

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis yang ditandai oleh adanya gangguan psikopatologi yang kompleks dan bervariasi, meliputi aspek kognitif, emosional, persepsi, serta perilaku, dengan gangguan proses pikir sebagai gejala utama (Fitrikasari & Kartikasari, 2022). Kondisi ini umumnya muncul sebelum usia 25 tahun, bersifat kronis sepanjang hidup, dan dapat dialami oleh individu dari berbagai lapisan sosial maupun ekonomi.

Skizofrenia juga diartikan sebagai suatu gangguan psikotik fungsional yang ditandai dengan munculnya gejala psikotik khas serta disertai penurunan kemampuan dalam fungsi sosial, aktivitas pekerjaan, dan perawatan diri. Gangguan ini dipandang sebagai penyakit pada otak yang terjadi akibat adanya ketidakseimbangan kadar dopamin, yaitu salah satu neurotransmitter penting dalam sistem saraf pusat (Azizah dkk., 2016).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan skizofrenia merupakan gangguan psikotik kronis yang ditandai oleh kelainan fungsi pikir, emosi, persepsi, dan perilaku, dengan gejala psikotik khas serta penurunan kemampuan dalam fungsi sosial, pekerjaan, dan perawatan diri. Penyakit ini umumnya mulai muncul pada usia muda, berlangsung seumur hidup, dan

berhubungan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter, khususnya dopamin, sehingga memerlukan terapi utama berupa obat antipsikotik.

2. Etiologi

Skizofrenia dapat muncul akibat kombinasi berbagai faktor, menurut (Videbeck, 2020) Skizofrenia secara umum dibagi menjadi faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Genetik

Faktor keturunan merupakan salah satu penyebab utama yang memengaruhi terjadinya skizofrenia. Anak dengan orang tua penderita skizofrenia tetap memiliki risiko mengalami gangguan ini meskipun dibesarkan dalam keluarga tanpa riwayat penyakit serupa. Risiko meningkat jika kedua orang tua menderita skizofrenia.

b) Neuroanatomi

Penderita skizofrenia umumnya memiliki struktur otak yang berbeda dengan individu normal. Hasil pemeriksaan menunjukkan adanya pelebaran ventrikel otak, atrofi pada korteks, penurunan volume jaringan otak, serta aktivitas metabolik yang tidak seimbang pada area frontal dan temporal. Selain itu, ditemukan juga perubahan distribusi sel otak sejak masa perkembangan prenatal.

c) Neurokimia

Gangguan pada sistem neurotransmitter turut berperan dalam munculnya skizofrenia. Pada kondisi normal, sinyal saraf berjalan dengan teratur sehingga menghasilkan pikiran, perasaan, dan tindakan yang sesuai. Namun pada penderita skizofrenia, sinyal tersebut mengalami hambatan sehingga tidak sampai pada sel tujuan dan menimbulkan gangguan fungsi otak.

2) Faktor Psikologis

Ketidakmampuan individu dalam melewati tahapan perkembangan psikososial dapat menjadi salah satu penyebab. Anak yang gagal membangun rasa percaya diri sejak dini berisiko mengalami konflik psikologis jangka panjang. Akibatnya, individu kesulitan mengatasi masalah, mengalami gangguan identitas, serta kesulitan dalam mengendalikan diri.

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Lingkungan sosial-ekonomi rendah berhubungan dengan meningkatnya risiko skizofrenia. Faktor yang berperan antara lain kondisi kemiskinan, tempat tinggal padat, gizi kurang, minimnya perawatan prenatal, serta terbatasnya sumber daya dalam menghadapi stres dan tekanan hidup.

b. Faktor Presipitasi

1) Biologis

Stres biologis dapat memicu respons neurobiologis yang tidak adaptif, termasuk gangguan komunikasi antarotak, kelainan dalam mekanisme

pemrosesan informasi, serta kesulitan dalam menyaring rangsangan dari lingkungan.

2) Lingkungan

Individu dengan toleransi stres rendah lebih rentan mengalami gangguan jiwa ketika berhadapan dengan tekanan lingkungan.

3) Pemicu Gejala

skizofrenia seringkali muncul akibat adanya pemicu tertentu, baik yang berasal dari faktor kesehatan, kondisi lingkungan, maupun perilaku individu. Pemicu ini dapat menimbulkan kambuhnya gejala atau memperburuk kondisi yang sudah ada.

3. Jenis Skizofrenia

Menurut (Azizah dkk., 2016) jenis-jenis skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Skizofrenia simpleks ditandai oleh gejala utama berupa penurunan emosi dan hilangnya kemauan untuk beraktivitas.
- b. Skizofrenia hebefrenik memiliki ciri utama terganggu pada proses berpikir, kemauan, dan munculnya perasaan depersonalisasi. Kondisi ini sering disertai dengan adanya waham (keyakinan salah) serta halusinasi.
- c. Skizofrenia katatonik ditandai dengan gangguan pada fungsi psikomotor, seperti keadaan tidak bergerak (stupor) atau justru menunjukkan perilaku gelisah dan gaduh.

- d. Skizofrenia paranoid memiliki gejala utama berupa rasa curiga yang berlebihan, disertai dengan waham kejar (merasa dikejar atau diancam) maupun waham kebesaran (merasa memiliki kekuasaan luar biasa).
- e. Episode skizofrenia akut (mirip skizofrenia) merupakan kondisi mendadak yang bersifat akut dan sering kali disertai perubahan tingkat kesadaran, seperti kesadaran yang menjadi kabur atau berkabut.
- f. Skizofrenia psikoafektif adalah bentuk skizofrenia yang disertai gejala gangguan afektif seperti depresi atau mania, sehingga tampak perpaduan antara gangguan pikiran dan suasana perasaan.
- g. Skizofrenia residual terjadi ketika gejala primer skizofrenia masih tersisa setelah penderita mengalami beberapa kali episode serangan sebelumnya.

Secara umum, tipe skizofrenia yang paling sering ditemukan pada lansia adalah paranoid, simpleks, dan laten. Lansia dengan gangguan ini sering kali kurang mendapatkan perhatian keluarga karena perilaku mereka yang cenderung sulit diterima, seperti terlalu curiga, mudah marah, bermusuhan, serta kadang menunjukkan perilaku seksual yang tidak pantas.

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Mashudi, 2021) terdapat dua gejala utama pada skizofrenia, yaitu gejala positif dan gejala negatif.

a. Gejala Positif

1) Waham

Merupakan keyakinan yang tidak tepat dan tidak sesuai dengan kenyataan, tetapi tetap diyakini serta diungkapkan secara terus-menerus.

Bentuknya bisa berupa waham kejar, waham curiga, atau waham kebesaran.

2) Halusinasi

Gangguan pada pancaindra di mana seseorang merasakan seolah-olah ada rangsangan dari luar padahal sebenarnya tidak ada. Halusinasi dapat muncul dalam bentuk pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecap, maupun perabaan.

3) Gangguan Arus Pikir

Terdapat beberapa bentuk gangguan, antara lain:

- a) Arus pikir terputus, yaitu kondisi di mana seseorang berhenti berbicara secara tiba-tiba dan tidak mampu melanjutkan kalimatnya.
- b) Inkoheren, yaitu berbicara dengan cara yang tidak teratur atau sulit dipahami oleh orang lain.
- c) Neologisme, yaitu penggunaan kata baru yang hanya dimengerti oleh pembicara sendiri dan tidak dipahami oleh orang lain.

4) Perubahan Perilaku

Perilaku dapat menjadi aneh, tidak sesuai norma, atau sulit dipahami oleh orang di sekitarnya.

b. Gejala Negatif

- 1) Hiperaktif, ditunjukkan dengan aktivitas yang berlebihan dan sulit dikendalikan.
- 2) Agitasi, berupa kegelisahan atau ketidaktenangan yang muncul terus-menerus.

3) Iritabilitas, yaitu mudah tersinggung atau marah meskipun terhadap hal-hal kecil.

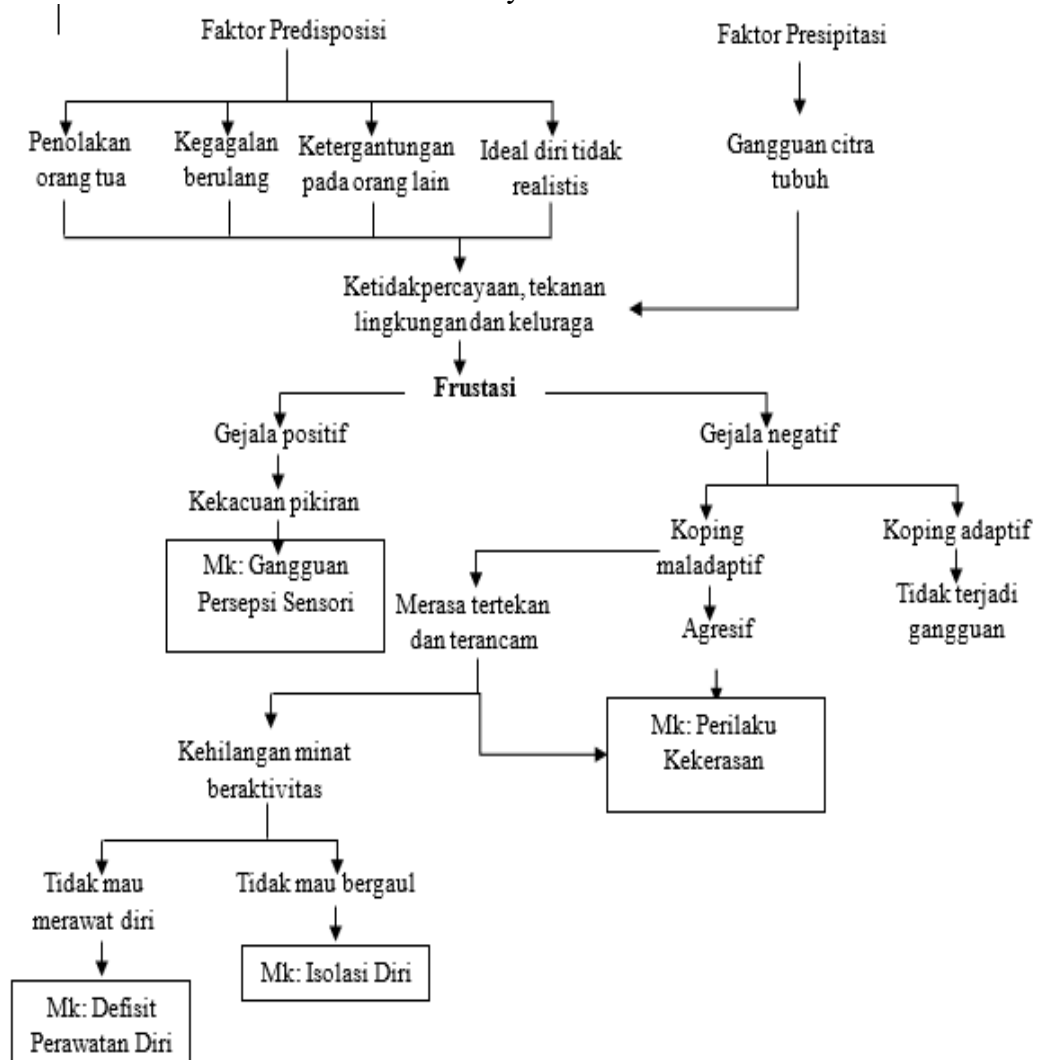
5. Psikopatologi

Skizofrenia terjadi akibat interaksi antara dua kelompok faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi meliputi aspek genetik, neuroanatomi, neurokimia, psikososial, serta kondisi sosiokultural dan lingkungan. Sementara itu, faktor presipitasi meliputi aspek biologis, lingkungan, dan pemicu gejala. Kedua faktor ini berperan dalam menimbulkan respons maladaptif pada individu, yang kemudian menyebabkan gangguan dalam penilaian situasi, kurangnya dukungan, serta mekanisme koping yang tidak efektif. Kondisi ini terkait erat dengan munculnya masalah keperawatan berupa ketidakefektifan koping individu (Mashudi, 2021).

Gejala skizofrenia dibedakan menjadi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif ditandai oleh munculnya waham, halusinasi, gangguan alur pikir, serta perubahan perilaku. Sedangkan gejala negatif ditunjukkan melalui sikap apatis, pembicaraan yang tiba-tiba terhenti (blocking), kecenderungan menarik diri dari interaksi sosial, serta penurunan kemampuan dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Gejala negatif ini kerap menimbulkan dampak psikologis tambahan, seperti hilangnya rasa percaya diri, perasaan gagal dalam mencapai tujuan, dan munculnya harga diri yang rendah (Mashudi, 2021).

6. Pathways

Gambar 2.1 Pathways Perilaku Kekerasan



(Mahmudah, 2023).

7. Penatalaksanaan

Menurut (Fitrikasari & Kartikasari, 2022), penatalaksanaan skizofrenia dilakukan melalui beberapa fase sebagai berikut:

a. Fase Akut

1) Farmakoterapi

Pada fase ini, tujuan terapi adalah mencegah pasien menyakiti diri sendiri maupun orang lain, mengontrol perilaku destruktif, serta menurunkan intensitas gejala psikotik dan gejala penyerta seperti agitasi, agresivitas, dan kegelisahan.

- a) Langkah pertama: dilakukan dengan cara berkomunikasi langsung kepada pasien untuk menenangkan dan memberikan rasa aman.
- b) Langkah kedua: menentukan keputusan pemberian obat. Tindakan isolasi atau pengikatan hanya dilakukan jika pasien berpotensi mencederai diri atau orang lain dan metode pembatasan lainnya tidak efektif. Pengikatan dilakukan sementara (sekitar 2–4 jam) dan perlu dievaluasi kembali.
- c) Obat injeksi: digunakan untuk mencapai efek kerja yang cepat meskipun terapi oral lebih diutamakan. Pilihan obat meliputi:

Tabel 2.1 Nama, dosis, rute, dan dosis maksimal obat

Nama obat	Dosis	Rute	Dosis maksimal
Olanzapine	10 mg (diulang tiap 2 jam)	IM	30 mg/hari
Aripiprazol	9,75 mg	IM	29,25 mg/hari
Haloperidol	5 mg (diulang tiap 30 menit)	IM	20 mg/hari
Diazepam	10 mg	IM/IV	30 mg/hari

- d) Obat oral: meliputi klorpromazin, perfenazin, trifluoperazin, haloperidol, aripiprazol, klozapin, olanzapin, quetiapin, risperidon, paliperidon, dan zotepin.

Pada fase akut, pengobatan dimulai segera setelah diagnosis ditegakkan, dengan dosis awal yang ditingkatkan bertahap hingga gejala terkontrol.

2) Psikoedukasi

Intervensi ditujukan untuk mengurangi stresor dan rangsangan berlebihan dari lingkungan serta membantu pasien beradaptasi terhadap situasi. Diperlukan komunikasi suportif, pemberian rasa aman, serta penyediaan lingkungan yang nyaman dan penuh toleransi.

3) Terapi lain

Terapi kejang listrik (ECT) diberikan pada pasien dengan skizofrenia katatonik atau kasus yang tidak responsif terhadap pengobatan.

b. Fase Stabilisasi

1) Farmakoterapi

Tujuannya adalah mempertahankan remisi, mengontrol gejala sisa, mencegah kekambuhan, serta mengoptimalkan fungsi dan proses pemulihan. Dosis optimal dipertahankan selama 8–10 minggu sebelum dilanjutkan ke fase rumatan. Antipsikotika kerja panjang dapat diberikan setiap 2–4 minggu.

2) Psikoedukasi

Intervensi berfokus pada peningkatan kemampuan pasien dan keluarga dalam mengenali serta mengelola gejala. Pasien dilatih melakukan perawatan diri, memahami pentingnya kepatuhan terhadap obat, dan mengikuti terapi perilaku untuk membantu proses stabilisasi.

c. Fase Rumatan

1) Farmakoterapi

Pada fase ini, dosis obat diturunkan bertahap hingga mencapai dosis minimal yang tetap efektif mencegah kekambuhan. Bila skizofrenia masih dalam fase akut awal, terapi dilanjutkan selama dua tahun; jika sudah kronis atau mengalami kekambuhan berulang, pengobatan dapat berlangsung hingga lima tahun atau bahkan seumur hidup.

2) Psikoedukasi

Tujuan utamanya adalah membantu pasien agar dapat kembali berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat. Rehabilitasi khusus, seperti pelatihan keterampilan sosial, terapi vokasional, dan latihan kognitif, diberikan untuk meningkatkan kemandirian pasien.

B. Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/ atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (Tim Pokja SDKI, 2017).

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (Nanda International Inc, 2015)

Dengan demikian, Risiko perilaku kekerasan adalah kondisi ketika seseorang memiliki potensi atau kecenderungan untuk melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, baik dalam bentuk kekerasan fisik, emosional, verbal, maupun seksual

2. Tanda dan Gejala

Pada diagnosa risiko jika merujuk pada SDKI, diagnosis ini tidak memiliki tanda dan gejala. Oleh karena itu, gambaran tanda dan gejala yang digunakan dalam pembahasan umumnya mengacu pada diagnosa aktual yaitu perilaku kekerasan dengan tanda gejalanya sebagai berikut :

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Mayor Perilaku Kekerasan

Subjektif	Objektif
1. Mengancam	1. Menyerang orang lain
2. Mengumpat dengan kata-kata kasar	2. Melukai diri sendiri/ orang lain
3. Suara keras	3. Merusak lingkungan
4. Bicara ketus	4. Perilaku agresif/ amuk

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Minor Perilaku Kekerasan

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Mata melotot atau pandangan tajam
	2. Tangan mengepal
	3. Rahang mengatup
	4. Wajah memerah
	5. Postur tubuh kaku

(Tim Pokja SDKI, 2017)

Menurut (Cahyo & Rahmawati, 2026) tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan meliputi:

- a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain
- b. Perilaku menyerang
- c. Suara keras
- d. Bicara ketus

3. Faktor Risiko

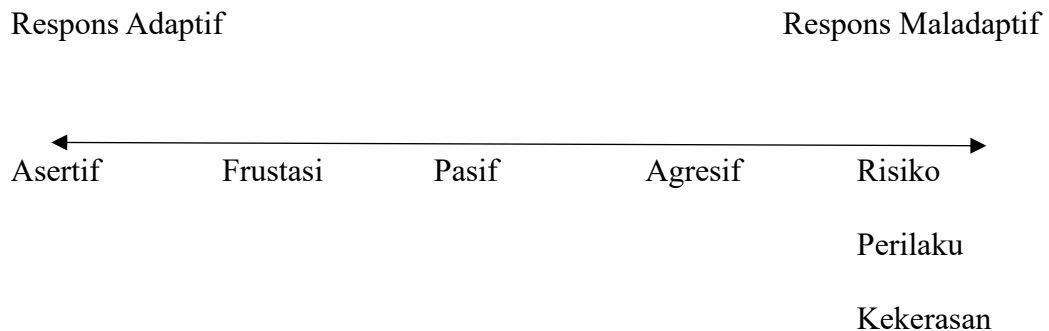
- a. Pemikiran waham/ delusi
- b. Curiga pada orang lain

- c. Halusinasi
- d. Berencana bunuh diri
- e. Disfungsi sistem keluarga
- f. Kerusakan kognitif
- g. Disorientasi atau konfusi
- h. Kerusakan kontrol impuls
- i. Persepsi pada lingkungan tidak akurat
- j. Alam perasaan depresi
- k. Riwayat kekerasan pada hewan
- l. Kelainan neurologis
- m. Lingkungan tidak teratur
- n. Penganiayaan atau pengabaian anak
- o. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau
destruksi properti orang lain
- p. Impulsif
- q. Ilusi (Tim Pokja SDKI, 2017).

4. Rentang respon

Risiko Perilaku kekerasan merupakan ekspresi dari rentang emosi dan luapan kemarahan yang ditunjukkan melalui tindakan fisik. Kemarahan pada dasarnya adalah bentuk komunikasi yang digunakan individu untuk menyampaikan pesan atau perasaan tertentu. Seseorang yang marah sebenarnya ingin mengekspresikan ketidaksetujuan, rasa tersinggung, perasaan diabaikan, tidak dihargai, atau direndahkan. Respons terhadap

kemarahan ini dapat bervariasi, mulai dari reaksi yang masih dalam batas wajar (asertif) hingga perilaku yang tidak adaptif atau menyimpang (maladaptif).

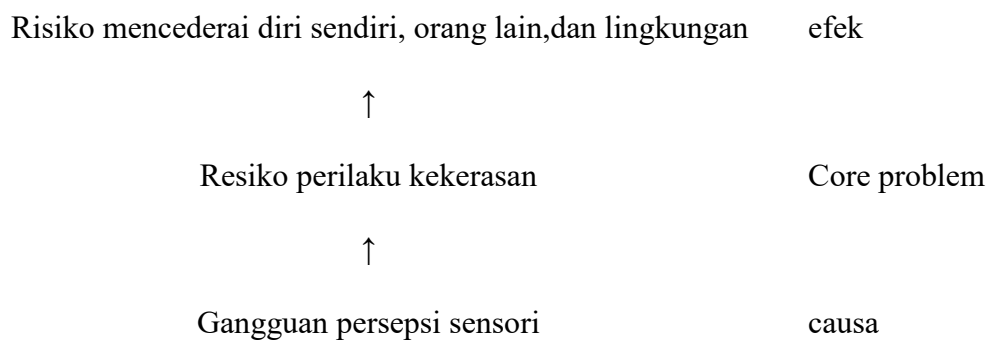


Gambar 2.2 Rentang Respon

- a. Asertif: Individu mampu mengekspresikan kemarahan secara terbuka tanpa menyalahkan orang lain, serta tetap menjaga ketenangan dirinya dan lingkungan sekitarnya.
- b. Frustrasi: Terjadi ketika seseorang tidak berhasil mencapai tujuan yang diharapkan atau kepuasan diri, dan tidak mampu menemukan alternatif pemecahan masalah.
- c. Pasif: Perilaku ini terjadi ketika seseorang kesulitan mengekspresikan perasaan atau memperjuangkan haknya sendiri, sehingga terlihat menerima dan pasrah terhadap keadaan yang dialami.
- d. Agresif: Ditandai dengan perilaku keras, menuntut, dan menunjukkan permusuhan. Individu mungkin memberikan ancaman secara verbal tanpa niat nyata untuk melukai, dan umumnya masih mampu mengendalikan diri agar tidak menyakiti orang lain.

e. Kekerasan: Perilaku ini juga dikenal sebagai agitasi atau kemarahan yang tak terkendali. Tanda-tandanya termasuk menyentuh orang lain dengan cara menakutkan, mengancam, hingga melakukan kekerasan fisik. Pada kondisi yang paling parah, individu dapat merusak secara serius karena sepenuhnya kehilangan kontrol diri (Azizah dkk., 2016).

5. Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon Masalah

6. Luaran Keperawatan Berdasarkan SLKI

Luaran keperawatan mencakup luaran utama dan luaran pendukung (Tim Pokja SLKI, 2022).

- Luaran utama : Kontrol Diri
- Luaran tambahan : Harapan, Harga diri, Identitas diri, Kontrol resiko, Status kognitif, Status neurologis, Tingkat agitasi, Tingkat delirium, dan Tingkat demensia.

Luaran yang digunakan dalam penelitian ini adalah kontrol diri Kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran, dan perilaku dalam menghadapi masalah dengan ekspektasi menurun. Adapun kriteria hasil Kontrol Diri diuraikan pada tabel 2.4

Tabel 2.4 Luaran Kontrol Diri

Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
Verbalisasi ancaman kepada orang lain	1	2	3	4	5
Verbalisasi umpatan	1	2	3	4	5
Perilaku menyerang	1	2	3	4	5
Perilaku melukai diri sendiri/orang lain	1	2	3	4	5
Perilaku merusak lingkungan sekitar	1	2	3	4	5
Perilaku agresif/amuk	1	2	3	4	5
Suara keras	1	2	3	4	5
Bicara ketus	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan bunuh diri	1	2	3	4	5
Verbalisasi isyarat bunuh diri	1	2	3	4	5

Ket : 1 : Meningkat, 2 : Cukup Meningkat, 3 : Sedang, 4 : Cukup Menurun, 5 : Menurun

(Tim Pokja SLKI, 2022).

7. Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI

Tindakan yang dapat dilakukan pada keperawatan perilaku kekerasan dapat berupa intervensi utama maupun intervensi pendukung, yang meliputi :

a. Intervensi utama

ada empat yaitu edukasi keselamatan lingkungan, manajemen mood, manajemen pengendalian marah, dan manajemen perilaku.

b. Intervensi pendukung

- 1) Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan
- 2) Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan
- 3) Dukungan Memaafkan
- 4) Dukungan Pelaksanaan Ibadah
- 5) Dukungan Pemulihan Penyalahgunaan Alkohol
- 6) Dukungan Pemulihan Penyalahgunaan Zat
- 7) Dukungan Perasaan Bersalah

- 8) Dukungan Pengungkapan Kebutuhan
- 9) Dukungan Tanggung Jawab pada Diri Sendiri
- 10)Edukasi Penyalahgunaan Alkohol
- 11)Edukasi Penyalahgunaan Zat
- 12)Identifikasi Risiko
- 13)Intervensi Krisis
- 14)Konseling
- 15)Kontrak Perilaku Positif
- 16)Konsultasi Via Telepon
- 17)Latihan Asertif
- 18)Latihan Pengendalian Impuls
- 19)Limit Setting
- 20)Manajemen Delirium
- 21)Manajemen Demensia
- 22)Manajemen Elektrokonvulsif
- 23)Manajemen Halusinasi
- 24)Manajemen Isolasi
- 25)Manajemen Kejang
- 26)Manajemen Keselamatan Lingkungan
- 27)Manajemen Mood
- 28)Manajemen medikasi
- 29)Manajemen Pengendalian Marah
- 30)Manajemen Penyalahgunaan Zat

- 31)Manajemen Perilaku
- 32)Manajemen Putus Zat
- 33)Mediasi Konflik
- 34)Modifikasi Perilaku Keterampilan Sosial
- 35)Orientasi Realita
- 36)Pemberian Obat
- 37)Pemberian Obat Intramuskular
- 38)Pemantauan Neurologis
- 39)Pencegahan Bunuh Diri
- 40)Pencegahan Penyalahgunaan Zat
- 41)Pencegahan Perilaku Kekerasan
- 42)Penentuan Tujuan Bersama
- 43)Pengekangan Fisik
- 44)Pengontrolan Penyalahgunaan Zat
- 45)Promosi Dukungan Keluarga
- 46)Promosi Harapan
- 47)Promosi Harga Diri
- 48)Promosi Kepercayaan Diri
- 49)Promosi Kesadaran Diri
- 50)Promosi Koping
- 51)Promosi Sistem Pendukung
- 52)Promosi Sosialisasi
- 53)Reduksi Ansietas

- 54) Restrukturisasi Kognitif
- 55) Seklusi
- 56) Skrining Penganiayaan/Persekusi
- 57) Surveilans
- 58) Teknik Distraksi
- 59) Teknik Menenangkan
- 60) Terapi Bantuan Hewan
- 61) Terapi Bermain
- 62) Terapi Kelompok
- 63) Terapi Keluarga
- 64) Terapi Kognitif Perilaku
- 65) Terapi Penyalahgunaan Zat (Detoksikasi Zat)
- 66) Terapi Rekreasi
- 67) Terapi Seni
- 68) Triase
- 69) Triase Telepon

Penelitian ini penulis mengambil intervensi Dukungan Pelaksanaan Ibadah (Tim Pokja SIKI, 2018).

C. Konsep Psikoreligi

1. Pengertian

Psikoreligi merupakan terapi yang menggunakan pendekatan keagamaan yang dianut oleh klien dan cenderung menyentuh sisi spiritual manusia untuk

membangkitkan kekuatan spiritual dalam menghadapi penyakit (Pribadi & Djamaludin, 2019).

Terapi psikoreligius adalah terapi yang biasanya melalui pendekatan keagamaan yang dianut oleh klien dan cenderung untuk menyentuh sisi spiritual manusia, untuk membangkitkan kekuatan spiritual dalam menghadapi penyakit yang dideritanya (Pribadi & Djamaludin, 2019).

Menurut (Lesmana & Delita, 2023), psikoreligius merupakan salah satu jenis psikoterapi menggunakan pendekatan spiritual dalam proses penyembuhannya dan dianggap lebih tinggi dari terapi psikologi lainnya, alasannya yaitu terdapat di dalam unsur spiritual tersebut karena bisa menumbuhkan harapan, percaya diri, dan keimanan. Dari hal tersebut otomatis bisa meningkatkan kekebalan tubuh dan pikiran dan membantu mempercepat proses penyembuhan.

Jadi, terapi psikoreligi dapat diartikan sebagai salah satu bentuk psikoterapi yang mengintegrasikan pendekatan spiritual dan nilai-nilai keagamaan yang dianut oleh klien ke dalam proses penyembuhan. Berbeda dengan terapi psikologi pada umumnya, pendekatan ini secara khusus menyentuh sisi batiniah manusia dengan tujuan membangkitkan kekuatan spiritual, seperti harapan, rasa percaya diri, dan keimanan.

2. Alat dan Bahan

Berdasarkan penerapan terapi psikoreligi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, alat dan bahan yang diperlukan antara lain (Lesmana & Delita, 2023; Pribadi & Djamaludin, 2019):

- a. Lembar observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan (pre-test dan post-test).
- b. Format pengkajian asuhan keperawatan jiwa dan rekam medis.
- c. Buku panduan atau teks doa/dzikir (jika diperlukan).
- d. Ruangan atau lingkungan yang tenang dan nyaman.

3. indikasi

Indikasi dari terapi psikoreligi adalah pada pasien skizofrenia yang mengalami masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan. Pasien dengan kondisi ini umumnya menunjukkan tanda dan gejala seperti mata melotot, pandangan tajam, berbicara dengan nada keras, menyerang orang lain, wajah memerah dan tegang, sering mengamuk, membawa senjata tajam, serta memukul orang lain (Lesmana & Delita, 2023). Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping terhadap stres, ketidakmampuan terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan (Lesmana & Delita, 2023). Terapi ini diberikan sebagai upaya non-farmakologi untuk membantu pasien mengontrol emosi, menenangkan pikiran, mengurangi agresivitas, serta mendukung kepatuhan dalam menjalani proses pengobatan (Pribadi & Djamaludin, 2019).

4. Kelebihan Tindakan

Terapi psikoreligi terbukti efektif menurunkan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Penelitian oleh (Sulistyowati dkk., 2015) membuktikan

bahwa terapi psikoreligi berpengaruh signifikan terhadap penurunan respon perilaku ($p=0,000$), respon verbal ($p=0,000$), respon emosi ($p=0,000$), dan respon fisik ($p=0,000$). Temuan tersebut sejalan dengan (Pribadi & Djamaludin, 2019) yang menunjukkan bahwa terapi psikoreligi mampu menurunkan skor perilaku kekerasan secara sangat signifikan dari rata-rata 16,87 menjadi 13,0 ($p=0,000$). Selain itu, (Lesmana & Delita, 2023) menguatkan bahwa terapi psikoreligius dengan cara berdzikir memberikan pengaruh yang baik dan signifikan terhadap pengontrolan emosi dan mengurangi risiko perilaku kekerasan klien, ditandai dengan respon klien yang tampak lebih tenang. Ketiga jurnal tersebut secara konsisten menegaskan bahwa terapi psikoreligi adalah intervensi non-farmakologis yang efektif, dapat menurunkan berbagai komponen perilaku kekerasan (fisik, verbal, emosi), mudah diterapkan, tidak memerlukan alat khusus, dan sangat bermanfaat bagi pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan.

5. Format Observasi

Tabel 2.5 SOP Psikoreligi

SOP	<i>Terapi Psikoreligi pada Pasien Skizofrenia dengan Risiko Perilaku Kekerasan</i>
Pengertian	Terapi psikoreligius merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menggunakan pendekatan spiritual dalam proses penyembuhannya dan dianggap lebih tinggi dari terapi psikologi lainnya, alasannya yaitu terdapat di dalam unsur spiritual tersebut karena bisa menumbuhkan harapan, percaya diri, dan keimanan. Dari hal tersebut otomatis bisa meningkatkan kekebalan tubuh dan pikiran dan membantu mempercepat proses penyembuhan (Lesmana & Delita, 2023).
Tujuan	1. Pasien mengetahui cara mengontrol perilaku kekerasan dengan terapi psikoreligius (Cahyo & Rahmawati, 2026). 2. Pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan mengontrol perilaku kekerasan dengan terapi psikoreligius (Cahyo & Rahmawati, 2026).

	3. Mengetahui keberhasilan implementasi yang dilaksanakan (Cahyo & Rahmawati, 2026)
Referensi	Lesmana, N. K., & Delita, S. (2023). Penerapan Terapi Psikoreligius pada Pasien Schizofrenia dengan Masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan. <i>Jurnal STIKES YPIB Majalengka</i>, 11(1), 80-86. Cahyo, F. D., & Rahmawati, A. N. (2026). Penerapan Terapi Psikoreligius Untuk Mengurangi Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. <i>Borneo Nursing Journal (BNJ)</i>, 8(2), 1452-1458.
Prosedur	Persiapan alat dan bahan: 1. Format pengkajian asuhan keperawatan jiwa. 2. Rekam medis pasien. 3. Lembar observasi tanda gejala perilaku kekerasan. Langkah pelaksanaan : 1. Cuci tangan. 2. Pastikan pasien atau keluarga sudah menandatangani persetujuan tindakan. 3. Jelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur terapi kepada pasien/keluarga. 4. Posisikan pasien duduk dengan tegak, rileks, dan nyaman. 5. Laksanakan terapi psikoreligius dengan cara mengajarkan pasien mengontrol emosi dengan berdzikir. Adapun cara terapi psikoreligius adalah apabila pasien merasa emosi, pasien melafalkan istigfar "Astagfirullahaladzim" selama 10 menit. 6. Durasi terapi dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan. 7. Hentikan terapi bila pasien mengalami gelisah berlebihan atau kelelahan. Evaluasi: 1. Lakukan penilaian tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dengan lembar observasi sebelum dan sesudah terapi. 2. Amati kemampuan pasien dalam memperagakan ulang terapi psikoreligius dengan cara berdzikir 3. Catat hasil pada lembar evaluasi perkembangan pasien Terminasi: 1. Pastikan pasien dalam kondisi tenang dan aman. 2. Berikan umpan balik positif kepada pasien atas partisipasi dalam terapi. 3. Edukasi pasien/keluarga agar latihan psikoreligius dapat dilanjutkan secara mandiri. 4. Bersihkan dan simpan alat yang digunakan. 5. Cuci tangan.