

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa defisit perawatan diri. Konsep penyakit ini akan diuraikan definisi, proses terjadinya, etiologi dan cara penanganan secara keperawatan. Asuhan keperawatan ini akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada pasien defisit perawatan diri dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

2.1.1 Definisi Defisit Perawatan Diri

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Azizah, 2016). Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri mandi sehari hanya 1 kali atau tidak mau mandi, tidak bisa berhias, makan sembarangan, tidak mau BAB/BAK dikamar mandi.

Personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya sendiri.

2.1.2 Linkup defisit perawatan diri

1. Kebersihan diri

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

2. Berdandan atau berhias

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

3. Makan

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

4. Toileting

Ketidakmampuan atau ketidakadanya keinginan untuk melakukan devekasi atau berkemih tanpa bantuan.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa teori dan aplikasi praktik klinik Lilik Ma'rifatul (2016), Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala defisit perawatan diri adalah sebagai berikut :

1. Fisik

- a. Badan bau, pakaian kotor.
- b. Rambut dan kulit kotor.
- c. Kuku panjang dan kotor.
- d. Gigi kotor disertai bau.
- e. Penampilan tidak rapi.
- f. Rambut berketombe

2. Psikologis

- a. Malas, tidak ada inisiatif.
- b. Menarik diri, isolasi diri.
- c. Merasa tidak berdaya, rendah diri, dan merasa hina.

3. Sosial

- a. Interaksi kurang.
- b. Kegiatan kurang.
- c. Tidak mampu berperilaku sesuai norma.
- d. Cara makan tidak teratur BAK dan BAB di sembarangan tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.

Data-data yang biasa ditemukan dalam defisit perawatan diri adalah :

1. Data subyektif

- a. Pasien merasa lemah.
- b. Malas untuk beraktifitas.
- c. Merasa tidak berdaya.

2. Data obyektif

- a. Rambut kotor, acak-acakan
- b. Badan dan pakaian kotor dan bau
- c. Mulut dan gigi bau.
- d. Kulit kusam dan kotor.
- e. Kuku panjang dan tidak terawat.

2.1.4 Etiologi

1. Faktor prediposisi

a. Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

b. Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.

c. Kemampuan realitas turun

Klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

d. Sosial

Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2. Faktor presipitasi

Yang merupakan faktor presiptasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kongnisi atau perceptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

Menurut Lilik Ma'rifatul Azizah (2016). Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah :

a. Body Image

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

b. Praktek Sosial

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

c. Status Sosial Ekonomi

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

d. Pengetahuan

Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien penderita diabetes militus ia harus menjaga kebersihan kakinya.

e. Budaya

Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

f. Kebiasaan Seseorang

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

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene.

a. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik

yang sering terjadi adalah: Gangguan integritas kulit , gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak Psikososial

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

2.1.5 Jenis – Jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Nanda-I (2012), jenis perawatan diri terdiri dari :

1. Defisit perawatan diri : mandi

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

2. Defisit perawatan diri : berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri.

3. Defisit perawatan diri : makan

Hambatan kemampuan untuk menyelesaikan aktivitas sendiri

4. Defisit perawatan diri : eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sendiri.

2.2 Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan menjelaskan bagaimana perawat mengelola asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan

pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Saat ini proses keperawatan dijelaskan sebagai proses siklik lima bagian yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Nanda-1,2012).

2.2.1 Pengkajian

Dalam proses pengkajian ada dua tahap yang perlu dilalui, yaitu pengumpulan data dan analisis data.

1. Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.

a. Biodata pasien

1. Nama, alamat, ruangan dirawat, nomor RM, tanggal MRS, umur pasien, dan informan.
2. Alasan masuk, keluhan yang pertama kali biasanya pasien defisit perawatan diri (pasien merasa lemah, malas untuk beraktivitas, merasa tidak berdaya)
3. Faktor predisposisi, yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

b. Aspek fisik/biologis

Hasil dari pengukuran suhu, tekanan darah, nadi, pernafasan, tinggi, dan berat badan serta keluhan fisik yang dirasakan pasien.

c. Aspek psikososial

Genogram pasien yang terdiri dari tiga generasi dalam keluarga pasien.

1. Gambaran diri

Bagian tubuh yang disukai atau tidak disukai oleh pasien

2. Identitas diri

Pasien sukar menetapkan keinginan dan sukar dalam mengambil keputusan.

3. Peran

Perubahan fungsi peran membuat pasien merasa putus asa dan tidak percaya diri.

4. Ideal diri

Keinginan pasien dalam mencapai sesuatu, kadang tercapai, kadang tidak dan pasien sering mengungkapkan keputusasaanya.

5. Harga diri

Pasien sering merasa malu terhadap diri sendiri maupun orang lain, pasien kehilangan rasa percaya diri dan dalam hubungan sosial.

6. Hubungan sosial

Pasien mempunyai hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain maupun dalam lingkungannya, pasien lebih senang berdiam diri dalam rumah.

7. Spiritual

Keyakinan pasien pada Tuhan Yang Maha Kuasa bisa terganggu.

8. Status mental

Pasien terlihat menyendiri, penampilan acak-acakan, kontak mata kurang bersemangat/lesu.

9. Kebutuhan pulang

Pasien mampu memenuhi kebutuhannya dalam makan, BAK/BAB, membersihkan peralatan makan, perawatan diri secara mandiri.

10. Mekanisme koping

Pasien tidak pernah menceritakan masalah yang sedang dialaminya kepada orang-orang terdekat pasien.

11. Terapi medic

Selama ini pasien mendapat terapi obat.

Dalam buku model praktik klinik keperawatan jiwa AIPVIKI (2018). (Sri atun, 2018), terdapat data mayor dan minor yang akan terjadi pada pasien dengan defisit perawatan diri adalah sebagai berikut:

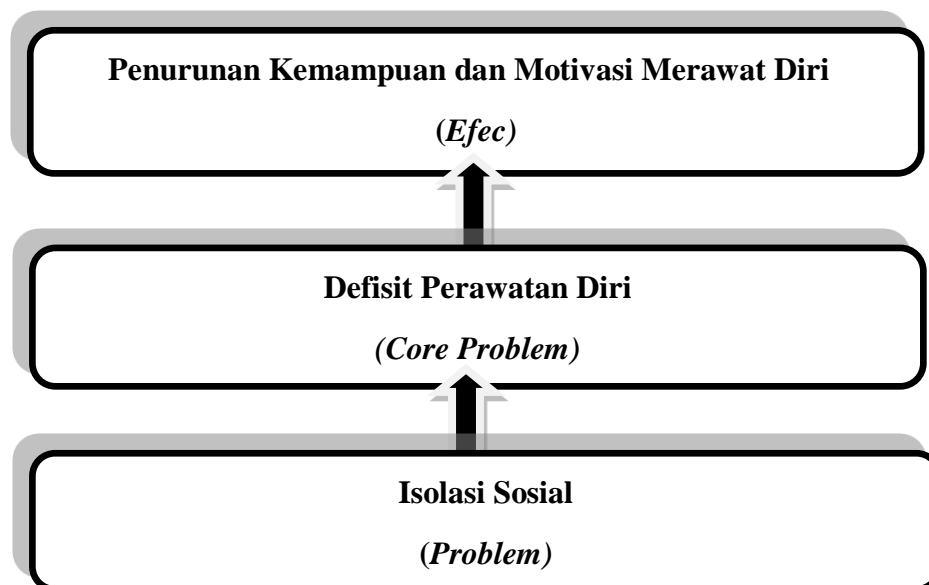
1. Data mayor

a. Subjektif

1) Mengatakan tidak mau mandi

- b. Objektif
 - 1) Berbau
 - 2) Berpakaian tidak rapi
 - 3) Wajah kusut
 - 4) Rambut acak-acakan
 - 5) Warna gigi kuning
- 2. Data minor
 - a. Subjektif
 - 1) Mengatakan malas mandi
 - b. Objektif

2.2.2 Pohon Masalah



Gambar 2.2 : Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri (Lilik Ma'rifatul, 2016)

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut Lilik ma'rifatul (2016), diagnosa yang muncul pada pasien defisit perawatan diri sesuai dengan bagan yaitu:

1. Penurunan kemampuan dan motivasi merawat diri.
2. Defisit perawatan diri.
3. Isolasi sosial.

2.2.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut Lilik Ma'rifatul, 2016 dalam bukunya, Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan :

1. Tujuan Umum

Klien dapat melanjutkan hubungan peran sesuai dengan tanggung jawab

2. Tujuan Khusus

a. TUK I : Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.

1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Wajah klien cerah dan tersenyum
- b.) Klien mau berkenalan.
- c.) Ada kontak mata dalam pandangan klien
- d.) Menerima kehadiran perawat
- e.) Klien bersedia menceritakan perasaannya.
- f.) Klien mau menyediakan waktu untuk kontak

2.) Intervensi

- a.) beri salam setiap berinteraksi

- b.) Perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan.
 - c.) Tanyakan nama dan panggilan kesukaan klien.
 - d.) Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi.
 - e.) Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien.
 - f.) Lakukan kontak singkat tapi sering
- b. TUK II : Klien dapat mengenal tentang pentingnya kebersihan diri.
- 1.) Kriteria Evauasi
 - a. Klien dapat menyebutkan kebersihan diri pada waktu 2 kali pertemuan.
 - b. Mampu menyebutkan kembali kebersihan untuk kesehatan seperti mencegah penyakit.
 - c. Klien dapat meningkatkan cara merawat diri.
 - 2.) Intervensi
 - a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.
 - b. Diskusikan bersama klien pentingnya kebersihan diri dengan cara menjelaskan pengertian tentang arti kebersihan dan tanda-tanda bersih.
 - c. Dorong klien untuk menyebutkan 3 dari 5 tanda kebersihan.
 - d. Diskusikan fungsi kebersihan diri dengan menggali pengetahuan klien terhadap hal yang berhubungan dengan kebersihan diri.

- e. Bantu klien mengungkapkan arti kebersihan diri dan tujuan memelihara kebersihan diri.
 - f. Beri reinforcement positif setelah klien mampu mengungkapkan arti kebersihan diri.
 - g. Ingatkan klien untuk memelihara kebersihan diri seperti mandi 2 kali sehari, keramas dan menyisir rambut, gunting kuku jika panjang.
- c. TUK III : Klien dapat melakukan kebersihan diri dengan bantuan perawat.
- 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien berusaha untuk memelihara kebersihan diri
 - b.) Klien dapat mengganti pakaian bersih sehari 3 kali.
 - 2.) Intervensi
 - a.) Motivasi klien untuk mandi.
 - b.) Beri kesempatan untuk mandi, beri kesempatan klien untuk mendemonstrasikan cara memelihara kebersihan diri yang benar.
 - c.) Anjurkan klien untuk mengganti baju setiap hari.
 - d.) Kaji keinginan klien untuk memotong kuku dan merapikan rambut.
 - e.) Kolaborasi dengan perawat ruangan untuk mengadakan fasilitas kebersihan diri seperti mandi dan kebersihan kamar mandi.

- f.) Bekerjasama dengan keluarga untuk mengadakan fasilitas kebersihan diri seperti odol, sikat gigi, shampoo, pakaian ganti, handuk dan sandal.
- d. TUK IV : Klien dapat melakukan kebersihan perawatan diri secara mandiri.
- 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien dapat melakukan perawatan diri secara rutin dan teratur.
 - b.) Klien dapat melakukan perawatan diri seperti mandi, ganti baju, gosok gigi.
 - c.) Klien dapat berpenampilan rapi dan bersih.
 - 2.) Intervensi
 - a.) Monitor klien dalam melakukan kebersihan diri secara teratur.
 - b.) Ingatkan klien untuk mencuci rambut.
 - c.) Ingatkan klien untuk menyisir rambut, gosok gigi, ganti baju dan pakai sandal.
- e. TUK V : Klien dapat mempertahankan kebersihan diri secara mandiri.
- 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien tampak bersih dan rapi.
 - 2.) Intervensi

- a.) Beri reinforcement positif jika berhasil melakukan kebersihan.
- f. TUK VI : Klien dapat dukungan keluarga dalam meningkatkan kebersihan diri.

1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Keluarga selalu meningkatkan hal-hal yang berhubungan dengan kebersihan diri.
- b.) Keluarga menyiapkan sarana untuk membantu klien dalam menjaga kebersihan diri.
- c.) Keluarga membantu dan membimbing klien dalam menjaga kebersihan.

2.) Intervensi

- a.) Jelaskan pada keluarga tentang penyebab kurang minatnya klien menjaga kebersihan diri.
- b.) Diskusikan bersama keluarga tentang tindakan yang telah dilakukan klien selama dirumah sakit dalam menjaga kebersihan dan kemajuan yang telah dialami pasien.
- c.) Anjurkan keluarga untuk memutuskan memberi stimulasi terhadap kemajuan yang telah dialami di rumah sakit.
- d.) Jelaskan pada keluarga tentang manfaat sarana yang lengkap dalam menjaga kebersihan diri klien.
- e.) Anjurkan keluarga untuk menyiapkan sarana dalam menjaga kebersihan diri.
- f.) Diskusikan bersama keluarga cara membantu klien dalam menjaga kebersihan diri.

- g.) Diskusikan dengan keluarga mengenai hal yang dilakukan misalnya mengingatkan pada waktu mandi, sikat gigi, keramas.

2.2.5 Implementasi Keperawatan

1. Strategi Pelaksanaan Pasien:

a. SP 1

- 1.) Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
- 2.) Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri
- 3.) Membantu pasien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri
- 4.) Menganjurkan pasien untuk memasukkan jadwal kegiatan harian

b. SP 2

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Menjelaskan cara makan yang baik
- 3.) Membantu pasien cara mempraktekan makan yang baik
- 4.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

c. SP 3

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Menjelaskan cara eliminasi yang baik
- 3.) Membantu pasien mempraktekan cara makan yang baik
- 4.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal harian.

d. SP 4

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Menjelaskan cara berdandan
- 3.) Membantu pasien cara berdandan

- 4.) Mengajukan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

2. Strategi Pelaksanaan Keluarga

a. SP 1

- 1.) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2.) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, defisit perawatan diri, jenis defisit perawatan diri yang dialami oleh pasien
- 3.) Menjelaskan cara-cara merawat pasien defisit perawatan diri

b. SP 2

- 1.) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perawatan diri
- 2.) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat langsung kepada pasien defisit perawatan diri.

c. SP 3

- 1.) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)
- 2.) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

2.2.6 Evaluasi

1. Pasien diharapkan mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala defisit perawatan diri.
2. Pasien diharapkan mampu mempraktekkan cara perawatan diri

2.2 Konsep Skizofrenia

2.2.1 Definisi

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme. Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering. Hampir 1% penduduk di dunia menderita skizofrenia selama hidup mereka. Gejala skizofrenia biasanya muncul pada usia remaja akhir atau dewasa muda. Onset pada laki-laki biasanya antara 15-25 tahun dan pada perempuan antara 25-35 tahun. Prognosis biasanya lebih buruk pada laki-laki bila dibandingkan dengan perempuan. Onset setelah umur 40 tahun jarang terjadi. Kejadian skizofrenia pada pria lebih besar daripada wanita. Kejadian tahunan berjumlah 15,2% per 100.000 penduduk, kejadian pada imigran dibanding penduduk asli sekitar 4,7%, kejadian pada pria 1,4% lebih besar dibandingkan wanita. Di Indonesia, hampir 70% mereka yang dirawat di bagian psikiatri adalah karena skizofrenia. Angka di masyarakat berkisar 1-2% dari seluruh penduduk pernah mengalami skizofrenia dalam hidup mereka.

2.2.2 Jenis-Jenis Skizofrenia

1. Skizofrenia paranoid

Ciri utamanya adalah adanya waham dan halusinasi namun fungsi kognitif dan afek masih baik.

2. Skizofrenia hebefrenik

Ciri utamanya adalah pembicaraan yang kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar

3. Skizofrenia katatonik

Ciri utamanya adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi motoric immobility, aktivitas motorik berlebihan, negativism yang ekstrim serta gerakan yang tidak terkendali

4. Skizofrenia tak terinci

Gejala tidak memenuhi kriteria skizofrenia paranoid, hebefrenik maupun katatonik

5. Depresi pasca skizofrenia

6. Skizofrenia residual

Paling tidak pernah mengalami satu episode skizofrenia sebelumnya dan saat ini gejala tidak menonjol

7. Skizofrenia simpleks

2.2.3 Faktor-Faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia:

1. Umur

Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun

2. Jenis kelamin

Proporsi skizofrenia terbanyak adalah laki-laki (72%) dengan kemungkinan laki-laki berisiko 2,37 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan. Kaum pria lebih mudah terkena gangguan jiwa karena kaum pria yang menjadi penompang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan dengan laki-laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan laki-laki. Meskipun beberapa sumber lainnya mengatakan bahwa wanita lebih mempunyai risiko untuk menderita stress psikologik dan juga wanita relatif lebih rentan bila dikenai trauma.

3. Pekerjaan

Pada kelompok skizofrenia, jumlah yang tidak bekerja adalah 85,3% sehingga orang yang tidak bekerja kemungkinan mempunyai risiko 6,2 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja. Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stress yang berhubungan dengan tingginya kadar hormon stres (kadar katekolamin) dan mengakibatkan ketidakberdayaan, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja.

4. Status Perkawinan

Seseorang yang belum menikah kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan yang menikah karena status marital perlu untuk pertukaran ego ideal dan identifikasi perilaku antara suami dan istri menuju tercapainya kedamaian. Dan perhatian dan kasih sayang adalah fundamental bagi pencapaian suatu hidup yang berarti dan memuaskan,

5. Konflik Keluarga

Konflik keluarga kemungkinan berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga

6. Status Ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan status ekonomi tinggi. Status ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak mempertimbangkan kemiskinan (status ekonomi rendah sebagai faktor risiko, tetapi faktor yang menyertainya bertanggung jawab atas timbulnya gangguan kesehatan. Himpitan ekonomi memicu orang menjadi rentan dan terjadi berbagai peristiwa yang menyebabkan gangguan jiwa. Jadi, penyebab gangguan jiwa bukan sekedar stressor psikososial melainkan juga stressor ekonomi. Dua stressor ini kait-mengait, makin membuat persoalan yang sudah kompleks menjadi lebih kompleks.

2.2.4 Gejala Skizofrenia

1. Gangguan pikiran

Biasanya ditemukan sebagai abnormalitas dalam bahasa, digresi berkelanjutan pada bicara, serta keterbatasan isi bicara dan ekspresi

2. Delusi

Merupakan keyakinan yang salah berdasarkan pengetahuan yang tidak benar terhadap kenyataan yang tidak sesuai dengan latar belakang sosial dan kultural pasien

3. Halusinasi

Persepsi sensori dengan ketiadaan stimulus eksternal. Halusinasi auditorik terutama suara dan sensasi fisik bizar merupakan halusiansi yang sering ditemukan

4. Afek abnormal

Penurunan intensitas dan variasi emosional sebagai respon yang tidak serasi terhadap komunikasi

5. Gangguan kepribadian motor

Adopsi posisi bizar dalam waktu yang lama, pengulangan, posisi yang tidak berubah, intens dan aktivitas yang tidak terorganisis atau penurunan pergerakan spontan dengan kewaspadaan terhadap lingkungan sekitar.