

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A.SKIZOFRENIA

1. Defenisi

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu “*Schizein*” yang artinya retak atau pecah (split), dan “*phren*” yang artinya pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang menderita skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian serta emosi (Sianturi, 2014).

Skizofrenia adalah penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya(Yosep et al., 2016). Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maramis & W.F, 2018).

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologikal otak yang kronis dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede, 2021).

Skizofrenia merupakan penyakit kronis yang membutuhkan strategi manajemen jangka panjang dan keterampilan dalam mengatasi, serta merupakan penyakit otak, sindrom klinis yang ditandai dengan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku seseorang (Videbeck & S.L, 2020).

Skizofrenia adalah kondisi psikotik yang berpengaruh terhadap fungsi individu termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, menafsirkan kenyataan, merasakan, dan menunjukkan emosi yang ditandai dengan pikiran kacau, delusi, haluisnasi, dan perilaku maladaptif (Pardede, 2021). Skizofrenia adalah kondisi jangka panjang yang kompleks secara signifikan memengaruhi kemampuan seseorang untuk berfungsi dan mempertahankan hubungan (Greence & Eske, 2021).

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa *skizofrenia* merupakan gangguan mental kronis yang berlangsung dalam waktu lama dan bersifat psikotik yang berpengaruh terhadap fungsi individu termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, menafsirkan kenyataan, merasakan, dan menunjukkan emosi yang ditandai dengan pikiran kacau, delusi, haluisnasi, dan perilaku maladaptif.

2. Epidemiologi Skizofrenia

Persentase penderita Skizofrenia sebanyak 1% di dunia selama hidup mereka. Gejala skizofrenia biasanya muncul pada masa remaja atau awal dewasa (Katona, 2016). Skizofrenia mempengaruhi lebih dari 21 juta orang di seluruh dunia namun tidak begitu umum seperti banyak gangguan mental lainnya. Hal ini lebih sering terjadi pada laki-laki sebanyak 12 juta penderita, dibandingkan perempuan sebanyak 9 juta penderita. Skizofrenia umumnya di derita oleh pria (WHO, 2019).

Onset pada pria umumnya pada usia 15-24 tahun, sedangkan wanita pada usia 25-35 tahun, dengan implikasi lebih banyaknya gangguan kognitif dan outcome yang lebih jelek pada pria daripada wanita. Pria lebih banyak mengalami gejala-gejala negatif dan wanita lebih banyak mengalami gejala afektif walaupun gejala psikotik akut, baik dalam jenis atau tingkat keparahan, tidak berbeda antara kedua jenis kelamin (Ikawati, 2015). Kaum pria lebih mudah terkena gangguan jiwa karena kaum pria yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki (Zahnia & Sumekar, 2019).

Orang yang menderita skizofrenia 2-2,5 kali dapat meninggal lebih awal daripada populasi umum. Hal ini sering terjadi karena penyakit fisik, seperti penyakit kardiovaskular, metabolismik dan infeksi. Lebih dari 50% penderita skizofrenia tidak menerima perawatan yang tepat. 90% penderita skizofrenia yang tidak diobati tinggal di daerah berpenghasilan rendah dan menengah. Kurangnya akses terhadap layanan kesehatan mental juga merupakan masalah utama (WHO, 2019).

Resiko morbiditas skizofrenia selama hidup 0,85% (pria/wanita) dan kejadian puncak pada akhir masa remaja atau awal dewasa (Katona, 2016). Skizofrenia didiagnosis di setiap negara di dunia. Prevalensi global berada pada kisaran 1,4-4,6 per 1000, dan tingkat kejadian berada pada kisaran 0,16- 0,42 per 1000 orang (Seeman & MV, 2016). Di Indonesia angka penderita skizofrenia 25 tahun yang lalu diperkirakan 1/1000 penduduk, dan proyeksi 25 tahun mendatang mencapai 3/1000 penduduk. Diantara penderita skizofrenia 20%-50% melakukan percobaan bunuh diri (Hawari & Dadang, 2014). Hasil riset WHO dan World Bank menyimpulkan bahwa gangguan jiwa dapat mengakibatkan penurunan produktivitas sampai dengan 8,5%.

Saat ini jiwa menempati urutan kedua sebagai penyakit yang menghambat produktifitas seseorang, setelah penyakit infeksi dengan 11,5% (Purnama & Rahmania, 2018). Prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 per mil. Prevalensi psikosis tertinggi di DI Yogyakarta dan Aceh (masing-masing 2,7 per mil), sedangkan yang terendah di Kalimantan Barat (0,7 per mil). Pada provinsi Jawa Timur prevalensi psikosis mencapai 2,2 per mil. Angka prevalensi seumur hidup skizofrenia di dunia bervariasi berkisar 4 per mil sampai dengan 1,4 persen (Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian kesehatan, 2018).

3.Etiologi

Videbeck pada tahun 2020 dalam buku Asuhan Keperawatan skizoprenia mengutarkan ada dua faktor penyebab skizofrenia, yaitu

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor resiko yang menjadi sumber terjadinya stress yang dapat mempengaruhi seseorang baik secara biologis, psikososial maupun sosiokultural, faktor ini akan mempengaruhi individu dalam menilai stres yang dihadapinya. Faktor Predisposisi dibagi menjadi :

a) Faktor biologis

Faktor biologis merupakan faktor faali sebagai penyebab penyakit.

Faktor faali bisa berupa kerusakan jaringan otak atau struktur otak yang abnormal. Kerusakan ini biasanya dibawa sejak lahir. Faktor-faktor biologis diuraikan sebagai berikut:

- 1.) Faktor genetik adalah Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Sekitar 80% dari variasi pada skizofrenia

dikaitkan dengan faktor genetik. Banyak perubahan genetik umum dengan efek kecil yang dapat meningkatkan resiko skizofrenia. Antara lain, yang terlibat dalam fungsi kekebalan tubuh pada skizofrenia. Selain beberapa perubahan genetik dengan efek kecil, kemungkinan ada beberapa perubahan genetik yang jarang terjadi dan masih belum diketahui, yang dapat memberikan pengaruh lebih besar (Seeman & MV, 2016).

- 2.) Faktor Neuroanatomi adalah adanya ketidaknormalan syaraf secara anatomic. Sebuah hasil penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya.
- 3.) Neurokimia adalah sebuah kondisi reaksi kimia dalam sistem persyarafan manusia (et al., 2016).

b) Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial, contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, dan ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

c) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala *skizofrenia* lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadahi, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress, dan perasaan putus asa. Faktor lingkungan juga dapat mempengaruhi terhadap pengembangan penyakit skizofrenia. Lingkungan dihipotesiskan sebagai faktor resiko skizofrenia yang beroperasi pada jalur stres biologis (Seeman & MV, 2016).

2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam seseorang. Faktor presipitasi dari skizofrenia antara lain sebagai berikut:

- 1) Biologis, Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.
- 2) Lingkungan, Batas toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.
- 3) Pemicu gejala Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

4. Tanda Dan Gejala Skizofrenia

Tanda dan gejala kriteria diagnostik skizofrenia yang dikeluarkan oleh *American Psychiatric Association* antara lain waham, halusinasi, bicara yang menimpang, perilaku yang menyimpang, gejala negatif (afektif, tidak ada kemauan) dan terjadinya disfungsi sosial atau pekerjaan. Tanda awal skizofrenia diantaranya: mudah curiga, Depresi, Cemas, Tegang, Mudah marah, Mudah tersinggung, Perasaan mudah berubah, Gangguan makan, dan Gangguan tidur.

Gambaran penyerta yang dapat kita temui pada pasien skizofrenia diantaranya: Kehilangan akal, Tidak memperdulikan kerapian dirinya, Berpakaian atau berdandan eksentrik, Kadang suka menunjukkan alat kelamin, Mondar-mandir, dan Berdiam diri (apatis). Skizofrenia dapat dilihat pada gangguan alam pikir, perasaan dan perilaku yang jelas atau samar (Ali et al., 2019)

Gejala positif meliputi waham, halusinasi, gaduh gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan bergembira secara berlibbihan, pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya, menyimpan rasa permusuhan serta pikirannya kacau

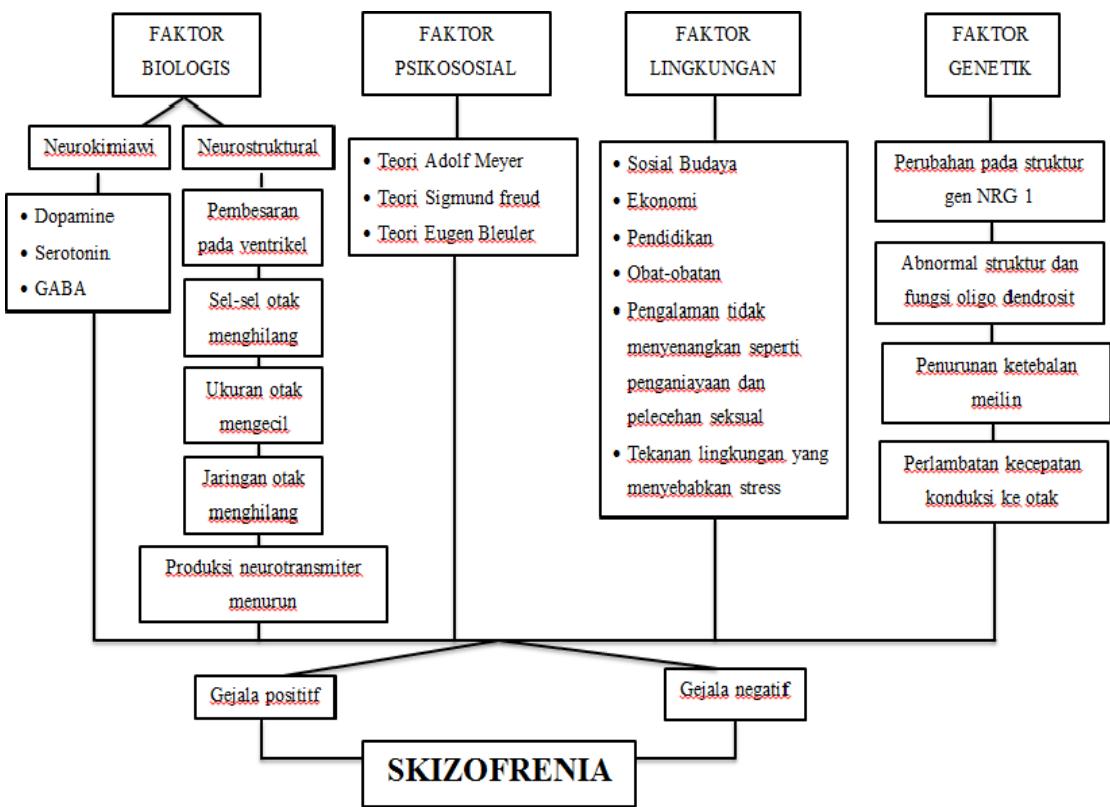
(Saddock et al., 2016). Gejala positif skizofrenia terlihat pada episode akut sedangkan pada stadium kronis (menahun) gejala negatif skizofrenia lebih menonjol. Tetapi tidak jarang baik gejala positif maupun gejala negatif muncul secara bersamaan, tergantung pada stadium penyakitnya (Hawari & Dadang, 2014). Selain itu, dikenal juga gejala kognitif yang terjadi pada pasien skizofrenia. Gejala ini menyerupai gejala negatif dan kadang sulit dikenali.

Gejala negatif pada skizofrenia antara lain afek mendatar atau tumpul, miskin bicara (alogia) atau isi bicara, bloking, kurang meraat diri, kurang motivasi, dan penarikan diri secara sosial (Saddock et al., 2016).

5. Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia disebabkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti (Saddock et al., 2016). Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal), bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Abrams et al., 2018).

Secara terminologi, *skizofrenia* berarti *skizo* adalah pecah dan frenia adalah kepribadian. *Skizofrenia* adalah sekelompok gangguan psikotik dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi perasaan pikir, waham yang tidak wajar, gangguan persepsi, afek (perasaan) yang *upnormal* (McGrath et al., 2018).



Gambar 1. Pathway Skizofrenia

6. Klasifikasi

Terdapat delapan jenis klasifikasi skizofrenia, yaitu :

- Skizofrenia paranoid yaitu Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang paling umum, ini mungkin berkembang di kemudian hari daripada bentuk lain. Gejalanya meliputi halusinasi dan/atau delusi, tetapi ucapan dan emosi mungkin tidak terpengaruh.
- Skizofrenia hebefrenik yaitu Skizofrenia hebefrenik juga dikenal sebagai skizofrenia tidak teratur, jenis skizofrenia ini biasanya berkembang saat berusia 15-25 tahun. Gejalanya meliputi perilaku dan pikiran yang tidak teratur, di samping delusi dan halusinasi yang berlangsung singkat. Pasien mungkin memiliki pola bicara yang tidak teratur dan orang lain mungkin kesulitan untuk memahami. Orang yang hidup dengan skizofrenia tidak teratur sering menunjukkan sedikit atau tidak ada emosi dalam ekspresi wajah, nada suara, atau tingkah laku mereka.

- c. Skizofrenia katatonik yaitu Skizofrenia katatonik adalah diagnosis skizofrenia yang paling langka, ditandai dengan gerakan yang tidak biasa, terbatas, dan tiba-tiba. Pasien mungkin sering beralih antara menjadi sangat aktif atau sangat diam. Pasien mungkin tidak banyak bicara dan mungkin meniru ucapan atau gerakan orang lain.
- d. Skizofrenia tak terdiferensiasi yaitu Diagnosis pasien mungkin memiliki beberapa tanda skizofrenia paranoid, hebephrenik, atau katatonik, tetapi tidak cocok dengan salah satu dari jenis ini saja.
- e. Skizofrenia residual yaitu Pasien mungkin didiagnosis dengan skizofrenia residual jika memiliki riwayat psikosis tetapi hanya mengalami gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk).
- f. Skizofrenia sederhana yaitu Skizofrenia sederhana jarang didiagnosis. Gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk) paling menonjol lebih awal dan memburuk, sedangkan gejala positif (seperti halusinasi, delusi, pemikiran tidak teratur) jarang dialami.
- g. Skizofrenia senestopatik yaitu Skizofrenia senestopatik yang mana orang dengan skizofrenia senestopatik mengalami sensasi tubuh yang tidak biasa.
- h. Skizofrenia tidak spesifik yaitu Skizofrenia tidak spesifik yaitu gejala memenuhi kondisi umum untuk diagnosis tetapi tidak sesuai dengan salah satu kategori di atas (Sylvia & Kustanto Gitayanti, 2017).

7. Diagnosis.

DSM-IV mendiagnosa skizofrenia jika terdapat dua atau lebih gejala karakteristik yang muncul dalam jangka waktu yang signifikan dalam periode 1 bulan. Gejala karakteristik tersebut yaitu delusi, halusinasi, cara bicara tak teratur, tingkah laku yang tak terkontrol dan gejala negatif. Jika wahamnya bersifat aneh/ganjil atau halusinasinya terdiri dari suara-suara yang mengomentari orang itu atau suara-suara yang berbicara satu sama lain, maka satu gejala karakteristik saja cukup untuk mendiagnosa skizofrenia. Adanya gangguan terhadap fungsi sosial atau pekerjaan untuk jangka waktu yang signifikan. Tanda gangguan terjadi secara terus menerus selama 6 bulan.

Gejala psikotik bukan disebabkan karena gangguan mood, penggunaan obat atau kondisi medik tertentu (Ikawati, 2014). Selama periode 6 bulan tersebut, terdapat fase aktif (active phase) dari gejala-gejala yang terjadi seperti delusi, halusinasi, ucapan yang tidak teratur, perilaku terganggu, dan simptom negatif (misalnya ketidakmampuan bicara dan kurangnya inisiatif) (Whitbourne & Susan Krauss, 2020). Sebelumnya didahului oleh gejala-gejala awal disebut sebagai fase prodromal yang sering kali tersamar dan tidak disadari oleh anggota keluarga lainnya, dan 6 bulan kemudian gangguan jiwa skizofrenia muncul secara klinis, yaitu kekacauan dalam alam pikir, alam perasaan dan perilaku (Hawari & Dadang, 2014).

8. Penatalaksanaan

a. Tujuan terapi

Tujuan utama dalam pengobatan skizofrenia adalah untuk mengurangi frekuensi dan tingkat keparahan, memperbaiki berbagai gejala, dan meningkatkan kapasitas fungsional dan kualitas hidup pasien (Bruijnzeel et al., 2019).

b. Prinsip Terapi

Terapi skizofrenia memiliki tiga tahap yaitu, fase akut, fase stabilisasi dan fase pemeliharaan. Terapi fase akut dilakukan pada saat terjadi epidemi akut dari skizofrenia yang melibatkan gejala psikotik intens seperti halusinasi, delusi, paranoid, dan gangguan berpikir (Ikawati, 2015). Terapi ini dilakukan selama 7 hari pertama (DiPiro et al., 2015). Tujuan pengobatan pada fase akut adalah untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Jika diberikan obat yang benar dengan dosis yang tepat, penggunaan obat antipsikotik dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu (Ikawati, 2015). Terapi fase stabilisasi dilakukan setelah gejala psikotik akut telah dapat dikendalikan. Tujuan pengobatan dalam fase stabilitasi adalah untuk mencegah kekambuhan, mengurangi gejala, dan mengarahkan pasien ke dalam tahap pemulihan yang lebih stabil (Ikawati, 2015).

c. Terapi non farmakologi

1. ECT (*Electro Convulsive Therapy*) Seperti pada terapi depresi, ECT juga masih banyak digunakan untuk pengobatan skizofrenia. Meskipun mekanisme kerjanya masih belum bisa dipastikan, beberapa studi telah melakukan kajian mengenai efikasinya pada terapi skizofrenia (Ikawati, 2015). ECT dapat bermanfaat untuk mengontrol dengan cepat beberapa psikosis akut. Beberapa pasien skizofrenia yang tidak merespon dengan obat-obatan dapat membaik dengan penggunaan ECT (Sylvia & Kustanto Gitayanti, 2017).

2. Rehabilitasi

3. Bagi penderita gangguan jiwa skizofrenia yang berulang kali kambuh dan berlanjut kronis dan menahun selain program terapi, diperlukan program rehabilitasi sebagai persiapan penempatan kembali ke keluarga dan masyarakat. Program rehabilitasi tidak hanya diikuti oleh penderita rawat inap, tetapi juga dapat diikuti oleh penderita rawat jalan. Program rehabilitasi sebagai persiapan kembali kepada pihak keluarga dan masyarakat meliputi berbagai macam kegiatan (Hawari, 2012), antara lain:

1.Terapi kelompok

2.Menjalankan ibadah keagamaan bersama (berjamaah)

3.Kegiatan kesenian (menyanyi, musik, tari tarian, seni lukis dan sejenisnya),

4.Terapi fisik berupa olah raga (pendidikan jasmani)

5.Keterampilan (membuat kerajinan tangan)

6. Berbagai macam kursus (bimbingan Edukasi Keluarga

Suatu program pendidikan kesehatan jiwa masyarakat perlu disusun dan diberikan kepada keluarga dan masyarakat. Tujuan program pendidikan ini selain untuk menghilangkan stigma juga memberikan pengetahuan kepada keluarga dan masyarakat tentang gangguan jiwa belajar/les),7. Berkebun(bila tersedia lahan), 8. Rekreasi (darmawisata) Terapi kelompok membantu resosialisasi, mendorong interaksi interpersonal, dan memberikan dukungan.

skizofrenia itu sendiri. Diharapkan pihak keluarga dan masyarakat dapat berperan serta dalam upaya pencegahan, terapi dan rehabilitasi,

dapat menerima kembali pasien skizofrenia ke keluarga dan masyarakat, tidak merasa “fobia” dan tidak bertindak diskriminatif (Hawari, 2012).

4. Terapi Perilaku Kognitif (*Cognitive Behavioural Therapy*)

Terapi perilaku kognitif (*cognitive behavioural therapy, CBT*) seringkali bermanfaat dalam membantu pasien mengatasi waham dan halusinasi yang menetap (Katona, 2016). Terapi kognitif-perilaku dipandang efektif sebagai suatu pengganti obat-obatan, khususnya ketika pasien berada pada fase akut suatu gangguan (Whitbourne & Susan Krauss, 2020).

d. Terapi Farmakologi

Terapi Klinis pasien skizofrenia meliputi, tatalaksana tertentu dan bila perlu tindakan rawat inap serta pemberian obat antipsikotik. Dilakukan juga bersamaan dengan pemberian antipsikotik yang disertai dengan terapi psikososial, seperti terapi perilaku, terapi keluarga, terapi kelompok dan individual, keterampilan sosial serta terapi rehabilitasi (Ibrahim, 2019). Sesuai algoritma pengobatan, terapi pilihan pertama pada pengobatan fase akut pasien skizofrenia adalah antipsikotik atipikal (clozapine, olanzapine, risperidon).

B. Daily Activity

1. Definisi Activity of Daily Living (ADL)

Suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan *activity of daily living* secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Nurulistyaman et al., 2018). Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif.

Activity Daily Living (ADL) merupakan suatu yang perlu untuk mempertahankan kelangsungan hidup. *Activity Daily Living (ADL)* merupakan suatu yang perlu untuk mempertahankan kelangsungan hidup. Pada umumnya orang dengan gangguan jiwa akan selalu bergantung akan bantuan orang lain dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari *Activity Daily Living (ADL)*. Seperti makan dan minum, mandi, berpakaian dan sebagainya. Pada umumnya orang dengan gangguan jiwa akan selalu bergantung akan bantuan orang lain dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari *Activity Daily Living (ADL)*.

Seperti makan dan minum, mandi, berpakaian dan sebagainya (Permanasari et al., 2022).

Activity of Daily Living (ADL) ada 2 yaitu, ADL standar dan ADL instrumental. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil, dan mandi. Sedangkan ADL instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang. *Activity of Daily Living* adalah pengukuran terhadap aktivitas yang dilakukan rutin oleh manusia setiap hari. Aktivitas tersebut antara lain: memasak, berbelanja, merawat/mengurus rumah, mencuci, mengatur keuangan, minum obat dan memanfaatkan sarana transportasi. Skala ADL terdiri atas skala ADL dasar atau *Basic Activity of Daily Living* (BADLs), 21 *Instrumental or Intermediate Activity of Daily Living* (IADLs), dan *Advanced Activity of Daily Living* (AADLs). Skala ADL dasar mengkaji kemampuan dasar seseorang untuk merawat dirinya sendiri (*self care*), dan hanya mewakili rentang (*range*) yang sempit dari kinerja (*performance*) (Masan Leton et al., 2022).

Skala ADL dasar ini sangat bermanfaat dalam menggambarkan status fungsional dasar dan menentukan target yang ingin dicapai untuk pasien–pasien dengan derajat gangguan fungsional yang tinggi, terutama pada pusat–pusat rehabilitasi. Terdapat sejumlah alat atau instrument ukur yang telah teruji validitasnya untuk mengukur ADL dasar salah satunya adalah indeks ADL Katz. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi defisit status fungsional dasar dan mencoba memperoleh cara mengatasi dan memperbaiki status fungsional dasar tersebut. Skor ADL dasar dari setiap pasien lansia harus diikuti dan dipantau secara berkala/periodik untuk melihat apakah terjadi perburukan atau perbaikan.

2. Jenis-jenis *activity daily living*

Beberapa jenis-jenis *activity daily living* yang dapat dikenali, yaitu: ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini.

1. ADL instrumental, merupakan sekumpulan aktifitas sehari-hari yang lebih komplek dan mengarah pada kemampuan dalam berinteraksi dengan

lingkungan dan komunitasnya. ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telfon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.

2. ADL vokasional, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
3. ADL non vokasional, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang (Wiliyanarti, 2018).

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Activity of Daily Living* (ADL)

a. Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*.

b. Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living*. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah.

c. Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik.

d. Tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

e. Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkardian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama

sirkardian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkardian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi *activity of daily living*.

f. Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan– kebutuhan dasarnya.

g. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan dan sosial kesejahteraan pada segmen lansia yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat salah satunya adalah posyandu lansia. Jenis pelayanan kesehatan dalam posyandu salah satunya adalah pemeliharaan *Activity of Daily Living*. Lansia yang secara aktif melakukan kunjungan ke posyandu, kualitas hidupnya akan lebih baik dari pada lansia yang tidak aktif ke posyandu (Hardywinoto, 2017)

4. Teori Keperawatan terkait pemenuhan ADL pasien

Pandangan Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Konsep keperawatan Orem (2001) mengembangkan tiga bentuk teori *self care*, diantaranya:

1) Teori perawatan diri sendiri (*Self Care Theory*)

Teori *self care*, Orem mengemukakan bahwa *self care* meliputi : pertama; *self care* itu sendiri, yang merupakan aktivitas dan nisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan. Kedua; *self care*

agency, merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat di pengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain. Ketiga; adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan. Keempat; kebutuhan *self care* merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan sehari-hari (ADL) dengan mengelompokkan ke dalam kebutuhan dasar manusianya.

Perawatan diri adalah tindakan yang diprakarsai oleh individu dan diselenggarakan berdasarkan adanya kepentingan untuk mempertahankan hidup, fungsi tubuh yang sehat, perkembangan dan kesejahteraan.

Agen perawatan diri (*self care agency*) adalah kemampuan yang kompleks dari individu atau orang-orang dewasa (matur) untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhannya yang ditujukan untuk melakukan fungsi dan perkembangan tubuh. Self Care Agency ini dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman hidup, orientasi sosial kultural tentang kesehatan dan sumber-sumber lain yang ada pada dirinya.

Kebutuhan perawatan diri terapeutik (*therapeutic self care demands*) adalah tindakan perawatan diri secara total yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi seluruh kebutuhan perawatan diri individu melalui cara-cara tertentu seperti, pengaturan nilai-nilai terkait dengan keadekuatan pemenuhan udara, cairan serta pemenuhan elemen-elemen aktivitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (upaya promosi, pencegahan, pemeliharaan dan penyediaan kebutuhan).

Model Orem's menyebutkan ada beberapa kebutuhan *self care* atau yang disebut sebagai *self care requisite*, yaitu

- a. Kebutuhan perawatan diri universal (*Universal self care requisite*)
- b. Kebutuhan Perkembangan Perawatan Diri (*Development self care requisite*)
- c. Kebutuhan Perawatan Diri Pada Kondisi Adanya Penyimpangan Kesehatan (*Health Deviation Self Care Requisite*)

2) Teori defisit perawatan diri (*Deficit Self Care Theory*)

Teori ini merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di

mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Dalam pemenuhan perawatan diri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain. Dalam praktik keperawatan Orem melakukan identifikasi kegiatan praktik dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam pemecahan masalah, menentukan kapan dan bagaimana pasien memerlukan bantuan keperawatan, bertanggung jawab terhadap keinginan, permintaan, serta kebutuhan pasien, mempersiapkan bantuan secara teratur bagi pasien dan mengkoordinasi serta mengintegrasikan keperawatan dalam kehidupan sehari-hari pada pasien dan asuhan keperawatan diperlukan ketika klien tidak mampu memenuhi kebutuhanbiologis, psikologis, perkembangan dan sosial.

Setiap orang memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri, tetapi ketika seseorang tersebut mengalami ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, disebut sebagai *Self Care Deficit*. Defisit perawatan diri menjelaskan hubungan antara kemampuan seseorang dalam bertindak/beraktivitas dengan tuntunan kebutuhan tentang perawatan diri, sehingga ketika tuntutan lebih besar dari kemampuan, maka seseorang akan mengalami penurunan/defisit perawatan diri. Orem memiliki metode untuk proses penyelesaian masalah tersebut, yaitu bertindak atau berbuat sesuatu untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, sebagai pendidik, memberikan support fisik, memberikan support psikologis dan meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik orang lain.

3). Teori sistem keperawatan (*Theory of Nursing System*)

Teori ini menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri yang didasari pada pendapat Orem yang mengemukakan tentang pemenuhan kebutuhan diri sendiri, kebutuhan pasien dan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri. Dalam pandangan teori sistem ini, Orem memberikan identifikasi dalam

sistem pelayanan keperawatan diantaranya:

- a) Sistem bantuan secara penuh (*wholly compensatory system*) Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mendiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan
- b) Sistem bantuan sebagian (*partially compensatory system*) Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal seperti pada pasien yang post operasi abdomen dimana pasien ini memiliki kemampuan seperti cuci tangan, gosok gigi, cuci muka akan tetapi butuh pertolongan perawat dalam ambulasi dan melakukan perawatan luka.
- c) Sistem suportif dan edukatif Merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan pembelajaran. Pemberian sistem ini dapat dilakukan pada pasien yang memerlukan informasi termasuk prosedur (Muhlisin et al., 2017).

5. Penilaian *Activity Of Daily Living (ADL)*

Penelitian ini menggunakan pengukuran indeks Katz untuk mengukur Basic Activity Daily Living pasien, seperti di bawah ini:

NO	Aktivitas	Kemampuan	Skor
1	Mandi	Dibantu Total	1
		Dibantu sebagian	2
		Mandiri	3
2	Berpakaian	Dibantu Total	1
		Dibantu sebagian	2
		Mandiri	3
3	Toileting	Dibantu Total	1
		Dibantu sebagian	2
		Mandiri	3

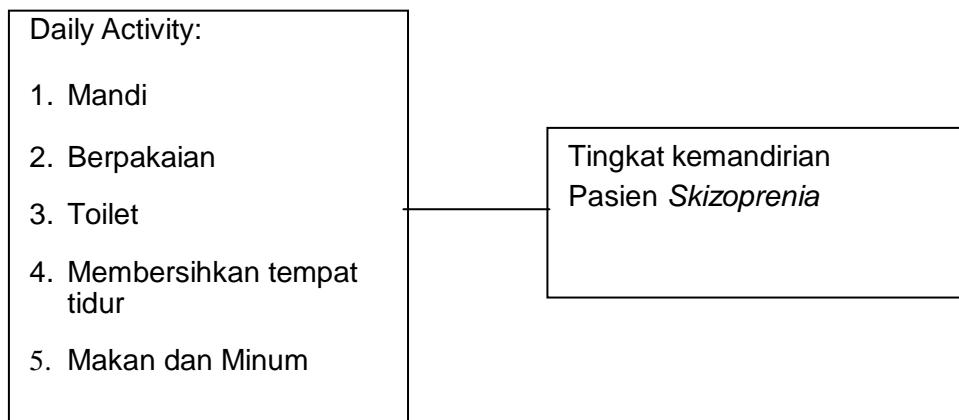
4	Membersihkan tempat tidur	Dibantu Total	1
		Dibantu sebagian	2
		Mandiri	3
5	Makan dan minum	Dibantu Total	1
		Dibantu sebagian	2
		Mandiri	3

Tabel 2. Indeks Katz ADL

Keterangan skor total Barthel Indeks Definisi ksof ADL's

- 1-6 : Dibantu total
- 7-12 : Dibantu sebagian
- 13-18 : Mandiri

C. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep

Berdasarkan tabel diatas maka, peneliti menguraikan hal-hal sebagai berikut:

Variabel terikat adalah *Daily Activity* yang mempengaruhi tingkat kemandirian pasien dalam melakukan kegiatan sehari-harinya. Semakin banyak *daily activity* yang dilakukan secara mandiri, maka pasien akan dikategorikan mandiri dalam kehidupannya sehari-hari. Skor penilaian kemandirian pasien menggunakan *Indeks Katz*, dengan penskoran pasien dikatakan mandiri, saat meraih skor total 13- 18, sebagian dibantu jika

pasien mendapat skor 7-12, dan pasien dibantu total dengan nilai 1-6.

D. Defenisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
<i>Activity daily living</i>	Kegiatan sehari-hari yang dilakukan oleh seseorang secara mandiri. penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat	Lembar obsevasi.	<ul style="list-style-type: none">• Diabantu total jika mendapat skor 1-6• Dibantu sebagian jika mendapat skor 7-12• Mandiri jika mendapat skor 13-18	Ordinal