

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. *Skizofrenia* juga merupakan suatu bentuk psikosis yang sering dijumpai sejak zaman dahulu. Meskipun demikian, pengetahuan tentang sebab – musabab dan patogenisanya sangat kurang (Maramis, 2010) dalam (Sutejo, 2017).

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)

2.1.2 Tanda dan Gejala

Menurut Keliat, dkk (2011) gejala – gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

1. Gejala positif

Pasien dengan *skizofrenia* teradi halusinasi saatada rangsangan yang terlalu kuat dan otak tidak mampu untuk menerima dan mengolah rangsangan yang datang. Sehingga biasanya pasien skizofrenia bisa mendengar suara-suara atau melihat suatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami sensasi pada tubuhnya yang tidak biasa. Gejala yang biasanya timbul, yaitu pasien merasakan ada

suara yang berasal dari dalam dirinya.terkadang suara yang dirasakan menyejukkan hati, memberikan kedamaian, tetapi kadang suara yang didengarkan menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikir (delusi) adalah suatu kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan suatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan yang sebenarnya. Misalnya, pasien dengan *skizofrenia* lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah, kuning, hijau dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Mereka juga selalu merasa sedang di amat-amati atau hendak diserang padahal aslinya tidak.

Pada pasien skizofrenia berpengaruh pada masalah yaitu kegagalan dalam berpikir yang mengakibatkan pasien tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan pasien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Mereka yang menderit *skizofrenia* berbicara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika oleh orang yang normal. Ketidakmampuan berfikir mengakibatkan tidak bisa mengendalikan emosi dan perasaan.hasilnya, kadang penderita *skizofrenia* tertawa sendiri tanpa sebab dan berbicara sendiri dengan keras tanpa mempedulikan sekelilingnya. Semua itu membuat penderita *skizofrenia* tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak mengertiapa itu manusia.

2. Gejala negatif

Pasien skizofrenia kehilangan motivasi hidup dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidupnya dan membuat pasien menandai orang yang malas. Karena pasien *skizofrenia* hanya memiliki energi yang sedikit, maka pasien *skizofrenia* tidak mampu melakukan aktivitas maupun kegiatan yang lain selain tidur dan makan. Pasien *skizofrenia* mempunyai perasaan yang tumpul dan membuat emosi pasien menjadi datar. Dan juga pasien dengan *skizofrenia* tidak ada ekspresi yang digambarkan baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Akan tetapi bukan berarti pasien yang menderita *skizofrenia* tidak bisa merasakan perasaan apapun mungkin mereka bisa saja menerima perhatian dan pemberian dari orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan balik perasaannya. (Iyus Yosep, 2011)

2.1.3 Tipe Skizofrenia

1. Delusi (*delusions*)
2. Halusinasi (*hallucinations*)
3. Gangguan pikir (*incoherence*)
4. Perilaku hiperaktif (*catatonic os hyperactive behavior*)
5. Ekspresi wajah yang datar (*flat affect*)

(Iyus Yosep, 2011)

2.1.4 Proses Terjadinya *Skizofrenia*

Didalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menandai tempat untuk merusak maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut neurotransmitter yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan lainnya. Di dalam otak yang terserang *skizofrenia*, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistim komunikasi tersebut.

Bagi keluarga dengan penderita *skizofrenia* di dalamnya, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita *skizofrenia* dengan membandingkan otak dengan telepon. Pada orang yang normal, sistim *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak pasien *skizofrenia*, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

Kadang *skizofrenia* menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku yang sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu, serangan yang mendadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita seumur hidup, tetapi banyak juga yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dilingkungannya. Dalam

beberapa kasus, serangan dapat meningkatkan menjadi apa yang disebut *skizofrenia* kronis. Pasien menjadi buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi, dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaan sendiri (Iyus Yosep, 2011).

2.1.5 Faktor Penyebab *Skizofrenia*

Luana, (2007) dalam Prabowo, (2014) menjelaskan penyebab dari *skizofrenia*, yaitu :

1. Faktor Biologis

a. Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang memiliki komplikasi saat dilahirkan sering mengalami *skizofrenia*

b. Infeksi

c. Perubahan anatomi pada susunan saraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan *skizofrenia*

d. Hipotesis dopamine

Dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala *skizofrenia*

e. Hipotesis serotonin

Gaddum, Wolley dan Show tahun 1954 mengobservasi efek *lysergic acid diethylamide* (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal

f. Struktur otak

2. Faktor Genetik

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa *skizofrenia* diturunkan 1% populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki maupun perempuan dengan *skizofrenia*.

2.1.6 Jenis – Jenis *Skizofrenia*

Menurut Laura, (2010) dalam Masriadi, (2016) ada empat jenis *skizofrenia*, yaitu :

1. *Skizofrenia Disorganized*

Seseorang individu mengalami delusi dan halusinasi yang memiliki makna yang sedikit atau tidak bermakna sama sekali seperti arti kata “*disorganized*”. Seorang individu dengan *skizofrenia disorganized* mungkin akan menarik diri dari kontak dengan manusia dan mungkin mundur untuk menunjukkan perilaku dan gerak tubuh yang konyol seperti anak-anak.

2. *Skizofrenia Katatonik*

Perilaku yang aneh terkadang muncul dalam bentuk keadaan tidak bergerak sama sekali seperti orang yang pingsan, ketika berada dalam keadaan ini individu dengan *skizofrenia katatonik* sebenarnya sepenuhnya sadar akan apa yang terjadi di sekitarnya.

3. *Skizofrenia Paranoid*

Delusi biasanya muncul dalam bentuk sebuah sistem yang terelaborasi didasarkan pada pemaknaan yang salah terhadap kejadian tertentu.

4. *Skizofrenia* tidak bergolong

Perilaku yang tidak teratur, halusinasi, delusi dan inkohereni diagnosis ini digunakan ketika gejala individu tidak memenuhi kriteria untuk satu dari tiga jenis *skizofrenia* lain atau memenuhi kriteria untuk lebih dari satu jenis.

Maramis, (2009) membagi *skizofrenia* menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan kedalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas golongan-golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam satu jenis. Pembagiannya yakni :

1. *Skizofrenia* paranoid

Jenis *skizofrenia* ini sering mulai sekitar umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan *schizoid*. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

2. *Skizofrenia* hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality

3. *Skizofrenia* katatonik

Timbulnya pertama kali antara usia 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh

gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti :

- a. Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan beberapa bulan.
- b. Bila diganti posisinya penderita menentang
- c. Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.
- d. Terdapat grimas dan katalepsi.

4. *Skizofrenia simplex*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

5. *Skizofrenia residual*

Jenis ini adalah keadaan kronis dari *skizofrenia* dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah negatif yang lebih menonjol.

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi

Defisit perawatan diri ialah keadaan klien yang mengalami hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas dalam kesehariannya (Towsend 2010) dalam Wayuni, N.S. (2017) kurangnya perawatan diri merupakan keadaan individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif, yang bisa menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri yaitu :

- a. Makan.
- b. Mandi/Higiene.
- c. Berpakaian dan Berhias
- d. Toileting.
- e. Instrumental (klien tidak biasasetrika, mencuci baju, menyiapkan makan mengkonsumsi obat).

2.2.2 Tujuan Perawatan Diri

1. Mempertahankan kebersihan dan kesehatan kulit
2. Melatih hidup sehat bersih dengan memperbaiki gambaran atau persepsi terhadap kebersihan dan kesehatan.
3. Memindahkan mikroorganisme dari tubuh, menurunkan kesempatan untuk infeksi.
4. Memperbesar kenyamanan klien, kesegaran dan relaksasi.
5. Meningkatkan “*self image*” dengan meningkatkan penampilan sesuai dengan kebutuhan kesehatan (Rochimah, 2011)

2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi

Faktor yang mempengaruhi higiene personal antara lain:

1. Budaya

Sejumlah mitos yang berkembang di masyarakat menjelaskan bahwa saat individu sakit ia tidak boleh dimandikan karena dapat memperparah penyakitnya.

2. Status sosial-ekonomi

Untuk melakukan higiene personal yang baik dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai, seperti kamar mandi, peralatan mandi, serta perlengkapan mandi yang cukup (misal, sabun, sikat gigi, sampo, dll). Itu semua tentu membutuhkan biaya. Dengan kata lain, sumber keuangan individu akan berpengaruh pada kemampuannya mempertahankan higiene personal yang baik.

3. Agama

Agama juga berpengaruh pada keyakinan individu dalam melakukan kebiasaan sehari-hari. Agama islam misalnya, untuk islam diperintahkan untuk selalu menjaga kebersihan karena kebersihan adalah sebagiandari iman. Hal ini tentu akan mendorong individu untuk mengingat pentingnya keberssihan diri dalam kelangsungan hidup.

4. Tingkat pengetahuan atau perkembangan individu

Kedewasaan seseorang akan memberi pengaruh tertentu pada kualitas diri orang tersebut, salah satunya adalah pengetahuan yang lebih baik. Pengetahuan itu penting dalam meningkatkan status kesehatan

individu. Sebagai contoh, agar terhindar dari penyakit kulit, kita harus mandi dengan bersih setiap hari.

5. Status kesehatan

Kondisi sakit atau cedera akan menghambat kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri. Hal ini tentunya berpengaruh pada tingkat kesehatan individu. Individu akan semakin lemah yang pada akhirnya jatuh sakit.

6. Kebiasaan

Ini ada kaitannya dengan kebiasaan individu dalam menggunakan produk-produk tertentu dalam melakukan perawatan diri, misalnya menggunakan *showers*, sabun padat, sabun cair, sampo, dll.

7. Cacat jasmani/mental bawaan

Kondisi cacat dengan gangguan mental menghambat kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri (Mubarak & Chayatin, 2008).

2.2.4 Jenis Perawatan Diri

Higiene personal merupakan salah satu tindakan keperawatan dasar yang rutin dilakukan oleh perawat setiap hari di rumah sakit (Depkes RI, 1987 dalam Mubarak & Chayatin, 2008). Tindakan tersebut meliputi:

1. Perawatan kulit kepala dan rambut serta seluruh tubuh
2. Perawatan mata
3. Perawatan hidung
4. Perawatan telinga
5. Perawatan gigi dan mulut

6. Perawatan kuku tangan dan kaki
7. Perawatan perenium
8. Perawatan tubuh (memandikan).

2.2.5 Dampak Perawatan Diri

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, serta gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak psikososial

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

2.2.6 Prinsip Perawatan Diri

Kebersihan kullit dan membran mukosa sangatlah penting karena kulit merupakan garis pertahanan tubuh yang pertama dari kuman penyakit. Dalam menjalankan fungsinya, kulit menerima berbagai rangsangan dari luar dan pintu masuk utama kuman patogen ke dalam tubuh. Bila kulit bersih dan terpelihara, kita dapat terhindar dari berbagai penyakit, gangguan, atau kelainan yang mungkin muncul. Selain itu, kondisi kulit yang bersih akan menciptakan perasaan segar dan nyaman, serta membuat seseorang terlihat cantik. Prinsip higiene personal yang dapat dilakukan meliputi beberapa hal berikut ini :

1. Kulit

Pada umumnya, kulit dibersihkan dengan cara mandi. Ketika mandi, kita sebaiknya menggunakan jenis sabun yang banyak mengandung lemak nabati karena dapat mencegah hilangnya kelembapan dan menghaluskan kulit. Sabun detergen jarang digunakan untuk mandi karena sifatnya iritatif. Dalam memilih dan memakai sabun, *make-up*, deodoran, dan sampo hendaknya pilih produk yang tidak menimbulkan rasa perih/ iritasi. Cara perawatan kulit adalah sebagai berikut:

- a. Biasakan mandi minimal dua kali sehari atau setelah beraktivitas.
- b. Gunakakn sabun yang tidak bersifat iritatif.
- c. Sabuni seluruh tubuh, terutama area lipatan seperti seperti sela-sela kari, ketiak, belakang telinga, dll.
- d. Jangan gunakan sabun mandi untuk wajah.
- e. Segera keringkan tubuh dengan handuk yang lembut dari wajah, tangan, badan, hingga kaki.

Beberapa hal yang berbahaya untuk kulit sinar matahari, rokok, alkohol, dan kondisi stress. Sinar matahari dapat menyebabkan kerusakan pada serat elastin yang berfungsi memberikan kelenturan pada kulit, serta kolagen yang membentuk serta menunjang jaringan kulit. Rokok dapat mempercepat penuaan kulit karena zat yang terkandung di dalamnya dapat mengurangi cadangan vitamin C tubuh. Alkohol dapat menyebabkan kerusakan vitamin B dan cadangan vitamin C. Kondisi stress dapat memicu berbagai kelainan dalam tubuh termasuk kulit.

2. Kuku

Kuku merupakan perlengkapan kulit yang terdiri atas jaringan epitel. Badan kuku adalah bagian yang tampak di sebelah luar, sedangkan akarnya terletak di dalam lekuk kuku tempat kuku tumbuh dan mendapat makanan. Kuku yang sehat berwarna merah muda. Berikut cara merawat kuku:

- a. Kuku jari tangan dapat di potong dengan pengkir atau memotongnya dalam bentuk oval (bujur) atau mengikuti bentuk jari. Sedangkan kuku jari kaki dipotong dalam bentuk lurus.
- b. Jangan pmemotong kuku terlalu pendek karena bisa melukai selaput kulit dan kulit disekitar kuku.
- c. Jangan membersihkan kotoran dibalik kuku dengan benda tajam, sebab akan merusak jaringan di bawah kuku.
- d. Potong kuku seminggu sekali atau sesuai kebutuhan.
- e. Khusus untuk jari kaki, sebaiknya kuku dipotong segera setelah mandi atau direndam dengan air hangat terlebih dahulu.
- f. Jangan menggigiti kuku karena akan merusak bagian kuku.

3. Rambut

Rambut merupakan struktur kulit. Rambut terdiri atas tangkai rambut yang tumbuh melalui demis dan menembus permukaan kulit, serta kantung rambut yang terletak di dalam dermis. Rambut yang sehat terlihat mengilap, tidak berminyak, tidak kering, atau mudah patah. Pertumbuhan rambut bergantung pada keadaan umum tubuh. Normalnya, rambut tumbuh karena mendapat suplai darah dari

pembuluh darah di sekitar rambut. Beberapa hal yang dapat mengganggu pertumbuhan rambut antara lain panas dan kondisi malnutrisi. Fungsi dari rambut adalah untuk keindahan dan penahan panas. Bila rambut kotor dan tidak dibersihkan lama-kelamaan akan menjadi sarang kutu kepala. Cara merawat rambut antara lain:

- a. Cuci rambut 1-2 kali seminggu (atau sesuai kebutuhan) dengan menggunakan sampo yang cocok.
 - b. Pangkas rambut agar terlihat rapi.
 - c. Gunakan sisir yang bergigi besar untuk merapikan rambut keriting dan olesi rambut dengan minyak.
 - d. Jangan gunakan sisir yang bergigi tajam karena bisa melukai kulit kepala.
 - e. Pijat-pijat kulit kepala pada saat mencuci rambut untuk merangsang pertumbuhan rambut.
 - f. Pada jenis rambut yang keriting dan ikal, mulai sisir rambut pada bagian ujung hingga ke pangkal dengan pelan dan hati-hati.
4. Gigi dan mulut

Mulut merupakan bagian pertama dari sistem pencernaan dan merupakan bagian tambahan dari sistem pernapasan. Dalam rongga mulut terdapat gigi dan lidah yang berperan penting dalam pencernaan awal. Selain gigi dan lidah, ada pula saliva yang penting untuk membersihkan mulut secara mekanis. Mulut merupakan rongga yang tidak bersih dan penuh dengan bakteri, oleh sebab itu harus selalu dibersihkan. Kerusakan gigi dapat disebabkan oleh kebiasaan

mengonsumsi makanan manis, menggigit benda keras, dan kebersihan mulut yang kurang. Salah satu tujuan perawatan gigi dan mulut adalah untuk mencegah penyebaran penyakit yang ditularkan melalui mulut (misalnya, tifus, hepatitis) mencegah penyakit mulut dan gigi, meningkatkan daya tahan tubuh (Mubarak & Chayatin, 2008). Cara merawat gigi dan mulut antara lain:

- a. Tidak makan makanan yang terlalu manis dan asam
 - b. Tidak menggunakan gigi untuk menggigit atau mencongkel benda keras (misalnya, membuka tutup botol)
 - c. Menghindari kecelakaan seperti jatuh yang dapat menyebabkan patah.
 - d. Menyikat gigi sesudah makan dan khususnya sebelum tidur.
 - e. Memakai sikat gigi yang berbulu banyak, halus, dan kecil sehingga dapat menjangkau bagian bagian dalam gigi.
 - f. Meletakkan sikat pada sudut 45° di pertemuan antara gigi dan gusi dan sikat menghadap ke arah yang sama dengan gusi.
 - g. Menyikat gigi dari atas ke bawah dan seterusnya.
 - h. Memeriksa gigi secara teratur setiap enam bulan.
5. Mata

Tujuan utama menjaga kebersihan mata adalah untuk mempertahankan kesehatan mata dan mencegah infeksi. Mata yang sehat akan tampak jernih dan bersih dari kotoran. Kotoran mata dapat menempel pada bulu mata dan sudut mata. Cara merawat mata sebagai berikut:

- a. Usaplah kotoran mata dari sudut mata bagian dalam ke sudut luar.

- b. Saat mengusap mata, gunakan kain yang paling bersih dan lembut.
- c. Lindungi mata dari kemasukan debu dan jotoran.
- d. Bila menggunakan kaca mata, hendaklah selalu dipakai.
- e. Bila mata sakit segera periksa ke dokter.

6. Hidung

Cara merawat hidung antara lain:

- a. Jaga agar lubang hidung tidak kemasukan air atau benda kecil.
- b. Jangan biarkan benda kecil masuk ke dalam hidung, sebab nantinya dapat terhisap dan menyumbat jalan napas serta menyebabkan luka pada membran mukosa.
- c. Sewaktu mengeluarkan debu dari lubang hidung, hembuskan secara perlahan dengan membiarkan kedua lubang hidung tetap terbuka.
- d. Jangan mengeluarkan kotoran dari lubang hidung dengan menggunakan jari karena dapat mengiritasi mukosa hidung.

7. Telinga

Cara-cara merawat telinga adalah sebagai berikut:

- a. Bila ada kotoran yang menyumbat telinga, keluarkan secara pelan dengan menggunakan penyedot telinga.
- b. Aliran air yang masuk hendaklah diarahkan ke saluran telinga dan bukan langsung ke gendang telinga.
- c. Jangan gunakan peniti atau jepit rambut untuk membersihkan kotoran telinga karena dapat menusuk gendang telinga.

8. Perineum

Tujuan perawatan perinium untuk mencegah dan mengontrol infeksi, mencegah kerusakan kulit, meningkatkan kenyamanan, serta mempertahankan kebersihan diri (Poter & & Perry, 2000 dalam Mubarak & Chayatin, 2008)

2.2.7 Pohon Masalah



2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Skizofrenia dengan Defisit

Perawatan Diri

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

Terdiri dari: nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, alasan masuk, nomer rekam medik, keluarga yang dapat dihubungi (Saputra, 2017).

2. Alasan Masuk

Masalah yang dialami klien yaitu senang menyendiri, tidak mau banyak bicara dengan orang lain, terlihat murung, penampilan acak-acakan, tidak peduli dengan diri sendiri dan mulai mengganggu orang lain (Saputra, 2017).

3. Faktor Predisposisi

a. Biologis

- 1) Riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, diturunkan melalui kromosom orang tua (kromosom keberapa masih dalam penelitian). Di duga kromos No.6 dengan kontribusi genetik tambahan nomor 4, 8, 15 dan 22. Pada anak yang keduanya tidak menderita, kemungkinan terkena penyakit adalah 1%. Sementara pada anak yang salah satu orang tuanya tidak menderita kemungkinan terkena adalah 15%. Jika kedua orang tuanya penderita maka risiko terkena adalah 35%.

- 2) Kembar identik berisiko mengalami gangguan sebesar 50% sedangkan kembar fraterna berisiko mengalami gangguan 15%.

3) Riwayat janin saat prenatal trauma, penurunan konsumsi oksigen pada saat dilahirkan, prematur, preeklamsi, malnutrisi, stress, ibu perokok, alkohol, pemakaian obat-obatan, infeksi, hipertensi dan agen teratogenik. Anak yang dilahirkan dalam kondisi seperti ini pada saat dewasa (25 tahun) mengalami pembesaran ventrikel otak dan atrofi kortek otak.

4) Nutrisi: Adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa.

5) Sensitifitas biologi: riwayat penggunaan obat, riwayat terkena infeksi dan trauma kepala, serta radiasi dan riwayat pengobatan. Ketidakseimbangan dopamin dengan serotonin neurotransmitter.

6) Paparan terhadap racun: pada trimester 3 kehamilan terjadi paparan virus influenza dan riwayat keracunan CO, asbestos karena mengganggu fisiologi otak.

(Wahyuni, 2017).

b. Psikologis

1) Adanya riwayat kerusakan struktur pada lobus frontal menyebabkan suplay oksigen dan glukosa terganggu dimana lobus tersebut mempengaruhi proses kognitif sehingga anak mempunyai intelegasi dibawah rata-rata dan menyebabkan kurangnya kemampuan menerima informasi dari luar.

2) Kurangnya keterampilan komunikasi verbal, seperti tidak mampu berkomunikasi, komunikasi tertutup (non verbal), gagap, riwayat

kerusakan fungsi bicara, misalnya trauma kepala dan berdampak kerusakan pada area *broca* dan area *wernich*.

- 3) Moral: riwayat tinggal dilingkungan dapat mempengaruhi moral individu, misalnya keluarga *broken home*, ada konflik keluarga dan menutup diri.
- 4) Kepribadian: orang yang mudah kecewa dan putus asa, kecemasan yang tinggi dan menutup diri.
- 5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
 - a) Orang tua otoriter, selalu membandingkan, yang mengambil jarak dengan anaknya, penilaian negatif yang terus-menerus
 - b) Anak yang diasuh oleh orang tua yang suka cemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berperasaan
 - c) Penolakan atau tindak kekerasan dalam rentang hidup klien
 - d) Konflik orang tua, disfungsi sistem keluarga
 - e) Kematian orang terdekat, adanya perceraian
 - f) Takut penolakan sekunder akibat obesitas, penyakit terminal, sangat miskin dan pengangguran, putus sekolah.
 - g) Riwayat ketidakpuasan yang berhubungan dengan penyalahgunaan obat, perilaku yang tidak matang, pikiran delusi, penyalahgunaan alkohol
- 6) Konsep diri: ideal diri yang tidak realistis, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, gambaran diri negatif, spiritual dapat terganggu karena ketika pasien mengalami gangguan jiwa ibadah tidak dilakukan.

- 7) Motivasi: adanya riwayat kegagalan dan kurangnya penghargaan.
- 8) Pertahankan psikologis, ambang toleransi terhadap stress yang rendah, riwayat gangguan perkembangan sebelumnya.
- 9) *Self control*: tidak mampu melawan terhadap dorongan untuk menyendiri

c. Sosial Budaya

- 1) Usia: Ada riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai
- 2) Gender: ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender
- 3) Pendidikan: pendidikan yang rendah dan riwayat sekolah yang tidak selesai
- 4) Pekerjaan: *stressfull* dan berisiko tinggi
- 5) Pendapatan: penghasilan rendah
- 6) Status sosial: kehidupan terisolasi (hilangnya kontak sosial, contohnya pada lansia) dan interaksi dengan orang lain terganggu karena klien kotor.
- 7) Latar belakang budaya: tuntutan sosial budaya tertentu adanya stigma masyarakat, budaya yang berbeda (bahasa tidak dikenal)
- 8) Agama dan keyakinan: riwayat hambatan menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin
- 9) Keikutsertaan dalam politik: riwayat kegagalan dalam berpolitik
- 10) Pengalaman sosial: perubahan dalam kehidupan seperti adanya bencana dan kerusuhan. Kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan dan ketidakutuhan keluarga.

- 11) Peran sosial: isolasi sosial: khususnya usia lanjut, stigma negatif dari masyarakat, praduga negatif dan stereotipi, perilaku sosial tidak diterima oleh masyarakat.

(Wahyuni, 2017).

4. Faktor Presipitasi

a. Nature

1) Biologi

- a) Dalam enam bulan terakhir mengalami penyakit infeksi otak (encephalitis) atau trauma kepala yang mengakibatkan lesi daerah frontal, temporal dan limbik sehingga terjadi ketidakseimbangan dopamine dan serotonin neurotransmitter.
- b) Dalam enam bulan terakhir terjadi gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa yang berdampak pada pemenuhan glukosa di otak yang dapat mempengaruhi fisiologi otak terutama bagian fungsi kognitif.
- c) Sensitivitas biologi: putus obat atau mengalami obesitas, kecacatan fisik, kanker dan pengobatannya yang dapat menyebabkan perubahan penampilan fisik.
- d) Paparan terhadap racun, misalnya CO dan asbestos yang dapat mempengaruhi metabolisme di otak sehingga mempengaruhi fisiologis otak

2) Psikologis

- a) Dalam enam bulan terakhir terjadi trauma atau kerusakan struktur di lobus frontal dan terjadi suplay oksigen dan glukosa terganggu sehingga mempengaruhi kemampuan dalam memahami persepsi dan kognitif
- b) Keterampilan verbal, tidak mampu komunikasi, gagap, mengalami kerusakan yang mempengaruhi fungsi bicara
- c) Dalam enam bulan terakhir tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral: lingkungan keluarga yang *broken home*, konflik atau tinggal dalam lingkungan dengan perilaku sosial yang tidak diharapkan
- d) Konsep diri: harga diri rendah, perubahan penampilan fisik, ideal diri tidak realistis, gangguan pelaksanaan peran (konflik peran, peran ganda, ketidakmampuan menjalankan peran, tuntutan peran tidak sesuai dengan usia)
- e) *Self control*: tidak mampu melawan dorongan untuk menyendiri dan ketidakmampuan mempercayai orang lain.
- f) Motivasi: tidak mempunyai motivasi untuk melakukan aktivitas
- g) Kepribadian: mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan yang tinggi sampai panik, menutup diri

3) Sosial budaya

- a) Usia: dalam enam bulan terakhir alami ketidaksesuaian tugas perkembangan dengan usia, atau terjadi perlambatan dalam

- penyelesaian tugas perkembangan atau regresi ketahap perkembangan sebelumnya
- b) Gender: enam bulan terakhir alami ketidaksesuaian identitas dan kegagalan peran gender (model peran negatif)
 - c) Pendidikan: dalam enam bulan terakhir mengalami putus sekolah dan gagal sekolah
 - d) Pekerjaan: pekerjaan stressfull dan beresiko atau tidak bekerja (PHK)
 - e) Pendapatan: penghasilan rendah atau dalam enam bulan terakhir tidak mempunyai pendapatan atau terjadi perubahan status kesejahteraan
 - f) Status sosial: tuna wisma dan kehidupan isolasi, tidak mempunyai system pendukung dan menarik diri
 - g) Agama ada keyakinan: tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin. Terdapat nilai-nilai sosial di masyarakat yang tidak diharapkan
 - h) Kegagalan dalam berpolitik: kegagalan dalam berpolitik
 - i) Kejadian sosial saat ini: perubahan dalam kehidupan : perang, bencana, kerusuhan, tekanan dalam pekerjaan, kesulitan mendapat pekerjaan, sumber-sumber personal yang tidak adekuat akibat perang, bencana
 - j) Peran sosial: dalam enam bulan terakhir isolasi sosial, deskriminasi dan praduga negatif, ketidakmampuan untuk mempercayai orang lain

b. Origin

Internal: persepsi klien yang buruk tentang personal hygiene, toileting, berdandan dan berhias

Eksternal : kurangnya dukungan sosial keluarga dan ketersediaan alat/fasilitas

c. Time

- 1) Waktu terjadinya stressor pada waktu yang tidak tepat
- 2) Stressor terjadi secara tiba-tiba atau bisa juga secara bertahap
- 3) Stressor terjadi berulang kali dan antara satu stressor dengan stressor yang lain saling berdekatan

d. Number

- 1) Sumber stress lebih dari satu (banyak)
 - 2) Stress dirasakan sebagai masalah yang berat
- (Wahyuni, 2017).

1. Fisik

Keadaan sehat secara umum : gangguan neuromuskular, gangguan muskuloskeletal, kelemahan, kelelahan dan kecacatan. Biasanya pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), pemeriksaan secara keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang biasanya penampilan klien yang kotor dan acak-acakan. (Trihadi, 2014).

2. Psikososial

a. Genogram

Biasanya menggambarkan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Biasanya persepsi pasien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

2) Identitas diri

Biasanya dikaji status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelamin dan posisinya.

3) Peran diri

Biasanya meliputi tugas atau peran pasien dalam keluarga / pekerjaan / kelompok / masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut

4) Ideal diri

Biasanya berisi harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah,

harapan pasien terhadap lingkungan sekitar, serta harapan pasien terhadap penyakitnya.

5) Harga diri

Biasanya mengkaji tentang hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien berhubungan dengan orang lain, fungsi peran tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain

6) Hubungan sosial

Biasanya hubungan pasien dengan orang lain sangat terganggu karena penampilan klien yang kotor dan bau sehingga orang disekitar klien menghindari. Adanya hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat berinteraksi dengan orang lain.

7) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Biasanya nilai dan keyakinan terhadap agama pasien terganggu

b) Kegiatan ibadah

Biasanya kegiatan ibadah pasien tidak dilakukan ketika pasien mengalami gangguan jiwa

(Trihadi, 2014).

7. Status mental

a. Penampilan

Biasanya penampilan pasien sangat tidak rapi, tidak tahu cara berpakaian, dan penggunaan pakaian tidak sesuai.

b. Pembicaraan

Biasanya cara bicara pasien lambat, gagap, sering terhenti, apatis serta kesulitan memulai pembicaraan

c. Aktivitas motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif

d. Alam perasaan

Biasanya keadaan pasien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina

e. Afek

Biasanya afek pasien tampak datar, tumpul, emosi pasien berubah-ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih dan cemas

f. Interaksi selama wawancara

Biasanya respon pasien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang serta curiga yang menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

g. Persepsi

Biasanya pasien halusinasi tentang ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan serta perabaan yang membuat klien tidak mau melakukan perawatan diri dan mengalami depersonalisasi

h. Proses pikir

Biasanya bentuk pikir pasien otistik, dereistik, sirkumtansial, kadang tangensial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik satu ke topik lainnya dan kadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

i. Isi pikir

Data didapatkan melalui wawancara:

- 1) Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya
- 2) Phobia: ketakutan yang tidak logis terhadap objek / situasi tertentu
- 3) Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada
- 4) Depersonalisasi: perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang atau lingkungan
- 5) Ide yang terkait: keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya
- 6) Pikiran magis: keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil/diluar kemampuannya.
- 7) Waham
 - a. Agama: keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai kenyataan
 - b. Somatik: klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai kenyataan
 - c. Kebesaran: klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
 - d. Curiga: klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya

yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan

- e. Nihilistik: klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia / meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan

8) Masalah keperawatan sesuai dengan data

j. Tingkat kesadaran

Data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui observasi, orientasi klien (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara :

- 1) Bingung, tampak bingung dan kacau
- 2) Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar / tidak sadar
- 3) Stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat dikatakan dalam sikap canggung dan dipertahankan tetapi klien mengerti semua yang terjadi dilingkungan
- 4) Orientasi waktu, tempat, orang jelas
- 5) Masalah keperawatan sesuai dengan data

k. Memori

Data diperoleh melalui wawancara :

- 1) Gangguan daya ingat jangnan panjang: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan

- 2) Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir
 - 3) Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
 - 4) Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya
 - 5) Masalah keperawatan sesuai dengan data
- l. Tingkat konsentrasi dan berhitung
- Data diperoleh dari wawancara:
- 1) Mudah dialihkan: perhatian klien mudah berganti dari satu objek ke objek yang lain
 - 2) Tidak mampu berkonsentrasi: klien selalu minta agar pertanyaan diulang / tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan
 - 3) Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan / pengurangan pada benda-benda nyata
 - 4) Masalah keperawatan sesuai data
- m. Kemampuan penilaian
- 1) Gangguan kemampuan penilaian ringan: dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Misalnya berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi terlebih dahulu baru makan atau sebaliknya. Jika diberi penjelasan klien dapat mengambil keputusan

- 2) Gangguan kemampuan penilaian bermakna: tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu. Misalnya berikan kesempatan untuk memilih mandi terlebih dahulu baru makan atau sebaliknya. Jika diberi penjelasan, klien masih tidak mampu untuk mengambil keputusan
- 3) Masalah keperawatan sesuai dengan data

n. Daya tilik diri

Data diperoleh melalui wawancara :

- 1) Mengingkari penyakit yang diderita: tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan
- 2) Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain / lingkungan yang menyebabkan kondisi saat orang lain / lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.
- 3) Masalah keperawatan sesuai dengan data

(Saputra, 2017).

8. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

- 1) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka / tidak suka / pantang) dan cara makan
- 2) Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan

b. BAB/BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK :

- 1) Pergi, menggunakan dan membersihkan WC
 - 2) Membersihkan diri dan merapikan pakaian
- c. Mandi
- 1) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot, dan rambut)
 - 2) Observasi kebersihan tubuh dan bau badan
- d. Berpakaian
- 1) Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian dan alas kaki
 - 2) Observasi penampilan dan dandan klien
 - 3) Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian
 - 4) Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien : mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian
- e. Istirahat dan tidur
- 1) Lama dan waktu tidur siang / tidur malam
 - 2) Persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, cuci kaki dan berdoa
 - 3) Kegiatan sesudah tidur, seperti merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka dan menyikat gigi
- f. Penggunaan obat
- 1) Penggunaan obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara
 - 2) Reaksi obat
- g. Pemeliharaan kesehatan

1) Apa, bagaimana, kapan dan kemana, perawatan dan pengobatan lanjut

2) Siapa saja system pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya

h. Kegiatan didalam rumah

Merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan

1) Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel)

2) Mencuci pakaian sendiri

3) Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari

i. Kegiatan diluar rumah

1) Belanja untuk kebutuhan sehari-hari

2) Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum

3) Kegiatan lain yang dilakukan klien diluar rumah (bayar listrik / telepon / air, kantor pos dan bank)

(Saputra, 2017).

9. Mekanisme coping

a. Adaptif

Biasanya pasien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, pasien tidak mampu berolahraga karena pasien selalu malas

b. Maladaptif

Biasanya pasien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan, pasien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

(Saputra, 2017)

10. Masalah psikososial dan lingkungan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki klien beri uraian yang spesifik, singkat, dan jelas. (Yusuf & dkk, 2015).

Biasanya pasien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

11. Pendidikan

Biasanya pada pasien dengan defisit perawatan diri mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan (Saputra, 2017)

12. Sumber Koping

a. Personal ability

- 1) Tidak komunikatif dan cenderung menarik diri
- 2) Kesehatan umum klien, terdapat kecacatan, atau kelemahan otot
- 3) Ketidakmampuan mengambil keputusan dan memecahkan masalah
- 4) Kemampuan berhubungan dengan orang lain tidak adekuat
- 5) Pengetahuan tentang masalah perawatan diri
- 6) Kurang mampu melakukan perawatan diri
- 7) Integritas ego yang tidak adekuat

b. Sosial support

- 1) Tidak adanya orang terdekat yang mendukung keluarga, teman, kelompok
- 2) Hubungan antara individu, keluarga dan masyarakat tidak adekuat
- 3) Kurang terlibat dalam organisasi sosial
- 4) Adanya konflik nilai budaya

c. Material assest

- 1) Penghasilan individu atau keluarga yang tidak mencukupi
- 2) Sulit mendapatkan pelayanan kesehatan
- 3) Tidak memiliki pekerjaan
- 4) Tidak punya uang untuk berobat, tidak ada tabungan
- 5) Tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang berharga

d. Positif belief

- 1) Tidak memiliki keyakinan dan nilai positif terhadap kesehatan
- 2) Tidak memiliki motivasi untuk sembuh
- 3) Penilaian negatif tentang pelayanan kesehatan
- 4) Tidak menganggap apa yang dialami merupakan sebuah masalah

(Wahyuni, 2017).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala defisit perawatan diri yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala defisit perawatan diri, maka diagnosa yang ditegakkan adalah :

Defisit Perawatan Diri : Kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK

(Herdman, 2012).

2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Rencana tindakan keperawatan defisit perawatan diri dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat memberikan pelayanan di rumah sakit (bila ada pasien dikunjungi atau didampingi keluarga), puskesmas atau kunjungan rumah, maka perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi defisit perawatan diri yang dialami pasien (Herdman, 2012).

Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi defisit perawatan diri yang telah diajarkan oleh perawat (Herdman, 2012).

Tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga dilakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan hingga pasien dan keluarga mampu mengatasi defisit perawatan diri.

1. Tindakan keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

Tujuan : Pasien mampu :

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Melakukan kebersihan diri mandi secara mandiri
- c. Melakukan berhias/berdandan secara baik dan benar
- d. Melakukan makan dan minum dengan baik dan benar

e. Melakukan BAB/BAK secara mandiri

2. Tindakan keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

a. Membina hubungan saling percaya dengan cara :

- 1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
- 2) Berkenalan dengan pasien, serta tanyakan nama dan panggilan pasien
- 3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
- 4) Buat kontrak asuhan : apa yang akan dilakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana
- 5) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
- 6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
- 7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan

b. Menjelaskan pentingnya perawatan kebersihan diri

Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi :

- 1) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
- 2) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
- 3) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
- 4) Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri

c. Melatih pasien berdandan/berhias

Untuk pasien laki-laki latihan meliputi: Berapakaian, Menyisir rambut, dan Bercukur

Untuk pasien wanita, latihannya meliputi: Berpakaian, Menyisir rambut dan Berhias

d. Melatih pasien makan dan minum secara mandiri

Untuk melatih pasien makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut :

1) Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan perhari dewasa 2000-2200 kalori (untuk perempuan) dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap hari makan minum 8 gelas (2500ml setiap hari) dan cara makan dan minum

2) Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib

3) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum

4) Mempraktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik

e. Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri

Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut :

1) Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai

2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK

3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

4) Mempraktikkan BAB dan BAK dengan baik

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan (Stuart dan Sundeen, 2006 dalam Muhith, 2015).

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien didokumentasikan (Prabowo, 2014).

Tindakan keperawatan :

Tabel 2.1 : Strategi Pelaksanaan pada Pasien (Sumber : Ah. Yusuf, 2019)

SP 1 Pasien	Melatih cara perawatan diri <ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pentingnya menjaga perawatan diri b. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga perawatan diri c. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri d. Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
SP 2 Pasien	Melatih pasien berdandan/berhias <p>Untuk pasien laki-laki latihan meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berpakaian b. Menyisir rambut c. Bercukur <p>Untuk pasien perempuan latihannya meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berpakaian b. Menyisir rambut c. Berhias

SP 3 Pasien	Melatih pasien cara makan secara mandiri a. Menjelaskan cara mempersiapkan makan b. Menjelaskan cara makan yang tertib c. Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan d. Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
SP 4 Pasien	Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri a. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai b. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK c. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

2.3.5 Evaluasi

Tindakan dalam proses ini meliputi mengumpulkan data dan mengenai respon pasien, membandingkan respon pasien dengan kriteria evaluasi, meningkatkan tindakan keperawatan dengan hasil pada pasien, membuat keputusan mengenai status masalah, dan memodifikasi rencana asuhan keperawatan (Kozier, 2010).

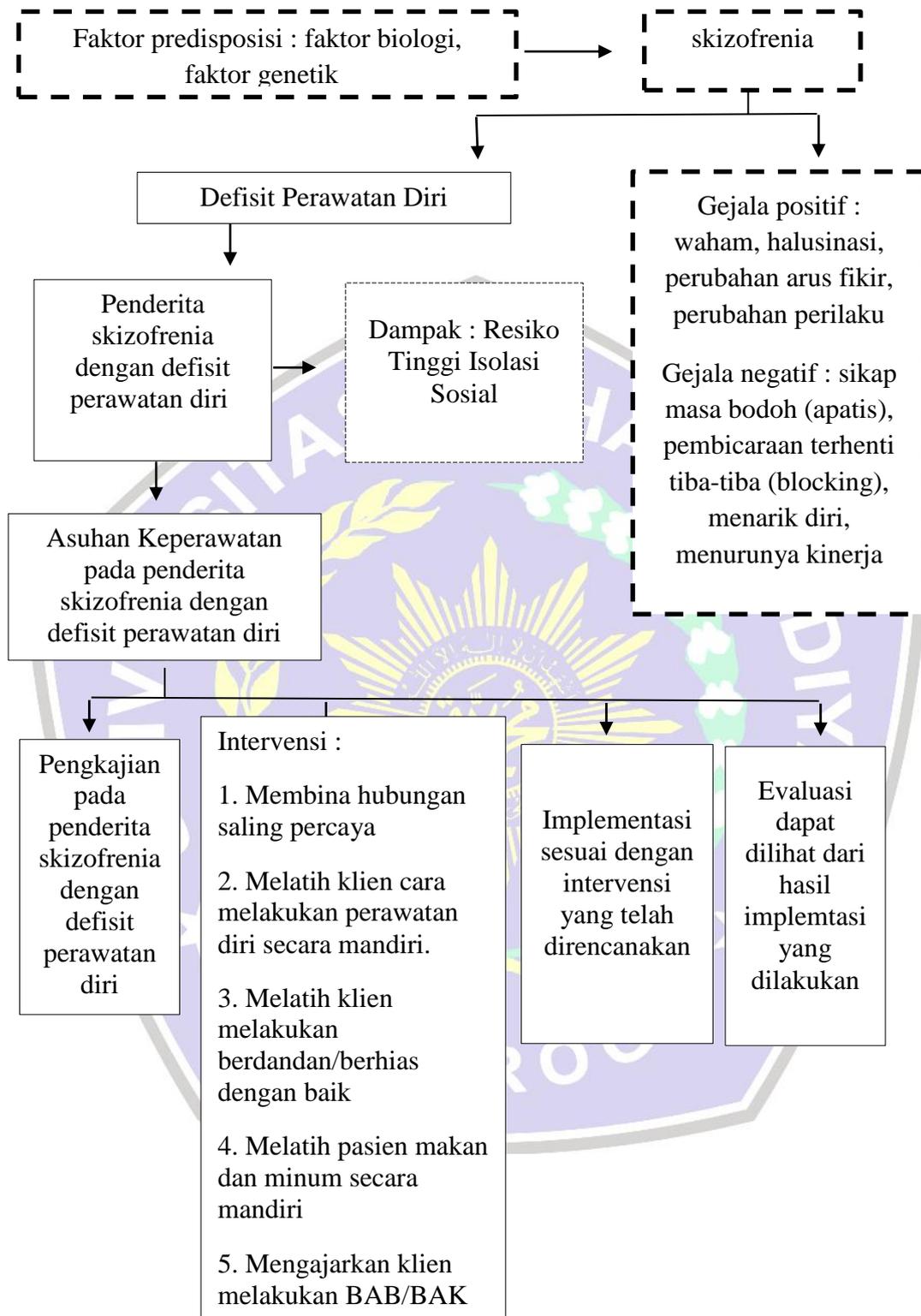
Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan ditandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam perawatan diri, seperti klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar dan bersih, mengganti pakaian dengan pakaian bersih, membereskan pakaian kotor, berdandan dengan benar, mempersiapkan makanan, mengambil makanan dan minum dengan benar, BAB dan BAK pada tempatnya, BAB dan BAK dengan bersih.

Ketika menentukan apakah tujuan telah tercapai, perawat dapat menarik dari tiga kemungkinan simpulan :

1. Tujuan Tercapai yaitu respon pasien sama dengan hasil yang diharapkan.
2. Tujuan Tercapai Sebagian yaitu semua tujuan jangka pendek tercapai, tetapi jangka panjang tidak tercapai, atau hasil yang diharapkan hanya sebagian yang berhasil dicapai.
3. Tujuan Tidak Tercapai yaitu respon pasien tidak sama dengan hasil yang diharapkan.



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 : Hubungan Antar Konsep Defisit Perawatan Diri