

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Menurut Sutejo (2018). Skizofrenia merupakan sindrom etiologi yang tidak diketahui dan di tandai dengan disturgangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku. Skizofrenia (scbizopbrenia) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak, skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor ini meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur komia otak, dan faktor genetik. Skizofrenia adalah sindrom heterogn kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, halusinasi dan perubahan prilaku yang tidak tepat serta adanya gangguan fungsi pisikosial

Gangguan pemikiran tidak saling berhubungan secara logis; persepsi dan perhatian yang keliru; afek yang datar atau tidak sesuai; dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang bizzare. Orang dengan skizofrenia (ODS) menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi.(Rizka, 2020)

Skizofrenia adalah terdapatnya suatu tanda gejala positif yang terdiri dari dua atau lebih dari gejala delusi, halusinasi, gamgguan bicara seperti inkoheren, serta tingkah laku katatonik. Skizofrenia merupakan penyakit gangguan jiwa yang menyebabkan beban serta mekanisme koping maladaptif pada keluarga. Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu (Retno, 2017)

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa Skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis yang melibatkan banyak hal yang mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu, yang ditandai dengan gangguan psikososial yaitu delusi, halusinasi, gangguan bicara seperti inkoheren serta tingkah laku katatonik.

2. Etiologi Skizofrenia

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia (Rizka Yunita, 2020) adalah:

a. Keturunan

Dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-18%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 40-68%, kembar dua telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%.

b. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

c. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung extremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

d. Susunan saraf pusat

Penyebab skizofrenia diarahkan pada kelainan sistem saraf pusat (SSP) yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefakt pada waktu membuat sediaan.

e. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

f. Teori Sigmund Freud

Skizofrenia terdapat 1 kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik atau pun somatik, 2 super ego di kesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan 3 kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

g. Eugen Bleuler

Penggunaan istilah skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala skizofreni menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi,

gangguan kemauan dan otisme) gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).(Rizka Yunita, 2020)

1. Proses psikososial dan lingkungan

a. Teori Perkembangan.

Ahli teori seperti Freud, Sullivan, Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas, dan menarik diri dari hubungan pada penderita skizofrenia.

b. Teori keluarga.

Teori-teori yang berkaitan dengan peran keluarga dalam munculnya skizofrenia belum divalidasi dengan penelitian. Bagian fungsi keluarga yang telah diimplikasikan dalam peningkatan angka kekambuhan individu dengan skizofrenia adalah sangat mengepresikan emosi (*high expressed emotion*). Keluarga dengan ciri-ciri ini dianggap terlalu ikut campur secara emosional, kasar dan kritis.

c. Status sosial ekonomi

Hasil penelitian yang konsisten adalah hubungan yang kuat antara skizofrenia dan status sosial ekonomi yang rendah.

d. Model kerentanan stress

Model interaksional yang menyatakan bahwa penderita skizofrenia mempunyai kerentanan genetic dan biologic terhadap skizofrenia. Kerentanan ini, bila disertai dengan pajanan stresor kehidupan, dapat menimbulkan gejala-gejala pada individu tersebut.(Rizka Yunita, 2020)

Sedangkan menurut Zahnia dan Sumekar (2016) bahwa etiologi dari skizofrenia adalah sebagai berikut:

1) Umur.

Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

2) Jenis kelamin.

Jenis kelamin pria lebih dominan terjadi skizofrenia sekitar (72%) pria kemungkinan berisiko karena kaum pria menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup.

3) Pekerjaan

Pada kelompok skizofrenia tidak bekerja mempunyai risiko 6,2 karena orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stres.

4) Status perkawinan

Seseorang yang belum menikah kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa karena status perlu untuk pertukaran ego ideal dan perilaku antara suami dan istri menuju tercapainya kedamaian.

5) Konflik keluarga

Kejadian atau masalah-masalah yang terjadi didalam keluarga besar kemungkinan berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia.

6) Status ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia karena ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. (Rizka Yunita, 2020)

3. Macam-macam skizofrenia

Menurut Hawari (2014), skizofrenia dibagi menjadi 9 macam yaitu:

a. Skizofrenia hebefrenik

Seseorang yang menderita skizofrenia tipe hebefrenik, disebut juga *disorganized type* atau “kacau balau” yang ditandai dengan gejala-gejala antara lain sebagai berikut: inkoherensi, alam perasaan, waham, halusinasi

b. Skizofrenia katatonik

Seseorang yang menderita skizofrenia tipe katatonik menunjukkan gejala-gejala pergerakan atau aktivitas spontan, perlawanan, kegaduhan, dan sikap yang tidak wajar atau aneh.

c. Skizofrenia paranoid

Gejala-gejala yang muncul yaitu: waham, halusinasi yang mengandung isi kejaran atau kebesaran, gangguan alam perasaan dan perilaku.

d. Skizofrenia residual

Tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Misalnya penarikan diri dari pergaulan sosial, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional.

e. Skizofrenia tak tergolong

Tipe ini tidak dapat dimasukkan dalam tipe-tipe yang telah di uraikan dimuka, hanya gambaran klinisnya terdapat waham, halusinasi, inkoherensi atau tingkah laku kacau.

f. Skizofrenia kompleks

Suatu bentuk psikosis (gangguan jiwa yang ditandai terganggunya realias RTA dan pemahaman diri / insight yang buruk) yang perkembangannya lambat

dan perlahan-lahan dari perilaku yang aneh, ketidak mampuan memenuhi tuntutan masyarakat, dan penurunan kemampuan/keterampilan total.

g. Skizofreniform (episode skizofrenia akut)

Fase perjalanan penyakitnya (fase aktif, prodromal, dan residual) kurang dari 6 bulan tetapi lebih lama dari 2 minggu. Secara klinis si penderita lebih menunjukkan gejala emosi dan kebingungan seperti dalam keadaan mimpi.

h. Skizofrenia laten

Hingga kini belum terdapat suatu kesepakatan yang dapat diterima secara umum untuk memberi gambaran klinis kondisi ini: oleh karenanya kategori ini tidak dianjurkan untuk dipakai secara umum.

i. Skizoafektif

Gambaran klinis tipe ini didominasi oleh gangguan pada alam perasaan (*mood, affect*) disertai waham dan halusinasi. (Hawari, 2014)

Menurut Hawari (2014) gejala-gejala pada pasien skizofrenia dapat dibagi dalam 2 kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif.

1) Gejala positif

a. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, penderita tetap meyakini kebenarannya.

b. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar suara-suara/bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu.

c. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicarannya kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.

- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e. Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g. Menyimpan rasa permusuhan.

2) Gejala Negatif

- a. Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- c. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berpikir abstrak.
- f. Pola pikir stereotip.
- g. Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, menonton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu). (Hawari, 2014)

4. Penatalaksanaan Medis Skizofrenia

Ada beberapa jenis obat psikofarmaka yang beredar dipasaran hanya dapat diperoleh dengan resep dokter, dapat dibagi dalam dua golongan yaitu golongan generasi pertama (typical) dan golongan generasi kedua (atypical). Berdasarkan

beberapa contoh ini adalah jenis obat psikofarmaka (nama generik dan nama dagang) yang beredar di Indonesia.

Tabel 1
Golongan Generasi Pertama Nama Generik dan Nama Dagang

No	Nama Generik	Nama Dagang
1.	Chlopromazine HCl	Largectil, Promactil, Meprosetil
2.	Trifluoperazine HCl	Stelazine
3.	Thioridazine	Mellerill
4.	Haloperidol	Haldol, Govotil, Serenace

Sumber: Buku Ajar Psikoterapi (Rizka, 2020)

Tabel 2
Golongan Generasi Kedua Nama Generik dan Nama Dagang

No	Nama Generik	Nama Dagang
1.	Risperidone	Risperdal, Rizodal,
2.	Paliperidone	Nophrenia
3.	Clozapine	Invega
4.	Quetiapine	clozaril
5.	Olanzapine	Seroquel
6.	Aripiprazole	Zyprexa, Olandoz, Remital, Abilify

Sumber: Buku Ajar Psikoterapi (Rizka, 2020)

Dari berbagai jenis obat psikofarmaka tersebut efek samping yang sering dijumpai meskipun relative kecil dan jarang adalah gejala ekstra-piramidal (*Extra-Pyramidal Syndrome/EPS*) yang mirip dengan penyakit parkinson (*Parkinsonism*), misalnya kedua tangan gemetar (tremor), kekakuan alat gerak (kalau berjalan

seperti robot), otot leher kaku sehingga kepala yang bersangkutan seolah-olah terpelintir atau “ketarik” dan lain sebagainya.

B. Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian risiko perilaku kekerasan

Risiko Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik dalam diri sendiri maupun orang lain disertai dengan amuk, gaduh dan gelisah yang tidak terkontrol. (Direja, 2011)

Risiko perilaku kekerasan beresiko membahayakan secara fisik, emosi dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain.(PPNI, 2017)

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan. Pasien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan kekerasan yang dilakukan selama di rumah. Perilaku kekerasan yaitu bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. (Stuart dan Sundeen, 1991). Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai

dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan.(Endang, 2015)

2. Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan

Etiologi dari risiko perilaku kekerasan adalah:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress.

Faktor predisposisi perilaku kekerasan diantaranya yaitu:

b. Faktor biologi

Adapun beberapa hal yang mempengaruhi seseorang melakukan tindakan kekerasan yaitu sebagai berikut:

1) Pengaruh Neurofisiologi, memiliki beragam komponen sistem neurologis yaitu mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impleks agresif. Adapun sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.

2) Pengaruh biokimia, mempunyai peningkatan hormon androgen dan norepinefrin serta penurunan serotonin. Pada cairan serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku kekerasan.

3) Pengaruh genetik, memiliki perilaku agresif sangat erat kaitanya dengan genetik yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara pelaku tindakan kriminal (narapidana).

4) Gangguan otak, sindrom otak genetik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal),

trauma otak, terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindakan kekerasan.

c. Faktor Psikologi

Menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman yaitu menyebabkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Yaitu agresif dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Merupakan perilaku agresif dan tindakan kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa yaitu ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri dari pelaku tindakan kekerasan.

d. Faktor Sosiokultural

Kontrol masyarakat agar mudah dan kecederungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi yang terjadinya perilaku kekerasan.

e. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat dibedakan menjadi 2, yaitu:

- 1) Internal yaitu semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, rasa takut sakit, hilang kontrol.
- 2) Eksternal yaitu penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, kritis.
- 3) Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping secara umum digunakan yaitu mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, sublimasi,

4. Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan sebagai berikut:

- a. Klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat mengakibatkan emosi yang menunjukkan dengan ciri-ciri tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, jengkel.
- b. Klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat menunjukkan sikap intelektual mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat.
- c. Klien dengan risiko perilaku kekerasan memiliki ciri-ciri fisik yang menunjukkan muka merah, pandangan tajam, napas pendek, berkeringat, tekanan darah meningkat.
- d. Klien dengan risiko perilaku kekerasan mempunyai kepercayaan/spiritual, tidak mempunyai moral, kekejaman, kemahakuasaan kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kreatifitas terlambat.
- e. Klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya tampak bersosialisasi menunjukkan penarikan diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dengan gejala yang timbul seperti stress menentang, mengungkapkan secara verbal dengan nada tinggi. (Endang, 2015)

5. Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan klien dengan risiko perilaku kekerasan ada dua, yang pertama adalah penatalaksanaan medis dengan pemberian obat haloperidol yaitu untuk mengontrol perilaku merusak diri, trihexifenidil yaitu untuk mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan dengan dilakukan *Electro Convulsive Therapy (ECT)*. Penatalaksanaan yang kedua dengan penatalaksanaan keperawatan

yaitu dengan komunikasi terapeutik, lingkungan, terapeutik, kegiatan hidup sehari-hari, dan pendidikan kesehatan.

Keluarga mempunyai peran dan tugas di bidang kesehatan perlu memahami dan melakukan, seperti dapat mengenal masalah, memutuskan masalah, mengambil keputusan dalam masalah, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat, keluarga dapat menangani pasien dengan risiko perilaku kekerasan dengan cara mengenali, mengatasi, mencegah, menanggulangi, serta memulihkan perilaku pasien dari yang maladaptif menjadi adaptif.(Susilawati, 2019)