

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP PENYAKIT

1. Konsep Dasar Skizofrenia

a) Definisi

Menurut Sutejo (2022) Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia sering ditemukan pada lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia. Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan distur gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku. *World Health Organisation* (WHO) 2022 menjelaskan bahwa Skizofrenia merupakan penyakit gangguan yang menyebabkan terganggunya semua aspek kehidupan termasuk fungsi pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, dan pekerjaan. Stigma terhadap orang dengan Skizofrenia yang semakin kuat dan bisa menyebabkan pengucilan social dan perubahan perilaku yang sangat signifikan. pemilihan perawatan yang tepat dan efektif bagi penderita Skizofrenia dan setidaknya satu dari tiga penderitanya akan dapat pulih sepenuhnya. Jadi Kesimpulannya Skizofrenia adalah gangguan jiwa kompleks yang ditandai dengan penyimpangan mendasar dalam pikiran dan emosi, sering kali dengan ekspresi emosi yang tidak wajar. Gangguan ini dapat dialami oleh siapa saja, di berbagai lapisan masyarakat, dan mempengaruhi kognisi, emosi, persepsi,

pemikiran, dan perilaku. Dampaknya luas, mengganggu fungsi pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, dan pekerjaan. Stigma yang kuat terhadap penderita skizofrenia memperburuk pengucilan sosial dan perubahan perilaku. Namun, dengan perawatan yang tepat dan efektif, sepertiga penderita skizofrenia memiliki potensi untuk pulih sepenuhnya.

b) Etiologi

Beberapa factor yang menyebabkan terjadinya Skizofrenia menurut Hany (2024) adalah :

1. Faktor genetik

Studi kembar dan keluarga menunjukkan bahwa faktor genetik dapat menjelaskan sekitar 80% risiko skizofrenia. Variasi genetik umum yang terkait memengaruhi risiko, tetapi mutasi langka memengaruhi lebih banyak.

2. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang menjadi factor terjadinya Skizofrenia seperti komplikasi saat melahirkan, kesulitan di kehidupan awal, tumbuh di lingkungan perkotaan, dan status migran diperkirakan berinteraksi dengan kecenderungan genetik untuk mempengaruhi kemungkinan mengembangkan Skizofrenia.

3. Pengguna bahan psikoaktif

Peningkatan risiko Skizofrenia di kalangan pengguna ganja muda dan pengguna ganja berat, dengan risiko yang tampaknya bergantung pada dosis yang tinggi dengan waktu yang lama.

c) Gejala Skizofrenia

Menurut Alifiati Fitrikasari & Linda Kartikasari (2022) Gejala skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori, yaitu gejala positif, gejala negative, dan gejala kognitif :

1. Gejala Positif :

Gejala yang tampak pada individu dan seharusnya tidak ada pada individu normal serta biasanya dapat diamati. Ini adalah gejala yang berhubungan dengan episode psikotik yang parah dan terutama terganggu dalam berpikir dan penyajian. Mereka meliputi halusinasi, delusi, dan perilaku aneh lainnya.

2. Gejala Negatif :

Gejala yang mungkin ada pada individu normal tetapi pada skizofrenia lebih intens, termasuk hilangnya ekspresi emosional, kehilangan ide, hilangnya motivasi, hilangnya kesenangan, dan hilangnya perhatian.

3. Gejala Kognitif :

Gejala kognitif skizofrenia mungkin tidak kasat mata, terutama pada tahap awal penyakit, namun sangat mengganggu dan menyebabkan Sebagian besar disabilitas yang terkait dengan gangguan ini. gejala kognitif mencakup gangguan perhatian, memori kerja, dan fungsi eksekutif.

d) Patofisiologi

Skizofrenia adalah kondisi dengan penyebab yang beragam. Patofisiologi skizofrenia menurut Putri & Maharani (2022)

1. Faktor genetik

Orang-orang dengan riwayat keluarga yang menderita skizofrenia memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami penyakit ini. Anak yang memiliki

orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko 5% untuk mengalami kondisi serupa. Sementara itu, individu dengan saudara kandung atau kembar dizigot yang mengalami skizofrenia memiliki risiko sekitar 10%, dan pada kembar monozigot, risiko mengidap skizofrenia mencapai 40%.

2. Gangguan neurotransmitter

Dalam hipotesis dopamin, ditemukan hyperaktivitas dopamin di pusat saraf. Peningkatan aktivitas dopamin dalam sistem limbik dikaitkan dengan gejala positif. Obat antipsikotik yang bertindak sebagai antagonis reseptor dopamin pascasinaps (D2) terbukti efektif untuk mengatasi gejala positif skizofrenia. Hipotesis serotonin menyatakan bahwa kelebihan serotonin dapat menyebabkan gejala positif maupun negatif. Neurotransmitter lainnya yang diduga terkait dengan patofisiologi skizofrenia meliputi asetilkolin, glutamat, norepinefrin, asam aminobutirat (GABA), dan lainnya.

3. Gangguan Morfologi dan Fungsi Otak

Perubahan pada struktur dan fungsi otak yang sering terlihat pada penderita skizofrenia mencakup pelebaran ventrikel ketiga dan lateral, atrofi lobus temporal serta medial, dan gangguan pada girus hipokampus, parahipokampus, serta amigdala. Namun, tidak ada kerusakan spesifik yang dapat dijadikan patokan pada penderita skizofrenia.

2. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

a. Definisi

Defisit perawatan diri menurut Orem merujuk pada ketidakmampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri dengan baik. Hal ini mengakibatkan perlunya beberapa sistem yang dapat membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya (Erlando et al., 2019). Defisit perawatan diri adalah istilah yang umum digunakan di bidang kesehatan untuk menggambarkan kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan dalam menjalankan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, atau melakukan kegiatan sehari-hari lainnya. Kesulitan ini bisa berasal dari berbagai kondisi kesehatan, baik fisik maupun mental (Sapitri et al., 2024)

Defisit perawatan diri dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan fisik seseorang. Ketika kebersihan pribadi tidak terjaga dengan baik, individu berisiko mengalami berbagai masalah kesehatan. Beberapa gangguan fisik yang mungkin muncul antara lain adalah gangguan integritas kulit, masalah pada membran mukosa mulut, infeksi di area mata dan telinga, serta berbagai gangguan fisik lainnya (Indriani et al., 2021). Jadi dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah kondisi ketidakmampuan individu dalam melakukan aktivitas perawatan diri sehari-hari akibat masalah kesehatan fisik atau mental, yang berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan fisik seperti masalah kulit, mukosa mulut, dan infeksi. Kondisi ini memerlukan intervensi sistematis untuk membantu individu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.

b. Jenis – jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Laia & Pardede (2022) Jenis – jenis perawatan diri dibagi menjadi empat yaitu :

1. Defisit perawatan diri : mandi Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.
2. Defisit perawatan diri : berdandan atau berhias Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
3. Defisit perawatan diri : makan Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.
4. Defisit perawatan diri : toileting Ketidak mampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defeksi atau berkemih tanpa bantuan.

c. Penyebab

Menurut PPNI (2016) penyebab Defisit Perawatan Diri sebagai berikut:

1. Gangguan muskuloskeletal
2. Gangguan neuromuskuler
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan psikotik
5. Penurunan motivasi

d. Tanda Dan Gejala

Menurut PPNI (2016) tanda dan gejala Defisit Perawatan Diri sebagai berikut:

Tabel 1.
Tanda dan gejala mayor dan minor Defisit Perawatan Diri

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang
Subjektif	Objektif
(Tidak tersedia)	(Tidak tersedia)

(Sumber : PPNI, SDKI 2016)

e. Kondisi Klinis Terkait

Menurut PPNI, SDKI (2016) Kondisi Klinis Terkait Defisit Perawatan Diri sebagai berikut:

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. Stroke | 6. Delirium |
| 2. Cedera Medula Spinalis | 7. Demensia |
| 3. Depresi | 8. Gangguan amnestik |
| 4. Arthritis reumatoid | 9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain |
| 5. Retardasi mental | 10. Fungsi penilaian terganggu |

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap fundamental dari keseluruhan proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi dan data pasien. Hal ini dilakukan agar dapat mengidentifikasi masalah, kebutuhan kesehatan, dan layanan keperawatan klien, baik yang bersifat fisik, mental, sosial, maupun lingkungan. Pengkajian yang menyeluruh, tepat, dan sesuai dengan kenyataan serta kebenaran data sangat krusial untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan dalam memberikan perawatan keperawatan yang sesuai dengan reaksi individu. (Rizal, 2021) Pengkajian Keperawatan meliputi :

a. Pengumpulan data

- 1) Identitas pasien dan penanggung jawab Identitas pasien mencakup nama, usia, jenis kelamin, tanggal dan waktu pemeriksaan, serta nomor rekam medis.
- 2) Keluhan utama Keluhan utama mencerminkan kondisi yang dirasakan pasien saat ini, yang mengharuskannya dirawat di rumah sakit. Pada umumnya, pasien skizofrenia dengan harga diri rendah kronis akan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia, namun disertai perasaan malu, merasa tidak berguna, dan merasa tidak mampu melakukan apapun.
- 3) Faktor predisposisi Faktor predisposisi berkaitan dengan penyebab munculnya skizofrenia dengan harga diri rendah kronis. Pengkajian terhadap faktor predisposisi untuk harga diri rendah kronis dilakukan dengan mengumpulkan data mengenai riwayat kekerasan fisik yang dialami

pasien, riwayat penolakan dari lingkungan sekitar, dan riwayat peristiwa tidak menyenangkan yang pernah dialami.

- 4) Pemeriksaan fisik Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengidentifikasi adanya kelainan pada tubuh pasien. Pada pasien dengan harga diri rendah kronis, biasanya ditemukan postur tubuh yang cenderung membungkuk.
- 5) Pengkajian psikososial

Genogram Dalam genogram, biasanya akan terlihat anggota keluarga yang memiliki penyakit serupa dengan pasien. Pola komunikasi pasien cenderung terganggu, begitu juga dengan proses pengambilan keputusan dan pola asuh dalam keluarga.

b. Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah keperawatan mencakup masalah-masalah yang dialami pasien, disusun berdasarkan prioritas masalah tersebut. Berikut adalah daftar masalah keperawatan dalam laporan kasus ini :

- 1) Gangguan pemeliharaan kesehatan
- 2) Defisit Perawatan Diri
- 3) Kehilangan fungsi tubuh, kekurangan motivasi

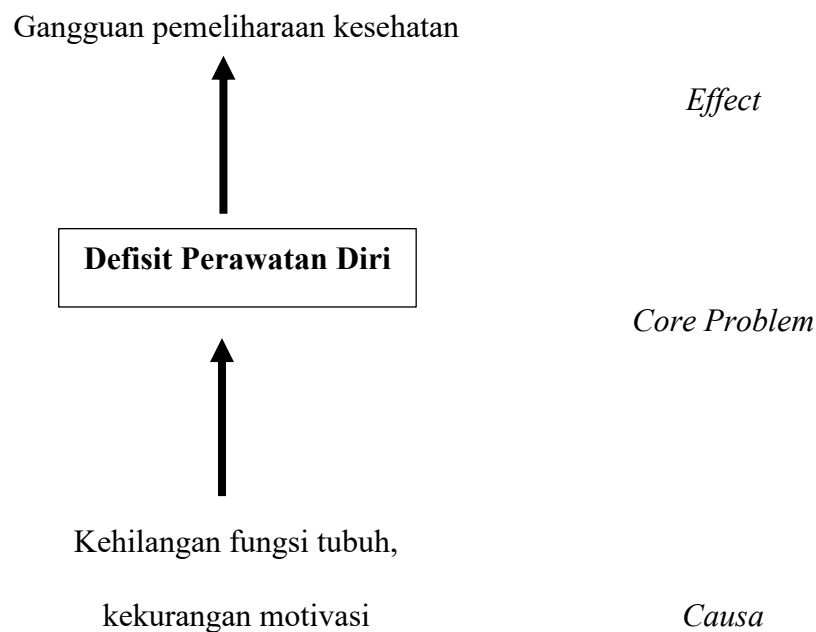
c. Pohon Masalah

Analisis masalah yang ditegakkan dalam kasus skizofrenia ini satu masalah utama yang muncul adalah defisit perawatan diri, yang dapat terjadi akibat Kehilangan fungsi tubuh, kurangnya motivasi yang berkembang dari berbagai faktor.

Secara biologis, Skizofrenia merupakan gangguan mental yang ditandai dengan kekacauan pada pola berpikir, proses persepsi, afeksi, dan

perilaku sosial, selain itu skizofrenia juga penyakit gangguan yang menyebabkan terganggunya semua aspek kehidupan termasuk fungsi pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, dan pekerjaan. Stigma terhadap orang dengan Skizofrenia yang semakin kuat dan bisa menyebabkan pengucilan social dan perubahan perilaku yang sangat signifikan, sehingga bisa menyebabkan defisit perawatan diri.

Jika defisit perawatan diri tidak ditangani, pasien dapat mengalami gangguan pemeliharaan kesehatan, yang ditandai gangguan integritas kulit, masalah pada membran mukosa mulut, infeksi di area mata dan telinga, serta berbagai gangguan fisik lainnya. Oleh sebab itu dapat dijabarkan dalam pohon masalah berikut



Gambar 1 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri

Sumber : (Ns. Sutejo, Keperawatan Jiwa 2018)

2. Diagnosis

Menurut PPNI, (2016) Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan yang muncul terkait dengan Defisit Perawatan Diri yaitu

- a. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan (*b.d*) gangguan psikologis dan psikotik ditandai dengan (*d.d*) menolak melakukan perawatan diri, tidak mampumandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, serta minat melakukan perawatan diri kurang.

3. Perencanaan

Menurut PPNI, (2018) Perencanaan terdiri dari perumusan tujuan dan intervensi. Tujuan dirumuskan dengan tiga komponen yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil. Intervensi diharapkan dapat mengatasi etiologic atau tanda dan gejala diagnosis keperawatan. Penerapan luaran keperawatan dengan menggunakan tiga komponen di atas dapat dilakukan dengan dua metode, yaitu: metode dokumentasi manual/tertulis, dan metode dokumentasi berbasis komputer.

Intervensi keperawatan yang disusun diharapkan dapat mengatasi etiologic atau tanda/gejala diagnosis keperawatan. Intervensi terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung. Masing-masing intervensi terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi PPNI (2018).

Tabel 2.
Rencana Keperawatan Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4
Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x.. kunjungan maka	Intervensi Utama Dukungan Perawatan Diri	Intervensi Utama Dukungan Perawatan Diri
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan psikotik ditandai dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri, serta minat melakukan perawatan diri kurang	perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 4. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5) 5. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5)	Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan makan Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	Observasi : 1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Untuk memonitor tingkat kemandirian 3. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik : 1. Untuk menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2. Menyiapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)

1	2	3	4
		3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	3. Untuk mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
		4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	4. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
		5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	5. Untuk memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
		6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	6. Untuk menjadwalkan rutinitas perawatan diri
		Edukasi :	Edukasi :
		1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1. Untuk menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
		Dukungan Perawatan Diri :	Dukungan Perawatan Diri : mandi
		mandi	Observasi
		Observasi	
		1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri	1. Untuk Mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
			2. Untuk mengidentifikasi

1	2	3	4
		2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan	3. jenis bantuan yang dibutuhkan
		3. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)	4. Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, kulit, kuku)
		4. Monitor integritas kulit	5. Monitor integritas kulit
		Terapeutik	Terapeutik
		1. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kuli)	1. Membantu menyediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kuli)
		2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman	2. Membantu menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman
		3. Fasilitas menggosok gigi, sesuai kebutuhan	3. Memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
		4. Fasilitas mandi, sesuai kebutuhan	4. Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
		5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri	5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
		6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian	6. Untuk memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian
		Edukasi	Edukasi
		1. Jelaskan manfaat mandi dan	1. Untuk menjelaskan manfaat mandi dan

1	2	3	4
		2. dampak tidak mandi terhadap kesehatan	2. dampak tidak mandi terhadap kesehatan
		3. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, Jika perlu	3. Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, Jika perlu
		Kolaborasi	Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian obat Stelosi 2 x 5 mg dan Clozopine 2 x 100 mg	1. Untuk memberikan dampak ketenangan pada pasien
		Dukungan	Dukungan
		1. Pasien dapat memanfaatkan dukungan nakes, keluarga dan teman – teman sekitarnya.	1. Membantu dalam proses perawatan pasien.

Sumber : (PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019: PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari serangkaian tindakan perawat yang bekerjasama dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mendukung pemecahan masalah kesehatan pasien sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan, dengan cara memantau dan mencatat reaksi pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Pelaksanaan kegiatan ini dibagi menjadi beberapa kriteria, yaitu:

Intervensi Bergantung: dilakukan dengan mengikuti instruksi dari penyedia perawatan kesehatan lain, Kolaboratif (interdependen): intervensi yang dilakukan bersama profesional kesehatan lainnya, dan Intervensi Mandiri (otonom): intervensi yang dilakukan dengan melaksanakan instruksi keperawatan dan seringkali juga digabungkan dengan instruksi medis.(Safitri,)

Tabel 3.
Implementasi Keperawatan

No	Diagnosis	Implementasi	Respon	Paraf

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan, yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan pada tahap perencanaan. Proses evaluasi dilakukan secara terus-menerus, melibatkan kolaborasi antara klien dan tenaga medis. Proses ini berfokus pada pengukuran, penilaian, dan perbaikan. Dalam proses evaluasi, perawat menganalisis respons klien terhadap intervensi yang telah dilaksanakan dan menentukan apakah sasaran dari rencana keperawatan dapat dicapai (Rahmatia Sitanggang, 2018).

Evaluasi juga memberikan bantuan bagi perawat dalam menetapkan tujuan dari suatu hasil yang ingin diraih, melalui kesepakatan antara perawat dan klien. Ada dua jenis evaluasi yang dapat dibedakan, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilaksanakan segera setelah

perawat menerapkan rencana keperawatan untuk menilai efektivitas tindakan keperawatan. Sementara itu, evaluasi sumatif dilakukan setelah seluruh tindakan dalam proses keperawatan terselesaikan. Dalam menyusun evaluasi keperawatan, terdapat empat komponen yang dikenal dengan metode SOAP, yaitu (Rahmatia Sitanggang, 2018) :

- a. S (Subjektive) adalah data dan informasi berupa ungkapan pernyataan keluhan pasien.
- b. O (Objektive) merupakan data hasil pengamatan, penilaian, dan pemeriksaan pasien.
- c. A (Assessment) merupakan perbandingan antara data subjektif dan data objektif dengan tujuan dan kriteria hasil untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai.
- d. P (Planning) merupakan rencana asuhan keperawatan lanjutan yang akan dilakukan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana Tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Tabel 4.
Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosis	Catatan Perkembangan	Paraf
		<i>Subjective</i> <i>Objective</i> <i>Assessment</i> <i>Planning</i>	