

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Gangguan Jiwa**

##### **2.1.1 Pengertian Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa adalah sindrom perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan atau hendaya (keterbatasan atau ketidakmampuan) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Maslim, 2002; Maramis, 2010 dalam Yusuf, 2019)

Riset kesehatan dasar Kementerian Kesehatan RI tahun 2013 mengidentifikasi dua kelompok besar jenis gangguan jiwa di Indonesia, yaitu:

##### **1. Gangguan Jiwa Ringan**

Gangguan jiwa ringan adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa

##### **2. Gangguan Jiwa Berat.**

Gangguan jiwa berat adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia

## **2.1.2 Gejala Gangguan Jiwa**

### 1. Gangguan Pikiran

- a. Sulit konsentrasi
- b. Pikiran berulang
- c. Bingung, kacau, ketakutan yang tidak beralasan
- d. Gangguan penerimaan pancaindera yang tidak ada objek/sumbernya

### 2. Gangguan Perasaan

- a. Cemas berlebihan dan tidak masuk akal
- b. Sedih yang berlarut
- c. Marah tidak beralasan

### 3. Gangguan Perilaku

- a. Menyendiri
- b. Gaduh gelisah
- c. Perilaku yang terus diulang
- d. Perilaku kacau
- e. Hiperaktif

### 4. Gangguan Fisik

- a. Gangguan tidur dan makan
- b. Pusing, tegang, sakit kepala, berdebar-debar, keringat dingin
- c. Sakit ulu hati, diare, mual
- d. Kurang gairah kerja dan seksual

### 5. Gangguan Fungsi Pekerjaan/Sosial

- a. Tidak mampu kerja/sekolah
- b. Sering bolos sekolah/kerja

- c. Prestasi menurun
- d. Tidak mampu bergaul
- e. Menarik diri dari pergaulan

### **2.1.3 Proses Terjadinya Gangguan jiwa**

#### **1. Psikodinamika**

Model psikodinamika memandang penyimpangan perilaku terjadi karena perkembangan dini dan resolusi konflik yang tidak adekuat

#### **2. Interpersonal**

Model interpersonal memandang ansietas sebagai gejala yang timbul dan dialami secara interperpersonal. Rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan, takut tidak diakui sebagai anggota kelompok

#### **3. Sosial**

Model sosial menganggap faktor sosial dan lingkungan menciptakan stres, menyebabkan ansietas mengakibatkan timbulnya gejala. Perilaku yang tidak dapat diterima (menyimpang) diartikan secara sosial dalam memenuhi kebutuhan sistem sosial. Apabila berlangsung lama dan patologis dapat menimbulkan terjadinya gangguan jiwa

#### **4. Ekstensial**

Model eksistensial menyatakan hidup ini sangat berarti apabila seseorang dapat mengalami dan menerima self (diri) sepenuhnya. Penyimpangan perilaku terjadi jika individu gagal dalam upayanya untuk menemukan dan menerima diri apa adanya.

#### 5. Supportif

Model supportif memandang bahwa masalah terjadi sebagai akibat dari faktor biologis, psikologis, dan sosial. Teori ini menekankan pada respon koping maladaptif yang terjadi saat ini, adanya kegagalan dari interaksi faktor bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.

#### 6. Komunikasi

Model komunikasi menganggap bahwa gangguan perilaku terjadi apabila pesan tidak dikomunikasikan dengan jelas. Bahasa dapat digunakan untuk merusak makna pesan bisa diteruskan secara serentak pada berbagai tingkatan.

#### 7. Perilaku

Model perilaku mempelajari bahwa penyimpangan terjadi karena manusia telah membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkan. Perilaku menyimpang terjadi berulang karena berguna untuk mengurangi ansietas atau menutupi kesalahan

#### 8. Medik

Model medik mempelajari bahwa gangguan perilaku disebabkan oleh penyakit biologis; gangguan keseimbangan neurotransmitter, fungsi otak, infeksi, trauma kepala dan sistem fisiologis lainnya.

#### 9. Stres Adaptasi

Model stres adaptasi mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Komponen biologis, psikologis, sosial dan budaya diintegrasikan secara komprehensif.

## **2.2 Konsep Dasar Skizofrenia**

### **2.2.1 Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (schism) antara pikiran, emosi dan perilaku pasien yang terkena. Perpecahan pada pasien digambarkan dengan adanya gejala fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, khususnya kelonggaran asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autisme, dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Stuart, 2013).

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).

Menurut Maslim (2013) dalam buku Panduan Pedoman Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III skizofrenia merupakan sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya.

### **2.2.2 Karakteristik Skizofrenia**

Menurut George w. Brclay (1970) mendefinisikan demografi sebagai ilmu yang memberikan gambaran secara statistik tentang penduduk. Demografi mempelajari perilaku penduduk secara menyeluruh bukan perorangan.

Beberapa faktor demografi yang berpengaruh pada pasien skizofrenia antara lain :

1. Usia

Awitan terjadi lebih dini pada pria dibandingkan wanita. Usia puncak awitan adalah 10-25 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita. Awitan terjadi lebih dini pada pria dibandingkan wanita. Usia puncak awitan adalah 10-25 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita. Wanita memiliki dua puncak distribusi usia, yaitu kurang lebih 3-10% wanita mengalami awitan penyakit di usia paruh baya yakni diatas usia 40 tahun (Sadock, et al., 2015). Pasien yang mengalami pengobatan skizofrenia hampir 90% berusia antara 15-55 tahun, awitan skizofrenia dibawah 10 tahun dan diatas 60 tahun sangat jarang. Awitan yang terjadi setelah usia 45 tahun memiliki istilah tersendiri yaitu skizofrenia awitan-lambat (Sadock, et al., 2015). Diperkirakan bahwa sampai dengan 0,5% dari orang tua berusia lebih dari 65 tahun memiliki skizofrenia. (Wetherel & Jeste, 2011). Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Jenis skizofrenia paranoid sering mulai sesudah umur 30 tahun. Skisofrenia Hebefrenik, permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Skizofrenia katatonik timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional (Maramis, 2009)

## 2. Jenis Kelamin

Insidensi pada keduanya seimbang, walaupun pria cenderung memiliki awitan yang lebih awal daripada wanita dan derajat penyakit yang lebih parah (Semple & Smyth, 2013), namun ada sebuah systematic review menunjukkan sebaliknya, yaitu bahwa insidensi pada pria lebih besar dibandingkan wanita dengan rata-rata rasio pria dibandingkan wanita 1.4:1 (McGrath, et al., 2008). Wanita cenderung memiliki derajat penyakit yang lebih ringan, gejala negatif yang lebih sedikit dan hasil akhir yang lebih baik daripada pria (Murray, et al., 2008), selain itu data juga menunjukkan bahwa wanita lebih cenderung memiliki kemampuan fungsi sosial yang lebih baik daripada pria sebelum awitan penyakit (Sadock, et al., 2015).

## 3. Pendidikan

Pendidikan adalah proses dimana seseorang belajar melalui masyarakat, melalui sekolah, perguruan tinggi, universitas dan lembaga lainnya yang dengan sengaja menyalurkan warisan budaya dan akumulasi pengetahuan serta nilai-nilai dan keterampilan untuk generasi selanjutnya (Union, 2013). Usia pertama kali terkena skizofrenia antara 15-25 dan 25-35 tahun (Kaplan and Sadock, 2010). Oleh karena itu, pada usia tersebut pasien yang terkena skizofrenia tidak dapat mendapat pendidikan yang lebih tinggi lagi karena kesulitan untuk mengikuti pendidikan formal.

## 4. Status Ekonomi

Orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang besar dibandingkan dengan orang

yang tidak bekerja (Kessler RC, 2006). Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stress, hal ini berhubungan dengan tingginya kadar hormon stress (kadar cathecholamine) dan mengakibatkan ketidakberdayaan. Selain motivasi diri yang kurang karena adanya gejala negatif yang mendasarinya, stigmatisasi dan diskriminasi pada penyandang gangguan jiwa menghalangi mereka untuk berintegrasi ke dalam masyarakat, karena sering mendapatkan ejekan, serta isolasi sosial dan ekonomi. Oleh karena itu, faktor ini membatasi hak berpendapat dan hak memperoleh pekerjaan (Saperstein et al,2011). Skizofrenia simplex Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi pengangguran. Bila tidak ada orang yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur, atau “penjahat” (Maramis, 2009)

#### 5. Status Perkawinan

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Rao et al (2005) yang menyebutkan pasien skizofrenia lebih banyak yang sendiri dan belum kawin daripada pasien gangguan jiwa lainnya.14 Analisis data statistik WHO menyebutkan pria dengan status perkawinan sudah kawin mengalami onset psikotik yang mengalami delay (1-2 tahun) bila dibandingkan dengan pria belum kawin. Teori yang disebutkan dalam Kaplan et al (2010) bahwa skizofrenia lebih banyak dijumpai pada orang-orang yang tidak kawin.

## 6. Masalah Keperawatan

### 1) Psikososial Kehilangan dan Berduka

Kehilangan adalah suatu keadaan individu mengalami kehilangan sesuatu yang sebelumnya ada dan dimiliki. Kehilangan merupakan sesuatu yang sulit dihindari (Stuart, 2005), seperti kehilangan harta, kesehatan, orang yang dicintai, dan kesempatan. Berduka adalah reaksi terhadap kehilangan, yaitu respons emosional normal dan merupakan suatu proses untuk memecahkan masalah.

Berduka merupakan respons terhadap kehilangan. Berduka dikarakteristikan sebagai berikut:

- a. Berduka menunjukkan suatu reaksi syok dan ketidakyakinan.
- b. Berduka menunjukkan perasaan sedih dan hampa bila mengingat kembali kejadian kehilangan.
- c. Berduka menunjukkan perasaan tidak nyaman, sering disertai dengan menangis, keluhan sesak pada dada, tercekik, dan nafas pendek.
- d. Mengenang orang yang telah pergi secara terus-menerus.
- e. Mengalami perasaan berduka.
- f. Mudah tersinggung dan marah.

### 2) Psikososial: Kecemasan

#### a. Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh

individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman.

b. Rentang Respons Tingkat Kecemasan

a) Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya.

b) Ansietas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain.

c) Ansietas berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Adanya kecenderungan untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain.

d) Tingkat panik dari ansietas berhubungan dengan ketakutan dan merasa diteror, serta tidak mampu melakukan apapun walaupun dengan pengarahan.

3) Gangguan Konsep Diri

a. Pengertian Konsep Diri

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, perasaan, kepercayaan, serta pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain.

b. Komponen Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Citra tubuh adalah kumpulan sikap individu baik yang disadari maupun tidak terhadap tubuhnya, termasuk persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran, fungsi, keterbatasan, makna, dan objek yang kontak secara terus-menerus (anting, make up, pakaian, kursi roda, dan sebagainya) baik masa lalu maupun sekarang.

b) Ideal Diri

Persepsi individu tentang seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau nilai yang diyakininya. Penetapan ideal diri dipengaruhi oleh kebudayaan, keluarga, ambisi, keinginan, dan kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan norma serta prestasi masyarakat setempat.

c) Harga Diri

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Peran

d) Identitas Diri

Identitas adalah kesadaran tentang “diri sendiri” yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya, serta menyadari individu bahwa dirinya berbeda dengan orang lain.

#### 4) Isolasi Sosial: Menarik Diri

##### a. Pengertian Menarik Diri

Menarik diri merupakan suatu percobaan untuk menghindari interaksi dan hubungan dengan orang lain (Rawlins, 1993). Isolasi sosial adalah keadaan seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya.

##### b. Gangguan Hubungan Sosial

- a) Menarik diri: menemukan kesulitan dalam membina hubungan dengan orang lain.
- b) Dependen: sangat bergantung pada orang lain sehingga individu mengalami kegagalan dalam mengembangkan rasa percaya diri.
- c) Manipulasi: individu berorientasi pada diri sendiri dan tujuan yang hendak dicapainya tanpa mempedulikan orang lain dan lingkungan dan cenderung menjadikan orang lain sebagai objek

#### 5) Perubahan Proses Pikir: Waham

##### a. Pengertian Waham

Waham adalah suatu keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat atau terus-menerus, tapi tidak sesuai dengan kenyataan. Waham adalah termasuk gangguan isi pikiran. Pasien meyakini bahwa dirinya adalah seperti apa yang ada di dalam isi pikirannya.

b. Klasifikasi Waham

a) Waham kebesaran

Meyakini bahwa ia memiliki kebesaran atau kekuasaan khusus, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan.

b) Waham curiga

Meyakini bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan/mencederai dirinya, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan.

c) Waham agama

Memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan.

d) Waham somatik

Meyakini bahwa tubuh atau bagian tubuhnya terganggu/terserang penyakit, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan.

e) Waham nihilistik

Meyakini bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/meninggal, serta diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan.

6) Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi

a. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini

meliputi seluruh pancaindra. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada.

b. Klasifikasi Halusinasi

Tabel 2.2.2 Klasifikasi Halusinasi

<b>Jenis Halusinasi</b>	<b>Data Objektif</b>	<b>Data Subjektif</b>
Halusinasi dengar/suara	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bicara atau tertawa sendiri.</li> <li>b. Marah-marah tanpa sebab.</li> <li>c. Mengarahkan telinga ke arah tertentu.</li> <li>d. Menutup telinga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.</li> <li>b. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.</li> <li>c. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.</li> </ul>
Halusinasi penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.</li> <li>b. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.</li> </ul>	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster.
Halusinasi penciuman	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.</li> <li>b. Menutup hidung.</li> </ul>	Membaui bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi pengecapan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sering meludah</li> <li>b. Muntah</li> </ul>	Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses.
Halusinasi perabaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menggaruk-garuk permukaan kulit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengatakan ada serangga di permukaan kulit.</li> <li>b. Merasa seperti tersengat listrik</li> </ul>

7) Risiko Perilaku Kekerasan

a. Pengertian Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri.

b. Gejala Atau Tanda Marah (Perilaku)

a) Emosi

Tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, dendam, jengkel

b) Intelektual

Mendominasi, bawel sarkasme, berdebat, meremehkan

c) Fisik

Muka merah, pandangan tajam, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat

d) Spiritual

Kemahakuasaan, kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kebejatan, kreativitas terlambat

e) Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor

8) Risiko Bunuh Diri

a. Pengertian Bunuh Diri

Bunuh diri merupakan tindakan agresif yang merusak diri sendiri dan dapat mengakhiri kehidupan (Wilson dan Kneisl, 1988).

Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri karena pasien berada dalam keadaan stres yang tinggi dan menggunakan koping yang maladaptif.

b. Jenis Bunuh Diri

a) Bunuh diri egoistik

Akibat seseorang yang mempunyai hubungan sosial yang buruk.

b) Bunuh diri altruistik

Akibat kepatuhan pada adat dan kebiasaan.

c) Bunuh diri anomik

Akibat lingkungan tidak dapat memberikan kenyamanan bagi individu

9) Defisit Perawatan Diri

a. Pengertian Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

b. Lingkup Defisit Perawatan Diri

a) Kebersihan diri

Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

b) Berdandan atau berhias

Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.

c) Makan

Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.

d) Toileting

Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan.

### 2.2.3 Etiologi Skizofrenia

1. Faktor predisposisi menurut Yosep ( 2014 ):

a. Faktor pengembangan

Perkembangan klien yang terganggu misalnya kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi hilang percaya diri.

b. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan membekas diingatkannya sampai dewasa dan ia akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Faktor biokimia

Adanya stres yang berlebihan yang dialami oleh seseorang maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia dan metytranferase sehingga terjadi ketidakseimbangan asetil kolin dan dopamin.

d. Faktor psikologis

Tipe kepribadian yang lemah tidak bertanggung jawab akan mudah tejerumus pada penyelahgunaan zat adaptif. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam nyata.

e. Faktor genetik dan pola asuh

Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor presipitasi

Penyebab halusiansi dapat dilihat dari lima dimensi menurut (Rawlins, 1993 dalam Yosep, 2014).

a. Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini merangsang bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan

impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengobrol semua perilaku klien.

d. Dimensi sosial

Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan, klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak di dapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi di jadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya ataupun orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan menupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta menguasai klien tidak menyediri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak langsung.

e. Dimensi spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupanya secara spiritual untuk menyucikan diri. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, memyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

#### 2.2.4 Tipe Skizofrenia

##### 1. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid agak berbeda dengan yang lainnya, timbul diatas usia 30 tahun, dengan gejala yang mencolok ialah waham primer disertai waham sekunder dan halusinasi, bila pemeriksaan lebih teliti maka akan ditemukan gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

##### 2. Skizofrenia hebefrenik

Sering timbul pada masa pertama kali pubertas, timbulnya perlahan – lahan sekali, pada awalnya klien kurang memperhatikan keluarganya, menarik diri dari pergaulan, makin lama makin mundur dalam pekerjaan dan pelajaran. Gejala yang menonjol kadang kala emosi, kemunduran kemauan, afek pasien dangkal dan tidak wajar, sering disertai cekikan atau perasaan puas diri, senyum sendiri.

##### 3. Skizofrenia katatonik

Timbul pertama kali antara umur 25-30 tahun. Biasanya akut serta didahului oleh stress emosional. Skizofrenia katatonik dibedakan menjadi 2 jenis yaitu katatonik stupor dengan gejala menonjol klien tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungan, dan katatonik gaduh gelisah yang terdapat gejala hiperaktifitas motorik tetapi tidak disertai emosi yang semestinya.

##### 4. Skizofrenia tak terinci

Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik atau katatonik. Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

5. Skizofrenia depresi pasca-skizofrenia

Pasien telah menderita skizofrenia (yang memenuhi kriteria umum skizofrenia) selama 12 bulan terakhir ini. Gejala-gejala depresi menonjol dan mengganggu memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32) dalam waktu kurun paling sedikit 2 minggu.

6. Skizofrenia residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primer menurut Bleuler yaitu adanya gangguan proses pikir, gangguan afek emosi, gangguan kemauan, dan gangguan psikomotor, sedangkan gejala sekunder yang meliputi waham dan halusinasi tidak jelas, biasanya timbul sesudah beberapa kali serangan.

7. Skizofrenia simpleks

Diagnosa skizofrenia simpleks sulit dibuat secara menyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan dan progresif dari gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik, disertai perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna

#### 2.2.5 Gejala dan Gambaran Klinis Skizofrenia

Secara umum, karakteristik gejala skizofrenia (kriteria A), dapat digolongkan dalam tiga kelompok; gejala positif, negatif dan gejala lainnya.

1. Gejala positif, yaitu tanda yang biasanya pada orang kebanyakan tidak ada, namun pada pasien skizofrenia justru muncul. Gejala positif adalah gejala yang bersifat aneh, antara lain berupa delusi, halusinasi, ketidakteraturan pembicaraan, dan perubahan perilaku

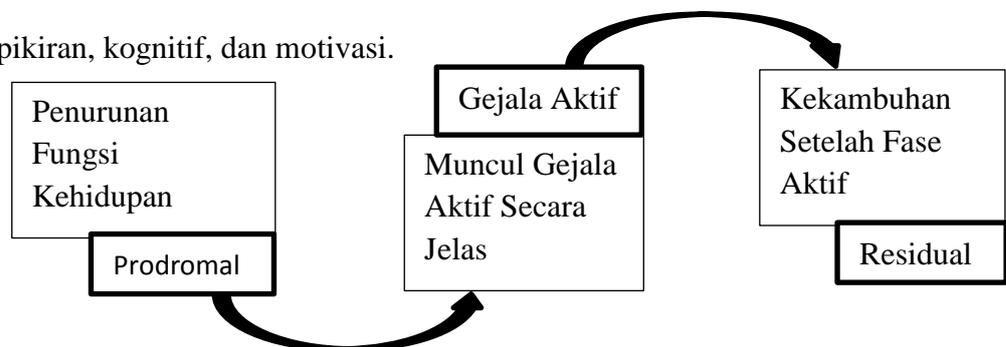
2. Gejala negatif, yaitu menurunnya atau tidak adanya perilaku tertentu, seperti perasaan yang datar, tidak adanya perasaan yang bahagia dan gembira, menarik diri, ketiadaan pembicaraan yang berisi, mengalami gangguan sosial, serta kurangnya motivasi untuk beraktivitas.
3. Gejala lainnya (disorganisasi), perilaku yang aneh dan disorganisasi pembicaraan. Perilaku yang aneh ini, misalnya katatonia, dimana pasien menampilkan perilaku tertentu berulang-ulang, menampilkan pose tubuh yang aneh; atau waxy flexibility, yaitu orang lain dapat memutar atau membentuk posisi tertentu dari anggota badan pasien, yang akan dipertahankan dalam waktu yang lama. Sedangkan disorganisasi pembicaraan adalah masalah dalam mengorganisasikan ide dan pembicaraan, sehingga orang lain mengerti, dikenal dengan gangguan berpikir formal

#### 2.2.6 Fase Terjadinya Skizofrenia

Terdapat tiga fase utama dalam berkembangnya perjalanan skizofrenia, diantaranya fase prodromal, gejala aktif, dan residual. Fase prodromal ditandai dengan deteriorasi yang jelas dalam fungsi kehidupan, sebelum fase aktif gejala gangguan, dan tidak disebabkan oleh gangguan afek atau akibat gangguan penggunaan zat. Awal munculnya skizofrenia dapat terjadi setelah melewati periode yang sangat panjang, yaitu ketika seorang individu mulai menarik diri secara sosial dari lingkungannya. Fase prodromal ini berlangsung selama beberapa minggu hingga bertahun-tahun. Beberapa literatur

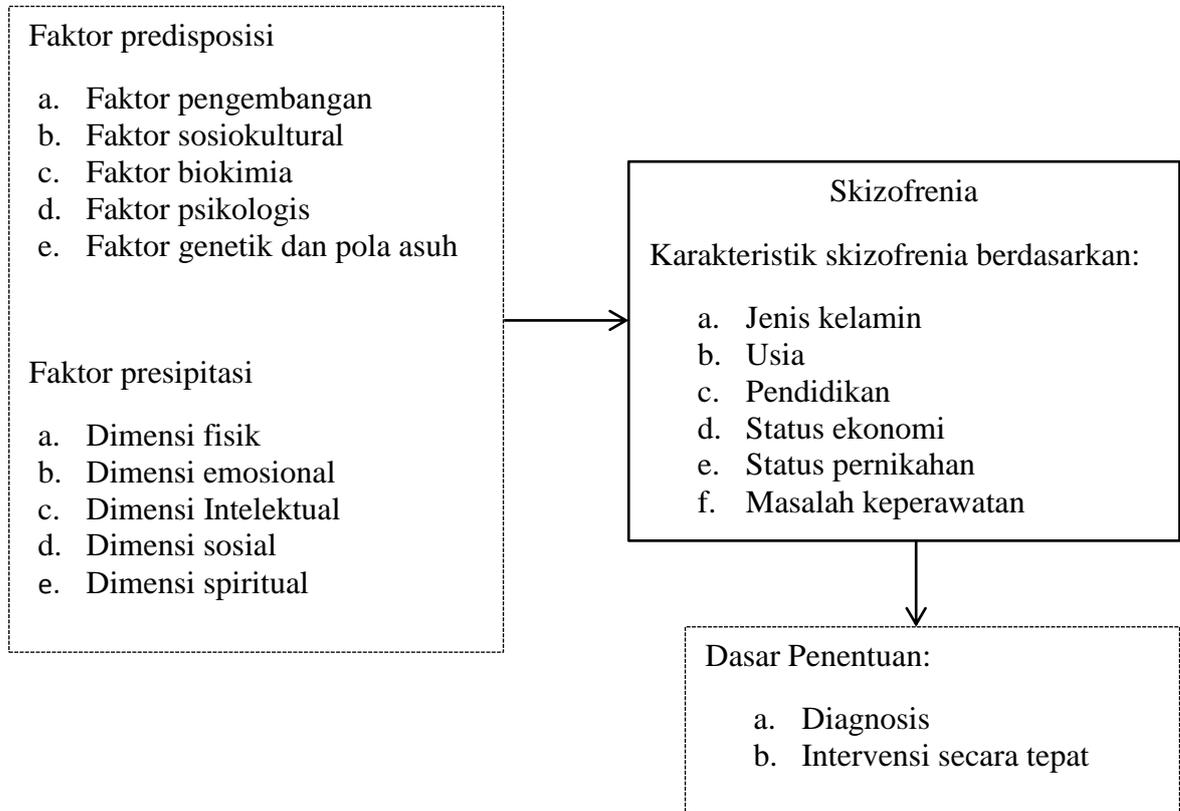
menambahkan fase premorbid diawal fase prodromal, dan kekambuhan dibagian akhir fase residual.

Fase aktif gejala ditandai dengan munculnya gejala-gejala skizofrenia secara jelas. Sebagian besar penderita gangguan skizofrenia memiliki kelainan pada kemampuannya untuk melihat realitas dan kesulitan dalam mencapai insight. Sebagai akibatnya episode psikis dapat ditandai oleh adanya kesenjangan yang semakin besar antara individu dengan lingkungan sosialnya. Fase Residual terjadi setelah fase aktif, tidak disebabkan oleh gangguan afek atau gangguan penggunaan zat. Dalam perjalanan gangguannya, beberapa pasien skizofrenia mengalami kekambuhan hingga lebih dari lima kali. Gejala skizofrenia yang muncul pada fase aktif antara lain, gangguan perasaan, perilaku, persepsi, pikiran, kognitif, dan motivasi.



Gambar 2.2.6 Fase Terjadinya Skizofrenia

### 2.3 Kerangka Konseptual



Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Karakteristik Gangguan jiwa Pada Pasien Skizofrenia Di Lingkungan Pondok Sosial Keputih Surabaya

Tahun 2020