BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. PSIKOEDUKASI

1. Defenisi psikoedukasi

Psikoedukasi merupakan salah satu elemen program perawatan Kesehatan jiwa dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi teraupetik stuart G.W,(2021) dalam (Yulianti, 2024)

Griffith menjelaskan psikoedukasi merupakan intervensi yang berfokus pada mendidik mengenai tantangan terkait kehidupan, mengembangkan sumber pendukung dan mengembangkan berbagai *life skills* atau keterampilan hidup lewat berbagai program terstruktur yang diselenggarakan berbasis kelompok Supratiknya, (2008) dalam (Yulianti, 2024).

Psikoedukasi merupakan kegiatan untuk meningkatkan pemahaman guna mencegah suatu kondisi atau gangguan psikologis di suatu kelompok atau komunitas Aji, dkk,(2022) dalam (Yulianti, 2024).

Menurut Nelson-jones (2001) dalam (Yulianti, 2024), ada enam makna tentang psikoedukasi, yaitu :

a. Melatih orang mempelari berbagai *life skills*

Psikoedukasi dimakna sebagai usaha membantu klien mengembangkan berbagai *life skills* atau keterampilan hidup lewat berbagi program terstuktur yang diselenggarakan berbasis kelompok. Beberapa *life skills* meliputi kemampuan mendengarkan, seerti kemampuan memecahkan masalah dan membuat rencana, kemampuan membuat Keputusan, kemampuan mengelola kecemasan, lemamapuan menjalani aneka transisi kehidupan penting secara efektif. Psikoedukasi identic dengan Pendidikan pribadi dan sosial.

b. Pendekatan akademik-eksperiensial dalam mengerjakan psikologi

Secara garis besar ada dua pendekatan dalam pembelajaran suatu disiplin ilmu/pengetahuan, yaitu pendekatan akademik dan

pendekatan eksperiensial.yang pertama menekankan perolehan pengetahuan pengertian melalui *intellectual skills.* Hasil belajarnya disebut *hard skills* berupa pengetahuan-pengetahuan lewat pengalaman atau sering disebut dengan *learning by doing.* Hasil belajarnya berupa *soft skills* meliputi angka pengetahuan nyata tentang aneka fungsi psikologis maupun keterampilan pribadi-sosial yang bisa diterapkan dan sangat bermanfat dalam menghadapi berbagai tugas kehidupan sehari-hari. Pendekatan psikoedukasi dalam pembelajaran psikologi *an/or the skills of applied psychological practice* maupun *intellectual teaching of academic skills* dibidang psikologi.

c. Pendidik humanistik

Pendidik humanistik menekankan harkat klien sebagai subjek secara utuh serta memandang bahwa tujuan konseling yang khususnya dan Pendidikan yang umumnya akan menghasilkan pribadi-priabdi yang mampu mengaktualisasikan dirinya. Pemberi psikoedukasi hanylah memfasilitasi atau menyediakan fasilitas agar proses belajar klien berlangsung dengan optimal dan efektif. Selain menguasi pengetahuan-pengetahuan dalam bidang Pelajaran tertentuharus juga menguasi pengetahuan serta keterampilan yang mendalam dibidang kebahasaan serta sikap empatik yaitu kesediaan dan kemampuan memahami pikiran-perasaan orang lain serta mampu menciptakan aneka kondisi interpersonal yang berpusat pada pribadi terhadap kliennya.

d. Melatih tenaga profesional dibidang keterampilan konseling

Para profesional merupakan tenaga dibidang pemberian pelayanan psikoedukasi yang tidak berlatar belakang di bidang psikologi atau konseling atau yang memiliki sebagaian latar belakang itu namun belum memnuhi syarat untuk menapat kualifikasi sebagai psikolog-konselor profesional, namun mampu menyelenggarakan jenis-jenis layanan dasar konseling berkat

pelatihan-pelatihan dibidang keterampilan dasar konseling yang dibrikan oleh para psikolog-konselor profesional.

e. Serangkain kegiatan pelayanan kepada masyarakat

Istilah psikoedukasi seringkali juga diartikan sebagai mencakup keseluruhan aktivitas pendidikan-konsultasi yang bersifat pelayanan kepada masyarakat. Kegiatan ini meliputi pelatihan life skills pada berbagai kelompok klien serta pemberian layanan informasi psikologis secra individual untuk meningkatkan kemampuan klien menghadapi berbagai masalah kehidupan sehari-hari melalui berbagai media seperti pertemuan muka, pembicaraan telepon, layanan sms, e-mail atau melalui media jejaring sosial lainnya.

f. Memberikan layanan informasi tentang psikologi kepada publik

Psikoedukasi diartikan sebagai pendidik publik, yaitu pemberian pelayanan informasi kepada Masyarakat luas tentang berbagai pengetahuan dan/ atau keterampilan psikologis yang berguna untuk menghadapi berbagai kehidupan sehari-hari melalui berbagai jenis media masa seperti koran, majalah, radio, televisi, dan sebagainya. Layanan informasi ini kadang kala juga disertai dengan Tindakan nyata yang bersifat advokasi dalam rangka mempengaruhi bahka memperjuangkan agar Keputusan Tindakan publik didasarkan pada prinsip-prinsip psikologis yang benar.

2. Jenis-Jenis Psikoedukasi

Menurut Bhatttacharjee, dkk (2014) dalam (Yulianti, 2024), terdapat tujuh jenis psikoedukasi, antara lain :

a. Information Model

Model psikoeduasi ini mengutamakan pemberian pengetahuan terkait penyakit dan manajemen penatalaksanaan. Tujuan dari model ini adalah untuk meningkatkan kesadaran tentang penyakit dan kontribusinya dalam penatalksanaan pasien.

b. *The Skill Training Model*

Model psikoedukasi ini menunjukan pengembangan secara sistematis terhadap perilaku yang spesifik sehingga individu dapat menambah kemampuannya dalam mengatasi masalah Kesehatan secara lebih efektif. Yang terdiri dari empat sesi yaitu:

Sesi 1 : Mengidentifikasi masalah yang muncul terkait penyakit ;

Sesi 2 : Edukasi keperaatan terkait penyakit

Sesi 3 : Manajemen stress dan koping individu

Sesi 4 : Evaluasi kegiatan

Penelitian ini menggunakan model psikoedukasi *The Skill Training Model* sebagai pendekatan intervensi. Model ini dipilih karena berfokus pada pemberian edukasi yang dipadukan dengan pelatihan keterampilan kepada peserta, sehingga mampu meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dan kepercayaan diri dalam menerapkan perilaku kesehatan yang diharapkan. Melalui proses penyampaian informasi, demonstrasi, praktik langsung, serta pemberian umpan balik, peserta diharapkan dapat menguasai keterampilan yang diajarkan dan menerapkannya secara mandiri dalam kehidupan sehari-hari*The Skill Training Model*

Model psikoedukasi merupakan suatu model pendekatan dengan memberi dukungan pada klien mampu keluarga untuk berbagai perasaan dan pengalaman. Tujuan utama dari model ini adalah untuk meningkatkan kapasitas emosional klien dan keluarga sehingga dapat menunjukan koping yang positif.

c. *Comprehensive Model*

Model ini dapat dikatakan sebagai kombinasi dari information,skill training dan supportive model. Inti dari model ini akan digunakan anggota keluarga dari klien yang pada akhirnya akan berprastisipasi dalam pemerian psikoedukasi.

d. *The multiple Family Group Therapy Model*

Model ini menekankan pada pemberian bantuan pada klien dan keluarga dalam mengakomodasi penatalksanaan penyakit

dengan meningkatkan system dukungan sosial untuk mengurangi kebingungan dan kecemasan pada klien dan keluarga dengan mempelajari strategi adaptif.

e. The Behavioural family Managemeny Model

Model ini memberika intervensi pada keluarga untuk meningkatkan mekanisme koping efektif sehingga klien dapat menghindari efek negetif dan stress lingkungan.

f. Peer to Peer Psyhcoeducation Approach

Model ini diterapkan pada area klinis dimana pasien yang pernah mengalami penyakit/masalah memotivasi sehingga timbul harapan baru bagi klien.

3. Tujuan psikoedukasi

Tujuan dasar psikoedukasi adalah memberikan pengetahuan tentang berbagi aspek penyakit atau gejala,menghilangkan kesalah pahaman dan ketidaksadaran, membantu orang memiliki pengetahuan tentang melakukan dan larangan dalam memberikan perawatan kepada orang sakit. Psikoedukasi dapat menjadi pilihan intervensi yang tepat karena dapat digunakan untuk semua umur dan Tingkat Pendidikan, serta menekankan Pendidikan atau pembelajaran (Yulianti, 2024).

Adapun tujuan psikoedukasi menurut Varcarolis (2006); Bhattacharjee, dkk (2011); Chapman, Gratz, & Tull (2011) dan Ni'Matuzahroh (2019), yaitu :

a. Mengubah cara berpikir individu atau kelompok mengenai konsep tertentu.
b. Meningkatkan pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan.
c. Menawarkan startegi Pendidikan untuk meningkatkan kualitas hidup individu dengan memperkuat ketrampilan adaptasi diri serta kemampuan komunikasi dan pemecahan masalah.
d. Meningkatkan kualitas hidup individu.
e. Meningkatkan toleransi stress individu dengan menjelaskan dan mempraktikan beberapa Teknik yang dapat digunakan untuk mengatasi tekanan yang luar biasa.

f. Memberikan dukungan kepada individu dalam Upaya menurunkan angka kekambuhan atau serangan berulang pada penyakit yang diderita.

4. Strategi psikoedukasi

Strategi psikoedukasi mendorong anak muda utuk berprastisipasi secara aktif dalam mempelajari berbagai infromasi baru. Sebagian besar proses yang digunakan adalah proses pencarian diri. Kathryne & David (2011) dalam (Yulianti, 2024) mengemukakan bahwa terdapat empat startegi psikoedukasi, yaitu :

a. Strategi untuk mendapatkan informasi

Terdapat dua cara psikoedukasi sederhana yang dapat memungkinkan remaja menemukan dan berbagi informasi tentang diri merka yaitu menggunakan skala peringkat dan inventori sebagai indicator suatu permasalahan yang dialami anak muda, setelah itu suatu diskusi antara konselor dan anak muda akan membantu menyelesaikan permasalahan yang terjadi.

b. Strategi untuk menjelaskan hubungan

Suatu strategi yang bertujuan untuk mengeksplorasi berbagai isu hubungan, dan membantu anak muda memahami sifat hubungan. Terdapat 3 (tiga) cara yang melibatkan penggunaan:

1) Genogram, bermanfaat untuk mengumpulkan dan mengorganisasi informasi tentang hubungan antar anggota keluarga.
2) Gambar Piktorial, berupa pancang bagi gagasangagasan yang dihadirkan dan memberikan kesempatan bagi anak muda untuk memodifikasi gambar tersebut agar sesuai dengan situasi mereka
3) Konseling, bermanfaat untuk memahami isu-isu yang terkait dengan kedekatan dan jarak dalam suatu hubungan selama tahap remaja.

c. Strategi untuk menjelaskan perilaku

Dalam strategi ini konselor menjelaskan sekaligus mengenalkan tentang permasalan-permasalahan yang biasa dialami

oleh seorang remaja yang dapat mempengaruhi pola perilaku remaja tersebut, sehingga seorang remaja dapat mengidentifikasi pola perilaku mereka sendiri.

d. Strategi untuk membantu mengubah perilaku

Dalam hal ini konselor mencoba untuk membantu mengubah perilaku yang salah/menyimpang. Dapat berupa enam langkah yang diawali dengan identifikasi masalah, lalu membuat daftar semua kemungkinan solusi, lalu menulis keuntungan dan kerugian setiap solusi, lalu memilih solusi yang terbaik, lalu menuliskan langkah-langkah yang akan diambil untuk mencapai hasil yang diinginkan, dan terakhir adalah memperbaiki dan melakukan perubahan.

1) Indikasi

Menurut Carson (2000) dalam (Yulianti, 2024), situasi yang tepat dalam pemberian terapi psikoedukasi yaitu :

a) Informasi dan latihan tentang area khusus kehidupan keluarga seperti latihan ketrampilan komunikasi atau latihan menjadi orang tua yang efektif
b) Informasi dan dukungan terhadap kelompok keluarga khusus stres dan kritis.
c) Pencegahan dan peningkatan seperti konseling pranikah untuk keluarga sebelum terjadi krisis.
d) Keluarga dengan anggota keluarga dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa.

5. Program psikoedukasi (Can & Budak, 2025)

A. Sesi 1 : Pengenalan/ implemnetasi pretes

Pada sesi I ini, terapis melakukan perkenalan dengan klien serta membangun hubungan saling percaya sebagai dasar pelaksanaan terapi selanjutnya. Terapis menjelaskan tujuan, manfaat, serta alur pelaksanaan psikoedukasi kepada klien yang terlibat dalam perawatan.

a. Memperkenalkan diri dengan anggota lain.
b. Menentukan aturan kelompok

c. Makna psikoedukasi, tujuan pelatihan yang akan diberikan, dan pentingnya hubungan kepercayaan akan ditekankan
d. Informasi akan diberikan menggunakan skala yang akan yang akan diimplementasikan.

B. Sesi II : Skizofrenia dan agresivitas
a. Mengenali penyakit skizofrenia
b. Menjelaskan apa itu skizofrenia dan apa yang bukan, etiologinya, gejala awal penyakitnya, perjalanan dan prodiagnosisnya dan metode pengobatannya.
c. Mendefenisikan agresivitas, memahami kolerasi antara skizofrenia dan agresivitas, pengobatan agresivitas, dan strategi pembelajaran untuk mengatasi agresivitas.

C. Sesi III : Terapi perilaku kognitif
a. Menyajikan model terapi perilaku kognitif
b. Memahami pendekatan *cognitive behavioral therapy* (CBT)
c. Memperkenalkan model *cognitive behavioral therapy* (CBT)

D. Sesi IV : Pikiran otomatis dan menghasilkan pikiran alternatif
a. Kemampuan mengenali dan mengekspresikan pikiran otomatis (positif/negatif).
b. Mengenali dan menelaah bukti yang mendukung atau menentang pikiran otomatis.
c. Mempertanyakan realitas dan fungsionalitas pikiran.

E. Sesi V : Kesalahan kognitif
a. Mempelajari kesalahan kognitif
b. kesalahan kognitif yang kita buat

F. Sesi VI : Membangun kesadaran terhadap agresivitas
a. Mengenali agresivitas dan reaksi fisik serta perilaku terhadap agresivitas

G. Sesi VII : Metode mengatasi agresivitas dan latihan relaksasi
a. Mempelajari strategi mengatasi agresivitas
b. Kemampuan melakukan latihan relaksasi

H. Sesi VIII : penerapan post-test

a. Evaluasi umum sesi
b. Pelaksanaan post-test

6. Instrumen pengukuran psikoedukasi

lembar observasi pemahaman psikoedukasi agresivitas digunakan sebagai instrumen pengukuran psikoedukasi yang bertujuan untuk menilai tingkat pemahaman pasien setelah diberikan psikoedukasi tentang pengendalian agresivitas. Instrumen ini disusun oleh peneliti berdasarkan materi psikoedukasi yang diberikan kepada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

Lembar observasi terdiri dari 8 item pernyataan yang mencakup pemahaman tentang skizofenia dan perilaku agresif, memahami konsep *cognitive behavioral therapy* (CBT) mengubah fikiran negatif menjadi postif, mampu mengenali pikiran negatif, menganali kesalahan kognitif yang dibuat, mengenali tanda fisik dan perilaku agresivitas diri , dan mampu mempraktekan teknik relaksaksi untuk mengatasi agresivitas. Instrumen obsevasi disusun menggunakan skala ordinal dengan 4 kategori penilaian, yaitu tidak paham, cukup paham, paham dan sangat paham.

Skor total diperoleh dengan menjumlahkan seluruh item, dengan skor minimum 8 dan maksimum 32. Semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin baik pemahaman pasien terhadap psikoedukasi agresivitas. Tingkat pemahaman dikategorikan menjadi sangat paham (28-32), paham (20-27), cukup paham (14-19), dan tidak paham 8-13).

B. AGRESIVITAS

1. Pengertian Agresivitas

Dalam kajian psikologi, perilaku agresivitas dipahami sebagai berbagai bentuk tindakan baik fisik maupun mental yang dilakukan dengan tujuan menyakiti orang lain (Berkowitz, 2003) dalam (Dr. Hiidayat Ma'ruf, 2015).

Bentuk-bentuk perilaku agresivitas dapat muncul dalam wujud berkelahi (*fighting*), mengata-ngatai (*name-calling*), *bullying*, mempelonco (*hazing*), membuat ancaman (*making threats*), serta

berbagai tindakan *intimidatif* lainnya (Wilson et al., 2003) dalam (Dr. Hiidayat Ma'ruf, 2015). Beragamnya manifestasi perilaku ini seringkali membuat hubungan antar jenis agresivitas tidak selalu jelas, sehingga istilah "perilaku agresivitas" menjadi sulit didefinisikan secara singkat.

Loeber dan Stouthamer, dalam Tremblay (2000:131) dalam (Dr. Hiidayat Ma'ruf, 2015) , mendefinisikan agresivitas sebagai "*acts that inflict bodily or mental harm on others*". Definisi ini menekankan agresivitas sebagai tindakan yang menyebabkan kerugian fisik maupun psikologis pada korban, tanpa mempertimbangkan apa tujuan dari tindakan tersebut. Dengan kata lain, fokus utamanya adalah dampak negatif bagi korban, berupa cedera fisik maupun gangguan mental.

Berbeda dengan itu, Coie dan Dodge, dalam Tremblay (2000:131) dalam (Dr. Hiidayat Ma'ruf, 2015), memandang perilaku agresivitas sebagai "*behaviour that is aimed at harming or injuring another person or persons*". Definisi ini lebih menitikberatkan pada niat atau tujuan pelaku, yaitu keinginan untuk mencederai atau merugikan orang lain, terlepas dari apakah kerugian tersebut benar-benar terjadi.

Dengan demikian, perbedaan utama kedua definisi tersebut terletak pada penekanannya: Loeber dan Stouthamer menyoroti konsekuensi dari perilaku agresivitas, sedangkan Coie dan Dodge menekankan motivasi atau tujuan di balik tindakan agresivitas tersebut.

2. Bentuk-Bentuk Perilaku Agresivitas

Masing-masing ahli berbeda-beda dalam menggolongkan bentuk-bentuk perilaku agresivitas. Wilson *et al*. (2003: 136) dalam (Dr. Hiidayat Ma'ruf, 2015) menggolongkan bentuk perilaku agresivitas ke dalam bentuk agresivitas langsung seperti memukul, menendang, membentak, mengancam serta melempar barang dan agresivitas tidak langsung seperti mengomel sendiri dan menggunakan bahasa tubuh negatif, Vitaro *et al*. (2006: 12) (Dr. Hiidayat Ma'ruf, 2015) menggolongkannya ke dalam *form* dan *function*. *Form* terbagi kepada *social* dan *physical,* sedangkan *function* terbagi kepada *active* dan *proactive.* Sementara itu, Persson menggolongkan perilaku agresivitas ke dalam empat bentuk

sebagaimana pernyataannya sebagai berikut: "*The form of the aggressive behaviour could be* (1) *physical;* (2) *verbal;* (3) *social/ relational;* or (4) *manifested as grabbing or destruction of peers' objects*" (Persson 2005: 84) dalam (Dr. Hiidayat Ma'ruf, 2015).

3. Penyebab Munculnya Perilaku agresivitas

dalam kajian bidang psikologi, sebuah topik seringkali ditinjau oleh para psikolog atau ahlinya dari berbagai sudut pandang yang berbeda-beda. Perbedaan sudut pandang tersebut terjadi karena adanya perbedaan dasar atau pijakan teori yang mereka gunakan masing-masing. Khusus berbicara mengenai perilaku agresivitas, misalnya mereka yang menggunakan perspektif biologi (*biological perspective*) akan memperhatikan bagaimana hormon, temperamen, otak dan nervous system berdampak pada perilaku agresivitas. Sementara mereka yang menekankan perspektif tingkah laku (*behavioral perspective*) akan memperhatikan bagaimana variabel-variabel lingkungan dapat menguatkan tindakan-tindakan agresivitas.

Menurut pandangan psikoanalisa, perilaku agresivitas manusia sebagian besar didorong oleh sifat bawaan manusia yang destruktif, yang oleh Freud dinamakan thanatos, atau insting kematian. Dari sudut pandang ethologi (ilmu tentang perilaku hewan), perilaku agresivitas merupakan insting berkelahi dalam rangka mempertahankan hidup dari ancaman spesies lain. Sementara itu, teori frustrasi berpandangan bahwa setiap perilaku manusia memiliki tujuan tertentu, jika seseorang gagal dalam mencapai tujuannya maka akan timbul perasaan frustrasi, selanjutnya, keadaan frustrasi akan dapat menimbulkan atau memicu perilaku agresivitas, dan intensitas frustrasi tergantung pada besarnya ambisi individu dalam mencapai tujuan, banyaknya penghalang, dan berapa banyak frustrasi yang pernah dialami sebelumnya.

Teori-teori pemicu munculnya perilaku agresivitas sebagaimana yang telah dikemukakan di atas sebagiannya merupakan "pandangan yang pesimis terhadap kemungkinan dapat diubahnya atau dikuranginya perilaku agresivitas tersebut. Sebagai seorang yang bergelut di dunia

pendidikan, Penulis berpegang pada “pandangan yang optimis” bahwa perilaku agresivitas dapat diubah atau dikurangi. Perilaku agresivitas bukan sesuatu yang dengan sendirinya ada di dalam diri manusia (*not innately given*), tetapi merupakan perilaku yang terbentuk melalui Pendidikan dan pengalaman. Dengan demikian, melalui pendidikan dan pengalamanpula, perilaku agresivitas dapat diubah menjadi perilaku yang positif. .

Banyak hasil penelitian di bidang psikologi menyimpulkan bahwa ada keterkaitan antara kompetensi emosi seseorang dengan munculnya perilaku agresivitas. Kompetensi emosi adalah suatu peristiwa yang kompleks terdiri dari sejumlah komponen keterampilan yang terpisah namun saling terkait, komponen dimaksud adalah penilaian emosi, ekspresi emosi, dan pemahaman emosi (Ijzendoorn, 1997; Bohnert et *zal.,*2003).

4. Alat ukur *Buss-perry Aggression Questionnaire* (BPAQ).

BPAQ merupakan alat ukur psikologis yang digunakan untuk menilai tingkat agresivitas individu. Instrumen ini dikembangkan oleh Buss dan Perry 1999 untuk mengukur agresivitas sebagai suatu konstruk multidimensional. BPAQ terdiri dari 29 item pernyataan yang mencerminkan empat dimensi agresivitas, yaitu agresi fisik (*physical aggression*), agresi verbal (*verbal aggression*), kemarahan (*anger*), dan permusuhan (*hostility*). Setiap item dalam BPAQ dinilai menggunakan skala Likert 5 poin, mulai dari skor 1 (sangat tidak sesuai) hingga skor 5 (sangat sesuai). Skor total diperoleh dengan menjumlahkan seluruh skor item, di mana skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat agresivitas yang lebih tinggi.

Pengelompokan tingkat agresivitas berdasarkan skor total BPAQ dilakukan dengan menggunakan metode interval sama. Skor minimum yang dapat diperoleh adalah 29, sedangkan skor maksimum adalah 145. Berdasarkan rentang tersebut, tingkat agresivitas dikategorikan menjadi tiga kelompok, yaitu agresivitas rendah dengan skor 29–67, agresivitas sedang dengan skor 68–106, dan agresivitas tinggi dengan skor 107–145.

Pengelompokan ini digunakan untuk memudahkan interpretasi hasil pengukuran agresivitas pada responden.

C. SKIZOFRENIA

1. Defenisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Skizofrenia merupakan bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahan terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri. Menurut pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa-III (PPDGJ), Skizofrenia adalah suatu deskripsi sindroma dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau "*deteriorating*") yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Pada gangguan psikologis termasuk juga skizofrenia dapat ditemukan gejala gangguan jiwa berat seperti halusinasi, waham, perilaku kekerasan serta gejala yang negatif (Yudhantara, 2018)

2. Etiologi Skizofrenia

Videback (2020) dalam (Yudhantara, 2018) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

1. Faktor Predisposis

a. Faktor Biologis

1) 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 (Videbeck, 2008) dalam (Yudhantara, 2018).

2) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography* (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak.

Pemeriksaan *Positron Emission Sugeng Mashudi Tomography* (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia (Videbeck, 2008) dalam (Yudhantara, 2018). Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitasmetabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada massa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir (Prabowo, 2014).

3) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan system neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia.Pada orang normal, sistem switch padabotak 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 (Yosep, 2016) dalam (Yudhantara, 2018).

b. 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 (Stuart, 2013) dalam (Yudhantara, 2018).

c. 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 memadahi, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia menurut (Stuart, 2013) dalam (Yudhantara, 2018) antara sebagai berikut :

a. Biologis

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

b. Lingkungan

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

c. 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.

1. Manifestasi Klinis Skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia menurut Keliat (2012) dalam (Yudhantara, 2018) adalah sebagai berikut:

1) Gejala Positif

a) Waham : keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

b) Halusinasi : gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulis eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan).

c) Perubahan Arus pikir : dalam pembicaan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan., Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau) dan Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengertin oleh orang lain.

d) Perubahan prilaku

2) Gejala Negatif

a. Hiperaktif

b. Agitasi

c. Iritabilitas

D. PERILAKU KEKERASAN

1. Defenisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana sesorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motork yang tidak terkontrol. Sehingga dapat disimpulkan bagwa perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat disebut juga sebagai ekspresi kemarahan yang berlebihan dan tidak terkendali.(Indra Ruswadi 2021) dalam (Sri Laela, dkk.2024).

2. Proses Terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan

A. Predisposisi

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan.

a) Faktor Psikologis

Psycoanalytica theory, teori ini mendukung bahwa perilaku agresivitas merupakan akibat dari *instinctual drives*. *Frustation-aggresion* theory, teori ini berasumsi bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresivitas yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebabkan frustasi. Jadi hampir semua orang yang melakukan tindakan agresivitas mempunyai riwayat perilaku agresivitas.

b) Faktor Sosial Budaya

Social-learning theory, teori ini mengemukakan bahwa agresivitas tidak berbeda dengan respon respon yang lain. Agresivitas dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap

keterbangkitan emosionalnya secara agresivitas sesuai dengan respon yang dipelajarinya.

c) Faktor Biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresivitas mempunyai dasar biologis. Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa adanya pemberian stimulus elektris ringan pada hipotalamus (yang berada di tengah sistem limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresivitas. Jadi kerusakan fungsi sistem limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal, dan lobus temporal dapat menimbulkan perilaku agresivitas.

Neurotransmitter yang sering dikaitkan dengan perilaku agresivitas: serotonin, dopamin, norepinephrine, acetilkolin dan asam amino GABA. Faktor faktor yang mendukung :

1) Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan.
2) Sering mengalami kegagalan.
3) Kehidupan yang penuh tindakan agresivitas.
4) Lingkungan yang tidak kondusif.

B. Prespitasi

Secara umum, seseorang akan berespon dengan marah apabila merasa dirinya terancam. Ancaman tersebut dapat berupa *injury* secara psikis, atau lebih dikenal dengan adanya ancaman terhadap konsep diri seseorang. Ketika seseorang merasa terancam, mungkin dia tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Oleh karena itu, baik perawat maupun klien harus bersama-sama mengidentifikasinya. Ancaman dapat berupa internal ataupun eksternal. Contoh stressor eksternal: serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang dianggap bermakna, dan adanya kritikan dari orang lain.

Sedangkan contoh dari stressor internal: merasa gagal dalam bekerja, merasa kehilangan orang yang dicintai, dan ketakutan terhadap penyakit yang diderita. Bila dilihat dari sudut perawat-klien,

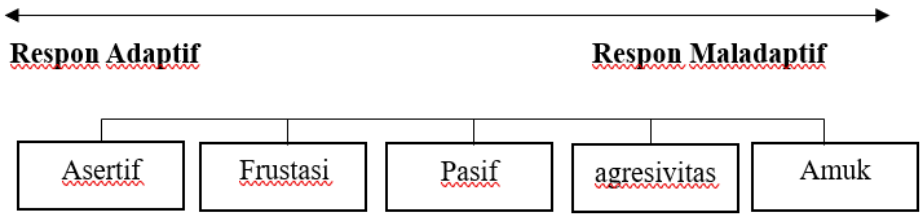
maka faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yakni:

a) Klien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.

b) Lingkungan: kehilangan orang/objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

1. Rentang Respon Dari Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan dianggap suatu akibat yang ekstrem dari marah. Perilaku agresivitas dan perilaku kekerasan di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustasi, dan marah. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku agresivitas atau melukai karena menggunakan koping yang tidak baik.



Gambar 1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Keterangan Perilaku yang ditampakkan mulai dari adaptif dan maladaptive:

Asertif : individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kenyamanan.

Frustasi : individu gagal mencapai tujuan kepuasaan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.

Pasif : individu tidak dapat mengungkapkan perasaanya

Agresivitas : perilaku yang menyertai marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol.

Amuk : suatu bentuk kerusakan yang menimbulkan kerusuhan. (Yosep, 2011).

2. Mekanisme Koping Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan

Perawat perlu mengidentifikasikan mekanisme orang lain. Mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego *seperti displancement, sublimasi, proyeksi, depresi*, dan reaksi formasi.

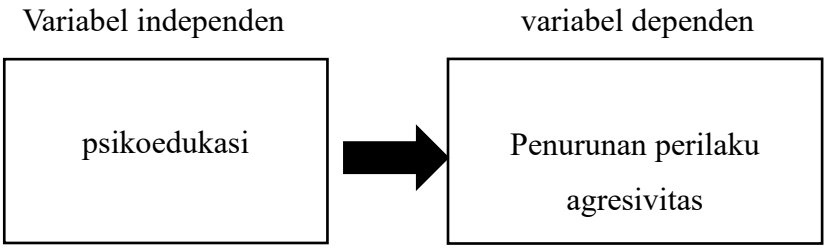
a. Displacement: melepaskan perasaan tertekannya bermusuhan pada objek yang begitu seperti pada mulanya yang membangkitkan emosi.
b. Proyeksi : menyalahkan orang lain mengenai keinginanya yang tidak baik.
c. Depersi : menekan perasaan orang yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluaskan mekanisme ego lainnya.
d. Reaksi Formasi : pembentukkan sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan benar-benar dilakukan orang lain.

E. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep merupakan konsep yang dipakai sebagai landasan berpikir alam kegiatan ilmu dan kerangka konsep membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2020)

Kerangka konsep didasrkan pada wawasan yang di peroleh dari tinjauan literartur dan didasrkan pada asumsi. Dengan mengetahui korelasi banyak kelompok peneliti dengan konsep yang didasarkan atau dipelajari,maka peneliti menggunakan konsep mereka sendiri yang digunakan dalam peneltian (Oktaviani,dkk 2021)

Berdasarkan latar belakang masalah dan tinjauan pustaka yang telah penulis uraikan sebelumnya, maka dapat kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 2 Kerangka Konsep

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah psikoedukasi dan variabel terikat adalah penurunan perilaku agrsivitas. Penelitian ini menunjukan bahwa pemberian psikoedukasi selama 8 hari terdapat 8 sesi dalam 1 hari dimana persesinya 30 menit dapat meningkatkan penurunan perilaku agresivitas.

a. Variabel Dependen (*dependent variable*)

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel bebas, sehingga variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen. Mengungkapkan bahwa setiap terjadi perubahan sekian kali satuan variabel independen, diharapkan akan menyebabkan variabel dependen berubah sekian satuan juga, sebaliknya jika terjadi perubahan penurunan sekian kali satuan variabel independen maka diharapkan terjadi perubahan penurunan variabel dependen sekian kali satuan juga. Variabel dependen disebut juga variabel terikat sering dinotasikan dengan Y.

b. Variabel Independen (*independent variable*)

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen. Sedangkan menurut Ferdinand dalam Aufa & Kamal menyatakan bahwa variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi variabel dependen, baik yang pengaruhnya positif maupun yang pengaruhnya negatif. Variabel independen disebut juga dengan variabel bebas yang dinotasikan dengan X (Bagus, 2024).

Tabel 1. Defenisi oprasional pengaruh pemberian psikoedukasi terhadap pencegahan tindakan agresivitas pada ibu dengan skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan.

No	Variabel	Defenisi	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1.	**Independen:** Pemberian psikoedukasi	Psikoedukasi merupakan kegiatan untuk meningkatkan pemahaman guna mencegah suatu kondisi atau gangguan psikologis di suatu kelompok atau komunitas.	-	-	-
2	**Dependen:** Agresivitas pada ibu dengan skizofrenia yang terdiagnosa perilaku kekerasan	Agresivitas merupakan berbagai bentuk tindakan baik fisik maupun mental yang dilakukan dengan tujuan menyakti orang.	Kuisoner BPAQ	• Agresivitas rendah : 29-67 skor • Agresivitas sedang 68-106 skor • Agresivitas tinggi : 107-145	Ordinal

F. HIPOTESIS

Ha = Ada pengaruh pemberian psikoedukasi terhadap pencegahan tindakan agresivitas pada ibu dengan skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan di RSJ Prof. Dr. Ildrem Medan.