

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep

2.1.1. Pengertian *Skizofrenia*

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utamanya terdapat pada proses pikir serta disharmoni (keselarasan) antara proses pikir, emosi, kemauan dan psikomotor disertai dengan distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi – bagi sehingga timbul inkoherensi (Direja, 2011). *Skizofrenia* merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat besar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar, *skizofrenia* juga merupakan sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan distur gangguan kognisi, emosi, persepsi pemikiran dan perilaku (Sutejo, 2017).

2.1.2. Faktor Penyebab *Skizofrenia*

Menurut Kaplan & Sadock (2015) faktor – faktor yang menyebabkan *Skizofrenia*, antara lain:

1. Faktor Genetik

Skizofrenia memiliki komponen yang diturunkan secara bermakna, kompleks dan poligen. *Skizofrenia* adalah gangguan yang bersifat familial, atinya semakin dekat hubungan kekeluargaan maka semakin tinggi resiko

terjadinya *skizofrenia*. Misalnya, pada individu yang mempunyai kerabat dengan penyakit *skizofrenia* maka memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk terpapar *skizofrenia*. Pada saudara kembar monozigotik yang memiliki gen identik terdapat kemungkinan 50% untuk mengalami *skizofrenia* jika saudaranya mengalami *skizofrenia*.

2. Faktor Biokimia

Skizofrenia bisa jadi berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut dengan neurotransmitter, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron berkomunikasi satu dengan yang lainnya. *Skizofrenia* berawal dari aktivitas neurotransmitter dopamine yang berlebihan di bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap dopamine.

2.1.3. Gejala Klinis *Skizofrenia*

Menurut Yosep & Sutini (2016) gejala *skizofrenia* dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Gejala Negatif

- a. Tidak adanya dorongan keinginan atau inisiatif maupun apatis.
- b. Menarik diri dari pergaulan : pasien merasa sendang jika tidak melakukan kehidupan social (isos)
- c. Tidak menunjukkan tanggapan emosional.

2. Gejala Positif

- a. Waham : penderita merasa dirinya adalah seseorang pahlawan atau orang besar serta bertindak sebagai pahlawan atau orang besar.
- b. Halusinasi : penderita melihat dan mendengar bahkan merasakan sesuatu yang keberadaannya tidak ada.
- c. Agitasi atau mengamuk : hal ini yang sering membuat penderita dikurung atau dipasung.
- d. Disorganisasi pikiran dan bicara : penderita dapat bercerita tentang keadaan sedih dengan mimik muka yang gembira ataupun sebaliknya.

2.1.4. Jenis – jenis *Skizofrenia*

Menurut PPDGJ-III (Maramis, 2013) jenis-jenis *skizofrenia* meliputi:

1. *Skizofrenia* paranoid

Gejala utama yang terlihat yaitu kecurigaan (halusinasi), kemarahan dan waham. Halusinasi yang mengancam atau memberikan perintah halusinasi pembauan dan pengecapan rasa. Waham dapat berupa

2. *Skizofrenia* Hebefrenik

Gejala utamanya yaitu gangguan proses piker, gangguan kemuan. Biasanya diagnosis hebefrenik untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda.

3. *Skizofrenia* katatonik

Gejala katatonik yang bersifat sementara dapat terjadi kepada setiap subtype *skizofrenia*, akan tetapi untuk diagnosis *skizofrenia* katatonik satu atau lebih dari perilaku berikut harus mendominasi gambaran klinisnya : stupor (berkurangnya aktivitas terhadap lingkungan dan pergerakan, gelisah, sikap tubuh yang kaku dan perlawanan terhadap instruksi).

4. *Skizofrenia* tak terinci (*Undifferentiated*)

Gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe *skizofrenia* tertentu.

5. *Skizofrenia* residual

Gejala negatif *skizofrenia* yang menonjol, seperti perlambatan psikomotor, aktivitas menurun, afek tumpul, sikap pasif, komunikasi non verbal memburuk contohnya kontak mata, ekspresi muka, sikap tubuh, perawatan diri dan kinerja social.

6. *Skizofrenia* simplek

Adanya gejala *skizofrenia* yang menonjol dan disertai dengan gejala depresi atau mania.

2.1.5. Penatalaksanaan Skizofrenia

1. Farmakologi

Antipsikotik

Penggunaan Antipsikotik sebagai farmakoterapi digunakan untuk mengatasi gejala psikotik dengan berbagai etiologi salah satunya *skizofrenia*. Antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi ke dua. Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblok reseptor dopamine D2. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65% hingga 80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamine lain di otak. Jika dibandingkan dengan antipsikotik generasi kedua, antipsikotik ini memiliki tingkat afinitas, risiko efek samping ekstrapiridinal dan hiperprolaktinemia yang lebih besar. Antipsikotik generasi pertama menimbulkan berbagai efek samping, termasuk ekstrapiridinal akut, hiperprolaktinemia serta *tardive dyskinesia*. Antipsikotik generasi kedua, seperti risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidon aripiprazol, paliperidone, iloperidone, asenapine, lurasidone dan klopazin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamine. Sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak (Harfifah , Puspitasari, & Sinuraya, 2018).

2. Terapi modalitas

Menurut (Nurhalimah, 2016) terapi modalitas yaitu terapi utama dalam keperawatan. Sebagai seorang terapis, perawat perlu merubah perilaku maladaptif pasien menjadi perilaku yang adaptif dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki oleh pasien. Berikut ini beberapa jenis terapi modalitas dalam keperawatan jiwa seperti :

a. Terapi Individu

Suatu hubungan yang terstruktur antara perawat dan klien untuk merubah perilaku klien. Dalam interaksi yang terjalin merupakan ikatan yang disengaja dengan tujuan terapi, dilakukan dengan tahap sistematis (terstruktur) sehingga lewat hubungan ini diharapkan terjadi perubahan tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan. Hubungan terstruktur dalam terapi individu ini, bertujuan agar klien mampu untuk menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien diharapkan mampu meredakan penderitaan (distress), dan mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

b. Terapi Lingkungan

Suatu pengobatan yang dilakukan dengan cara merubah atau menata lingkungan supaya tercipta

perubahan perilaku pada klien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Proses terapi dilakukan dengan mengubah seluruh lingkungan menjadi lingkungan yang terapeutik untuk klien. Dengan lingkungan yang terapeutik akan memberikan kesempatan klien untuk belajar dan mengubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi.

c. Terapi Kognitif

Prinsip terapi ini adalah memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses terapi dilakukan dengan membantu menemukan stressor yang menjadi penyebab gangguan jiwa, selanjutnya mengidentifikasi dan mengubah pola pikir dan keyakinan yang tidak akurat menjadia kurat.

d. Terapi Keluarga

Terapi yng diberikan kepada seluruh anggota keluarga dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsi terapis. Terapi ini bertujuan agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya dalam merawat klien dengan gangguan jiwa. Untuk itu sasaran utama terapi ini jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi; yaitu keluarga yang tidak mampu

melakukan fungsi – fungsi yang dituntut oleh anggotanya.

e. Terapi Aktivitas Kelompok

Suatu psikoterapi yang diberikan kepada kelompok pasien dilakuakn dengan cara berdiskusi antar sesama pasien dan dipimpin atau diarahkan oleh seorang therapis atau petugas kesehatan jiwa yang terlatih.

2.2. Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1. Pengertian Defisit Perawatan Diri

Defisit Perawatan Diri (DPD) adalah ketidak mampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI T. S., 2017).

Penyebab dari kurangnya perawatan diri yaitu : gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis / psikototik dan penurunan motivasi / minat, yang menyebabkan penurunan untuk melakukan aktivitas perawatan diri mandi, berpakaian, makan, toileting serta berhias.

Defisit perawatan diri adalah keadaan dimana seseorang yang mengalami kelainan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari – hari secara mandiri. Tidak ada keinginan pasien untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau nafas serta penampilan tidak rapi. Defisi perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa (Sutejo, 2017).

2.2.2. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Adapun tanda dan gejala defisit perawatan diri menurut (Purba, 2011) adalah sebagai berikut :

1. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.
2. Ketidak mampuan berhias / berdandan, ditandai dengan pakaian tidak rapi dan kotor, rambut tidak rapi / acak-acakan, pada pasien perempuan tidak berdandan dan pada pasien laki-laki tidak bercukur.
3. Ketidak mampuan makan secara mandiri, ditandai dengan ketidak mampuan mengambil makanan sendiri, makan berceceran dan makan tidak pada tempatnya.
4. Ketidak mampuan BAK / BAB secara mandiri, ditandai dengan BAB / BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelahnya.

Menurut Sutejo (2019) Tanda dan Gejala yang tampak pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri, antara lain :

1. Data Subjektif

Pasien mengatakan tentang :

- a. Malas mandi
- b. Tidak mau menyisir rambut
- c. Tidak mau menggosok gigi
- d. Tidak mau memotong kuku
- e. Tidak mau berhias atau berdandan

- f. Tidak dapat atau tidak mau menggunakan alat mandi atau kebersihan diri
- g. Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
- h. BAB dan BAK sembarangan
- i. Tidak membersihkan diri dan tidak membersihkan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK
- j. Tidak tahu perawatan diri yang benar

2. Data Objektif

- a. Badan pasien bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang.
- b. Tidak menggunakan alat – alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar.
- c. Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan atau berhias.
- d. Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian.
- e. Memakai barang – barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misalnya memakai pakaian berlapis – lapis, penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang – barang yang perlu dalam berpakaian, misalnya telanjang.
- f. Makan dan minum sembarangan serta brceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan makanan, memindahkan makan ke alat makan (dari

panci ke piring atau mangkok, tidak mampu menggunakan sendok dan tidak mengetahui fungsi – fungsi alat makan), memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan.

- g. BAB dan BAK tidak pada tempatnya. Pasien tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK serta tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB dan BAK.

2.2.3. Jenis – jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut (Sutejo, 2019) jenis – jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu :

1. Defisit perawatan diri : mandi

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

2. Defisit perawatan diri : berdandan atau berhias

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

3. Defisit perawatan diri : makan

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

4. Defisit perawatan diri : toileting

Ketidak mampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defeksi atau berkemih tanpa bantuan.

2.2.4. Proses Terjadinya Masalah

Faktor – faktor yang menyebabkan individu mengalami defisit perawatan diri, menurut (Sutejo, 2019):

1. Faktor predisposisi

a. Psikologis

Pada faktor ini, keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien, sehingga klien menjadi begitu bergantung dan perkembangan inisiatifnya terganggu. Pasien gangguan jiwa misalnya, mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang. Hal ini menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya, termasuk perawatan diri.

b. Biologis

Pada faktor ini, penyakit kronis berperan sebagai penyebab klien tidak mampu melakukan perawatan diri. Defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri. Selain itu, faktor herediter (keturunan) berupa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, juga turut menjadi penyebab.

c. Sosial

Kurangnya dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri di lingkungan. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2. Faktor Presipitasi

Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah dan lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Sedangkan menurut (Sutejo, 2019), terdapat faktor – faktor yang mempengaruhi *personal hygiene*, yaitu :

a. Citra Tubuh

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri. Perubahan fisik akibat operasi bedah, misalnya, dapat memicu individu untuk tidak peduli terhadap kebersihannya.

b. Status sosial ekonomi

Sumber penghasilan atau sumber ekonomi mempengaruhi jenis dan tingkat praktik perawatan diri yang dilakukan. Perawat harus menentukan apakah pasien dapat mencukupi perlengkapan perawatan diri yang penting, seperti sabun, shampo, pasta gigi, sikat gigi. Selain itu, hal yang perlu diperhatikan adalah apakah penggunaan perlengkapan tersebut sesuai

dengan kebiasaan sosial yang dipraktikkan oleh kelompok sosial pasien.

c. Variable kebudayaan

Kepercayaan akan nilai kebudayaan dan nilai diri mempengaruhi perawatan diri. Orang dari latar belakang kebudayaan yang berbeda mengikuti praktik kesehatan yang berbeda pula. Disebagian masyarakat, misalnya, ada yang menerapkan mandi setiap hari, tetapi masyarakat dengan lingkup budaya yang berbeda hanya mandi seminggu sekali.

d. Pengetahuan

Pengentahuan tentang perawatan didi sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Kurangnya pengetahuan tentang pentingnya perawatan diri dan implikasinya bagi kesehatan dapat mempengaruhi praktik perawatan diri.

e. Kondisi fisik atau psikis

Pada keadaan tertentu atau sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya. Biasanya, jika tidak mampu, klien dengan kondisi fisik yang tidak sehat lebih memilih untuk tidak melakukan perawatan diri.

2.2.5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongan dibagi menjadi 2 yaitu:

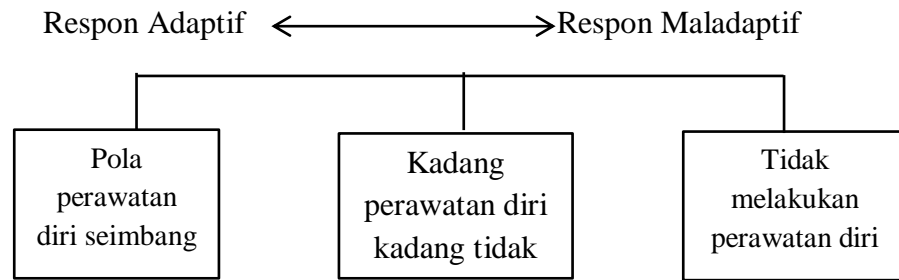
1. Mekanisme koping adaptif mekanisme yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan. Katagori ini adalah klien dapat memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.
2. Mekanisme koping maladaptif. Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah tidak mau merawat diri Damiyanti, (2017).

2.2.6. Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri

Penatalaksanaan menurut Herman Ade, (2010) sebagai berikut :

1. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
2. Membimbing dan menolong klien merawat diri
3. Ciptakan lingkungan yang mendukung

2.2.7. Rentang Respon

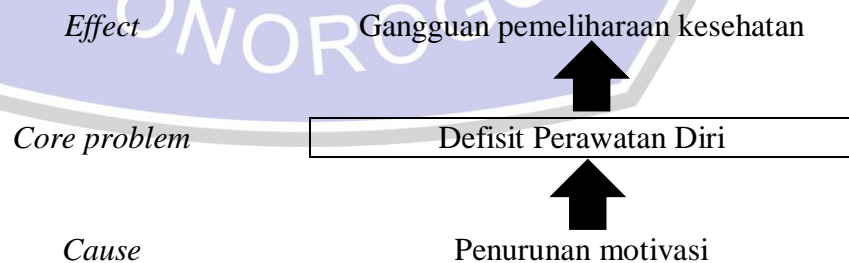


Gambar 2.1 Rentang respon defisit perawatan diri (Fitria, 2012)

Keterangan :

1. Pola perawatan diri seimbang : saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan kliens eimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
2. Kadang perawatan diri kadang tidak : saat klien mendapatkan stressor kadang – kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
3. Tidak melakukan perawatn diri : klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan diri saat stressor.

2.2.8. Pohon Masalah



Gambar 2.2

Pohon Masalah Defisit perawatan diri. sumber : Sutejo, (2019)

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan pasien Defisit Perawatan Diri

Keperawatan kesehatan jiwa adalah suatu bentuk bidang spesialis keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmu dan menggunakan diri secara terapeutik. Proses keperawatan merupakan wahana atau sarana kerjasama dengan pasien, yang pada tahap awal peran perawat lebih baik dari peran perawat, sehingga kemandirian pasien dapat dicapai (Direja, 2011).

2.3.1. Pengkajian

1. Identitas

- a. Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang : nama perawat, nama klien, panggilan perawat, panggilan klien, tujuan, waktu, topik yang dibicarakan.
- b. Nomor Rekam Medik dan usia

2. Keluhan utama

Keluhan utama dalam bahasa pasien sendiri, dirinya malas mandi dikarenakan airnya dingin, pasien juga mengatakan malas berndand, makan ingin disuapi dan jarang membersihkan alat vitalnya setelah BAK dan BAB.

Penampilan klien *skizofrenia* akan ditemukan adanya data rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki, kuku panjang dan kotor, tidak berdandan (perempuan) dan tidak bercukur (laki – laki).

3. Faktor predisposisi

a. Biologis

- 1) Adanya riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- 2) Adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan berat badan, rambut rontok, anoreksia.
- 3) Adanya riwayat penggunaan obat, riwayat trauma kepala.

b. Psikologis

- 1) Keterampilan komunikasi verbal yang minim, seperti tidak mampu berkomunikasi atau gagap.
- 2) Klien mudah kecewa, putus asa, cemas tinggi dan menutup diri.

c. Sosial / budaya

- 1) Perubahan dalam kehidupan, misal bencana, kerusuhan, kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan dan ketidaktahuan keluarga.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat terkena infeksi dan trauma kepala

5. Pemeriksaan fisik

- a. Peningkatan tekanan darah, nadi, pernapasan jika mengalami kecemasan.
- b. Terdapat penurunan berat badan

- c. Adanya keluan fisik kelemahan otot, kaku sendi, dan adanya kecacatan
- d. Biasanya penampilan pasien kotor dan acak – aakan serta penampilan sangat tidak terawat.

6. Psikososial

a. Genogram

Digambarkan minimal 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

b. Konsep diri

- 1) Gambaran diri negatif, ada bagian dari tubuhnya yang tidak disukai.
- 2) Identitas diri tidak jelas, terkadang klien tidak puas status posisinya sebagai laki – laki dan perempuan.
- 3) Peran perilaku sosial tidak diterima oleh masyarakat, ketidakmampuan menjalankan peran.
- 4) Ideal diri tidak realistis
- 5) Harga diri rendah, klien merasa tidak mampu, pandangan hidup klien pesimis dan penolakan diri.

6) Hubungan social

Perawat menanyakan kepada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.

7) Spiritual

Klien tidak mampu melakukan kegiatan keagamaan secara rutin.

7. Status mental

a. Penampilan

Penampilan klien tidak rapi jika dari ujung rambut hingga ujung kaki ada yang tidak rapi, missal : rambut acak – acakan, kancing baju tidak tepat. Pemakaian pakaian tidak tepat dan cara berpakaian tidak seperti biasanya.

b. Pembicaraan

Cara bicara pasien cepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lama.

c. Aktivitas motorik

Lemah, tegang, gelisah, agitasi, tik, grimasen, tremor, komplusif.

d. Alam perasaan

Keadaan pasien tampak sedih, putus asa, gembira yang berlebih, ketakutan, khawatir.

e. Afek

Perawat dapat mengetahui kondisi pasien ketika datar yaitu tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan. Tumpul yaitu hanya bereaksi bila ada stimulus emosi

yang kuat. Labil yaitu emosi yang cepat berubah – ubah. Tidak sesuai, bertentangan dengan stimulus yang ada.

f. Interaksi selama wawancara

Respon pasien saat wawancara tidak kooperatif, bermusuhan, mudah tersinggung, kontak mata kurang, dan curiga (yang menunjukkan sikap / perasaan tidak percaya pada orang lain).

g. Persepsi

Gangguan persepsi seperti berhalusianasi tentang ketakutan terhadap hal kebersihan diri baik halusinasi penglihatan, pendengaran dan halusinasi perabaan yang membuat pasien tidak mau membersihkan diri dan pasien mengalami depersonalisasi Dermawan, (2013).

h. Proses pikir

Sirkumutansi, tangensial, kehilangan asosiasi, *flight of ideas*, bloking, perseverasi.

i. Isi pikir

Dapat berupa obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait, pikiran magis dan waham.

j. Tingkat kesadaran

Biasanya pasien tampak bingung dan kacau, pasien menagtakan merasa melayang – layang antara sadar dan tidak sadar (sedasi), stupor adalah gangguan motorik seperti kekakuan gerakan – gerakan yang diulang – ulang, anggota tubuh pasien dapat dikatakan dalam sikap canggung dan dipertahankan, akan tetapi pasien mengerti semua kejadian yng terjadi di lingkungan.

k. Memori

Terkadang pasien tidak bisa menyebutkan nama, alamat, tanggal dan jam saat itu. Tetapi pasien harus bisa menjawab dengan tepat tanggal dan jam saat ini.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mudah dialihkan, tidak mampu berkonsentrasi serta tidak mampu berhitung.

m. Kemampuan penilaian

Gangguan kemampuan penilaian ringan, pasien dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Gangguan kemampuan penilaian bermakna, pasien tidak dapat mengambil keputusan walaupun dengan dibantu .

n. Daya tilik diri

Meningkari penyakit yang diderita, menyalahkan hal-hal diluar dirinya.

8. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Klien mengetahui tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka / tidak suka / pantang) dan cara makan.

Kesanggupan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

b. Buang air kecil / Buang air besar

Klien mampu pergi, menggunakan dan membersihkan WC serta mampu membersihkan diri dan merapikan pakaian.

c. Mandi

Klien mengetahui tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot dan rambut).

d. Berpakaian

Klien mampu mengambil, memilih, dan menggunakan pakaian, alas kaki serta berdandan / berhias.

e. Istirahat dan tidur

Klien dapat melakukan istirahat dan tidur

f. Penggunaan obat

Penggunaan obat : frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara.

g. Pemeliharaan kesehatan

Apa, bagaimana, kapan, kemana, perawatan dan terapi lanjutan. Serta siapa saja sistem penunjang yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan).

h. Kegiatan di dalam rumah

Klien dapat mengatur, mengolah, dan menyajikan makanan. Merapikan rumah, mencuci pakaian dan mengatur keperluan sehari – hari.

i. Kegiatan di luar rumah

Klien mampu berbelanja keperluan sehari – hari. Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, maupun kendaraan umum.

9. Mekanisme coping

Biasanya klien tidak mengutarakan secara adaptif sehingga makin lama akan muncul coping maladaptif.

10. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien menarik diri dari hubungan sosial, terkadang klien menghindari kontak langsung atau aktivitas kelompok.

11. Pengetahuan

Klien kurang pemahaman mengenai masalah perawatan diri

12. Aspek medik

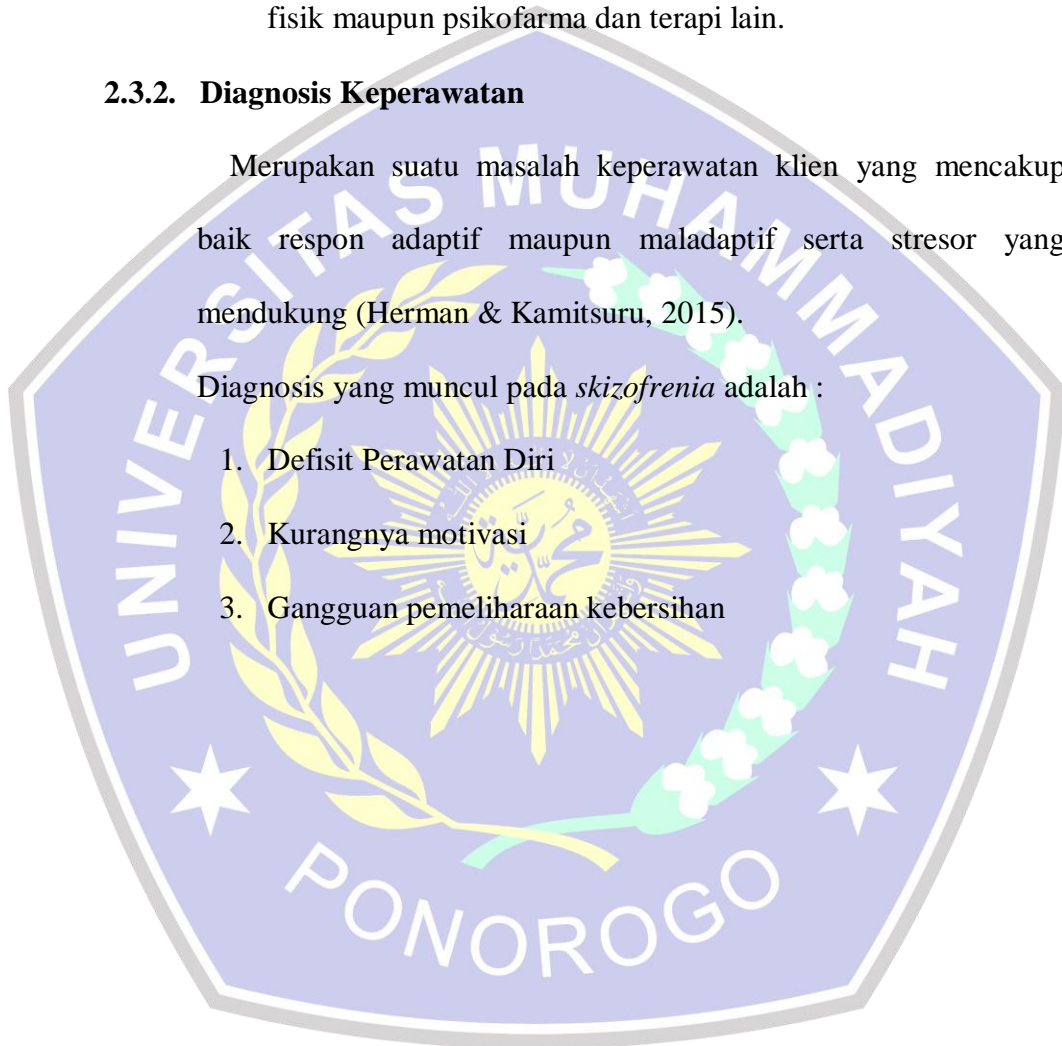
Tuliskan diagnosa medis yang telah dianjurkan oleh dokter yang mengurus. Tuliskn obat – obat pasien saat ini, baik obat fisik maupun psikofarma dan terapi lain.

2.3.2. **Diagnosis Keperawatan**

Merupakan suatu masalah keperawatan klien yang mencakup baik respon adaptif maupun maladaptif serta stresor yang mendukung (Herman & Kamitsuru, 2015).

Diagnosis yang muncul pada *skizofrenia* adalah :

1. Defisit Perawatan Diri
2. Kurangnya motivasi
3. Gangguan pemeliharaan kebersihan



2.3.3. Intervensi

Tabel 2.1 Intervensi Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

No	Diagnosa	Tujuan (TUK/TUM)	Kriteria Hasil	Intervensi
Dx	Keperawatan			
1	Defisit Perawatan Diri : Mandi, Berpakaian, makan, toileting, berhias	TUM : Pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan sendiri secara mandiri. TUK : Pasien dapat membina hubungan saling percaya	Pasien menunjukkan tanda – tanda dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, yaitu: 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Pasien menunjukkan rasa senang 3. Pasien bersedia berjabat tangan. 4. Pasien bersedia menyebutkan nama 5. Ada kontak mata 6. Pasien bersedia duduk	Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik, yaitu: 1. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan. 4. Jelaskan tujuan pertemuan 5. Jujur dan menepati janji. 6. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya.

berdampingan dengan perawat.

7. Pasien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi.

7. Beri perhatian pada pemenuhan kebutuhan dasar pasien.

TUK 2:

Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.

Kriteria hasil:

Pasien dengan aman melakukan (kemampuan maksimum) aktivitas perawatan diri secara mandiri.

Dukungan perawatan diri :

1. Menjelaskan pentingnya kebersiahn diri
2. Menjelaskan alat – alat untuk menjaga kebersihan diri
3. Damping dalam melakukan perawatan diri.
4. Menjelaskan cara- cara melakukan kebersihan diri.
5. Melatih pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.
6. Jadwalkan rutinitas

TUK 3:

Pasien mampu melakukan tindakan perawatan, berupa berhias atau berdandan secara baik.

Kriteria hasil:

1. Pasien dengan aman melakukan (kemampuan maksimum) atau mempertahankan aktivitas perawatan diri berupa berhias dan berdandan.
2. Pasien berusaha untuk memelihara kebersihan diri, seperti mandi pakai sabun dan disiram dengan air sampai bersih, mengganti pakaian bersih sehari-hari dan

perawatan diri.

7. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Dukungan perawatan diri

berpakaian:

1. Sediakan pakaian yang mudah dijangkau.
 2. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan.
 3. Fasilitasi mengenakan pakaian, *jika perlu*.
 4. Ajarkan mengenakan pakaian, *jika perlu*
 5. Fasilitasi berhias (missal. Menyisir rambut, merapikan kumis / jenggot)
 6. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian
-

	merapikan penampilan.	secara mandiri.
TUK 4:	Kriteria hasil:	Dukungan perawatan diri : makan /
Pasien mampu melakukan kegiatan makan/minum dengan baik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan personal hygiene pasien terpenuhi. 2. Pasien mampu melakukan kegiatan makan secara mandiri dan tepat dengan mengungkapkan kepuasan makan. 	minum: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan. 2. Atur posisi yang nyaman untuk makan / minum. 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, <i>jika perlu</i> 4. Sediakan makanan dan minuman yang disukai. 5. Berikan bantuan saat makan / minum sesuai tingkat kemandirian, <i>jika perlu</i> 6. Motivasi untuk makan di ruang makan, <i>jika tersedia</i>.
TUK 5:	Kriteria hasil:	Dukungan perawatan diri BAB /
Mampu melakukan BAB /	Pasien dapat melakukan	BAK:

BAK secara mandiri

perawatan diri secara mandiri dalam hal BAB / BAK, seperti:

1. Mampu duduk dan turun dari toilet
2. Mampu membersihkan diri setelah eliminasi secara mandiri / individu

1. Buka pakaian yang diperlukan untuk eliminasi
2. Dukung penggunaan toilet secara konsisten
3. Jaga privasi selama eliminasi
4. Bersihkan alat bantu BAB / BAK setelah digunakan
5. Anjurkan BAB / BAK secara rutin
6. Anjurkan ke kamar mandi / toilet, *jika perlu*.

Sumber : Tim Pokja DPP PPNI SIKI, (2018)



2.3.4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor – faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi. Jadi, implementasi keperawatan adalah serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil (Siregar , 2018).

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah:

SP 1 pasien :

1. Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK.
2. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri.
3. Menjelaskan cara dan alat - alat yang digunakan dalam kebersihan diri.
4. Melatih cara menjaga kebersihan diri : mandi (gosok gigi, keramas, mandi pakai sabun, pakai handuk, ganti baju, potong kuku).
5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk mandi

SP 2 pasien :

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan kebersihan diri. Berikan pujian
2. Jelaskan cara dan alat yang digunakan untuk berhias / berdandan.
3. Melatih cara berdandan setelah kebersihan diri : menyisir rambut, merias muka untuk perempuan, dan untuk laki – laki menyisir rambut, cukuran.
4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri : berdandan / berhias

SP 3 pasien :

1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan / berhias. Berikan pujian
2. Menjelaskan cara dan alat – alat yang digunakan untuk makan dan minum
3. Melatih cara dan alat makan dan minum.
4. Melatih cara makan dan minum yang baik
5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan, dan minum yang baik.

SP 4 pasien :

1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan / berhias, makan dan minum. Berikan pujian.
2. Menjelaskan cara BAB dan BAK yang baik
3. Melatih BAB dan BAK yang baik

4. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta BAB dan BAK.

Tindakan keperawatan pada keluarga

SP 1 keluarga :

1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala serta proses terjadinya defisit perawatan diri.
3. Jelaskan cara merawat defisit perawatan diri.
4. Latih cara merawat : kebersihan diri.

SP 2 Keluarga :

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri. Berikan pujian.
2. Bimbing keluarga untuk membantu pasien berdandan.
3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.

SP 3 Keluarga :

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien.
2. Kebersihan diri dan berdandan. Berikan pujian.
3. Bimbing keluarga membantu makan dan minum pasien.
4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.

SP 4 Keluarga :

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Berikan pujian
2. Bimbing keluarga merawat BAB dan BAK pasien.

2.3.5. Evaluasi

Membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah:

1. Tujuan tercapai atau masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standard yang telah ditetapkan.
2. Tujuan teratasi sebagian atau masalah teratasi sebagian : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standard dan kriteria yang telah ditetapkan.
3. Tujuan tidak tercapai atau masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan :

S (subyektif) : Informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan

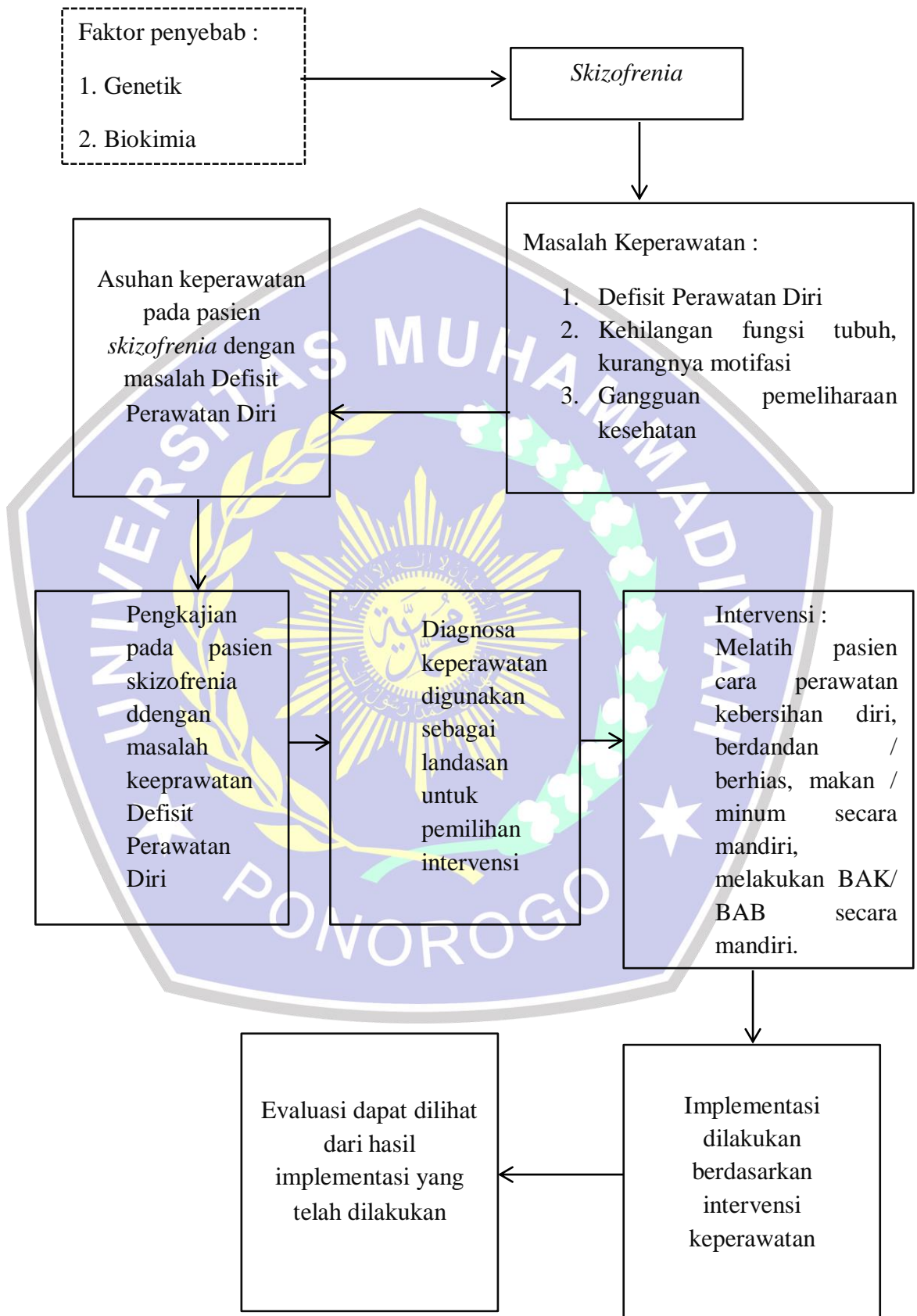
O (obyektif) : Informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (assessment) : Membandingkan antara informasi subyektif dan obyektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah tertasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.





P (planning) : rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.



2.3.6. Hubungan antar konsep



Keterangan :

-  : Konsep utama yang ditelaah
-  : Berpengaruh
-  : Berhubungan
-  : Tidak ditelaah dengan baik

Gambar 2.3 Hubungan Antar Konsep

