

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Gangguan Jiwa

Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III) menggunakan istilah gangguan jiwa atau gangguan mental (*mental disorder*) dan tidak mengenal istilah penyakit jiwa (*mental illness/mental disease*) dalam menyebut penderita gangguan jiwa. Menurut Keliat (2012) gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peranan sosial.

Menurut Yosep (2014) penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu meliputi faktor organobiologis, faktor psikologis dan faktor sosiokultural. Faktor organobiologis terdiri dari genetika/keturunan, cacat kongenital, deprivasi atau kehilangan fisik/anggota

badan, tempramen/proses emosi yang berlebihan, penyalahgunaan obat-obatan dan penyakit dan cedera tubuh.

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat di bidang psikiatri, menyebabkan hendaya berat, tidak mampu mengenali realitas sehingga tidak mampu menjalankan kehidupan sehari-hari seperti orang normal, dengan perjalanan kronis ditandai dengan kekambuhan yang terjadi secara berulang (Ascher, et al., 2011). Definisi lain menyebutkan skizofrenia sebagai kombinasi dari gangguan berpikir, persepsi, perilaku, dan hubungan sosial (Fontaine, 2009). Berdasarkan penjelasan para ahli di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa skizofrenia merupakan suatu respon maladaptif yang ditandai dengan reaksi psikotik yang mempengaruhi pikiran, perasaan, persepsi, perilaku dan hubungan sosial individu. Respon maladaptif ini dapat dikenali dari gejala-gejala yang ditunjukkan oleh pasien dengan skizofrenia.

2. Agresif

Perilaku agresif merupakan satu diantara permasalahan dalam gangguan kejiwaan. Perilaku agresif sendiri merupakan suatu respon terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam atau sebuah ancaman yang menyebabkan amarah yang dapat membangkitkan suatu perilaku kekerasan sebagai suatu cara untuk melakukan perlawanan baik berupa tindakan penyerangan, perusakan bahkan pembunuhan (Muhith, 2015).

Prabowo (2014) menyebutkan bahwa tanda dan gejala yang dialami oleh pasien jiwa dengan perilaku agresif antara lain adanya sikap bermusuhan, penuh rasa dendam, perilaku menyerang, kejam serta merusak. Menurut Purwanto (2015) perilaku yang sering muncul pada pasien dengan gangguan jiwa tersebut menyebabkan perlunya dilakukan tindakan restrain karena pasien melakukan tindakan menyerang atau menghindar, atau memberontak. Perilaku agresif biasanya ditujukan kepada diri sendiri, orang lain ataupun lingkungannya.

a. Penyebab perilaku agresif

1) Faktor predisposisi

Ada beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang faktor predisposisi perilaku agresif, di antaranya adalah sebagai berikut :

a) Teori biologik

Sistem limbik berfungsi sebagai penengah dari dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku yang berperan dalam proses informasi dan daya ingat, khususnya *amygdala* yang berfungsi sebagai penengah antara ekspresi akut dan amuk. Perubahan pada sistem ini menyebabkan peningkatan atau penurunan risiko perilaku agresif (Stuart dan Laraia, 2005).

Lobus frontal merupakan bagian otak yang berperan dalam memilih perilaku atau berpikir rasional. Kerusakan pada bagian ini mengakibatkan gangguan dalam membuat

keputusan, perubahan personalitas dan perilaku agresif (Stuart dan Laraia, 2005).

Hipotalamus berfungsi sebagai sistem alarm otak yang mempengaruhi pengeluaran hormon steroid yang akan meningkatkan risiko perilaku kekerasan (Stuart dan Laraia, 2005).

Neurotransmitter berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh. Peningkatan hormon *androgen* dan *norepinephrin* serta penurunan *serotonin* dan *GABA* dapat berpengaruh terhadap perilaku kekerasan (Yosep, 2010).

Faktor genetik merupakan faktor gen yang diturunkan melalui orangtua yang menjadi potensi perilaku kekerasan yaitu tipe *karyotype* XYY. Tipe ini umumnya dimiliki oleh pelaku tindak kriminal (Yosep, 2010).

Kerusakan otak seperti gangguan pada sistem limbik, lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak ensepalitis dan epilepsi dapat berpengaruh terhadap perilaku agresif (Yosep, 2010).

b) Teori psikologik

Teori pembelajaran melalui penguatan yang diterima ketika melakukan perilaku agresif akan menimbulkan anggapan bahwa perilaku agresif merupakan hal yang baik untuk dilakukan dalam mencapai tujuan tertentu. Contohnya pada anak tempertantrum yang diberi roti untuk menghentikan aksinya (Stuart dan Laraia, 2005).

Teori psikososial menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan kegagalan dalam menahan diri untuk menunda terpenuhinya keinginan dapat

menyebabkan individu yang impulsif, mudah frustrasi dan rentan terhadap perilaku agresif (Videbeck, 2008).

c) Teori sosiokultural

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan untuk menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan (Fitria, 2009). Selain itu faktor ras, budaya, ekonomi, lingkungan, kemiskinan, ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar, kekacauan dalam keluarga, pengangguran, ketidakmampuan mempertahankan hubungan interpersonal juga turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan (Stuart dan Laraia, 2005).

2) Faktor presipitasi

Menurut Stuart dan Sundeen (1991), faktor pencetus terjadinya perilaku kekerasan dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

- a) Internal, yang meliputi kegagalan di tempat kerja, kehilangan rasa cinta dan takut terhadap penyakit fisik.
- b) Eksternal, yang meliputi penganiayaan fisik, kehilangan hubungan dengan orang yang berarti, kritik dari orang lain.

b. Karakteristik pasien perilaku kekerasan

1) Usia

Pasien yang lebih muda dengan usia rata-rata di bawah 28 tahun hampir dua kali lebih sering melakukan perilaku kekerasan daripada usia yang lebih tua (Berman dan Coccaro, 1998 dalam Mohr, 2006). Menurut data dari WHO pada tahun 2016, sekitar 21 juta orang di seluruh dunia terkena skizofrenia. Diperkirakan

75% penderita skizofrenia terjadi pada usia 16-25 tahun (Depkes RI, 2015).. Usia remaja dan dewasa muda memang berisiko tinggi karena tahap kehidupan ini penuh stresor. Kondisi penderita sering terlambat disadari keluarga dan lingkungannya karena dianggap sebagai bagian dari tahap penyesuaian diri. Pandangan yang berbeda akibat perubahan nilai, diantaranya adalah menyesuaikan diri dengan cara hidup baru dan pada masa kreatif.

Berdasarkan tugas perkembangan tersebut, maka usia dewasa muda sedang mengalami proses adaptasi kematangan secara emosional. Pada usia ini juga dapat terjadi *acting out*, yaitu suatu mekanisme pertahanan *immature* ketika individu mengalami konflik atau stresor emosional melalui tindakan, bukan melalui refleksi atau perasaan. Individu memperlihatkan *acting out*, misalnya dengan agresi fisik atau

verbal, agar perasaan tidak berdayanya berkurang untuk sementara. *Acting out* dapat terjadi ketika mereka tidak dapat mengungkapkan perasaan yang intens secara verbal atau ketika menghadapi konflik emosional.

2) Jenis kelamin

Laki-laki mempunyai kecenderungan lebih untuk bertindak agresif daripada perempuan. Namun perempuan dengan gangguan jiwa mempunyai tingkat agresif yang sama dengan laki-laki (Hastings dan Hamberger, 1997 dalam Mohr, 2006).

3) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah dapat berkontribusi terhadap kejadian perilaku kekerasan (Hastings dan Hamberger, 1997 dalam Mohr, 2006).

4) Pekerjaan

Penelitian terhadap 162 pelaku kriminal didapatkan hasil bahwa pengangguran berkorelasi signifikan terhadap perilaku kekerasan (Menzies dan Webster, 1995 dalam Mohr, 2006).

5) Riwayat kekerasan

Menurut Stuart dan Laraia (2005), faktor utama yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan adalah riwayat kekerasan.

6) Diagnosa medis

Perilaku kekerasan dapat terjadi pada semua kategori diagnose medis dan tidak hanya dikhususkan pada pasien dengan gangguan jiwa (Harris dan Rice, 1997 dalam Mohr, 2006).

7) Lamanya dirawat

Penelitian terhadap pasien yang dirawat di fasilitas psikiatrik selama jangka waktu yang lama menyatakan bahwa prevalensi agresi laki-laki dan

perempuan kira-kira adalah sama (Kaplan dan Sadock, 1997).

c. Penatalaksanaan perilaku kekerasan

Tindakan pencegahan yang dilakukan untuk mengelola perilaku agresif pada individu dalam satu rentang yang dimulai dari strategi preventif, antisipasi, dan pengekangan. Adapun strategi preventif yaitu peningkatan kesadaran diri, pendidikan pasien dan latihan asertif (Stuart, 2013). Strategi antisipasi yaitu strategi komunikasi, pengelolaan lingkungan, strategi perilaku dan psikofarmakologi. Strategi pengekangan meliputi manajemen krisis, isolasi dan pengekangan (Stuart dan Laraia, 2005).

Secara umum tindakan untuk penanganan perilaku kekerasan dapat dibedakan menjadi dua yaitu dengan psikofarmaka dan non psikofarmaka.

1) Psikofarmaka

Menurut Stuart dan Laraia (2005), obat-obatan yang biasanya diberikan pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah :

- a) *Antianxiety* dan *sedative-hypnotics* untuk mengendalikan agitasi yang akut.
- b) Jenis obatnya adalah benzodiazepines (lorazepam: ativan, clonazepam : klonopin), buspirone: buspar, chloral hydrate, diphenhydramine: benadryl (Mohr, 2006).
- c) *Antidepressant* sangat efektif untuk menurunkan perilaku kekerasan akibat stress pasca trauma.
- d) Menurut Mohr (2006), jenis obatnya meliputi golongan trisiklik (amitriptyline:elavil, trazodone:desyrel) dan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (fluoxetine:prozac, sertraline:zoloft).

- e) *Antipsychotic* biasanya dipergunakan untuk perawatan perilaku agresif.
- f) Menurut Mohr (2006), jenis obatnya adalah haloperidol, chlorpromazine (thorazine), chlozapine (clozaril), risperidone (risperdal).
- g) *Mood stabilizers* efektif bila dipergunakan untuk perilaku kekerasan karena manik.
- h) Obat yang termasuk dalam golongan ini adalah lithium (Mohr, 2006).
- i) *Naltrexone* untuk menurunkan perilaku mencederai diri.
- j) *Betablockers* untuk menurunkan perilaku kekerasan pada anak dan pasien dengan gangguan mental organik.
- k) Menurut Mohr (2006), obatnya antara lain propanolol (inderal), pindolol (visken) dan mitroprolol (lopressor).

- l) Antikonvulsan untuk menurunkan bentuk agresi yang diinduksi kejang (Kaplan dan Sadock,1997).
 - m) Jenis obatnya antara lain carbamazepine (tegretol) dan valproic acid (Mohr, 2006).
- 2) Non psikofarmaka

Menurut Stuart dan Laraia (2005), intervensi keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien dengan perilaku kekerasan meliputi :

a) Strategi preventif

(1) Kesadaran diri

Masalah yang dialami oleh perawat dapat mempengaruhi interaksi dengan pasien. Untuk itu perawat harus senantiasa meningkatkan kemampuan dan kesadaran dirinya sehingga dapat menolong orang lain.

(2) Pendidikan pasien

Pendidikan kepada pasien tentang cara berkomunikasi ataupun cara mengekspresikan marah yang tepat.

(3) Latihan asertif

Latihan asertif merupakan kemampuan dasar yang harus dimiliki agar dapat berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang, mengatakan 'tidak' untuk sesuatu yang tidak beralasan, bisa melakukan komplain dengan baik, dan mengekspresikan perasaan dengan tepat.

b) Strategi antisipasi

(1) Strategi komunikasi

Tindakan pencegahan situasi krisis dapat dilakukan dengan strategi komunikasi verbal dan non verbal secara tepat dengan senantiasa berbicara lembut terhadap pasien.

(2) Pengelolaan lingkungan

Unit perawatan sebaiknya menyediakan tempat yang dapat dipergunakan untuk beraktivitas secara produktif sehingga dapat mengubah perilaku yang tidak sesuai dan dapat meningkatkan perilaku adaptif pasien.

(3) Terapi perilaku

Perawat dan pasien perlu membuat kesepakatan mengenai perilaku yang dapat diterima dan perilaku yang tidak dapat diterima yang akan dirubah melalui proses pembelajaran.

c) Strategi pengekangan

(1) Manajemen krisis

Apabila intervensi awal tidak berhasil dilaksanakan maka diperlukan intervensi yang lebih aktif dalam penanganan

keadaan darurat yang membutuhkan kerjasama tim.

(2) Isolasi

Tindakan mengasingkan seseorang secara paksa di dalam ruangan yang selalu terkunci namun tidak berbahaya dan dapat diobservasi secara langsung (Mohr, 2006).

(3) Pengekangan

Tindakan pengekangan dapat dibedakan menjadi 2 yaitu pengekangan fisik dan pengekangan kimia. Pengekangan fisik dengan menggunakan peralatan yang dipasang pada tubuh seseorang untuk membatasi kebebasan atau pergerakan tubuh. Pengekangan kimia dengan menggunakan obat untuk mengendalikan perilaku dan membatasi kebebasan atau pergerakan tetapi bukan merupakan

standar pengobatan medis maupun psikiatri.

3. Peran Perawat

Perawat adalah orang yang telah lulus dari pendidikan keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan perundang undangan yang berlaku (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2001). Menurut Wardah, dkk (2017) menyebutkan bahwa perawat adalah tenaga yang bekerja secara profesional memiliki kemampuan, kewenangan dan bertanggung jawab dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Perawat merupakan proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang berkontribusi pada fungsi yang terintegrasi selain itu perawat juga berperan sebagai memberi pertolongan ke pada orang sakit sesuai dengan ketidak mampuannya merawat diri dan memberi pengobatan atas petunjuk dokter dengan maksud menyembuhkan atau mengurangi penderitaan pasien

dalam merawat orang sakit (Purnomo, 2013). Peran perawat kesehatan menurut Mubaraq (2011) yaitu Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan, Peran sebagai advokasi klien, Peran edukator, Peran Koordinator, Peran kolaborator, Peran konsultan dan peran pembaharu.

4. Pengalaman

Menurut Emerson (2009) pengalaman terdiri dari dua jenis, jenis pertama adalah pengalaman dari seorang individu yang baru saja mengalami sebuah kejadian atau peristiwa yang disebut dengan *immediacy of experience*. Jenis kedua adalah pengalaman persepsi yang terbentuk karena adanya interaksi yang lama pada suatu kejadian atau peristiwa yang disebut dengan *subjective experience*. Pada perawat yang menghadapi pasien agresif dapat diartikan sebagai pengalaman yang terbentuk karena adanya interaksi dari individu terhadap suatu kejadian, sehingga berdampak bagi individu atau perawat tersebut.

5. Pelatihan

Pelatihan adalah serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh seorang individu dalam meningkatkan keahlian dan

pengetahuannya secara sistematis sehingga mampu meningkatkan dan memiliki kinerja yang profesional di bidangnya (Widodo, 2015). pelatihan merupakan wadah lingkungan bagi karyawan, di mana mereka memperoleh atau mempelajari sikap, kemampuan, keahlian, pengetahuan, dan perilaku spesifik yang berkaitan dengan pekerjaan.

Menurut Rivai dan Sagala (2011:212), pelatihan adalah proses secara sistematis mengubah tingkah laku pegawai untuk mencapai tujuan organisasi. Pelatihan berkaitan dengan keahlian dan kemampuan pegawai untuk melaksanakan pekerjaan saat ini. Dari beberapa pengertian diatas, pelatihan adalah sebuah proses untuk meningkatkan kompetensi karyawan dan dapat melatih kemampuan, keterampilan, keahlian dan pengetahuan karyawan guna melaksanakan pekerjaan secara efektifitas dan efisien untuk mencapai tujuan di suatu perusahaan.

Menurut Widodo (2015), mengemukakan bahwa tujuan pelatihan yang dilakukan oleh sebuah lembaga adalah untuk meningkatkan produktivitas, meningkatkan kualitas, mendukung perencanaan SDM, meningkatkan moral anggota, memberikan kompensasi yang tidak langsung, meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja, mencegah kedaluarsa kemampuan dan pengetahuan personel, meningkatkan perkembangan kemampuan dan keahlian personel.

Sasaran Pelatihan Sebelum mengenal pelatihan kita harus terlebih dahulu mengetahui beberapa sasaran pelatihan. Menurut Sutrisno (2009:69), mengemukakan enan sasaran pelatihan sebagai berikut: a) meningkatkan produktivitas kerja, b) meningkatkan mutu kerja, c) Meningkatkan ketepatan dalam perencanaan sumber daya manusia, d) meningkatkan moral kerja, e) menjaga kesehatan dan keselamatan, f) menunjang pertumbuhan pribadi.

Dimensi-dimensi Program Pelatihan Menurut Sofyandi dalam Noviantoro (2009:39), dimensi program pelatihan yang efektif yang diberikan perusahaan kepada pegawainya dapat diukur melalui: a) materi pelatihan (Isi Pelatihan) yaitu, apakah isi program pelatihan relevan dan sejalan dengan kebutuhan pelatihan itu *up to date*. b) metode pelatihan, apakah metode pelatihan yang diberikan telah sesuai untuk subjek itu dan apakah metode pelatihan tersebut sesuai dengan gaya belajar peserta pelatihan, c) sikap dan keterampilan instruktur/pelatih, apakah instruktur mempunyai sikap dan keterampilan penyampaian yang mendorong orang untuk belajar, d) lama waktu pelatihan, yaitu berapa lama waktu pemberian materi pokok yang harus dipelajari dan seberapa cepat tempo penyampaian materi tersebut, e) fasilitas pelatihan, apakah tempat penyelenggaraan pelatihan dapat dikendalikan oleh instruktur, apakah relevan dengan jenis pelatihan dan apakah makananya memuaskan.

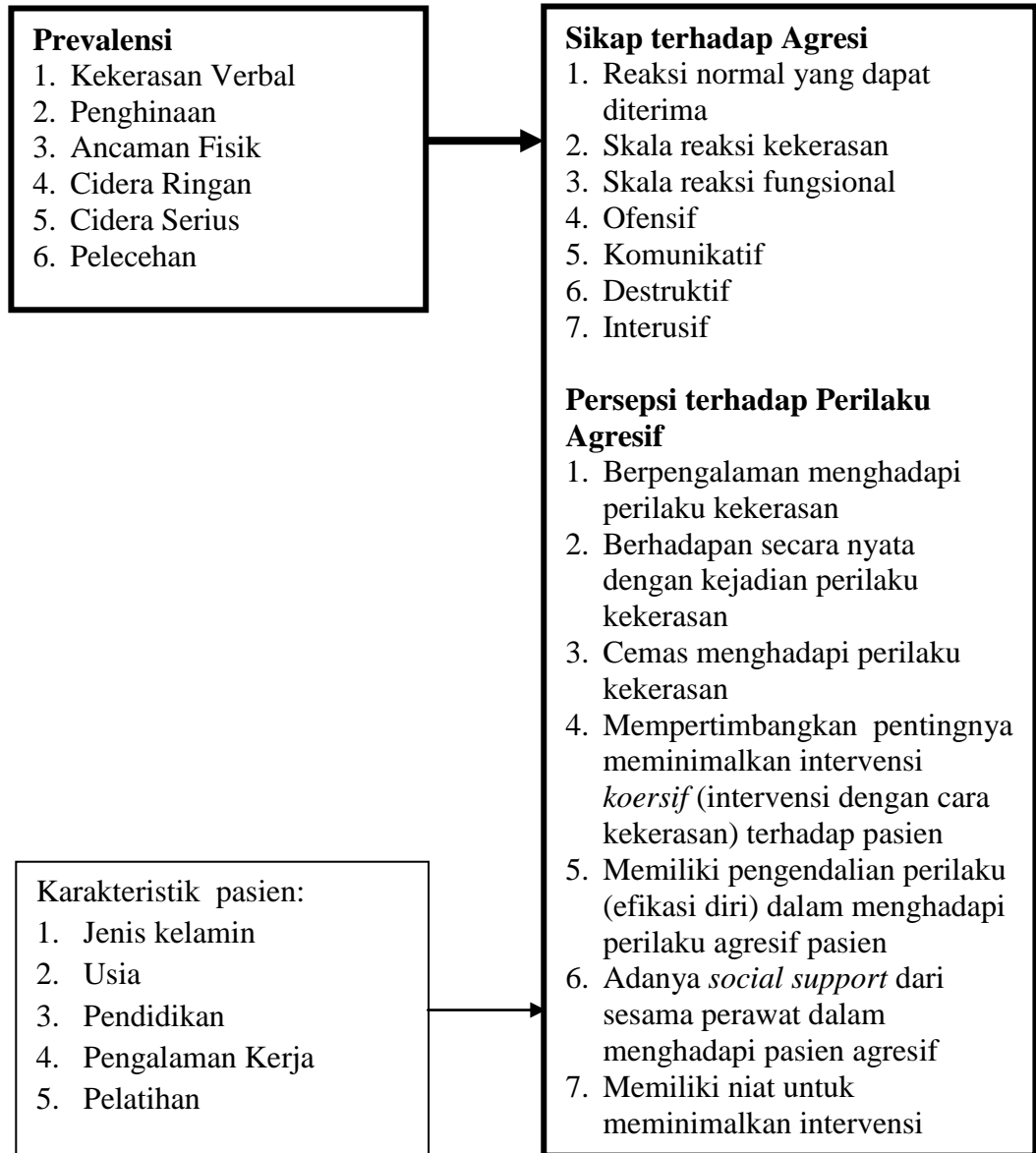
B. Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Judul	Hasil	Metode Penelitian	Perbedaan
1.	Veny Elita, dkk (2010)	Persepsi Perawat tentang Perilaku Kekekrasan yang Dilakukan Pasien di Ruang Rawat Inap Jiwa a	Perilaku kekerasan yang terbanyak yang dilakukan klien; kekerasan fisik pada diri sendiri yang menyebabkan cedera ringan (84%), ancaman fisik (79%), penghinaan (77%) dan kekerasan verbal (70%). Perawat mengalami kekerasan fisik yang menyebabkan cedera serius (20%). Merekomendasikan untuk diadakan pelatihan manajemen kekerasan bagi staf perawat guna menurunkan angka perilaku kekerasan melalui intervensi.	deskriptif dengan menggunakan teknik survei. Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah metode <i>purposive sampling</i> .	Subyek penelitian perawat di ruang rawat inap jiwa. Alat ukur yang digunakan pada penelitian ini disadur dari " <i>Perception of Prevalence Of Aggression Scale</i> "(POPAS)

2.	Saseno, dkk (2012)	Pengaruh Tindakan Restrain Fisik dengan Manset terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Ruang Rawat Intensif Bima Rumah Sakit Jiwa Grhasia	Tindakan restrain fisik dengan manset memberikan pengaruh terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien dengan skizofrenia yang dinilai dengan skala RUFA.	Penelitian ini menggunakan rancangan eksperimen semu yaitu dengan pre test – post tes one group design. Observasi dilakukan sebanyak dua kali, sebelum dan sesudah perlakuan tanpa menggunakan kelompok kontrol.	Subyek penelitian sebanyak 121 perawat. Variabel bebas pada penelitian ini tindakan restrain fisik dengan manset. Variabel terikat pada penelitian ini penurunan perilaku kekerasan.
3.	Ardenny (2015)	Faktor yang Berhubungan Dengan Kecelakaan Kerja Pada Perawat Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2015	Faktor yang berhubungan dengan kecelakaan kerja perawat adalah umur, pengetahuan dan sikap.	Desain studi observasional dengan cross sectional.	Subyek penelitian 121 perawat. Variabel bebas kecelakaan kerja perawat. Variabel terikat umur, pengetahuan dan sikap.
4.	Yanti, Nauli dan Utomo (2018)	Gambaran persepsi dan sikap perawat jiwa kepada pasien gangguan jiwa diruang rawat inap	51,5% perawat memiliki persepsi yang negatif yaitu perawat menganggap pasien yang mengalami gangguan jiwa adalah hal yang sangat menakutkan,	Desain studi observasional dengan cross sectional.	Penelitian hanya dilakukan di ruang rawat inap

			cenderung bersikap kasar dan tidak ada masa depan untuk pasien gangguan jiwa.		
5.	Lisa, Jumaini dan Indriati (2013)	Pengalaman perawat dalam merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan (RPK)	Terdapat empat dari lima perawat yang mengalami pengalaman negatif (cemas) selama merawat pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif	Penelitian hanya dilakukan di ruang rawat inap

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1

Modifikasi Kerangka Teori perilaku agresif pasien di ruang perawatan menurut Stuart (2013) dan Jonker (2008)

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada pengaruh perilaku agresif pasien terhadap persepsi perawat di Rumah Sakit Jiwa Ghasia.