

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Penelitian mengenai pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan pasien skizofrenia sudah dilakukan, salah satu penelitian yang meneliti terkait itu adalah penelitian yang dilakukan oleh Novitasari (2018) yang meneliti terkait “Gambaran Pengetahuan Keluarga Tentang Perilaku Kekerasan (Pk) Di Desa Bandungrejo Kecamatan Bantur”.

Berdasarkan Analisa data dalam penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan keluarga Sebagian besar keluarga pasien berpengetahuan kurang sebanyak 18 orang (72%), sebagian kecil berpengetahuan cukup sebanyak 6 orang (24%), dan sebagian kecil berpengetahuan baik sebanyak 1 orang (4%).

Adapun penelitian yang dilakukan oleh Irawan dkk (2019) mengenai “Gambaran Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terhadap Pasien Gangguan Jiwa Dengan Perilaku Kekerasan di Wilayah Upt Puskesmas Sukajadi” dengan hasil yang didapat adalah menunjukkan hampir setengahnya responden (46,7%) memiliki pengetahuan yang baik tentang perilaku kekerasan dan sebagian besar responden (61,7%) memiliki sikap yang mendukung terhadap pasien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan. Kesimpulannya mayoritas responden memiliki pengetahuan baik dan sikap mendukung.

2.2 Gangguan Jiwa

2.2.1 Definisi Gangguan Jiwa

Gangguan kesehatan mental didefinisikan dan diperlakukan sebagai masalah medis. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2010), gangguan kesehatan jiwa adalah perubahan fungsi jiwa yang menimbulkan penyakit pada fungsi jiwa yang mengakibatkan distress dan hambatan dalam memenuhi peran sosial. Gangguan jiwa atau penyakit jiwa adalah kesulitan yang dihadapi seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, kesulitan yang timbul dari persepsinya terhadap kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri (Fajar, 2016).

Menurut PPDGJ III, gangguan jiwa adalah sindrom pola tingkah laku manusia yang biasanya berhubungan dengan kecemasan atau gangguan pada satu atau lebih fungsi penting manusia, yaitu psikologis, perilaku atau biologis, dan gangguan tersebut tidak hanya hubungan antar manusia tetapi juga gangguan hubungan antar manusia. hubungan. kepada masyarakat (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015).

2.2.2 Penyebab Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa memiliki penyebab yang berbeda. Gangguan jiwa dapat disebabkan oleh hubungan yang tidak memuaskan seperti perlakuan tidak adil, perlakuan semena-mena, kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan dll. Selain itu, ada gangguan jiwa, gangguan saraf dan gangguan otak yang disebabkan oleh faktor organik (Sutejo, 2017).

2.2.3 Tanda Dan Gejala Gangguan Jiwa

Tanda dan gejala gangguan jiwa adalah sebagai berikut:

1. Ketegangan (*Tension*) Perasaan putus asa dan depresi, cemas, gelisah, kompulsi (kejang), dan pikiran buruk.
2. Persepsi yang diperparah Perasaan mendengar (melihat) bisikan yang mengatakan bunuh, lempar, pergi ke atap, bakar rumah, bahkan ketika orang di sekitar tidak dapat mendengarnya.
3. Kemauan yang lemah Pasien memiliki kemauan yang lemah (*Abulia*) dan mengalami kesulitan membuat keputusan atau memulai perilaku.
4. Gangguan emosional pasien merasa senang, gembira.
5. Gangguan psikomotor hiperaktivitas, pasien melakukan gerakan yang berlebihan. (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015)

2.2.4 Jenis-Jenis Gangguan Jiwa

Klasifikasi yang paling banyak digunakan untuk gangguan mental dan kriteria diagnostik standar, *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder* (DSM) (2013), menerbitkan beberapa kategori gangguan mental umum, termasuk gangguan kecemasan, gangguan bipolar, gangguan disosiatif, gangguan makan, gangguan neurokognitif. Gangguan perkembangan sistem saraf, gangguan kepribadian, gangguan tidur-bangun, 15 gejala somatik, gangguan kecanduan dan penggunaan zat, serta gangguan trauma dan stres (Sutejo, 2017).

1. Skizofrenia adalah bentuk psikosis fungsional yang paling parah dan menyebabkan gangguan kepribadian terbesar.

2. Depresi adalah periode disfungsi manusia yang terkait dengan perasaan sedih dan gejala terkait.
3. Ketakutan Sebagai pengalaman psikologis yang normal dan alami yang pernah dialami setiap orang.
4. Gangguan Kepribadian Klinik menunjukkan bahwa gejala gangguan kepribadian (psikopati) dan gejala neurotik hampir sama pada orang dengan kecerdasan tinggi atau rendah.
5. Gangguan jiwa organik adalah gangguan jiwa psikotik atau non psikotik yang disebabkan oleh rusaknya jaringan otak.
6. Gangguan Psikosomatik Adanya komponen psikologis yang diikuti dengan gangguan fungsi tubuh.
7. Disabilitas Perkembangan Disabilitas perkembangan adalah keadaan perkembangan mental yang begitu tertahan atau tidak lengkap sehingga mempengaruhi tingkat kecerdasan umum, seperti kognitif, bahasa, keterampilan motorik dan sosial (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015)

2.3 Skizofrenia

2.3.1 Definisi Skizofrenia

Menurut Yosep (2016), skizofrenia adalah penyakit saraf yang memengaruhi persepsi, pemikiran, bahasa, emosi, dan perilaku sosial pasien. Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan gangguan kejiwaan serius yang ditandai dengan perubahan persepsi, pikiran, emosi, dan perilaku. Kesadaran jernih dan kemampuan intelektual biasanya

dipertahankan, meskipun defisit kognitif tertentu nantinya dapat berkembang (Maramis, 2014).

Menurut Kementerian Kesehatan (2015), skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling umum yang ditandai dengan hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan penarikan diri dari hubungan manusia yang normal. Sering diikuti oleh delusi (kepercayaan salah) dan halusinasi (persepsi tanpa stimulasi sensorik)

Skizofrenia adalah gangguan otak yang persisten dan parah yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan memproses informasi, hubungan interpersonal, dan pemecahan masalah (Kurniawan, 2015). Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik yang paling umum, ditandai dengan hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan penarikan diri dari hubungan normal manusia. Delusi (kepercayaan salah) dan halusinasi (persepsi tanpa stimulasi sensorik) sering terjadi.

2.3.2 Penyebab Skizofrenia

1. Komplikasi kelahiran, bayi laki-laki dengan komplikasi kelahiran, hipoksia perinatal, rentan terhadap skizofrenia.
2. Infeksi Perubahan anatomi susunan saraf pusat yang disebabkan oleh infeksi virus telah dilaporkan pada orang dengan riwayat skizofrenia. Paparan infeksi virus selama trimester kedua ke-10 menyebabkan skizofrenia.

3. Hipotesis Dopamin adalah neurotransmitter pertama yang dapat berkontribusi pada gejala skizofrenia. Hampir semua antipsikotik, baik tipikal maupun antipsikotik, berikatan dengan reseptor dopamin D2, memblokir pensinyalan dalam sistem dopaminergik dan dengan demikian meredakan gejala psikotik.
4. Struktur Otak Bagian otak yang banyak mendapat perhatian adalah sistem limbik dan basal ganglia. Otak penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan otak orang normal. Ventrikel tampak membesar, materi abu-abu berkurang, dan aktivitas metabolisme meningkat atau menurun di beberapa area.
5. Faktor Genetik Skizofrenia diwariskan oleh 1% populasi dan 10% orang dengan kerabat tingkat pertama (saudara kandung) seperti orang tua, kakak laki-laki atau perempuan penderita skizofrenia. Orang dengan kerabat tingkat dua seperti paman, bibi, kakek nenek dan sepupu dikatakan lebih umum daripada populasi umum. Kembar identik memiliki peluang 40-65 persen untuk mengembangkan skizofrenia, sedangkan kembar dizigotik memiliki peluang hingga 12 persen. Seorang anak dan lainnya memiliki peluang 40%, keluarga biologis memiliki peluang 12%.

2.3.3 Tanda Gejala Skizofrenia

1. Gejala positif
 - a. Halusinasi terjadi setiap kali rangsangan terlalu kuat dan otak tidak dapat menafsirkan dan menanggapi pesan atau rangsangan yang

masuk. Penderita skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat hal-hal yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami sensasi yang tidak dapat dirasakan pada tubuhnya. Halusinasi pendengaran, gejala yang biasanya terjadi yaitu. pasien merasa ada sesuatu di dalam diri mereka.

- b. Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat terhadap interpretasi sesuatu yang terkadang bertentangan dengan kenyataan. Misalnya, pasien skizofrenia menganggap lampu jalan raya berwarna merah-kuning-hijau sebagai sinyal ruang angkasa. Beberapa orang dengan skizofrenia menjadi paranoid. Anda selalu merasa diawasi, diikuti atau diserang.
- c. Kegagalan pemikiran menyebabkan masalah dimana pasien skizofrenia tidak dapat memproses dan mengatur pemikiran mereka. Sebagian besar pasien tidak dapat memahami hubungan antara realitas dan logika karena pasien skizofrenia tidak dapat mengatur pikirannya untuk mengoperasikan logika. Semua ini menjadikan penderita skizofrenia yang tidak dapat memahami siapa dirinya, yang terekspos dan tidak dapat memahami siapa dirinya, menjadi manusia. Dia juga tidak bisa mengerti atau mengerti kapan dia lahir, dimana dia, dll (Malfasari et al., 2020).
- d. Perilaku kekerasan sering digunakan untuk menggambarkan orang dengan skizofrenia. Pasien dengan psikosis kekerasan, terutama jika penyakit pasien tidak terkontrol atau pasien berhenti minum obat

2. Gejala negatif

- a. Kehilangan motivasi dan sikap apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup, yang membuat pasien malas. Karena pasien skizofrenia hanya memiliki sedikit energi, yang dapat mereka lakukan hanyalah tidur dan makan.
- b. Pasien yang lelah mudah emosi, namun bukan berarti pasien skizofrenia tidak dapat merasakan emosi. Mereka mungkin dapat menerima hadiah dan perhatian dari orang lain tetapi tidak dapat mengungkapkan perasaan mereka.
- c. Depresi, yang tidak tahu bagaimana membantu dan berharap, selalu menjadi bagian dari kehidupan pasien skizofrenia. Mereka tidak merasa menyimpang, tidak bisa berhubungan dengan orang lain, dan tidak merasakan cinta. Perasaan depresi sangat menyakitkan. Selain itu, perubahan biologis otak juga memengaruhi depresi. Mereka merasa aman saat sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang orang muda berusia antara 15 dan 30 tahun, tetapi paling sering menyerang orang yang berusia di atas 40 tahun. Skizofrenia dapat menyerang siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, ras, atau status sosial ekonomi. Diperkirakan hingga 1% orang hidup di bumi dengan skizofrenia (Mustikasari, & Daulima, 2019).

2.4 Perilaku Kekerasan

2.4.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah situasi di mana seseorang melakukan tindakan yang secara fisik dapat membahayakan dirinya sendiri dan orang lain serta disertai dengan kemarahan dan kegembiraan yang tidak terkendali (Nurse et al., 2020). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seorang, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Keliat, 2012).

Perilaku kekerasan adalah hilangnya kendali atas perilaku seseorang terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dapat bermanifestasi sebagai melukai diri sendiri hingga bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk pengabaian diri. Perilaku kekerasan terhadap orang adalah tindakan agresif dengan maksud untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan terhadap lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genteng dan apapun yang ada di lingkungan. Sebagian besar pasien yang berakhir di rumah sakit jiwa adalah akibat dari kekerasan dalam rumah tangga. Pengasuh harus waspada dalam penilaian mereka untuk mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan di rumah (Yusuf, A.H & R & Nihayati, 2015).

2.4.2 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Menurut (Azizah et al., 2016), faktor-faktor terjadinya perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Faktor predisposisi

a. Faktor biologis

1) Faktor neurologis

Beberapa komponen sistem saraf, seperti neurotransmitter, dendrit, terminal akson, memiliki tugas memfasilitasi atau mencegah rangsangan dan pesan agresif.

2) Faktor genetik

Adanya faktor genetik yang diturunkan dari orang tua dapat menimbulkan perilaku agresif.

3) Faktor biokimia

Faktor biokimia dalam tubuh, seperti neurotransmitter otak (epinefrin, norepinefrin dan serotonin). Peningkatan kadar hormon androgenik dan norepinefrin serta penurunan kadar serotonin dan GABA dalam cairan serebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi perilaku agresif.

4) *Instinctual drive theory* (Teori Dorongan Naluri)

Teori ini menganggap bahwa perilaku kekerasan berasal dari kebutuhan dasar yang kuat

b. Faktor psikologi

1) Teori psikoanalitik

Agresi dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh sejarah perkembangan seseorang (kisah hidup). Teori ini menjelaskan bahwa pada tahap oral dari 0 sampai 2 tahun, kecuali anak

menerima kasih sayang dan memenuhi kebutuhan susu yang cukup, maka tidak ada kepuasan.

2) Teori peniruan, pemodelan dan penanganan informasi

Menurut teori tersebut, perilaku kekerasan cenderung berkembang dalam lingkungan kekerasan monopolistik. Lingkungan memungkinkan individu untuk meniru perilaku ini.

3) *Learning theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu dari lingkungan terdekatnya. Dia mengamati bagaimana reaksi sang ayah ketika dia kecewa dan mengamati bagaimana reaksi sang ibu ketika dia marah atau sebaliknya.

4) Teori Keberadaan (*Theory of Existence*)

Tindakan berorientasi perilaku adalah kebutuhan dasar manusia; jika kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi dengan perilaku struktural, individu memenuhi kebutuhan tersebut dengan perilaku destruktif.

c. Faktor Sosial Budaya

1) Teori lingkungan sosial (Social Environment Theory)

Lingkungan sosial mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan kemarahan. Budaya tertutup dan balas dendam diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak aman terhadap perilaku kekerasan memberi kesan bahwa perilaku kekerasan diterima.

2) Teori Belajar Sosial (*Social Learning Theory*)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung atau melalui proses sosialisasi.

2. Faktor presipitasi

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan sering dikaitkan dengan:

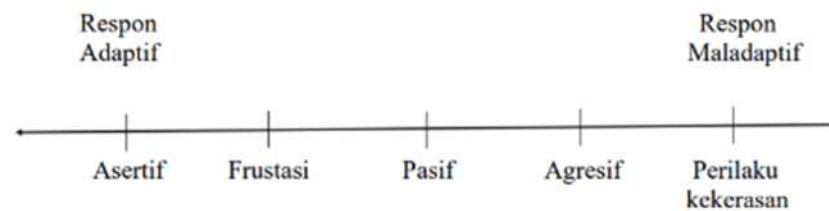
- a. Ekspresi, keinginan untuk menunjukkan eksistensi atau simbol solidaritas.
- b. Ekspresi ketidakpuasan terhadap kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan berkomunikasi tentang sesuatu dalam keluarga dan kekerasan dalam penyelesaian konflik
- d. Kurangnya persiapan mengarah pada dialog untuk memecahkan masalah
- e. Riwayat perilaku antisosial, antara lain kecanduan narkoba, alkoholisme dan ketidakmampuan mengendalikan emosi saat frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang paling penting, kehilangan pekerjaan, perubahan tingkat perkembangan keluarga

2.4.3 Rentang Respon perilaku kekerasan

Menurut (Azizah et al., 2016), perilaku kekerasan adalah sekumpulan emosi dan ekspresi kemarahan yang terwujud dalam bentuk fisik. Kemarahan adalah bentuk komunikasi dan transmisi pesan oleh individu. Orang yang

mengalami kemarahan sangat ingin menyampaikan pesan bahwa "dia" tidak setuju, disakiti, diabaikan, tidak patuh atau tersinggung. Respon kemarahan individu berkisar dari respon normal (persuasif) hingga respon abnormal (maladaptif).

Gambar 2. 1 Rentang respon



Sumber: (Azizah et al., 2016)

Tabel 2. 1 Rentang Respon

Asertif	Frustrasi	Pasif	Agresif	Kekerasan
Individu mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan	Individu gagal mencapai tujuan kepuasan/saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif	Individu merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah	Individu mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman	Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang control, disertai amuk, merusak lingkungan

Sumber: (Azizah et al., 2016)

2.4.4 Tanda Dan Gejala Perilaku Kekerasan

Menurut (Yusuf, A.H &, R & Nihayati, 2015) tanda gejala pada pasien

dengan perilaku kekerasan antar lain:

1. Fisik
 - a. Muka merah dan tegang
 - b. Pandangan tajam dan mata melotot
 - c. Nafas pendek
 - d. Tangan mengepal
 - e. Rahang mengatup dengan kuat
 - f. Postur tubuh kaku
 - g. Jalan mondar – mandir
2. Emosi
 - a. Tidak adekuat
 - b. Tidak aman dan nyaman
 - c. Rasa terganggu
 - d. Marah atau dendam
 - e. Merasa jengkel
 - f. Tidak berdaya
 - g. Mengamuk
 - h. Ingin berkelahi
 - i. Menyalahkan orang lain
3. Intelektual
 - a. Mendominasi
 - b. Bawel atau cerewet

- c. Kasar
 - d. Berdebat
 - e. Meremehkan
 - f. Sarkasme
4. Spiritual
- a. Merasa bahwa dirinya berkuasa
 - b. merasa dirinya benar
 - c. keraguan-raguan
 - d. tidak bermoral dan kreativitas dapat terhambat.
 - e. Keraguan
5. Sosial
- a. Menarik diri
 - b. pengasingan
 - c. penolakan
 - d. kekerasan

2.4.5 Dampak perilaku kekerasan

Akibat dari perilaku kekerasan pasien terhadap diri sendiri adalah dapat merugikan diri sendiri atau lingkungan. Akibat yang lebih ekstrim lagi dapat berupa kematian pasien itu sendiri dan akibat dari perilaku kekerasan pasien, seperti sengaja menyerang atau mengancam orang lain (Nuraenah et al., 2012).

Dampak pada keluarga adalah ketakutan terhadap perilaku kekerasan pasien, seperti menyerang orang lain atau ancaman dengan senjata, dimana

stres dapat diatasi dengan upaya mengatasi perilaku kekerasan tersebut, termasuk upaya memecahkan masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan melindungi diri Anda bersama dengan pasien. Identifikasi situasi yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan dan perawatan medis.

Selain dampak perilaku kekerasan pada skizofrenia, dapat menimbulkan kerugian atau bahkan kematian, yang pada akhirnya dapat berkontribusi pada stigmatisasi pasien skizofrenia. Masyarakat beranggapan bahwa penderita skizofrenia identik dengan perilaku kekerasan. Masyarakat juga menganggap pasien gangguan jiwa berbahaya, sehingga tidak mau bersentuhan dengan pasien gangguan jiwa yang bersalah melakukan perilaku kekerasan. Memang, stigma yang berkembang di masyarakat dan penolakan terhadap penderita skizofrenia dan masalah kesehatan jiwa lainnya menjadi hambatan untuk pemulihan, integrasi ke dalam masyarakat, dan peningkatan kualitas hidup pasien dengan masalah kesehatan jiwa. Sehingga pasien skizofrenia menjadi kelompok yang tidak berdaya.

2.4.6 Penatalaksanaan perilaku kekerasan

1. Farmakologi Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: clorpromazine HCL yang digunakan mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat dipergunakan dosis efektif rendah, contoh: Trifluoperasine estelasine.
2. Terapi Okupasi Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja, terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media

untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan maupun berkomunikasi, karena itu didalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan terapi sebagai bentuk kegiatan membaca koran, main catur, setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan itu bagi dirinya.

3. Peran serta keluarga Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan yaitu, mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber daya pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptive (primer), mengulangi perilaku maladaptive (sekunder) dan memulihkan perilaku maladaptive dan adaptive sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.
4. Terapi Somatik Menurut Deskep RI 2000 hal 230 menerangkan bahwa terapi somatic terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien, tetapi target adalah perilaku pasien (Prabowo, 2014).

2.4.7 Intervensi Keperawatan

Menurut Keliat (2019) dalam Makhruzah et al (2021) tindakan keperawatan dapat dilakukan menggunakan strategi pelaksanaan pasien sebagai berikut:

1. SP 1 pasien: Latih pasien mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur
2. SP 2 pasien: Latih pasien mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara tepat dan teratur minum obat
3. SP 3 pasien: Latih pasien mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara verbal
4. SP 4 pasien: Latih pasien mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara pendekatan spiritual

Dermawan (2018) menjelaskan bahwa tindakan keperawatan pada keluarga dengan perilaku kekerasan secara umum adalah sebagai berikut :

1. SP 1 keluarga: Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah:
 - a. Diskusikan dengan keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari perilaku tersebut)
 - b. Diskusikan bersama keluarga kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain
2. SP 2 keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengendalikan kemarahan:
 - a. Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah

- b. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
 - c. Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan secara tepat
 - d. Diskusikan bersama keluarga
 - e. Tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
3. SP 3 keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

2.5 Konsep Dasar Keluarga

2.5.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dari dua orang atau lebih yang dihubungkan oleh hubungan darah atau pertemuan, perkawinan, dan mereka tinggal di bawah atap rumah tangga yang sama, berinteraksi satu sama lain dan berperan dalam menciptakan rasa memiliki dan melestarikan budaya (Friedman dalam Setiana 2016). Menurut Duvall Setiana (2016), konsep keluarga adalah sekelompok orang yang dipersatukan oleh perkawinan, adopsi, kelahiran antara laki-laki dan perempuan dengan tujuan menciptakan dan memelihara budaya bersama dan menggabungkan perkembangan fisik, mental, emosional dan mempromosikan sosial dari setiap anggota.

2.5.2 Fungsi Keluarga

Menurut Bailon dan Maglayan (2015), keluarga juga merupakan salah satu faktor keberhasilan pengobatan dalam pengobatan, karena keluarga juga mempengaruhi dan juga dapat menentukan keyakinan dan nilai-nilai yang

berhubungan dengan kesehatan individu. program kesehatan yang dapat diterima. Menurut Friedman, Bowden & Jones menjelaskan dalam Sari (2014) bahwa salah satu fungsi keluarga adalah menjaga kesehatan keluarga. Masalah kesehatan keluarga saling berhubungan dan saling mempengaruhi satu sama lain sehingga keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, keluarga memegang peranan penting dalam keberhasilan perawatan di rumah bagi penderita.

2.5.3 Tahap perkembangan keluarga

Berdasarkan konsep Duvall dan Miller dalam Andarmoyo (2012), tahap perkembangan keluarga dibagi menjadi 8 yaitu:

1. Tahap I: Keluarga baru (*beginning family*) Perkembangan keluarga tahap I merupakan keluarga dengan pasangan yang baru menikah dan belum mempunyai anak. Perkembangan keluarga tahap I dimulai ketika laki-laki/perempuan melepas masa lajang ke hubungan baru yang lebih intim dan berakhir ketika lahir anak pertama. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah membangun perkawinan yang saling memuaskan, membangun jaringan keluarga yang harmonis, mendiskusikan rencana keluarga dan memahami prenatal care (kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua).
2. Tahap II: Tahap mengasuh anak (*child bearing*) Perkembangan keluarga tahap II merupakan masa transisi pasangan menjadi orangtua. Tahap ini dimulai ketika anak pertama dilahirkan hingga anak tersebut berusia 30

bulan atau 2,5 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap II antara lain adaptasi dengan perubahan 10 anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan, membagi tugas dan peran, memperluas persahabatan keluarga besar, bimbingan orangtua tentang tumbuh kembang anak dan konseling KB.

3. Tahap III: Keluarga dengan anak prasekolah (*families with preschool*)
Perkembangan keluarga tahap III dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika berusia 5 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga (kebutuhan anak prasekolah), menyosialisasikan anak dan merencanakan kelahiran berikutnya.
4. Tahap IV: Keluarga dengan anak usia sekolah (*families with school children*)
Perkembangan keluarga tahap IV dimulai ketika anak pertama mulai masuk sekolah dasar yaitu berusia 6 tahun dan berakhir ketika anak berusia 13 tahun. Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain mensosialisasikan anak terhadap lingkungan luar rumah, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan menyediakan kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.
5. Tahap V: Keluarga dengan anak remaja (*families with teenagers*)
Perkembangan keluarga tahap V berlangsung selama 6 hingga 7 tahun dimulai ketika anak pertama melewati usia 13 tahun. Pada tahap ini, tugas perkembangan keluarga meliputi menyeimbangkan kebebasan dan tanggungjawab anak, memfokuskan kembali hubungan perkawinan,

memelihara komunikasi terbuka, dan mempertahankan etika serta moral keluarga. 11

6. Tahap VI: Keluarga yang melepaskan anak dewasa muda (*launching center families*) Perkembangan keluarga tahap VI ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah membantu anak untuk hidup mandiri, menenysuaikan kembali hubungan perkawina, membantu orangtua lansia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri.
7. Tahap VII: Keluarga usia pertengahan (*middle age family*) Perkembangan keluarga tahap VII dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah atau orangtua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir saat seorang pasangan pensiun. Tugas perkembangan tahap ini adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang penuh arti dan memperokoh hubungan perkawinan.
8. Tahap VIII: Keluarga lanjut usia Perkembangan keluarga tahap VIII merupakan tahap akhir yang dimulai ketika salah satu atau kedua pasangan pensiun, sampai salah satu pasangan meninggal dan berakhir ketika keduanya meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini meliputi mengubah pengaturan hidup, menyesuaikan diri dengan masa pensiun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri

terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi dan melakukan life review masa lalu.

2.5.4 Peran Keluarga Secara Umum

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu didasari dalam keluarga dan kelompok masyarakat. Berbagai peran yang terdapat dalam keluarga adalah sebagai berikut:

1. Peran ayah: ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya, berperan dari pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemebri rasa aman sebagai kepala keluarga, anggota dari kelompok sosial serta dari anggoata masyarakat dari lingkungannya.
2. Peran ibu: ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunya peran pengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu ibu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dan keluarga.
3. Peran anak: anak-anak melaksanakan peran psikososial seduai dengan tingkat perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual (Esti & Johan 2020).

2.5.5 Peran Serta Keluarga Dalam Upaya mengontrol Perilaku Kekerasan

Pada pasien Skizofrenia

Peran keluarga dalam mengontrol emosi pasien dapat dilakukan dengan bersikap empati yaitu dengan memperhatikan pasien, memahami perasaan pasien, dan memperdulikan pasien, serta menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pasien dengan menjaga perasaan pasien (Hartanto, 2014)

2.5.6 Tugas Keluarga Dalam Perawatan Pasien Skizofrenia

Tugas keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia Menurut Dinisari (2006), tugas kesehatan keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia adalah:

1. Mempertahankan rutinitas sehari-hari yang teratur dan struktur secara konsisten dan terjadwal Se jauh mana keluarga mempertahankan keadaan rutinitas sehari-hari supaya anggota keluarga yang sakit tetap sehat.
2. Memberikan Pujian apabila pasien mampu melakukan sesuatu Keluarga berkewajiban memberikan pujian kalau anggota keluarga yang sakit telah mampu melakukan sesuatu sehingga yang sakit bersemangat dan merasa percaya diri.
3. Menghindari stimulus yang berlebihan, kurangi tekanan dan ketegangan Keluarga tidak boleh terlalu menekan pada anggota yang sakit supaya tidak terjadi ketegangan atau merasa diperintah.

4. Menganjurkan pasien untuk minum obat dan selalu datang untuk control ulang Se jauh mana keluarga mengontrol anggota keluarga yang sakit dalam minum obat dan mengajak untuk mengontrol ulang sehingga kesehatan tetap terpantau.
5. Mendidikasikan tentang perasaan pasien setelah melakukan banyak hal
6. Melimpahkan tugas-tugas rumah tangga yang tidak lebih dari batas kemampuan pasien. Keluarga harus memberikan tugas-tugas pada anggota keluarga yang sakit untuk memberikan kepercayaan pada anggota keluarga yang sakit sehingga merasa berguna dalam keluarga
7. Tidak memaksa pasien untuk acara-acara bersama Se jauh mana keluarga tidak memaksa anggota keluarga yang sakit untuk ikut dalam acara bersama supaya tidak terjadi penolakan pada anggota keluarga yang sakit.
8. Jangan ingin terlalu tahu tentang apa yang pasien pikirkan dan apa yang pasien lakukan Keluarga tidak boleh terlalu ingin tahu apa yang menjadi pikiran pada anggota keluarga yang sakit, sehingga dia merasa tidak merasa dicurigai terus menerus.
9. Mengajari pasien untuk mengatasi stress Keluarga berkewajiban untuk menjaga keadaan anggota keluarga yang sakit supaya tidak terjadi stress yang berat.

10. Berusaha menempatkan diri pada pasien dan menghormati kecemasan tentang penyakitnya. Sejauh mana keluarga mengetahui cara memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga

2.6 Pengetahuan

2.6.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil rasa ingin tahu melalui proses indrawi, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan area penting dalam pembentukan *open behavior* atau perilaku terbuka (Donsu, 2017). Ilmu atau pengetahuan adalah hasil persepsi seseorang atau seseorang yang mengetahui suatu objek melalui panca inderanya. Panca indera manusia untuk mendeteksi objek yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pada saat pengenalan, intensitas perhatian dan persepsi objek mempengaruhi produksi informasi. Sebagian besar informasi manusia diterima melalui indera pendengaran dan penglihatan (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan adalah hasil perpaduan atau kerja sama antara subjek yang sadar akan pengetahuan manusia dan objek yang diketahui. Semua yang diketahui tentang objek tertentu (Suriasumantri dalam Nurroh 2017). Dalam Yuliana (2017) Notoatmodjo, pengetahuan adalah hasil dari panca indera seseorang atau dari mengenali suatu objek dengan panca inderanya (mata, hidung, telinga, dll). Jadi, pengetahuan adalah berbagai hal yang diperoleh melalui panca indera.

2.6.2 Jenis Pengetahuan

Menurut Sulaiman (2015), pengetahuan terdiri dari empat jenis, yaitu pengetahuan deskriptif, pengetahuan kausal, pengetahuan normatif, dan pengetahuan esensial. Informasi deskriptif adalah jenis informasi yang disampaikan atau dijelaskan secara objektif tanpa subjektivitas. Informasi tentang sebab adalah informasi yang memberikan jawaban atas sebab dan akibat. Informasi standar adalah informasi yang selalu berkaitan dengan norma dan standar atau aturan. Pengetahuan esensial adalah pengetahuan yang menjawab pertanyaan tentang hakikat sesuatu dan yang telah dipelajari dalam bidang filsafat.

2.6.3 Tingkat Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan hiraki pada taksonomi bloom. Taknosomi bloom yang digunakan dalam pengukuran pengetahuan masuk dalam ranah kognitif yang terbagi menjadi 6 tingkatan takson dalam pembelajaran dikenal dengan istilah C1 sampai C6 yaitu :

1. Mengingat (C1) Mengingat yaitu mengambil pengetahuan dari memori jangka panjang. Dalam hal ini mengingat merupakan usaha untuk memperoleh kembali pengetahuan baik yang baru saja didapatkan maupun yang sudah lama didapatkan. Mengingat meliputi kegiatan mengenali (*recognizing*) dan memanggil kembali (*recalling*).
2. Memahami (C2) Memahami yaitu mengkontruksi makna dari materi pembelajaran, termasuk apa yang diucapkan, ditulis dan digambarkan. Memahami berkaitan dengan membangun sebuah pengertian dari

berbagai sumber seperti pesan, bacaan dan komunikasi. Memahami meliputi kegiatan menafsirkan (*interpreting*), mencontohkan (*exemplifying*), mengklasifikasikan (*classifying*), merangkum (*summarizing*), menyimpulkan (*inferring*), membandingkan (*comparing*), dan menjelaskan (*explaining*).

3. Mengaplikasikan (C3) Menerapkan yaitu menggunakan atau menerapkan suatu prosedur dalam keadaan tertentu. Menerapkan menunjuk pada proses kognitif yang memanfaatkan atau mempergunakan suatu prosedur untuk melaksanakan percobaan atau menyelesaikan permasalahan. Mengaplikasikan meliputi kegiatan mengeksekusi (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*).
4. Menganalisis (C4) Menganalisis berarti memecah materi menjadi bagian-bagian penyusunnya dan menentukan hubungan hubungan antara bagian itu serta menentukan hubungan antara bagian-bagian tersebut dengan keseluruhan struktur atau tujuan. Menganalisis meliputi kegiatan membedakan (*differentiating*), mengorganisasi (*organizing*), mengatribusikan (*attributing*).
5. Mengevaluasi (C5) Mengevaluasi yaitu mengambil keputusan berdasarkan kriteria atau standar. Evaluasi berkaitan dengan proses kognitif yang memberikan penilaian berdasarkan kriteria dan standar yang sudah ada. Mengevaluasi meliputi kegiatan memeriksa (*checking*) dan mengkritik (*critiquing*).

6. Mencipta (C6) Mencipta yaitu memadukan bagian-bagian untuk membentuk sesuatu yang baru dan koheren atau untuk membuat suatu produk yang orisinal. Kegiatan mencipta meliputi kegiatan Merumuskan (*generating*), merencanakan (*planning*), dan memproduksi (*producing*).

2.6.4 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Fitriani dalam Yuliana (2017), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

1. Pendidikan Pendidikan mempengaruhi proses dalam belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah seseorang tersebut untuk menerima sebuah informasi. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi dapat diperoleh juga pada pendidikan non formal.
2. Media massa/ sumber informasi Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengetahuan jangka pendek (*immediatee impact*), sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan.
3. Sosial budaya dan Ekonomi Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan seseorang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan ketersediaan fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.
4. Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh

terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada pada lingkungan tersebut.

5. Pengalaman Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman pribadi ataupun pengalaman orang lain.
6. Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang

2.6.5 Kriteria Tingkat Pengetahuan

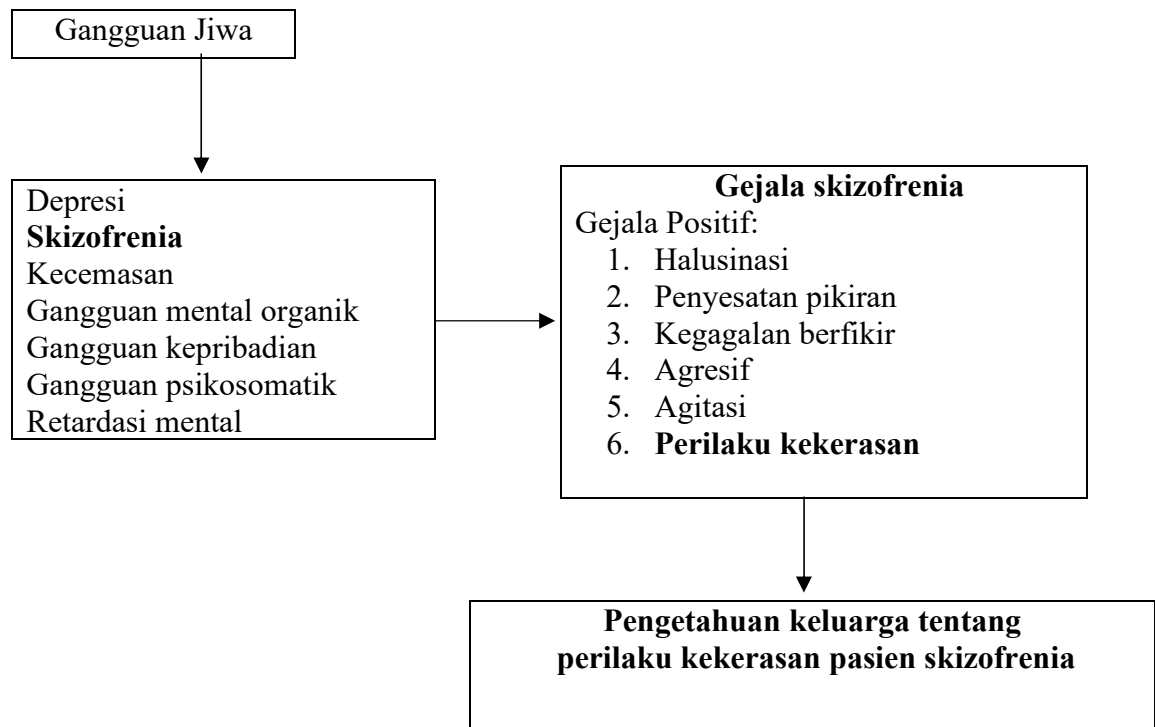
Hasil penelitian yang dilakukan oleh Novitasari (2018) yang meneliti terkait “Gambaran Pengetahuan Keluarga Tentang Perilaku Kekerasan (Pk) Di Desa Bandungrejo Kecamatan Bantur”. Dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan keluarga Sebagian besar keluarga pasien berpengetahuan kurang sebanyak 18 orang (72%), sebagian kecil berpengetahuan cukup sebanyak 6 orang (24%), dan sebagian kecil berpengetahuan baik sebanyak 1 orang (4%).

Menurut Swarjana (2022) dalam bukunya menjelaskan bahwa bloom membagi tingkatan pengetahuan menjadi 3, yaitu:

1. Pengetahuan Baik jika skor: 80 % - 100 %
2. Pengetahuan Cukup jika skor: 60 % - 79 %
3. Pengetahuan Kurang jika skor: < 60

2.7 Kerangka konseptual

Bagan 2. 1 Kerangka konseptual



Sumber: (Fajar,2016), (Sutejo,2017), (Malfatsari, 2020), (Perawat et al., 2020)