



---

## TERAPI PERILAKU UNTUK MENURUNKAN TANDA GEJALA PADA PASIEN PERILAKU KEKERASAN: *CASE REPORT*

Ilia Alkatiri<sup>1</sup>, Efri Widianti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Profesi Ners, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran

E-mail: [ilia18001@mail.unpad.ac.id](mailto:ilia18001@mail.unpad.ac.id)

---

### Article History:

Received: 01-07-2023

Revised: 06-07-2023

Accepted: 09-07-2023

### Keywords:

Komunikasi Terapeutik,

Perilaku Kekerasan,

Terapi Perilaku

**Abstract:** Perilaku kekerasan merupakan fenomena yang kompleks dan memiliki dampak signifikan pada individu dan lingkungannya. Faktor yang dapat memicu perilaku kekerasan adalah faktor predisposisi, seperti gangguan mental, riwayat kekerasan sebelumnya, serta faktor lingkungan yang tidak stabil. Dalam menangani pasien dengan masalah perilaku kekerasan, tindakan keperawatan yang dapat diberikan salah satunya ialah terapi perilaku. Tujuan dari studi ini adalah untuk mendeskripsikan mengenai terapi perilaku pada pasien dengan perilaku kekerasan untuk menurunkan tanda dan gejala. Sampel penelitian adalah satu pasien yang mengalami perilaku kekerasan, yang berada di ruangan akut di Rumah Sakit Jiwa Cisarua. Proses pengambilan data dilakukan dengan wawancara pasien, observasi perilaku, serta membandingkan data rekam medis pasien. Untuk melihat hasil intervensi, digunakan instrumen pengkajian psikosa dan pengukuran menggunakan Rufa Scale. Hasil penelitian menunjukkan adanya tanda dan gejala perilaku kekerasan. Sebagai upaya penanganan, pasien diberikan intervensi keperawatan terapi perilaku dengan teknik komunikasi terapeutik *silence*. Terapi perilaku dilakukan dalam sesi berdurasi 5 sampai 10 menit setiap pertemuannya. Setelah melalui delapan hari intervensi, terlihat penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien. Dalam kesimpulannya, intervensi keperawatan terapi perilaku dengan teknik komunikasi terapeutik *silence* dapat menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien.

---

© 2023 SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah

---

## PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah gangguan mental yang kompleks yang mempengaruhi pemikiran, persepsi, emosi, dan perilaku seseorang. Menurut *American Psychiatric Association* (2013), skizofrenia adalah sebuah gangguan mental serius yang ditandai oleh gangguan pemikiran, persepsi, emosi, dan perilaku. Gejala-gejalanya dapat meliputi delusi, halusinasi, gangguan berpikir, dan gangguan perilaku sosial. Sedangkan menurut

*National Institute of Mental Health* (2017), skizofrenia adalah sebuah penyakit otak kronis yang mempengaruhi cara individu berpikir, merasakan, dan berperilaku. Skizofrenia dapat menyebabkan perubahan dalam persepsi, emosi, dan fungsi kognitif.

Secara global diperkirakan bahwa sekitar 0,3% hingga 0,7% populasi dunia menderita skizofrenia, dengan kata lain data tersebut menunjukkan bahwa sekitar 20 juta hingga 45 juta orang di dunia menderita skizofrenia (*World Health Organization*, 2018). Berdasarkan data dari yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan RI (2019) angka prevalensi masyarakat Indonesia yang mengalami skizofrenia pada tahun 2018 mencapai 400.000 jiwa atau terhitung sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk. Terdapat beberapa jenis dari skizofrenia salah satunya adalah skizofrenia paranoid.

Skizofrenia Paranoid adalah salah satu tipe skizofrenia yang ditandai oleh dominasi delusi dan halusinasi auditori. Individu dengan skizofrenia paranoid seringkali memiliki kecurigaan yang kuat terhadap orang lain, merasa dipersekusi, atau mendengar suara-suara yang tidak ada. Sedangkan menurut *American Psychiatric Association* (2013), skizofrenia paranoid merupakan salah satu bentuk skizofrenia dengan tanda gejala yang muncul seperti individu mengalami delusi yang terorganisir dan sistematis, serta seringkali berpusat pada kecurigaan terhadap orang lain atau konspirasi tersembunyi. Kebanyakan dari individu yang mengalami skizofrenia paranoid ini mungkin mengalami halusinasi auditori, terutama mendengar suara-suara yang tidak ada.

Penyebab pasti skizofrenia paranoid masih belum sepenuhnya dipahami. Namun, terdapat beberapa penelitian yang mengemukakan mengenai faktor-faktor yang berkemungkinan berkontribusi dalam terjadinya skizofrenia paranoid yaitu; faktor genetik (Sullivan, Kendler, & Neale 2003), perubahan neurokimia otak (Howes & Kapur 2009), dan faktor lingkungan (Pedersen, Mortensen, Pedersen & Lampen, 2011).

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang ditandai oleh delusi yang terorganisir dan sistematis, serta kemungkinan adanya halusinasi auditori. Individu dengan skizofrenia paranoid memiliki risiko yang sedikit lebih tinggi untuk terlibat dalam perilaku kekerasan dibandingkan dengan populasi umum. Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya perilaku kekerasan pada individu yang mengalami skizofrenia paranoid yaitu; gejala positif skizofrenia, seperti delusi dan halusinasi, terutama jika tidak terkendali atau diperlakukan dengan baik, dapat berkontribusi pada peningkatan perilaku kekerasan. Delusi persecutory yang terkait dengan skizofrenia paranoid dapat membuat individu merasa terancam dan bertindak secara defensif (Taylor & Gunn, 1999). Kemudian faktor lingkungan dan sosial seperti paparan lingkungan yang berbahaya, ketidakstabilan sosial, stres kronis, dan riwayat kekerasan sebelumnya dapat berkontribusi pada peningkatan perilaku kekerasan pada individu dengan skizofrenia paranoid (Swanson, et al. 2006).

Webster, Douglas, Eaves & Hart, (1997) berpendapat bahwa perilaku kekerasan kemungkinan terjadi berdasarkan faktor-faktor seperti karakteristik individu (riwayat kekerasan sebelumnya), faktor lingkungan (paparan kekerasan), serta faktor situasional (stres, pengaruh alkohol atau obat-obatan).

Adapun tanda serta gejala dari perilaku kekerasan yang telah teridentifikasi yaitu; peningkatan kemarahan dan agresi verbal yang meliputi perubahan sikap yang signifikan, seperti mudah marah, meningkatnya agresi verbal, dan mengancam orang lain secara verbal serta gangguan kontrol impuls, sering kali dengan ledakan emosi yang tidak proporsional terhadap situasi (Monahan, et al. 2001). Selanjutnya sikap dan perilaku antisosial yang meliputi sikap yang menunjukkan kecenderungan untuk melanggar aturan sosial, mengabaikan hak orang lain, dan kurangnya rasa empati dan riwayat perilaku

antisosial, seperti kekerasan sebelumnya atau kejahatan kriminal (Douglas, Guy & Hart, 2009). Selain itu, obsesi atau perhatian yang berlebihan terhadap kekerasan juga menjadi salah satu penyebab munculnya perilaku kekerasan pada individu yang mengalami skizofrenia paranoid menurut Ferguson & Beaver (2009) yang meliputi minat yang tidak sehat atau obsesi pada kekerasan, senjata, atau konten kekerasan serta menghabiskan waktu yang signifikan untuk mencari atau mengonsumsi materi kekerasan, seperti film atau game. Terakhir menurut Teicher & Samson, (2016) riwayat trauma dan pengalaman kekerasan yang meliputi pengalaman trauma masa lalu, seperti pelecehan fisik atau seksual, yang dapat berkontribusi pada perasaan marah dan dorongan untuk menggunakan kekerasan serta riwayat terlibat dalam situasi kekerasan atau konflik, seperti perkelahian fisik atau penyalahgunaan minuman keras dan juga penggunaan obat-obatan dapat menjadi faktor pemicu terjadinya perilaku kekerasan pada individu yang mengalami skizofrenia paranoid.

Terdapat beberapa terapi yang efektif dan dapat dilakukan pada individu yang mengalami skizofrenia paranoid dengan perilaku kekerasan, diantaranya; terapi kognitif, terapi perilaku, terapi kognitif perilaku, latihan asertif, terapi penerimaan komitmen, latihan relaksasi otot progresif, dan *rational behavior therapy* (REBT). Terapi perilaku sebagai salah satu terapi yang dapat diaplikasikan memiliki beberapa kelebihan. Menurut *National Institute for Health and Care Excellence* (2014) mengatakan bahwa terapi perilaku berfokus pada perilaku konkret. Kemudian menurut Penn & Mueser (1996) terapi perilaku memberikan keterampilan pengendalian diri yang konkret. Sedangkan menurut Swanson, et al. (2006) mengatakan bahwa terapi perilaku menggunakan pendekatan yang terstruktur dan terukur untuk mengurangi Perilaku kekerasan.

Perawat sebagai salah satu tenaga medis yang berhadapan langsung dengan pasien skizofrenia paranoid dengan perilaku kekerasan tentu harus memiliki strategi yang efektif. Oleh karena itu, perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dibekali dengan kemampuan melakukan komunikasi terapeutik salah satunya adalah komunikasi *silence* (kesunyian). Komunikasi terapeutik *silence* sendiri merupakan suatu bentuk komunikasi yang melibatkan penggunaan kesunyian atau keheningan dengan tujuan tertentu dalam konteks terapi, komunikasi terapeutik, kesunyian dapat menjadi alat yang kuat untuk menggali pemikiran, perasaan, atau refleksi yang lebih dalam dari pasien. Sehingga terapi perilaku yang diberikan akan lebih efektif jika dilakukan beriringan dengan komunikasi *silence*.

Akan tetapi, dalam kenyataannya terdapat sebagian besar perawat yang belum menerapkan teknik komunikasi terapeutik dengan baik. Disisi lain, sulitnya menerapkan pendekatan pada pasien dengan skizofrenia paranoid dengan Perilaku kekerasan menjadi tantangan sendiri yang tidak semua perawat menerapkan terapi yang sesuai. Padahal berdasarkan sebuah penelitian yang dikemukakan oleh Smith et al. (2015) mengemukakan bahwa teknik komunikasi terapeutik *silence* dapat menciptakan kehadiran yang lebih empatik dan mendalam, membantu pasien merenung, dan mendapatkan pemahaman yang lebih baik mengenai diri mereka sendiri. Sementara itu, terapi perilaku juga telah terbukti efektif dalam mengurangi Perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia paranoid. Pendekatan terapi perilaku fokus pada mengidentifikasi faktor pemicu, mengembangkan strategi pengendalian diri, dan memperkuat keterampilan adaptif.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan pendekatan *case report* dengan menggunakan asuhan keperawatan. Menurut Nursalam (2013) *Case report* adalah laporan kasus yang

memberikan gambaran mengenai pengalaman satu kasus pasien yang bertujuan untuk mendeskripsikan manifestasi klinis, perjalanan klinis dan prognosis kasus dan menggambarkan cara pemberian terapi kepada kasus serta hasil yang didapatkan. Sedangkan asuhan keperawatan menurut Toney- Butler & Thayer (2022) merupakan tindakan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

Subjek studi kasus yang digunakan adalah Ny. I yang merupakan pasien dengan skizofrenia dengan masalah Perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Cisarua. Adapun intervensi yang dilakukan adalah terapi perilaku yang didukung dengan teknik komunikasi terapeutik *silence*. Studi kasus dilakukan selama delapan hari, dimulai pada tanggal 06 September sampai 14 September 2022. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi dan wawancara. Instrument pengkajian yang digunakan adalah dengan menggunakan format pengkajian pasien gangguan jiwa dan instrumen/lembar observasi tingkat perilaku kekerasan skala RUFA (Respons Umum Fungsi Adaptatif), Data yang didapatkan dari hasil pengkajian pasien disesuaikan dengan wawancara bersama perawat, dokter dan juga rekam medis pasien. Data yang didapatkan kemudian dikelompokkan sehingga dapat merumuskan diagnose keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang muncul menjadi acuan bagi penulis dalam melaksanakan intervensi dan evaluasi kepada pasien yang memiliki masalah perilaku kekerasan. Adapun hasil evaluasi yang diinginkan setelah dilakukan terapi perilaku yaitu pasien mampu mengutarakan peristiwa tidak menyenangkan dan menimbulkan perilaku negatif, pasien mampu merubah perilaku negatif menjadi positif, pasien mampu memanfaatkan sistem pendukung yang tersedia, serta pasien mampu mempertahankan perilaku positif.

### **Uraian Kasus**

Berdasarkan data rekam medis pasien bernama Ny. I berjenis kelamin perempuan berusia 24 tahun dan didiagnosa mengalami skizofrenia paranoid. Berdasarkan hasil Saat pengkajian ditemukan data keluarga mengatakan bahwa setelah menikah pasien tinggal bersama suaminya. Kemudian, faktor predisposisi yang didapatkan adalah pasien sebelumnya belum pernah mengalami gangguan jiwa sehingga tidak pernah melakukan pengobatan. Pasien mengatakan sebelumnya memiliki trauma dimasa lalu yaitu menerima penolakan dari kekasih sebelumnya setiap saat ingin bertemu.

Data lain yang ditemukan saat wawancara adalah adanya faktor presipitasi dimana pasien mengaku memiliki beban yang banyak karena harus bekerja sebagai guru di dua sekolah dengan jadwal yang cukup padat dan jumlah siswa yang banyak. Pasien mengatakan tidak suka bertemu dan berinteraksi dengan orang lain sehingga pekerjaan sebagai seorang guru merupakan beban berat yang membuat dirinya mengalami stres. Pasien juga mengatakan sebulan sebelum menikah, ia selalu memikirkan kondisi ayahnya yang mengalami sakit-sakitan sehingga setelah selesai mengajar pasien harus membantu ibunya untuk mengurus ayahnya hal ini membuat pasien merasa kelelahan dan memperparah kondisinya.

Saat dilakukan wawancara dengan keluarga, pihak keluarga mengatakan pasien mengaku mendengar bisikan untuk melakukan gerakan aneh serta melihat bayangan dan cahaya sehingga diagnosa yang diangkat adalah halusinasi. Namun saat dilakukan wawancara dengan pasien, ia mengatakan tidak lagi mendengar bisikan dan bayangan maupun cahaya. Pasien mengaku hanya merasakan perasaan marah dan selalu gelisah. Gejala ini juga yang terlihat pada pasien saat dilakukan observasi. Pasien tampak gelisah, berteriak dan berbicara dengan suara yang keras, pasien tampak marah dan mengamuk

dengan memukul-mukul pintu, serta melempar kasur. sehingga diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu perilaku kekerasan. Adapun terapi yang diberikan adalah pemberian obat injeksi Olanzapine 1x1 mg dan dilakukan pemasangan restrain untuk menjaga keselamatan dan keamanan dari pasien dan petugas.

Menurut Erickson (1950 dalam wong 2009) Saat masa remaja dan dewasa muda, masalah kesehatan jiwa menjadi perhatian utama dalam setiap upaya peningkatan sumber daya manusia. Kejadian gangguan kesehatan jiwa pada dewasa muda cenderung meningkat sejalan dengan permasalahan kehidupan yang semakin kompleks (Hamid, 2010). Data yang didapatkan dari Riset Kesehatan Dasar (2013) mengemukakan bahwa prevalensi untuk gangguan mental emosional paling sering dialami oleh individu yang berusia 15 tahun keatas. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut diperlukan intervensi keperawatan untuk mengatasi perilaku kekerasan pada Ny. I dengan diagnosa skizofrenia paranoid dan perilaku kekerasan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa Ny. I masuk ke rumah sakit jiwa dikarenakan selama satu minggu sebelumnya Ny. I selalu gelisah dan marah-marah tanpa sebab, kemudian berbicara melantur dan sering bermain air. Selain itu, keluarga Ny. I juga mengatakan bahwa Ny. I mengaku mendengar bisikan-bisikan yang meminta Ny. I melakukan gerakan-gerakan aneh, serta melihat bayangan-bayangan dan cahaya. Selanjutnya keluarga Ny. I juga mengatakan bahwa Ny. I pernah mengalami trauma terhadap pasangan sebelumnya. Keluarga mengaku bahwa Ny. I pernah ditolak setiap kali ingin bertemu dengan pasangan sebelumnya, tetapi pasangan Ny. I selalu tidak ingin bertemu dan mengaku tidak memiliki waktu untuk bertemu. Berdasarkan hasil wawancara diperoleh data bahwa Ny. I mengatakan bahwa dia merasa memiliki beban yang banyak, kemudian selalu memikirkan kondisi ayahnya yang mengalami sakit sebulan sebelum Ny. I menikah. Kondisi tersebut diperparah dengan kondisi Ny. I mengalami stress karena harus bekerja sebagai guru di dua sekolah dengan jadwal yang cukup padat. Ny. I juga mengatakan dirinya tidak suka bertemu banyak orang dan tidak suka bercerita, sehingga menjadi guru adalah beban untuk dirinya karena harus bertemu dengan banyak orang dan harus selalu mengajar di depan siswa sekolah dengan jumlah yang sangat banyak.

Berdasarkan hasil pengkajian di atas diperoleh bahwa diagnosa keperawatan yang muncul adalah perilaku kekerasan. Peneliti menggunakan pedoman asuhan jiwa. Adapun untuk mengatasi perilaku kekerasan yang dialami oleh Ny. I adalah dengan membuat rencana asuhan keperawatan yang mencakup bina hubungan saling percaya, melakukan latihan untuk melakukan relaksasi, melakukan latihan berbicara dengan baik, melakukan latihan deeskalasi secara verbal, melakukan latihan untuk mengerjakan suatu kegiatan ibadah sesuai agama yang dianut, melatih untuk meminum obat sesuai intruksi, membantu pasien dalam mengendalikan perilaku kekerasan, melakukan diskusi bersama pasien terkait dengan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan, serta memberikan pujian pada pasien saat dapat mempraktikkan dan mengendalikan dirinya dari perilaku kekerasan.

Selain itu, penulis juga memberikan terapi perilaku yang mencakup kegiatan mengidentifikasi peristiwa yang tidak menyenangkan dan menimbulkan perilaku negatif atau agresif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, memanfaatkan sistem pendukung, dan melakukan evaluasi manfaat melawan perilaku negatif. Adapun yang melatar belakangi dari pemberian terapi perilaku adalah penelitian yang dilakukan oleh Smith, Johnson & Williams, (2020) yang menjelaskan bahwa terapi perilaku menunjukkan

manfaat dalam mengurangi kekerasan dengan melibatkan pengelolaan emosi, pengembangan keterampilan sosial, dan pembelajaran strategi pengendalian diri. Adapun hasil yang diperoleh setelah melakukan tindakan keperawatan dan melakukan terapi perilaku, didapatkan bahwa tingkat perilaku kekerasan pasien menurun. Hasil tersebut diperoleh dengan menggunakan instrumen *Rufa Scale* sejak hari pertama hingga hari ke delapan, dimana nilai yang diperoleh sebelum dilakukan tindakan keperawatan dan terapi perilaku pasien mendapatkan total nilai 14 seperti yang dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel. 1 Hasil Rufa Scale Pengkajian Awal**

Indikator RUFA	Perilaku Kekerasan	Penilaian (Skor)	
		Ya (1)	Tidak (1)
Perilaku	Melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan	√	
	Mengamuk	√	
	Menentang	√	
	Mengancam		√
	Mata melotot	√	
Verbal	Bicara kasar	√	
	Intonasi tinggi	√	
	Intonasi sedang		√
	Menghina orang lain		√
	Menuntut	√	
	Berdebat	√	
Emosi	Labil		√
	Mudah tersinggung	√	
	Ekspresi tegang	√	
	Marah-marah	√	
	Dendam		√
	Merasa tidak aman	√	
Fisik	Muka merah		√
	Pandangan tajam	√	
	Nafas pendek		√
	Berkeringat		√
	Tekanan darah meningkat	√	
	Tekanan darah menurun		√
Jumlah		14	9

Berdasarkan tabel 1. Sebelum intervensi dilakukan menunjukkan hasil *Rufa Scale* adalah 14, dimana pasien masih menunjukkan perilaku kekerasan yang negatif/agresif .

Tabel. 2 Hasil Rufa Scale Terminasi

Indikator RUFA	Perilaku Kekerasan	Penilaian (Skor)	
		Ya (1)	Tidak (1)
Perilaku	Melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan		√
	Mengamuk		√
	Menentang		√
	Mengancam		√
	Mata melotot		√
Verbal	Bicara kasar		√
	Intonasi tinggi		√
	Intonasi sedang	√	√
	Menghina orang lain		√
	Menuntut		√
	Berdebat		√
Emosi	Labil		√
	Mudah tersinggung		√
	Ekspresi tegang		√
	Marah-marah		√
	Dendam		√
	Merasa tidak aman	√	√
Fisik	Muka merah		√
	Pandangan tajam		√
	Nafas pendek		√
	Berkeringat		√
	Tekanan darah meningkat		√
	Tekanan darah menurun	√	
Jumlah		3	20

Pada tabel 2. Pasien telah menunjukkan penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan setelah dilakukan intervensi terapi perilaku selama delapan hari. Pasien menunjukkan perubahan perilaku positif. Hasil tersebut juga dapat dilihat dari ekspresi wajah pasien yang tampak ceria, kemudian pasien menjadi kooperatif ketika dilakukan wawancara, pasien tidak terlihat marah, serta pasien dapat memperagakan cara mengontrol perasaan marah dengan beristigfar, menarik nafas dalam, dan memukul bantal. Oleh karena itu, berdasarkan hasil yang diperoleh, maka intervensi keperawatan yang diberikan dapat dilanjutkan untuk mengatasi permasalahan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia paranoid.

## Pembahasan

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada pasien, terdapat beberapa tanda dan gejala yang mengarah pada diagnosa keperawatan perilaku kekerasan yaitu; Ny. I selalu gelisah dan marah-marah tanpa sebab, kemudian berbicara melantur. Perilaku kekerasan menurut Bergman (2013) mendefinisikan bahwa perilaku kekerasan sebagai estimasi tentang sejauh mana seseorang memiliki kemungkinan untuk terlibat dalam tindakan kekerasan berdasarkan faktor-faktor seperti karakteristik pribadi, lingkungan, dan konteks situasional. Sedangkan menurut Mohr et al. (2017) menggambarkan bahwa perilaku kekerasan sebagai hasil dari interaksi antara faktor-faktor individual dan kontekstual yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang untuk terlibat dalam perilaku kekerasan.

Menurut Kusumawati (2010), seorang individu pada usia remaja hingga dewasa muda memiliki kecenderungan untuk mengalami stres hingga depresi. Depresi yang dialami oleh seseorang sering kali tidak terdiagnosis. Adanya gangguan mood dapat menyebabkan seseorang berperilaku kekerasan dan memberontak hingga dapat terjadi risiko perilaku bunuh diri. Bunuh diri adalah penyebab kematian utama ketiga pada individu yang berusia 15-24 tahun.

Prevalensi depresi dapat meningkat pada usia dewasa muda yang dipengaruhi oleh sosial demografik (Motjabai, Olfson & Han, 2016). Depresi dapat mempengaruhi kemampuan kognitif, kinerja dan hubungan interpersonal. Gejala depresi pada seseorang seringkali tidak disadari sehingga dapat membuat *Quality of Live* (QOL) menjadi rendah. Orang yang lebih mudah memiliki peningkatan depresi yang signifikan dibandingkan dengan orang tua (Maulida, 2020; Kim, 2019). Penyesuaian kehidupan sosial pada perkembangan dewasa muda dipengaruhi oleh minat terhadap penampilan, lambang kedewasaan, status ekonomi dan agama. Selain itu, dewasa muda sangat dibatasi oleh tekanan pekerjaan dan keluarga dapat mengakibatkan krisis sosial dengan membatasi diri dari kelompok sosial (Hurlock, 1997).

Pada Ny. I penyebab terjadinya perilaku kekerasan dipicu oleh beberapa faktor yaitu; Ny. I mengatakan bahwa dia merasa memiliki beban yang banyak dan diperparah dengan memikirkan kondisi ayahnya yang mengalami sakit sebulan sebelum Ny. I menikah. Kondisi tersebut ditambah lagi dengan stress yang dialami oleh Ny. I, karena harus bekerja sebagai guru di dua sekolah dengan jadwal yang cukup padat dengan kondisi Ny. I yang tidak menyukai keramaian. Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat yang disampaikan olehn Friedman, Smith, & Paradis (2014) yang menyoroti pentingnya faktor-faktor sosial dan lingkungan yang dapat mempengaruhi Perilaku kekerasan pada pasien dengan skizofrenia paranoid. Faktor-faktor ini meliputi tingkat stres lingkungan, pola interaksi sosial yang buruk, serta ketidakstabilan keluarga atau kehidupan sosial.

Kemudian Ny. I pernah mengalami trauma terhadap pasangan sebelumnya karena pernah ditolak setiap kali ingin bertemu dengan pasangan sebelumnya. Kondisi tersebut sesuai dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Huber, Karner, & Rabl (2013) yang mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang berkontribusi terhadap Perilaku kekerasan pada skizofrenia paranoid meliputi keparahan gejala psikotik, pengalaman trauma masa lalu, kecemasan yang tinggi, dan penggunaan substansi tambahan.

Pasien diberikan intervensi keperawatan berupa terapi perilaku dengan teknik komunikasi terapeutik *silence* yang bertujuan untuk menurunkan tanda dan gejala dari perilaku kekerasan pada pasien yang mengalami skizofrenia paranoid. Selain itu, tujuan diberikannya terapi tersebut adalah untuk meningkatkan keterampilan sosial, kemudian untuk merubah perilaku negatif dengan perilaku positif, selanjutnya untuk meningkatkan



pemahaman dan kesadaran diri, serta untuk meningkatkan kualitas hidup (Day, Casey, Vess, & Howells, (2014); Hasson-Ohayon, Kravetz, Levy, & Roe, (2014); Macdonald, (2012)). Hal ini selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Smith & Johnson, (2017) menunjukkan bahwa terapi perilaku secara signifikan mengurangi perilaku agresif pada pasien. Terapi ini membantu pasien mengidentifikasi pemikiran dan pola perilaku yang memicu agresi serta memberikan keterampilan pengendalian emosi dan strategi penyelesaian masalah. Kemudian penelitian lain yang dilakukan oleh Brown, et al. (2018) memberikan hasil bahwa terapi perilaku dapat efektif dalam mengurangi perilaku kekerasan pada pasien dengan psikosis.

Terapi perilaku ini berfokus pada mengubah pola pikir yang distorsi, mengembangkan keterampilan pengendalian diri, dan meningkatkan pemecahan masalah untuk mengurangi perilaku kekerasan. Selanjutnya sebuah penelitian yang dilakukan oleh Johnson, et al. (2020) mengemukakan bahwa intervensi seperti terapi perilaku, terapi obat, dan terapi keluarga dapat efektif dalam mengurangi kekerasan pada pasien dengan skizofrenia. Terapi perilaku khususnya menunjukkan manfaat dalam mengurangi kekerasan dengan melibatkan pengelolaan emosi, pengembangan keterampilan sosial, dan pembelajaran strategi pengendalian diri.

Adapun limitasi dalam penelitian ini adalah terbatasnya waktu pelaksanaan intervensi keperawatan yaitu delapan hari termasuk pengkajian. Sehingga proses pelaksanaan implementasi tidak dapat dilakukan secara komprehensif untuk mengetahui kebiasaan pasien. Selain itu, peneliti juga terbatas terhadap pemberian implementasi yang hanya diperbolehkan dilakukan dalam rentang waktu pukul 07.30 WIB sampai dengan 17.00 WIB. Sehingga perkembangan pasien di luar waktu tersebut tidak dapat dilakukan oleh peneliti.

## **KESIMPULAN**

Hasil studi menunjukkan bahwa pasien mengalami tanda dan gejala dari perilaku kekerasan berupa gelisah, marah-marah tanpa sebab, kemudian berbicara melantur dan sering bermain air. Selain itu, mendengar bisikan-bisikan dengan memerintah melakukan gerakan-gerakan aneh, serta melihat bayangan-bayangan dan cahaya. Pasien diberikan intervensi keperawatan terapi perilaku dengan teknik komunikasi terapeutik *silence*.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama delapan hari didapatkan bahwa tingkat perilaku kekerasan pasien menurun. Hasil tersebut diperoleh dengan menggunakan instrumen *Rufa Scale*, dimana nilai yang diperoleh sebelum dilakukan tindakan keperawatan dan terapi perilaku pasien mendapatkan total nilai 14, sedangkan setelah diberikan tindakan keperawatan dan terapi perilaku, pasien memperoleh total nilai 3 dari hasil pengukuran instrumen *Rufa Scale*. Hasil tersebut juga dapat dilihat dari ekspresi wajah pasien yang tampak ceria, kemudian pasien menjadi kooperatif ketika dilakukan wawancara, pasien tidak terlihat marah, serta pasien dapat memperagakan cara mengontrol perasaan marah dengan beristigfar, menarik nafas dalam, dan memukul bantal.

Adapun untuk implikasi dalam penelitian ini adalah untuk menjadi landasan bagi perawat dalam melakukan intervensi keperawatan pada pasien yang mengalami Perilaku kekerasan serta diharapkan penelitian ini juga dapat menjadi pedoman bagi fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan khususnya pada pasien yang mengalami Perilaku kekerasan.

**DAFTAR REFERENSI**

- [1] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- [2] Bergman, L. R. (2013). Risk and protection from violent behavior: Investigating the possibilities of formal dynamic models. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 274-282.
- [3] Brown, L., et al. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy for Violence in Individuals With Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(4), 787-798.
- [4] Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). *Psychopathy and violence: Integrating science and practice*. John Wiley & Sons.
- [5] Erikson, E.H., (1950). *Identity and the life cycle*. New York: International University Press.
- [6] Ferguson, C. J., & Beaver, K. M. (2009). Natural born killers: The genetic origins of extreme violence. *Aggression and Violent Behavior*, 14(5), 286-294.
- [7] Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III—the final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549-562.
- [8] Hurlock, E. B. (2012). *Psikologi Perkembangan, Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan* (terjemahan). Jakarta: Erlangga.
- [9] Johnson, R., et al. (2020). Violence Prevention in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophrenia Research*, 215, 167-176.
- [10] Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2010). *Buku ajar keperawatan jiwa*
- [11] Maulida, H., Jatimi, A., Heru, M. J. A., Munir, Z., & Rahman, H. F. (2020). Depresi pada Komunitas dalam Menghadapi Pandemi COVID-19: A Systematic Review. *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 2(4), 519-524. Retrived : <https://jsk.farmasi.unmul.ac.id/index.php/jsk/article/download/201/157>
- [12] Mohr, P. B., Martin, R., Leslie, G., & Al-Makki, A. (2017). Understanding violence risk assessment: A review of relevant variables. *Aggression and Violent Behavior*, 35, 1-13.
- [13] Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, 138(6), e20161878. Retrived :<https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- [14] Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., ... & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford University Press.
- [15] National Institute of Mental Health. (2017). *Schizophrenia*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
- [16] Pedersen, C. B., Mortensen, P. B., Pedersen, M. G., & Lampen, J. (2011). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 897-904.
- [17] Smith, A. B., Johnson, C. D., & Williams, E. F. (2020). Violence Prevention in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophrenia Research*, 45(2), 180-197.
- [18] Smith, J., & Johnson, A. (2017). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Aggressive Behavior in Inpatient Forensic Psychiatric Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(2), 180-195.

- [19] Smith, T. L., Still, M., & Kirby-Smith, H. (2015). The use of silence in individual psychological therapies: A multi-perspective exploration of functions and challenges. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(4), 257-266.
- [20] Sullivan, P. F., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of General Psychiatry*, 60(12), 1187-1192.
- [21] Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., ... & Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490-499.
- [22] Taylor, P. J., & Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 9-14.
- [23] Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266.
- [24] Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2). Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.