

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Scizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia adalah salah satu gangguan psikiatri yang paling melemahkan, gangguan ini merupakan psikosis utama yang dapat bermanifestasi dalam berbagai cara (Puri,2011).

Menurut PPDGJ-III Skizofrenia merupakan suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak yang belum diketahui) dan perjalanan penyakit(tidak selalu bersifat kronis atau “*depreoating*”) yang luas ,serta sejumlah akibat yang tergantung pada nperimbangan pengaruh genetik, fisik, dan budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (*inaprotiate*) atau tumpul (*blunted*) (Muslim,2013).

2.1.2 Etiologi

1. Genetik

Penelitian terhadap keluarga menunjukkan bahwa resiko seumur hidup untuk mengalami skizofrenia lebih besar pada keluarga biologis pasien, daripada sekitar 1% populasi umum, penelitian terhadap anak kembar mealporkan angka keterkaitan lebih tinggi untuk kembar monozigot (identik) sekitar 46%,daripada kembar dizigot (flaternal) yaitu sekitar 14% (Puri,2011).

2. Faktor prenatal

Skizofrenia lebih sering terjadi pada mereka yang lahir di akhir musim dingin dan awal musim semi. Skizofrenia terutama sering dialami mereka saat pranatal terpajan dengan epidemi influenza antar bulan ketiga dan ketujuh kehamilan. Diperkirakan penyebabnya adalah infeksi virus maternal(Puri,2011).

3. Faktor perinatal
 4. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa skizofrenia lebih sering dialami mereka yang menderita komplikasi obstetrik selama kelahiran, hal ini mungkin disebabkan trauma pada otak, misalnya persalinan dengan forseps atau hipoksia(Puri,2011).
5. Kepribadian skizopital
 6. Pasien yang mengalami gangguan skizopital mempunyai keanehan dan anomali pada ide, penampilan, bicara, dan perilaku (mungkin eksentrik), serta defisit pada hubungan antar personal. Keadaan tersebut lebih sering terjadi pada keluarga tingkat pertama pasien dan dianggap sebagai bagian dari spektrum genetik skizofrenia(Puri,2011).
7. Stressor psikososial
 8. Perhatian terhadap suatu efek pemicu menimbulkan anggapan bahwa peristiwa hidup dapat bertindak sebagai faktor preipitasi skizofrenia. Namun, secara keseluruhan, bukti terbaru tidak konsisten dan tidak memberi dukungan kuat untuk hipotesis ini(Puri,2011).
9. Keluarga
 10. Terdapat peningkatan angka rekurensi skizofrenia pada mereka yang hidup dengan keluarga yang ekspresi emosinya tinggi. Keluarga suka membuat komentar kritis mengenai pasien dan cenderung terlubat berlebihan secara emosional. Perubahan pada bangkitan fisiologis mungkin menyebabkan efek ini(Puri,2011).
11. Sosial
 12. Penelitian telah memperlihatkan bahwa kurangnya stimulasi dalam lingkungan sosial pasien dengan skizofrenia kronik, telah mengakibatkan peningkatan gejala-gejala “negatif”, terutama penarikan diri secara sosial, yang mempengaruhi penumpukan dan kemiskinan ide. Keadaan ini disebut kemiskinan sosial. Sebaliknya, stimulasi sosial yang berlebihan dapat berperan sebagai suatu stressor psikososial dan mungkin mencetuskan suatu rekuensi(Puri,2011).
13. Neurotransmitter

14. Sistem *mesolimbik-mesokortikal* adalah suatu sistem *dopaminergik* yang bersal dari area *tgmentum* bagian vertikal otak yang dapat dianggap tersusun atas sistem. Sistem mesolimbik berproyeksi pada sistem limbik, sementara sistem mesokorteks memepersarafi korteks prefrontalis media, enthorial dan cingulatum. Berdasarkan hipotesis dopamin skizofrenia, gambaran klinis gangguan ini disebabkan oleh hiperaktivitasdopaminergik sentral dalam sistem mesolimbik-mesokorteks(Puri,2011).
15. Patologi perkembangan saraf
16. Penelitian pencitraaan saraf stuktural, dengan pneumoensefalografi, *X-ray computerized tomography* (CT) dan *magnetic resonence imaging* (MRI) memperlihatkan bahwa pembesaran *ventriculus cerebri* dialami sebagian pasien skizofrenia(Puri,2011).
17. Fostolipid
18. Kemungkinan keterkaitan etiologi skizofrenia dengan kelainan-kelainan pada metabolisme fostolipid telah diusulkan. Bukti hal tersebut mencakup perubahan-perubahan berikut pada skizofrenia(Puri,2011) :
- Peningkatan aktivitas fostolipase A2 fungsional dalam darah
 - Perubahan kadar asam arakidonat dan asam dokosaheksaenoat membran
 - Peningkatan pemecahan fostolipid serebral yang diperlihatkan dengan spektroskopi resonansi magnetik .
 - Pengurangan respons *flushing* terhadap niasi topikal
 - Pengurangan respon elektroetinogram maksimal
19. Berdasarkan model membran neuronal fostolipid ini, beberapa keberhasilan telah dilaporkan untuk pengobatan skizofrenia dengan aasm eiksapentaenoat (EPA) asam lemak n-3 (omega-3).
20. Psikoimunologis
21. Perubahan imunologis yang ditemukan pada skizofrenia meliputi perubahan sel darah putih dan imunoglobulin serta adanya kemungkinan disebabkan infeksi oleh , misalnya, virus(Puri,2011).
22. Psikoneuroendokrinologis

23. Hormon yang telah dilaporkan tampak berubah pada skizofrenia meliputi gonadotropin, somatotropin, somatostatin, substansi P dan hormon pelepas tirotrpin (TRH). Beberapa zat hormonal, seperti fragmen, menyerupai kolesistokenin (CCK), CCK-8, bermanfaat dalam pengobatan skizofrenia(Puri,2011).

2.1.3 Subtipe

1. Skizofrenia paranoid

24. Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya penyakit. Skizofrenia hebefrenik dan katatonik sering lama kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, berbeda dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan(Maramis,2009). Gejala-gejala yang mencolok adalah waham primerdisertai waham-waham sekunder dan halusinasi.

25. Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit dapat digolongkan skizoid, mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak, dan kurang percaya diri.

2. Skizofrenia hebefrenik

26. 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*. Gangguan psikomotor seperti *mannerism*, neologisme atau perilaku kekanakanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik(Maramis,2009).

3. Skizofrenia katatonik

27. Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik. Penderita terius berbicara atau bergerak saja. Ia menunjukkan stereotipi, manerisme, grimas dan neologisme. Ia tidak dapat tidur, tidak makan, tidak minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi atau kolaps dan kadang-kadang kematian(Maramis,2009).

4. Skizofrenia residual

28. Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol, gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial(Maramis,2009).

29.

30.

31.

5. Skizofrenia simpel

32. Dalam bentuk ini terdapat awitan mendadak penurunan fungsi. Gejala-gejala “negatif” terjadi tanpa disertai gejala “positif” sebelumnya. Karena itu, diagnosa yang sering dibuat hanya secara retrospektif berdasarkan keyakinan(Puri,2011).

6. Skizofrenia simplex

33. 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 terdapat. Jenis ini timbul perlahan-lahan, pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. Makin lama makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur. Bila tidak ada orang yang menolongnya, ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur, atau “penjahat” (Maramis,2009).

2.1.4 Manifestasi klinis

34. Para ahli memiliki pendapat berbeda-beda perihal penyebab Skizofrenia Purin (2011) membagi penyebab skizofrenia berdasarkan Schineder first-rank symptoms dan ICD-10 diantaranya :

1. Halusinasi

35. Gejala ini mencakup tiga jenis halusinasi pendengaran yaitu: suara yang dapat didengar pasien (melalui telinga) dapat berupa pengulangan pikirannya (thought) yang diperdengarkan secara nyaring seakan pikiran itu sedang dipikirkan (Gedankenlautwerden), baru saja dipikirkan (écho de la

penseé), atau merupakan antisipasi sesaat sebelum dipikirkan; suara dapat berupa diskusi yang membicarakan pasien sebagai orang ketiga; atau berupa komentar yang terus menerus mengenai pasien.

2. Alienasi pikir
3. Perasaan buatan

36. Sedangkan menurut ICD-10 adalah sebagai berikut:

1. Waham menetap
2. Halusinasi menetap
3. Kerusakan/ penyisipan
4. Gejala-gejala negatif
5. Perubahan perilaku personal

37. Maramis (2009) juga mendeskripsikan beberapa penyebab skizofrenia diantaranya :

1. Penampilan dan perilaku umum
 38. Pasien dengan skizofrenia kronis cenderung menelantarkan penampilannya, kerapian dan higene pribadi juga terabaikan, mereka juga cenderung menarik diri dari lingkungan (Maramis,2009)
2. Gangguan pembicaraan
 - Asosiasi longgar, yaitu tidak adanya hubungan antar ide, kalimat yang diucapkan tidak saling berhubungan, terkadang ketika satu ide belum selesai, muncul ide lainnya atau disebut inkoherenasi.
 - Neologisme, kadang-kadang pasien dengan skizofrenia membentuk kata-kata baru untuk menyatakan arti yang hanya dipahami oleh dirinya sendiri.
 - Mutisme, tiba-tiba klien bisu atau tidak bisa bicara, biasanya sering tampak pada pasien skizofrenia katatonik.

39.

40.

3. Gangguan perilaku

41. Salah satu gangguan aktivitas motorik pada skizofrenia adalah gejala katatonik yang dapat berupa stupor atau gaduh gelisah, pasien dengan stupor tidak bergerak, tidak berbicara, dan tidak berespon, meskipun ia sepenuhnya sadar. Sedangkan pasien dengan katatonik gaduh gelisah menunjukkan aktivitas motorik yang tidak terkendali.

42. Gangguan perilaku lain adalah stereotipi dan menirisme. Stereotipi adalah keadaan dimana klien berulang-ulang melakukan suatu gerakan atau mengambil sikap badan tertentu, sedangkan menirisme adalah stereotipi pada skizofrenia, dapat dilihat dari grimas pada muka, terjadi keanehan berjalan atau gaya berjalan. Gejala lainnya yaitu timbul negativisme, yaitu keadaan menentang atau justru melakukan yang berlawanan dengan apa yang disuruh, berbeda dengan otomatisisme komando, dimana semua perintah dituruti secara otomatis, bagaimana ganjil pun.

4. Gangguan afek

43. Pada dasarnya gangguan afek adalah emosi yang berlebihan, sehingga terlihat seperti dibuat-buat, seperti penderita sedang bersandiwara. Beberapa gangguan afek yaitu :

- Kedangkalan respon emosi, penderita menjadi acuh tak acuh terhadap hal-hal penting untuk dirinya sendiri, seperti keluarga dan masa depannya.
- Parathimi, keadaan dimana hal-hal yang seharusnya menimbulkan rasa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih dan marah.
- Paramimi, penderita merasa senang dan gembira, tetapi menangis.

Parathimi dan paramimi bersama-sama dinamakan *incongruity of affect* dalam bahasa Inggris dan *inadequat* dalam bahasa Belanda.

- Sensitivitas emosi, penderita skizofrenia sering menunjukkan hipersensitivitas terhadap penolakan, bahkan sebelum menderita sakit.

Sering hal ini menimbulkan isolasi sosial untuk menghindari penolakan.

5. Gangguan persepsi

44. Halusinasi, pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Halusinasi yang paling sering terjadi pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran (auditorik atau akustik) dalam bentuk suara manusia, bunyi barang-barang atau siulan. Sedangkan halusinasi penciuman

(olfatorik), halusianasi pengecap (gustatronik) atau halusianasi rabaan (taktil) jarang dijumpai.

6. Gangguan pikiran

45. Waham, pada skizofrenia, waham sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar. Penderita tidak menginsafi hal ini dan baginya wahamnya merupakan fakta yang tidak dapat dirubah oleh siapapun.

2.1.5 Penatalaksanaan

1. Perumahsakit

46. Orang yang mengalami gejala-gejala skizofrenia akut harus dirawat di Rumah sakit, jika perlu dipaksa, sehingga investigasi yang sesuai dapat dilakuakn dan pengobatan dapat diberiakn. Setelah keluar dari rumah sakit, pasien perlu *di-follow-up* terarur oleh ahli psikiatri dan, terutama pada skizofrenia kronik, oleh seorang psikiatri komunitas(Puri,2011).

2. Farmakoterapi

47. Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah pertama dalam mengendalikan gejala aktif dan keduamencegah kekambuhan. Efektivitas antipsikotik dalam pengobatan skizofrenia telah dibuktikan dalam berbagai penelitian buta ganda yang terkontrol.

48. Untuk antipsikotik tipikal atau generasi pertama, tidak ada bukti bahwa obat satu lebih baik daripada yang lain untuk gejala penentu.

3. Terapi elektrokonvulsif (ECT)

49. Cara kerja terapi ini belum jelas, dapat diaktakan bahwa terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia.

4. Psikoterapi dan rehabilitasi

50. Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisis tidak membawa hasil yang diharapkan bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita dengan skizofrenia karena dapat menambah isolasi dan autisme. Yang dapat membantu penderita adalah psikoterapi suportif individual atau kelompok, serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan penderita ke masyarakat. Teknik

perilaku kognitif belakangan dipakai pada penderita skizofrenia dengan hasil menjanjikan (Maramis,2009).

2.2 Konsep Dasar Perawatan Diri dan Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi

51. Perawatan diri atau kebersihan diri merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis (Alimul,2009).

52. Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri (Yusuf,2015).

2.2.2 Tujuan Perawatan Diri

1. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
2. Memelihara kebersihan diri seseorang
3. Memperbaiki *personal hygiene* yang kurang
4. Mencegah penyakit
5. Meningkatkan kepercayaan diri seseorang
6. Menciptakan keindahan

53. (Isro'in&Andarmoyo,2012)

2.2.3 Macam-macam Defisit Perawatan Diri

1. Defisit perawatan diri makan

54. Ketidakmampuan seseorang untuk melakukan aktifitas makan secara mandiri.

Misalnya ketidakmampuan menyiapkan makanan untuk dimakan, mengambil makanan, mengunyah makanan, menempatkan makanan dan perlengkapan makanan (Nurarif&Kusuma,2015).

2. Defisit perawatan diri mandi

55. Ketidakmampuan seseorang untuk melakukan dan menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri secara mandiri. Misalnya ketidakmampuan mengakses kamar mandi, mengambil perlengkapan mandi, menjangkau air, membasuh tubuh, menggosok gigi, dan mengeringkan tubuh (Nurarif&Kusuma,2015).

3. Defisit perawatan diri eliminasi

56. Ketidakmampuan seseorang untuk melakukan dan menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri. Misalnya ketidakmampuan melakukan perawatan diri setelah eliminasi, naik ke toilet, duduk di toilet, berdiri dari toilet, dan menyiram toilet (Nurarif&Kusuma,2015).

4. Defisit perawatan diri berpakaian

57. Ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri. Misalnya ketidakmampuan mengambil pakaian dan berhias, mengenakan pakaian bagian atas dan bawah, mengancingkan pakaian, dan mempertahankan penampialan yang memuaskan (Nurarif&Kusuma,2015).

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Perawatan Diri

58. Menurut Susanti (2010), perawatan diri seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor kondisi dasar (*basic functioning factor*) diantaranya :

1. Umur

59. Faktor usia menentukan tingkat kemampuan individu melakukan perawatan diri.

2. Jenis kelamin

60. Perempuan memiliki kemungkinan lebih besar sembuh dari skizofrenia, hal ini dikarenakan perempuan mampu menjalankan fungsi sosial yang lebih baik dari laki-laki, dalam hal ini adalah kemampuan dalam perawatan diri.

3. Tingkat perkembangan

61. Semakin tinggi tahap perkembangan dari individu tersebut, maka ketergantungan dalam pemberian perawatan diri lebih tinggi. Sebagai contoh seseorang lansia, lebih bergantung pada perawatan dirinya daripada orang dewasa, hal ini dikarenakan adanya penurunan fungsi fisik dan psikologis.

4. Sistem pelayanan kesehatan

62. Menurut Orem (1991, dalam Susanti 2010) tipe/cara perawatan sangat penting dalam mengembalikan kemampuan klien dengan skizofrenia ke keadaan semula.

5. Sosial budaya

63. Menurut WHO (2001, dalam Susanti 2010) tingkat keparahan skizofrenia yang terjadi di negara berkembang tergolong rendah, hal ini terjadi karena masyarakat memberikan kesempatan bagi penderita skizofrenia untuk melakukan kegiatan harian secara normal, seperti berladang, menjaga anak, dan sebagainya. Hal tersebut dapat meningkatkan kemampuan melakukan kebutuhan sehari-hari, sehingga klien dapat meningkatkan perawatan dirinya.

6. Sistem keluarga

64. Keterlibatan keluarga dapat membantu klien dalam meningkatkan kemampuan dalam menjalankan aktivitas harian, selain itu dukungan emosional dan finansial keluarga dapat mendorong klien melakukan perawatan diri secara mandiri.

7. Ketersediaan sumber pendukung

65. Ketidak adekuatan dan ketidakseterdiaan sumber yang relevan dalam proses rehabilitasi individu menyebabkan degradasi fungsi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada individu tersebut (Katsnigh, 2001, dalam Susanti 2010)

66. Sedangkan menurut Isro'in & Andarmoyo(2012), faktor yang memengaruhi perawatan diri yaitu :

1. Hubungan sosial

67. Manusia merupakan makhluk sosial dan karenanya berada dalam kelompok sosial. Kondisi ini memungkinkan seseorang untuk berhubungan, berinteraksi, dan bersosialisasi satu dengan yang lainnya. Kebersihan diri seseorang sangat mempengaruhi praktik sosial seseorang. Pada lansia akan terjadi beberapa perubahan dalam praktik perawatan diri karena perubahan kondisi fisiknya (Isro'in&Andarmoyo,2012).

2. Pilihan pribadi

68. Seseorang memiliki keinginan dan pilihan tersendiri dalam praktik perawatan diri. Misalnya dia harus mandi, melakukan perawatan rambut, termasuk memilih produk yang digunakan dalam praktik perawatan dirinya seperti shampoo, sabun, deodoran, pasta gigi. Pilihan-pilihan tersebut setidaknya membentun perawat dalam mengembangkan intervensi keperawatan yang lebih kepada pasien (Isro'in&Andarmoyo,2012).

3. Citra tubuh

69. Citra tubuh merupakan cara pandang seseorang terhadap bentuk tubuhnya, citra tubuh sangat mempengaruhi dalam praktik perawatan diri seseorang. Saat seorang perawat dihadapkan pada klien yang tampak berantakan, tidak rapi, atau tidak peduli dengan perawatan dirinya, maka dibutuhkan edukasi tentang pentingnya kebersihan diri untuk kesehatan (Isro'in&Andarmoyo,2012).

4. Pengetahuan dan motivasi

70. Pengetahuan tentang perawatan diri akan mempengaruhi praktik perawatan diri pada seseorang. Namun, hal ini saja tentu tidak cukup, karena motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan kebersihan diri. Permasalahanyang sering terjadi

adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan. Sebagai seorang perawat yang bisa dilakukan dalam hal ini adalah mendiskusikannya dengan klien, memeriksa kebutuhan perawatan diri klien dan memberikan informasi yang tepat dan adekuat kepada klien (Isro'in&Andarmoyo,2012).

5. Kondisi fisik

71. Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan perawatan diri. Kelemahan akibat artritis, stroke, atau kelainan otot menghambat klien dalam melaksanakan perawatan diri seperti mandi, menggosok gigi, memakai handuk, mengenakan pakaian dan berhias. Kondisi yang lebih serius akan menjadikan klien tidak mampu dan akan memerlukan kehadiran perawat untuk melakukan perawatan diri secara total

(Isro'in&Andarmoyo,2012).

2.2.5 Dampak Defisit Perawatan diri

1. Dampak fisik

72. Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa, dan gangguan fisik pada kuku (Isro'in&Andarmoyo,2012).

2. Dampak psikososial

73. Masalah sosial yang berhubungan dengan perawatan diri adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, aktualisasi diri menurun, dan gangguan dalam berinteraksi dengan lingkungan sekitar

(Isro'in&Andarmoyo,2012).

2.3 Format asuhan keperawatan

2.3.1 Pengkajian

74. Pengkajian merupakan proses pertama yang dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan. Ini dilakukan untuk memperoleh data dan informasi mengenai klien yang sedang dirawat sehingga perawat mengetahui masalah keperawatan apa yang sedang dialami klien. Tahapan pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang

dikumpulkan meliputi biologis, psikologis, sosial, spiritual. Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi Faktor predisposisi, faktor prepotasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping, dan kemampuan yang dimiliki klien (Stuart

& Larai,2001 dalam Keliat 2006). Isi pengkajian meliputi(Keliat,2006) :

1. Identitas klien
2. Keluhan utama/alasan masuk
3. Faktor predisposisi
4. Aspek fisik/biologis
5. Aspek psikososial
6. Status mental
7. Kebutuhan persiapan pulang
8. Mekanisme coping
9. Masalah psikososial dan lingkungan
10. Pengetahuan
11. Aspek medik

75. Data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam, diantaranya :

1. Data obyektif yang ditemukan secara nyata. Data didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat
2. Data subyektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga.

76. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer, dan data yang diambil dari hasil pengkajian atau catatan tim kesehatan disebut data sekunder.

77. Pada umumnya klien dengan defisit perawatan diri akan mengatakan malas merawat dirinya karena berbagai alasan seperti alat mandi tidak tersedia, air yang terlalu dingin, dan merasa malas(Fitri,2010).

78. Untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah kurang perawatan diri maka tanda dan gejala yang dapat diperoleh melalui observasi pasien diantaranya (Yusuf,2015) :

1. Gangguan kebersihan diri ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor.
2. Ketidakmampuan berhias/berdandan ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, serta pada pasien wanita tidak berdandan.
3. Ketidakmampuan makan secara mandiri ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
4. Ketidakmampuan BAB atau BAK secara mandiri ditandai dengan BAB atau BAK tidak pada tempatnya, serta tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan yang mungkin muncul

79. Menurut Carpentino,1996 (dalam Keliat,2006) Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Dalam defisit perawatan diri terdapat beberapa diagnosa yang timbul sebagai berikut :

80.

81. Gambar 2.1 Pathway Defisit Perawatan Diri

82.

83.

84.

85.

86.

87.

88.

89.

90.

91.

92.

93.

94.

95.



Dari Pathway diatas disimpulkan bahwa penyebab defisit perawatan diri pada klien adalah adanya Harga diri rendah kronis. Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Kusumawati & Hartono, 2010). Klien dengan harga diri rendah memiliki tanda seperti merasa bersalah, menghukum diri, dan merasa gagal. Dengan tanda-tanda tersebut klien merasa dirinya tidak berharga, rendah, dan tidak berguna sehingga

menurunkan motivasi klien untuk melakukan perawatan diri. Apabila tidak ditangani klien dengan defisit perawatan diri dapat mengalami Isolasi sosial, dikarenakan pandangan klien terhadap dirinya semakin menurun, karena tubuh klien tidak terawat, kotor, dan bau badan menyengat. Hampir seluruh gangguan jiwa dapat mengalami defisit perawatan diri, Diketahui klien yang mengalami penurunan kemampuan perawatan diri 93,8% menunjukkan perilaku isolasi sosial, 94,8% mempunyai risiko perilaku kekerasan, 79,8% mengungkapkan pengalaman halusinasi dan 50,3% klien mengalami waham (Jalil,2015). Diagnosa diatas dapat berubah tergantung keadaan klien di lapangan.

2.3.3 Rencana tindakan Keperawatan

1. Tujuan umum

96. Klien mampu melakukan perawatan diri mandi/membersihkan diri secara mandiri (SP 1, SP 2, SP 6) (Fitria,2010).

2. Tindakan keperawatan untuk klien

- Mengkaji kemampuan klien melakukan perawatan diri mandi/membersihkan diri secara mandiri (SP 1, SP 2).
- Memberiakan latihan cara melakukan mandi/membersihkan diri secara mandiri (SP 2).
- Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri (SP 6).

3. Tindakan keperawatan untuk keluarga klien

97. Keluarga dapat meneruskan melatih klien dan mendukung agar kemampuan klien dalam perawatan dirinya meningkat. Beberapa intervensi yang dapat dilakuakn adalah sebagai berikut (SP 6) (Fitri,2010) :

- Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh klien agar dapat menjaga kebersihan diri.
- Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat dan membantu klien dalam merawat diri (sesuai jadwal yang disepakati).
- Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian dtas keberhasilan klien dalam merawat diri.

2.3.4 Implementasi

1. SP 1 : Bina hubungan saling percaya, kaji klien dengan kurang perawatan diri mandi/kebersihan diri, berpakaian/berhias, makan, BAB/BAK.

- Tujuan khusus
 - Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria :
 - a. Ekspresi wajah bersahabat.
 - b. Menunjukkan rasa senang.
 - c. Klien bersedia berjabat tangan.
 - d. Klien bersedia menyebutkan nama.
 - e. Ada kontak mata.
 - f. Klien bersedia duduk berdampingan dengan perawat.
 - g. Klien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi.
 - Mengidentifikasi kebersihan diri, berdandan, makan, dan BAB/BAK.
 - Menjelaskan pentingnya kebersihan diri.
 - Menjelaskan peralatan yang digunakan untuk menjaga kebersihan diri.
 - Memasukkan dalam jadwal kegiatan klien.
- Tindakan keperawatan
 - Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik.
 - a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - b. Perkenalkan diri dengan sopan
 - c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
 - d. Jelaskan tujuan pertemuan
 - e. Jujur dan menepati janji
 - f. Kebersihan Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
 - Identifikasi kemampuan klien dalam melakukan kebersihan diri, berpakaian/berhias, makan, BAB/BAK.
 - Jelaskan pentingnya kebersihan diri dengan cara memberikan penjelasan terhadap pentingnya kebersihan diri, selanjutnya meminta klien menjelaskan kembali pentingnya kebersihan diri
 - Jelaskan peralatan yang dibutuhkan dan cara membersihkan diri, dengan tahapan tindakan sebagai berikut.
 - a. Jelaskan alat yang dibutuhkan dan cara memebersihkan diri
 - b. Peragatan cara membersihkan diri dan mempergunakan alat untuk membersihkan diri.

- c. Minta klien memperagakan ulang alat dan cara kebersihan diri.
 - Masukkan dalam jadwal kegiatan.
- 98.

99. Gambar 2.2 SP 1 (Bina hubungan saling percaya dengan pasien)

100. Orientasi :

101. *“Selamat pagi Tina, bagaimana perasaannya hari ini ? Bagaimana kalau saat ini kita mendiskusikan tentang kegiatan Tina sehari-hari 15 menit disini, bagaimana Tina?”*

102.

103. Kerja :

- Pengkajian Kebersihan diri

104. *“Berapa kali Tina mandi dalam sehari? Apakah Tina sudah mandi hari ini? Menurut Tina apa kegunaannya mandi ? Apa alasan Tina sehingga tidak bisa merawat diri ? Menurut Tina apa manfaatnya kalau kita menjaga kebersihan diri? Kira-kira tanda-tanda orang yang merawat diri dengan baik seperti apa? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut Tina yang bisa muncul ?”*

105.

- Pengkajian Berdandan untuk pasien wanita

106. *“Apa yang Tina lakukan untuk merawat rambut dan muka? Kapan saja Tina menyisir rambut ? Bagaimana dengan bedakan? Apa maksud atau tujuan sisiran dan berdandan ?”*

107.

- Pengkajian Berdandan untuk pasien laki-laki

108. *“Berapa kali Tono cukuran dalam seminggu? Kapan Tono cukuran terakhir? Apa gunanya cukuran? Apa alat-alat yang diperlukan?”*

109.

○ Pengkajian Makan

110. *“Berapa kali makan sehari? Apa saja persiapan makan? Di mana tempat kita makan? Bagaimana cara makan yang baik? Apa yang dilakukan sebelum makan ? Apa pula yang dilakukan setelah makan?”*

111.

○ Pengkajian kemampuan BAB/BAK

112. *“Di mana biasanya Tina berak/kencing? Bagaimana membersihkannya?”*

113.

114. Terminasi :

115.

116. *“Bagaimana perasaan Tina setelah kita mendiskusikan tentang pentingnya kebersihan diri tadi ? Sekarang coba Tina ulangi lagi tanda-tanda bersih dan rapi ? Setengah jam lagi kita akan mendiskusikan tentang cara-cara merawat diri sekaligus Tina mempraktekkannya. Bagaimana Tina? Setuju?”*

117. (Perawat menyiapkan alat kebersihan diri yang akan digunakan)

• Evaluasi :

- Tatapan klien bersahabat
- Klien mampu menunjukkan kemampuan perawatan diri.
- Klien dapat menjelaskna pentingnya perawatan diri.
- Klien dapat menyebutkan pentingnya kebersihan diri.
- Klien dapat menyebutkan dan menyiapkan alat untuk kebersihan

diri.

118.

2. SP 2 : Melatih klien mandi secara mandiri

• Tujuan khusus

119. Klien dapat mandi/menjaga kebersihan diri secara mandiri

- Tindakan keperawatan
 - Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.
 - Menjelaskan alat-alat yang diperlukan untuk menjaga kebersihan diri.
 - Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 - Melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.

120. Gambar 2.3 SP 2 (Melatih klien mandi secara mandiri)

121. Orientasi :

122. *“Selamat pagi Tina? Apakah masih ingat apa tanda-tandanya bersih ? Selama setengah jam ini kita akan membicarakan bagaimana cara mandi, gosok gigi, keramas, berpakaian dan gunting kuku yang benar. Selanjutnya ... akan mencoba cara-cara yang telah kita diskusikan ini. Siap ... ?*

123.

124. Kerja :

125. *“Menurut Tina kalau mandi itu kita harus bagaimana ? sebelum mandi apa yang perlu kita persiapkan ? Benar sekali..Tina perlu menyiapkan pakaian ganti, handuk, sikat gigi, shampo dan sabun serta sisir. Bagaimana kalau sekarang kita ke kamar mandi, suster akan membimbing Tina melakukannya. Sekarang Tina siram seluruh tubuh Tina termasuk rambut lalu ambil shampo gosokkan pada kepala Tina sampai berbusa lalu bilas sampai bersih.. bagus sekali.. Selanjutnya ambil sabun, gosokkan di seluruh tubuh secara merata lalu siram dengan air sampai bersih, jangan lupa sikat gigi pakai odol.. giginya disikat mulai dari arah atas ke bawah. Gosok seluruh gigi Tina. mulai dari depan sampai belakang.. Bagus, lalu kumur-kumur sampai bersih. Terakhir siram lagi seluruh tubuh Tina. sampai bersih lalu keringkan dengan handuk. Tina bagus sekali melakukannya. Selanjutnya Tina pasang baju dan sisir rambutnya dengan baik.”*

126. Terminasi :

127. “Bagaimana perasaan Tina setelah mandi dan mengganti pakaian ? Coba Tina sebutkan lagi apa saja cara-cara mandi yang baik yang sudah Tina. lakukan tadi ?”

128. ”Mari kita masukkan pada jadwal kegiatan, jam berapa saja? Nah, dikerjakan ya Tina! Dua hari lagi kita ketemu lagi untuk latihan berdandan. Oke?”

- Evaluasi :
 - Klien dapat menyiapkan peralatan mandi secara mandiri
 - Klien dapat menyebutkan cara-cara merawat diri
 - Klien dapat memperagakan tatarca perawatan diri mulai dari :
 1. Melepas pakaian
 2. Membasuh badan dengan air
 3. Menggosok badan dengan sabun
 4. Membilas tubuh dengan air
 5. Mengeringkan tubuh dengan handuk

6. Memakai kembali pakaian bersih
3. SP 6 : Melakukan tindakan pada keluarga
- Tujuan khusus
 - 129. Keluarga dapat meneruskan melatih klien dan mendukung agar kemampuan klien dalam perawatan dirinya meningkat.
 - Tindakan keperawatan
 - Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh klien untuk merawat diri.
 - Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam perawatan diri klien dan membantu mengingatkan klien dalam merawat diri (sesuai jadwal yang disepakati).
 - Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam merawat diri.
130.
131.
132.

133. Gambar 2.4 SP 6 (Melakukan tindakan pada keluarga)

-
- 134. Orientasi:**
135. *"Selamat pagi Pak Joko!"*
136. *"Saya Dewi, perawat yang merawat anak Bapak, Andi"*
137. *"Bagaimana perasaan Pak Joko hari ini? Apa pendapat Bapak tentang anak Bapak, Andi?"*
138. *"Hari ini kita akan berdiskusi tentang apa masalah yang dialami Andi dan bantuan apa yang Bapak bisa berikan."*
139. *"Kita mau diskusi di mana? Berapa lama?"*
- 140.
- 141. Kerja:**
- 142. Kerja:**
143. *"Selama ini apa yang dilakukan oleh Andi dalam merawat diri?"*
144. *"Perilaku yang ditunjukkan oleh Andi itu dikarenakan gangguan jiwanya yang membuat pasien tidak mempunyai minat untuk mengurus diri sendiri."*
145. *Kalau Andi kurang motivasi dalam merawat diri apa yang bapak lakukan?"*
146. *Pak Joko perlu juga memperhatikan alat-alat kebersihan diri yang dibutuhkan oleh Andi seperti handuk, baju ganti, sikat gigi, shampoo ataupun alat kebersihan lainnya. Bapak juga perlu mendampingi pada saat merawat diri sehingga dapat diketahui apakah Andi sudah bisa mandiri atau mengalami hambatan dalam melakukannya."*
147. *"Andi sudah punya jadwal untuk mandi dan bercukur. Tolong Bapak ingatkan dan beri pujian kalau Andi lakukan dengan benar!"*
- 148.
- 149. Terminasi:**
150. *Bagaimana perasaan Pak Joko setelah kita bercakap-cakap?"*

151. "Coba Pak Joko sebutkan lagi apa saja yang harus diperhatikan dalam membantu anak Bapak, Andi dalam merawat diri"

152. "dalam seminggu ini cobalah bapak mendampingi dan membantu Andi saat membersihkan diri."

153. "Minggu depan saya akan datang sekitar jam 10.00 pagi, untuk mendiskusikan hasil yang sudah dicapai Andi."

154.

- Evaluasi :

- Keluarga dapat menjelaskan pentingnya perawatan diri klien
- Keluarga dapat menyebutkan macam-macam kebutuhan perawatan

diri klien

- Keluarga mampu membantu klien dalam melakukan perawatan diri

di rumah

- Keluarga memberi pujian kepada klien ketika klien dapat

melaksanakan perawatan diri pribadi secara benar.

155.

2.3.5 Evaluasi Asuhan Keperawatan

156. Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (Keliat,2006). Evaluasi yang akan dilaksanakan dibagi dua, yaitu evaluasi formatif yang dilakukan setiap selesai dilaksanakan tindakan, dan evaluasi sumatif yang dilaksanakan dengan membandingkan antara respons klien dengan tujuan umum serta tujuan khusus yang telah ditentukan.

157. Kriteria hasil yang dicapai apabila asuhan yang diberikan berhasil diantaranya :

158. Kriteria hasil	159. Dilakukan	160. Tidak dilakukan
1. Klien dapat menyebutkan pentingnya mandi	161.	162.
2. Klien dapat menyebutkan penyebab tidak menjaga kebersihan	163.	164.

3. Klien dapat menyebutkan alat yang digunakan untuk mandi	165.	166.
4. Klien dapat menyiapkan alat mandi (mandiri / dengan bantuan)	167.	168.
5. Klien dapat melepas baju sebelum mandi	169.	170.
6. Klien dapat membasahi tubuh dengan air	171.	172.
7. Klien dapat menggosok tubuh dengan sabun	173.	174.
8. Klien dapat membilas tubuh dengan air	175.	176.
9. Klien dapat mengeringkan tubuhnya dengan handuk hingga kering	177.	178.
10. Klien dapat memakai baju ganti yang telah disediakan	179.	180.

181. Tabel 2.1 Format evaluasi kebersihan diri

182.

183. Apabila semua kriteria hasil tersebut dapat dilakukan oleh klien maka asuhan yang diberikan telah berhasil, namun apabila ada satu atau dua kegiatan yang belum terlaksana, maka perlu diadakan perubahan rencana asuhan keperawatan.

184.

185.

186.

187.

188.

189.

190.

191.

192.