

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Terapi Ular Tangga

1. Defenisi Terapi Ular Tangga

Permainan ular tangga yang merupakan permainan tradisional yang dilakukan secara bersama – sama dengan orang lain dan dengan desain permainan yang beragam, membantu terapis dalam melakukan modifikasi permainan sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Berdasarkan aspek – aspek yang ada dalam tanda dan gejala kekerasan, Terapis menemukan bahwa dengan menambahkan dan memodifikasi terapi tawa, terapi seni dan terapi bermain kedalam permainan ular tangga patut dicoba dalam mengatasi berbagai aspek tanda dan gejala kekerasan (Azahari F & Ridfah A, 2023).

Menurut Rahman S, Irawati K, & Prianto Y, (2019) permainan ular tangga merupakan permainan yang mengutamakan kekompakan dan keuletan yang dimainkan oleh beberapa orang. Ular tangga merupakan media yang menggunakan alat peraga atau alat pembelajaran berupa papan kertas bergambar kotak – kotak kecil, yang dapat dimainkan dua orang atau lebih sehingga dalam permainan bergiliran untuk menjalankan peran masing – masing dari permainan tersebut. Media berbasis game seperti ini dapat dibuat melalui adopsi suatu jenis permainan kedalam media pengajaran dengan memodifikasi aturan permainan, bentuk, maupun tampilannya.

2. Manfaat Terapi Ular Tangga

Manfaat permainan ular tangga merangsang pengembangan daya pikir, cipta dan bahasa agar mampu menumbuhkan sikap mental yang baik, contohnya kita dapat bermain ular tangga dengan mengingat kegiatan yang sudah dilakukan, mengajarkan untuk berkata lembut tidak kasar pada saat marah. Permainan ular tangga dapat digunakan sebagai media permainan yang mampu untuk memperbaiki tanda dan gejala perilaku kekerasan dengan adanya modifikasi dalam petak ular tangga dengan memasukkan sp risiko perilaku kekerasan (Anggraini D, Manurung A, & Hardika B, 2024).

Permainan ular tangga dapat digunakan sebagai media permainan yang mampu untuk memperbaiki tanda dan gejala perilaku kekerasan dengan adanya modifikasi dalam petak ular tangga dengan risiko perilaku kekerasan, permainan yang dilakukan disertai dengan adanya terapi humor atau tawa yang mampu untuk membantu dalam meningkatkan laju pernapasan, aliran darah, dan pelepasan adrenalin dalam darah yang akan mengakibatkan perasaan bahagia, sukacita dan mampu meningkatkan asupan oksigen klien sehingga membuat klien menarik napas dalam, sehingga dapat menjadi pengalih dari rasa emosi. Jenis terapi ini mempertimbangkan dari segi tujuan dan manfaat, diantaranya mampu menstimulasi fungsi kognitif, bahasa, sosial dan emosional para pemainnya. Opini ini juga diperkuat oleh penelitian terdahulu yang pernah dilakukan oleh (Anggraini D, Manurung A, et.all 2024). Hasil dari penerapan yang telah dilakukan selama 20 menit selama 7 hari terjadi penurunan pada 14 tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien I mengalami penurunan sebanyak 4 dari 6 tanda dan gejala, pasien II penurunan sebanyak 7 dari 10 tanda dan gejala, pasien III mengalami penurunan sebanyak 3 dari 5 tanda dan gejala, pasien IV mengalami penurunan sebanyak 6 dari 9 tanda dan gejala, pasien V mengalami penurunan sebanyak 4 dari 7 tanda dan gejala dan pasien VI mengalami penurunan sebanyak 4 dari 9 tanda dan gejala perilaku kekerasan.

3. Pelaksanaan permainan terapi ular tangga

Pelaksanaan permainan terapi ular tangga dapat dimulai dengan menentukan pemain pertama secara "hompimpah" atau undian. semua pemain berdiri di kotak bertanda "Start". Pemain giliran pertama memulai dengan mengocok dadu. Setiap pemain tidak bisa menjalankan bijinya sebelum mendapat angka 6 terlebih dahulu. Selama ia belum mendapat angka 6, pemain harus tetap di kotak "Start". Setiap pemain akan berpindah sesuai dengan angka yang di dapat. Setiap pemain yang berhenti pada tempat yang bertanda kepala ular. Kemudian ia harus turun ke kotak dimana buntut ular tersebut berada. Sebaliknya, bila pemain sampai pada kotak yang ada gambar tangganya. Kemudian ia diperbolehkan naik sampai pada kotak dimana ujung tangga berada. Kemudian apabila pemain sudah berada pada garis "finis" maka pemain dikatakan menang (Azahari F & Ridfah A, 2023).

Pasien yang menjadi subjek dalam studi kasus ini adalah seorang pasien dewasa dengan diagnosis skizofrenia yang telah beberapa kali menunjukkan perilaku kekerasan selama masa perawatan di Rumah Sakit Jiwa. Pasien memiliki riwayat melakukan tindakan kekerasan baik terhadap diri sendiri maupun terhadap orang lain di lingkungan rumah sakit. Sebelum dilakukan terapi ular tangga, berdasarkan pengukuran dengan menggunakan skala Respon Umum Fungsi Adaptif (RUFA), pasien menunjukkan tingkat risiko perilaku kekerasan berat (kategori Intensif I, skor 1–10). Berikut adalah gambaran perilaku kekerasan sebelum diberikan terapi secara objektif dan subjektif:

Objektif:

1. Secara perilaku, pasien sering terlihat mengamuk, merusak barang-barang di sekitar kamar rawat, melempar peralatan makan, bahkan pernah mencoba memukul staf perawat yang mendekatinya. Pasien kerap menentang perintah yang diberikan oleh perawat dan menunjukkan tatapan mata yang melotot dan menantang.
2. Secara verbal, pasien sering berbicara dengan intonasi suara yang tinggi, berteriak, serta menghujat dan menghina petugas maupun sesama pasien. Kalimat-kalimat yang diucapkan penuh dengan ancaman dan kata-kata kasar, menunjukkan tingkat kontrol emosi yang rendah.
3. Secara emosi, pasien tampak sangat labil dan mudah tersinggung. Setiap rangsangan kecil dari lingkungan dapat memicu kemarahan berlebihan. Wajah pasien sering tampak tegang, menunjukkan ekspresi marah yang konstan, serta kerap mengungkapkan perasaan tidak aman dan dendam kepada orang di sekitarnya.
4. Secara fisik, pasien memperlihatkan tanda-tanda aktivasi fisiologis yang tinggi, antara lain wajah memerah, pandangan tajam, napas pendek, serta keringat berlebih. Pengukuran tekanan darah menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah, menandakan adanya keterlibatan sistem saraf simpatik sebagai respons terhadap stres internal.

Subjektif:

1. Pasien mengungkapkan bahwa dirinya sering merasa marah secara tiba-tiba tanpa penyebab yang jelas. Ia mengaku sering merasa tersinggung dan mudah terpancing emosi, bahkan oleh hal-hal kecil.
2. Pasien mengeluhkan adanya perasaan gelisah, kesal, dan ingin melukai orang di sekitarnya ketika merasa terancam atau tidak dipahami.
3. Pasien menyatakan bahwa dalam beberapa hari terakhir, ia mengalami kesulitan tidur karena pikirannya dipenuhi oleh rasa dendam dan amarah terhadap seseorang yang ia rasa telah menyakitinya.
4. Evalausi permainan terapi ular tangga

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa: Skor resiko perilaku kekerasan pada pasien menurun secara signifikan setelah permainan terapi ular tangga dilakukan. Perilaku pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan menunjukkan perubahan yang positif setelah permainan terapi ular tangga dilakukan. Pasien menjadi lebih tenang, lebih kooperatif, dan lebih mampu mengontrol emosi mereka serta Keterampilan sosial pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan juga menunjukkan perubahan yang positif setelah permainan terapi ular tangga dilakukan. Pasien menjadi lebih mampu berkomunikasi dengan baik, lebih mampu bekerja sama dengan orang lain, dan lebih mampu mengatasi konflik.

B. Gangguan Resiko Perilaku Kekerasan

1. Defenisi Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan adalah reaksi terhadap stresor yang dialami seseorang, yang diwujudkan dalam tindakan kekerasan baik terhadap diri sendiri maupun orang lain, baik secara verbal maupun nonverbal, dengan tujuan untuk menyebabkan cedera fisik maupun psikologis. Kekerasan merupakan salah satu bentuk ekspresi kemarahan, yang ditunjukkan dengan ancaman, melukai orang lain, atau merusak lingkungan. Tindakan ini dapat menimbulkan kerugian bagi diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar (Azizah L, Zainuri I & Akbar A 2016).

Kemarahan adalah perasaan atau emosi yang muncul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dianggap sebagai ancaman. Ekspresi kemarahan yang konstruktif dapat memberikan rasa lega. Perilaku kekerasan atau agresif adalah bentuk tindakan yang bertujuan untuk menyakiti orang lain, baik secara fisik

maupun psikologis. Dengan demikian, kekerasan dapat dilakukan baik melalui kata-kata maupun tindakan fisik, sementara kemarahan sendiri tidak selalu memiliki tujuan tertentu. Kemarahan lebih merujuk pada serangkaian perasaan yang biasa disebut dengan perasaan marah. Dalam hal ini, kemarahan adalah perasaan jengkel yang muncul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman oleh individu (Azizah L, Zainuri I & Akbar A 2016).

Resiko perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau ketakutan (panik). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu rentang, dimana agresif verbal disuatu sisi dan perilaku kekerasan (*violence*) di sisi lain. Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dan dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan termasuk orang lain dan barang-barang. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Azizah L, Zainuri I & Akbar A 2016).

2. Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Risal M et al., 2020) Masalah resiko perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor prediposisi dan prepisitasi.

Faktor prediposisi yang menyebabkan terjadinya masalah tersiko perilaku kekerasan antara lain

a. Faktor Genetik

Kehadiran anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan faktor genetik yang diturunkan oleh orang tua dapat meningkatkan potensi terjadinya perilaku agresif. Berdasarkan penelitian Kazuo Murakami, dalam gen manusia terdapat potensi agresif yang terpendam (dormant), yang bisa aktif jika terpicu oleh faktor eksternal. Penelitian juga menunjukkan bahwa tipe karyotype XYY sering ditemukan pada individu yang terlibat dalam tindak kriminal atau yang terjerat masalah hukum akibat perilaku agresif (Risal M et al., 2020).

b. Faktor Psikologis

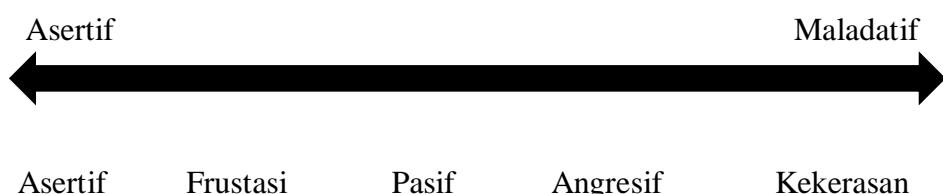
Akumulasi dari frustrasi yang dialami seseorang dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang (*life span history*), ketidakpuasan pada fase oral (0-2 tahun), serta pemenuhan kebutuhan air susu ibu yang tidak cukup atau pola asuh

yang tidak mendukung. Selain itu, lingkungan keluarga dan luar rumah turut berperan sebagai model perilaku yang ditiru anak. Hal ini dapat menyebabkan anak mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan saat dewasa, sebagai bentuk kompensasi dari ketidakpercayaan terhadap lingkungan. Anak cenderung meniru perilaku yang ada di sekitarnya, seperti penggunaan psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA), yang dapat membentuk pola perilaku yang negatif. Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menjelaskan bahwa lingkungan sosial memiliki pengaruh besar terhadap cara individu mengekspresikan kemarahanannya, dengan norma budaya yang dapat mendukung individu untuk merespons secara asertif atau agresif (Risal M et al., 2020).

Faktor-faktor yang memicu resiko perilaku kekerasan pada setiap individu berbeda-beda, tergantung pada stresor yang dialami, baik dari dalam maupun luar diri. Stresor tersebut bisa berasal dari kehilangan pekerjaan, kehilangan orang terdekat, kehilangan bagian tubuh, penyakit berkepanjangan (fase kelelahan), atau mengalami bullying. Setiap individu memiliki respons yang unik terhadap stresor ini. Stresor lingkungan, seperti trauma fisik (penganiayaan, pemerkosaan, bullying), pengaruh media sosial, serangan haters, informasi media yang salah, atau bencana alam, juga dapat menjadi pemicu perilaku kekerasan (Risal M et al., 2020).

3. Rentang Respon Marah

Perilaku kekerasan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang di manifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa “ia” tidak setuju, tersinggung, merasa tidak di anggap, merasa tidak di turut atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu di mulai dari respon normal (assertif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif) (Yusuf Ah Fitryasari R & Nihayati H, 2015).



Keterangan: Kegagalan yang menimbulkan frustasi dapat menimbulkan respon pasif dan melaikan diri/respon melawan dan menentang sampai respon maladaptif yaitu agresif –kekerasan.

- a. Asertif: Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain dan ketenangan.
 - b. Frustasi: Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
 - c. Pasif: Perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.
 - d. Agresif: Memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain denganancaman memberi kata-kataancaman tanpa niat melukai orang lain. Umumnya klien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
 - e. Kekerasan: Sering juga disebut dengan gaduh gelisah atau amuk. Prilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kataancaman melukai disertai melukai pada tingkat ringan, dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak mampu mengendalikan diri atau hilang kontrol. (Yusuf Ah, Fitryasari R & Nihayati H, 2015).
4. Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan

Menurut SDKI DPP (PPNI, 2017) tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan terdiri dari:

- a. Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
 - 1) Subyektif : Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus
 - 2) Obyektif : Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk
- b. Tanda dan gejala minor
 - 1) Subyektif: Tidak tersedia
 - 2) Obyektif: Mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku.

Menurut Azizah L, Zainuri I & Akbar A, (2016) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.

a) Fisik

Klien yang mengalami perilaku kekerasan biasanya menunjukkan perubahan fisik seperti : Muka merah dan tegang, mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, jalan mondar-mandir.

b) Verbal

Bicara kasar, suara tinggi, membentak atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata-kata kotor, suara keras, dan ketus.

c) Perilaku

Melempar atau memukul benda/orang lain, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif .

d) Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

e) Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

f) Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

g) Sosial

Menarik diri, pengangsingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

h) Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

5. Pengukuran Resiko Perilaku kekerasan

Pengukuran terhadap resiko Perilaku kekerasan dapat menggunakan RUFA (respon umum fungsi adaptif) (Yusuf Ah, Fitryasari R & Nihayati H, 2015).

Tabel 2.1 Pengukuran resiko Perilau kekerasan

Aspek	Intensif I 24 Jam (Skor: 1–10)	Intensif II 24–72 Jam (Skor: 11–20)	Intensif II 24–72 Jam (Skor: 11–20)
Perilaku	membentak, mengamuk, menentang, mengancam, mata melotot	Menentang, mengancam, mata melotot	Menentang
Verbal	Bicara kasar, intonasi tinggi, menghina orang lain, menuntut, berdebat	Bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut, berdebat	Intonasi sedang, menghina orang lain, berdebat
Emosi	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, marah- marah, dendam, merasa tidak aman.	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, dendam merasa tidak aman.	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, dendam merasa tidak aman.
Fisik	Muka merah, pandangan tajam, napas pendek,keringat (+), tekanan darah meningkat.	Pandangan tajam, tekanan darah meningkat.	Pandangan tajam, tekanan darah menurun.

6. Penanganan Resiko Perilaku Kekerasan

Strategi pengendalian yang digunakan oleh perawat untuk mengelola agresivitas pasien dibagi dua bagian yaitu (Avelina Y et al., 2022):

- Farmakologi adalah dengan memberikan obat-obatan antipsikosa seperti nozinan, haloperidol, trihexiphenidil dan pemberian ECT (*Elektro Convulsive Therapy*),

b. Non Farmakologi

1) Strategi pelaksanaan

- a) SP 1 pasien : Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam.
- b) SP 2 : Evaluasi kemampuan pasien, latih cara fisik II yaitu latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal.
- c) SP 3 : Evaluasi kemampuan klien, latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
- d) SP 4 : Evaluasi kemauan pasien, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

2) Terapi aktivitas kelompok (TAK)

Menurut (Aprillia, 2022) melaporkan tentang "Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Persepsi Berhubungan dengan Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia". Dalam penelitian tersebut, di dapatkan nilai selisihnya rata-rata dari sebelum pre test dan post test sebesar (7,76 %) pada variabelnya kemampuan untuk mengontrol Perilaku Kekerasan setelah diberikan pelatihan aktivitas kelompok stimulasi persepsi dengan kemampuan mengevaluasi perilaku kekerasan.

3) Terapi spiritual

Terapi spiritual merupakan terapi dengan mendekatkan pasien pada kepercayaan yang diinginkannya. Menyebutkan adanya peningkatan level dopamin dan kadar serotonin yang dapat meningkatkan perasaan euphoria atau kebahagian dalam tubuh saat dilakukan tindakan atau kegiatan spiritual seperti berdoa atau berdzikir sehingga meminimalkan perilaku agresif. Hal tersebut dapat menjadi landasan saat dilakukan terapi spiritual dapat mengontrol perilaku kekerasan. Bentuk dari terapi spiritualnya diantaranya adalah dzikir dan didengarkan ayat-ayat Al-Qur'an (Sadock et al., 2018).

C. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Defenisi Skizofrenia

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. Mengidentifikasi spektrum gangguan psikotik yang terorganisir untuk mencerminkan gradien psikopatologi dari yang paling kecil hingga yang paling parah (APA, 2013). Derajat keparahan ditentukan oleh tingkat, jumlah, dan durasi tanda dan gejala psikotik. (Mashudin S, 2021)

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarpribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Pada penderita ditemukan penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin, yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal. Skizofrenia bisa mengenai siapa saja (Azizah L, Zainuri I & Akbar A, 2016).

2. Etiologi

Videback dalam (Mashudi S, 2021) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposes dibagi menjadi beberapa bagian yaitu, factor biologi, faktor psikososial, dan factor sosiokultural dan lingkungan. Faktor biologi dibagi menjadi 3 bagian yaitu faktor genetic, factor neuronatomi dan factor neurokimia.

Faktor Genetik adalah faktor utama dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetic dari orang tua biologis mereka. Faktor neurotomi merupakan individu dengan skizofrenia memiliki jaringan otak yang lebih sedikit dibandingkan dengan orang normal. Hal ini bisa menunjukkan kegagalan dalam perkembangan atau kehilangan jaringan otak seiring waktu. Mashudin S, (2021). Faktor neurokimia merupakan adanya secara perubahan konsisten system otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal – sinyal

persepsi yang dating dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal – sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

Faktor Psikologis merupakan 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 dalam Mashudin S, 2021).

Faktor Sosial 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 (Stuart dalam Mashudin S, 2021).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia dibagi menjadi faktor biologis, lingkungan, pemicu gejala . Faktor biologis merupakan stressor biologis yang berhubungan 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 (Stuart dalam Mashudin S, 2021).

Faktor lingkungan merupakan ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran (Stuart dalam Mashudin S, 2021).

Faktor Pemicu Gejala merupakan prekursor dan stimulus yang sering menimbulkan suatu penyakit baru. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon

neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu (Stuart dalam Mashudin S, 2021)

3. Fase Skizofrenia

a. Fase Pramorbid (sebelum sakit)

Tanda dan gejala pramorbid muncul sebelum fase prodromal penyakit, yaitu sebelum proses penyakit berkembang. Pada riwayat skizofrenia pramorbid, pasien sering kali menunjukkan kepribadian skizoid atau skizotipal, yang biasanya ditandai dengan sifat pendiam, pasif, dan tertutup, sehingga mereka cenderung memiliki sedikit teman pada masa anak-anak. Di masa remaja, mereka mungkin tidak memiliki teman dekat, tidak pernah memiliki pasangan, dan menghindari kegiatan sosial seperti bergabung dengan tim olahraga. Mereka lebih cenderung menikmati kegiatan individu seperti menonton film, mendengarkan musik, atau bermain game komputer, sementara mengesampingkan interaksi sosial (Fitrikasari A & Kartikasari, 2022).

Pola gejala pramorbid ini bisa jadi merupakan indikasi awal dari penyakit, meskipun gejala-gejala tersebut biasanya hanya diketahui secara retrospektif. Tanda-tanda awal dapat berupa keluhan somatik, seperti sakit kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan, serta masalah pencernaan. Pada tahap ini, pasien mungkin mulai tertarik pada ide-ide abstrak, filsafat, atau bahkan pertanyaan tentang hal-hal gaib atau keagamaan. Perjalanan penyakit gangguan skizofrenia umumnya melibatkan beberapa fase, antara lain fase prodromal, fase aktif, fase residual, remisi, dan pemulihan (Fitrikasari A & Kartikasari, 2022).

b. Fase Prodromal

Menurut (Fitrikasari A & Kartikasari, 2022) tanda dan gejala prodromal merupakan bagian dari perkembangan gangguan yang sedang terjadi. Pada fase prodromal, muncul gejala-gejala negatif, yang mencakup penurunan fungsi sosial dan emosional. Gejala tambahan dalam fase ini dapat meliputi perilaku yang sangat aneh, perubahan afek (ekspresi emosional yang tidak biasa), bicara yang tidak teratur, ide-ide yang tidak rasional, dan pengalaman persepsi yang aneh atau terganggu.

Gejala ini biasanya mulai muncul pada masa remaja dan dapat berkembang dalam waktu beberapa hari hingga beberapa bulan. Perubahan sosial atau

lingkungan, seperti masuk ke perguruan tinggi, penggunaan zat, atau kehilangan orang terdekat, dapat memicu munculnya gejala yang mengganggu. Sindrom prodromal ini bisa berlangsung selama satu tahun atau lebih sebelum gejala psikotik yang lebih nyata muncul, meskipun dalam beberapa kasus, proses ini bisa lebih singkat (Fitrikasari A & Kartikasari, 2022).

c. Fase Aktif

Pada fase aktif ditandai dengan munculnya gejala-gejala positif dan memberatnya gejala negatif.

d. Fase Residual

Fase residual ini ditandai dengan mulai berkurang sampai hilangnya gejala positif tetapi masih ada gejala negatif.

e. Fase Remisi

Kriteria fase remisi ditentukan dengan menggunakan kriteria delapan butir PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale) yang nilainya tidak lebih dari tiga dan bertahan selama enam bulan. Fungsi pekerjaan dan sosial tidak menjadi kriteria pada remisi. Kedelapan simptom tersebut adalah (Fitrikasari A & Kartikasari, 2022):

P1 (Waham)

P2 (Kekacauan proses pikir)

P3 (Perilaku halusinasi)

G9 (Isi pikir tidak biasa)

G5 (Menerisme dan postur tubuh)

N1 (Penumpulan afek)

N4 (Penarikan diri secara sosial)

N6 (Kurangnya spontanitas dan arus percakapan)

f. Fase *Recovery*

Pasien dinyatakan pulih (*recovery*) jika pasien bebas dari simptom skizofrenia dan membaiknya fungsi sosial serta pekerjaan pasien yang berlangsung minimal selama dua tahun. Pasien tetap dalam pengobatan.

4. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala skizofrenia tidak ada yang patognomonik. Tanda dan gejala skizofrenia menurut Fitrikasari A & Kartikasari L, (2022) :

a. Gambaran Umum Pasien Skizofrenia

Penampilan pasien skizofrenia secara umum ada dua ekstrem yaitu agresif dan katatonia. Pada pasien skizofrenia yang agresif, tampak berteriak-teriak, banyak bicara agitatif-agresif 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, dan fleksibilitas sereal. Pasien dengan skizofrenia sering tidak terawat, tidak mandi, dan berpakaian terlalu hangat untuk suhu yang berlaku. Perilaku aneh lainnya termasuk tics, stereotipik, dan kadang-kadang ekkopraksia, di mana pasien meniru postur atau perilaku pemeriksa.

b. Mood, Perasaan, Afek

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

- 1) Afek tumpul atau datar: respon emosional berkurang ketika afek tersebut seharusnya diekspresikan.
- 2) Afek tak serasi: afek dapat bersemangat atau kuat tetapi tidak sesuai dengan pembicaraan dan pikiran pasien.
- 3) Afek labil: terjadi perubahan afek yang jelas dalam jangka pendek.

c. Gangguan persepsi

Halusinasi adalah pengalaman persepsi tanpa adanya stimulus eksternal. Halusinasi terdapat pada semua alat indera, paling sering adalah halusinasi dengar (suara yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien atau mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh). Berbicara langsung pada penderita atau seperti suara orang lain yang sedang membicarakan penderita dan halusinasi lihat. Bila ada halusinasi raba, cium dan kecap, perlu dipikirkan kemungkinan dasar kelainan medik atau neurologik, mungkin juga didapatkan halusinasi cenesthetic, sensasi tentang perubahan/gangguan pada organ-organ tubuh (otak seperti terbakar, pembuluh darah seperti tertekan, tulang seperti teriris).

Ilusi adalah distorsi persepsi terhadap sensasi atau obyek nyata bisa terjadi pada fase prodromal, aktif atau remisi. Bila ada halusinasi dan ilusi sekaligus, perlu dipikirkan kemungkinan penggunaan zat psikoaktif.

Depersonalisasi adalah perasaan asing terhadap diri sendiri. Deralisasi adalah perasaan asing terhadap lingkungan sekitarnya misalnya dunia terlihat tidak nyata.

d. 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, loss of ego boundaries, cosmic identity).

2) Gangguan bentuk pikiran: secara obyektif terlihat pada bahasa lisan maupun tulisan penderita (pelonggaran asosiasi, inkoherensi, sirkumstansialiti, verbigerasi, word salad, mutisme). neologisme, ekholalia,

3) Gangguan proses pikiran: menyangkut bagaimana formulasi ide dan bahasa yang terekspresikan pada ucapan, gambar dan tulisan serta cara melakukan kegiatan tertentu (*flight of ideas, blocking, gangguan perhatian, kemiskinan isi pikiran, daya abstraksi buruk, perseverasi, asosiasi bunyi, sirkumstansialiti, thought control, thought broadcasting*).

e. 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. Bunuh diri merupakan sebab utama kematian prematur penderita skizofrenia (upaya bunuh diri dilakukan oleh 20-50% penderita, berhasil 10-13%, 20 kali lebih tinggi dari populasi umum), penderita yang secara prognostik lebih baik justru mempunyai risiko lebih besar untuk bunuh diri, mungkin karena menyadari degradasi kondisi sosial ekonominya. Sedangkan tentang risiko membunuh, sebenarnya tidak berbeda dengan masyarakat umum, biasanya tanpa alasan yang jelas karena pengaruh halusinasi dan delusi.

f. Sensori dan Kognisi

Pasien skizofrenia yang mengalami gangguan sensori dan kognisi yang terdiri dari :

1) Orientasi (orang, tempat, waktu), pada umumnya tidak terganggu. Dapat terpengaruh oleh pikiran penderita, misalnya menyangkut identitas diri. Bila ada gangguan, perlu dipikirkan kemungkinan gangguan organik di otak.

2) Daya ingat, biasanya tidak ada gangguan berat.

3) Fungsi kognitif, pada umumnya ada gangguan ringan (daya perhatian, fungsi eksekutif, *working memory*, *episodic memory*) dan merupakan prediktor yang lebih baik bagi kemampuan fungsional penderita sehingga mempunyai makna prognostik, gangguan ini biasanya sudah ada sejak awal sakit, umumnya stabil sepanjang masa awal sakit dan lama- lama akan terganggu jika perjalanan sakitnya menjadi kronis.

g. Daya nilai dan tilikan

Secara umum, tilikan penderita skizofrenia buruk, sehingga perlu diperhatikan pada perencanaan terapi.

h. Reliabilitas

Penderita skizofrenia mempunyai reliabilitas yang buruk. Pernyataan penderita perlu di pastikan kebenarannya dengan sumber aloanamnesa dengan keluarga atau teman.

Gejala Skizofrenia juga dibagi menjadi tiga pengelompokan yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif (Fitrikasari A & Kartikasari L, 2022).

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 20 halusinasi, delusi, dan perilaku aneh lainnya.

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.

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

Menurut Kustiawan Somantri, & Cahyati, (2023) Terapi pada pasien skizofrenia ada dua yakni farmakologi dan non farmakologi (terapi modalitas).

a. Farmakologi

Terapi farmakologi merupakan pemberian obat-obatan. Obat antipsikotik yang lebih dikenal yaitu neuroleptika, obat ini tidak dapat menyembuhkan skizofrenia tetapi digunakan untuk mengatasi gejala gejala skizofrenia. Obat antipsikotik dibagi menjadi dua bagian yaitu:

- 1) Obat antipikal : *Clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine*
- 2) Obat Tipikal: *Thiothixene, haloperidol, chlorpromazine, dan trifluoperazine*

b. Non Farmakologi

Perawatan terapi modalitas merupakan terapi utama dalam keperawatan. Beberapa jenis terapi modalitas dalam keperawatan jiwa antara lain, terapi individu, terapi lingkungan, terapi koognitif, terapi keluarga, terapi aktivitas kelompok.

6. Perawatan Skizofrenia

a. Hospitalisasi

Hospitalisasi dilakukan untuk memastikan diagnosis, menstabilkan pengobatan, menjaga keselamatan pasien, meningkatkan kemampuan perawatan diri, dan memperkuat hubungan pasien dengan sistem dukungan masyarakat. Perawatan jangka pendek selama 4-6 minggu terbukti seefektif perawatan jangka panjang. Program aktivitas harian memberikan hasil yang lebih baik, sementara pusat perawatan harian dan kunjungan rumah oleh staf rumah sakit dapat memperpanjang waktu pasien di luar rumah sakit serta meningkatkan kualitas hidup mereka (Fitrikasari A & Kartikasari L, 2022).

b. Farmakoterapi

Obat antipsikotik dapat mengurangi gejala psikotik dan mencegah kekambuhan, namun seringkali menimbulkan efek samping yang mirip dengan gejala Parkinson. Sekitar 70% pasien yang mengonsumsi antipsikotik dapat mencapai remisi. Obat ini umumnya bekerja dengan menghambat reseptor dopamin postsinaptik, dan terbagi dalam dua kategori: generasi pertama, yang merupakan antagonis Reseptor Dopamin (DA), dan generasi kedua, yang merupakan antagonis

Reseptor Serotonin-Dopamin (SDA). SDA memiliki efek samping gangguan ekstrapiramidal yang lebih ringan dibandingkan generasi pertama. Keterlambatan dalam memulai terapi dapat memperburuk prognosis (Fitrikasari A & Kartikasari L, 2022).