

1. Untuk mengetahui perawatan diri pada pasien skizofreniaberdasarkan mandi,berpakaian, makan, eliminasi
- 2.Untuk mengetahui gambaran kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan berguna bagi perkembangan ilmupengetahuan khususnya ilmu keperawatan jiwa.

1.4.2 Manfaat Praktisi

a.Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan, mengetahui kemampuan perawatan diri mereka dan masukan terhadap pasien skizofrenia dalam peningkatan kemampuan perawatan diri.

b.Peneliti

Diharapkan dapat dijadikan sebagai tambahan pengetahuan dan pengalaman serta wawasan ilmiah dibidang penelitian keperawatan.

c.Bagi profesi keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan bagi profesi keperawatan dalam melaksanakan intervensi selanjutnya

d.Bagi peneliti lainnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti lainnya tentang perkembangan masalah defisit perawatan diri

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar DefesitPerawatan Diri

2.1.1 Pengertian

Defisit perawatan diri menurut Orem merupakan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri secara adekuat sehingga dibutuhkan beberapa sistem yang dapat membantu klien memenuhi kebutuhannya. Dalam hal ini Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat menyelesaikan masalah defisit perawatan diri yaitu bertindak untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi dukungan, meningkatkan pengembangan lingkungan, dan mengajarkan pada orang lain (Prihadi & Erlando).

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk dirinya sendiri (Tumanduk, Messakh, & Sukardi, 2018)

Defisit perawatan diri adalah 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, 2012).

Defisit perawatan diri merupakan perilaku yang dialami pasien skizofrenia dimana mengalami gangguan atau hambatan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang meliputi defisit mandi, berpakaian, makan dan eliminasi. Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang mengalami hambatan kemampuan untuk menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti; mandi, berganti pakaian, makan, eliminasi untuk diri sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson,2008).

2.1.2 Jenis-jenis defisit perawatan diri

Menurut Herdman (2015) jenis perawatan diri terdiri dari:

1) Defisit perawatan diri: Mandi

Hambatan kemampuan dalam melakukan atau menyelesaikan mandi/beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri

2) Defisit perawatan diri : Berpakaian

Hambatan kemampuan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian atau berias untuk diri sendiri.

3) Defisit perawatan diri : Makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sendiri.

4) Defisit perawatan diri : Eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan eliminasi sendiri.

2.1.3 Etiologi

a. Faktor predisposisi (Nurhalimah, 2016)

1. Biologis

Dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan keperawatan diri dan dikarenakan adanya faktor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2. Psikologis

Adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu. Klien yang mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

3. Sosial

Kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif/persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

1. Body image

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.

2. Praktik Sosial

Pada anak-anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.

3. Pengetahuan

Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada klien penderita diabetes melitus (DM), ia harus menjaga kebersihan kakinya.

4. Budaya

Disebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

5. Kebiasaan Seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampo dan lain-lain.

2.1.4 Rentang Respon

Menurut Keliat (2014), rentang respon perawatan diri pada klien adalah sebagai berikut:



Bagan 2.1 Rentang Respon Perawatan Diri

Keterangan :**1. Pola perawatan diri seimbang**

Saat klien mendapatkan stresor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.

2. Kadang perawatan diri kadang tidak

Saat klien mendapatkan stresor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.

3. Tidak melakukan perawatan diri

Klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stresor.

2.1.5 Mekanisme koping

Menurut(Sutria,2020), mekanisme koping berdasarkan penggolongan di bagi menjadi 2 yaitu :

a. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integritasi pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan. Kategori ini adalah klien bisa memenuhi perawatan diri secara mandiri.

b. Mekanisme koping maladaptive

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integritas, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah tidak ingin merawat diri.

2.1.6 Tanda dan Gejala

Menurut Jalil (2015), tanda dan gejala defisit perawatan diri terdiri dari:

a. Data subjektif

Klien mengatakan :

- 1) Malas mandi
- 2) Tidak mau menyisir rambut
- 3) Tidak mau menggosok gigi
- 4) Tidak mau memotong kuku
- 5) Tidak mau berhias/berdandan
- 6) Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri

- 7) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
- 8) BAB dan BAK sembarangan
- 9) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
- 10) Tidak mengetahui cara perawatan diri

b. Data objektif

- 1)Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang.
- 2)Tidak menggunakan alat mandi pada saat mandi dan tidak mandidengan benar
- 3)Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan
- 4)Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju atau celana
- 5)Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, misalnya telanjang
- 6)Makan dan minum sembarangan dan berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan, tidak mampu memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan.
- 7)BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB dan BAK.

Menurut Depkes (2000) dalam Abdul (2015) tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah:

1) Fisik

Badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor disertai mulut bau, penampilan tidak rapi.

2) Psikologis

Malas, tidak ada inisiatif, menarik diri, isolasi diri, merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.

3) Psikomotor

Interaksi kurang, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai norma, cara makan tidak teratur dan BAK dan BAB disembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.

4) Afektif

Klien merasa bosan, lambat dalam menghabiskan waktu, afek timbul dan kurang motivasi untuk perawatan diri.

5) Kognitif

Daya konsentrasi menurun, pikiran inkoheren, gangguan halusinasi dan disorientasi.

2.1.7 Dampak masalah personal hygiene

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene (Azizah, 2016)

1) 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.

2) 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.

2.1.8 Batasan Defisit perawatan diri

Menurut Herdman (2015), batasan karakteristik pasien dengan defisit perawatan diri adalah:

a. Defisit perawatan diri : mandi

- 1) Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi
- 2) Ketidakmampuan mengeringkan tubuh
- 3) ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi
- 4) Ketidakmampuan menjangkau sumber air
- 5) Ketidakmampuan mengatur air mandi
- 6) Ketidakmampuan membasuh tubuh

b. Defisit perawatan diri: berpakaian

- 1) Ketidakmampuan mengancing pakaian
- 2) Ketidakmampuan mendapatkan pakaian
- 3) Ketidakmampuan mengenakan atribut pakaian
- 4) Ketidakmampuan mengenakan sepatu
- 5) Ketidakmampuan mengenakan kaus kaki
- 6) Ketidakmampuan melepaskan atribut pakaian
- 7) Ketidakmampuan melepas sepatu
- 8) Ketidakmampuan melepas kaus kaki
- 9) hambatan memilih pakaian
- 10) hambatan mempertahankan penampilan yang memuaskan
- 11) hambatan mengambil pakaian
- 12) hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas
- 13) hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah
- 14) hambatan memasang sepatu
- 15) hambatan kaus kaki
- 16) hambatan melepaskan pakaian
- 17) hambatan melepas sepatu
- 18) hambatan melepas kaus kaki
- 19) hambatan menggunakan alat bantu
- 20) hambatan menggunakan resleting

c. Defisit perawatan diri: Makanan

- 1) Ketidakmampuan mengambil makanan dan mengambil ke mulut
- 2) Ketidakmampuan mengunyah makanan
- 3) Ketidakmampuan menghabiskan makanan
- 4) Ketidakmampuan menempatkan makanan ke perlengkapan makanan
- 5) Ketidakmampuan memakan makanan dengan cara aman
- 6) Ketidakmampuan makan dalam jumlah memadai
- 7) Ketidakmampuan membuka wadah makanan
- 8) Ketidakmampuan mengambil gelas dan cangkir
- 9) Ketidakmampuan mengambil makanan untuk dimakan
- 10) Ketidakmampuan menelan makanan

11) Ketidakmampuan menggunakan alat bantu

d. Defisit perawatan diri: eliminasi

- 1) Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat
- 2) Ketidakmampuan menyiram toilet atau kusi buang air (commode)
- 3) Ketidakmampuan naik ke toilet (commode)
- 4) Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi
- 5) Ketidakmampuan berdiri dari toilet

2.1.9 Kemampuan Perawatan Diri

Menurut Damasio (2013) kemampuan perawatan diri (*self care agency*) merupakan kemampuan individu untuk terus mengevaluasi kebutuhan berhubungan dengan kesehatan dan melakukan kegiatan perawatan diri yang bertujuan untuk mempromosikan, menjaga kesehatan dan kesejahteraan.

Perawatan diri merupakan aktifitas yang dilakukan setiap hari oleh individu dalam memenuhi kebutuhannya untuk mempertahankan hidup, menjaga kesehatan dan menyejahterakan diri. Pada seseorang yang mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan perawatan diri, maka memerlukan bantuan orang lain untuk memenuhinya (Aini N, 2018).

Adapun kemampuan perawatan diri berdasarkan kriteria hasil *Nursing Outcomes Classification dan Interventions Classifications* menurut Wilkinson (2006) sebagai berikut:

a. Mandi/hygine

Hasil yang disarankan NOC:

Perawatan diri: Aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS): Kemampuan untuk melakukan tugas fisik paling dasar dan aktivitas perawatan pribadi. Mandi (kemampuan untuk membersihkan tubuhnya sendiri), hygiene (kemampuan untuk mempertahankan hygiene nya)

Intervensi prioritas NIC:

Mandi (membersihkan tubuh yang berguna untuk relaksasi, kebersihan dan penyembuhan).Bantuan perawatan diri mandi/hygine (membantu klien untuk memenuhi hygiene pribadi).

b. Berpakaian/berhias

Hasil yang disarankan NOC:

Perawatan diri: Aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS): Kemampuan untuk melakukan tugas fisik yang paling mendasar dan aktivitas perawatan pribadi. Berpakaian (kemampuan untuk mengenakan pakaian sendiri), berdandan (kemampuan untuk mempertahankan penampilan yang rapi, hygiene (kemampuan untuk mempertahankan hygiene nya).

Intervensi prioritas NIC:

Berpakaian (memilih, mengenakan dan melepas pakaian untuk orang yang tidak dapat melakukan hal itu sendiri), perawatan rambut (adanya peningkatan penampilan rambut yang bersih, rapi, dan menarik). Bantuan perawatan diri berpakaian /berhias (membantu klien dalam berpakaian dan menggunakan tata rias).

c. Makan

Hasil yang disarankan NOC:

Perawatan diri: Aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS): Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan yang paling dasar dan aktivitas perawatan diri. Makan (kemampuan untuk menyiapkan dan memakan makanan).

Intervensi prioritas NIC:

Makan (memberi asupan nutrisi untuk klien yang tidak mampu makan sendiri). Bantuan perawatan diri makan (membantu klien untuk makan)

d. Toileting

Hasil yang disarankan NOC:

Perawatan diri: Aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS): Kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan paling dasar. Eliminasi (Kemampuan untuk melakukan aktivitas eliminasi sendiri).

Intervensi prioritas NIC:

Pengelolaan lingkungan (memanipulasi lingkungan sekitar klien untuk keperluan terapeutik).Bantuan perawatan diri toileting (bantuan untuk eliminasi).

2.2.1 Pengukuran kemampuan perawatan diri

Kemampuan pasien dalam memenuhi perawatan diri digambarkan berdasarkan skala tingkat ketergantungan menurut NANDA dalam wilkinson (2000) sebagai berikut: tingkat 0 merupakan tingkat tertinggi yang ditandai dengan kemandirian penuh dalam kegiatan sehari-hari; tingkat 1 ditandai dengan penggunaan alat-

alat bantu bahan pembantu meskipun dilakukan secara mandiri dan tanpa ketergantungan pada orang lain; tingkat 2 ditandai dengan diperlukan diperlukannya bantuan orang lain untuk pengawasan, tingkat 3 ditandai dengan diperlukannya alat-alat dan bahan bantu serta pengawasan dari orang lain; tingkat 4 adalah tingkat terendah dimana klien sepenuhnya tergantung pada bantuan orang lain.

Klasifikasi tingkat kemampuan klien dalam perawatan diri

Faktor	(0)	(+1)	Semi mandiri (+2)	Ketergantungan sebagian (+3)	Ketergantungan total (+4)
	Mandiri total	Perlu menggunakan alat bantu	Perlu bantuan dari orang lain untuk membantu mengawasi atau mengajarkan	Perlu bantuan dari orang lain dan alat bantu	Perlu bantuan orang lain, tidak berpartisipasi dalam aktivitas
Mandi			Perawat memberikan seluruh peralatan, mengatur posisi, pasien ditempatkan tidur/kamar mandi. Pasien dapat mandi sendiri, kecuali untuk bagian punggung dan kaki	Perawat menyediakan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien, membersihkan punggung, tungkai perineum, dan semua bagian tubuh lain sesuai keperluan. Pasien dapat membantu	Pasien membutuhkan mandi lengkap, tidak dapat membantu sama sekali
Berpakaian			Perawat menyiapkan pakaian, dapat mengancingkan, meresleesting, atau mengikat pakaian.	Perawat menyisir rambut pasien, membantu mengenakan pakaian, mengancingkan,	Pasien perlu dikenakan pakaian dan tidak dapat membantu. Perawat menyisir rambut pasien.

			Pasien dapat mengenakan pakaian sendiri	merewsleting pakaian dan mengikat sepatu.	
Makan			Perawat mengatur posisi pasien, mengambil makanan, memantau makan	Perawat memotong makanan, membuka wadah, mengatur posisi, mendorong dan memantau makan.	Pasien perlu dibantu untuk makan secara total
Eliminasi			Perawat dapat berjalan ke kamar mandi/commode dengan bantuan,. Perawat membantu mengenakan atau melepas pakaian.	Perawat menyediakan pispot, menempatkan pasien di pispot atau mengambil pispot tersebut, menempatkan pasien di <i>commode</i>	Pasien inkontinensia. Perawat menempatkan pasien pada atau pispot atau <i>commode</i>

Sumber: Wilkinson, J. M (2000)

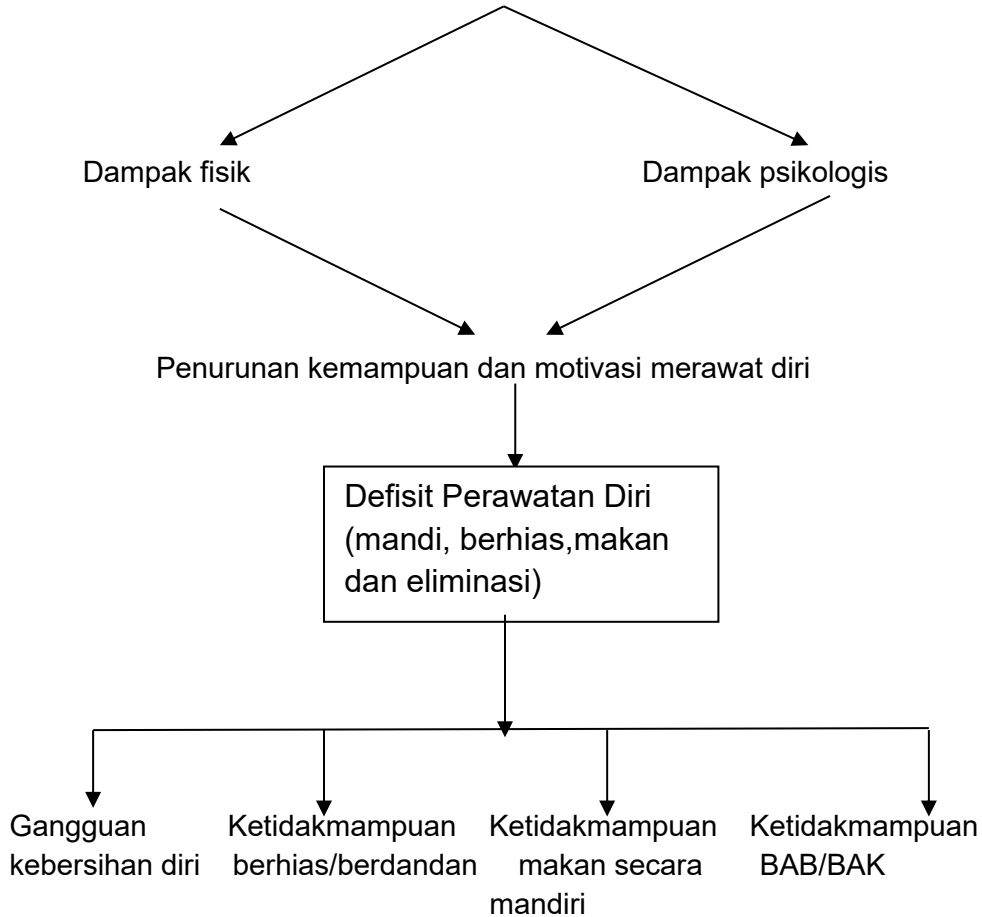
2.2.2 Penatalaksanaan Defisit perawatan diri

Menurut NANDA NIC-NOC (2010) penatalaksanaan defisit perawatan diri yaitu:

- 1) Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
- 2) Membimbing dan menolong klien merawat diri
- 3) Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan
- 4) Ciptakan lingkungan yang mendukung

2.2.2 Pathway

Predisposisi: Perkembangan, biologis, kemampuan realitas kurang, sosial
Presipitasi: Body image, praktik sosial, ekonomi, pengetahuan, budaya kebiasaan seseorang, kondisi fisik atau psikis.



(Ernawati, 2017)

2.2 Konsep Dasar Skizofrenia

2.2.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang menyebabkan penderitanya mengalami delusi (waham), halusinasi, pikiran kacau, dan perubahan perilaku (Maramis, 2015). Skizofrenia merupakan sindrom etilogi yang tidak diketahui dan ditandai dengan distorsi gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku (Sutejo, 2017).

Skizofrenia adalah suatu gangguan proses pikir yang menyebabkan keretakan dan perpecahan antara emosi dan psikomotor disertai distorsi kenyataan dalam bentuk psikososial fungsional. Gejala primer skizofrenia adalah gejala awal yang terjadi dan menyebabkan gangguan proses pikir, gangguan afek emosi, gangguan kemauan, Sedangkan gejala sekunder skizofrenia adalah waham dan halusinasi (Muhith, 2015).

Menurut Hidayati (2017) skizofrenia merupakan gangguan psikis dengan ciri-ciri pengunduran diri dari kehidupan sosial, gangguan emosional dan afektif yang ditandai dengan gangguan dalam proses pikir disertai dengan halusinasi serta tingkah laku negatif yang merusak.

Menurut peneliti skizofrenia merupakan gangguan mental yang dialami seseorang yang ditandai dengan gangguan persepsi yang bisa menyebabkan delusi, pikiran berantakan, halusinasi dan bisa terjadi perubahan perilaku pada pasien.

2.2.2 Etiologi

Menurut Keliat & Akemat (2010) ada beberapa penyebab skizofrenia antara lain:

- 1) Faktor genetik belum teridentifikasi secara spesifik namun pengaruh lokasi kromosom 6 pada gen dengan kromosom 4,8,15,22 berhubungan dengan terjadinya skizofrenia.
- 2) Faktor keturunan atau bawaan merupakan faktor penyebab yang tidak besar pengaruhnya bagi munculnya gangguan skizofrenia.
- 3) Ketidakseimbangan neurotransmitter (dopamin dan glutamat)
- 4) Faktor lingkungan seperti kurang gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran, stress pada kondisi lingkungan dan stigma (penyebab kekambuhan pasien skizofrenia).

2.2.3 Tanda dan Gejala

Secara umum tanda dan gejala penderita gangguan jiwa atau skizofrenia dibedakan 2 macam (Yosep, 2011) yaitu :

1. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan yang kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan respon pesan atau rangsangan yang datang. Klien

skizofrenia mungkin mendengar suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya, pada pasien skizofrenia lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap suatu isyarat dari luar angkasa. Kegagalan berfikir mengarah kepada masalah klien skizofrenia yang tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya yang membuat mereka berbicara yang tidak bisa ditangkap secara logika. Hasilnya kadang penderita skizofrenia ketawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekitarnya.

2. Gejala negatif

Pada klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal yang lain selain tidur dan makan. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun tangan, seakan-akan mereka tidak mempunyai emosi apapun. Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari klien skizofrenia. Perasaan depresi adalah suatu yang sangat menyakitkan. Pada kasus skizofrenia dapat menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi.

2.2.4 Tipe Skizofrenia

Menurut Yosep (tipe skizofrenia) diantaranya:

1. Delusi (*Delusions*)
2. Halusinasi (*Hallucinations*)
3. Gangguan pikiran (*Incoherence*)
4. Perilaku hiperaktif (*Catatonic os hyperactive behavior*)
5. Ekpresi wajah yang datar (*Flat affect*)

2.2.5 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPFGJ III), skizofrenia diklasifikasikan menjadi beberapa tipe, dibawah ini yang termasuk dalam klasifikasi skizofrenia (Prabowo, 2014):

1. Skizofrenia paranoid

Pedoman diagnostik paranoid yaitu:

- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis
- b. Halusinasi yang menonjol
- c. Gangguan afektif, dorongan pembicaraan, dan gejala katatonik relatif tidak ada

2. Skizofrenia hebefrenik

Pedoman diagnostik pada skizofrenia hebefrenik yaitu,:

- a. Diagnostik hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun)
- b. Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas pemalu dan senang menyendiri.
- c. Diagnostik katatonik tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif.

3. Skizofrenia Katatonik

Pedoman diagnostik pada katatonik antara lain:

- a. Stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau berbicara)
- b. Gaduh- gelisah (aktivitas motorik yang tidak bertujuan tanpa stimuli eksternal)
- c. Diagnostik katatonik tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif.

4. Skizofrenia tak terinci

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci yaitu:

- a. Tidak ada kriteria yang menunjukkan diagnosa skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik.
- b. Tidak mampu memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia.

5. Skizofrenia pasca-skizofrenia

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca skizofrenia antara lain:

- a. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada tetapi tidak mendominasi.
- b. Gejala depresi menonjol dan mengganggu

6. Skizofrenia residual

Pedoman diagnostik skizofrenia antara lain:

- a. Ada riwayat psikotik
- b. Tidak dimensia atau gangguan otak organik lainnya.

7. Skizofrenia simpleks

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain:

- a. Gejala negatif yang tidak didahului oleh riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain.
- b. Adanya perubahan perilaku pribadi yang bermakna

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

1. Skizofrenia simplex

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

2. Skizofrenia bebefrenik

Bermulanya perlahan-lahan atau 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* atau *double personality*. Juga mengalami gangguan psikomotor seperti perilaku kekanakan sering terdapat pada waham dan halusinasi.

3. Skizofrenia katatonik

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

4. Stupor katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Emosi klien sangat dangkal, gejala yang sering timbul ialah gejala psikomotor seperti: mutisme, muka tanpa ekspresi, stupor.

5. Gaduh- gelisah katatonik

Terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita sering berbicara terus-menerus, menunjukkan gejala stereotip.

6. Skizofrenia paranoid

Gejala yang paling mencolok pada klien dengan skizofrenia paranoid merupakan 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.

7. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual merupakan skizofrenia dengan gejala primer, tetapi gejala yang dialami tidak jelas adanya gejala sekunder gejala ini timbul setelah beberapa kali penderita mengalami skizofrenia.

8. 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 lagi.

2.2.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Belum ada pengobatan dalam masing-masing sub tipe skizofrenia (Prabowo, 2014). Dibawah ini termasuk penatalaksanaan pada skizofrenia:

1. Terapi farmakologi

Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi skizofrenia yaitu golongan obat antipsikotik. Obat anti psikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. Antipsikotik tipikal

Antipsikotik tipikal efektif untuk mengatasi gejala positif pada klien skizofrenia, berikut ini yang termasuk golongan obat antipsikotik tipikal:

- 1) Chlorpromazine dengan dosis harian 30-800 mg/hari
- 2) Flupentixol dengan dosis harian 12-64 mg/hari
- 3) Flupenazine dengan dosis harian 2-40 mg/hari
- 4) Haloperidol dengan dosis harian 1-100 mg/hari

b. Antipsikotik atipikal

Antipsikotik atipikal merupakan pilihan dalam terapi skizofrenia karena mampu mengatasi gejala positif maupun negatif pada pasien skizofrenia. Berikut ini adalah daftar obat yang termasuk golongan obat antipsikotik atipikal:

- 1) Clozapine dosis harian 300-900 mg/hari
- 2) Risperidone dosis harian 1-40 mg/hari
- 3) Losapin dosis harian 20-150 mg/hari

2. Terapi elektrokonvulsif (EC)

3. Pembedahan bagian otak

4. Perawatan di rumah sakit

5. Psikoterapi

a. Terapi psikoanalisa

Pada terapi ini menyadarkan seseorang terhadap masalah pada dirinya dan membuat mekanisme pertahanan dengan tujuan supaya kecemasannya dapat dikendalikan

b. Terapi perilaku

Ada dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian diantaranya:

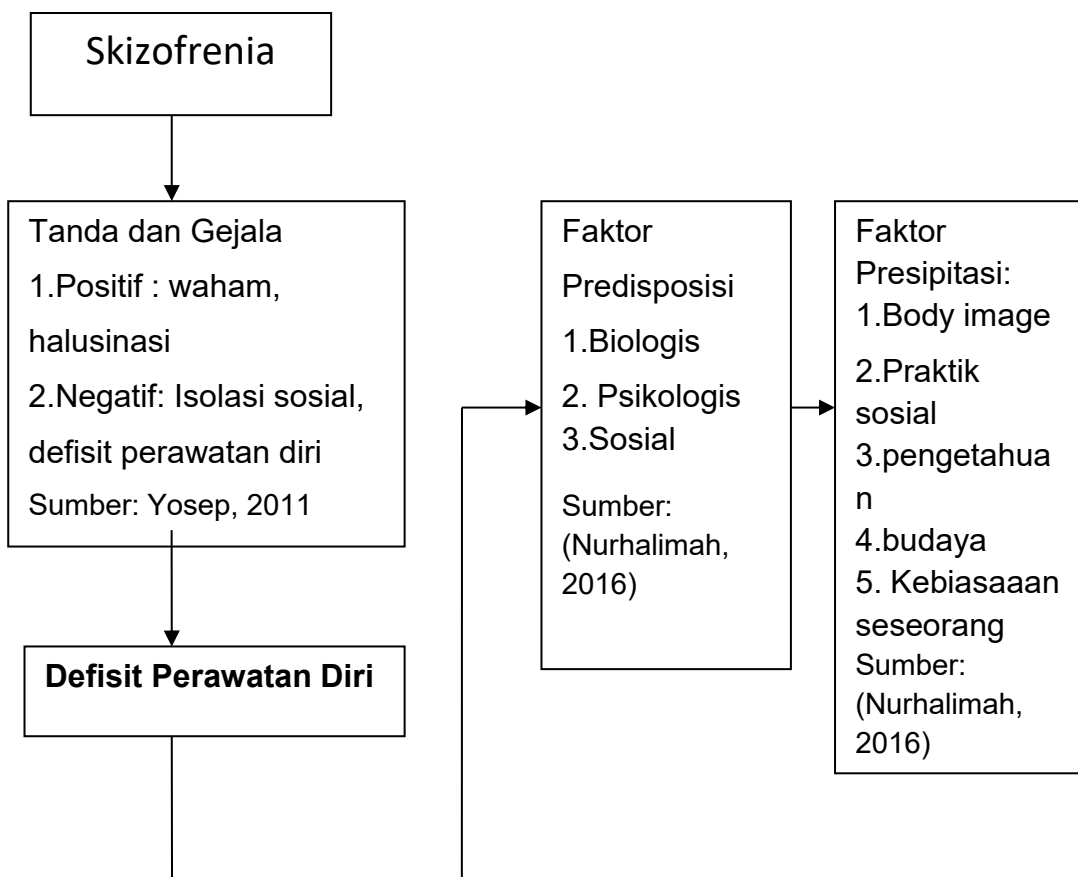
1) *Social learning program* : klien skizofrenia untuk mempelajari perilaku yang sesuai

2) *Social skills training* : melatih penderita mengenai keterampilan atau keahliannya)

c. Terapi humanistik

Terapi kelompok dan keluarga

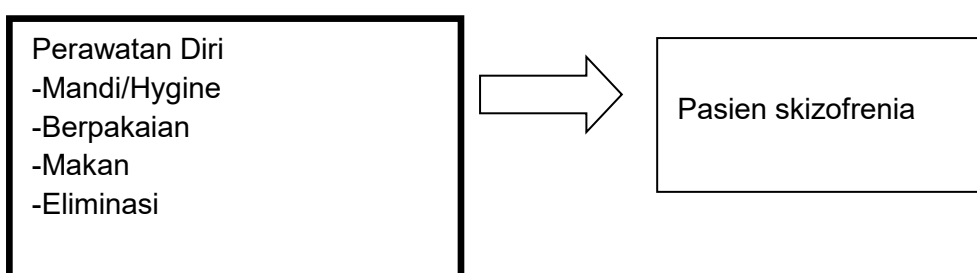
2.2.7 Kerangka Teori



Bagan 2.2 Kerangka Teori

2.2.8 Kerangka Konsep

Variabel Independen Variabel Dependen



Bagan 2.3 Kerangka Konsep

2.2.9 Defenisi Operasional

Tabel 2.1
Defenisi operasional variabel penelitian

No	Variabel	Definisi Variabel	Alat ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	Independen : Kemampuan perawatan diri	Kemampuan perawatan diri merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan kebersihan diri. kendala dalam kemampuan untuk melakukan ataupun menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berhias, makan dan eliminasi. Tingkat kemampuan	Menggunakan Lembar observasional II dari NANDA dalam Wilkinso n (2000) dengan jumlah keseluruhan 16 item terdiri dari: Menggun	Ordinal	0: Mandiri Total 1-4: Perlu alat bantu 5-8: Semi Mandiri 9-12: Ketergantungan sebagian 13-16: Ketergantungan total

	Mandi	perawatan diri klien menyediakan peralatan mandi dan membersihkan tubuh	akan lembar observasi II yang terdiri dari 5 item tentang kemampuan mandi klien		1.Mandiri Total 2. Perlu alat bantu 3. Semi mandiri 4. Ketergantungan sebagian 5. Ketergantungan total
	Berpakaian	Tingkat kemampuan perawatan diri klien menyiapkan pakaian melakukan perawatan berpakaian	Menggunakan lembar observasi II yang terdiri dari 5 item tentang kemampuan berpakaian klien		1.Mandiri Total 2. Perlu alat bantu 3. Semi mandiri 4. Ketergantungan sebagian 5. Ketergantungan total
	Makan	Tingkat kemampuan perawatan diri klien menyiapkan pakaian melakukan aktivitas makan	Menggunakan lembar observasi II yang terdiri dari 5 item tentang kemampuan makan klien		1.Mandiri Total 2. Perlu alat bantu 3. Semi mandiri 4. Ketergantungan sebagian 5. Ketergantungan total
	Eliminasi	Tingkat kemampuan perawatan diri klien menyiapkan pakaian melakukan aktivitas	Menggunakan		1.Mandiri Total 2. Perlu alat

		makan	lembar observasi II yang terdiri dari 5 item tentang kemampuan buang air besar dan buang air kecil klien		bantu 3. Semi mandiri 4. Ketergantungan sebagian 5. Ketergantungan total
2	Dependen: Pasien Skizofrenia	Skizofrenia merupakan gangguan mental yang dialami seseorang yang dapat membuat hilangnya motivasi, pikiran tidak terarah.			