

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku pikiran yang terganggu, berbagai pikiran tidak berhubung secara logis; persepsi dan perhatian yang keliru; afek yang datar atau tidak sesuai; dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang bizarre. Pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering sekali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Andari, 2017). Skizofrenia sering ditandai dengan perilaku sosial abnormal dan kegagalan untuk mengenali yang nyata. Gejala umum ditandai dengan berpikir tidak jelas atau bingung, halusinasi pendengaran, keterlibatan sosial berkurang dan ekspresi emosional, dan kurangnya motivasi. Diagnosis tersebut berdasarkan pengamatan pada perilaku dan pengalaman seseorang dimana perilaku-perilaku pada pasien skizofrenia yang sering muncul dapat mempengaruhi fungsi dalam kehidupan sehari-hari pasien salah satunya dalam perawatan diri (Susanti, 2010).

2. Faktor Penyebab Skizofrenia

a. Umur

Umur berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan

keterampilan dalam mekanisme koping. Tingkat kemampuan perawatan diri seseorang dipengaruhi oleh umur, tahap perkembangan, pengalaman hidup, latar belakang sosiokultural, kesehatan, dan sumber-sumber yang tersedia (Paech, 2007). Penelitian yang dilakukan Siagian (1995, dalam Parendrawati, 2008) mengemukakan bahwa semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pola kedewasaan teknis dan kedewasaan psikologis dengan menunjukkan kematangan jiwa, semakin bijaksana, mampu berfikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah ciri-ciri fisik, karakter dan sifat yang berbeda yang mempengaruhi kebersihan seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Penderita gangguan jiwa ringan pada perempuan terjadi dua kali lebih banyak dibanding laki laki dan sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi. Penderita gangguan jiwa berat lebih banyak diderita laki-laki daripada perempuan (Riskesdas, 2018).

c. Pendidikan

Pendidikan adalah status resmi tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh oleh pasien. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan pasien untuk berinteraksi secara efektif (Paech, 2007). Menurut Potter dan Perry (2005), keikutsertaan pasien dalam belajar secara tidak langsung dipengaruhi oleh keinginan untuk mendapatkan pengetahuan dan kemampuan.

d. Status Perkawinan

Pada individu yang tidak memiliki pasangan atau mengalami perceraian

berisiko tinggi mengalami gangguan jiwa yang dapat menghambat kemampuan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri (Indirawaty & Ab, 2015) mengungkapkan bahwa gangguan jiwa sering dialami oleh individu yang bercerai dibandingkan dengan yang sudah menikah. Hal ini berbeda dengan pendapat (Dantas et al., 2011) yang menunjukkan pasien skizofrenia umumnya terjadi pada individu yang belum menikah.

3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut (Azizah, 2016) gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Muncul delusi dan halusinasi

Delusi adalah pemikiran yang salah dan tidak sesuai dengan kenyataan, namun tetap dipertahankan sekalipun banyak bukti mengenai pemikiran yang salah tersebut. Orang dengan skizofrenia biasanya meyakini bahwa dirinya adalah Tuhan, nabi, dewa atau orang besar yang penting di lingkungannya. Halusinasi adalah persepsi panca indra yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya, penderita tampak berbicara sendiri tetapi ia mempersepsikan ada orang lain yang sedang ia ajak bicara.

b. Kehilangan energi dan minat untuk menjalani aktivitas sehari-hari, bersenang-senang, maupun aktivitas seksual, berbicara hanya sedikit, gagal menjalin hubungan dengan orang lain, tidak mampu memikirkan konsekuensi dari tindakannya, menampilkan ekspresi dan emosi yang datar atau bahkan ekspresi emosi yang tidak sesuai dengan situasi yang dialaminya, misal tiba-tiba tertawa dan marah-marah tanpa sebab.

- c. Meski bayi dan anak dapat menderita skizofrenia atau penyakit psikotik yang lainnya, keberadaan skizofrenia pada grup ini sangat sulit dibedakan dengan gangguan kejiwaan seperti autisme, sindrom *Asperger* atau *ADHD* (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) atau gangguan perilaku dan *Post Traumatic Stress Disorder* (*PTSD*).
- d. Pada remaja perlu diperhatikan kepribadian pra sakit yang merupakan faktor predisposisi dari skizofrenia itu sendiri, yaitu gangguan kepribadian paranoid atau kecurigaan yang berlebihan, menganggap semua orang itu musuhnya.

4. Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia

Pembagian skizofrenia yang dikutip dalam maramis (2005) dalam (Prabowo, 2014) antara lain:

- a. Skizofrenia simplex

Penderita sering timbul pertama kali pada saat anak menginjak pada masa pubertas, gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses berpikir susah ditemukan, waham dan halusinasi jarang ditemukan.

- b. Skizofrenia bebefrenik

Permulaanya perlahan-lahan/ sub akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara usia 15-25 tahun gejala yang menyolok ialah gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi/double personality. Juga mengalami gangguan psikomotor seperti mannerism/ perilaku kekanakan sering terdapat pada bebefrenik, waham dan halusinasi.

c. Skizofrenia katatonik

Timbul pertama kali pada usia 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului dengan stress emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik/stupor katatonik

d. Stupor katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Rendahnya reaktivitas yang tidak wajar terhadap reduksi lingkungan dalam gerakan-gerakan dan aktivitas spontan/mutisme (ketidakmampuan dalam berbicara akibat tuli bawaan atau kerusakan otak). Emosi pasien sangat dangkal, gejala yang sering timbul ialah gejala psikomotor seperti: mutisme, muka tanpa ekspresi, stupor.

e. Gaduh-gelisah katatonik

Terdapat hiperaktifitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita berbicara terus menerus, menunjukkan gejala stereotip, menerisme, grimas, neoligisme.

f. Skizofrenia paranoid

Gejala yang paling mencolok pada pasien dengan skizofrenia paranoid adalah waham primer dengan waham sekunder dan halusinasi. Kepribadian penderita yang belum sakit sering digolongkan dengan skizoid. Penderita mudah tersinggung, suka menyendiri dan kurang percaya diri pada orang lain.

g. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual adalah skizofrenia dengan gejala primer, tetapi gejala

yang dialami tidak jelas adanya gejala sekunder, gejala ini timbul setelah beberapa kali penderita mengalami serangan skizofrenia.

h. Skizo-aktif (skizofrenia skizo afektif)

Gejala- gejala skizofrenia dapat menonjol secara bersamaan juga dengan gejala-gejala depresi (skizo-depresi) atau skizo-manik. Dimana jenis skizofrenia ini cenderung dapat sembuh tanpa efek tetapi mungkin juga dapat kambuh kembali.

B. Konsep Defisit Perawatan Diri

1. Pengertian perawatan diri

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, pasien dinyatakan terganggu keprawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes, 2015)

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian/berhias, makan dan BAB/BAK (*toileting*) (Fitria, 2009).

2. Jenis-jenis Defisit Perawatan diri

Menurut NANDA (2018) defisit perawatan diri terdiri dari:

a. Defisit perawatan diri: mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau mengakses kamar mandi/ beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.

- b. Defisit perawatan diri : berpakaian

Hambatan kemampuan untuk mengenakan atribut pakaian baik atas ataupun bawah secara mandiri.

- c. Defisit perawatan diri : makan

Hambatan kemampuan untuk memegang alat makan ataupun memasukan makanan ke mulut untuk diri sendiri.

- d. Defisit perawatan diri : eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Fitria (2012) tanda dan gejala yang tampak pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri adalah sebagai berikut:

- a. *Mandi/hygiene*

Pasien mengalami ketidak mampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, meringankan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.

- b. *Berpakaian/berhias*

Pasien mempunyai kelemahan dalam melakukan atau mengambil potongan pakaian, menaggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Pasien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kancing tarik, melepaskan pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan

penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian, dan mengenakan sepatu.

c. Makan

Pasien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menagani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, mengambil makanan dari wadah lalu memasukannya ke mulut, melengkapi makanan mencerna makanan menurut cara yang diterima masyarakat, mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna cukup makanan dengan aman.

d. BAB/BAK(*toiletting*)

Pasien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk *toiletting*, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet kamar kecil. Keterbatasan diri diatas biasanya diakibatkan karena stresor yang cukup berat dan sulit ditangani oleh pasien (pasien bisa mengalami harga diri rendah), sehingga dirinya tidak mau mengurus atau merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi, berpakaian, berhias, makan, maupaun BAB/BAK.

4. Dampak Masalah Personal *Hygiene*

Adapun dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene menurut

(Azizah, 2016):

a. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak

terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal *hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa aman nyaman, kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

C. Tingkat Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia dengan Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Adnyani (2012) yang telah dilakukan terhadap 59 orang responden didapatkan hasil analisis menunjukkan bahwa tingkat kemampuan perawatan diri: mandi dan berpakaian responden 40,7% membutuhkan peralatan atau alat bantu sedangkan pada tingkat kemampuan perawatan diri makan dan eliminasi masing-masing 61,0% dan 66,1%. Hasil analisis tingkat kemampuan perawatan diri secara umum 37,2% responden membutuhkan peralatan atau alat bantu. Hasil menunjukkan bahwa pasien skizofrenia dengan defisit perawatan diri membutuhkan bantuan untuk memenuhi salah satu kebutuhan dari lima aktivitas perawatan diri: makan, berpakaian, mandi, eliminasi, dan aktivitas sehari-hari; paling tidak satu dalam empat hari yang berbeda dalam satu minggu terdapat tiga dari lima aktivitas perawatan diri.

Berdasarkan hasil penelitian (Pinedendi et al., 2016) yang dilakukan kepada 49 responden di RSJ. Prof. Dr. V. L. Ratumbuang Manado

dadapatkan hasil analisa menunjukan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum paling banyak adalah responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan sebanyak 56,6%, kemudian responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu sebanyak 37,7% dan 5,7% responden membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu.