

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Terapi Okupasi

1. Definisi Terapi Okupasi

Terapi kerja atau terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang, pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain. Terapi dilakukan 1-2 jam setiap sesi baik metode individual maupun kelompok dengan frekuensi kegiatan per sesi 2- 3 kali dalam seminggu. Setiap kegiatan dibagi menjadi 2 bagian, pertama: 1/2-1 jam yang terdiri dari tahap persiapan dan tahap orientasi, kedua: 1/2- 1 jam yang terdiri dari tahap kerja dan tahap terminasi.

Karakteristik dari aktivitas terapi okupasi, yaitu: mempunyai tujuan jelas, mempunyai arti tertentu bagi pasien, harus mampu melibatkan pasien walaupun minimal, dapat mencegah bertambah buruknya kondisi, dapat memberi dorongan hidup, dapat dimodifikasi, dan dapat disesuaikan dengan minat pasien.

Analisa dari kegiatan terapi okupasi, meliputi: jenis kegiatan yang dilakukan seperti latihan gerak badan atau pekerjaan sehari-hari, maksud dan tujuan dari kegiatan dilakukan dan manfaatnya bagi pasien, sarana atau alat atau aktivitas dilakukan disesuaikan dengan jenis kegiatan yang dilakukan, persiapan terhadap sarana pendukung dan pasien maupun perawat, pelaksanaan dari kegiatan yang telah direncanakan, kontra indikasi dan disukai pasien atau tidak disukai yang disesuaikan dengan kemampuan yang dimiliki oleh pasien (Prabowo E, 2019).

2. Fungsi dan Tujuan Terapi Okupasi

a. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi mental

- 1) Menciptakan kondisi tertentu sehingga pasien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat ber-hubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitar-nya.
- 2) Membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar.

- 3) Membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya.
- 4) Membantu dalam pengumpulan data untuk menegakkan diagnosis dan terapi
- b. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan gerak, sendi, otot, dan koordinasi gerakan.
- c. Mengajarkan ADL seperti makan, berpakaian, BAK, BAB dan sebagainya.
- d. Membantu pasien menyesuaikan diri dengan tugas rutin.
- e. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki.
- f. Menyediakan berbagai macam kegiatan agar dicoba pasien untuk mengetahui kemampuan mental dan fisik, kebiasaan, kemampuan, bersosialisasi, bakat, minat dan potensinya.
- g. Mengarahkan minat dan hobi untuk dapat digunakan setelah pasien kembali di lingkungan (Prabowo E, 2019)

3. Peranan Aktivitas Dalam Terapi Okupasi

Mengungkapkan aktivitas yang digunakan dalam terapi okupasi, sangat dipengaruhi oleh konteks terapi secara keseluruhan, lingkungan, sumber yang tersedia, dan juga oleh kemampuan si terapi sendiri (pengetahuan, keterampilan, minat dan kreativitasnya).

a. Jenis

Jenis kegiatan yang dapat dilakukan meliputi latihan gerak badan, olahraga, permainan tangan, kesehatan, kebersihan, dan kerapian pribadi, pekerjaan sehari-hari (aktivitas kehidupan sehari-hari, seperti dengan mengajarkan merapikan tempat tidur, menyapu dan mengepel), praktik pre-vokasional, seni (tari, musik, lukis, membuat karya, drama.). Rekreasi (tamasya, nonton bioskop atau drama), diskusi dengan topik tertentu (berita, surat kabar, majalah, televisi, radio atau keadaan lingkungan).

b. Aktivitas

Aktivitas adalah segala macam aktivitas yang dapat menyibukan seseorang secara produktif yaitu sebagai suatu media untuk belajar dan berkembang, sekaligus sebagai sumber kepuasan emosional maupun fisik. Oleh karena itu setiap aktivitas yang digunakan harus mempunyai karakteristik sebagai berikut :

- 1) Mempunyai arti tertentu bagi pasien, artinya dikenal oleh atau ada hubungannya dengan pasien.

- 2) Pasien harus mengerti tujuan mengerjakan kegiatan tersebut, dan apa kegunaanya terhadap upaya penyembuhan penyakitnya.
- 3) Harus dapat melibatkan pasien secara aktif walaupun minimal.
- 4) Dapat mencegah lebih beratnya kecacatan atau kondisi pasien, bahkan harus dapat meningkatkan atau setidaknya memelihara kondisinya.
- 5) Harus dapat memberi dorongan agar pasien mau berlatih lebih giat sehingga dapat mandiri.
- 6) Harus sesuai dengan minat, atau setidaknya tidak dibenci olehnya.
- 7) Harus dapat dimodifikasi untuk tujuan peningkatan atau penyesuaian dengan kemampuan pasien.

4. Tindakan Terapi

Adapun proses dari terapi okupasi, sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data, meliputi data tentang identitas pasien, gejala, diagnosis, perilaku dan kepribadian pasien. Misalnya pasien mudah sedih, putus asa, marah.
- b. Analisa data dan identifikasi masalah dari data yang telah dikaji ditegakkan diagnosa sementara tentang masalah pasien maupun keluarga.
- c. Penentuan tujuan dan sasaran dari diagnosa yang ditegakkan dapat dibuat sasaran dan tujuan yang ingin dicapai.
- d. Penentuan aktivitas jenis kegiatan yang ditentukan harus disesuaikan dengan tujuan terapi.

5. Pelaksanaan Terapi

Terapi okupasi dapat dilakukan secara individu maupun kelompok tergantung dari kondisi pasien dan tujuan terapi:

- a. Individual: dilakukan untuk pasien baru masuk, pasien yang belum mampu berinteraksi dengan kelompok dan pasien lain yang sedang menjalani persiapan aktivitas.
- b. Kelompok: pasien dengan masalah sama, pasien yang lama dan yang memiliki tujuan kegiatan yang sama. Jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang. Evaluasi dilakukan

secara periodik, misalnya 1 minggu sekali dan setiap selesai melaksanakan kegiatan.

6. SOP (Standar Operasional Prosedur) Terapi okupasi Membuat kerajinan tangan dari stik eskrim

Pengertian: Terapi okupasi adalah suatu cara atau bentuk psikoterapi suportif yang penting dilakukan untuk meningkatkan kesembuhan pasien melalui aktivitas yang disenangi pasien

Tujuan : mengembangkan serta menemukan inspirasi membuat kerajinan tangan dari stik eskrim.

Persiapan alat dan bahan :

1. Stik eskrim
2. Lem
3. Kertas kado
4. Tali rami (jika perlu)
5. Bunga sebagai hiasan
6. Stabilo / pewarna

Prosedur:

1. Memberi salam dan memperkenalkan diri
2. Memberi contoh cara membuat kerajinan tangan
3. Menyiapkan stik eskrim
4. Warnai stik eskrim agar terlihat lebih menarik
5. Susun dan bentuk menjadi persegi (sesuai kerajinan tangan yang akan dibuat)
6. Tempelkan menggunakan lem
7. Untuk mempercantik tambahkan pita atau bunga sebagai hiasan
8. Lakukan hal yang sama untuk bentuk kerajinan tangan lainnya seperti (asbak, bingkai foto, tempat pensil dan vas bunga)
9. Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilaksanakan
10. Evaluasi perasaan klien
11. Membersihkan peralatan dan tempat kerja (Derosya K, 2019).

B. Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

1. Defenisi Risiko Perilaku Kekerasan

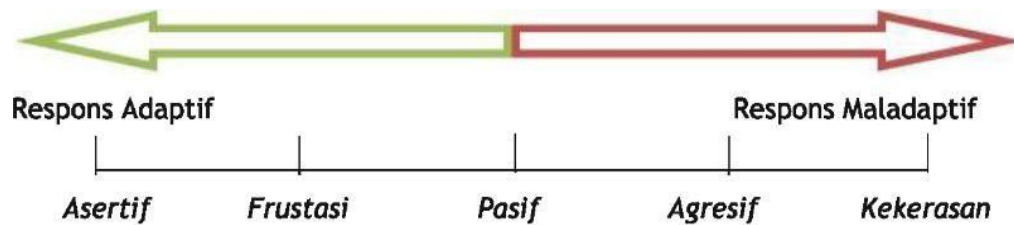
Risiko perilaku kekerasan merupakan sebuah tindakan yang berpotensi membahayakan baik orang lain maupun diri sendiri secara fisik, emosi dan atau seksual. Hal ini berbeda dengan kondisi perilaku kekerasan, perilaku kekerasan merupakan sebuah emosi marah yang dirasakan oleh seseorang dan ditunjukkan secara berlebihan dan tidak terkendali baik itu secara lisan atau bahkan mencederai orang lain dan atau merusak sekitarnya.

Sebagian dari pasien yang dimasukkan ke rumah sakit jiwa akibat dari perilaku kekerasan selama di lingkungan rumah maupun masyarakat. Perilaku kekerasan yang dilakukan pada diri sendiri dapat berupa perilaku bunuh diri atau melakukan penelantaran diri, sedangkan risiko perilaku kekerasan terhadap orang yang lain merupakan risiko tindakan kekerasan yang dilakukan kepada orang lain untuk tujuan menyakiti seperti memukul orang lain, merusak benda di rumah atau bahkan membunuh (Pongdatu M et dkk., 2023).

Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan merusak lingkungan atau sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk merupakan respon kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang dan merupakan bentuk perilaku destruktif yang tidak dapat di kontrol (Risal M dkk., 2022).

Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti intonasi suara keras, mengancam, ekspresi tegang, gaduh, gelisah, tidak bisa diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat, nada suara tinggi dan gembira berlebihan. Kekacauan alam fikir juga dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Perubahan lain yang terjadi adalah adanya penurunan kemampuan memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, serta gelisah (Pardede et dkk., 2020).

Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan



Gambar 1.1 Rentang respon marah (Direja 2020)

Keterangan:

1. *Asertif*
Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan.
2. *Frustasi*
Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
3. *Pasif*
Individu tidak dapat mengungkapkan perasaannya.
4. *Agresif*
Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.
5. *Kekerasan*
Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol (Direja A, 2020).

2. Penyebab Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku marah terjadi berawal dari adanya sebuah ancaman atau kebutuhan yang tidak terpenuhi pada diri seseorang, yang hal itu akan memunculkan emosi stres dan kecemasan. Kecemasan yang ada dapat menyebabkan timbulnya kemarahan. Pada seseorang yang merasa mempunyai kekuatan dan posisi, marah akan muncul sebagai sikap menantang, dan ketika masalah yang ada tidak selesai menjadi sehingga menjadi masalah berkepanjangan membuat muncul rasa bermusuhan. Pada seseorang dengan

posisi yang merasa tidak kuat, tidak mempunyai kekuatan untuk menantang orang lain, akan membuat dia menghindari ataupun mengingkari marah menjadikan marah yang tidak terungkap/ tersampaikan.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor melatar belakangi munculnya sebuah masalah. Masalah perilaku kekerasan disebabkan oleh banyak faktor yang menjadi latar belakang sehingga seseorang melakukan perbuatan yang diluar kontrol. Perilaku kekerasan dilatarbelakangi oleh:

1). Faktor biologi

a) Teori dorongan naluri

Menurut teori ini tindakan agresif didahului karena keinginan atas sebuah kebutuhan manusia yang sangat kuat.

b) Teori psikomatik

Perilaku kekerasan merupakan hasil respon psikologis akibat dari stimulus yang berasal dari internal dan eksternal individu. Sistem limbik mempunyai peran sebagai pusat untuk mengatur sistem informasi dan memori, mengekspresikan dan menghambat perasaan marah.

2). Faktor psikologis

a) .Teori agresif frustasi

Perasaan frustasi yang bertumpuk dan terakumulasi akan dapat mendorong seseorang untuk bertindak agresif dan muncul sebagai sebuah perilaku kekerasan. Frustasi timbul karena tidak tercapainya sebuah keinginan ataupun cita-cita. Perilaku kekerasan yang dilakukan.

b) .Teori perilaku

Menurut teori belajar sosial, perilaku kekerasan dapat dihasilkan dari proses belajar terhadap kekerasan yang sering didapatkan saat di rumah maupun di luar rumah. Sumber internal berasal dari *reinforcement* yang didapatkan ketika melakukan kekerasan, sedangkan sumber eksternal berasal dari melihat, mengobservasi orang lain yang menjadi pautan (dapat dari orang teman, guru, artis dan lain-lain) yang berhubungan dengan perilaku kekerasan.

c). Teori eksistensi

Teori ini berfokus pada manusia terkait keberadaannya untuk dapat memberikan manfaat dan mengenal diri sendiri. Perilaku destruktif akan muncul ketika seseorang tidak mampu memenuhi eksistensinya secara konstruktur.

3). Faktor sosial kultural

Faktor sosial yang mampu memunculkan perilaku kekerasan diantaranya yaitu kebutuhan hidup yang tidak mampu dipenuhi oleh seseorang, status perkawinan yang, mengalami masalah, faktor orang tua tunggal dalam sebuah keluarga, tidak adanya pekerjaan/ penghasilan, serta hubungan interpersonal dan struktur keluarga yang tidak baik. Sedangkan faktor kultural dapat tergambar sebagai berikut:

a). Norma

Norma yang berlaku di masyarakat kadang bersifat mengikat sehingga dapat menekan ekspresi marah yang baik pada seseorang. Ketika hal ini terjadi, maka seseorang akan berusaha untuk memilih cara maladaptif yang lain.

b). Budaya asertif

Individu dapat memiliki respon marah yang sehat ketika berada dalam masyarakat yang memiliki budaya yang asertif, yaitu sikap mampu melakukan komunikasi yang jujur dan sekaligus tegas, tetapi juga dapat menghargai dan menjaga perasaan orang lain, ketika berpendapat dilakukan tanpa menyerang dan merendahkan orang lain.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat juga disebut sebagai faktor yang memicu terjadinya masalah. Faktor presipitasi dapat berasal dari dalam dan luar individu

- 1) Faktor internal diantaranya yakni adanya kelemahan pada diri individu, rasa percaya diri yang menurun, adanya ketakutan terhadap penyakit fisik yang mungkin akan dialami, serta kehilangan kontrol atas perilakunya.
- 2) Faktor eksternal dapat berasal dari adanya kehilangan orang yang dicintai, kehilangan sesuatu yang dimiliki, terdapatnya serangan fisik dari orang lain, serta kritik yang disampaikan oleh orang lain terhadap dirinya (Pongdatu M dkk., 2023).

3. Tanda Dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan emosi, intelektual, fisik, spiritual maupun sosialnya aspek seperti :

- a. Emosi berupa perasaan yang merasa tidak adekuat, tidak aman, adanya perasaan terganggu, adanya perasaan dendam dan jengkel.
- b. Intelektual terlihat dari sikap mendominasi, banyak berbicara, menggunakan kata yang kasar untuk menyindir, suka berdebat, meremehkan orang lain.
- c. Fisik dapat diketahui dari muka kemerahan, mata memandang dengan tajam, napas yang pendek, keringat lebih, sakit secara fisik, penggunaan obat terlarang, tekanan darah lebih tinggi.
- d. Spiritual dapat muncul sebagai perasaan mempunyai kuasa, merasa benar diri, adanya keraguan, moral yang tidak baik, bejat.
- e. Sosial yaitu adanya perilaku menghindari lingkungan sekitar, pengasingan, menolak, melakukan kekerasan, mengejek.

4. Penanganan Risiko Perilaku Kekerasan

Strategi pengendalian yang digunakan oleh perawat untuk mengelola agresivitas pasien adalah sebagai berikut:

- a. Medis, dengan memberikan obat-obatan antipsikosa seperti nozinan, haloperidol, trihexiphenidil dan pemberian ECT (*Elektro Convulsive Therapy*).
- b. Keperawatan, seperti pemberian asuhan keperawatan intensif pada pasien perilaku kekerasan, terapi generalis, psikoterapi, pemberian lingkungan terapeutik, kegiatan sehari-hari (ADL) dan pendidikan Kesehatan

Asuhan Keperawatan

1. Tindakan keperawatan

- a. Tujuan Pasien tidak membahayakan dirinya, orang lain dan lingkungan.
- b. Tindakan
 - 1) Komunikasi terapeutik
 - a) Bicara dengan tenang
 - b) Vocal jelas dan nada suara tegas
 - c) Intonasi rendah
 - d) Gerakan tidak tergesa-gesa

- e) Pertahankan posisi tubuh
 - f) Jaga jarak 1-3 langkah dari pasien
- 2) Siapkan lingkungan yang aman
- a) Lingkungan tenang
 - b) Tidak ada barang-barang yang berbahaya atau singkirkan semua benda yang membahayakan.
- 3) Kolaborasi
- a) Ukur tanda vital, seperti tekanan darah, nadi dan suhu.
 - b) Jelaskan secara singkat pada pasien tentang tindakan kolaborasi yang akan dilakukan
 - c) Berikan obat-obatan sesuai standar medik seperti tranquiliser sesuai program terapi. Pengobatan dapat berupa suntikan valium 10 mg IM/IV 3-4 x 1 amp/hari dan suntikan Haloperidol 5 mg, 3-4 x 1 amp/hari.
 - d) Pantau keefektifan obat-obatan dan efek sampingnya.
- 2) Observasi pasien setiap 15 menit sekali. Catat adanya peningkatan atau penurunan perilaku (yang harus diperhatikan oleh perawat terkait dengan perilaku, verbal, emosi dan fisik)
- 3) Jika perilaku pasien tidak terkendali dan semakin tidak terkontrol, serta terus mencoba melukai dirinya sendiri, orang lain dan merusak lingkungan, maka dapat dilakukan tindakan pembatasan gerak. Jika perilaku masih tidak terkendali, maka dapat dilakukan pengekangan. Tindakan pengekangan merupakan tindakan akhir yang dapat dilakukan.
- 4) Tindakan pembatasan gerak/pengekangan
- a) Jelaskan tindakan yang akan dilakukan bukan sebagai hukuman melainkan untuk mengamankan pasien, orang lain dan lingkungan dari perilaku pasien yang kurang terkontrol.
 - b) Siapkan ruang isolasi/alat pengekang (*restrain*)
 - c) Lakukan kontrak untuk mengontrol perilakunya.
2. Jika tindakan pengekangan dilakukan, maka lakukan hal berikut
- a. Lakukan pengikatan pada ekstremitas dengan petunjuk ketua tim
 - b. Lakukan observasi pengekangan dengan skala RUFA setiap 2 jam
 - c. Perawatan pada daerah pengikatan

- d. Libatkan dan latih pasien untuk mengontrol perilaku sebelum ikatan dibuka secara bertahap
- e. Kurangi pengekangan secara bertahap, misalnya ikatan dibuka satu per satu secara bertahap
- f. Jika pasien sudah mulai dapat mengontrol perilakunya maka pasien sudah dapat dicoba untuk bersama dengan pasien lain dengan berlatih terlebih dahulu membuat kesepakatan yaitu jika kembali perilakunya tidak terkontrol maka pasien akan diisolasi atau pengekangan kembali.

3. Tindakan keperawatan untuk keluarga

a. Tujuan

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah perilaku kekerasan pada anggota keluarganya
- 2) Keluarga mampu memahami proses terjadinya masalah perilaku kekerasan
- 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah perilaku kekerasan
- 4) Keluarga mampu mempraktikkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan.

b. Tindakan keperawatan

- 1) Diskusikan tentang pengertian perilaku kekerasan.
- 2) Diskusikan tentang tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- 3) Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari perilaku kekerasan.
- 4) Diskusikan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan dengan cara mengajarkan teknik relaksasi napas dalam.
- 5) Jelaskan tentang terapi obat pasien.

4. Evaluasi Evaluasi respons umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir shift oleh perawat. Pada pasien perilaku kekerasan evaluasi meliputi hal sebagai berikut:

- a. Perilaku, seperti menentang, mengancam, mata melotot.
- b. Verbal, seperti bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut dan berdebat.
- c. Emosi, seperti labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman.
- d. Fisik, seperti pandangan tajam, tekanan darah masih meningkat.

5. Rujukan Hasilnya adalah jika kondisi tersebut tercapai,
6. Dokumentasi Dokumentasikan semua tindakan yang sudah dilaksanakan dan hasil evaluasi dari tindakan tersebut. Sertakan juga alasan tindakan dari pembatasan gerak/pengekangan dan alasan penghentian dari pembatasan gerak/pengekangan.

5. Pengukuran Risiko Perilaku Kekerasan

Pengukuran risiko perilaku kekerasan dapat menggunakan Rufa yaitu skor yang digunakan dalam keperawatan untuk mengukur tingkat perilaku kekerasan seseorang. Skor Rufa dirancang untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan fungsi respon manusia yang adaptif.

Tujuan skor Rufa adalah untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko melakukan perilaku kekerasan, halusinasi, dan waham, sehingga dapat diberikan asuhan keperawatan yang tepat dan efektif. Selain itu, Rufa juga dapat membantu perawat dalam:

- a. Mengidentifikasi tingkat risiko perilaku kekerasan pada pasien.
- b. Menentukan jenis asuhan keperawatan yang diperlukan.
- c. Mencegah perilaku kekerasan dan meminimalkan risiko cedera pada pasien dan staf keperawatan.
- d. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan pasien. Terdiri dari 3 skor

Intensif 1 ringan

Intensif 2 sedang

Intensif 3 Berat

Tabel 1.1 Pengukuran risiko perilaku kekerasan menggunakan Rufa (Webster C, 1997)

No	Indikator RUFA	Risiko Perilaku Kekerasan	Skor penilaian	
			Ya (1)	Tidak (0)
1	Perilaku	Melukai diri sendiri		
		Melukai orang lain		
		Merusak lingkungan		
		Mengamuk		
		Menentang		
		Mengancam		
2	Verbal	Bicara kasar		
		Berteriak		
		Tegas		
		Intonasi tinggi		

		Intonasi sedang		
		Menghina orang lain		
		Menghina diri sendiri		
		Menuntut		
		Berdebat		
3	Emosi	Gelisah		
		Mudah tersinggung		
		Ekspresi tegang		
		Marah-marah		
		Dendam		
		Merasa tidak aman		
		Kesal		
4	fisik	Muka merah		
		Mata melotot		
		Pandangan tajam		
		Nafas pendek		
		Mengepalkan tangan		
		Berkeringat		
		Tekanan darah meningkat		
		Tekanan darah menurun		
	Jumlah			

Intensif 1 (1-10) Ringan

Intensif 2 (11- 20) Sedang

Intensif 3 (21 -30) Berat

Masing masing akan di ceklis sesuai dengan indikator jik YA maka skor nya 1 dan jika TIDAK maka skor nya 0 lalu di jumlahkan dan sesuaikan intensifnya

C. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Defenisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan mental yang menyebabkan seseorang menjadi disfungsi secara fisiologis untuk dirinya sendiri maupun interaksi secara sosial. Pada penderita skizofrenia ada 2 gejala umum yaitu gejala positif dan gejala negatif. Terapi farmakologi dengan menggunakan antipsikotik merupakan terapi dengan obat-obatan pertama yang efektif dalam menangani penyakit skizofrenia. Disimpulkan perlunya terapi dalam pemulihan penyakit skizofrenia, berupa terapi farmakologi dan terapi non farmakologi (Putri I, Amnan & Maharani B., 2022).

Skizofrenia merupakan masalah gangguan kejiwaan yang paling sering terjadi. Skizofrenia merupakan gangguan mental yang serius meskipun telah banyak didiskusikan oleh berbagai ahli, tidak dapat dipungkiri bahwa skizofrenia bukanlah

suatu penyakit tunggal. Lebih dari itu, skizofrenia terdiri dari sekelompok gangguan mental dengan etiologi bermacam-macam. Oleh karena itu, sangat penting dilakukan observasi secara menyeluruh terhadap seorang pasien skizofrenia. Observasi terhadap gambaran klinis, perjalanan penyakit, riwayat tumbuh kembang termasuk parenting style yang didapat si pasien, gambaran lingkungan sekitar termasuk pekerjaan serta respon pengobatan.

Skizofrenia menyebabkan pikiran, persepsi, emosi dan perilaku individu menjadi menyimpang. Seperti jenis kanker, skizofrenia dianggap sebagai sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala yang berbeda. Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkohherensi. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas (Direja A, 2020).

Jenis jenis skizofrenia:

- a. Skizofrenia simplex: dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. Skizofrenia hebefrenik, gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Skizofrenia katatonik, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. Skizofrenia paranoid, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- e. Episode schizoprenia akut, adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. Skizofrenia psiko-afektif, yaitu adanya gejala utama Skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Skizofrenia residual adalah schizoprenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan Skizofrenia.

2. Penyebab Skizofrenia

a. Faktor Predisposisi

1). Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography* (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography* (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem *neurotransmitters* otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2). Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah

yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

3). Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai.

b. Faktor Presipitasi

1). Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2). Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3). Pemicu Gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

3. Patofisiologi Skizofrenia

Gejala awal biasanya mulai tampak pada masa remaja lalu dalam beberapa hari sampai bulan berkembang menjadi gejala-gejala prodromal, dipicu oleh perubahan sosial atau lingkungan tertentu (masuk perguruan tinggi, kematian saudara, penggunaan zat psikoaktif). Sekitar satu tahun atau lebih, baru terjadi gejala-gejala psikotik yang jelas, perjalanan penyakit skizofrenia ditandai oleh remisi dan eksaserbasi. Setelah episode pertama, penderita secara bertahap membaik, dapat berfungsi kembali secara relatif normal

bertahun-tahun, kemudian biasanya akan terjadi kekambuhan, pola perjalanan penyakit dalam 5 tahun pertama setelah didiagnosis menggambarkan perjalanan penyakit selanjutnya, deteriorasi terus berlanjut setiap kali terjadi kekambuhan.

Kegagalan kembali ke kondisi awal kemampuan fungsional ini yang membedakan skizofrenia dari gangguan mood, kadang-kadang depresi pasca psikotik terjadi setelah suatu episode psikotik dan seumur hidup penderita rentan terhadap stres, gejala positif biasanya menjadi lebih ringan dengan berjalannya waktu, tetapi gejala negatif akan bertambah berat, sepertiga penderita skizofrenia dapat menjalani kehidupan yang marginal, sebagian besar hidup tanpa tujuan, tidak punya kegiatan, sering dirawat di rumah sakit, dan di daerah urban biasanya hidup menggelandang dan miskin.

4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Tanda pada pasien skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa bagian :

a. Gambaran Umum Pasien Skizofrenia

Penampilan pasien skizofrenia secara umum ada dua ekstrem yaitu agresif dan katatonik. Pada pasien skizofrenia yang agresif, tampak berteriak-teriak, tanpa provokasi yang jelas. Penampilan lainnya yaitu stupor katatonik, adalah suatu kondisi di mana pasien tampak benar-benar tidak bernyawa dan mungkin menunjukkan tanda-tanda seperti membisu, mematung.

b. Mood, Perasaan, Afek

Gejala afektif pada pasien skizofrenia dapat berpindah dari satu emosi ke emosi lain dalam jangka waktu yang singkat.

c. Gangguan persepsi

Halusinasi terdapat pada semua alat indera, paling sering adalah halusinasi dengar (suara yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien atau mendiskusikan perihalnya). Bila ada halusinasi raba, cium dan kecap, perlu dipikirkan kemungkinan dasar kelainan medik, mungkin juga didapatkan halusinasi *cenesthetic*, sensasi tentang perubahan/gangguan pada organ-organ tubuh (otak seperti terbakar, pembuluh darah seperti tertekan, tulang seperti teriris).

- d. Ilusi adalah distorsi persepsi terhadap sensasi atau obyek nyata bisa terjadi pada fase prodromal, aktif bila ada halusinasi dan ilusi sekaligus, perlu dipikirkan kemungkinan penggunaan zat psikoaktif.
- e. Depersonalisasi adalah perasaan asing terhadap diri sendiri.
- f. Deralisasi adalah perasaan asing terhadap lingkungan sekitarnya misalnya dunia terlihat tidak nyata.
- g. Gangguan pikiran, merupakan gejala pokok skizofrenia:
 - 1) Gangguan isi pikiran: menyangkut ide, keyakinan dan interpretasi terhadap stimulus (waham, preokupasi ide-ide esoterik, abstrak, filosofis, psikologis yang aneh-aneh.
 - 2) Gangguan bentuk pikiran: secara obyektif terlihat pada bahasa lisan maupun tulisan penderita.,
 - 3) Gangguan proses pikiran: menyangkut bagaimana formulasi ide dan bahasa yang terekspresikan pada ucapan, gambar dan tulisan serta cara melakukan kegiatan tertentu
- i. Impulsivitas, tindak kekerasan, bunuh diri dan pembunuhan

Penderita skizofrenia sering mengalami gangguan kendali dorongan, melakukan tindakan tertentu secara tiba-tiba (impulsif), termasuk upaya bunuh diri atau membunuh, mungkin sebagai respon terhadap halusinasi atau karena mengalami episode depresi berat.

Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif.

Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif.

a. Gejala Positif:

Gejala yang ada pada pasien dan tidak boleh ada pada orang normal dan biasanya dapat diamati. Ini adalah gejala yang terkait dengan episode psikotik akut dan terutama gangguan pemikiran dan presentasi. Mereka termasuk halusinasi, delusi, dan perilaku aneh lainnya.

Tabel 1.2 Tabel gejala positif skizofrenia

Gejala Positif
Halusinasi Halusinasi pendengaran : Voices commenting, Voices conversing Halusinasi somatik atau taktil; Halusinasi penciuman; Halusinasi visual
Delusi Delusi persekutorik, Delusi kecemburuan, Delusi rasa bersalah atau dosa, Delusi kebesaran, Delusi agama, Delusi somatik Delusi referensi, Delusi dikendalikan Delusi membaca pikiran Siaran pikiran, Penyisipan pikiran, Penarikan pikiran
Gangguan pikiran formal positif Derailment, Tangensialitas, Inkoheren, Ketidaklogisan, Sirkumtansialitas, Tekanan bicara Distractible speech, Clanging

b. Gejala Negatif:

Gejala yang bisa ada pada orang normal tetapi pada skizofrenia lebih berat, termasuk tidak adanya pengaruh, tidak adanya pemikiran, tidak adanya motivasi, tidak adanya kesenangan, dan tidak adanya perhatian.

Tabel 1.3 Gejala negatif Skizofrenia(Dr. Fitrikasari & dr. Kartikasari L, 2022).

Gejala negatif
Afek tumpul dan datar Ekspresi wajah yang tidak berubah, Gerakan spontan berkurang, Kurangnya gerakan ekspresif, Kontak mata yang buruk, Nonresponsivitas afektif, Pengaruh yang tidak pantas, Kurangnya infleksi vocal
Alogia Kemiskinan bicara, Kemiskinan isi pidato, Blocking, Peningkatan latensi respons
Anhedonia—asosialitas Minat dan kegiatan rekreasi, Minat dan aktivitas seksual Keintiman dan kedekatan, Hubungan dengan teman
Perhatian Ketidakpedulian sosial, Kurang perhatian selama pengujian

c. Gejala Kognitif:

Gejala kognitif skizofrenia mungkin tidak terlihat, terutama pada awal proses penyakit, tetapi sangat mengganggu dan menyebabkan sebagian besar kecacatan yang terkait dengan gangguan ini. Gejala kognitif termasuk gangguan perhatian, memori kerja, dan fungsi eksekutif.

5. Penanganan Skizofrenia

a. Hospitalisasi

Hospitalisasi dilakukan untuk memastikan diagnosis, stabilisasi medikasi, menjaga keselamatan penderita, optimalisasi perawatan diri dan membangun dasar-dasar hubungan penderita dengan sistem dukungan di masyarakat. Perawatan jangka pendek 4-6 minggu sama efektifnya dengan perawatan jangka panjang. Program aktivitas harian memberi hasil yang lebih baik, day-care centers dan kunjungan rumah oleh petugas rumah sakit dapat memperpanjang masa di luar rumah sakit serta memperbaiki kualitas hidup.

b. Farmakoterapi

Obat antipsikotik mengurangi gejala psikotik dan kekambuhan, tetapi dapat menimbulkan efek samping mirip Parkinson. Penderita yang mendapat antipsikotik 70% dapat mencapai remisi. Obat antipsikotik umumnya bekerja melalui efek antagonis reseptor dopamin postsinaptik dan ada dua kategori, generasi pertama Antagonis Reseptor Dopamin (DA) dan generasi kedua Antagonis Reseptor Serotonin-Dopamin (SDA). SDA mempunyai efek samping gangguan ekstrapiramidal yang lebih ringan. Terlambat memulai terapi menyebabkan prognosis menjadi buruk.

6. Perawatan Skizofrenia

a. Fase Psikosis Akut

Pada fase ini, tujuan pengobatan adalah untuk mengurangi gejala psikotik berat seperti halusinasi, waham, dan perilaku agitasi. Fase ini biasanya berlangsung antara 4-8 minggu. Pengobatan melibatkan antipsikotik yang digunakan dalam kombinasi dengan benzodiazepin untuk menenangkan penderita. Jika pasien sangat agitatif,

penggunaan suntikan antipsikotik intramuskuler (IM) memberikan hasil yang lebih cepat.

- 1) Olanzapin: 10 mg/injeksi IM, dapat diulang setiap 2 jam, maksimal 30 mg/hari.
- 2) Aripiprazol: 9,75 mg/injeksi IM, dapat diulang setiap 2 jam, maksimal 29,25 mg/hari.
- 3) Haloperidol: 5 mg/injeksi IM, dapat diulang setiap 30 menit, maksimal 20 mg/hari.
- 4) Diazepam: 10 mg/injeksi IM atau IV, maksimal 30 mg/hari.
- 5) Chlorpromazine: 50-100 mg/injeksi IM, maksimal 200 mg/hari.

Penting: Kombinasi Haloperidol dan Diazepam dapat diberikan pada pasien yang mengalami agitasi berat. Namun, Olanzapin dan Aripiprazol tidak boleh dikombinasikan dengan Diazepam karena dapat menyebabkan berisiko fatal.

b. Fase Stabilisasi

Setelah fase akut terkontrol, pasien masih berisiko mengalami episode baru jika terpapar stresor atau jika obat dihentikan. Oleh karena itu, pengobatan harus dilanjutkan dengan dosis dan jenis obat yang sama selama sekitar 6 bulan setelah gejala akut terkontrol. Pada fase ini, stabilisasi diperlukan untuk mencegah kekambuhan.

c. Fase Stabil atau Rumatan

Pada fase ini, tujuan utama pengobatan adalah mencegah kekambuhan dan meningkatkan kemampuan fungsional pasien. Sekitar 16-23% pasien yang tetap menggunakan obat akan mengalami kekambuhan dalam satu tahun, sementara pasien yang berhenti menggunakan obat dapat mengalami kekambuhan dalam 53-72% kasus. Penting untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan dengan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga, mengurangi efek samping, dan menyederhanakan cara pemberian obat (misalnya dengan injeksi jangka panjang yang diberikan sekali sebulan).

Durasi pengobatan:

- 1) Untuk episode pertama, pengobatan dipertahankan selama 1-2 tahun.
- 2) Untuk pasien dengan banyak episode, pengobatan disarankan minimal selama 5 tahun.
- 3) Jika pasien sering mengalami kekambuhan, pengobatan dapat dilakukan seumur hidup (Dr. Fitrikasari & dr. Kartikasari L, 2022).