BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Relaksasi Otot Progresif

1. Definisi Relaksasi Otot Progresif

Relaksasi otot progresif merupakan suatu metode yang mengajarkan individu untuk merilekskan kelompok-kelompok otot tertentu secara bertahap dan bergantian melalui proses penegangan dan pelepasan otot secara berurutan (Sulandari et al., 2021).

Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa relaksasi otot progresif merupakan salah satu bentuk terapi relaksasi nonfarmakologis yang dapat diberikan kepada pasien untuk membantu mencapai kondisi tubuh yang lebih rileks serta mengurangi ketegangan otot melalui serangkaian gerakan terstruktur.

2. Jenis-jenis terapi Relaksasi Otot Progresif

a. *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) dasar

PMR dasar merupakan teknik mengencangkan dan melemaskan otot seluruh tubuh secara berurutan untuk membantu tubuh mengenali perbedaan antara kondisi tegang dan rileks (Mega & Kusumawati, 2024).

b. *Self-guided Progressive Muscle Relaxation*

Latihan mandiri yang menggunakan bantuan panduan audio atau instruksi suara untuk mempermudah pasien berlatih secara konsisten tanpa terapis (Kansal & Arun, 2021).

c. Progressive Muscle Relaxation dengan pernapasan dalam

Kombinasi gerakan otot dengan pengaturan napas terkontrol untuk memaksimalkan efek tenang dan menurunkan ketegangan emosi (Widiya, 2023).

d. *Progressive Muscle Relaxation* modifikasi

Penyesuaian latihan (durasi dan intensitas) yang dikhususkan bagi kondisi tertentu, seperti lansia atau pasien gangguan jiwa, agar tetap aman (Nathasya, 2024).

e. *Progressive Muscle Relaxation* terintegrasi

Penggabungan relaksasi otot dengan teknik lain seperti imajinasi terbimbing (*guided imagery*) atau *mindfulness* untuk memperkuat kendali emosi dan kesadaran diri (Nathasya, 2024)

3. Faktor-faktor Penyebab Keterbatasan Teknik Relaksasi Otot Progresif

a. Pasien yang mengalami keterbatasan kondisi fisik

Individu dengan gangguan muskuloskeletal, gangguan neurologis, atau keterbatasan mobilitas dapat mengalami kesulitan dalam melakukan kontraksi dan relaksasi otot secara maksimal.

b. Pasien yang sedang menjalani perawatan dengan pembatasan aktivitas fisik/*bed Rest* (Nathasya, 2024)

4. Manfaat Relaksasi Otot Progresif

Manfaat teknik relaksasi otot progresif menurut (Azizah, 2021).

a. Berfungsi sebagai terapi non-farmakologis yang efektif menurunkan tekanan darah (sistolik dan diastolik) serta mendukung kontrol kesehatan pasien
b. Mengurangi stres dan ketegangan fisik melalui metode menegangkan lalu melemaskan otot secara sistematis yang berdampak positif pada penurunan tekanan darah tinggi
c. Mengaktifkan saraf parasimpatis untuk menciptakan relaksasi total pada tubuh sekaligus mengurangi beban stres secara psikis dan fisik
d. Menjadi alternatif pengobatan yang aman, ekonomis, dan mudah dilakukan tanpa alat atau risiko efek samping obat.

5. Evaluasi terapi relaksasi otot progresif

Penelitian oleh Ramadita and Putra (2025) membuktikan bahwa penerapan terapi relaksasi otot progresif memberikan pengaruh positif terhadap penurunan risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Berdasarkan hasil penilaian menggunakan lembar observasi perilaku kekerasan, terjadi penurunan skor rata-rata dari 12,6 sebelum intervensi menjadi 6,4 setelah terapi diberikan secara berkesinambungan. Penurunan skor ini ditunjukkan melalui berkurangnya tanda-tanda agresivitas, antara lain ketegangan otot, mudah tersinggung, perilaku impulsif, serta kecenderungan untuk menyakiti diri sendiri maupun orang lain.

Hasil tersebut mengindikasikan bahwa terapi relaksasi otot progresif membantu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengendalikan emosi dan respon perilaku, sehingga dapat dimanfaatkan sebagai intervensi keperawatan nonfarmakologis untuk menurunkan risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia

6. Standart Operasional Prosedure Relaksasi Otot Progresif

Tabel 1.1 Standar Operasional Prosedur Relaksasi Otot Progresif

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR RELAKSASI OTOT PROGRESIF	
NO	**DATA**
1	**Defenisi** Relaksasi otot progresif merupakan suatu teknik terapi nonfarmakologis yang dilakukan dengan cara menegangkan dan melemaskan kelompok otot tertentu secara sistematis dan berurutan, dengan tujuan mencapai kondisi relaksasi fisik dan psikologis yang optimal.
2	**Tujuan** • Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah, frekuensi denyut jantung, serta laju metabolisme. • Mengurangi risiko gangguan irama jantung dan menurunkan kebutuhan oksigen tubuh. • Meningkatkan aktivitas gelombang alfa otak yang berhubungan dengan kondisi sadar dan rileks. • Meningkatkan rasa nyaman, kebugaran, dan kemampuan konsentrasi. • Membantu individu dalam mengelola dan mengatasi stres. • Membantu mengalihkan emosi negatif ke arah emosi yang lebih adaptif.
3	**Manfaat** Terapi relaksasi otot progresif bermanfaat dalam menurunkan ansietas, ketegangan otot, kelelahan, gangguan tidur, nyeri otot, nyeri leher dan

	punggung, tekanan darah tinggi, fobia ringan, serta meningkatkan kualitas tidur dan konsentrasi pasien.
4	**Metode** • Metode pelaksanaan dapat dilakukan secara individu atau kelompok dengan pendampingan • Di lakukan dengan posisi duduk • Jangan terlalu menegangkan otot berlebihan • Selama latihan pejamkan mata secara perlahan dan selalu konsentrasi pada ketegangan otot selama 7-10 detik dan relaksasi selama 10-15 detik terhadap otot yang dilatih • Setiap gerakan dilakukan 2 kali latihan • Latihan membutuhkan waktu 15-20 menit
5	**A. Fase Pra Interaksi** • Menyiapkan lingkungan yang tenang, bersih, dan nyaman. • Menjaga privasi dan kenyamanan pasien.
	B. Fase Orientasi • Memberikan salam terapeutik. • Memperkenalkan diri kepada pasien. • Menjelaskan tujuan dan tahapan terapi. • Meminta persetujuan dan memastikan kesiapan pasien. • Mengatur posisi pasien (duduk atau berbaring dengan nyaman).
	C. Fase Kerja Instruksikan pasien untuk bernapas perlahan dan fokus pada setiap gerakan berikut: **1)** Mengernyitkan dahi dan alis selama ±10 detik, kemudian melemaskannya perlahan. 

2) Gembungkan pipi hingga otot-otot pipi terasa tegang,lalu lemaskan perlahan dengan cara menghembuskan nafas



3) Muncungkan bibir ke arah depan hingga merasakann ketegangan diarea mulut kemudian lemaskan mulut dan bibir secara perlahan



4) Mengatupkan mulut sambil menggigit gigi sambil tarik lidah kebelakang lalu lemaskan mulut secara perlahan



5) Menekan kepala ke arah punggung hingga otot leher menegang, lalu dilemaskan.



6) Menundukkan dagu ke arah dada sampai terasa tegang, kemudian dilepas.



7) Mengangkat kedua bahu kearah telinga setinggi-tingginya,lemaskan kemudian turunkan kedua bahu secara perlahan



8) Genggam tangan kiri dan kanan membut kepalan lalu kepalan ini di genggam semakin kuat lalu lepaskan kepalan secara perlahan



9) Tekukkan kedua pergelangan tangan kebelakang secara perlahan, jari-jari menghadap kelangit-langit lalu lemaskan kedua tangan secara perlahan



10) Genggam kedua tangan sehingga membentuk kepalan lalu membawa kepalan tesebut kearah pundak selanjutnya lemaskan dan turunkan kedua tangan secara perlahan



11) Busungkan dada dan lengkungkan punggung ke belakang,tahan selama 10 detik selanjutnya lemaskan punggung



12) Menarik perut ke arah dalam sekuat-kuatnya tahan selama 10 detik lalu kempiskan perut secara pelahan



13) Menarik kedua telapak kaki kearah dalam dan kedua tangan berusaha menggapai ibu jari sehingga terasa ketegangan di kedua betis selanjutnya lemaskan kedua kaki secara perlahan.



5	**TERMINASI** a. Evaluasi hasil kegiatan b. Kontrak pertemuan selanjutnya c. Akhiri kegiatan/ berpamitan denganpasien d. Mencuci tangan
6	**DOKUMENTASI** Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan
7	**REFERENSI** • Stuart, G. W. (2021). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Elsevier. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of Nursing*. Elsevier. • Ramadita, C., & Putra, R. S. (2025). Pengaruh Relaksasi Otot Progresif terhadap Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*

B. Konsep Perilaku Kekerasan

1. Defenisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan bentuk perilaku agresif yang ditunjukkan melalui tindakan fisik maupun verbal terhadap individu lain atau lingkungan sekitar, yang bertujuan atau berpotensi menimbulkan cedera fisik, gangguan psikologis, maupun kerugian. Perilaku ini muncul sebagai ekspresi negatif dari emosi, khususnya kemarahan yang tidak dapat dikendalikan, sehingga mencerminkan kegagalan individu dalam mengelola respon emosional secara adaptif dan dapat membahayakan keselamatan diri sendiri maupun orang lain (Pina et al., 2022).

Perilaku kekerasan dapat diartikan sebagai perilaku agresi yang muncul secara tidak terkontrol, baik dalam bentuk verbal maupun fisik, seperti ancaman, intimidasi, serta tindakan perusakan, yang berpotensi menimbulkan dampak fisik maupun trauma psikologis pada korban. Kondisi ini umumnya merupakan respons

maladaptif terhadap perasaan marah atau frustrasi, di mana individu tidak mampu mengendalikan dorongan agresifnya sehingga berdampak negatif terhadap hubungan sosial dan lingkungan sekitarnya (Ananda et al., 2024).

2. Penyebab Perilaku Kekerasan.

Penyebab perilaku kekerasan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, baik yang berasal dari dalam diri individu maupun dari lingkungan sekitarnya. Secara umum, faktor penyebab perilaku kekerasan dikelompokkan menjadi faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Ananda et al., 2024).

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor dasar yang sudah ada pada diri individu dan dapat meningkatkan kerentanan seseorang untuk menunjukkan perilaku kekerasan di kemudian hari.

1) Faktor biologis

Faktor biologis meliputi gangguan fungsi otak, ketidakseimbangan neurotransmiter, serta rendahnya kontrol impuls yang memicu reaksi agresif saat menghadapi tekanan. (Pina et al., 2022).

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis mencakup ketidakmampuan mengelola emosi, riwayat trauma, kegagalan, atau penolakan yang menyebabkan toleransi stres menjadi rendah. (Maulina et al., 2024).

3) Faktor sosial dan lingkungan

Faktor sosial dan lingkungan berkaitan dengan pola asuh yang tidak suportif, lingkungan penuh konflik, serta proses belajar sosial dari paparan kekerasan di sekitar (Maulina et al., 2024).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presitipasi merupakan faktor pemicu langsung yang dapat menyebabkan munculnya perilaku kekerasan pada individu yang sebelumnya sudah memiliki kerentanan. Faktor ini bersifat situasional dan dapat berbeda pada setiap individu (Maulina et al., 2024).

1) Tekanan hidup seperti stres berat, kehilangan pekerjaan, atau kehilangan orang yang dicintai

2) Konflik interpersonal, pengalaman perundungan (*bullying*), serta tekanan akademik atau sosial.
3) Paparan informasi negatif dari media sosial atau peristiwa traumatis seperti bencana alam yang tidak disertai dengan kemampuan koping yang memadai.

3. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diketahui melalui pengkajian terhadap ungkapan pasien serta hasil observasi perilaku dan kondisi fisik pasien. Pengkajian ini penting dilakukan untuk mengenali adanya risiko perilaku kekerasan sejak dini, sehingga dapat diberikan penanganan yang tepat (Tukatman et al., 2023).

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dibedakan menjadi data subjektif dan data objektif.

a. Data subjektif

Data subjektif diperoleh dari ungkapan atau pernyataan pasien yang menunjukkan adanya kemarahan atau dorongan untuk menyakiti. Pasien dapat mengungkapkan ancaman terhadap orang lain, menggunakan kata-kata kasar, serta menyatakan keinginan untuk memukul, melukai, atau merusak lingkungan sekitar.

b. Data objektif

Data objektif diperoleh melalui hasil observasi langsung terhadap perilaku dan respon fisik pasien. Pasien dengan perilaku kekerasan dapat menunjukkan wajah tampak memerah dan tegang, pandangan mata tajam, rahang terkatup kuat, serta tangan mengepal. Selain itu, pasien sering berbicara dengan nada kasar atau suara tinggi, berteriak, tampak gelisah dan mondar-mandir, serta dapat melakukan tindakan memukul atau melempar benda maupun orang di sekitarnya.

Manifestasi klinis perilaku kekerasan juga dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu aspek fisik, emosi, dan perubahan perilaku

1) Aspek fisik

Pada aspek fisik, pasien dapat mengalami peningkatan tekanan darah, denyut nadi meningkat, wajah tampak merah, pandangan mata tajam, ketegangan otot, pupil melebar, serta peningkatan frekuensi buang air kecil sebagai respon aktivasi sistem saraf simpatis.

2) Aspek emosi

Pada aspek emosi, pasien cenderung menunjukkan emosi yang tidak stabil, mudah tersinggung, tidak sabar, ekspresi wajah tampak tegang, berbicara dengan nada suara tinggi, mudah berdebat, serta sering memaksakan kehendak.

3) Aspek perubahan perilaku

Pada aspek perubahan perilaku, pasien dapat terlihat agresif, bermusuhan, curiga berlebihan, aktivitas psikomotor meningkat, serta cara berbicara keras dan kasar.

4. Penanganan Perilaku Kekerasan

Penanganan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia perlu dilakukan secara komprehensif melalui pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis. Tujuan utama dari penanganan ini adalah untuk mengendalikan gejala agresif, menurunkan tingkat agitasi, serta membantu pasien mengembangkan perilaku yang lebih adaptif (Tukatman et al., 2023).

a. Terapi farmakologi

Terapi farmakologi merupakan salah satu intervensi utama dalam menangani perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Pemberian obat antipsikotik bertujuan untuk menurunkan gejala psikotik serta mengontrol aktivitas psikomotor yang berlebihan. Obat antipsikotik tipikal dengan potensi tinggi seperti haloperidol atau antipsikotik potensi sedang seperti chlorpromazine dapat digunakan sesuai indikasi medis. Apabila pasien mengalami kecemasan dan agitasi berat, dapat diberikan obat penenang atau ansiolitik sebagai terapi tambahan. Pemberian obat dilakukan sesuai dosis dan pengawasan tenaga kesehatan untuk mencegah efek samping yang merugikan (Yuliana et al., 2022)

b. Terapi okupasi

Terapi okupasi merupakan bentuk terapi nonfarmakologis yang menggunakan berbagai aktivitas terstruktur sebagai media untuk melatih kemampuan adaptif pasien. Kegiatan dalam terapi okupasi tidak selalu berupa pekerjaan, tetapi dapat berupa aktivitas sederhana seperti membaca, menggambar, bermain permainan ringan, atau aktivitas kelompok lainnya. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan komunikasi, konsentrasi, serta mengurangi perilaku agresif. Pada pasien skizofrenia, terapi okupasi menjadi bagian penting

dalam proses rehabilitasi agar pasien mampu berfungsi kembali secara optimal di lingkungan sosial (Yuliana et al., 2022).

c. Peran serta keluarga

Keluarga memiliki peran penting sebagai sistem pendukung utama dalam perawatan pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan. Dukungan keluarga yang baik dapat membantu pasien mengontrol emosi, mematuhi pengobatan, serta mencegah kekambuhan perilaku maladaptif. Keluarga yang memiliki kemampuan dalam mengelola stres dan memahami kondisi pasien akan lebih mampu membantu proses pemulihan dan meningkatkan derajat kesehatan pasien secara menyeluruh (Tukatman et al., 2023).

d. Terapi somatik

Terapi somatik merupakan terapi yang berfokus pada kondisi fisik pasien dengan tujuan memengaruhi perubahan perilaku. Terapi ini dilakukan melalui tindakan medis tertentu yang diarahkan pada respon fisik, namun sasaran akhirnya adalah perubahan perilaku pasien dari maladaptif menjadi adaptif. Terapi somatik biasanya diberikan pada pasien dengan gangguan jiwa berat yang menunjukkan gejala perilaku kekerasan yang sulit dikendalikan (Nugroho & Astuti, 2023).

e. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik atau *Electroconvulsive Therapy* (ECT) merupakan tindakan medis yang dilakukan dengan memberikan rangsangan listrik pada otak melalui elektroda yang ditempatkan di area kepala pasien. Terapi ini bertujuan untuk menimbulkan kejang terkontrol yang dapat membantu memperbaiki gejala gangguan jiwa berat, termasuk perilaku kekerasan yang tidak responsif terhadap pengobatan lain. ECT dilakukan dengan indikasi khusus dan pengawasan ketat oleh tenaga medis profesional ECT dilakukan dengan indikasi khusus dan pengawasan ketat oleh tenaga medis profesional (Nugroho & Astuti, 2023).

f. Terapi modalitas

Terapi modalitas merupakan pendekatan terapi keperawatan jiwa yang mencakup berbagai bentuk intervensi psikososial yang disesuaikan dengan masalah utama pasien. Pada pasien Skizofrenia dengan perilaku kekerasan, terapi modalitas

bertujuan untuk membantu pasien mengenali pemicu kemarahan, mengelola emosi, serta meningkatkan kemampuan koping. Salah satu bentuk terapi modalitas yang dapat diterapkan adalah teknik relaksasi otot progresif. Teknik ini dilakukan dengan cara mengencangkan dan merelaksasikan kelompok otot secara bertahap untuk menurunkan ketegangan fisik dan psikologis. Relaksasi otot progresif juga dapat dikombinasikan dengan latihan pernapasan, imajinasi terpimpin, dan teknik relaksasi lainnya untuk membantu pasien mengontrol emosi dan mengurangi risiko perilaku kekerasan (Arifiani & Dwi, 2021).

5. Rentang Respon Marah

Marah merupakan emosi yang dialami oleh setiap individu dengan rentang respon yang bervariasi, mulai dari respon yang bersifat adaptif hingga respon yang bersifat maladaptif. Perbedaan respon ini dipengaruhi oleh kemampuan individu dalam mengontrol emosi serta cara mengekspresikan kemarahan (Zainuddin et al., 2024).

Rentang respon marah terdiri dari respon adaptif dan respon maladaptif. Respon adaptif ditandai dengan perilaku asertif, sedangkan respon maladaptif meliputi frustasi, pasif, agresif, hingga amuk.

- Asertif merupakan bentuk pengungkapan marah secara tepat tanpa menyakiti orang lain. Individu mampu menyampaikan perasaan dengan komunikasi yang baik, jujur, dan tetap menghargai orang lain.
- Frustasi merupakan kondisi ketika individu mengalami kegagalan dalam mencapai tujuan akibat hambatan atau harapan yang tidak realistis, sehingga menimbulkan perasaan kecewa dan tertekan.
- Pasif merupakan respon lanjutan ketika individu tidak mampu mengungkapkan perasaan marah secara terbuka, sehingga emosi dipendam dan tidak tersalurkan dengan baik.
- Agresif adalah perilaku destruktif yang ditujukan untuk melampiaskan kemarahan, seperti merusak atau menyakiti, namun masih berada dalam batas kontrol diri.
- Amuk merupakan bentuk respon marah yang paling maladaptif, ditandai dengan perilaku destruktif yang tidak terkontrol dan berpotensi membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

Gambar 1.1 Rentang Respon Marah



6. *Modified Overt Aggression Scale (MOAS)*

Tingkat perilaku agresif individu diukur menggunakan *Modified Overt Aggression Scale (MOAS).* MOAS merupakan alat ukur yang digunakan untuk menilai tingkat dan bentuk perilaku agresif pada individu, khususnya pada pasien dengan gangguan jiwa. Instrumen ini menilai agresivitas berdasarkan empat kategori perilaku, yaitu agresi verbal, agresi terhadap objek, agresi terhadap diri sendiri, dan agresi terhadap orang lain. Setiap kategori dinilai berdasarkan tingkat keparahan perilaku agresif yang muncul selama periode observasi**.** Skor diberikan pada masing-masing kategori dengan rentang nilai 0 sampai 4, di mana semakin tinggi skor menunjukkan tingkat agresivitas yang semakin berat. Kategori dan skoring MOAS adalah sebagai berikut:

a. Agresi Verbal

Merupakan perilaku agresif dalam bentuk ucapan seperti membentak, mengancam, berteriak, atau berkata kasar.

- 0 : Tidak ada agresi verbal
- 1 : Agresi verbal ringan
- 2 : Agresi verbal sedang

- 3 : Agresi verbal berat
- 4 : Agresi verbal sangat berat

b. Agresi terhadap Objek

Merupakan perilaku agresif berupa tindakan merusak atau menyerang benda di sekitar, seperti melempar, memukul, atau merusak barang.

- 0 : Tidak ada agresi terhadap objek
- 1 : Agresi ringan terhadap objek
- 2 : Agresi sedang terhadap objek
- 3 : Agresi berat terhadap objek
- 4 : Agresi sangat berat terhadap objek

c. Agresi terhadap Diri Sendiri

Merupakan perilaku agresif yang ditujukan pada diri sendiri, seperti memukul diri, membenturkan kepala, atau melukai diri.

- 0 : Tidak ada agresi terhadap diri sendiri
- 1 : Agresi ringan terhadap diri sendiri
- 2 : Agresi sedang terhadap diri sendiri
- 3 : Agresi berat terhadap diri sendiri
- 4 : Agresi sangat berat terhadap diri sendiri

d. Agresi terhadap Orang Lain

Merupakan perilaku agresif yang ditujukan kepada orang lain, seperti memukul, menendang, atau menyerang secara fisik.

- 0 : Tidak ada agresi terhadap orang lain
- 1 : Agresi ringan terhadap orang lain
- 2 : Agresi sedang terhadap orang lain
- 3 : Agresi berat terhadap orang lain
- 4 : Agresi sangat berat terhadap orang lain

➢ Cara Perhitungan Skor MOAS

Setiap kategori perilaku agresif dikalikan dengan bobot tertentu untuk memperoleh skor total MOAS, dengan ketentuan sebagai berikut:

- Agresi verbal × 1
- Agresi terhadap objek × 2
- Agresi terhadap diri sendiri × 3
- Agresi terhadap orang lain × 4

Skor total MOAS diperoleh dari penjumlahan seluruh hasil perkalian skor dan bobot pada masing-masing kategori. Skor total yang dihasilkan menunjukkan tingkat keparahan perilaku agresif individu.

Dengan demikian, rumus perhitungan skor total MOAS adalah:

Skor total = (skor verbal x 1) + (skor objek x 2) + (skor diri sendiri x 3) + (skor orang lain x 4)

Karena setiap domain emiliki skor maksimal 4, maka skor maksimal yang dapat diperoleh adalah (4 x 1) + (4 x 2) + (4 x 3) + (4 x 4) = 40 maka rentang skor moas adalah 0-40

- Interpretasi Skor MOAS

Interpretasi skor total MOAS pada studi kasus ini adalah

- Skor 0 : Tidak terdapat perilaku agresif
- Skor 1–7 : Perilaku agresif ringan
- Skor 8–15 : Perilaku agresif sedang
- Skor ≥16 : Perilaku agresif berat

Semakin tinggi skor total yang diperoleh, semakin tinggi tingkat keparahan perilaku agresif yang ditunjukkan oleh pasien

C. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Defenisi skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang memengaruhi berbagai fungsi individu, seperti proses berpikir, kemampuan berkomunikasi, penghayatan perasaan, serta ekspresi emosi. Gangguan ini berkaitan dengan kelainan fungsi otak yang ditandai oleh pikiran yang tidak terorganisir, munculnya waham, halusinasi, serta perilaku yang tidak sesuai dengan realitas

Selain itu skizofrenia juga dipahami sebagai gangguan neurologis yang berdampak pada persepsi, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosial. Individu dengan skizofrenia sering mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan yang dapat terjadi secara bersamaan, sehingga menyebabkan hilangnya kontrol diri, kepanikan, serta perilaku yang dipengaruhi oleh delusi, halusinasi, dan gangguan fungsi kognitif seperti penurunan daya ingat (Manurung & Pardede, 2022).

2. Penyebab Skizofrenia

Munculnya skizofrenia berkaitan dengan gangguan keseimbangan zat biokimia di dalam sistem saraf pusat, khususnya neurotransmiter yang berperan dalam pengaturan emosi, persepsi, dan proses berpikir. Ketidakseimbangan neurotransmiter tersebut menyebabkan gangguan fungsi otak sehingga individu mengalami perubahan pola pikir, gangguan persepsi realitas, serta perilaku yang tidak terkontrol (Azhari, 2023).

Faktor genetik merupakan salah satu faktor penting yang berkontribusi terhadap terjadinya skizofrenia. Individu yang memiliki riwayat anggota keluarga dengan gangguan jiwa memiliki risiko lebih besar mengalami skizofrenia dibandingkan individu tanpa riwayat keluarga. Hal ini menunjukkan adanya peran faktor keturunan dalam meningkatkan kerentanan seseorang terhadap gangguan jiwa, meskipun tidak bersifat sebagai penyebab tunggal (Syafwan, 2025).

Selain faktor genetik, kondisi biologis dan riwayat kesehatan juga berperan dalam memicu skizofrenia. Riwayat penyakit berat seperti kejang, gangguan tiroid, cedera atau trauma kepala, serta penggunaan zat adiktif atau narkoba dapat memengaruhi fungsi otak dan meningkatkan risiko terjadinya gangguan mental. Penggunaan zat psikoaktif dalam jangka waktu tertentu dapat memperberat ketidakseimbangan kimiawi otak sehingga memicu munculnya gejala skizofrenia

Faktor psikososial turut menjadi pencetus munculnya skizofrenia, terutama pada individu yang memiliki kerentanan biologis sebelumnya. Stres psikologis akibat tekanan hidup yang berat, seperti kekecewaan yang mendalam, keinginan yang tidak tercapai, kehilangan orang yang bermakna, serta masalah sosial yang berkepanjangan dapat memperburuk kondisi mental dan memicu munculnya gangguan skizofrenia. Stresor yang berlangsung lama dapat memengaruhi

kestabilan emosi dan kemampuan individu dalam mengendalikan perilaku (Pardede, 2020)

3. Etiologi Skizofrenia

Etiologi skizofrenia bersifat multifaktorial yang melibatkan interaksi antara faktor biologis, genetik, dan psikologis. Faktor biologis berkaitan dengan ketidakseimbangan neurotransmiter di otak, terutama dopamin, serotonin, dan glutamat, yang menyebabkan gangguan persepsi, proses berpikir, serta regulasi emosi. Selain itu, adanya perubahan struktur dan fungsi otak turut berperan dalam munculnya gejala psikotik pada penderita skizofrenia

Faktor genetik dan psikososial juga berkontribusi dalam etiologi skizofrenia. Individu dengan riwayat keluarga gangguan jiwa memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami skizofrenia, terutama jika disertai dengan stres psikologis yang berkepanjangan. Tekanan emosional, pengalaman traumatis, mekanisme koping yang maladaptif, serta lingkungan sosial yang kurang suportif dapat menjadi pemicu munculnya gejala skizofrenia pada individu yang memiliki kerentanan biologis sebelumnya (Ji et al., 2025)

4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia secara umum dibedakan menjadi gejala positif dan gejala negatif (Muthi et al., 2023)

a. Gejala positif skizofrenia

Gejala positif merupakan gejala yang muncul akibat distorsi atau penambahan terhadap fungsi psikologis normal individu. Gejala positif pada skizofrenia meliputi:

1) Waham (delusi)

   Waham merupakan keyakinan yang salah dan tidak sesuai dengan realitas, namun tetap diyakini oleh pasien meskipun telah diberikan bukti yang bertentangan.

2) Halusinasi

   Halusinasi merupakan pengalaman sensorik tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan. Halusinasi dapat melibatkan indra pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan, dan penciuman. Halusinasi

pendengaran merupakan jenis yang paling sering terjadi, seperti mendengar suara yang mengomentari perilaku pasien, berdialog satu sama lain, atau memberikan kritik dan perintah yang bersifat negatif.

b. Gejala negatif skizofrenia

Gejala negatif merupakan gejala yang ditandai dengan penurunan atau hilangnya fungsi emosional dan sosial normal, serta sering tidak disadari oleh keluarga karena sifatnya yang tidak mencolok Gejala negatif skizofrenia meliputi:

a) Penurunan ekspresi emosi

Ditandai dengan wajah datar, minimnya ekspresi, kurangnya kontak mata, serta berkurangnya respons emosional terhadap situasi yang biasanya menimbulkan perasaan senang atau sedih.

b) Kemiskinan bicara

Merupakan kondisi berkurangnya jumlah dan isi pembicaraan, di mana pasien hanya memberikan jawaban singkat dan terkesan kosong.

c) Anhedonia

Merupakan penurunan kemampuan pasien untuk merasakan kesenangan serta berkurangnya minat terhadap aktivitas yang sebelumnya disukai.

d) Asosialitas

Ditandai dengan kurangnya minat untuk menjalin hubungan sosial dan kecenderungan menarik diri dari lingkungan sekitar.

e) Penurunan motivasi

Ditunjukkan dengan berkurangnya dorongan untuk melakukan aktivitas yang berorientasi pada tujuan, baik dalam perawatan diri maupun aktivitas sosial sehari-hari.

5. Penanganan Skizofrenia

Penanganan skizofrenia dilakukan secara komprehensif, meliputi terapi farmakologis dan nonfarmakologis, dengan tujuan mengurangi gejala, mencegah kekambuhan, serta meningkatkan kemampuan fungsi sosial pasien (Mailyn & Zulaikha, 2025)

a. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis adalah komponen utama dalam pengendalian gejala skizofrenia, terutama gejala positif dan negatif. Obat yang digunakan adalah antipsikotik, terbagi menjadi:

1) Generasi pertama (tipikal): contohnya Haloperidol dan Chlorpromazine, efektif menurunkan halusinasi, waham, dan perilaku agresif, namun berisiko menimbulkan efek samping motorik.
2) Generasi kedua (atipikal): contohnya Risperidone, Olanzapine, Clozapine, dan Quetiapine, bekerja menurunkan gejala positif dan negatif, memiliki risiko efek samping lebih rendah, serta membantu stabilisasi emosi dan perilaku pasien.

Penggunaan obat harus sesuai resep dokter, dipantau efek sampingnya, dan disertai dukungan nonfarmakologis agar pasien lebih patuh dan fungsi sosialnya meningkat

b. Asuhan keperawatan jiwa

Perawat memberikan asuhan holistik dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan dasar, pengendalian perilaku, serta peningkatan kemampuan koping pasien. Peran perawat meliputi membina hubungan saling percaya, mengobservasi tanda dan gejala, membantu pasien mengenali dan mengontrol gejala, serta mengelola risiko perilaku kekerasan (Mailyn & Zulaikha, 2025).

c. Terapi nonfarmakologis

Terapi nonfarmakologis mendukung pengobatan dan meningkatkan efektivitasnya. Contohnya terapi relaksasi, terapi okupasi, dan terapi kognitif perilaku. Terapi relaksasi, seperti relaksasi otot progresif, membantu menurunkan ketegangan, kecemasan, dan perilaku agresif pasien (Mailyn & Zulaikha, 2025)

d. Terapi psikososial

Terapi psikososial bertujuan meningkatkan fungsi sosial dan kualitas hidup pasien, meliputi psikoterapi suportif, terapi keluarga, dan rehabilitasi psikososial. Keterlibatan keluarga penting untuk mendukung kepatuhan pengobatan, pengawasan gejala, dan penerimaan sosial (Mailyn & Zulaikha, 2025)

e. Edukasi dan rehabilitasi

Edukasi diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit, pengobatan, serta tanda-tanda kekambuhan. Rehabilitasi membantu pasien mengembangkan kembali kemandirian, keterampilan sosial, dan kemampuan berfungsi sehari-hari (Mailyn & Zulaikha 2025)

6. Perawatan pasien skizofrenia

Perawatan pasien skizofrenia dilakukan secara menyeluruh dan berkelanjutan, dengan tujuan menjaga kestabilan gejala, meningkatkan fungsi sosial, dan mencegah kekambuhan. Perawatan meliputi aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan (Purwito et al., 2025).

a. Perawatan fisik

1) Memastikan pasien mendapatkan asupan nutrisi yang cukup dan seimbang.
2) Memantau kondisi kesehatan fisik secara rutin, termasuk tekanan darah, berat badan, dan efek samping obat antipsikotik.
3) Membantu pasien dalam kegiatan perawatan diri sehari-hari, seperti mandi, berpakaian, dan menjaga kebersihan diri.
4) Memberikan dukungan dalam tidur yang cukup dan istirahat yang teratur.

b. Perawatan psikologis

1) Membina hubungan saling percaya dengan pasien untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan dan terapi.
2) Mengobservasi tanda-tanda perubahan perilaku, mood, atau gejala psikotik secara rutin.
3) Memberikan intervensi untuk mengurangi kecemasan, ketegangan, dan perilaku agresif, misalnya dengan latihan relaksasi otot progresif.
4) Memberikan konseling dan dukungan emosional sesuai kebutuhan pasien.

c. Perawatan sosial

1) Melibatkan keluarga dalam proses perawatan untuk mendukung kepatuhan pengobatan dan pemulihan pasien.
2) Memberikan edukasi kepada keluarga tentang gejala, tanda kekambuhan, dan cara mendukung pasien di rumah.

3) Mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam aktivitas kelompok dan interaksi sosial secara bertahap.
4) Membantu pasien membangun keterampilan sosial dan komunikasi agar dapat berfungsi lebih baik di masyarakat.

d. Perawatan lingkungan

1) Menyediakan lingkungan yang aman, nyaman, dan bebas dari stresor yang berlebihan.
2) Meminimalkan faktor-faktor yang dapat memicu kekambuhan atau perilaku agresif, seperti kebisingan atau konflik interpersonal.
3) Menyediakan struktur kegiatan harian yang jelas agar pasien dapat menjalani rutinitas dengan stabil.
4) Memberikan pengawasan yang cukup untuk mencegah perilaku berisiko bagi diri sendiri maupun orang lain.

e. Monitoring dan evaluasi

1) Memantau respons pasien terhadap terapi farmakologis dan nonfarmakologis secara berkala.
2) Mengevaluasi perkembangan gejala positif, negatif, serta kemampuan sosial pasien.
3) Menyesuaikan rencana perawatan berdasarkan kebutuhan dan kondisi pasien.
4) Melibatkan tim multi disiplin untuk memberikan perawatan yang komprehensif, termasuk dokter, perawat, psikolog, dan pekerja sosial.