

## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### A. Agresivitas

##### 1. Pengertian Agresivitas

Secara umum agresi dapat diartikan sebagai suatu serangan yang dilakukan oleh organisme lain, obyek lain, atau bahkan pada dirinya sendiri.<sup>1</sup> Sedangkan menurut Robert Baron dalam buku Psikologi Sosial yang di kutip oleh Tri Dayakisni dan Hudainah menyatakan bahwa agresi adalah tingkah laku individu yang ditujukan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut. Definisi dari Baron mencakup empat faktor tingkah laku, yaitu: tujuan untuk melukai atau mencelakakan, individu yang menjadi pelaku, individu yang menjadi korban dan ketidakinginan korban menerima tingkah laku pelaku.<sup>2</sup>

Dari penjelasan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwasanya agresi yaitu adanya tujuan atau kesengajaan dalam melakukannya. Sehingga suatu peristiwa yang terjadi secara kebetulan walau menghasilkan agresi bagi orang lain, maka ini tidak dapat dimasukkan dalam agresi.

---

<sup>1</sup> Tri Dayakisni Hudaniah, *Psikologi Sosial* (Malang: Universitas Muhammadiyah Malang, 2006), 231.

<sup>2</sup> Ibid.,

## 2. Teori Agresi

### a. Teori Instink

Tokoh utama dari teori ini adalah Sigmund Freud, Konrad Lorenz dan Robert Ardrey. Berikut isi dari teori instink:<sup>3</sup>

#### 1. Teori Psikoanalisa

Freud dengan teorinya Psikoanalisa berpandangan bahwa pada dasarnya pada diri manusia terdapat dua macam instink, yaitu instink untuk hidup dan instink untuk mati. Instink untuk hidup/naluri kehidupan terdiri atas instink reproduksi atau instink seksual dan instink yang ditujukan kepada pemeliharaan hidup manusia. Sedangkan instink/naluri kematian adalah instink untuk menghancurkan kehidupan individu.

Menurut Freud, agresi dapat dimasukkan dalam instink mati yang merupakan ekspresi dari hasrat kepada kematian (*death wish*) yang berada pada taraf tak sadar. Dalam pengungkapan "*death wish*" ini dapat berbentuk pada agresi yang ditujukan pada diri sendiri. Atau ditujukan kepada orang lain.

#### 2. Teori Etologi: Konrad Lorenz & Robert Ardrey

Lorenz dipandang sebagai bapak pendiri Etologi. Menurut Lorenz dorongan agresi ada pada setiap diri makhluk hidup yang memiliki fungsi dan peranan penting bagi

---

<sup>3</sup> Ibid., 232.

pemeliharaan hidup atau dengan kata lain dengan memiliki nilai *survival*.

Sejalan dengan Freud, Lorenz merumuskan instink dengan menggunakan konsep energi serta menggunakan konsep hedraulik untuk menerangkan proses kemunculan atau proses tingkah laku instinktif/naluriah. Lorenz beramsumsi bahwa setiap tingkah laku naluriah memiliki sumber energi yang disebut energi tindakan spesifik (*Actions Specific Energy*) dan kemunculannya dikunci oleh mekanisme pelepasan bawaan (*Innate Releasing Mechanism*). Stimulus yang bisa membuka kunci mekanisme pelepasan bawaan sehingga suatu tingkah laku naluriah bisa muncul adalah stimulus yang cocok dengan mekanisme pelepasan bawaan tersebut.

b. Teori Frustrasi-Agresi

Dollard, Miller, Mowrer Dan Sears mengemukakan hipotesis bahwa frustrasi agresi. Hipotesis tersebut kemudian dijadikan postulat “agresi selalu berarti frustrasi”. Namun postulat tersebut tidak bertahan lama karena kesederhanaan rumusnya. Disini ditemukan latar belakang yang meragukan, yaitu: pertama, adalah individu yang frustrasi tidak selalu agresif. lebih tepatnya frustrasi menghasilkan beberapa reaksi, dan dalam berbagai kasus, besar kemungkinan frustrasi menghasilkan depresi dari pada agresi terbuka. Kedua, tidak

semua agresi merupakan hasil dari frustrasi. Tiap orang menyerang orang lain dengan alasan yang berlainan dan dalam kondisi yang berbeda juga.

c. Teori Belajar Sosial (*Social Learning*)

Teori belajar sosial menekankan kondisi lingkungan yang membuat seseorang memperoleh dan memelihara respon-respon agresif. Asumsi dasar dari teori ini adalah sebagian besar tingkah laku individu diperoleh sebagai hasil belajar melalui pengamatan (observasi) atas tingkah laku yang ditampilkan oleh individu lain yang menjadi model. Dengan demikian, para ahli teori ini percaya bahwa *observational* atau *social modeling* adalah metode yang lebih sering menyebabkan agresi.

d. Perluasan Teori Frustrasi-Agresi

Perluasan teori frustrasi-agresi yang telah dipaparkan diatas lebih menjelaskan terjadi perilaku agresi pada tataran individu, sementara ada penjelasan pada tataran yang skalanya lebih besar seperti kekerasan massa, bahkan demonstrasi massa yang juga dikaitkan dengan frustrasi. Bahkan psikologi, ilmu politik dan sosiologi juga menyimpulkan adanya hubungan antara frustrasi dan agresi massa.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Ibid.,

### 3. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Agresivitas

Tri Dayakisni dan Hudainah menjelaskan faktor-faktor mengenai agresivitas, diantaranya adalah:

#### a. Provokasi

Bisa mencetuskan agresi karena provokasi itu oleh pelaku agresi dilihat sebagai ancaman yang harus dihadapi dengan respon agresif untuk meniadakan bahaya yang diisyaratkan oleh ancaman itu.<sup>5</sup>

#### b. Deindividuasi

Mengarahkan seseorang pada keleluasaan dalam melaksanakan tingkah laku agresi sehingga agresi yang dilakukan lebih intens. Khususnya efek dari penggunaan tehnik-tehnik dan senjata modern yang membuat tindakan agresi sebagai tindakan non-emosional sehingga agresi yang dilakukannya lebih intens.<sup>6</sup>

#### c. Kekuasaan dan kepatuhan

Peranan kekuasaan sebagai pengarah kemunculan agresi tidak dapat dipisahkan dari salah satu aspek penunjang kekuasaan itu, yakni kepatuhan. Bahkan kepatuhan itu sendiri diduga memiliki pengaruh yang kuat terhadap kecenderungan dan pengaruh agresi yang kuat.<sup>7</sup>

#### d. Pengaruh obat-obatan terlarang (*Drug Effect*)

Banyak terjadinya perilaku agresi dikaitkan pada mereka yang mengkonsumsi alkohol. Menurut penelitian Phill dan Ross

---

<sup>5</sup> Ibid., 248.

<sup>6</sup> Ibid.,

<sup>7</sup> Ibid.,

mengonsumsi alkohol dalam dosis yang tinggi meningkatkan kemungkinan respon agresi ketika seseorang diprovokasi.

Sedangkan menurut Koeswara yang dikutip oleh Aprius Maduwita Kuswani mengatakan bahwa faktor agresi dibedakan menjadi dua yakni faktor internal yang meliputi frustrasi, kepatuhan, adanya peran atribusi, pengaruh obat terlarang dan niat jahat serta ekspektasi pembalasan. Sedangkan untuk faktor eksternalnya adalah provokasi, intrusi, ancaman, deindividuasi, dehumanisasi, anonimitas serta bulliyng.<sup>8</sup> Yang penjabarannya sebagai berikut:

#### 1. Faktor internal

Tabel 2.1 Faktor Internal Agresivitas

-Frustrasi	Situasi dimana individu terhambat dalam mencapai tujuan tertentu yang diinginkannya.
-Kepatuhan/kekuasaan	Kekuasaan yang disalahgunakan akan menimbulkan perilaku aresi.
-Peran atribusi	Pemahaman seseorang mengenai relasi atau hubungannya baik itu dengan manusia dan lingkungan sosialnya.
-Pengaruh obat terlarang	Seseorang dalam kondisi pengaruh obat terlarang sehingga memungkinkan untuk melakukan tindakan agresi.
-Niat jahat	Rencana atau cita-cita untuk melukai orang lain.
-Ekspektasi pembalasan	Kemampuan seseorang untuk melakukan balas dendam dengan lebih banyak mengingat hal negatif dan memiliki rasa marah yang lama.

#### 2. Faktor Eksternal

Tabel 2.2 Faktor Eksternal Agresivitas

<sup>8</sup> Aprius Maduwita Kuswani, "Perilaku Agresi Pada Mahasiswa Di Tinjau Dari Kematangan Emosi", *Jurnal Psikologi Pitutur*, (2011), 1, 86-93.

-Provokasi	Sesuatu yang dianggap ancaman bagi pelaku agresi
-Intrusi	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk menyakiti atau melukai orang lain.
-Ancaman	Setiap usaha yang ditujukan kepada lawan dengan niat dan tujuan tertentu.
-Deindividuasi	Mengarah pada suatu tindakan kekeliruan sehingga agresi yang dilakukan lebih intens.
-Dehumanisasi	Penghilangan hak manusia.
-Anonimitas	Penghilangan atau penghapusan identitas.
-Bullying	Penyiksaan atau pelecehan yang dilakukan tanpa motif tertentu namun dilakukan dengan kesengajaan dan berulang-ulang.

#### 4. Bentuk Agresivitas .

Menurut Buss sebagaimana yang dikutip oleh Tri Dayakisni dan Hudainah mengelompokkan agresi dalam delapan jenis, yaitu :

- a. Agresi fisik aktif langsung: tindakan agresi fisik yang dilakukan individu/kelompok dengan cara berhadapan secara langsung dengan individu/kelompok lain yang menjadi targetnya dan terjadi kontak fisik secara langsung.<sup>9</sup>
- b. Agresi fisik pasif langsung: tindakan agresi fisik yang dilakukan oleh individu/kelompok dengan cara berhadapan dengan individu/kelompok lain yang menjadi targetnya, namun tidak terjadi kontak fisik secara langsung.
- c. Agresi fisik aktif tidak langsung: tindakan agresi fisik yang dilakukan oleh individu/kelompok lain dengan cara tidak berhadapan secara langsung dengan individu/kelompok lain yang menjadi targetnya.

---

<sup>9</sup> Ibid., 254.

- d. Agresi fisik pasif tidak langsung: tindakan agresi fisik yang dilakukan oleh individu/kelompok dengan cara tidak berhadapan dengan individu/kelompok lain yang menjadi targetnya dan tidak terjadi kontak fisik secara langsung.
- e. Agresi verbal aktif langsung: tindakan agresi verbal yang dilakukan oleh individu/kelompok dengan cara berhadapan secara langsung dengan individu/kelompok lain.
- f. Agresi verbal pasif langsung: tindakan agresi verbal yang dilakukan oleh individu/kelompok dengan cara berhadapan dengan individu/kelompok lain namun tidak terjadi kontak verbal secara langsung.
- g. Agresi verbal aktif tidak langsung: tindakan agresi verbal yang dilakukan oleh individu/kelompok dengan cara tidak berhadapan secara langsung dengan individu/kelompok lain yang menjadi targetnya.
- h. Agresi verbal pasif tidak langsung: tindakan agresi verbal yang dilakukan oleh individu/kelompok dilakukan dengan cara tidak berhadapan dengan individu/kelompok lain yang menjadi targetnya dan tidak terjadi kontak verbal secara langsung.

#### 5. Kontrol terhadap agresi

Menurut Dali Gula sebagaimana di kutip oleh Tri Dayakisni dan Hudainah menyatakan bahwa:

a. Katarsis

Pelepasan ketegangan emosional yang mengikuti suatu pengalaman yang kuat. Katarsis mungkin dapat membantu mengurangi ketegangan yang berada dalam diri seseorang, karena dalam melakukan katarsis individu akan:<sup>10</sup>

1. Mengalami perasaan yang lebih baik
2. Mengurangi kecenderungan untuk melakukan tindakan agresif yang berbahaya.

b. Sublimasi

Suatu bentuk penyaluran perasaan tegang atau kemarahan yang dapat diterima oleh masyarakat. Penyaluran ini dapat berupa aktivitas olahraga, kesenian, maupun aktivitas bisnis yang mengandung persaingan.

c. Supresi

Individu melakukan penekanan terhadap rasa marah yang dialami. Penekanan ini dilakukan mungkin karena norma masyarakat atau norma keluarganya yang tidak mengizinkan untuk mengekspresikan rasa marah secara terang-terangan.

## **B. Skizofrenia**

1. Pengertian skizofrenia

Skizofrenia adalah salah satu bentuk perilaku abnormal berat hingga dikatakan merupakan gangguan psikologis yang berat.

---

<sup>10</sup> Ibid., 257.

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku. Individu yang mengalami skizofrenia memiliki pemikiran yang tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar atau tidak sesuai dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang aneh. Penderita skizofrenia kehilangan kesadaran sehingga tidak mengenali atau memiliki kontak realitas.<sup>11</sup>

## 2. Diagnosis skizofrenia

Seseorang dikatakan mengalami gangguan kejiwaan, atau abnormalitas atau dinyatakan sebagai penderita skizofrenia jika sudah mengalami proses pemeriksaan sebagai berikut:

- a. Anamnesis, meliputi alasan berobat, riwayat gangguan sekarang, riwayat perkembangan diri penderita, latar belakang sosial seperti, keluarga, lingkungan masyarakat, pendidikan, pekerjaan, dan lain sebagainya.
- b. Pemeriksaan, dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik-diagnostik, status mentalik, radiologi, evaluasi psikologi dan lain sebagainya.
- c. Diagnosis, dapat dilakukan dengan menggunakan panduan aksis I yaitu klinis, aksis II yaitu kepribadian, aksis III yaitu kondisi medis, aksis IV yaitu psiko-sosial, dan aksis V yaitu taraf fungsi.

---

<sup>11</sup> Yustinus Semium, *Kesehatan Mental 3* (Yogyakarta: Kanisius, 2006), 20.

- d. Terapi, dapat dilakukan dengan cara farmakoterapi, psikoterapi, terapi sosial, terapi okupasional, dan terapi-terapi lainnya.
- e. Selanjutnya yaitu tindak lanjut dapat dilakukan dengan evaluasi terapi dan evaluasi diagnosis.<sup>12</sup>

Penegakan diagnosis skizofrenia didasarkan pada simtom-simtom klinis yang muncul. APA dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi V (DSM V) menyatakan untuk mendiganosis skizofrenia terdapat 6 kriteria diagnostik yang harus dipenuhi. Kriteria pertama adalah gejala karakteristik dimana gejala ini merupakan gejala utama dari skizofrenia. Individu yang didiagnosis mengalami skizofrenia minimal harus mengalami 2 simtom dari 5 simtom yang ditetapkan pada gejala karakteristik. Kelima gejala karakteristik adalah waham, halusinasi, bicara kacau, perilaku kacau dan gejala negatif (pendataran afek, alogia atau bicara yang sedikit, dan avolisi atau tidak mampu dalam kegiatan tertentu).

Gejala yang kedua adalah mengganggu fungsi sosial/pekerjaan. Gejala ketiga yaitu durasi, dimana simtom-simtom skizofrenia terjadi selama paling kurang 6 bulan. Sedangkan gejala keempat tidak termasuk gangguan skizoafektif dan gangguan mood. Adapun gejala kelima yaitu skizofrenia tidak terjadi karena efek dari kondisi medis umum dan zat. Terakhir adalah gejala yang keenam yaitu hubungan dengan gangguan pervasif

---

<sup>12</sup> Rusdi Maslim, *Diagnosis Gangguan Jiwa PPDGJ – III dan DSM -5* (Jakarta : PT Nuh Jaya, 2013), 9.

perkembangan. Artinya jika terdapat riwayat gangguan autistik atau gangguan perkembangan pervasif lainnya,<sup>13</sup>

Skizofrenia sendiri terdiri dari 3 fase yaitu fase prodromal, fase akut, dan fase residual. Fase akut adalah ditandai dengan kurangnya minat dalam aktivitas sosial dan meningkatnya kesulitan dalam memenuhi tanggung jawab di kehidupan sehari-hari. Pada mulanya kurang peduli akan penampilannya, tidak mandi dan menggunakan pakaian yang sama berulang-ulang. Perilaku eksentrik dan aneh. Penurunan performa kerja dan sekolah serta pembicaraan melantur.

Kedua adalah fase akut. Pada fase akut ini perilaku semakin aneh, seperti menimbun makanan, mengumpulkan sampah, atau berbicara sendiri di jalan. Simtom utama semakin berkembang pada fase ini seperti halusinasi, waham dan meningkatnya perilaku aneh. Sedangkan yang ketiga adalah fase residual. Pada fase ini perilaku penderita skizofrenia kembali muncul pada tingkat sebelumnya yang merupakan karakteristik dari fase prodromal. Meskipun simtom utama dari skizofrenia tidak muncul pada fase ini, namun orang tersebut tetap terganggu oleh perasaan apatis yang mendalam, kesulitan berpikir dan berbicara dan berpikir yang tidak biasa.

### 3. Faktor penyebab gangguan skizofrenia

Penyebab skizofrenia sangat beragam. Skizofrenia bisa disebabkan oleh faktor biologis, faktor sosial dan faktor psikologis. Faktor biologis seperti faktor genetika, faktor keluarga, dan terjadi neuropatologi. Faktor

---

<sup>13</sup> Rizqa Sabrina. "Konseling Eksistensial Untuk Meningkatkan Kebermanaan Hidup Pada Penderita Skizofrenia", Seminar Asean, 2 (februari, 2016), 380.

sosial yang paling banyak menjadi faktor risiko dari skizofrenia adalah kelas sosial dimana orang-orang dari kelas-kelas sosial rendah yang lebih sering mengalami kesulitan sehingga rentan mengalami skizofrenia. Selain itu, penyebab dari faktor sosial lainnya adalah peristiwa *stressfull*. Ketika individu yang mengalami peristiwa yang tertekan didukung dengan kerentanan yang ia miliki maka dapat menjadi faktor risiko. Faktor imigran juga menjadi pemicu dalam kategori faktor sosial.

Faktor psikologis yang berperan adalah emosi yang diekspresikan. Faktor ini biasanya dialami oleh penderita skizofrenia yang sudah dipulangkan dari rumah sakit. Biasanya anggota keluarga merefleksikan sikap negatif terhadap penderita seperti tidak menerima, selalu mengkritik dan perilaku negatif lainnya. Hal ini dapat memicu penderita skizofrenia mengalami fase residual.<sup>14</sup>

Selain faktor yang telah di sebutkan di atas, ada beberapa faktor lain yang dapat menyebabkan gangguan skizofrenia, adalah:

- a. Perilaku yang tidak dapat diterima secara sosial atau melanggar norma sosial. Setiap masyarakat memiliki norma-norma (standar) yang menentukan jenis perilaku yang dapat diterima oleh masyarakat dalam beragam konteks tertentu. Perilaku yang dianggap normal dalam budaya kita belum tentu dianggap normal dalam budaya lain.
- b. Persepsi atau intepretai yang salah, proses sensori dan proses kognitif memungkinkan kita untuk membentuk representasi mental yang akurat

---

<sup>14</sup> Ibid.,

tentang lingkungan sekitar. Namun melihat sesuatu atau mendengar suara yang tidak ada obyeknya akan disebut abnormalitas, dimana dalam budaya kita dianggap sebagai tanda-tanda yang mengalami gangguan.

- c. Orang-orang tersebut berada dalam proses stres personal yang signifikan, yang diakibatkan oleh gangguan emosi, kecemasan, ketakutan, atau depresi dapat dikatakan abnormal.
- d. Perilaku maladaptif/*self defeating*, perilaku yang menghasilkan ketidakbahagiaan dan bukan *self-fulfilment* dapat dianggap sebagai abnormalitas.
- e. Perilaku berbahaya, perilaku yang berbahaya bagi orang itu sendiri atau perilaku yang berbahaya bagi orang yang abnormalitas tersebut.<sup>15</sup>

#### 4. Klasifikasi skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia berdasarkan gambaran simtom dan bukan berdasarkan penyebabnya. Dimana perbedaan tidak dapat di tetapkan dengan jelas, kelima tipe utama skizofrenia adalah sebagai berikut:<sup>16</sup>

##### a. Skizofrenia jenis tidak terorganisasi (Hebefrenik)

Gejala mayornya adalah waham tidak sistematis, inkoheren, asosiasi lepas, perilaku umum tidak terorganisasi, afeknya datar, tumpul atau tidak wajar. Skizofrenia ini sebelumnya disebut dengan hebefrenik yang lebih dekat dengan pandangan sakit jiwa. Selain yang sudah disebutkan di atas gangguan ini bercirikan dengan tingkah laku bodoh, sifat

<sup>15</sup> Jefri S. Navid, Spancer A. Ratus, Berly Greene. *Psikologi Abnormal* (Jakarta : Erlangga, 2003), 5-7.

<sup>16</sup> Yustinus Semium, *Kesehatan Mental 3* (Yogyakarta: Kanisius, 2006), 20.

kekanak-kanakan. Inilah tipe yang dinamakan oleh Kraepelin dengan istilah “*dementia praecox*” karena tipe skizofrenia ini terdapat di kalangan remaja dan lebih parah di dibandingkan dengan tipe katatonik dan paranoid.<sup>17</sup>

#### b. **Skizofrenia Katatonik**

Gejala mayornya adalah abnormalitas motorik, baik aktivitas yang berlebihan atau terdapat inaktivitas, termasuk imobilitas, fleksibilitas seperti lilin (menempatkan ekstremitasnya pada suatu sikap dan mempertahankannya untuk beberapa waktu). Meskipun demikian, skizofrenia dengan tipe katatonik memiliki peluang besar untuk cepat sembuh dibandingkan dengan tipe skizofrenia yang lain. Penderita katatonik ini biasanya menunjukkan suatu pola yang khas pengunduran diri dari tingkat emosi apatis yang terjadi sedikit demi sedikit. Dalam reaksi katatonik penderita berubah-ubah sikap antara keadaan stupor (seperti terbius) dan keadaan gempar serta meledak-ledak.<sup>18</sup>

#### c. **Skizofrenia Paranoid**

Gejalanya adalah adanya delusi kebesaran mengalami halusinasi terutama pada halusinasi pendengaran, mengalami gangguan psikomotor seperti stupor, negatfisme, rigiditas, postur aneh, agitasi dan mutisme (bisu), mengalami kecemasan dan suka marah-marah, selalu bersifat argumentatif, hubungan interpersonal menguat, berpotensi berperilaku agresif pada diri sendiri atau orang lain, keterampilan kognitif dan afektif tetap utuh, menunjukkan hasil tes kognitif yang normal, memiliki persepsi

---

<sup>17</sup> Yustinus semium, *Kesehatan Mental 3* (Yogyakarta : Kanisius, 2006), 28.

<sup>18</sup> Ibid. 29.

superior terhadap pernyataan emosi, menunjukkan tingkat kesembuhan yang relatif besar apabila dibandingkan dengan tipe-tipe gangguan skizofrenia lainnya.

Individu yang terkena paranoid adalah orang yang sangat ambisius yang menetapkan cita-cita yang tidak mungkin dapat diraih dan kemudian menyalahkan orang lain atas kegagalannya dalam mencapai cita-cita itu. Dan penderita paranoid sebaiknya dirawat di rumah sakit, tetapi hal tersebut sulit dilakukan karena penyakitnya yang berubah-ubah dan penderita sendiri yang enggan untuk dirawat di rumah sakit.<sup>19</sup>

#### **d. Skizofrenia Residual**

Orang yang mengalami gangguan skizofrenia residual adalah orang-orang yang sekurang-kurangnya memiliki riwayat satu episode psikotik yang jelas pada masa lampau dan sekarang memperlihatkan beberapa tanda skizofrenia, seperti emosi yang tumpul, menarik diri dari orang lain (masyarakat), bertingkah laku ekstrim, atau mengalami gangguan pikiran, simtom halusinasi dan delusi hanya terjadi samar-samar.

Dan untuk diagnosis skizofrenia residual harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1. Gejala negatif yang menonjol dari gangguan ini misalnya, psikomotor lambat, aktivitas menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan tidak inisiatif.

---

<sup>19</sup> Yustinus Semium, *Kesehatan Mental* 3, 32.

2. Setidaknya ada satu riwayat satu episode psikotik yang jelas terjadi pada masa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
3. Setidaknya sudah melampaui kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham.
4. Tidak terdapat demensia atau penyakit atau gangguan otak organik yang lain. Depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.<sup>20</sup>

**e. Skizofrenia yang tidak terperinci**

Skizofrenia tidak terperinci merupakan keranjang sampah dimana skizofrenia tipe ini tidak memiliki salah satu atau lebih dari kriteria dari tipe skizofrenia yang dikemukakan. Menurut Muslim, skizofrenia yang tidak terperinci ini tidak memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia, tidak memenuhi kriteria skizofrenia katatonik, hiberfrenik, atau residural, dan tipe skizofrenia yang lainnya.<sup>21</sup>

Skizofrenia dengan gangguan agresif yang termasuk gangguan pola kepribadian dengan tingkah laku mereka yang emosinya tidak stabil dan antisosial, maka orang-orang inipun memperlihatkan ledakan-ledakan kejengkelan, kemarahan, dan bertingkah laku merusak sebagai respon terhadap frustrasi-frustrasi yang kecil sekalipun. Reaksi mereka dapat berbentuk perasaan dendam yang tidak sehat atau patologik. Tingkah laku mereka merupakan ungkapan ketergantungan tak sadar yang mendasarinya. Bentuk-bentuk agresi mereka seperti halnya marah-marah, berbicara sendiri,

---

<sup>20</sup> Yustinus Semuim, *Kesehatan Mental* 3, 33.

<sup>21</sup> Ibid, 33-34.

memukul benda-benda yang ada di sekitarnya, bahkan terkadang dengan melukai teman yang berada di sekilangnya.<sup>22</sup>

### **C. Bentuk Agresivitas Pasien Skizofrenia Di UPT Rehabilitasi Bina Laras Kras Kediri**

Seseorang yang mengalami gangguan jiwa terkadang tidak mendapat perhatian dan perawatan yang maksimal dari keluarganya. Banyak stigma yang terjadi ditengah-tengah masyarakat saat ini bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa tidak bisa sembuh dan tidak mampu untuk bermasyarakat lagi. Sehingga sering dijumpai orang-orang gila yang berjalan di jalanan.

Informasi diberitakan oleh Radar Kediri berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri menyatakan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa yang dipasung dari tahun 2014 hingga tahun 2016 mengalami peningkatan. Tahun 2016 terdapat 176 orang penderita dan ada 23 penderita gangguan jiwa yang dipasung.<sup>23</sup>

Bahkan banyak dari pasien gangguan jiwa yang dirawat di panti rehabilitasi atau mereka yang pindahkan dari RSJ ke panti rehabilitasi yang pada dasarnya sudah mendapatkan perawatan secara intensif masih ada kemungkinan untuk kambuh atau kembali ke masa kacaunya lagi. Dengan demikian pasien gangguan jiwa tidak dapat lepas dari pengobatan dan harus mendapatkan perhatian secara intensif untuk memantau perkembangan baik fisik maupun psikisnya.

---

<sup>22</sup> Yustinus Semium, *Kesehatan Mental 2* (Yogyakarta : Kanius, 2006), 24.

<sup>23</sup> “Adi , Penderita Sakit Jiwa Dipasung”, *Radar Kediri*, 02 Februari 2017, 25.

Dan pada saat mereka kambuh atau kembali ke masa kacaunya mereka dapat melakukan tindakan agresif yang membahayakan bagi dirinya sendiri, orang di sekelilingnya dan lingkungan mereka sebagai tempat tinggal. Bentuk perilaku agresif mereka dapat dilakukan secara verbal maupun non verbal (fisik).

Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien Skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Hal ini sesuai dengan diagnosa keperawatan yang biasa ditegakkan berdasarkan pengkajian gejala psikotik atau tanda positif. Kondisi ini harus segera ditangani karena perilaku kekerasan yang terjadi akan membahayakan diri pasien, orang lain, dan lingkungan. Hal ini yang menjadi alasan utama pasien *Schizofrenia* dibawa ke rumah sakit.<sup>24</sup>

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif. Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari rasa marah atau ketakutan yang maladaptif (panik).<sup>25</sup>

Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu dimana agresif verbal di satu sisi dan perilaku kekerasan (*violence*) di sisi yang lain. Perilaku kekerasan adalah suatu

---

<sup>24</sup> E. Prihatin, "Pengaruh Terapi Psikologi Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta", *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 4 (Mei 2015), 72-77.

<sup>25</sup> Ibid.,

keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain, sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol), sedangkan kemarahan adalah perasaan jengkel yang muncul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman.

Penelitian ini juga mendapat informasi dari salah satu Peksos UPT yang menjelaskan bahwa “di lingkungan UPT juga terdapat hal sama, yang mana banyak perilaku agresif yang dilakukan oleh klien baik secara verbal maupun non-verbal (fisik) yang terkadang membahayakan bagi klien lain, diri klien sendiri yang bersikap agresif, petugas UPT serta lingkungan sebagai tempat tinggal klien”.<sup>26</sup>

Berdasarkan hasil wawancara dan Jurnal Psikologi tersebut, peneliti menarik hipotesis bahwa banyak perilaku agresif pasien skizofrenia yang dilakukan pasca mendapat perawatan baik secara psikoterapi dan farmakoterapi. Yang dilakukan di lingkungan panti rahabilitasi.

Bentuk agresivitas yang terjadi di lingkungan UPT yang dilakukan oleh pasien skizofrenia baik pasien laki-laki dan pasien perempuan secara verbal (bahasa) memaki, ngomel-ngomel, marah, mengumpat, mencela, dan mencibir. Untuk agresi fisik (non verbal) seperti memukul, menendang, mendorong, memukul, serta melempar batu.

---

<sup>26</sup> TWT, peksos (Pekerja Sosial) UPT Bina Laras Kras Kediri, 3 Maret 2017

#### D. Prosedur Baku Perawatan Pasien Skizofrenia

Pengobatan penderita gangguan jiwa merupakan sebuah *journey of challenge* atau perjalanan yang penuh tantangan yang harus berkelanjutan. Penderita gangguan jiwa sulit untuk langsung sembuh dalam satu kali perawatan, namun membutuhkan proses yang panjang dalam penyembuhan. Karena itu, dibutuhkan pendampingan yang terus menerus sampai pasien benar-benar sembuh dan bisa bersosialisasi dengan orang lain secara normal. Ketika di rumah, dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar sangat dibutuhkan agar penderita bisa menjalani proses penyembuhannya.<sup>27</sup>

Penata pelaksanaan pasien skizofrenia dilakukan dengan tiga tahap menurut Kaplan dan Sadock yang dikutip oleh Ida Ayu Putu Asti D yang mana tahap tersebut adalah:<sup>28</sup>

- a. Pendekatan pengobatan disusun berdasarkan pengaruh pasien terhadap gangguan dan hasil pengobatan.
- b. Faktor lingkungan dan psikologi turut berperan dalam perkembangan skizofrenia, maka harus dilakukan juga terapi non farmakologi.
- c. Penanganan pada skizofrenia mempunyai manfaat lebih bila dilakukan kombinasi antara obat antipsikotik dan pengobatan psikososial daripada hanya obat antipsikotik saja.

---

<sup>27</sup> Weni Lestrai. "Stigma Dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat Yang Di Pasung". Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, (2014), VOL. 17:157-166.

<sup>28</sup> Green MF. "New Possibilities In Cognitions Enhancements For Schizophrenia". American Journal Of Psychiatry, (2009), VOL, 166:749-752.

## E. Bentuk Agresivitas Di UPT Bina Larasa KKras Kediri

No	Indikator	Bentuk
1	Agresi fisik aktif langsung	Memukul, menendang, mendorong
2	Agresi fisik pasif langsung	Menolak untuk diajak berbicara, bungkam.
3	agresi fisik pasif tidak langsung	Apatis, masa bodoh, cuek.
4	Agresi verb aktif langsung	Menghina, mencela, memaki, mengumpat.
5	Agresi verbal pasif langsung	Menolak berbicara, diam, acuh.
6	Agresi verbal pasif tidak langsung	Tidak memberi dukungan, apatis.

Table 2.3 bentuk agresif di lingkungan UPT.