. Pasien mampu mengidentifikasi konsekuensi dan dampak negatif dari risiko perilaku kekerasan yang dilakukannya.	5.1 Pasien mampu menguraikan dampak dari metode pelampiasan emosi yang ia gunakan, meliputi: a. Dampak buruk terhadap diri sendiri b. Dampak merugikan bagi orang lain di sekitarnya c. Kerusakan yang ditimbulkan pada lingkungan sekitar	5.1 Diskusikan mengenai kerugian serta konsekuensi buruk dari tindakan kekerasan yang selama ini dipilih oleh pasien 5.2 Lakukan evaluasi bersama pasien untuk menyimpulkan akibat negatif dari perilaku agresif tersebut. 5.3 Ajukan pertanyaan reflektif kepada pasien: "Apakah Anda bersedia untuk mempelajari alternatif metode

		baru yang lebih sehat dan aman dalam mengendalikan rasa marah?"
TUK : 6 6. Pasien mampu mendemonstrasikan teknik fisik guna mengontrol dan mencegah risiko perilaku kekerasan	6.1 Pasien mampu menyebutkan metode pengendalian risiko perilaku kekerasan secara fisik, meliputi: a. Teknik napas dalam, b. Penyaluran energi pada kasur atau bantal, c. Aktivitas fisik konstruktif lainnya. 6.2 Pasien mampu menentukan jenis latihan fisik yang paling sesuai untuk mereduksi Risiko perilaku kekerasan. 6.3 Pasien memiliki rencana jadwal latihan mandiri	6.1 Diskusikan bentuk aktivitas fisik yang biasa dilakukan oleh pasien sehari-hari. 6.2 Berikan apresiasi atau reinforcement positif atas aktivitas fisik adaptif yang biasa diterapkan pasien. 6.3 Diskusikan dua metode fisik yang paling sederhana dan mudah diaplikasikan untuk meredakan emosi, yaitu teknik napas dalam serta menyalurkan kemarahan pada kasur atau bantal. 6.4 Diskusikan bersama pasien mengenai tahapan dan prosedur pelaksanaan teknik

	untuk menerapkan teknik pencegahan fisik yang telah dipelajari. 6.4 Pasien mampu mengevaluasi kemandiriannya dalam mempraktikkan latihan fisik sesuai dengan jadwal yang telah disepakati.	napas dalam yang benar. 6.5 Berikan contoh peragaan (<i>role play</i>) cara melakukan napas dalam yang benar di hadapan pasien 6.6 Minta pasien untuk mempraktikkan kembali teknik napas dalam tersebut secara mandiri sebanyak 5 kali berturut-turut. 6.7 Berikan pujian positif atas keberhasilan pasien dalam mendemonstrasikan teknik napas dalam tersebut. 6.8 Evaluasi respons subjektif pasien dengan menanyakan perasaannya setelah latihan selesai dilakukan. 6.9 Anjurkan pasien untuk segera menerapkan teknik yang telah dipelajari
--	--	---

		setiap kali merasakan stimulus marah atau jengkel. 6.10 Lakukan tahapan latihan yang sama (sesuai poin 6.3 hingga 6.4) untuk jenis aktivitas fisik lainnya pada sesi pertemuan berikutnya. 6.11 Diskusikan bersama pasien mengenai frekuensi dan intensitas latihan mandiri yang akan dilakukan secara konsisten. 6.12 Rancang bersama jadwal harian terstruktur untuk mempraktikkan teknik fisik yang telah dilatih. 6.13 Motivasi pasien untuk melakukan evaluasi mandiri (<i>self-evaluation</i>) terkait kepatuhan latihan fisik dengan mengisi
--	--	--

		lembar jadwal aktivitas harian. 6.14 Lakukan validasi secara berkala terhadap kemampuan dan kemandirian klien dalam menjalankan latihan tersebut. 6.15 Berikan apresiasi dan penguatan positif atas upaya serta keberhasilan yang dicapai pasien. 6.16 Ajukan pertanyaan evaluatif kepada pasien: "Apakah latihan fisik yang telah dipelajari ini efektif dalam meredakan intensitas kemarahan Anda?".
TUK 7 : 7. Pasien mampu mendemonstrasikan interaksi sosial (secara verbal) yang asertif guna	7.1 Pasien mampu mengidentifikasi cara berkomunikasi verbal yang adaptif dalam mengendalikan	7.1 Diskusikan bersama klien mengenai teknik-teknik komunikasi verbal yang baik dan efektif.

mencegah risiko perilaku kekerasan.	risiko perilaku kekerasan, meliputi: a. Menyampaikan permintaan secara baik b. Mengungkapkan penolakan secara baik c. Mengekspresikan perasaan secara asertif 7.2 Pasien mampu mempragakan teknik komunikasi verbal yang baik dan benar. 7.3 Pasien memiliki rencana jadwal latihan untuk membiasakan cara berkomunikasi yang baik. 7.4 Pasien melakukan evaluasi mandiri terhadap perkembangan kemampuan bicaranya sesuai jadwal yang telah ditetapkan.	7.2 Berikan contoh konkret cara berkomunikasi yang asertif, seperti: a. Cara meminta sesuatu dengan sopan b. Cara menolak sesuatu dengan santun c. Cara mengungkapkan perasaan tanpa memicu konflik 7.3 Bimbing klien untuk meniru contoh komunikasi verbal yang telah diperagakan, contohnya: a. Meminta dengan sopan: "Saya memerlukan uang ini untuk membeli makanan." b. Menolak dengan santun: "Mohon maaf, saya tidak dapat memenuhinya
--	--	--

		karena sedang ada aktivitas lain.” c. Mengungkapkan perasaan secara asertif: "Saya merasa kecewa karena permohonan saya belum terpenuhi," disampaikan dengan intonasi suara yang tenang dan rendah. 7.4 Minta pasien untuk mempraktikkan kembali contoh komunikasi tersebut secara mandiri. 7.5 Berikan apresiasi atau reinforcement positif atas keberhasilanm pasien dalam mempraktikkannya. 7.6 Diskusikan bersama pasien mengenai waktu dan situasi yang tepat untuk melatih kemampuan
--	--	---

		bicara asertif selama di ruangan, seperti: meminta obat atau pakaian; menolak ajakan merokok atau tidur di luar jadwal; serta menyampaikan rasa jengkel kepada perawat. 7.7 Rancang bersama jadwal aktivitas harian untuk melatih teknik komunikasi yang telah dipelajari. 7.8 Motivasi pasien untuk mengevaluasi pelaksanaan latihan komunikasi asertif tersebut secara mandiri melalui lembar jadwal harian (<i>self-evaluation</i>). 7.9 Lakukan validasi terhadap perkembangan dan kepatuhan latihan komunikasi pasien. 7.10 Berikan pujian serta penguatan
--	--	--

		positif atas usaha dan keberhasilan pasien. 7.11 Evaluasi respons subjektif dengan menanyakan: "Bagaimana perasaan Anda setelah berlatih cara bicara yang baik ini? Apakah intensitas keinginan untuk marah terasa berkurang?".
TUK 8 : 8. Pasien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah risiko perilaku kekerasan	8.1 Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah risiko perilaku kekerasan. a. Meminta dengan baik b. Menolak dengan baik c. Mengungkapkan perasaan dengan baik. 8.2 Pasien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik	8.1 Diskusikan dengan pasien kegiatan ibadah yang pernah dilakukan. 8.2 Bantu pasien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan di ruang perawat. 8.3 Bantu pasien memilih kegiatan ibadah yang akan dilakukan 8.4 Minta pasien mendemonstrasikan kegiatan ibadah yang dipilih.

	8.3 Pasien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik 8.4 Pasien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun	8.5 Beri pujian atas keberhasilan pasien 8.6 Pasien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan 8.7 Susun jadwal kegiatan untuk melatih kegiatan ibadah. 8.8 Pasien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan harian 8.9 Validasi kemampuan pasien dalam melakukan validasi 8.10 Berikan pujian atas keberhasilan pasien 8.11 Tanyakan kepada pasien “ bagaimana perasaan imam setelah teratur melaksanakan ibadah? Apakah
--	---	---

		keinginan merah berkurang?”.
TUK 9 : 9. Pasien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah risiko perilaku kekerasan	9.1 Pasien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu (prinsip 5 benar: benar orang, dosis, waktu dan cara pemberian)	9.1 Diskusikan dengan pasien tentang jenis obat yang diminumnya (nama, warna, besarnya); waktu minum obat (jika 3 kali: pk1 07.00), 13.00, 19.00; cara minum obat 9.2 Diskusikan dengan pasien manfaat minum obat secara teratur: a. Beda perasaan sebelum minum obat dan sesudah minum obat. b. Jelaskan bahwa jenis obat hanya boleh diubah oleh dokter.

2.4.6 Implementasi Keperawatan

Strategi Pelaksanaan (SP) Berdasarkan Pertemuan

1) SP 1 Pasien

- a. Menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan.
- b. Menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.
- c. Menyebutkan risiko perilaku kekerasan yang dilakukan.
- d. Menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan.
- e. Menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan.
- f. mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik.
- g. Masuk jadwal kegiatan pasien.

2) SP 2 Pasien

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
2. mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik
3. Latih verbal (3 macam)
4. Masuk jadwal kegiatan pasien

3) SP 3 Pasien

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)
2. mempraktikkan latihan cara verbal/sosial (3 macam)
3. Masuk jadwal kegiatan pasien

4) SP 4 Pasien

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2) dan verbal
2. Latih cara spiritual (terapi psikoreligi dzikir)
3. Masuk jadwal kegiatan pasien

5) SP 5 Pasien

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2) ,verbal (SP 3), Spiritual dzikir
- b. Latihan patuh obat
- c. Masuk jadwal kegiatan pasien

2.4.7 Evaluasi Keperawatan

Penilaian kemampuan klien dengan masalah perilaku kekerasan :

- a. Nama klien :
- b. Nama ruangan :
- c. Nama perawat :

Petunjuk pengisian:

Tabel 2. 8 Evaluasi Keperawatan

No	Kemampuan	Tanggal	Iya	Tidak
	SP 1 Pasien			
1	Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan 3. 4. 5. 6.			
2	Menyebutkan tanda dan gejala PK			
3	Menyebutkan PK yang dilakukan			
4	Menyebutkan akibat PK			
5	Menyebutkan cara mengontrol PK			
6	Mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I			
	SP 2 Pasien			
7	Mempraktekkan latihan cara fisik II dan memasukkan dalam jadual			
	SP 3			
8	Mempraktekkan latihan cara verbal dan memasukkan dalam jadual			
	SP 4			

9	Mempraktekkan latihan cara spiritual dan memasukkan dalam jadual			
	SP 5			
10	Mempraktekkan latihan cara minum obat dan memasukkan dalam jadwal			