

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu gangguan neurobiologikal pada bagian otak yang persisten serta serius dengan dengan munculnya gejala psikotik berupa delusi, halusinasi, gangguan mood dan pikiran yang dapat mengakibatkan gangguan fungsi kepribadian, pikiran, ingatan dan persepsi serta dapat menimbulkan kerusakan pada fungsi utama kehidupan baik secara individu, keluarga maupun komunitas (Buckley and Fostewr, 2014; fatani *et al.*, 2017; Dogra *et al.*, 2017 Miret *et al.*, 2016; Watmuff *et al.*, 2016).

2. Penyebab Skizofrenia

Penyebab dari skizofrenia belum diketahui secara pasti namun beberapa sumber menjelaskan adanya interaksi dari berbagai faktor sebagai berikut yaitu faktor lingkungan, genetik, ekonomi, kelompok rentan, masalah pada perkembangan selama kehamilan dan ditambahkan beberapa faktor sosial berupa kemiskinan, isolasi sosial, diskriminasi, hilangnya identitas budaya, tempat tinggal yang buruk serta faktor psikologi dalam bentuk tinggal pada lingkungan yang baru yang dapat menyebabkan kejadian stress pada individu (Fatani *et al.*, 2017; Dogra *et al.*, 2017; Tandon, 2009; Van Os *et al.*, 2010; Watmuff *et al.*, 2016).

3. Tanda Gejala Skizofrenia

Berdasarkan pandangan menurut Fatani *et al.*, (2017) dimana pasien skizofrenia mengalami sindrom perilaku serta kognitif yang kompleks dan heterogen

yang berasal dari gangguan perkembangan otak, disebabkan oleh faktor genetik, lingkungan ataupun keduanya. Gejala yang tampak dari suatu skizofrenia dibagi dalam 5 dimensi, yaitu gejala positif, gejala negatif, kognitif, agresif dan hostilitas serta gejala depresi dan *anxious*. Gejala positif menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan disorganisasi perilaku seperti katatonia atau agitasi/kegelisahan, gejala negatif terjadi secara spesifik seperti gangguan motivasi, menarik diri dari lingkungan sosial dan penurunan kemampuan berbicara. Gejala agresif dan *hostile* disini menekankan pada masalah pengendalian impuls, *hostile* bisa berupa suatu upaya penyerangan secara fisik atau verbal terhadap orang lain, termasuk juga perilaku mencederai diri sendiri (*suicide*), masalah dalam seksual yang terjadi dalam diri dan pasangan dengan skizofrenia serta seksual *acting out* (Fatani *et*

al., 2017; Fornito *et al.*, 2012; Dogra *et al.*, 2017; Stoelting *et al.*, 2012).

4. Kriteria Diagnosis

Kriteria diagnosis skizofrenia menurut (Fatani *et al.*, 2017; Tandon, 2009; Watmuff *et al.*, 2016) memenuhi salah satu dari ketentuan ini dan minimal dialami selama 1 bulan, ketentuan tersebut yaitu:

- 1) Minimal satu dari gejala berikut adalah *thought echo*, *thought insertion* (pikirannya bukan milik mereka sendiri tapi ditempatkan oleh orang lain atau *withdrawal* dimana pikiran tersebut dipindahkan dari pemikiran mereka atau *thought broadcast* dimana pemikiran mereka terbuka untuk umum sehingga mereka dapat mendengar); *delusi kontrol* (dapat mempengaruhi atau pasif dengan jelas berdampak terhadap tubuh atau gerakan tubuh atau pikiran tetentu, tindakan atau sensasi; persepsi delusi); adanya *halusinasi suara* yang mengomentari perilaku pasien, berdiskusi

antara mereka atau tipe halusinasi lainnya; *delusi menetap* terhadap sesuatu hal yang secara budaya tidak dapat diterima (hubungan dengan dunia lain). (Aquino, 2009; Schirmbeck & Zink, 2013)

- 2) Minimal dua dari gejala berikut adalah: *halusinasi menetap* (muncul setiap hari dan terus berlangsung selama 1 bulan, disertai delusi tanpa komponen afektif yang jelas atau disertai ide berlebihan menetap); *neologisme* (tepecahnya atau interpola proses pikir, menghasilkan pembicaraan yang tidak koheren dan tidak relevan); *perilaku katatonik* (seperti fleksibilitas berlebihan, mutisme, stupor); *gejala negatif* (seperti apatis, respon emosi yang tidak kongruen, kurangnya kemampuan berkomunikasi).

5. Jenis Skizofrenia

Beberapa jenis dari skizofrenia yaitu

- a. Skizofrenia paranoid; ciri utamanya ialah waham yang sangat mencolok/ halusinasi auditorik dalam konteks terdapat fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga, waham biasanya yaitu waham kebesaran tetapi waham dengan tema lain seperti waham kecemburuan, keagamaan atau somalisas (Hines and Marschall, 2012; Tandon, 2009; Watmuff *et al.*, 2016).
- b. Skizofrenia tidak terorganisir; ciri utamanya ialah pembicaraan dan tingkah laku kacau, innopropriate (afek datar). Pembicaraan ngawur diikuti dengan kekonyolan juga tertawa yang tidak jelas, disorganisasi tingkah lakupun dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup keseharian (Tandon, 2009; Tandon *et al.*, 2013; Watmuff *et al.*, 2016).

c. Skizofrenia katatonik; ciri utamanya ialah gangguan pada psikomotor yang dapat menimbulkan ketidakbergerakan motorik. aktivitas motorik yang berlebihan, negativisme yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi, gerakan yang tidak dapat dikendali, mengulang ucapan orang lain atau mengikuti tingkah laku orang lain (Tandon *et al.*, 2013; Watmuff *et al.*, 2016).

d. Skizofrenia undifferentiated; ciri utamanya ialah menampilkan perubahan pada pola simptom yang cepat menyangkut semua kategori dari skizofrenia, seperti kategori yang sangat sulit, kebingungan, emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah, adanya delusi, referensi yang berubah-ubah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme misalnya mimpi, depresi dan sewaktu-waktu ada fase yang menunjukkan ketakutan (Tandon *et al.*, 2019; Watmuff *et al.*, 2016).

e. Skizofrenia residual; ciri utamanya ialah nampak memperlihatkan kepercayaan negatif atau memiliki gagasan yang tidak wajar sepenuhnya delusional (Tandon, 2009; Tandon *et al.*, 2013; Watmuff *et al.*, 2016).

6. Penatalaksanaan skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia yang utama adalah dengan pengobatan obat antipsikotik yang dapat mempengaruhi fungsi perilaku, emosi maupun pikiran, dapat mengurangi gejala psikotik serta mencegah kekambuhan dan gangguan psikotik seperti kondisi depresi, mania dan juga delirium (Vallianatou, 2016; Kaplan & Saddock, 2010) adapun penatalaksanaan skizofrenia yang lain yaitu terdapat 3 fase antara lain fase akut, fase menstabilkan dan fase stabil.

a. Pada fase akut dilakukan pemeriksaan terhadap kemungkinan akan munculnya tanda positif,

negatif, disorganisasi isi pikir, gangguan afek, gangguan pikiran dan juga gangguan perilaku seperti bunuh diri, waktu onset atau munculnya gejala, situasi kehidupan saat inidan pemeriksaan pada status mental.

- b. Fase menstabilkan dimana pasien akan diperiksa untuk mengetahui gejala dan fungsi pemulihan setelah episode akut, pengobatan ini belum bisa menghilangkan seluruh gejala akan tetapi mungkin ada perubahan termasuk berubahnya intensitas maupun frekuensi gejala atau respon dari perilaku terhadap pengobatan
- c. Fase stabil disini penderita berada dalam kondisi stabil memiliki fungsi pemulihan yang baik dan harus dinilai minimal dalam setiap 3 bulan, pemeriksaan yang lebih sering dibutuhkan penderita yang berada pada keadaan ketergantungan atau penyalagunaan obat, adanya

dukungan sosial minimal, perubahan dari pengobatan atau adanya kejadian yang mengakibatkan stress. Gejala yang menetap seperti positif, negatif dan komorbid tidak selalu muncul terhadap penderita sehingga dapat menimbulkan stress namun dapat mengganggu fungsi pemulihannya.

7. Masalah seksual pada pasien skizofrenia

Masalah seksual pada pasien skizofrenia yang diklasifikasikan sebagai efek samping dari pengobatan antipsikotik terdapat 7 masalah besar yaitu antara lain (de Boer *et al.*, 2015).

a. Seksual desire merupakan sebuah fase awal pada tahapan siklus seksual dengan munculnya sebuah keinginan atau minat menyukai dan melakukan aktivitas seksual dengan pasangan. Pada umumnya dimulai dari pikiran, fantasi, mimpi, keinginan

sampai pada ketertarikan dalam pengalaman seksual(de Boer *et al.*, 2015).

- b. Seksual arousal merupakan suatu keadaan yang berhubungan dengan fase awal munculnya keinginan, lalu pada kondisi perasaan objek dengan perasaan suka, terpukau dengan akan dimulainya aktivitas seksual individu namun pada pasien jiwa yang mengkonsumsi antipsikotik dimana pasien melaporkan disfungsi arousal. Masalah arousal disfungsi juga terjadi pada pasien skizofrenia dalam pengobatan dengan antipsikotik sebesar 93% (Chiesa *et al.*, 2013)
- c. Seksual arousal; erectile dysfunction adalah suatu keadaan ketidakmampuan laki-laki dalam mencapai serta mempertahankan ereksi atau ketegangan pada penis. Dalam beberapa kondisi ereksi yang terjadi dalam fase yang sangat pendek

dan terkadang tertunda dan tidak mencapai ereksi yang penuh(de Boer *et al.*, 2015)

- d. Seksual arousal; Priapism merupakan suatu kondisi terjadinya nyeri hebat saat mempertahankan ereksi pada penis dimana kondisi ini merupakan bagian dari disfungsi ereksi yang diikuti dengan retensi urin, dalam insiden kejadian disfungsi ereksi sebesar 40-50% didalamnya juga terdapat priapism (de Boer *et al.*, 2015)
- e. Seksual arousal; Vagina Lubrication adalah suatu eksresi cairan yang terjadi di mulut vagina yang bertujuan untuk menyiapkan kondisi wanita pada fase plateau sebelum mencapai orgasme
- f. Orgasme dijelaskan dengan karakteristik sebuah puncak kenikmatan seksual yang dirasakan oleh pasangan.. fase ini memiliki karakteristik dengan memuncaknya denyut jantung, tekanan darah dan pernapasan.

g. Ejakulasi merupakan suatu keadaan terjadi pengeluaran air mani selama orgasme pada laki-laki. Gangguan ejakulasi terjadi dari adanya perubahan dalam konsistensi atau volume saat ejakulasi. Penurunan volume saat ejakulasi dengan frekuensi sebesar 8%-58% yang dilaporkan dalam studi meta analisis tentang seksual disfungsi pada pasien skizofrenia (Serretti and Chiesa, 2011).

B. Seksual

1. Defenisi seksual

Seksual memiliki pengertian yang luas tidak hanya sekedar mengenai hubungan seks saja, seksual merupakan perasaan dan perilaku yang unik dari setiap manusia, misalnya persepsi diri sebagai seorang laki-laki ataupun perempuan, perilaku yang digunakan untuk kenikmatan seksual, interaksi dengan keluarga, teman dan pasangan. Seksual juga merupakan hasil penjumlahan dari faktor biologis,

psikologis, sosial, ekonomi, budaya, etik dan agama. Faktor biologis meliputi dari anatomi dan fisiologis perkembangan seksual dan aktivitas seksual; faktor psikologis meliputi identitas gender, konsep diri individu tentang seksual, penilaian terhadap jenis kelamin yang dimiliki sebagai laki-laki dan perempuan; faktor sosialkultural berkaitan erat dengan orientasi seksual, sistem nilai baik dalam keluarga, teman sebaya maupun masyarakat. Seksual menurut WHO (2011), merupakan komponen penting dalam identitas individu yang didalamnya mencakup perasaan, perilaku dan sikap individu sehingga membentuk respon fisik, sosial, emosional, dan intelektual individu. Seksual dimulai ketika lahir dan berlanjut sepanjang kehidupan serta dipengaruhi oleh lingkungan yang ada di sekitarnya.

2. Fungsi Seksual

Menurut WHO (2011) fungsi seksual ada tiga komponen yaitu:

a. Seksual untuk tujuan reproduksi

Dalam hal ini tidak ada persyaratan yang sulit dan hubungan seksual ini yaitu yang paling mudah walaupun ada beberapa pasangan suami istri yang tidak berhasil mendapatkan keturunan. Semula orang berpendapat terutama segi agama bahwa fungsi hubungan seksual itu semata untuk mendapatkan keturunan, oleh karena itu mereka berpendapat bahwa seksual itu ialah sesuatu yang suci dan hal yang tabu serta patut dibicarakan secara terbuka

b. Seksual untuk pernyataan cinta

Dalam hal ini juga tidak sulit, meskipun lebih kompleks dari fungsi pertama karena kejadian ini didukung oleh ikatan cinta

c. Seksual untuk kenikmatan dan kesenangan

Dalam hal ini bentuk fungsi seksual merupakan hal yang paling sulit dibandingkan dengan kedua fungsi seksual sebelumnya, disini dituntut kemampuan untuk menghayati hubungan yang cukup lama dan mampu mengalami orgasme tanpa harus merugikan salah satu pihak. Hubungan seksual yang merugikan satu pihak seperti terjadi diluar pernikahan.

Sebagai manusia yang memiliki kebutuhan biologis, kebutuhan seksual merupakan kebutuhan yang harus diperhatikan hal ini dikarenakan kebutuhan seksual tidak terlepas dari kehidupan seseorang akan tetapi pemenuhannya bisa disalurkan melalui cara yang berbeda-beda sesuai dengan keinginan individu termasuk juga pada pasien skizofrenia serta pada pasangan hidupnya yaitu suami atau istri Team, R., (2010). Berdasarkan dari

Triangular Teori Cinta oleh (Sternberg, 2018) yang terdiri dari *intimacy*, *passion* dan *commitment*. Secara general teori ini menjelaskan bahwa hubungan seks yang dimulai dengan keintiman yang erat lalu melalui *foreplay* yang hangat diteruskan dengan pencapaian puncak kenikmatan seksual (orgasme) melauai coitus ataupun hanya dengan masturbasi atau onani dan diakhiri dengan sebuah komitmen untuk mempertahankan hubungan seksual yang memberikan kebahagiaan bersama-sama yang muncul dari energy psikis dalam libido seksual. Libido seksual inilah yang dibutuhkan individu dalam melakukan relasi atau hubungan seksual. Relasi seksual secara normal adalah mekanisme manusia yang vital dalam meneruskan keturunan dan kebahagiaan dalam rumah tangga. Pada hubungan seksual yang normal dalam pasangan yang juga tidak terlepas dari pasangan skizofrenia yaitu laki-laki dan perempuan menghayati bentuk kenikmatan serta

puncak kenikmatan seksual berupa orgasme. Ketika individu dapat mencapai orgasme ketika melakukan hubungan seksual maka tubuh secara fisiologis akan mengeluarkan hormon *endorphin* yang berdampak meningkatkan system neurologis menghantarkan hormone tersebut untuk meningkatkan relaksasi otot dan meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah yang meningkatkan sirkulasinya keseluruh jaringan tubuh terutama otak, sehingga sistim limbik di otak akan meningkatkan *mood* seseorang menjadi meningkat. Peningkatan *mood* yang positif pada pasien gangguan jiwa akan berpengaruh pada proses penyembuhan.

3. Hak seksual

Seksual telah diakui secara internasional oleh Organisasi Kesehatan Dunia sebagai aspek sentral dan fundamental dari kehidupan yang sehat serta merupakan hak asasi manusia. Seksual terdiri dari seks, identitas, peran gender, orientasi seksual, kesenangan, keintiman serta reproduksi dari

kehidupan manusia yang dinamis dan terintegrasi yang diungkapkan melalui sikap, perilaku maupun yang dipengaruhi oleh budaya dan nilai (WHO, 2011). Seksual telah menjadi salah satu aspek penting dalam penyediaan perawatan kesehatan sejak tahun 1970, bahwa setiap individu memiliki hak atas perawatan serta informasi kesehatan seksual untuk membuat keputusan sendiri tentang kehidupan seksualnya sendiri.

C. Perilaku Seksual

1. Pengertian Perilaku Seksual

Perilaku seksual adalah semua bentuk perilaku yang terjadi karena didorong oleh hasrat seksual baik lawan jenis maupun sesama jenis yang dimulai dari perasaan tertarik sampai pada tingkah laku bermesraan, bercumbu, berkencan sampai melakukan senggama (Bowers *et al.*, 2014).

2. Tahapan perilaku seksual

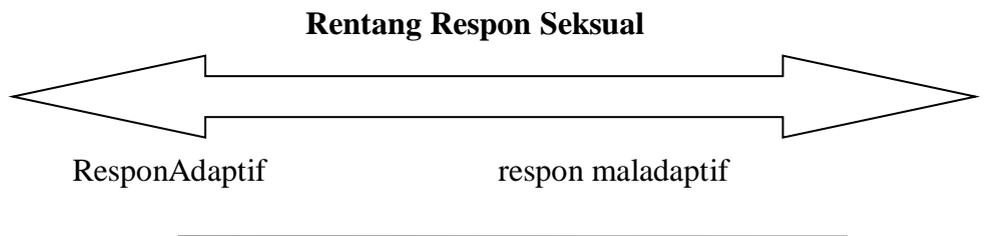
Tahapan dari perilaku seksual terdapat lima tahap yang dimulai dari tahapan yang biasa sampai tahap yang paling berat sifatnya yaitu

- a. *Awakening and eksploration* merupakan tahap awal perilaku seksual dengan dimulainya dari rangsangan terhadap diri sendiri seperti menonton film, fantasi, membaca buku porno.

- b. *Autosexuality*: masturbasi adalah tahapan perilaku seksual selanjutnya dengan perilaku seksual untuk merangsang diri sendiri dengan masturbasi pada frekuensi meningkat agar individu mendapatkan kepuasan seksual.
- c. *Heterosexuality: kissing and necking* yang merupakan tahapan perilaku seksual selanjutnya dengan saling merangsang pasangan namun tidak mengarah pada daerah sensitif dan hanya terbatas pada bentuk ciuman dibibir dan leher pasangan.
- d. *Heterosexuality: light petting and heavy petting* dimana perilaku seksual dengan menempelkan anggota tubuh dan masih dengan memakai pakaian, *heavy petting* perilaku seksual menggesek-gesekan alat kelamin dalam keadaan tidak memakai pakaian, tahap ini awal dimulainya hubungan seks

e. *Heterosexuality: copulation* dimana tahapan akhir dari perilaku seksual yaitu dengan terjadinya hubungan seksual (Bowers *et al.*, 2014).

3. Rentang Respon seksual



Perilaku seksual yang memuaskan, menghargai hak orang lain	Gangguan perilaku seksual sebagai akibat penilaian personal dan sosial	Disfungsi performa seksual	Perilaku seksual yang membahayakan, pemaksaan, tidak privasi atau bukan dua orang dewasa.
--	--	----------------------------	---

Gambar 1: Rentang respon seksual perilaku; Stuart. W. Gail, (2016)

Pemenuhan kebutuhan seksual secara adaptif dilakukan antara dua orang dewasa yang berlawanan jenis yang saling memuaskan individu yang terlibat secara fisik dan psikologis dengan tidak membahayakan individu juga tidak adanya paksaan dan kekerasan yang dilakukan ditempat yang tertutup (Irianto, 2014).

4. Jenis perilaku seksual

Beberapa jenis perilaku seksual menurut Master (1992) dalam (Kismodi *et al.*, 2015) yaitu

- a. Masturbasi yang dilakukan dengan menstimulasi organ genital sendiri dengan sengaja untuk mendapatkan kepuasan yang disertai dengan fantasi seksual dan memberikan efek kenikmatan dan perasaan bersalah.
- b. Perabaan daerah sensitive dimana merupakan bentuk perilaku seksual yang dilakukan dengan

kontak fisik antara pria dan wanita dalam mewujudkan rangsangan erotis tanpa melakukan hubungan seksual, sentuhan seksual yang dilakukan dengan berpelukan, perabaan payudara, berciuman serta perabaan alat kelamin.

- c. Oral genital seks merupakan salah satu alternatif dari aktivitas seksual dengan memunculkan rangsangan pada alat kelamin pasangan. Perilaku oral genital sex ini lebih aman dikarenakan tidak akan terjadi kehamilan
- d. Hubungan seksual yang lebih dikenal dengan senggama dengan pencapaian kenikmatan serta bertemunya sperma dan sel telur.
- e. Perilaku seksual yang termasuk dalam kategori penyimpangan perilaku yaitu perilaku homoseksual atau hubungan seksual sesama jenis baik dilakuakn pada kelompok laki-laki ataupun kelompok perempuan.

5. Model teori perilaku keperawatan

Fokus unik dari konsep yang dikemukakan oleh Dhorothy E. Johnson adalah konsep model sistem perilaku yaitu terdapat pada tingkah laku sosial adalah ciri dan tindakan yang dapat diamati dari manusia yang memperhitungkan keberadaan aktual. Model perilaku Dhorothy E. Johnson mendefinisikan perilaku seperti yang disepakati oleh para ahli biologi dan perilaku, yaitu suatu keluaran dari struktur intraorganisme dan proses yang terkoordinasi didalamnya serta dimunculkan dan direspon untuk mengubah stimulasi sensori. Johnson menitik beratkan pada perilaku yang dipengaruhi secara actual atau potensial terhadap segala sesuatu yang membutuhkan adaptasi atau penyesuaian keadaan yang bermakna (Johnson, 1980 dalam Alligood, 2010)

Sistem Dhorothy E. Johnson menggunakan definisi sistem yang dicetuskan oleh Rapoport (1968)

yaitu “Suatu sistem adalah suatu keseluruhan fungsi sebagai semua bagian yang memiliki ketergantungan antar bagian yang menyusun didalamnya”. Dhorothy E. Johnson sepakat dengan pendapat yang diungkapkan oleh Chin yang menyatakan bahwa “adanya suatu organisasi, interaksi, interdependensi dan integrasi dari seluruh unsur pendukungnya”. Selain itu, seorang manusia berusaha untuk mempertahankan suatu keseimbangan melalui perubahan dan penyesuaian terhadap kekuatan yang mempengaruhinya (Dhorothy E. Johnson , 1980 dalam Aligood 2010)

Suatu sistem perilaku mencakup cara-cara berperilaku yang terpola, berulang dan memiliki tujuan. Cara berperilaku ini membentuk suatu fungsi unit yang tertata dan terintegrasi yang membedakan dan membatasi interaksi antara seseorang dan dengan lingkungannya serta membentuk suatu relasi antara seseorang dengan benda, peristiwa dan situasi yang

ada pada lingkungan tempatnya berada. Biasanya suatu perilaku dapat dideskripsikan dan dijelaskan. Manusia sebagai suatu sistem perilaku berusaha untuk mencapai stabilitas dan keseimbangan dengan melakukan perubahan dan adaptasi, kondisi ini akan berhasil jika menggunakan fungsi yang efektif dan efisien yang ada dalam dirinya.

Sistem perilaku mempunyai beberapa aktivitas yang dilakukan, bagian dari sistem akan membentuk suatu subsistem yang memiliki aktivitas yang lebih spesifik. Suatu subsistem adalah suatu sistem kecil yang mempunyai tujuan dan fungsi tersendiri yang dapat dipelihara sepanjang hubungan dengan subsistem atau lingkungan yang lain tidak terganggu. Ketujuh subsistem yang teridentifikasi oleh Johnson bersifat terbuka, terkait satu dengan lainnya dan saling berhubungan satu dengan lainnya. Input dan hasil (output) merupakan komponen dari subsistem tersebut (Grubbs, 1980 dalam Alli good, 2010).

Adanya motivasi dapat mengarahkan aktivitas subsistem yang senantiasa berubah melalui proses maturasi, pengalaman dan pembelajaran. Sistem ini menggambarkan seluruh proses yang terjadi di berbagai situasi dengan latar belakang budaya yang berbeda serta dikendalikan oleh faktor biologis, psikologis dan social. Ketujuh subsistem ini adalah

1) Subsistem keterikatan afiliasi
(*attachmentaffiliative*)

Subsistem yang paling kritis karena membentuk landasan untuk semua organisasi sosial. Pada kondisi umum, hal ini menjadi bagian pertahanan dan keamanan. Sebagai konsekuensinya adalah inklusi sosial, kedekatan (*intimacy*), susunan dan pemeliharaan ikatan sosial yang kuat.

2) Subsistem Ketergantungan (*dependency*)

Subsistem ketergantungan mengembangkan perilaku pemberian pertolongan yang memunculkan adanya suatu respon terhadap

kebutuhan pemberian asuhan keperawatan. Konsekuensinya adalah bantuan persetujuan, perhatian/pengenalan dan bantuan fisik.

3) Subsistem ingestif (*ingestive*)

Subsistem ingestif adalah “segala sesuatu yang harus dikerjakan kapan, bagaimana, apa, berapa banyak makanan yang kita makan”.Hal ini menunjukkan fungsi yang luas dari kepuasanapetitif (*appetitive*).Perilaku itu berhubungan dengan pertimbangan sosial, psikologis dan biologis.

4) Subsistem eliminasi(*eliminative*)

Subsistem eliminasi membahas tentang “kapan, bagaiman dan kondisi tertentu yang memerlukan tindakan eliminasi”.Dalam hal ini, faktor sosial dan psikologis yang mempengaruhi aspek biologis dari subsistem ini dan memungkinkan pada suatu waktu tertentu bisa mengalami konflik dengan subsistem eliminasi.

5) Subsistem seksual (*Sexual*)

Subsistem ini memiliki fungsi ganda yaitu berkaitan dengan reproduksi dan hal yang menciptakan kesenangan (*gratification*) yang didalamnya bukan hanya mencakup aktifitas seksual dengan pasangannya saja. Sistem respon ini dimulai dengan perkembangan peran dari identitas gender dan perilaku peran seksual.

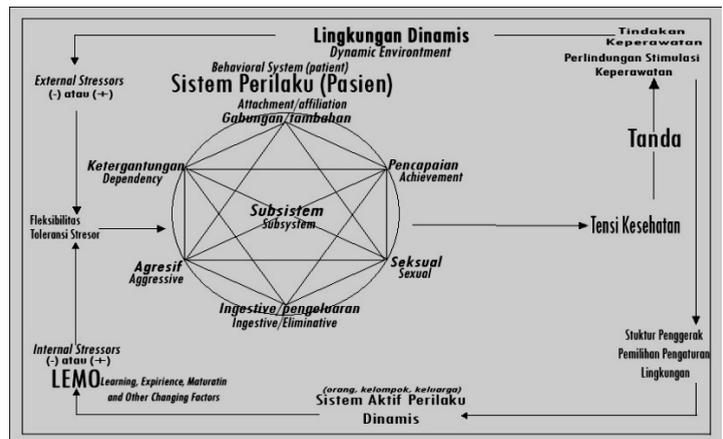
6) Subsistem pencapaian (*achievement*)

Subsistem ini dimaksudkan untuk memanipulasi lingkungan. Hal ini berfungsi sebagai pengendalian atau penguasaan terhadap suatu aspek dari diri atau lingkungan untuk mencapai suatu keberhasilan yang diharapkan.

7) Subsistem Agresif-proteksi
(*aggressiveprotective*)

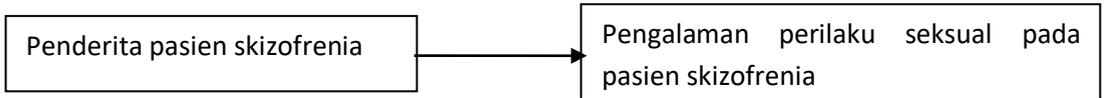
Fungsi dari subsistem ini adalah perlindungan dan pemeliharaan. Hal tersebut lebih dikembangkan berdasarkan alur berfikir. Perilaku agresif tidak

hanya dipelajari, tetapi memiliki intensitas primer untuk menyakiti orang lain. Masyarakat membutuhkan perlindungan diri sendiri serta segala sesuatu kepemilikannya perlu dihargai dan dilindungi.



Gambar 2: Model Sistem Behavioral Johnson. (Dikonseptualisasi oleh Jude A. Magers, Indianapolis; dalam Nursing Theorist and Their Work, 2010)

D. Kerangka Penelitian



Gambar 3. Kerangka Penelitian