

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil di masyarakat yang terdiri dari suami dan istri atau suami, istri dan anak, atau ayah dan anak, atau ibu dan anak. (UU Nomor 52, 2009 dalam Nadirawati, 2018).

Menurut kamus besar bahasa Indonesia keluarga merupakan terdiri dari ayah, ibu dan anak. Keluarga merupakan yang terdiri dari sekumpulan orang yang terdapat ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan pertumbuhan fisik, mental, emosional, serta sosial dari setiap anggota keluarganya (Duval And Logan 1986, dalam Zakaria, 2017).

Menurut Marilyn M. Friedmen (dalam Ferry Efendi, 2009) keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu yang mempunyai peran masing-masing.

2.1.2 Struktur Keluarga

Struktur keluarga merupakan bagaimana keluarga disusun yaitu cara yang digunakan untuk menata unit-unit dan bagaimana unit-unit tersebut saling berhubungan dan saling keterkaitan satu dengan yang lainya menurut Friedman, Bowden dan Jones (2010), dalam Zakaria,(2017).

1. Berdasarkan garis keturunan
 - a. Patrilinear yaitu keluarga sedarah yang terdiri dari anak, saudara sedarah, dalam berbagai generasi dimana hubungan tersebut disebut sebagai hubungan sedarah ayah. Yaitu kekuasaan tertinggi dalam keluarga adalah anggota keluarga dari garis keturunan ayah.
 - b. Matrilinear adalah keluarga sedarah terdiri dari anak, saudara dalam berbagai generasi dimana hubungan itu berdasarkan garis keturunan ibu.
2. Berdasarkan jenis perkawinan
 - a. Monogami adalah keluarga yang dimana terdiri dari seorang suami dan istri.
 - b. Poligami adalah keluarga yang terdiri dari suami dengan istri lebih dari satu.
3. Berdasarkan pemukiman
 - a. Patrilokal adalah pasangan suami istri yang tinggal bersama atau dekat adalah keluarga sedarah suami.
 - b. Matrilokal adalah pasangan suami istri yang tinggal bersama atau dekat dengan sedarah istri.
 - c. Neolokal yaitu pasangan suami istri yang tinggal jauh dari keluarga suami maupun istri.
4. Berdasarkan kekuasaan berdasarkan pemukiman
 - a. Keluarga bapak, didalam keluarga suami memegang peranan paling penting.

- b. Keluarga ibu dalam hubungan keluarga istri memegang peranan paling penting.
- c. Keluarga setara yaitu dimana peranan suami istri kurang lebih seimbang.

2.1.3 Tipe Keluarga

Dalam ilmu sosiologi, keluarga yang memerlukan suatu pelayanan kesehatan yang bersal dari berbagai macam pola kehidupan, sesuai dengan perkembangan sosial yang maka tipe keluarga berkembang mengikutinya. Adapun tipe keluarga dibagi menjadi keluarga tradisional dan non tradisional. Nadirawati (2017) :

1. Keluarga tradisional

a. Keluarga inti (*the nuclear family*)

Adalah dimana dalam keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak yang tinggal bersama dalam satu rumah. Keluarga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak (*the dyat family*) yang hidup bersama dalam satu rumah.

b. Keluarga besar (*the extended family*)

Adalah keluarga yang terdiri dari 3 generasi yang hidup bersama/tinggal bersama dalam satu rumah, anggota keluarga ynag terdiri dari *nuclear family* disertai paman/tante/kakek/nenek.

c. Keluarga tanpa anak (*the dyad family*)

Keluarga dengan suami istri yang hidup bersama tanpa anak.

d. Bujangan dewasa yang hidup sendiri (*the single a dult living alone* / *single adult family*). Adalah keluarga yang terdiri dari orang

dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahannya(perceraian/ditinggal mati).

e. Keluarga dengan orang tua tiri (*blended family*)

Adalah duda/janda yang menikah kembali dan membesarkan anak secara bersama dari hasil perkawinan / pernikahan sebelumnya.

f. Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu dengan anak atau *single parents family*)

Adalah hal ini terjadi karena biasanya melalui proses perceraian kematian dan ditinggalkan.

g. Keluarga usila, keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dan sudah memisahkan diri.

h. *Kin-network family* atau *commune family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah /satu atap/saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang pelayanan secara bersama-sama.

2. Keluarga non tradisional

a. Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hasil hubungan tanpa nikah (*the unmarried teenage mother*).

b. Keluarga yang hidup bersama satu rumah dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan (*the nonmarital heterosexual cohabiting family*).

c. Seseorang yang mempunyai persamaan *sex* yang hidup bersama sebagaimana '*marital pathners*' (*gay and lesbian families*).

- d. Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan pernikahan dikarenakan adanya alasan tertentu (*cohabitating couple*).
- e. *Group-marriage family* adalah yang saring merasa telah menikah satu sama lainnya berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak.
- f. Gang adalah sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Keluarga merupakan salah satu yang dimana memiliki beberapa fungsi menurut Friedman (2003) dalam Nadirawati (2018) :

1. Fungsi afektif dan koping adalah keluarga yang memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress.
2. Fungsi sosialisasi adalah keluarga merupakan sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping memberikan petunjuk dalam penyelesaian masalah.
3. Fungsi reproduksi keluarga yaitu melahirkan anaknya.
4. Fungsi ekonomi keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarga dan kepentingan dimasyarakat.
5. Fungsi pemeliharaan keluarga yang memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk kebutuhan perkembangan dan istirahat juga penyembuhan dari sakit.

6. Fungsi kesehatan adalah dimana keluarga menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual yang terdiri dari :

- a. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan keluarga.
- b. Kemampuan keluarga dalam membuat keputusan yang tepat untuk keluarganya.
- c. Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- d. Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- e. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Menurut Allender dan Spardley (2001) dalam Nadirawati (2018) fungsi keluarga meliputi :

1. *Affection*

- a. Menciptakan persaudaraan dan menjaga perasaan
- b. Mengembangkan kehidupan seksual dan kebutuhan seksual
- c. Menambah anggota baru

2. *Security and Acceptance*

- a. Mempertahankan kebutuhan fisik
- b. Menerima individu sebagai anggota

3. *Identity and satisfaction*

- a. Mempertahankan motivasi

- b. Mengembangkan peran
 - c. Mengidentifikasi tingkat sosial dan kepuasan aktivitas.
4. *Affiliation and companionship*
- a. Mengembangkan pola komunikasi yang baik.
 - b. Mempertahankan hubungan yang harmonis.
5. *Socialization*
- a. Mengenal nilai dan perilaku / norma.
 - b. Aturan hubungan internal dan eksternal.
 - c. Melepas anggota.
6. *Contorls*
- a. Mempertahankan kontrol sosial.
 - b. Adanya pembagian kerja.
 - c. Menempatkan dan menggunakan sumber daya yang ada.

Sedangkan fungsi keluarga menurut WHO, 1978 dalam Andarmoyo, (2012) meliputi:

1. Fungsi Biologis

Yaitu meliputi fungsi reproduksi, pemeliharaan serta membesarkan anak-anak, memberi makan, mempertahankan kesehatan dan rekreasi. Dalam fungsi ini hal yang harus dipenuhi yaitu pengetahuan dan pemahaman tentang manajemen fasilitas, kesehatan genetik, perawatan selama hamil dan perilaku konsumsi yang sehat.

2. Fungsi Ekonomi

Suatu fungsi untuk memenuhi sumber penghasilan, menjamin keamanan finansial anggota keluarga, dan menentukan alokasi sumber yang diperlukan.

3. Fungsi Psikologis

Fungsi yang menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan perkembangan kepribadian secara alami.

4. Fungsi Edukasi

Fungsi yang mengajarkan tentang ketrampilan, sikap, dan pengetahuan. Hal yang harus dipenuhi dalam fungsi ini yaitu anggota keluarga memiliki intelegensi yang meliputi pengetahuan, ketrampilan dan pengalaman yang sesuai.

5. Fungsi Sosiokultural

Melaksanakan nilai-nilai yang berhubungan dengan perilaku, tradisi dan bahasa. Hal yang harus dipenuhi yaitu keluarga mengetahui standar nilai yang dibutuhkan dengan memberikan contoh-contoh norma perilaku dan mempertahankannya.

Fungsi keluarga menurut PP No. 21 Th. 1994 dan UU No. 10 Tahun 1992 dalam Andarmoyo, (2012) :

1. Fungsi Keagamaan

Keluarga merupakan wahana pertama dan utama menciptakan seluruh anggota keluarga menjadi insan yang bertaqwa, tugas dari fungsi keagamaan adalah:

- a. Membina norma atau ajaran agama sebagai dasar tujuan hidup seseorang.
- b. Memberikan contoh kongkrit pengalaman ajaran agama dalam kehidupan sehari-hari
- c. Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang agama.
- d. Sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera

2. Fungsi Kasih Sayang

Mengembangkan rasa kasih sayang dan rasa cinta setiap anggota keluarga, antar kerabat, antargenerasi.

3. Fungsi Perlindungan

Memberikan rasa aman secara lahir dan batin kepada setiap anggota keluarga.

2.1.5 Peran Anggota Keluarga

Dalam keluarga setiap anggota memiliki peran masing-masing menurut Nadirawati (2017) diantaranya meliputi:

1. Ayah sebagai pemimpin keluarga yang mempunyai peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu.
2. Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak pelindung keluarga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga serta sebagai anggota masyarakat atau kelompok tertentu.

3. Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

2.1.6 Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Duval dan Miller (1985) dalam Kholifah & Widagdo (2016) tahap perkembangan keluarga meliputi:

1. Keluarga pemula atau baru menikah, tuga dalam perkembangan yang meliputi:
 - a. Membangun perkawinan yang saling memuaskan
 - b. Membina hubungan persaudaraan, teman dan sosial
 - c. Mendiskusikan rencana memiliki anak.
2. Keluarga dengan anak baru lahir
 - a. Membentuk keluarga muda sebagai unit yang mengintergrasikan bayi yang baru lahir kedalam keluarga.
 - b. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan dalam keluarga.
 - c. Mempertahankan hubungan perkawinan.
 - d. Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek nenek.
3. Keluarga dengan anak pra sekolah
 - a. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga (sandang, pangan, dan papan, ruang bermain, keamanan dan privasi).
 - b. Mensosialisaikan anak.
 - c. Mengintergrasikan anak yang baru, dan tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain.

- d. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga.
4. Keluarga dengan anak usia sekolah
 - a. Mensosialisasikan anak (membina hubungan dengan anak seusianya).
 - b. Mempertahankan hubungan perkawinan.
 - c. Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.
 5. Keluarga dengan anak remaja
 - a. Menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab terhadap keputusan yang diambil.
 - b. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan.
 - c. Berkomunikasi yang terbuka.
 6. Keluarga dengan anak usia dewasa muda
 - a. Memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga yang baru yang didapatkan dari perkawinan anak-anak.
 - b. Melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan.
 - c. Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan.
 7. Keluarga dengan usia pertengahan
 - a. Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan.
 - b. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dalam arti dengan orang tua lansia dan anak-anak.
 - c. Memperkokoh hubungan perkawinan.

8. Keluarga dengan usia lanjut
 - a. Mempertahankan pengaturan kehidupan.
 - b. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun.
 - c. Mempertahankan hubungan perkawinan.
 - d. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan.
 - e. Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi.
 - f. Meneruskan untuk memahami ekstensi (penelaahan hidup).

2.1.7 Skoring/skala Pada Keluarga

Dalam menetapkan masalah/ diagnosis pada keperawatan keluarga yaitu dengan menggunakan skala dalam menyusun dari Maglaya (2009) dalam Nadirawati (2018) :

Tabel 2.1 *Scoring* / skala pada keluarga

No	Kriteria	Skala	Bobot	Pembenaran
1	Sifat masalah			
	Tidak/kurang sehat	3	1	
	Ancaman kesehatan	2		
Keadaan sejahtera	1			
2	Kemungkinan masalah dapat diubah			
	Mudah	2	2	
	Sebagian	1		
Tidak dapat	0			
3	Potensial masalah untuk dicegah			
	Tinggi	3	1	
	Cukup	2		
Rendah	1			
4	Menonjolnya masalah			
	Masalah berat, harus segera			

ditangani.	2		
Ada masalah, tetapi tidak ditangani.	1	1	
Masalah tidak dirasakan	0		

Sumber : Maglaya(2019)

Rumus yang digunakan dalam perhitungan skoring pada keluarga yaitu :

$$\text{Skore} \div \text{Angka Tertinggi} \times \text{Bobot}$$

- 1 Jumlah skore untuk semua kriteria
- 2 Nilai tertinggi menentukan urutan diagnosis

2.2 Konsep Skizofrenia

2.2.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan yang terjadi pada fungsi otak, dimana skizofrenia merupakan penyakit neurologis yang dapat mempengaruhi neurologis persepsi pasien, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosialnya (*neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emotion, and social behavior*), Melinda Herman (2008), dalam Yosep (2011).

Skizofrenia merupakan penyakit pervasif yang mempengaruhi lingkup yang luas dari proses psikologi yang mencakup kognisi, afek dan perilaku (Arango, Kirkpatrick & Buchanan, dalam Vera, 2016).

2.2.2 Faktor Penyebab Skizofrenia

Skizofrenia dapat disebabkan karena adanya faktor tunggal. Menurut dari hasil penelitian penyebab faktor tunggal *skizofrenia* meliputi beberapa hal sebagai berikut (Yosep, 2010) :

1. Faktor Genetik

Dimana faktor genetik merupakan salah satu faktor yang dapat berpengaruh. Selain itu menurut penelitian lain menyebutkan bahwa gangguan perkembangan otak janin juga menjadi faktor timbulnya *skizofrenia*. Hal ini dapat dikarenakan karena adanya kekurangan gizi, infeksi, trauma, toksin, dan kelainan hormonal. Meskipun adanya gen yang abnormal *Skizofrenia* tidak muncul apabila tidak disertai dengan faktor-faktor lain yang disebut Epigenetik faktor. Faktor Epigenetik adalah mekanisme intrinsik yang merubah ekspresi gen bukan merubah sekuens DNA melainkan memodifikasi DNA dan protein kromosom.

2. Virus

Virus atau infeksi yang terjadi selama kehamilan dapat menyebabkan gangguan pada perkembangan otak janin.

3. Auto Antibody

Menurunnya autoimun yang mungkin disebabkan selama kehamilan.

4. Malnutrisi

Kekurangan gizi terutama pada trimester kehamilan.

Selain itu menurut Yosep (2011) *skizofrenia* juga dipengaruhi oleh oleh beberapa faktor-faktor yang terdiri dari beberapa yaitu diantaranya:

1. Faktor somatik (Somatogenik) atau Oganobiologis

- a. Neuronatomi
- b. Neurofisiologi
- c. Neurokimia

- d. Tingkat kematangan dan perkembangan organik
- e. Faktor-faktor pre dan peri-natal

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada penderita *skizofrenia* ditemukan perubahan-perubahan atau gangguan pada sistem transmisi sinyal penghantar saraf atau disebut dengan neuro transmitter dan reseptor disel-sel otak atau Neuron dan interaksi zat neuron kimia seperti dopamin dan serotonin yang dapat mempengaruhi fungsi kognitif atau alam pikir, afektif atau alam perasaan, dan psikomotor (perilaku), dimana yang terlihat dalam gejala positif dan negatif.

2. Faktor Psikologik (psikogenik) atau psikodukatif

- a. Interaksi ibu-anak normal dimana anak akan merasa percaya dan aman atau abnormal berdasarkan kekurangan, distorsi, dan keadaan yang terputus (perasaan tidak percaya dan kebimbangan).
- b. Peranan ayah, ayah berperan sebagai role model didalam keluarganya.
- c. Persaingan antara saudara kandung.
- d. Intelegensi.
- e. Hubungan dalam keluarga, pekerjaan, dan masyarakat.
- f. Kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu atau rasa bersalah.
- g. Konsep diri: pengertian identitas diri sendiri lawan peranan yang tidak menentu.
- h. Ketrampilan, bakat, dan kreativitas.

- i. Pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya.
 - j. Tingkat perkembangan emosi.
3. Faktor Sosio Budaya atau Sosio Kultural
- a. Kestabilan keluarga.
 - b. Pola mengasuh anak.
 - c. Tingkat ekonomi.
 - d. Perumahan: perkotaan dan pedesaan.
 - e. Masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan yang tidak memadai.
 - f. Pengaruh rasial dan keagamaan.
 - g. Nilai-nilai

Selain dari faktor dari 3 unsur diatas *Skizofrenia* juga dipengaruhi oleh adanya dari keturunan, faktor konstitusi, cacat kongenital, depresi dini, pola keluarga yang petagonik, masa remaja, faktor sosiologik pada perkembangan yang salah, *neurobehavioral*, stress, penyalahgunaan obat-obatan, psikodinamik, sebab biologik, sebab psikologik, dan sebab sosio kultural.

1. Faktor Keturunan

Pada orang yang menderita *Down sindrom* atau retardasi mental dengan ciri-ciri seperti mata sipit, muka datar, telinga kecil, jari-jari pendek, dan lain-lain. Terdapat adanya trisoma yaitu berjumlah 3 buah bukan 2 buah pada pasangan kromosom nomor 21. Dari hasil penelitian J.C. Coleman yaitu penelitian terhadap saudara kembar dan

saudara kandung yang salah satunya menderita *Skizofrenia*. Menurut J.C Coleman (1970) dalam Yosep (2011).

Tabel 2.2 Faktor Penyebab Skizofrenia

Hubungan Dengan Pasien <i>skizofrenia</i>	% yang menderita <i>Skizofrenia</i>
Kembar monozigot (satu telur)	86,2%
Kembar heterozigot (dua telur)	14,5%
Saudara kandung	14,2%
Saudara tiri	7,1%
Masyarakat umum	0,85%

Sumber : J.C. Coleman, *Abnormal Phychology And Modem Life*, Taraporevala Sons & Co., Bombay, (1970) Hlm.121

2. Faktor Konstitusi

Konstitusi dimana yang umumnya menunjukkan pada keadaan biologik atau seluruhnya didapatkan baik yang diturunkan maupun yang didapati kemudian, seperti bentuk badan, tempramen, fungsi endokrin, dan urat syaraf. Dimana hal tersebut dapat berpengaruh pada perilaku individu secara baik atau tidak baik. Contohnya bentuk badan yang proporsional dan yang kurus, tinggi badan yang terlalu tinggi atau pendek, paras yang cantik/rupawan dan jelek, keadaan kulit hitam/ sawo matang dan putih, dan urat syaraf yang sangat cepat reaksinya/ lambat sekali. Dimana hal tersebut sangat mempengaruhi berlangsungnya kehidupan, dan interaksi dengan orang lain. Menurut J.C. Calemen Faktor Kostitusi dalam Yosep (2011), dengan Perilaku Abnormal yaitu:

a. Bentuk badan

Kelemahan lebih sering berhubungan dengan gangguan jiwa dari pada bentuk badan yang baik dan menarik.

b. Energi dan kegiatan

Dalam hal ini apakah individu itu sendiri termasuk mengembangkan reaksi agresif atau lebih menuju ke dalam stress, jadi hal ini dapat mempengaruhi apabila individu tersebut terganggu jiwanya.

c. Reaktivitas susunan syaraf vegenatif

Reaktivitas emosional yang tinggi bisa jadi berhubungan dengan realisasi berlebihan terhadap stress ringan dan pembentukan rasa takut yang tidak perlu. Reaktivitas emosional yang kurang dapat berakibat terhadap sosialisasi yang tidak sesuai karena reaksi yang terlalu sedikit.

d. Daya tahan badaniyah

Membantu menentukan toleransi stress biologik dan psikologik dan sistem organ manakah yang paling mudah terganggu. Ada terdapat individu yang mudah terganggu sistem sistem badaniyahnya karena fungsi otaknya yang terganggu.

e. Sensitivitas atau kepekaan

Menentukan sebagian dari kepekaan terhadap stressor dan menentukan besarnya stress yang dapat ditahan tanpa adanya gangguan jiwa.

f. Kecerdasaan dan bakat lain

Mempengaruhi kesempatan anak untuk berhasil dalam pertandingan sehingga juga berpengaruh pada kepercayaan diri sendiri. (J.C.Colemen, Abnorma Psychology And Modern Life.Dalam Yosep, 2011)

3. Cacat Kongenital

Menurut Yosep (2011). Cacat kongenital atau cacat sejak lahir dapat menjadi pengaruh dalam perkembangan jiwa seseorang terlebih lagi yang berat, seperti Retardasi mental berat. Akan hal ini semua tergantung dari individunya masing-masing. Yakni bagaimana ia menilai dan menyesuaikan diri terhadap keadaan hidupnya yang cacat atau berubah. Hal ini berpengaruh terhadap pola asuh dari orang tua yang berkaitan dengan orang tua yang berlebihan dalam perlindungan, penolakan atau tuntutan yang sudah diluar kemampuan individu tersebut/ pada anak.

4. Perkembangan psikologik yang salah

Menurut Yosep, (2016) perkembangan psikologik yang salah meliputi:

- a. Ketidakmatangan atau fiksasi, yaitu individu gagal berkembang pada fase selanjutnya.
- b. Tempat-tempat lemah, maksudnya adalah tempat yang ditinggalkan karena pengalaman yang traumatik sebagai kepekaan terhadap stress tertentu.

- c. Diasorsi adalah apabila individu mengembangkan sikap atau pola reaksi yang tidak sesuai atau gagal mencapai integrasi kepribadian yang normal.

5. *Neurobehavioral*

Kerusakan pada bagian otak tertentu dapat menjadi timbulnya gejala-gejala gangguan jiwa menurut Yosep, (2011) contohnya meliputi:

- a. Kerusakan pada *lobus frontalis* dapat menyebabkan kesulitan dalam proses pemecahan masalah dan perilaku yang mengarah pada tujuan, berpikir abstrak, perhatian dengan manifestasi gangguan psikomotorik.
- b. Kerusakan pada *basal ganglia* dapat menyebabkan *distonia/tremor*.
- c. Gangguan pada *lobus temporal limbic* akan meningkatkan kewaspadaan, *distractibility*, dan gangguan memori.

6. *Stress*

Stress psikososial dan stress perkembangan yang terjadi secara terus menerus dengan coping inafektif akan menimbulkan adanya gejala psikotik dengan manifestasi seperti, kebodohan, pengangguran, isolasi sosial, dan perasaan kehilangan. Menurut Sighn(1989) dalam Yosep (2011). Penyebab dari *stress* dapat diakibatkan dengan adanya:

- a. Penolakan, prasangka orang tua menetap pada masa anak-anak
- b. Kecemasan, kelelahan yang luar biasa.
- c. Trauma kepala.

- d. Penyakit kronis.
- e. Tekanan yang timbul karena keadaan ekonomi, sosial dan politik yang teganggu.
- f. *Shock* emosional yang hebat

7. Penyalahgunaan Obat-Obatan

Koping yang maladaptif yang digunakan individu untuk menghadapi stressor melalui obat-obatan yang memiliki sifat diksi atau sifat ketergantungan seperti *cocain*, *amphetamine*, dapat menyebabkan gangguan persepsi, gangguan proses pikir, gangguan motorik dan lain-lain (Yosep, 2011).

8. Sebab Sosio Kultural

Kebudayaan secara teknis adalah ide atau tingkah laku yang dapat dilihat maupun tidak dapat dilihat. Faktor-faktor kebudayaan menurut Yosep (2016):

a. Cara membesarkan anak

Cara membesarkan anak yang kaku dan otoriter yang menyebabkan hubungan anak dan orang tua menjadi kaku dan tidak hangat. Setelah dewasa biasanya akan memiliki sifat yang agresif atau pendiam dan tidak suka bergaul.

b. Sistem nilai

Perbedaan nilai moral dan etika antara kebudayaan yang satu dengan yang lainnya diantaranya masa lalu dapat menimbulkan gejala-gejala gangguan kejiwaan.

c. Kepincangan antara keinginan dengan kenyataan yang ada

Banyaknya kepincangan yang terjadi yaitu di media elektronik seperti iklan di TV, radio, surat kabar, film dan lain-lain yang menimbulkan bayangan-bayangan kehidupan modern yang jauh dari kehidupan sehari-hari dapat menimbulkan gangguan kejiwaan akibat dari rasa kecewa yang timbul.

d. Ketegangan akibat faktor ekonomi dan kemajuan teknologi

Kebutuhan masyarakat modern yang meningkat dan saingan semakin meningkat dan makin ketat untuk meningkatkan ekonomi.

e. Perpindahan kesatuan keluarga.

f. Masalah golongan minoritas

Tekanan-tekanan perasaan yang dialami golongan minoritas dari lingkungannya dapat berakibat pada perasaan yaitu adanya rasa pemberontakan yang selanjutnya akan tampil dalam bentuk sikap acuh.

2.2.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Ada beberapa gejala yang timbul pada pasien dengan skizofrenia secara general dibagi menjadi 2 yaitu gejala positif dan gejala negatif.

Yosep (2016) :

1. Gejala Positif

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah klien, dimana klien tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Yang dimana kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara

kenyataan dan logika. Hal ini dikarenakan klien dengan *skizofrenia* tidak mampu mengatur pikirannya membuat klien berbicara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika/ berbicara ngelantur.

Ketidakmampuan berpikir mengakibatkan klien tidak mampu untuk mengontrol emosi dan perasaanya. Sehingga kadang penderita dengan *skizofrenia* terlihat tertawa sendiri dan berbicara sendiri dengan keras tanpa memperdulikan orang disekelilingya. Hal ini menyebabkan penderita tidak bisa memahami dirinya, tidak berpakaian dan lain-lain.

2. Gejala Negatif

Penderita *skizofrenia* akan kehilangan motivasi dan apatis, yang berarti kehilangan energi dan minat dalam hidupnya yang membuat klien menjadi orang yang malas. Oleh karena itu penderita hanya memiliki energi yang sedikit mereka tidak dapat melakukan hal-hal selain makan dan tidur. Perasaan tumpul yang timbul pada pasien membuat pasien emosi penderita menjadi datar. Penderita *skizofrenia* tidak memiliki ekspresi baik di raut muka, bahasa tubuh, atau bahkan gerakan tanganya sehingga menyebabkan seakan-akan tidak memiliki emosi apapun. Namun penderita dengan *skizofrenia* ada kemungkinan masih bisa menerima perhatian dari orang lain, tapi penderita tidak dapat mengekspresikan perasaanya.

Penderita *skizofrenia* dalam beberapa kasus menyerang pada usia 15 hingga 30 tahun, akan tetapi serangan kebanyakan menyerang

pada usia 40 tahun ke atas. *Skizofrenia* dapat menyerang siapa pun dan umur berapapun tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi. Diperkirakan penderita *skizofrenia* sebanyak 1% ada di bumi. Menurut Bleuler, ciri khas *skizofrenia* dibagi menjadi 4 A yaitu

- a. *Affect: Symptoms one month to one year before psychotic break.*
- b. *Associative loosness: Person feels something strange or weird is happening to them.*
- c. *Autism: Misinterprets things in the environment.*
- d. *Ambivalence: Feelings of rejection, lack of self-respect, loneliness, hopelessness, isolation, withdrawal, and inability to trust others.*

Selain itu *skizofrenia* juga dapat ditandai dengan adanya beberapa gangguan, hal tersebut meliputi. Yosep (2016) :

a. Gangguan Kognisi

Adalah suatu proses mental yang dimana individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya baik lingkungan dalam atau lingkungan luar. Bagian dari proses kognisi bukan merupakan bagian yang terpisah-pisah, namun merupakan cara dari seorang individu untuk berfungsi dalam hubungannya dan lingkungan. Adapun proses kognisi meliputi:

1) Sensasi dan Persepsi

Sensasi atau pengindraan adalah pengetahuan/ kesadaran akan suatu rangsangan. Setiap sensasi rangsangan

dapat diartikan sebagai setiap perubahan energi luar. Sensasi terdiri dari 5 yang meliputi pancaindra yaitu pengecap, penciuman, penglihatan, pendengaran, dan peraba. Sedangkan persepsi yaitu kesadaran akan suatu rangsangan yang dapat dimengerti. Persepsi didapat dari proses interaksi dan asosiasi dari berbagai rangsang yang masuk atau dengan perkataan orang lain atau bisa disebut sebagai pengalaman atau tentang benda-benda dan kejadian pada waktu itu. Gangguan sensasi terdiri dari berbagai macam-macam yaitu diantaranya:

a) Gangguan sensasi

- 1) *Hiperestesia* adalah suatu keadaan yang terjadi karena adanya peningkatan abnormal dari kepekaan dalam proses pengindraan/ seperti panas, dingin dan nyeri.
- 2) *Anestesia* adalah suatu keadaan dimana tidak didapatkan sama sekali perasaan dan pengindraan. Bersifat menyeluruh, setempat atau hanya sebagian saja.
- 3) *Parestesia* adalah keadaan dimana terjadinya perubahan pada perasaan yang normal, contohnya kesemutan.
- 4) *Sinestesia* adalah suatu keadaan dimana rangsang yang sesuai dengan alat indra tertentu.
- 5) *Hiperosmia* adalah suatu keadaan dimana terjadinya peningkatan kepekaan.

b) Gangguan persepsi

- 1) Ilusi : yaitu suatu persepsi yang salah atau palsu, dimana ada atau pernah mengalami rangsangan dari luar. Ilusi sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari yang menyebabkan seseorang dapat mengekspresikan emosi atau motivasi yang sangat kuat dengan melakukan interpretasi yang salah terhadap gambaran pengindraan.
- 2) Halusinasi : suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar. Halusinasi sendiri terdiri dari halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi penciuman, halusinasi pengecapan, halusinasi perabaan.

b. Gangguan Perhatian

Adalah pemusatan dan konsentrasi energi menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsang. Bentuk-bentuk gangguan perhatian adalah:

- 1) *Distrakbiliti* yaitu perhatian yang dapat mudah dialihkan oleh rangsang yang tidak berarti, contohnya suara nyamuk, suara orang berjalan, suara motor dan lain-lain.
- 2) *Aprokseksia* yaitu suatu keadaan yang terdapat ketidaksanggupan untuk memperhatikan secara tekun terhadap situasi/keadaan tanpa memandang masalah tersebut.
- 3) *Hiperproseksia* yaitu suatu keadaan dimana terjadinya pemusatan dan konsentrasi pemusatan/konsentrasi yang

berlebihan, sehingga dapat mempersempit persepsi yang ada.

c. Gangguan Ingatan

Adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan, memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran. Proses ingatan itu sendiri terdiri dari 3 unsur yaitu pencatatan meliputi (mencekam, *reception and registration*), penyimpanan meliputi (menahan, *retention, preservation*) dan pemanggilan kembali meliputi (*recalling*). Bentuk-bentuk gangguan jiwa meliputi *Amnesia*, *Hipernemisia*, dan *Paranemisia*.

- 1) *Amnesia* adalah ketidakmampuan mengingat kembali pengalaman yang ada dapat bersifat sebagian atau total *retrograd/antegrad* dan dapat ditimbulkan adanya faktor organik/psikogen.
- 2) *Hipernemisia* adalah suatu keadaan pemanggilan kembali yang berlebihan sehingga dapat mengakibatkan seseorang dapat menggambarkan kejadian-kejadian yang lalu sehingga dengan sangat teliti sampai kepada hal-hal yang kecil.
- 3) *Paranemisia/pemalsuan* adalah adanya gangguan dimana terjadi penyimpangan terhadap ingatan yang lama yang dikenal dengan baik. Hal tersebut terjadi karena adanya *distorsi*. *Paramnesia* meliputi beberapa yaitu *konfabulasi*, pemalsuan retrospektif, *dejavu* (ilusi ingatan), *de jumais vu*.

d. Gangguan Asosiasi

Adalah proses mental yang dengan suatu perasaan, kesan atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan keresahan atau gambaran ingatan respon/konsep lain. Dalam kehidupan yang normal proses asosiasi terjadi secara terus menerus dengan pola-pola tertentu. Faktor-faktor yang menentukan pola dalam proses asosiasi antara lain adalah keadaan lingkungan pada saat itu, kejadian-kejadian yang baru terjadi, pelajaran dan pengalaman sebelumnya, harapan-harapan dan kebiasaan seseorang serta kebutuhan dan riwayat emosional. Bentuk-bentuk gangguan Asosiasi meliputi

- 1) *Retardasi* (perlambatan) di mana proses asosiasi berlangsung lambat dari biasanya.
- 2) Kemiskinan ide merupakan suatu keadaan di mana terdapat kekurangan asosiasi yang dapat dipergunakan.
- 3) *Perservesi* adalah suatu keadaan yang di mana satu asosiasi diulang-ulang kembali secara terus menerus yang seakan-akan menggambarkan seseorang tidak sanggup untuk melepaskan ide tersebut.
- 4) *Flight of ideas* adalah suatu keadaan di mana aliran asosiasi berlangsung sangat cepat yang tampak perubahan bicara dan isi pikiran.
- 5) *Inkoherensi* adalah suatu keadaan yang di mana aliran asosiasi tidak berhubungan dengan yang lainnya. Sehingga dapat

menjadikan suatu *neologisme* atau pembentukan kata-kata baru yang tidak berarti atau tidak mengandung makna. Inkoherensi juga dapat disebut “Asosiasi Longgar”

6) *Blocking* adalah suatu keadaan dimana menjadi kegagalan membentuk asosiasi, dimulai dari situasi sementara yang diakibatkan oleh reaksi emosional yang kuat.

7) *Aphasia* adalah suatu keadaan dimana terjadi kegagalan sebagian atau seluruhnya untuk menggunakan atau memahami bahasa.

e. Gangguan Pertimbangan

Gangguan pertimbangan adalah suatu proses mental untuk membandingkan atau menilai beberapa pilihan.

f. Gangguan Pikiran

Gangguan pikiran adalah secara umum meletakkan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang. Faktor-faktor yang dapat berpengaruh dalam gangguan pikiran meliputi faktor somatik (gangguan otak dan kelelahan), faktor psikologi (gangguan emosi dan psikosa), dan faktor sosial (kegaduhan dan keadaan sosial tertentu). Bentuk-bentuk dari gangguan pikiran meliputi:

1) Gangguan bentuk pikiran yakni semua penyimpangan berasal dari pikiran yang rasional meliputi pikiran *daristik*, pikiran *austik*, pikiran non realistik, pikiran obsesif, dan *konfabulasi*.

2) Gangguan arus atau jalan pikiran dimana meliputi cara dan laju dalam proses asosiasi dalam pemikiran yang meliputi *flight od ideas, retardasi, parsevarasi, circumstantialiy.*

g. Gangguan Kesadaran

Yaitu kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan serta dirinya sendiri yang melalui panca indra dan pembatasan terhadap lingkungan.

h. Gangguan Emosi dan Afek

Emosi adalah pengalaman yang sadar dan memberikan pengaruh pada aktivitas tumbuh dan menghasilkan sensasi organis dan kinetis. Sedangkan Afek adalah suatu kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, biasa berlangsung lama dan jarang disertai komponen fisiologik.

2.2.4 Tipe Skizofrenia

Skizofrenia terdiri dari beberapa tipe dimana meliputi tipe katatonik, tipe hibefrenik, tipe paranoid, tipe tak terinci, dan tipe residual. (*diagnostic and stastical of mental clisourders fourth edition text revired/ DSM-IV-TR*) dalam Ahmad Muhyi (2010) :

1. Tipe Katatonik

Gejala-gejala yang ditimbulkan dari tipe katatonik meliputi stupor katatonik, negativisme katatonik, kekakuan katatonik, kegaduhan katatonik dan sikap tubuh katatonik.

2. Tipe Heberfrenik

Gejala-gejala yang ditimbulkan pada skizofrenia heberfrenik dapat meliputi beberapa yaitu inkoherensi, alam perasaan, perilaku, waham, perilaku aneh dan halusinasi yang terpecah-pecah.

3. Tipe Paranoid

Gejala-gejala yang terdapat pada skizofrenia paranoid adalah waham, halusinasi, dan gangguan afektif.

4. Tipe Tak Terinci

Yaitu merupakan gambaran adanya simptom fase aktif, namun tidak sesuai dengan kriteria untuk skizofrenia katatonik, *disorganized*, atau paranoid.

5. Tipe Residual

Merupakan kelanjutan dari skizofrenia melainkan gejala pada fase aktif tidak ditemukan.

2.2.5 Tahapan Skizofrenia

Skizofrenia terdiri dari beberapa tahapan menurut Veague (2009) (dalam Vera, 2016) terdiri dari 3 tahapan yaitu :

1. Tahap *prodromal* : merupakan gejala awal dan tanda-tanda penyakit yang datang sebelum gejala khas muncul. Orang dengan *skizofrenia* pada tahap awal akan mengisolasi diri, banyak tinggal sendirian dikamar tidur dan mulai berhenti menghabiskan waktu dengan orang lain, menyendiri di kamar tidur. Hal tersebut kemungkinan terjadi tanda-tanda penurunan motivasi dalam hidupnya seperti sekolah,

pekerjaan, kehilangan minat dan aktivitas serta emosi yang kurang tepat hingga klien mengalami gejala psikotik.

2. Tahap akut : yakni dimana seseorang mengalami gejala psikotik seperti halusinasi, delusi, atau perilaku yang sangat tidak teratur, klien dapat dikatakan dalam tahap akut, ketika pasien berada dalam fase aktif *skizofrenia* lebih sering minum obat anti psikotik untuk mengurangi gejala.
3. Tahap sisa/ residual : merupakan tahap akhir dari *skizofrenia* yang dimana dari fase residual klien tidak muncul psikotik namun akan mengalami beberapa gejala negatif seperti kurangnya ekspresi emosional atau energi rendah.

2.2.6 Klasifikasi Skizofrenia

Klasifikasi pada ICD (*Internasional Classification Of Disease*) dan DSM (*Diagnostic And Statistical Manual Of Mental-DSM*) dimana yang menggunakan sistem kategori. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (Uniaksis). Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem Multiaksis, dengan menggambarkan berbagai gejala yang harus ada dimana diagnosis dapat ditegakan dimana yang meliputi (Katona, 2012 dalam Yusuf 2015).

1. Aksis 1 : sindroma klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis
2. Aksis 2 : gangguan kepribadian dan retardasi mental
3. Aksis 3 : kondisi medis secara umum
4. Aksis 4 : masalah lingkungan dan psikososial

5. Aksis 5 : penilaian fungsi secara global.

Pedoman dalam pengolongan dan diagnosis gangguan jiwa di indonesia pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ) yang sebelumnya disusun berdasarkan klasifikasi pada DSM, tetapi pada PPDGJ III disusun berdasarkan ICD X dimana yang meliputi:

1. F00-F09 : gangguan mental organik (termasuk dalam gangguan mental simtomatik)
2. F10-F19 : gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.
3. F20-F29 : skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.
4. F30-F39 : gangguan suasana perasaan.
5. F40-F48 : gangguan neurotik, gangguan somatoform.
6. F50-F59 : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.
7. F60-F69 : gangguan kepribadiane dan perilaku masa dewasa.
8. F70-F79 : retardasi mental.
9. F80-F89 : gangguan perkembangan psikologis.
10. F90-F98 : gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja.

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pada penderita dengan *skizofrenia* dapat dilakukan pemeriksaan penunjang menurut Lia dalam academia.edu yang diantaranya seperti :

1. Ct-scan

Menunjukkan bahwa otak pasien skizofrenia mengalami pembesaran ventrikel ketiga dan lateral serta reduksi volume korteks dalam derajat tertentu. Dalam hal ini akan menunjukkan asimetris serebri abnormal, berkurangnya volume serebelum, dan perubahan di otak pada pasien skizofrenia.

2. MRI fungsional

Pasien skizofrenia menunjukkan adanya perbedaan aktivitas korteks sensori motorik di banding normal serta penurunan aliran darah ke lobus oksipitalis.

3. Psikoneuroimunologi

Pasien yang mengalami skizofrenia. abnormalitas tersebut meliputi penurunan produksi interleukin -2 sel T, berkurangnya jumlah dan responsivitas imfosit perifer, reaktivitas seluler dan humoral yang abnormal terhadap neuron serta adanya antibody yang memiliki target otak (antiotak).

2.2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada penderita *skizofrenia* dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya meliputi

1. Terapi somatik (medikamentosa)

Yaitu dengan menggunakan obat antipsikotik, dimana yang bekerja untuk mengontrol halusinasi, delusi, dan perubahan pola pikir pada penderita *skizofrenia*.

2. Terapi psikososial

Dimana teraapi psikososial meliputi

- a. Terapi perilaku, latihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan untuk memenuhi diri sendiri.
- b. Terapi keluarga, keluarga merupakan suatu konteks dimana individu untuk memulai hubungan interpersonal. Keluarga dapat mempengaruhi nilai, kepercayaan, sikap, dan perilaku klien (Clemen & Buchaman, 1982:171 dalam Yosep, 2011).
- c. Terapi lingkungan, udara yang bersih, sinar matahari yang cukup, serta lingkungan yang bersih merupakan aspek penting dalam pemulihan seseorang (Florence Nightingale dalam Yosep, 2011).
- d. Terapi kelompok, sebuah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi klien dengan gangguan interpersonal, yang bertujuan untuk membentuk sosialisasi, meningkatkan hubungan sosial yang diterapkan dalam kehidupan sehari-hari (Yosep, 2011).
- e. Terapi psikoreligius, merupakan sebuah terapi pengobatan yang ditunjukan untuk penyembuhan suatu penyakit mental dengan menggunakan batin/rohani yang bertujuan untuk memperkuat iman seseorang agar dapat mengembangkan potensi diri dan fitrah yang dimiliki secara optimal. Dimana terapi psikoreligius merupakan bagian dari latihan asertif. (Marlindawati, 2009 Dalam Sulistyowati & Prihantini :2015)

2.3 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko Perilaku Kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang ditujukan untuk diri sendiri, orang lain atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berupa melukai diri untuk bunuh diri. Perilaku kekerasan pada orang yaitu tindakan agresif yang ditunjukkan melukai/ membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan yaitu dapat berupa perilaku yang dapat merusak lingkungan, melempar barang dan semua yang ada di sekitar. Yusuf (2015).

Perilaku kekerasan adalah dimana individu yang melakukan tindakan kekerasan dalam bentuk secara verbal maupun fisik yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar yang disertai dengan amuk, gaduh, dan gelisah yang tidak terkontrol. Kusumawati & Hartono (2010).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku sebagai respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, menciderai orang lain dan atau merusak lingkungan secara fisik maupun secara psikologis. Wahyuni (2017).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik atau psikologis. Keliat, (2011) dalam Nurhalimah(2016). Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respon marah yang sangat maladaptif yaitu amuk. Marah merupakan suatu perasaan jengkel yang ditimbulkan dari suatu respon terhadap kecemasan

yang dirasakan menjadi sebuah ancaman. Stuart & Sunden (1991) dalam Yusuf (2015).

Amuk adalah suatu respons kemarahan yang paling maladaptif yang dapat ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat akibat hilangnya kontrol yang dapat menyebabkan individu merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Keliat, (1991) dalam Yusuf (2015).

2.3.2 Rentang Respon Marah

Adaptif Maladaptif

←—————→
Asertif Frustrasi Pasif Agresif Amuk

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah
Sumber : Iyus Yosep dan Sutini, (2016)

1. Asertif adalah penderita mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain.
2. Frustrasi adalah penderita gagal dalam mencapai sebuah tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
3. Pasif adalah penderita merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, merasa tidak berdaya dan menyerah.
4. Agresif adalah penderita dapat mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.
5. Amuk adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan kehilangan kontrol, disertai amuk, merusak lingkungan, atau melempar barang.

Perbedaan dari perilaku pasif, asertif dan agresif yang dapat muncul adalah

1. Pasif

- a. Isi bicara : Negatif, menghina, dapatkah saya melakukan dan dapatkah ia melakukan.
- b. Nada suara : Diam, lemah dan merengek
- c. Sikap : Melotot dan menunduk
- d. *Personal spase* : Orang lain dapat masuk, pada teritorial dan pribadinya
- e. Gerakan : Minimal, lemah dan resah
- f. Kontak mata : Sedikit atau tidak

2. Asertif

- a. Isi bicara : Positif, menghargai diri sendiri, dan saya dapat melakukan
- b. Nada suara : Diatur
- c. Sikap : Tegak dan rileks
- d. *Personal spase* : Menjaga jarak dan mempertahankan jarak
- e. Gerakan : Memperlihatkan gerakan yang sesuai
- f. Kontak mata : Intermiten, sesuai dengan kebutuhan interaksi

3. Agresif

- a. Isi bicara : Positif, menghargai diri sendiri, dan saya dapat melakukan
- b. Nada suara : Diatur.
- c. Sikap : Tegak dan rileks.

- d. *Personal spase* : Menjaga jarak dan mempertahankan jarak.
- e. Gerakan : Memperllihatkan gerakan yang sesuai.
- f. Kontak mata : Intermiten, sesuai dengan kebutuhan interaksi.

2.3.3 Faktor Penyebab Perilaku Kekerasan

Penderita dengan resiko perilaku kekerasan tidak semata-mata langsung menyerang penderita. Dimana hal tersebut dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor dibawah ini (Yosep, 2016) :

1. Faktor Psikologis

Menurut Frued bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua insting. Yang pertama insting tentang hidup yang diekspresikan dengan seksualitas dan yang ke dua insting kematian yang diekspresikan dengan egresivitas. *Frustration-aggreation theory* menurut murid Frued yang berawal dari asumsi, bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan yang agresif yang pada gilirannya dapat memotivasi perilaku yang sudah direncanakan untuk melukai orang atau obyek yang menyebabkan frustasi. Contoh-contoh terkait dengan faktor psikologis yaitu :

- a. Kerusakan otak organik, retardasi mental, sehingga tidak mampu untuk menyelesaikan secara efektif.
- b. *Severe emotional depreition* atau rejeksi yang berlebihan pada masa kanak-kanak, atau *seduction parental* yang mungkin telah merusak hubungan saling percaya dan harga diri.

- c. Terpapar kekerasan selama masa perkembangan, termasuk pada *child abuse* atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga, sehingga membentuk pertahanan atau coping.

2. Faktor Sosial Budaya

Kultur atau budaya pada suatu daerah dapat berpengaruh dalam perilaku kekerasan. Adanya norma dapat menjelaskan tentang ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima. Rendahnya kontrol dalam masyarakat dan cenderung menerima perilaku kekerasan sebagai sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat. Hal ini dapat dipicu karena maraknya demonstrasi, film-film kekerasan, mistik, tahayul, dan perdukunan dalam sebuah tayangan di Tv.

3. Faktor Biologis

- a. *Neurologic factor* merupakan komponen dari sistem syaraf *synap*, *neurotransmitter*, *dendrit*, *axon terminalis* dimana yang berperan dalam memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang memengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat berperan dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.
- b. *Genetic factor* merupakan adanya faktor yang diturunkan gen melalui orang tua, menjadi potensi agresif.
- c. *Cyrcadian factor* atau irama sirkadian tubuh berperan penting pada setiap individu. Dari hasil penelitian pada jam tertentu manusia mengalami peningkatan *cortisol* terutama pada jam-jam sibuk

terutama seperti waktu menjelang bekerja dan berakhirnya pekerjaan sekitar jam 09.00 samapai jam13.00. pada jam-jam tertentu seseorang akan lebih mudah terstimulasi untuk agresif.

- d. *Biochemistry factor* merupakan suatu neurotransmitter di otak yang berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh, karena adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap akan membahayakan dihantarkan melalui impuls *neurotransmitter* ke otak dan meresponya melalui serabut *efferent*.
- e. *Brain area disorder* suatu gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, penyakit ensepalitis, epilepsi yang ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindakan kekerasan.

Selain itu faktor penyebab adanya resiko perilaku kekerasan menurut Wahyuni (2017) meliputi beberapa faktor yaitu:

1. Kondisi kesehatan secara umum
 - a. Menderita *skizofrenia* tipe paranoid
 - b. Kelemahan fisik / penyakit fisik
 - c. Adanya riwayat hopitalisasi, pembedahan dan tindakan medik
2. Faktor nutrisi
 - a. Sering mengkonsumsi makanan dan minuman yang dapat merusak metabolisme tubuh dan mengganggu peredaran darah.
 - b. Riwayat malnutrisi
3. Paparan terhadap racun
 - a. Penyalahgunaan zat

b. Perokok berat.

b. Riwayat keracunan, terpapar merkuri.

4. Konsep diri dan kepribadian

Percaya diri kurang, hilangnya harga diri, peran tidak dapat dilakukan, kehilangan peran di dalam keluarga, kehilangan fungsi seksualitas, yang menyebabkan gambaran diri terganggu, kebutuhan akan status dan prestise yang tidak terpenuhi, kebutuhan aktualisasi diri tidak tercapai, mudah putus asa, agresif pemurung, mudah tersinggung.

5. Pengalaman masa lalu / trauma

a. Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan seperti perasaan ditolak, dihina / *bulying*, dianaiaya atau sebagai pelaku / saksi penganiayaan.

b. Melihat orang tua melakukan hal yang serupa yang menyebabkan ada keinginan untuk meniru dan sering mengobservasi kekerasan diluar rumah.

c. Keluarga yang penuh dengan konflik.

d. Kehilangan yang bermakna.

Selain daari faktor predisposisi resiko perilaku kekerasan juga dipengaruhi adanya faktor presipitasi atau faktor pecedent yang sering berkaitan dengan:

1. Ekspresi diri, dimana seseorang ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas.

2. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
3. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga.
4. Adanya riwayat perilaku anti sosial.
5. Kehilangan benda/ atau seseorang yang berharga. (Yosep, 2011)

2.3.4 Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan

Penderita dengan resiko perilaku kekerasan biasanya akan timbul gejala-gejala yang harus dikenali oleh keluarganya. Hal ini di karenakan orang dengan resiko perilaku kekerasan akan timbul gejala atau bahkan tidak sama sekali. Gejala-gejala yang ditimbulkan orang dengan resiko perilaku kekerasan menurut (Yosep, 2011) :

1. Fisik

Muka merah/tegang, pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, jalan mondar-mandir.

2. Verbal

Berbicara kasar, ada ancaman secara verbal, suara tinggi, berteriak.

3. Perilaku

Memukul orang/benda disekitar, menyerang orang lain, melukai diri/orang lain, amuk.

4. Emosi

Emosi pada penderita dengan resiko perilaku kekerasan tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan merasa jengkel terhadap orang lain, menyalahkan dan menuntut.

5. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, mempertahankan pendapatnya, sarkasme

6. Spiritual

Merasa berkuasa, merasa benar, menyinggung perasaan orang lain dan tidak peduli

7. Sosial dan perhatian

Menarik diri, penolakan, kekerasan, ejekan, mencuri melarikan diri dan penyimpangan seksual.



2.3.5 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Pada Keluarga

2.4 Konsep Psikoedukasi

2.4.1. Definisi Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi merupakan suatu tindakan yang diberikan kepada individu dan kepada keluarga untuk memperkuat suatu strategi koping atau suatu cara dalam menangani kesulitan mental. Psikoedukasi adalah sebuah tindakan modalitas yang disampaikan oleh professional yang mengintegrasikan dan memberikan sinergi antara psikoterapi dan intervensi edukasi, (Lukens & McFarlane dalam Fitri 2018).

Psikoedukasi keluarga yaitu salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara memberikan informasi, memberikan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan program dengan cara melakukan pendekatan yang bersifat edukasi dan *pragmatic*. Stuart dan Laraia, (2008) dalam Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu metode berdasarkan temuan secara klinis untuk melatih anggota keluarga dan bekerja sama dengan para professional kesehatan jiwa sebagai bagian dari perawatan menyeluruh secara klinis yang direncanakan untuk anggota keluarga (Kurniawan, 2018). Dalam pemberian psikoedukasi maka informan dapat menggunakan media seperti poster, booklet, leaflet, dan video. Dalam pemberian psikoedukasi sangat diperlukan peran keluarga dimana hal tersebut dapat menjadi kunci keberhasilan dari intervensi yang diberikan.

2.4.2. Tujuan Psikoedukasi Keluarga

Tujuan utama pada pemberian psikoedukasi keluarga yaitu saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental akibat penyakit

fisik yang dialami, membantu keluarga dalam mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan klien untuk menurunkan gejala dan lainnya menurut Varcoloris, (2006) dalam Kurniawan (2018). Sedangkan tujuan umum dari psikoedukasi keluarga menurut (Varcoloris, 2006 dalam Kurniawan 2018) adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang suatu penyakit dan cara pengobatannya
2. Memberikan dukungan kepada keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan penyakit yang diderita pada klien.
3. Mengembalikan fungsi pasien dan keluarga
4. Melatih keluarga untuk lebih bias mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain.
5. Melakukan penelitian yang berkelanjutan tentang sebuah perkembangan keluarga.

Menurut hasil penelitian oleh Sulastris dan Yeyen Kartika dengan judul Psikoedukasi Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat ODGJ Di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung 2016 Di Wilayah Kerja Puskesmas Kedaton Bandar Lampung dengan responden 70 orang mendapat hasil penelitian didapatkan hasil yang signifikan antara pengetahuan keluarga tentang peran keluarga dalam meningkatkan kepatuhan minum obat sebelum dan setelah diberikan psikoedukasi kepatuhan minum obat. Sehingga penelitian oleh Sulastris dan Yeyen dapat dinilai keefektifannya.

Dari hasil penelitian Kurnia, Dhita dan Lingga dengan judul Efektifitas Pemberian *Family Psychoeducation* (FPE) Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Skizofrenia Di Kota Kediri tahun 2017 dengan responden 20 orang di dapatkan hasil FPE memberikan pengaruh terhadap kekambuhan penderita skizofrenia di kota Kediri, sehingga penelitian dari Kurnia, Dhita dan Lingga dapat dinilai keefektifannya.

Hal ini dapat dikatakan bahwa keluarga sangat berperan dalam kepatuhan minum obat pada klien, dimana salah satu fungsi keluarga yaitu keluarga berperan dalam merawat anggota keluarganya yang sakit. Dimana hal tersebut terdapat pada hadist yaitu :

2.5 Konsep *Health Education*

2.5.1 Definisi *Health Education*

Health Education adalah suatu aktifitas pembelajaran yang dirancang oleh perawat sesuai dengan kebutuhan klien. Pencapaian tujuan pendidikan kesehatan akan lebih mudah jika dengan menggunakan media dimana hal tersebut dapat memudahkan untuk menerima informasi (Nies & McEwen 2001 dalam Mardhinah 2015). Selain itu *Health Education* dapat diartikan semua upaya yang dilakukan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu atau masyarakat sebagai pengembangan dan pengalaman belajar. (Notoadmojo 2012 dalam Andriyani 2019) Penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Menurut hasil penelitian Zahara, Hizir, Dan Hermansyah dengan judul Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Perilaku kekerasan tahun 2015 Di UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireun dengan 42 responden didapatkan hasil dengan terdapat peningkatan pengetahuan keluarga pada

kelompok intervensi setelah diberikan pendidikan kesehatan. Sehingga penelitian dari Zahara, Hizir, Dan Hermansyah dapat dinilai keefektifannya.

2.5.2 Tujuan *Health Education*

Tujuan dari *Health education* secara umum adalah untuk mengubah perilaku seorang individu, kelompok dan masyarakat dalam bidang kesehatan. Selain itu tujuan dan manfaat pendidikan kesehatan meliputi :

1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Dalam pengetahuan mempunyai 6 tingkat yaitu :

- a. Tahu (know)
- b. Memahami (comprehension)
- c. Aplikasi (aplication)
- d. Analisis
- e. Sintesis
- f. Evaluasi

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap dapat di bagi menjadi berbagai tingkatan yaitu:

- a. Menerima
- b. Merespon
- c. Menghargai
- d. Bertanggung jawab

3. Praktik dan tindakan (*practice*)

- a. Persepsi
- b. Respon terpimpin
- c. Mekanisme

d. Adopsi

(Rahmawati, widianti 2018 dalam Adriyani 2019)

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

2.6.1 Pengkajian

Pengkajian dalam keluarga merupakan serangkaian kegiatan seorang perawat dalam mendapatkan data status kesehatan keluarga, penyebab atau faktor-faktor yang mempengaruhi dan potensi keluarga yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga. (Yura & Walsh, 1998 dalam Amin Zakaria, 2017) :

1. Identitas Umum Keluarga

a. Identitas kepala keluarga

- 1) Identifikasi siapa nama KK sebagai penanggung jawab penuh terhadap keberlangsungan keluarga
- 2) Identifikasi pekerjaan dan latar belakang pendidikan kepala keluarga dan anggota keluarga yang lainnya sebagai dasar dalam menentukan tindakan keperawatan selanjutnya

Dalam hal ini identitas yang dapat mempengaruhi yaitu

- a) Umur : pada penderita dengan *skizofrenia* dengan resiko perilaku kekerasan yaitu biasanya terjadi pada usia yang produktif.
- b) Pendidikan : pendidikan yang rendah akan mempengaruhi dalam tahap penyembuhan.
- c) Pekerjaan: pekerjaan yang dapat berisiko dalam memunculkan perilaku RPK.

b. Komposisi keluarga

Yang berkaitan tentang identifikasi keluarga yang sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi bisa jadi tidak hanya penghuni rumah tangga tersebut, tetapi juga mencakup keluarga besar lain atau keluarga besar fiktif yang menjadi bagian keluarga tersebut, tetapi tidak tinggal dalam satu rumah.

c. Genogram

Diagram yang menggambarkan tersusun dari 3 generasi untuk mengetahui apakah ada riwayat yang sama dengan penderita atau pasien. Faktor gen yang diturunkan dari orang tua berpotensi akan menurun ke generasinya. (Yosep, 2011)

d. Tipe keluarga

Dalam hal ini menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga dan masalah yang sedang dihadapi. Dimana keluarga inti akan berpengaruh terhadap mekanisme coping individu. (Nadirawati, 2017).

e. Suku bangsa

Mengkaji tentang asal suku bangsa tersebut serta mengidentifikasi budaya. Dan dapat menjadi keterkaitan dengan bahasa-bahasa yang digunakan di rumah dapat menjadi faktor presipitasi. Contohnya penggunaan bahasa yang kasar dalam rumah. (Andarmoyo, 2012).

f. Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan dari kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga dan barang-barang yang

dimilikinya. Status ekonomi yang menengah kebawah dapat menyebabkan timbulnya perilaku kekerasan, dimana penderita tidak mampu menerima kondisi atau keadaan ekonomi keluarganya. Dalam hal ini pertanyaan yang dapat diajukan meliputi (Zakaria, 2018)

- 1) Berapa jumlah pendapatan perbulan?
- 2) Darimana sumber penghasilan perbulan?
- 3) Berapa jumlah pengeluaran perbulan?
- 4) Apakah sumber pendapatan mencukupi kebutuhan dalam keluarga?
- 5) Jika tidak, bagaimana keluarga mengaturnya?

g. Aktivitas rekreasi keluarga

Dalam aktivitas rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari seberapa sering keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton TV, mendengarkan radio juga merupakan salah satu aktivitas rekreasi keluarga yang dapat meluangkan waktu secara bersama-sama

2. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga yang ditentukan dari anak tertua dari keluarga inti

b. Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, yang dijelaskan mulai dari lahir hingga saat ini yang meliputi riwayat

penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit (imunisasi), sumber pelayanan kesehatan, perkembangan dan kejadian-kejadian kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan. Perkembangan keluarga juga memengaruhi terhadap keluarga yang memiliki penyakit keturunan seperti skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan akan berpotensi menurun kepada keluarganya (Yosep, 2011)

c. Riwayat kesehatan sebelumnya

Menjelaskan tentang riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami, istri/keluarga asal kedua orang tua meliputi apa kehidupan asalnya, hubungan masa silam dan saat dengan orang tua dari kedua orang tua

3. Pengkajian Lingkungan

a. Karakteristik Rumah

1. Meliputi tipe tempat tinggal seperti rumah, apartemen, sewa kamar, apakah dalam keluarga tersebut memiliki rumah sendiri atau menyewa.
2. Menggambarkan tentang kondisi rumah baik dari interior maupun eksterior rumah. Dimana interior meliputi jumlah kamar, tipe kamar, kamar tamu, kamar tidur dan lain-lain. Penggunaan ruang bagaimana ruang tersebut diatur, bagaimana kecakupan kondisi dan kecukupan perabot. Selain itu juga

meliputi ventilasi, cahaya, susunan bangunan yang lain dalam kondisi adekuat.

3. Dalam dapur, amati suplai air minum, penggunaan alat-alat masak, pengaman untuk bahan bakar.
4. Mengamati keadaan umum seperti sanitasi, dan kebersihan rumah.

b. Denah rumah (terlampir)

c. Karakteristik tetangga dan komunitas

- 1) Apa karakteristik rumah fisik dari lingkungan yang paling dekat dan komunitas yang lebih luas?
- 2) Bagaimana mudahnya sekolah-sekolah dilingkungan atau komunitas dapat diakses dan bagaimana kondisinya?
- 3) Fasilitas rekreasi yang dimiliki di daerah ini?
- 4) Tersedianya transportasi umum?
- 5) Bagaimana insiden kejahatan dilingkungan dan komunitas? apakah ada masalah keselamatan yang serius?

kebiasaan yang terjadi di suatu komunitas akan mempengaruhi bagaimana penderita akan bertindak. Biasanya penderita dengan RPK akan lebih mudah tersinggung dengan ucapan orang lain, jika hal tersebut menyangkut dengan perasaannya. Kebiasaan yang tidak baik akan menjadi suatu yang hal biasa. Perilaku kekerasan dapat berkembang dalam lingkungan yang mentoleransi kekerasan. (Yosep, 2011)

c. Mobilitas geografis keluarga

Dalam mobilitas keluarga ini ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat tinggal, keluarga yang sering berpindah tempat dapat mempengaruhi psikologis salah satu anggota keluarga tersebut. Adapun pertanyaan yang dapat diajukan anggota keluarga seperti:

1. Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini?
 2. Apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal?
- d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Klien dengan resiko perilaku kekerasan cenderung akan menyendiri, dan mudah berubah *mood* nya. Selain itu perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu dari lingkungannya, masyarakat yang tidak peduli, acuh tak acuh dan cuek. (Yosep 2011).

e. Sistem Pendukung Keluarga

Yang termasuk pada sistem pendukung keluarga adalah sejumlah keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan. Fasilitas mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota dan fasilitas sosial atau dukungan dari masyarakat setempat.

4. Struktur Keluarga

a. Pola dan cara komunikasi keluarga

Menjelaskan tentang cara berkomunikasi antar keluarga

- 1) Apakah mayoritas pesan anggota keluarga sesuai dengan isi dan intruksi?

- 2) Bagaimana keluarga dalam menyampaikan perasaan emosional?
- 3) Bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga?
- 4) Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang nampak dalam pola-pola komunikasi tersebut?
- 5) Adakah masalah dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan?

b. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan memengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

c. Struktur peran

Mengkaji tentang peran dari masing-masing keluarga baik secara formal maupun informal.

- 1) Mengambarkan bagaimana setiap anggota keluarga melakukan peran-peran formal
- 2) Adakah konflik peran dalam keluarga?

d. Nilai dan norma keluarga

Mengkaji tentang nilai dan norma yang dianut dalam keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

5. Fungsi Keluarga

a. Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji meliputi gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki.

b. Fungsi sosialisasi

Hal yang perlu dikaji meliputi interaksi atau hubungan dalam keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.

c. Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan tentang sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit.

Dimana yang meliputi 5 tugas pokok keluarga

- 1) Pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit atau masalah kesehatan keluarga.
- 2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- 3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
- 4) Kemampuan keluarga memelihara lingkungan yang sehat.
- 5) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan dimasyarakat. Zakaria(2017)

d. Fungsi reproduksi

Mengkaji tentang penjaminan atau menjamin kelangsungan generasi, kelangsungan hidup masyarakat dimana meliputi :

- 1) Apakah keluarga memiliki anak?
- 2) Apakah melalui perencanaan yang baik?

6. Stress dan Koping Keluarga

Kecemasan yang berkepanjangan dan terjadi secara bersamaan dengan keterbatasan kemampuan individu untuk mengatasinya dapat menyebabkan terjadinya stress.

7. Pemeriksaan Fisik

Dalam pemeriksaan fisik yang dilakukan tidak hanya dilakukan pada anggota keluarga yang sakit melainkan juga pada anggota keluarga yang sehat. Pemeriksaan fisik pada penderita skizofrenia dengan RPK akan ditemukan :

a. Keadaan umum : menyendiri, murung, curiga

b. Tanda-tanda vital :

TD : klien dengan RPK akan cenderung tidak stabil

Suhu : dalam rentang normal

RR : jika klien marah maka RR akan cenderung meningkat

Nadi : klien dengan RPK nadi cenderung meningkat

c. Muka dan telinga : muka akan cenderung merah, pandangan tajam apabila klien marah. Yosep (2011)

d. Mulut dan faring : kebersihan mulut tidak baik, rahang mengatup

e. Thorak (paru-paru dan jantung) : detak jantung pada klien RPK akan cenderung meningkat

f. Motorik : mondar – mandir, tonus otot meningkat.

8. Pemeriksaan Tambahan Lain

a. Pemeriksaan status mental

1) Penampilan : pada penderita dengan RPK biasanya akan terlihat kurang rapi.

2) Pembicaraan : pada klien dengan RPK akan lebih keras dalam berbicara atau menggunakan nada tinggi, ada ancaman secara verbal, gangguan berbicara, berdebat. Yosep (2011)

- 3) Aktivitas motorik :klien biasanya akan tegang, gelisah, negativisme, agitasi, automatisme. Yosep(2011)
- 4) Alam perasaan : klien dengan RPK biasanya akan terlihat khawatir, tidak nyaman dan rasa terganggu. Yosep(2011)
- 5) Afek : pada klien dengan RPK akan cenderung datar, tidak sesuai atau tumpul.
- 6) Interaksi selama wawancara : pada pasien klien dengan RPK biasanya akan cenderung bermusuhan, mendominasi, mudah tersinggung, defensif dan curiga. Yosep, (2011)
- 7) Persepsi : biasanya pada klien dengan RPK akan cenderung mengalami halusinasi pendengaran.
- 8) Proses pikir : pada klien dengan RPK biasanya mengenai tentang obsesi, ide terkait dan yang lebih parah yaitu bunuh diri. Dan dengan arus pikir sirkumtansial dapat dilihat pada saat melakukan wawancara. Yosep (2011)
- 9) Tingkat kesadaran : pada klien dengan RPK akan cenderung lebih bingung
- 10) Memori : biasanya tidak mempengaruhi
- 11) Tingkat konsentrasi berhitung: kurang atau tidak mempengaruhi
- 12) Kemampuan penilaian : biasanya akan mengalami gangguan ringan
- 13) Daya tilik diri ; biasanya pasien akan lebih cenderung menyalahkan hal-hal diluar dirinya/ menyalahkan orang lain. Yosep (2011)

b. Gambaran konsep diri

- 1) Citra tubuh : Kehilangan fungsi tubuh atau gambaran tubuh yang tidak sesuai dengan yang tidak diharapkan akan mempengaruhi terhadap klien
- 2) Identitas : Klien sebagai laki-laki atau perempuan, dan kepuasan terhadap jenis kelamin atau gender
- 3) Peran : Kehilangan peran dalam keluarga akan menjadi stressor terhadap klien
- 4) Ideal diri : Tidak tercapainya kebutuhan aktualisasi diri berpengaruh terhadap klien
- 5) Harga diri : Pada klien dengan RPK biasanya akan merasa kehilangan harga diri, dan tidak bermanfaat (Nurul, 2017)

2.6.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan suatu keputusan klinis individu, keluarga/ masyarakat yang dapat diperoleh dari suatu proses pengumpulan data dan analisis dan sistematis. Dalam penentuan diagnosis keperawatan keluarga meliputi 5 fungsi pokok keluarga yaitu:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
2. Ketidakmampuan keluarga membuat keputusan yang tepat untuk keluarganya.
3. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
4. Ketidakmampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

5. Ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan (SDKI, 2017 dalam Zakaria, 2017).

Diagnosa yang dapat di munculkan dalam kasus ini yaitu:

Resiko Perilaku Kekerasan b.d ketidakmampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

2.6.3 Intervensi

Rencana asuhan keperawatan keluarga merupakan kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran yaitu keluarga untuk dilaksanakan, sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan dapat teridentifikasi dan diselesaikan (Susanto, 2012 dalam zakaria, 2017). Atau suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan suatu masalah dan prioritas masalah klien. Yang bertujuan untuk mengidentifikasi fokus keperawatan pada klien atau kelompok Dinarti & Yuli Mulyanti (2017). Intervensi yang dapat dilakukan pada pasien dengan RPK menurut Yusuf, (2019) yaitu :

Resiko Perilaku Kekerasan b.d ketidakmampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Tujuan : keluarga mampu merawat klien dengan PK

Tabel 2.3 Intervensi SP Keluarga

Sp 1 keluarga	<p>Berikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan di rumah</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien b. Mendiskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat perilaku tersebut c. Mendiskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dibawa/
---------------	--

	<p>dilaporkan kepada perawat/ petugas kesehatan, seperti melempar atau memukul orang lain.</p> <p>d. Mendiskusikan pada keluarga cara mengontrol marah pasien dengan cara fisik, verbal, spiritual dan minum obat.</p>
Sp 2 keluarga	<p>Latih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan</p> <p>a. Mengevaluasi pengetahuan keluarga tentang marah</p> <p>b. Menganjurkan keluarga untuk memotivasi pasien dalam melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat</p> <p>c. Mengajarkan keluarga untuk memeberikan pujian kepada pasien apabila dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat</p> <p>d. Mendiskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan apabila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan.</p> <p>e. Mengajarkan keluarga cara mengontrol marah dengan cara fisik, verbal, spiritual dan minum obat.</p>
Sp 3 Keluarga	Buat perencanaan bersama keluarga

Sumber : Ah. Yusuf, (2019)

Intervensi pada keluarga dengan penderita skizofrenia yang dapat dilakukan yaitu dengan pemberian Psikoedukasi pada keluarga dengan kepatuhan minum obat. Intervensi ini sudah diteliti oleh peneliti. Dimana psikoedukasi itu sendiri merupakan suatu tindakan yang diberikan kepada individu dan kepada keluarga untuk memperkuat suatu strategi koping atau suatu cara dalam menangani kesulitan mental. Psikoedukasi adalah sebuah tindakan modalitas yang disampaikan oleh professional yang mengintergrasikan dan memberikan sinergi antara psikoterapi dan intervensi edukasi (Lukens & McFarlane dalam Fitri 2018). Pemberian intervensi dengan psikoedukasi keluarga tentang kepatuhan minum obat

telah diuji keefektifannya dalam beberapa penelitian ilmiah penelitian lain sebagai berikut :

Tabel 2.4 Analisa jurnal ilmiah

Referensi	Tujuan	Desain studi	Populasi	Hasil	Negara
<p>Judul jurnal: Psikoedukasi keluarga meningkatkan kepatuhan minum obat ODGJ Di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung</p> <p>Penulis : Sulastri, Yeyen Kartika</p> <p>Volume, nomor, Tahun, halaman: Jurnal Kesehatan, Volume VII, Nomor 2, Tahun 2016, hlm 323-328</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan kepatuhan minum obat</p>	<p><i>Desain Quasi Experem ental</i></p>	<p>70 responden, dengan seluruh keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa</p>	<p>Terdapat perubahan hasil pada nilai mean dimana hal tersebut menunjukkan ada pengaruh yang signifikan dari nilai mean 5,60 menjadi 6,70 diperoleh <i>p-value</i> :0,000</p>	Indonesia
<p>Judul Jurnal: Efektifitas Pemberian <i>Family Psychoeducat ion</i>(FPE) Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita</p>	<p>Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas terapi psikoedukasi keluarga terhadap kepatuhan</p>	<p><i>Eksperimen</i></p>	<p>20 responden dilakukan 2 kali yaitu sebelum intervensi dan sesudah diberikan intervensi</p>	<p>Didapatkan hasil <i>p value</i> (0,000) < α (0,05) yang berarti terdapat perubahan atau memberikan pengaruh</p>	Indonesia

Skizofrenia minum obat terhadap
Di Kota pasien kekambuhan
Kediri skizofrenia. n pada
pasien.

Penulis :
Dhita Kurnia
Sari, Lingga
Kusuma
Wardani

**Volume,
nomor,
Tahun
halaman:**
STRADA
Jurnal Ilmiah
Kesehatan
Vol. 1 No. 1
Oktober
2017, hal 48-
52

Judul Jurnal : Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga Penderita Skizofrenia Dengan Perilaku Kekerasan	Tujuan dari penelitian untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia dengan perilaku kekerasan	<i>Quasi experimen</i>	42 responden dengan dibagi menjadi kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, dengan estimasi waktu 3 minggu dengan sesi I – III dengan waktu 60 menit pada setiap sesi	Dari 42 responden didapatkan hasil antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan terdapat peningkatan yang signifikan. Pada kelompok kontrol pre test (12.10) dan post test (12,67), pada kelompok kontrol pre test (11.33) dan post test (17,52) dengan nilai $p = 0,000$.	Indonesia
Penulis: Rita Zahara, Hizir, Hermansyah					
Volume, nomor, tahun, halaman : Jurnal Ilmu Keperawatan Vol 3. No. 2,					

2015, hal 134-146	Terdapat peningkatan pada kelompok perlakuan setelah diberikan pengetahuan.
----------------------	---

Dapat diambil kesimpulan dari ke 3 penelitian ilmiah diatas bahwa pemberian psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan tingkat pengetahuan keluarga dan menurunkan tingkat kekambuhan pada pasien dengan skizofrenia. Sehingga pemberian psikoedukasi keluarga dapat di aplikasikan dalam keluarga yang memiliki anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa. Pada kasus studi literatur ini dapat dikaitkan dari segi spiritual dimana mencangkup dalam peran keluarga.

Rasullullah SAW berabda sebaik-baik amal shalih adalah agar engkau memasukan kegembiraan kepada saudaramu yang beriman.“HR.Ibnu Abi Dunya dihasankan oleh Syaikh Al- Albani dalam Shahih Jami’ush shaghir no.1096”. Dimanadalam hadist tersebut dapat disimpulkan bahwa umat muslim dianjurkan untuk mendamping menghibur saudaranya dalam keadaan apapun terutama pada saat sakit fisik maupun sakit mental.

2.6.4 Implementasi

Implementasi dalam keperawatan keluarga merupakan pelaksanaan dari perencanaan yang sudah disusun bersama keluarga atau mengutamakan pada perhatian(Nadirawati2018).Tujuan dari implementasi yaitu membantuklien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencangkup

peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

Implementasi yang dilakukan yaitu dengan mendiskusikan masalah yang dirasakan/yang dihadapi keluarga dalam merawat klien, menjelaskan tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan memberikan informasi kepada keluarga tentang kondisi-kondisi yang harus segera dilaporkan ke perawat jika klien mengalami tanda-tanda resiko perilaku kekerasan. Menjelaskan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan seperti memberikan motivasi kepada klien, memberikan pujian, memberikan pemahaman tentang patuh minum obat dan menyusun jadwal harian. Strategi pelaksanaan pada penderita dengan resiko perilaku kekerasan dalam keluarga menurut . Yusuf, (2019)

Tabel 2.4 Implementasi SP Keluarga

Sp 1 keluarga	<p>Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien b. Mendiskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat perilaku tersebut c. Mendiskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dibawa/ dilaporkan kepada perawat/ petugas kesehatan, seperti melempar atau memukul orang lain. d. Mendiskusikan pada keluarga cara mengontrol marah pasien dengan cara fisik, verbal, spiritual dan minum obat.
Sp 2 keluarga	<p>Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi pengetahuan keluarga tentang marah b. Menganjurkan keluarga untuk memotivasi

	<p>pasien dalam melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat</p> <p>c. Mengajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien apabila dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat</p> <p>d. Mendiskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan apabila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan</p> <p>e. Mengajarkan keluarga cara mengontrol marah dengan cara fisik, verbal, spiritual dan minum obat.</p>
Sp 3 Keluarga	Membuat perencanaan bersama keluarga

Sumber : Ah. Yusuf, (2019)

2.6.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan cara untuk membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang sudah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien / realistis. Dimana evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari serangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang dilakukan telah tercapai atau perlu pendekatan lain kopring (Dinarti & Yuli Mulyanti 2017)

Evaluasi yang dilakukan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan diantaranya yaitu:

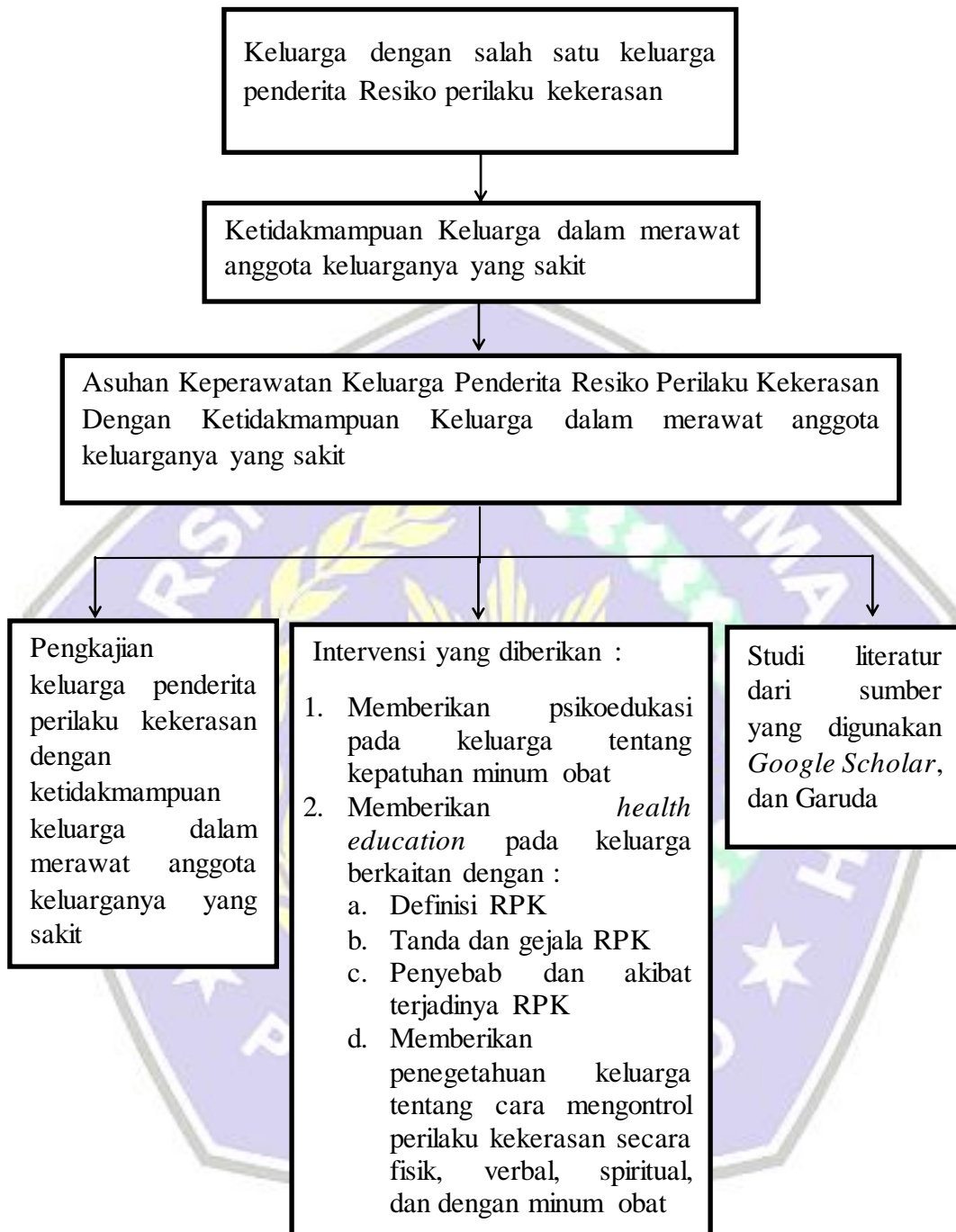
Resiko perilaku menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

1. Keluarga mampu mencegah terjadinya perilaku kekerasan.
2. Keluarga mampu menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai klien.
3. Keluarga mampu memotivasi klien dalam melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan.
4. Keluarga mampu mengidentifikasi perilaku klien yang harus dilaporkan.

5. Keluarga mampu memberikan dukungan dan pendampingan kepada pasien dalam mengontrol marah dengan cara fisik, verbal, spiritual dan minum obat. Yusuf (2015)



2.7 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Skizofrenia Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan

