

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1 .1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata yaitu “skizo” artinya retak atau pecah dan “frenia” artinya jiwa. Sehingga skizofrenia merupakan seseorang yang mengalami kerekatakan jiwa atau kepribadian (*splitting of personality*) (Putri & Maharani, 2022). Skizofrenia didefinisikan sebagai gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan kemampuan komunikasi, gangguan persepsi seperti halusinasi dan waham, emosi yang tidak wajar atau tumpul, serta gangguan kognitif seperti kesulitan berpikir abstrak dan menjalani aktivitas sehari-hari (Kelialat, 2019). Menurut *World Health Organization* (WHO), skizofrenia adalah gangguan mental serius yang dapat menyebabkan disorganisasi pikiran, perubahan Perilaku ekstrim, dan ketidakmampuan dalam mengendalikan emosi (*World Health Organization*, 2022).

2.1 .2 Etiologi Skizofrenia

1. Faktor Predisposisi

Etiologi menurut (Madhani & Kartina, 2020),terdiri atas :

- a. Kehilangan harga diri karena tidak dapat memenuhi kebutuhan sehingga individu tidak berani bertindak, cepat tersinggung dan lekas marah.
- b. Frustasi akibat tujuan tidak tercapai atau terhambat sehingga individu merasa cemas dan terancam. Individu akan berusaha mengatasinya tanpa memperhatikan hak-hak orang lain.
- c. Kebutuhan aktualisasi diri yang tidak tercapai, menimbulkan ketegangan dan membuat individu cepat tersinggung.

Respon marah dapat diungkapkan dengan cara:

- a. Mengungkapkan secara verbal atau langsung pada saat itu sehingga dapat melegakan individu dan membantu orang lain untuk mengerti perasaannya.
 - b. Menekan kemarahan atau pura-pura tidak marah. Hal ini mempersulit diri dan mengganggu hubungan interpersonal.
 - c. Menentang atau melarikan diri. Cara ini akan menimbulkan rasa bermusuhan dan bila dipakai terus menerus kemarahan dapat diekspresikan pada diri sendiri atau orang lain sehingga akan tampak sebagai psikomatis atau agresi/amuk.
2. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang mendukung terjadinya masalah perilaku kekerasan menurut (Madhani & Kartina, 2020), adalah sebagai berikut:

- a. Faktor Biologis

Berdasarkan penelitian pada hewan, adanya pemberian stimulus elektris ringan pada hipotalamus ternyata menimbulkan perilaku agresif. Jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk interpretasi indra penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi, dan hendak menyerang objek yang ada disekitarnya.

Dalam otak sistem limbik berfungsi sebagai regulator/pengatur perilaku. Adanya lesi pada hipotalamus dapat mengurangi atau meningkatkan perilaku agresif. Penurunan nor epinefrin dapat menimbulkan perilaku agresif misalnya pada peningkatan kadar hormon testosteron atau progesterone. Pengaturan perilaku agresif adalah dengan mengatur jumlah metabolisme biogenik amino nor epinefrin.

b. Faktor Psikologis

- 1) Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan.
- 2) Berdasarkan penggunaan mekanisme coping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan.
- 3) Frustasi.
- 4) Kekerasan pada rumah atau keluarga.

c. Faktor Sosial Kultural

Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respons yang dipelajari. Faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan tidak diterima.

3. Psikososial dan Pendekatan Psikoanalitik

a. Sigmund Freud

Freud menyatakan bahwa skizofrenia muncul akibat fiksasi pada tahap awal perkembangan psikologis yang lebih dini daripada yang menyebabkan neurosis. Fiksasi ini menghambat perkembangan ego, sehingga terjadi disintegrasi atau kemunduran ego ke tahap awal pembentukannya. Akibatnya, kemampuan ego untuk menafsirkan realitas dan mengendalikan dorongan naluriah (seperti seks dan agresi) terganggu. Gangguan ini diperparah oleh konflik internal (intrapsikis) dan relasi awal dengan objek (orang lain) yang buruk.

b. Margaret Mahler

Mahler menekankan gangguan pada proses pemisahan individuasi, yaitu kegagalan anak dalam melepaskan diri dari ketergantungan mutlak terhadap ibu pada tahap oral. Akibatnya, identitas diri tidak pernah terbentuk secara stabil, yang menjadi dasar munculnya gangguan kejiwaan seperti skizofrenia.

c. Paul Federn

Federn berpendapat bahwa kerusakan fungsi ego menyebabkan agresi dan permusuhan yang tidak terkendali, yang pada akhirnya merusak hubungan ibu-anak. Hal ini menghasilkan disorganisasi kepribadian dan meningkatkan kerentanan terhadap stres, khususnya di masa remaja, saat individu dituntut untuk mandiri, menyelesaikan tugas perkembangan, dan mengelola tekanan dari dalam dan luar diri.

d. Harry Stack Sullivan

Menurut Sullivan, skizofrenia adalah gangguan dalam hubungan interpersonal. Trauma dan kecemasan yang terakumulasi selama masa perkembangan menyebabkan penderita merasakan ketakutan berlebihan hingga timbulnya waham kejar (persekusi). Gejala skizofrenia dilihat sebagai bentuk adaptasi untuk menghindari rasa panik dan kehancuran diri. Waham dan halusinasi dianggap sebagai manifestasi simbolik dari konflik batin: misalnya, perasaan rendah diri diatasi dengan waham kebesaran, dan halusinasi mengantikan ketidakmampuan menghadapi realitas.

e. Teori Belajar

Menurut pendekatan ini, penderita skizofrenia mengembangkan pola pikir irasional dan perilaku aneh karena mereka belajar dan meniru pola komunikasi dan

reaksi emosional orang tua mereka sejak kecil. Relasi interpersonal yang buruk pada penderita dianggap sebagai hasil dari proses belajar yang tidak sehat selama masa kanak-kanak.

f. Dinamika Keluarga

1) Hubungan Ibu-Anak

Anak yang memiliki relasi buruk dengan ibunya memiliki risiko enam kali lebih tinggi untuk mengembangkan skizofrenia dibandingkan anak yang memiliki hubungan yang sehat.

2) Teori *Double Bind* (Gregory Bateson & Donald Jackson)

Anak-anak sering menerima pesan yang saling bertentangan dari orang tua, baik secara verbal maupun emosional. Ketidakmampuan anak untuk memahami dan merespons pesan yang kontradiktif ini dapat menimbulkan kebingungan parah dan memicu kondisi psikotik sebagai bentuk pelarian.

3) Schism and Skewed Family (Theodore Lidz)

Ketidakseimbangan dalam hubungan orang tua ditandai oleh dominasi salah satu orang tua dan aliansi yang tidak wajar dengan anak dari lawan jenis. Situasi ini menciptakan ketegangan dan konflik yang membingungkan bagi anak, yang dapat berujung pada gangguan mental.

4) Pseudomutuality dan Pseudohostility (Lyman Wynne):

Dalam beberapa keluarga, ekspresi emosional ditekan secara sistematis. Hubungan dalam keluarga terlihat harmonis (pseudomutual) atau tampak penuh konflik (pseudohostil), padahal komunikasi sebenarnya tidak jujur dan manipulatif. Pola komunikasi unik ini

membuat anak kesulitan menyesuaikan diri dengan lingkungan luar keluarga.

5) Ekspresi Emosional Tinggi (*High Expressed Emotion*)

Keluarga yang sering bersikap terlalu kritis, penuh permusuhan, atau terlalu ikut campur dalam kehidupan penderita dapat memperburuk kondisi skizofrenia. Lingkungan seperti ini meningkatkan risiko kekambuhan karena memperberat tekanan emosional yang harus dihadapi penderita.

2.1 .3 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Dalam menilai pasien skizofrenia, diperlukan informasi dari orang terdekat (heteroanamnesis), serta pemahaman tentang riwayat hidup pasien. Gejala skizofrenia dapat berubah seiring waktu dan dipengaruhi oleh faktor seperti tingkat kecerdasan, latar belakang pendidikan, dan budaya Fitrikasari & Kartikasari (2022).

1. Gambaran Umum

Penampilan pasien skizofrenia sangat bervariasi, sering kali ekstrem. Beberapa pasien tampak agresif, berteriak, dan berbicara dengan cara yang gelisah dan marah tanpa alasan yang jelas. Di sisi lain, ada yang menunjukkan gejala katatonik seperti membisu, tidak bergerak (mematung), serta menunjukkan fleksibilitas otot yang kaku. Pasien sering kali tampak tidak terawatt misalnya, tidak mandi, berpakaian tidak sesuai cuaca, atau menunjukkan perilaku ganjil seperti gerakan berulang (stereotipik), tics, atau meniru gerakan orang lain (ekhopraksia).

2. Mood, Perilaku, Emosi

Perubahan emosi pada pasien skizofrenia dapat terjadi sangat cepat. Beberapa pola afek yang umum ditemukan:

- a. Afek tumpul/datar: Respons emosional yang sangat lemah atau bahkan tidak ada, meskipun situasinya memicu emosi.

- b. Afek tak sesuai: Emosi yang muncul tidak cocok dengan isi pembicaraan atau situasi yang sedang dialami.

- c. Afek labil: Emosi yang mudah berubah dalam waktu singkat.

3. Gangguan Persepsi

- a. Halusinasi

Persepsi tanpa adanya rangsangan nyata, bisa melibatkan semua indra. Yang paling sering adalah halusinasi pendengaran, seperti suara yang berkomentar atau membicarakan pasien. Halusinasi lain termasuk visual, sentuhan, penciuman, pengecapan, serta sensasi tubuh yang tidak biasa (cenesthetic), seperti sensasi terbakar atau tekanan di organ tubuh.

- b. Ilusi

Persepsi yang menyimpang terhadap objek nyata. Bisa muncul di berbagai fase penyakit, dan bila disertai halusinasi, perlu dipertimbangkan kemungkinan adanya penyalahgunaan zat psikoaktif.

- c. Depersonalisasi

Merasa asing atau terlepas dari diri sendiri.

- d. Deralisasi: Merasa lingkungan sekitar tampak tidak nyata atau asing.

4. Gangguan Pikiran

- a. Gangguan isi pikiran

Terjadi perubahan dalam keyakinan, ide, dan cara individu menafsirkan rangsangan. Contohnya termasuk waham, keterpakuhan pada ide-ide aneh atau abstrak yang bersifat esoterik, filosofis, atau psikologis, hilangnya batas antara diri dan dunia luar (*loss of ego boundaries*), serta perasaan memiliki identitas kosmis (*cosmic identity*).

b. Gangguan bentuk pikiran

Terlihat dalam pola bicara dan tulisan pasien yang tidak teratur. Misalnya, asosiasi longgar antara ide, ucapan yang tidak koheren, pembicaraan melingkar (sirkumstansial), penciptaan kata-kata baru (neologisme), pengulangan kata atau suara (ekolalia, verbigerasi), ucapan acak tanpa makna (word salad), atau bahkan tidak berbicara sama sekali (mutisme).

c. Gangguan proses pikiran

Berkaitan dengan cara ide-ide terbentuk dan diungkapkan dalam komunikasi verbal, visual, atau tulisan, serta dalam tindakan. Gejalanya antara lain lompatan ide (*flight of ideas*), pemblokiran pikiran, sulit memusatkan perhatian, isi pikiran yang dangkal, kemampuan berpikir abstrak yang lemah, pengulangan ide (perseverasi), asosiasi berdasarkan bunyi, hingga pengalaman seperti kendali pikiran dari luar (*thought control*) atau pikiran disiarkan ke orang lain (*thought broadcasting*).

d. Impulsivitas, Kekerasan, Bunuh Diri, dan Pembunuhan

Penderita skizofrenia sering mengalami kesulitan dalam mengendalikan dorongan, yang dapat menyebabkan perilaku impulsif seperti tindakan kekerasan atau upaya bunuh diri. Tindakan ini sering terjadi sebagai reaksi terhadap halusinasi atau depresi berat. Bunuh diri adalah penyebab utama kematian dini pada penderita skizofrenia; sekitar 20–50% mencoba bunuh diri, dan sekitar 10–13% berhasil. Angka ini 20 kali lebih tinggi dibanding populasi umum. Menariknya, pasien dengan prospek kesembuhan lebih baik justru memiliki risiko lebih besar untuk bunuh diri, kemungkinan karena kesadaran mereka terhadap kemunduran sosial dan ekonomi yang dialaminya. Untuk risiko melakukan pembunuhan, tidak

lebih tinggi dibanding populasi umum dan biasanya dilakukan tanpa motif jelas, kerap kali dipengaruhi oleh halusinasi atau delusi.

e. Fungsi Sensorik dan Kognitif

Orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang biasanya masih utuh, kecuali jika terganggu oleh isi pikiran pasien seperti waham identitas. Jika orientasi terganggu, perlu dicurigai adanya gangguan organik di otak. Memori (daya ingat) pada umumnya tidak terganggu secara signifikan. Fungsi kognitif sering mengalami gangguan ringan, seperti kesulitan dalam perhatian, ingatan kerja (*working memory*), memori episodik, serta fungsi eksekutif. Gangguan ini biasanya sudah muncul sejak awal penyakit, bersifat stabil pada fase awal, dan memburuk bila skizofrenia berkembang menjadi kronis. Fungsi kognitif yang terganggu juga berkaitan erat dengan kemampuan pasien menjalani fungsi sehari-hari, sehingga menjadi penentu penting dalam prognosis.

f. Daya Nilai dan Tilikan

Sebagian besar penderita skizofrenia memiliki tilikan (*insight*) yang buruk terhadap kondisi dirinya, sehingga hal ini harus diperhatikan dalam menyusun rencana terapi.

g. Reliabilitas Informasi

Pasien skizofrenia cenderung tidak dapat diandalkan dalam memberikan informasi secara akurat. Karena itu, penting untuk mengonfirmasi pernyataan mereka dengan keluarga atau orang terdekat (aloanamnesis).

2.1 .4 Klasifikasi Skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia terdiri dari (Putri & Maharani, 2022).

1. Skizofrenia Paranoid

Halusinasi dan atau waham harus menonjol, suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengar (*humming*), atau bunyi tawa (*laughing*). Kurang atau tidak ada gangguan afek atau kemauan.

2. Skizofrenia Terdisorganisasi/ Hebephrenik

Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan serta mannerism (tidak dapat diprediksi), ada Kecenderungan untuk selalu menyendiri (*solitary*), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan, afek pasien dangkal (*shallow*), dan tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan (*giggling*), atau perasaan puas diri (*self-satisfied*) dan senyum sendiri.

3. Skizofrenia Residual

Gejala negatif skizofrenia yang menonjol seperti aktivitas menurun, afek yang menumpul sikap pasif atau tidak ada inisiatif, komunikasi non-verbal yang buruk seperti seperti dalam menunjukkan ekspresi wajah, perawatan diri yang krang dan kinerja sosial yang buruk.

4. Skizofrenia Katatonik

posisi tubuh tertentu (aneh dan tidak wajar), gelisah-gaduh, sangat berkurang dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan gejala-gejala lain seperti “*command automatism*” atau kepatuhan secara otomatis terhadap perintah dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

5. Skizofrenia Tak Terinci

Untuk jenis skizofrenia ini memiliki kriteria penting yaitu adanya gejala yang menunjukkan kriteria A, namun tidak termasuk dalam jenis skizofrenia paranoid, hebefrenik, residual ataupun katatonik.

2.1 .5 Diagnosis Skizofrenia

Kriteria diagnosis skizofrenia yang dipaparkan dalam ICD-10, terdiri dari (Putri & Maharani, 2022).

1. Adanya pikiran yang bergema (*though echo*), penarikan pikiran atau penyisipan (*though insertion atau withdrawal*) dan penyiaran pikiran (*broadcasting*) pada penderita.
2. Waham dikendalikan (*delusion of control*), waham dipengaruhi (*delusion of being influenced*) atau kepasifan, yang jelas merujuk pada pergerakantubuh,anggota gerak, atau pikiran, perbuatan dan perasaan dari penderita.
3. Halusinasi berupa suara yang berkomentar tentang perilaku penderita atau sekelompok orang yang sedang mendiskusikan atau bentuk halusinasi suara lainnya yang datang dari beberapa bagian tubuh.
4. Waham-waham yang menetap atau jenis-jenis lain yang menurut budayanya dianggap tidak wajar serta sama sekali atau mustahil, seperti misalnya mengenai identitas keagamaan atau politik, atau kekuatan dan kemampuan “manusia super” (tidak sesuai dengan budaya dan sangat tidak mungkin atau tidak masuk akal, misalnya mampu berkomunikasi dengan makhluk asing yang datang dari planet lain).
5. Halusinasi yang menetap pada berbagai modalitas disertai dengan waham yang mengambang maupun yang berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun ide-ide yang berlebihan yang menetap terjadi setiap hari atau berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan secara terus menerus.

6. Arus pikiran yang terputus yang berakibat pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
7. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), sikap tubuh tertentu (*posturing*), negativisme, mutisme, dan stupor.
8. Gejala-gejala negatif, seperti sikap masa bodoh (apatis), respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
9. Perubahan yang signifikan dan konsisten dalam beberapa aspek perilaku pribadi, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tanpa tujuan, malas-malasan dan sikap mementingkan diri sendiri.

2.1 .6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Tujuan utama dalam pengobatan skizofrenia adalah untuk mengurangi frekuensi dan tingkat keparahan, memperbaiki berbagai gejala, dan meningkatkan kapasitas fungsional dan kualitas hidup pasien skizofrenia. Selain itu tujuan utama dari terapi pada skizofrenia adalah pemulihan. Pemulihan dapat dicapai baik dari segi fungsi mental maupun fisik. Penilaian dalam menentukan pemulihan terdapat empat faktor termasuk diantaranya hilangnya gejala, fungsi pekerjaan, kehidupan mandiri dan relasi. Dari penilaian tersebut dapat dilihat bahwa hilangnya gejala hanya satu dari empat faktor dalam menilai pemulihan, sementara tiga faktor lainnya melibatkan peran penyandang skizofrenia sendiri, pengasuh maupun masyarakat (Putri & Maharani, 2022).

Berdasarkan tahapan penanganan skizofrenia dibagi menjadi (Putri & Maharani, 2022).

1. Terapi fase akut dilakukan pada saat terjadi episode akut dari skizofrenia yang melibatkan gejala psikotik intens seperti halusinasi, delusi, paranoid dan gangguan berpikir. Terapi ini dilakukan selama 7 hari pertama. Tujuan pengobatan pada fase

akut adalah untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Jika diberikan obat yang benar dengan dosis yang tepat, penggunaan obat antipsikotik dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu.

2. Terapi fase stabilisasi dilakukan setelah gejala psikotik akut telah dapat dikendalikan. Terapi ini dilakukan selama 6-8 minggu. Tujuan pengobatan dalam fase stabilitasi adalah untuk mencegah kekambuhan, mengurangi gejala, dan mengarahkan pasien ke dalam tahap pemulihan yang lebih stabil .
3. Terapi tahap pemeliharaan, yaitu terapi pemulihan jangka panjang skizofrenia bertujuan untuk mempertahankan kesembuhan dan mengontrol gejala, mengurangi resiko kekambuhan dan rawat inap, dan mengajarkan keterampilan untuk hidup sehari-hari. Terapi pemeliharaan biasanya melibatkan obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga, konseling, rehabilitas pekerjaan dan sosial. Terapi pemeliharaan dilakukan selama 12 bulan setelah membaiknya episode pertama psikotik sedangkan untuk pasien dengan episode akut yang *multiple* sebaiknya terapi pemeliharaan dilakukan minimal selama 5 tahun.

Penatalaksanaan skizofrenia dapat dibagi menjadi terapi farmakologi dan terapi non farmakologi (Putri & Maharani, 2022)

1. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi adalah terapi obat pilihan utama pada pasien skizofrenia, dipilih berdasarkan target gejala pada pasien skizofrenia. Terapi pengobatan bertujuan untuk mengontrol pasien, mencegah bahaya pada pasien, dan mengurangi gejala psikotik pada pasien. Terapi farmakologi terdiri dari.

a. Terapi Antipsikotik

Antipsikotik merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif mengobati skizofrenia. Antipsikotik adalah obat yang dapat menekan fungsi psikis tertentu tanpa mempengaruhi fungsi umum seperti berfikir dan berkelakuan normal. Antipsikotik ini dapat meredakan emosi, agresif dan dapat mengurangi atau menghilangkan gangguan jiwa seperti impian buruk, halusinasi serta menormalkan perilaku. Pemberian obat jenis ini tidak bersifat kuratif karena sebenarnya tidak menyembuhkan penyakit namun mengupayakan penderita untuk bisa menjalankan aktivitas seperti manusia normal.

Antipsikotik efektif mengobati gejala positif pada episode akut misalnya halusinasi, waham, digunakan untuk mencegah kekambuhan. Antipsikotik dibagi menjadi 2 kelompok yaitu antipsikotik tipikal (generasi ke-1) dan atipikal (generasi ke-2). Antipsikotik generasi pertama secara umum bekerja dengan cara memblokade dopamin pada reseptor pasca sinaps neuron di otak, khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapijamidal (dopamine D2 reseptor antagonis). Antipsikotik generasi 1 mempunyai keterkaitan tinggi dengan reseptor D2, antipsikotik dapat bekerja secara efektif apabila reseptor dopamin D2 dalam otak dihambat.

Antipsikotik generasi 1 dapat memperbaiki gejala positif dari skizofrenia, namun umumnya tidak memperbaiki gejala negatif. Pengobatan antipsikotik generasi 1 sering menimbulkan efek samping sindrom ekstrapijamidal yang lebih besar. Sedangkan antipsikotik generasi kedua dapat memperbaiki gejala positif dan negatif dari skizofrenia dan lebih efektif mengobati pada pasien yang resisten. Antipsikotik generasi 2 umumnya mempunyai keterkaitan yang lemah terhadap reseptor D2, reseptor D4, serotonin, histamin, reseptor muskarinik dan

reseptor alfa adrenergic. Antipsikotik generasi 2 sama-sama berpotensi menyebabkan efek samping berupa sedasi, ekstrapiramidal, gangguan otonomik dan gangguan pada sistem metabolismik. Efek samping ekstrapiramidal pada antipsikotik generasi 2 lebih rendah dibandingkan generasi 1.

Tabel 2.1

Obat anti psikotik

Golongan	Nama Generik	Merk Dagang	Dosis Awal	Range Dosis
Antipsikotik generasi 1 (tipikal)	Klorpromazin	Cefezeit, meprosetil, promacetil, dan largactil	50-150	300-1000
	Haloperidol	Dores, Haldol, Iodomer, dan seradol	2-5	2-20
	Flufenazin	Anatensol, prolixin, dan modecte	5	5-20
	Perfenazin	Trilafon	4-25	16-64
	Loxapin	Loxapin	50-250	50-150
Antipsikotik generasi 2 (atipikal)	Clozapin	Clorilex, Clozaril, Nuzip, Sizoril	20	100-800
	Risperidon	Risperdal	1-2	2-8
	Olanzapin	Onzapin, Olandoz	5-10	10-20
	Quentiapin	Seroquel	5-10	300-800

b. Antiansietas

Antiansietas utamanya digunakan dalam pengobatan kecemasan. Selain itu obat ini juga biasanya memiliki efek relaksasi otot, menangani kejang, amnestik dan sedasi. Obat antiansietas umumnya bekerja pada reseptor GABA, neurotransmitter yang berperan menghambat transmisi neuronal. Penggunaan antiansietas diajurkan untuk digunakan sebagai pengobatan jangka pendek yaitu 2-4 minggu. Selama penggunaannya perlu diperhatikan secara khusus potensi terjadinya toleransi dan ketergantungan, khususnya pada terapi jangka panjang dan dengan dosis yang besar. Toleransi terjadi jika untuk memperoleh efek terapi yang diinginkan, diperlukan dosis yang digunakan besar, sehingga penghentiannya juga sulit. Penghentian obat secara mendadak dapat menimbulkan gejala putus zat, seperti gelisah dan rasa tidak nyaman.

Antiansietas dapat diklasifikasikan berdasarkan turunannya, menjadi :

- 1) Benzodiazepin, seperti diazepam, lorazepam, alprazolam dan klobazam
- 2) Non benzodiazepin, seperti buspiron dan zolpidem
- 3) Gliserol, seperti meprobamate
- 4) Barbiturat, seperti fenobarbital

2. Terapi Non-Farmakologi

Terapi non farmakologi diartikan sebagai terapi tambahan selain hanya mengkonsumsi obat-obatan. Manfaat dari terapi non farmakologi yaitu meningkatkan efikasi obat dan mengurangi efek samping. Bentuk terapi non farmakologi adalah terapi alternatif dan komplementer. Terapi non farmakologi pada pasien skizofrenia terdiri dari psikoterap suportif individual atau kelompok. Tujuannya untuk membantu klien bersosialisasi melalui terapi aktivitas kelompok (Agustriyani et al., 2024).

2.2 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

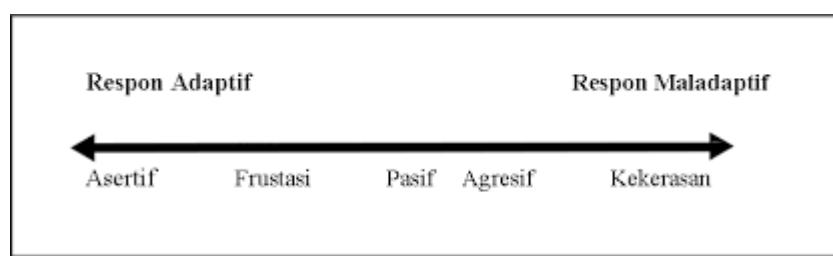
2.2.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain dan lingkungan, baik fisik, emosional, seksual dan verbal. Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other directed violence). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Mauila & Aktifah, 2021).

2.2.2 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan

Gambar 2.1

Rentang Respon



Keterangan:

1. Asertif, yaitu individu mampu mengungkapkan rasa marahnya tanpa menyakiti atau menyalahkan individu.
2. Frustasi, yaitu respon yang terjadi Ketika individu gagal dalam mencapai tujuan, kepuasan, atau rasa aman saat marah, dan klien tidak menemukan cara lain.

3. Pasif, yaitu keadaan dimana individu tidak mampu mengungkapkan apa yang dirasakannya, merasa tidak berdaya dan menyerah.
4. Agresif, yaitu individu mulai mengungkapkan rasa marahnya secara fisik tetapi masih terkontrol.
5. Amuk, yaitu perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilang kontrol, dimana individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, maupun lingkunga (Stuart, 2016).

2.2 .3 Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Stuart dalam (Kusuma et al., 2024) masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor pencetus terjadinya masalah atau faktor yang menjadi latar belakang masalah, diantaranya.

a. Faktor Biologis

1) Sistem Limbik

Sistem saraf ini sering disebut sebagai sistem saraf emosional. Organ ini berperan dalam mengatur kehidupan emosional dan fungsi mental yang lebih tinggi seperti pembelajaran dan pembentukan ingatan. Selain itu organ ini juga berfungsi mengatur perilaku makan, membuat makanan tampak menyenangkan.

2) Lobus temporal

Kerusakan pada lobus temporal dapat menyebabkan munculnya perilaku agresif.

3) Lobus frontal

Perilaku agresif paling banyak dikaitkan dengan disfungsi lobus frontal, yang bertanggung jawab atas fungsi eksekutif dan perilaku sosial yang kompleks.

4) Ketidakseimbangan neurotransmitter

Kadar serotonin rendah berkaitan dengan perilaku impulsif dan agresif. Dopamin dan norepinefrin yang berlebihan juga dapat menyebabkan gangguan emosi.

5) Riwayat Keluarga

Adanya riwayat keluarga dengan gangguan kejiwaan tertentu dapat meningkatkan risiko secara genetik.

b. Faktor Psikologis

1) Kepribadian

Individu dengan kepribadian tertentu, seperti mudah marah, impulsif, atau kurang empati, lebih rentan mengalami masalah perilaku agresif.

2) Riwayat Trauma Psikologis

Pengalaman masa kecil seperti kekerasan dalam rumah tangga, penelantaran, atau pelecehan dapat meninggalkan bekas psikologis mendalam yang mempengaruhi perilaku di masa dewasa.

3) Gangguan Mental

Beberapa gangguan mental seperti gangguan bipolar, skizofrenia, gangguan kepribadian ambang, atau gangguan antisosial berkontribusi terhadap timbulnya agresivitas.

4) Self-esteem (Harga Diri)

Harga diri yang rendah atau tidak stabil seringkali memicu mekanisme pertahanan diri yang agresif, terutama dalam situasi yang dianggap mengancam martabat atau identitas diri.

5) Pola pikir maladaptive

Misalnya, keyakinan bahwa kekerasan adalah cara yang sah untuk menyelesaikan konflik atau mencapai tujuan.

c. Faktor Sosial dan Lingkungan

1) Lingkungan Keluarga

Pola asuh yang otoriter, permisif ekstrem, atau tidak konsisten dapat berkontribusi pada pembentukan perilaku agresif.

2) Pengaruh Teman Sebaya

Tekanan dari kelompok teman sebaya yang mendukung perilaku agresif dapat memicu atau memperkuat perilaku tersebut.

3) Lingkungan Sekitar

Tinggal di lingkungan dengan tingkat kekerasan tinggi atau kurangnya kontrol sosial bisa memperbesar kemungkinan seseorang meniru perilaku agresif.

4) Media

Paparan terhadap kekerasan di media (film, permainan video, internet) dapat mempengaruhi persepsi dan toleransi terhadap kekerasan.

5) Status Sosial Ekonomi

Ketidaksetaraan sosial, pengangguran, dan kemiskinan bisa meningkatkan stres dan ketegangan yang berujung pada agresivitas. Sesuatu gagal atau menghambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berprilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi prilaku kekerasan dapat berasal dari.

a. Faktor Internal

Kelemahan, tidak percaya diri, takut, hilang kontrol, serta penyakit berkepanjangan.

b. Faktor Eksternal

Trauma fisik (penganiayaan, pemerkosaan, bullying), kehilangan orang yang dicintai, dan kritik,

2.2.4 Manifestasi Klinis Perilaku Kekerasan

Manifestasi klinis Resiko perilaku kekerasan terdiri dari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1. Gejala dan Tanda Mayor

a. Data Subjektif

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus

b. Data Objektif

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk.

2. Gejala dan Tanda Minor

Data Objektif

Mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

2.2.5 Mekanisme Koping Resiko Perilaku Kekerasan

Mekanisme koping merupakan cara atau strategi yang digunakan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan, atau adanya situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Mekanisme koping Resiko perilaku kekerasan terdiri dari (Kusuma et al., 2024).

1. Sublimasi

Menghilangkan ketegangan yang disebabkan oleh rasa marah dengan melampiaskan kemarahannya pada objek lain. Contohnya rasa marah dialihkan dengan memukul bantal, meremas adonan kue, gym, dan lain sebagainya.

2. Proyeksi

Menyalahkan orang lain atas kesulitan atau keinginannya yang tidak tercapai. Contohnya seseorang yang merasa marah karena gagal mendapatkan promosi di kantor mengatakan bahwa temannya bersikap tidak adil atau menyabotase pekerjaannya, padahal sebenarnya ia marah pada dirinya sendiri karena kurang usaha.

3. Represi

Menekan perasaan marah ke alam bawah sadar agar tidak muncul ke permukaan karena dianggap tidak dapat diterima secara sosial atau membahayakan hubungan dengan orang lain. Contohnya Seseorang yang sering diperlakukan tidak adil oleh atasannya memilih untuk tidak menunjukkan kemarahannya dan bertingkah seolah semuanya baik-baik saja, namun akhirnya sering mengalami sakit kepala atau gangguan tidur tanpa sebab yang jelas.

4. Reaksi Informasi

Mengatasi rasa marah dengan menunjukkan sikap yang berlawanan dari emosi sebenarnya, karena emosi tersebut dirasa tidak pantas atau mengancam. Ini dilakukan secara tidak sadar untuk menjaga citra diri atau hubungan sosial. Contohnya seseorang yang merasa sangat marah dan kesal kepada temannya justru bersikap sangat ramah, tersenyum berlebihan, dan memuji-muji, meskipun dalam hati masih menyimpan rasa kesal yang mendalam.

5. Displacement

Melampiaskan rasa marah kepada orang atau objek lain yang lebih aman dan tidak berisiko, karena tidak bisa mengekspresikan kemarahan kepada sumber yang sebenarnya. Contohnya seseorang yang dimarahi oleh bosnya di tempat kerja tidak berani membela, lalu pulang ke rumah dan membentak adiknya atau membanting pintu kamar sebagai pelampiasan.

2.2.6 Penatalaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan resiko perilaku kekerasan terdiri dari

1. Terapi Farmakologis

Penatalaksanaan utama pada pasien gangguan jiwa dengan perilaku agresif adalah penatalaksanaan farmakoterapi yaitu dengan memberikan obat-obatan seperti atypical antipsychotic, clozapine, dan olanzapine sebagai reseptor dopamin yang berperan dalam aktivasi dan pencetus perilaku, serta menghambat serotonin sehingga dapat mengatasi munculnya perilaku agresif (Thalib & Abdullah, 2022)

2. Terapi Non-Farmakologi

Strategi pelaksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan, terdiri dari (Kemenkes RI, 2017).

- a. Strategi pelaksanaan pasien

- 1) SP 1 Pasien: Latih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal.
 - 2) SP 2 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu minum obat.
 - 3) SP 3 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (meminta dan menolak dengan cara baik).
 - 4) SP 4 Pasien: Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

- b. Strategi pelaksanaan keluarga

- 1) SP 1 Keluarga: Mendiskusikan masalah yang dirasakan klien dan keluarga dan menjelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
 - 2) SP 2 Keluarga: Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan

- c. Strategi pelaksanaan di lingkungan
 - 1) Mengkondisikan lingkungan yang tenang dan aman.
 - 2) Mengamankan benda-benda berbahaya seperti pisau, gunting, atau botol kaca.
 - 3) Menetapkan aturan yang jelas dan konsisten.
 - 4) Menyediakan ruang aman bagi klien ketika marah.

2.2.7 Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

Menurut Stuart (2016), risiko perilaku kekerasan muncul karena adanya faktor predisposisi dan presipitasi yang meningkatkan kemungkinan pasien bertindak agresif.

- a. Faktor predisposisi: gangguan neurotransmitter, riwayat kekerasan sebelumnya, kepribadian impulsif, harga diri rendah, pola asuh keluarga tidak konsisten, pengalaman traumatis.
- b. Faktor presipitasi: adanya stressor langsung seperti ditolak, dikritik, kehilangan, rasa frustrasi, atau situasi lingkungan yang menekan.
- c. Tanda risiko: wajah tegang, nada suara meninggi, gelisah, agitasi, sikap bermusuhan, mengancam secara verbal.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul adalah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- a. Perilaku kekerasan.
- b. Risiko perilaku kekerasan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Generalis (Kemenkes RI, 2017; Stuart, 2016)

- a. Terhadap klien:
 - 1) Bantu klien mengenali tanda awal marah.
 - 2) Latih teknik relaksasi napas dalam.
 - 3) Latih distraksi seperti aktivitas fisik ringan atau menulis perasaan.

- 4) Ajarkan komunikasi asertif untuk mengekspresikan marah secara sehat.
- b. Terhadap keluarga:
 - 1) Edukasi tentang tanda awal risiko kekerasan.
 - 2) Ajarkan cara memberi dukungan tanpa memicu konflik.
 - 3) Dorong keterlibatan keluarga dalam latihan teknik coping.
- c. Terhadap lingkungan:
 - 1) Edukasi tentang tanda awal risiko kekerasan.
 - 2) Ajarkan cara memberi dukungan tanpa memicu konflik.
 - 3) Dorong keterlibatan keluarga dalam latihan teknik coping.

4. Implementasi Evaluasi Keperawatan

Implementasi keperawatan Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan (Dalami, 2019). Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Resiko perilaku kekerasan terdapat 4 macam SP yaitu:

SP 1 – Mengenal Resiko Perilaku Kekerasan serta tarik nafas dalam dan melakuakan teknik mengontrol marah (Pukul bantal atau kasur)

Implementasi: bina hubungan saling percaya, diskusikan pengertian marah & perilaku kekerasan, identifikasi tanda-tanda saat marah.

SP 2 – Mengontrol Marah dengan Komunikasi

Implementasi: latih komunikasi asertif (mengungkapkan marah dengan kata-kata sopan, memberikan penolakan dengan baik,meminta dengan baik).

SP 3 – Mengontrol Marah dengan Pendekatan Spiritual

Implementasi: latih spiritual (melakukan sholat dan berdo'a).

SP 4 – Mengontrol Marah dengan meminum obat sesuai prinsip 5B

Implementasi: jelaskan pentingnya meminum obat dan dorong ikut terapi aktivitas kelompok.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Dalami, 2019). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua jenis yaitu : evaluasi proses atau formatif dilakukan selesai melaksanakan tindakan. Evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Menurut Yusuf (2015)