

BAB II

PEMBAHASAN

A. Konsep dasar skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan mental kronis dan kambuhan yang menyebabkan penderitanya mengalami delusi (waham), halusinasi, pikiran kacau, dan perubahan perilaku. Pasien skizofrenia sering terlihat adanya kemunduran yang ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab, apatis, menghindari dari kegiatan, dan hubungan sosial. Kemampuan dasar sering terganggu, seperti kebersihan diri, penampilan dan sosialisasi. Pasien skizofrenia tidak mampu melakukan fungsi dasar secara mandiri misalnya kebersihan diri, penampilan dan sosialisasi. Pasien seperti ini tentu akan ditolak oleh keluarga dan masyarakat. Pasien skizofrenia akan mengalami defisit perawatan diri seperti ketidaktertarikan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, terutama untuk mandi, berpakaian, makan dan minum (Baskara et al., 2019).

2. Etiologi

Penyebab skizofrenia yaitu:

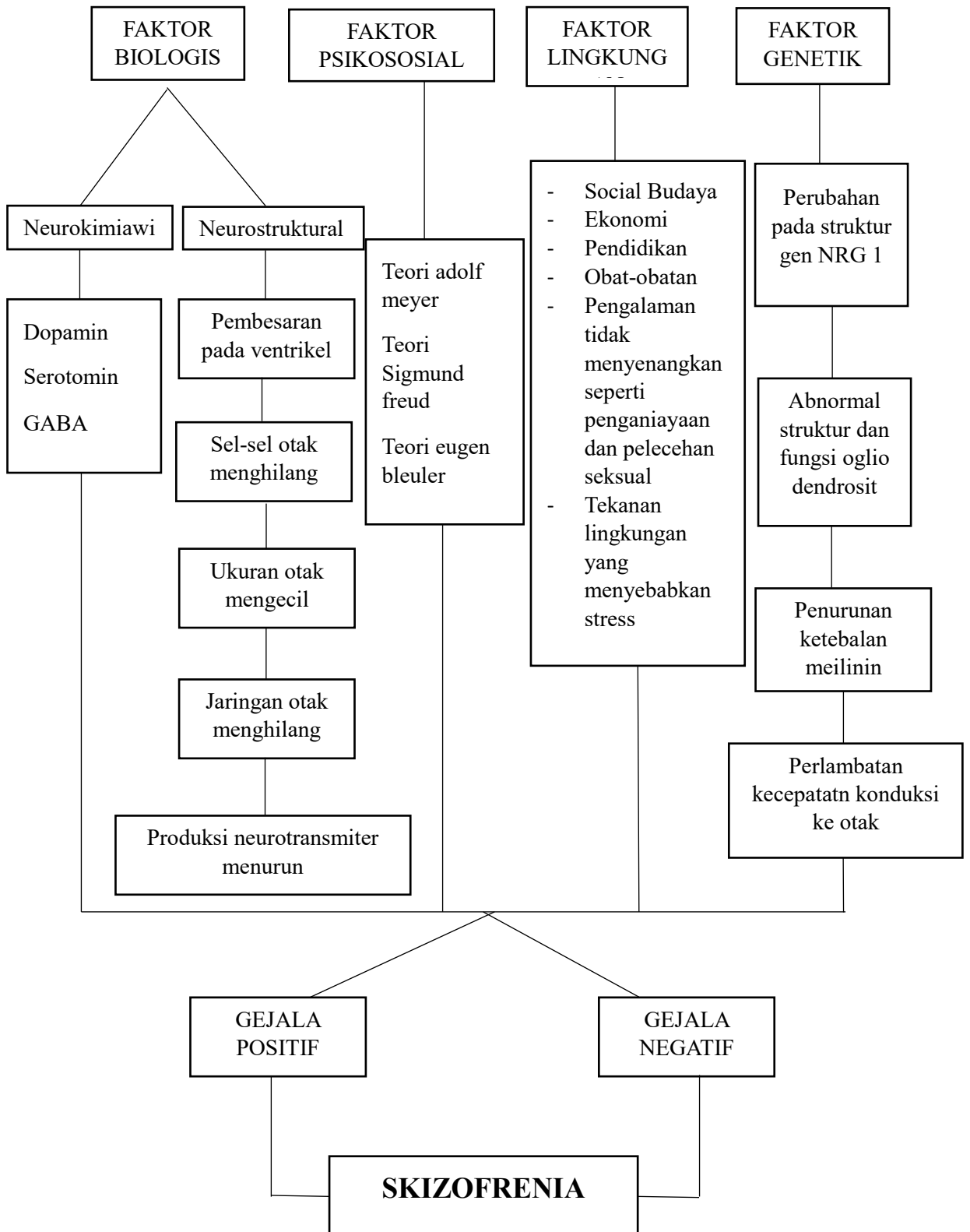
- a. Biologis, yaitu genetik, neurobiologi, ketidakseimbangan neurotransmitter (peningkatan dopamine), perkembangan otak dan teori virus
- b. Psikologis, yaitu kegagalan untuk melakukan tugas perkembangan psikososial, dan perselisihan maupun ketidakharmonisan keluarga

yang dapat meningkatkan risiko skizofrenia. Stres yang terakumulasi atau menumpuk dapat mendukung perkembangan skizofrenia, ketegangan sosiokultural, dan gangguan psikotik lainnya (Stuart, 2013, A Buchari, 2018).

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang mempengaruhi yaitu keadaan ekonomi dalam tingkatan miskin seperti lingkungan tempat tinggal yang padat penduduk, nutrisi yang tidak memadai atau mencukupi, tidak ada perawatan sebelum melahirkan, dan beberapa dalam hal menangani stress dan putus asa untuk mengubah gaya hidup.

3. Patofisiologi Skizofrenia



Bagan 1.1 Patofisiologi Skizofrenia (Plutzer, 2021)

4. Manifestasi klinik

Skizofrenia dikelompokkan menjadi 3 gejala yaitu:

- 1) Gejala positif
 - a) Halusinasi
 - b) Waham
 - c) Gaduh gelisah
 - d) Perilaku aneh serta bermusuhan
- 2) Gejala negatif
 - a) Afek tumpul atau datar
 - b) Menarik diri
 - c) Berkurangnya motivasi
 - d) Miskin kontak emosional
 - e) Pasif
 - f) Apatis
 - g) Sulit berpikir
- 3) Gejala disorganisasi
 - a) Disorganisasi pembicaraan
 - b) Disorganisasi perilaku
 - c) Gangguan pemusatan perhatian
 - d) Pengolahan informasi (Ayuningtyas et al., 2021)

5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping terbagi menjadi 2:

- 1) Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping adaptif adalah koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar. Misalnya, klien mau melakukan perawatan diri mulai dari mandi sampai berhias.

2) Mekanisme koping maladaptive

Mekanisme koping maladaptive adalah koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Misalnya, klien tidak mau melakukan perawatan diri.

6. Penatalaksanaan Medik

Terapi skizofrenia terdiri dari psikofarmakologi, psikoterapi dan rehabilitasi. Terapi psikofarmakologi yaitu Antipsikotik yang dikenal sebagai neuroleptik, efektif dalam mengurangi gejala psikotik. Obat-obatan ini tidak dapat menyembuhkan skizofrenia tetapi digunakan untuk mengatasi gejala-gejala tersebut. Antipsikotik terdiri dari dua kategori yaitu, obat atipikal (clozapin, risperidon, olanzapine, dan quetiapin) dan obat tipikal (thiotixene, haloperidol, chlorpromazine, dan trifluoperazine).

Perawatan psikofarmakologis tidak sepenuhnya efektif dalam mengurangi defisit kognitif, gejala, dan peningkatan mortalitas. Latihan sebagai pengobatan tambahan,, meningkatkan volume hipokampus yang mengarah pada peningkatan plastisitas sinaptik dan neurogenesis, kognisi, gejala negatif, dan hasil fungsional.

Terapi psikososial pada skizofrenia meliputi terapi individu, terapekelompok, terapi keluarga, rehabilitasi psikiatri, latihan keterampilan sosial dan manajemen kasus. (Ayuningtyas et al., 2021)

B. Konsep Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi)

1. Definisi

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering dijumpai pada klien dengan gangguan jiwa, halusinasi dengan kata lain disebut skizofrenia dimana klien mempersepsikan sesuatu yang tidak terjadi atau tidak nyata berupa halusinasi, yang dapat berupa suara keras atau berdengung, tetapi yang paling sering berupa kata-kata yang tersusun dalam bentuk kalimat yang tidak sempurna.(Wulandari & Pardede, 2020)

2. Etiologi

1) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi sebagai faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang mempengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial dan sosial kultural. Membedakan stressor predisposisi menjadi tiga, meliputi biologis, psikologis dan sosial budaya. Stressor predisposisi ini kejadiannya telah berlalu. Penjelasan secara rinci tentang ketiga stressor predisposisi tersebut sebagai berikut:

a. Biologis

Faktor biologis terkait dengan adanya neuropatologi dan ketidakseimbangan dari neurotransmiternya.

b. Genetic

Faktor genetik dapat berperan dalam respon sosial maladaptif. Terjadinya penyakit jiwa pada individu juga

dipengaruhi oleh keluarganya dibanding dengan individu yang tidak mempunyai penyakit terkait.

c. Psikologis

Meliputi konsep diri, intelektualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, coping dan keterampilan komunikasi secara verbal . Konsep diri dimulai dari gambaran diri secara keseluruhan yang diterima secara positif atau negatif oleh seseorang.

d. Sosial Budaya

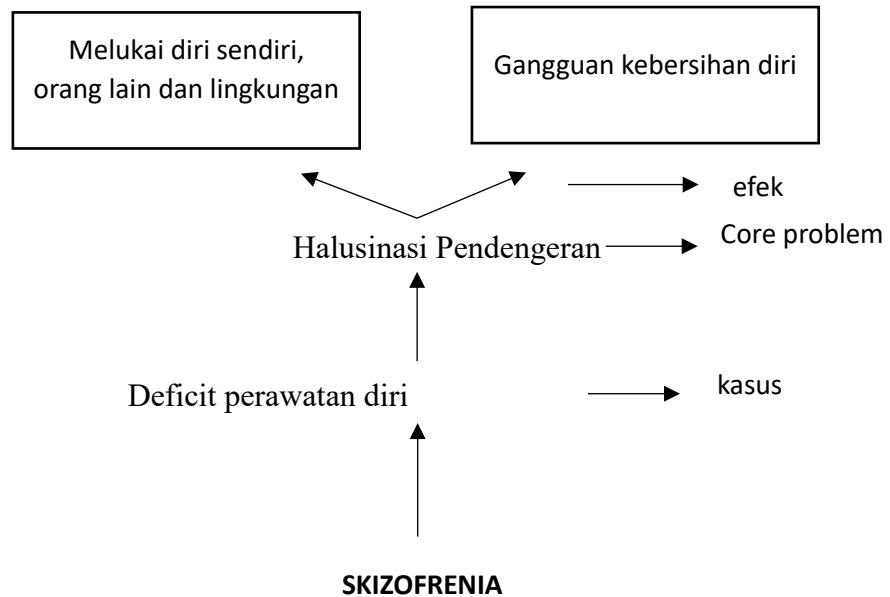
Meliputi status sosial, umur, pendidikan, agama, dan kondisi politik. Ada beberapa hal yang dikaitkan dengan masalah gangguan jiwa. Salah satunya yang terjadi pada klien halusinasi adalah masalah pekerjaan yang akan mempengaruhi status sosial. Klien dengan status sosial ekonomi yang rendah berpeluang lebih besar untuk mengalami gangguan jiwa dibandingkan dengan klien yang memiliki status sosial ekonomi tinggi.(Wulandari & Pardede, 2020)

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan social ekstra untuk menghadapinya. Adanya rangsangan dari lingkungan, seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada di

lingkungan, dan juga suasana sosial terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan sosial dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. (Wulandari & Pardede, 2020)

3. Patofisiologi



Bagan 1.2 Patofisiologi halusulasi (Ines et al., 2021)

4. Rentang Respon Halusinasi

Menurut (Wulandari & Pardede, 2020):

Respon Adaptif	Respon Maladaptif
1) Pikiran logis 2) Persepsi akurat 3) Emosi konsisten dengan pengalaman 4) Perilaku sesuai 5) Hubungan sosial positif	1) Kadang pikiran terganggu 2) Ilusi 3) Emosi berlebih/kurang 4) Perilaku yang tidak biasa 5) Menarik diri
1) Gangguan proses pikir/delusi 2) Halusinasi 3) Tidak mampu mengalami emosi 4) Perilaku tidak terorganisir 5) Isolasi Sosial	

Bagan 1.3 Rentang respon halusinasi

5. Fase Halusinasi

Fase halusinasi dimulai dari beberapa tahap, hal ini dapat dipengaruhi oleh keparahan dan respon individu dalam menanggapi adanya rangsangan dari luar. Beberapa fase halusinasi yaitu:

1) Fase pertama

Disebut juga dengan fase comforting yaitu fase menyenangkan.

Pada tahap ini masuk dalam golongan non-psikotik.

- a. Karakteristik: klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak dan tidak dapat diselesaikan.
- b. Perilaku klien: tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

2) Fase kedua

Disebut dengan fase condemning atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan, tahap ini termasuk dalam fase psikotik ringan.

- a. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berpikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap mengontrolnya.

- b. Perilaku klien: meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

3) Fase ketiga

Disebut fase controlling atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Tahap ini termasuk dalam gangguan psikotik.

- a. Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.
- b. Perilaku klien: kemauan dikendalikan halusinasi dan rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor dan tidak mampu mematuhi peraturan.

4) Fase keempat

Disebut conquering atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya, tahap ini termasuk dalam psikotik berat.

- a. Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungannya.
- b. Perilaku klien: perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katakonik,

tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.(Wulandari & Pardede, 2020)

6. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala halusinasi adalah sebagai berikut:

- 1) Halusinasi penglihatan
 - a. Mata melirik kekiri dan kekanan seperti mencari siapa atau apa saja yang sedang dibicarakan.
 - b. Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang sedang tidak berbicara atau pada benda seperti mebel.
 - c. Terlihat percakapan dengan benda mati atau dengan seseorang yang tidak tampak.
 - d. Menggerak-gerakkan mulut seperti sedang berbicara atau sedang menjawab suara.
- 2) Halusinasi pendengaran
 - a. Tiba-tiba tanggap, ketakutan atau ditakutkan oleh orang lain, benda mati atau stimulus yang tidak tampak.
 - b. Tiba-tiba berlari keruangan atau ketempat lain.
- 3) Halusinasi penciuman
 - a. Hidung yang dikerutkan seperti mencium bau yang tidak enak.
 - b. Mencium bau tubuh.
 - c. Mencium bau udara ketika sedang berjalan kearah oranglain.

- d. Merespon terhadap bau dengan panik seperti mencium bau api atau darah.
 - e. Melempar selimut atau membuang air seakan sedang memadamkan api.
- 4) Halusinasi pengecapan
- a. Meludahkan makanan atau minuman.
 - b. Menolak untuk makan, minum atau minum obat.
 - c. Tiba-tiba meninggalkan meja makan.
- 5) Halusinasi perabaan
- Perilaku yang biasa didapatkan pada pasien yang mengalami halusinasi ini adalah tampak menggaruk-garuk permukaan kulit.(Wulandari & Pardede, 2020)

C. Konsep Personal Hygiene (Perawatan Diri)

1. Definisi

Personal hygiene merupakan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, yang bisa dikenal dengan aktivitas kehidupan sehari-hari. Aktivitas ini dipelajari dari waktu ke waktu dan menjadi kebiasaan seumur hidup. Kegiatan personal hygiene tidak hanya melibatkan apa yang harus dilakukan (kebersihan diri mandi, berpakaian, toilet dan makan) tetapi juga berapa, kapan, dimana, dengan siapa dan bagaimana. Jika melakukan personal hygiene dengan latihan secara berangsur-angsur tanpa bantuan orang lain diharapkan pasien dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri sehingga defisit perawatan diri semakin

dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan kebersihan diri.(Wati et al., 2023)

2. Faktor Resiko

Kurang perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat ada perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk aktivitas perawatan diri menjadi menurun yang akan mempengaruhi kemandirian perawatan diri pasien. Beberapa faktor resiko yang mempengaruhi perawatan diri yaitu:

- 1) Faktor budaya, nilai dan kebiasaan yang dianut mempengaruhi perilaku individu tersebut.
- 2) Faktor sosial, dukungan keluarga, tingkat pengetahuan dan perkembangan, cacat jasmani/mental, status ekonomi dan agama.

(Gusti et al., 2021)

3. Dampak Penurunan personal hygiene

Secara fisik pada pasien yang tidak melakukan *personal hygiene* memiliki dampak pada tubuhnya yaitu adanya gangguan integritas tubuh, gangguan membran mukosa mulut, dan akan menumbuhkan bakteri/penyakit pada tubuh. Selain fisik kurangnya *personal hygiene* juga berdampak pada psikososial seperti gangguan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan dicintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial.

4. Penatalaksanaan

Upaya-upaya yang perlu dilakukan perawat dalam kasus kurang minat perawatan diri adalah membangunkan motivasi pasien terhadap

perawatan diri. Hal selanjutnya adalah mendukung pasien dengan memfasilitasi perawatan pasien mulai dari mandi, BAB/BAK, makan/minum dan berpakaian/berhias.(Gusti et al., 2021)

D. Konsep Kebutuhan Defisit Perawatan Diri

a. Definisi

Deficit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk dirinya sendiri (Tumanduk, Messakh, & Sukardi, 2018). Dari defenisi diatas dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang tidak mampu merawat diri dengan benar dan tidak dapat menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berhias, mencuci tangan sebelum dan sesudah makan/minum serta mencuci tangan setelah Buang air besar dan buang air kecil. (Laia & Pardede, 2022)

b. Etiologi

1. Faktor predisposisi (nurhalimah, 2016)
 - a) Biologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri dan dikarenakan adanya factor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
 - b) Psikologis, adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga

terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu. Klien yang mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

c) Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurun kemampuan dalam merawat diri.

2. Faktor presipitasi, factor presipitasi yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif/persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu merawat diri. Menurut Rochmawati, 2013, faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah:

1) Body image, gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi perawatan diri misalnya dengan adanya perubahan fisiksehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.

2) Praktik sosial, pada anak-anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi pola personal hygiene.

3) Status sosial ekonomi, personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, *shampoo*, alat mandi semuanya yang memerlukan uang utnuk menyediakannya.

4) Pengetahuan, pengetahuan personal hygiene sangat penting karena kemampuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan.

Misalnya pada penderita DM, dia harus menjaga kebersihan kakinya.

- 5) Budaya, disebabkan beberapa masyarakat jika individu sakit tidak boleh dimandikan.
- 6) Kebiasaan seseorang, ada kebiasaan seseorang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, *shampoo* dan lain-lain. (Laia & Pardede, 2022)

c. Tanda dan Gejala

Menurut Jalil (2015), tanda dan gejala deficit perawatan diri terdiri dari:

- a) Data subjektif klien mengatakan:
 1. Malas mandi
 2. Tidak mau menyisir rambut
 3. Tidak mau menggosok gigi
 4. Tidak mau memotong kuku
 5. Tidak mau berhias/berdandan
 6. Tidak mau/bisa menggunakan alat mandi/kebersihan diri
 7. Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
 8. BAK dan BAB sembarangan
 9. Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
 10. Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar
- b) Data Objektif

- 1) Badan bau, kotor, berdaki rambut kotor, gigi kuning dan kuku Panjang.
- 2) Tidak menggunakan alat mandi saat mandi dan tidak mandi dengan benar.
- 3) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi dan tidak mampu berdandan.
- 4) Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu dan tidak mengancingkan baju atau celana
- 5) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, mis: memakai pakaian berlapis-lapis dan penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu digunakan, mis: telanjang.
- 6) Makan dan minum sembarangan dan berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan makanan, tidak mampu memindahkan makanan ke alat makan, tidak mampu memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan.
- 7) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB dan BAK. (Laia & Pardede, 2022)

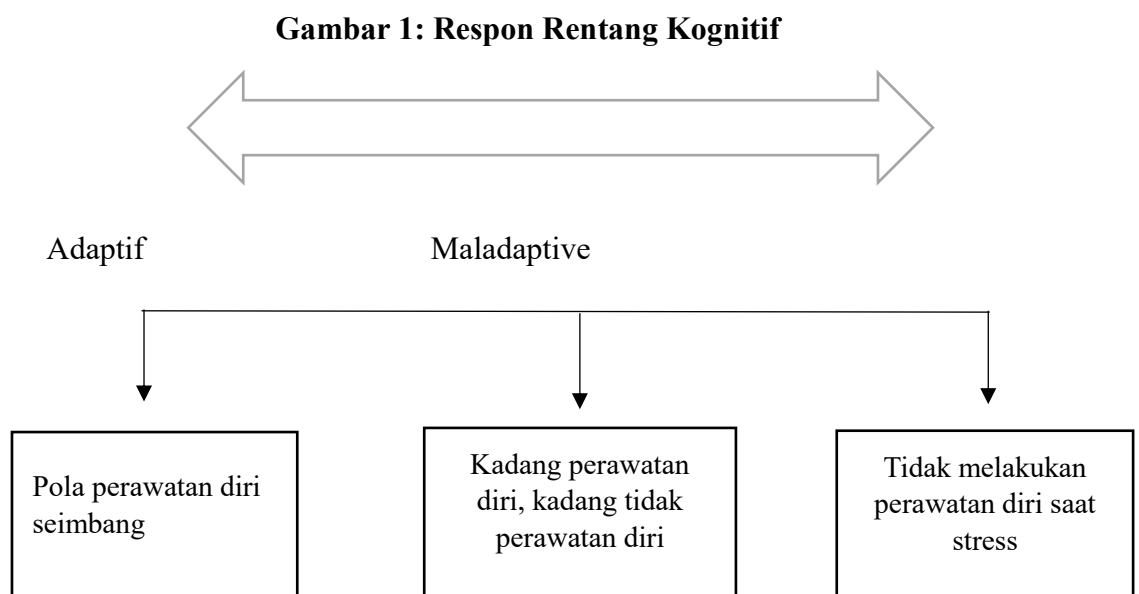
d. Proses Terjadinya

Menurut hastuti, 2018 data yang biasa ditemukan dalam deficit perawatan diri yaitu:

1. Data subjektif
 - a) Klien merasa lemah
 - b) Malas untuk beraktivitas
 - c) Merasa Tidak berdaya
2. Data Objektif
 - a) Rambut kotor dan acak-acakkan
 - b) Badan dan pakaian kotor dan bau
 - c) Mulut dan gigi bau
 - d) Kulit kusam dan kotor
 - e) Kuku panjang dan tidak terawat (Laia & Pardede, 2022)

e. Rentang Respon Kognitif

Menurut keliat, 2014 rentang respon pasien deficit perawatan diri adalah.



Bagan 1.4 Rentang Respon Pasien Defisit perawatan diri

Keterangan:

- a) Pola perawatan perawatan diri seimbang. Saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, maka klien masih melakukan perawatan diri.
- b) Kadang perawatan kadang tidak, saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- c) Tidak melakukan perawatan diri, klien mengatakan dia terlalu peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor. (Laia & Pardede, 2022)

f. Manifestasi Klinis

Menurut putra, 2019 tanda dan gejala klien defisit perawatan diri adalah

1. Data subjektif:
 - a) Mengatakan tidak ada keinginan mandi secara teratur
 - b) Perawatan diri harus dimotivasi
 - c) Mengatakan BAB/BAK disembarang tempat
 - d) Menyatakan tidak mampu menggunakan alat bantu makan
2. Data objektif:
 - a) Tidak mampu membersihkan badan
 - b) Tidak mampu berpakaian dengan benar

- c) Tidak mampu melaksanakan kebersihan dengan sesuai
- d) Setelah melakukan toileting, makan hanya beberapa suap dari piring/porsi tidak habis. (Laia & Pardede, 2022)

g. Penatalaksanaan Medis

- a) Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
- b) Membimbing dan menolong klien merawat diri
- c) Ciptakan lingkungan yang mendukung (Laia & Pardede, 2022)

E. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Skizofrenia Yang Mengalami Defisit

Perawatan Diri

1) Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien. (Tampubolon, 2020)

a) Identitas

Terdiri dari nama klien, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, agama, tanggal masuk, nomor rekam medik, keluarga yang dapat hubungi.

b) Alasan masuk

Alasan masuk biasanya dijelaskan oleh keluarga seperti klien berbicara sendiri, tidak mau membersihkan diri, jarang berinteraksi dengan orang lain, dan lain-lain.

c) Faktor predisposisi

- 1) Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu
- 2) Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri
- 3) Pengobatan sebelumnya kurang berhasil
- 4) Harga diri rendah, klien tidak mempunyai motivasi untuk merawat diri
- 5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya, saksi penganiayaan.
- 6) Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, pengalaman masa lalu tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi

d) Faktor presipitasi

Stresor presipitasi pada klien halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dalam keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik masyarakat.

e) Fisik

Tidak mengalami keluhan fisik

f) Psikososial

1. Genogram

Pada genogram biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pola komunikasi klien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh.

2. Konsep diri

a. Citra tubuh

Persespsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi tubuh yang disukai maupun tidak disukai.

b. Identitas diri

Kaji status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki dan perempuan.

c. Peran diri

Meliputi tugas atau peran klien dalam keluarga, pekerjaan, atau kelompok masyarakat. Kemampuan klien didalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan terjadi disaat klien sakit maupun dirawat dan apa yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi.

d. Ideal diri

Berisi harapan pasien akan keadaan tubuhnya yang ideal posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan/sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya.

e. Harga diri

Hubungan klien dengan orang lain sesuai kondisi, dampak pada klien yang berhubungan dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai dengan harapan, penilaian klien tentang pandangan atau penghargaan orang lain.

f. Hubungan sosial

Hubungan klien dengan orang lain akan sangat terganggu karena penampilan klien yang kotor yang mengakibatkan orang sekitar menjauh dan menghindari klien. Terdapat hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

g. Spiritual

Nilai dan keyakinan serta kegiatan ibadah klien terganggu dikarenakan klien mengalami gangguan jiwa.

h. Status mental

a) Penampilan

Penampilan klien sangat tidak rapi, tidak mengetahui caranya berpakaian dan penggunaan pakaian tidak sesuai.

b) Cara bicara/pembicaraan

Cara bicara klien yang lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatis serta tidak mampu memulai pembicaraan.

c) Aktivitas motoric

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor, kompulsif.

d) Alam perasaan

Klien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina.

e) Afek

Klien tampak datar, tumpul, emosi klien berubah ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih dan cemas.

f) Intraksi saat wawancara

Respon klien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak serta curiga yang menunjukkan sikap ataupun peran tidak percaya kepada pewawancara/orang lain.

g) Persepsi

Klien berhalusinasi mengenai ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, pelinghatan dan perabaan yang membuat klien tidak ingin membersihkan diri dan klien mengalami depersonalisasi.

h) Proses pikir

Bentuk pikir klien yang otistik, dereistik, sirkumtansial, terkadang tangensial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik dan terkadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

i) Kebutuhan klien pulang

a. Makan

Klien kurang makan, cara klien makan yang terganggu serta kemampuan klien membersihkan alat makan dan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan.

b. Mandi

Klien biasanya jarang mandi atau bahkan tidak memiliki kemauan untuk mandi, lupa cara mandi, seperti menggosok gigi, mencuci rambut, memakai sabun

dengan tepat, memotong kuku. Tubuh klien tampak kusam dan mengeluarkan aroma bau.

c. Berpakaian

Klien tidak mau berpakaian, tidak mau mengganti pakaian, dan tidak dapat memilih pakaian dan berdandan.

d. BAB/BAK

Klien BAB/BAK tidak pada tempatnya seperti di tempat tidur, dilantai dan tidak dapat membersihkan BAB/BAKnya.

e. Istirahat

Klien biasanya tidak dapat beristirahat, sering mengalami insomnia jika tidak diberi obat.

f. Penggunaan obat

Jika klien mendapat obat biasanya klien lalai dalam meminum obat dan tidak teratur.

2) Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Tabel. 1.1 Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri (PPNI, 2017)

Deficit Perawatan Diri: (Spesifikan) <i>Kategori: Perilaku</i> <i>Subkategori: Kebersihan Diri</i>	
Definisi	
Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.	
Penyebab	
<ul style="list-style-type: none"> - Gangguan muskuloskeletal - Gangguan neuromuskuler - Kelemahan - Gangguan psikologis dan/atau psikotik - Penurunan motivasi/minat 	
Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
<ul style="list-style-type: none"> - Menolak melakukan perawatan diri 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/ makan/ket toilet/berhias secara mandiri
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif <i>(tidak tersedia)</i>	Objektif <i>(tidak tersedia)</i>
Kondisi Klinis Terkait	
<ul style="list-style-type: none"> - Stroke - Cedera medula spinalis - Depresi - Arthritis reumatoid - Retardasi mental - Delirium - Demensia - Gangguan amnestik - Skizofrenia dan gangguan psikotik lain - Fungsi penilaian terganggu 	
Keterangan	
Diagnosa ini dispesifikkan menjadi salah satu atau lebih dari: <ul style="list-style-type: none"> - Mandi - Berpakaian - Makan - <i>Toileting</i> - Berhias 	

3) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas. Beberapa diantaranya diuraikan dalam pasal 30 undang-undang No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat berwenang merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan gawat darurat, memberikan konsultasi, berkolaborasi, melakukan penyuluhan dan konseling, pemberian obat sesuai resep dokter atau obat bebas dan bebas terbatas, mengelola kasus dan melakukan penatalaksanaan intervensi dan alternatif. (PPNI, 2018)

Tabel 1.2 Intervensi Dukungan Perawatan Diri: Mandi

Dukungan Perawatan Diri: Mandi
Definisi
Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri
Tindakan
<i>Obersevasi</i> <ul style="list-style-type: none">- Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri- Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan- Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)- Monitor integritas kulit
<i>Trapeutik</i> <ul style="list-style-type: none">- Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, <i>shampoo</i>, pelembap kulit)- Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman

- Fasilitasi menggosok gigi, *sesuai kebutuhan*
- Fasilitasi mandi, *sesuai kebutuhan*
- Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
- Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi

- Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
- Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, *jika perlu*

Tabel 1.3 Intervensi Keperawatan Dukungan perawatan diri: BAB/BAK

Dukungan perawatan Diri: BAB/BAK
Definisi
Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB)
Tindakan
<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia - Monitor integrasi kulit pasien <p>Trapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi - Dukung penggunaan toilet/<i>commode</i>/pispot/urinal secara konsisten - Jaga privasi selama eliminasi - Ganti pakaian pasien selama eliminasi, <i>jika perlu</i> - Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan - Latih BAK/BAB sesuai jadwal, <i>jika perlu</i> - Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), <i>jika perlu</i> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan BAK/BAB secara rutin - Anjurkan ke kamar mandi/toilet, <i>jika perlu</i>

4) Luaran Keperawatan (kriteria hasil)

Standar Luara Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penentuan luaran keperawatan dalam rangka memberikan asuha keperawatan yang aman, efektif dan etis. (PPNI,2019)

Tabel 1.4 Luaran Perawatan Diri

Perawatan Diri					
Definisi					
Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri					
Ekspektasi meningkat					
Kriteria hasil					
	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Kemampuan mandi	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5
Kemampuan toilet (BAK/BAB)	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Minat melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5
Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5

5) Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan suatu penerapan atau juga sebuah tindakan yang dilakukan dengan berdasarkan suatu rencana yang telah/sudah disusun atau dibuat dengan cermat serta juga terperinci sebelumnya. Implementasi bertujuan untuk melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktifitas kehidupan sehari-hari. Memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien. Mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien. (STANDAR TREATMENT GUIDELINE FOR GENERAL HOSPITALS IN ETHIOPIA, 2021)

6) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses identifikasi untuk mengukur/menilai apakah suatu kegiatan yang dilaksanakan itu sesuai dengan perencanaan atau tujuan yang ingin dicapai. Menurut Suprajitno dalam Wardani, 2013 Evaluasi disusun berdasarkan SOAP dimana:

S: ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga dan klien setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A: analisa perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

(STANDAR TREATMENT GUIDELINE FOR GENERAL HOSPITALS IN ETHIOPIA, 2021)

F. Lembar Observasi

Kemampuan Perawatan Diri	Dilakukan		Man diri	Dibantu	Jam	Keterangan
	Ya	Tidak				
Mandi						
Menyikat Gigi						
Menggunakan Pakaian Dengan Benar Dan Sesuai						
Menggunakan Pakaian Bersih						
Bab/Bak Ditoilet						
Mengangkat Baju Untuk Eliminasi						
Membuka Bawahan Untuk Eliminasi Di Toilet						
Menyiram/Memberihkan Tempat Eliminasi						
Memakai Bawahan Kembali Setelah Eliminasi						

G. Standar Operasiona Prosedur (SOP)

PENGERTIAN

Membersihkan tubuh pasien dengan air dan sabun serta sikat gigi

TUJUAN

1. Membersihkan dan menghilangkan bau badan
2. Memberikan kenyamanan bagi pasien
3. Melaksanakan kebersihan peorangan

TAHAP PRA INTERAKSI

Persiapan alat dan bahan:

1. Satu set pakaian serta dalaman bersih
2. Handuk mandi
3. Sabun mandi dan *shampoo*
4. Sikat gigi serta odol

5. Celemek plastic
6. Sarung tangan bersih

TAHAP ORIENTASI

1. Memperkenalkan diri
2. Menjelaskan maksud dan tujuan Tindakan yang akan dilakukan
3. Melakukan kontrak waktu dan tempat pada pasien

TAHAP KERJA

1. Menutup sampiran/membuat ruangan lebih privasi
2. Mencuci tangan dan memakai handscoon
3. Membuka pakaian pasien
4. Membasuh tubuh pasien dari kepala hingga ujung kaki
5. Gunakan *shampoo* pada rambut pasien
6. Bilas kepala pasien
7. Gunakan sabun pada seluruh tubuh pasien
8. Bilas tubuh pasien
9. Bantu pasien menggosok giginya
10. Kemudian kumur-kumur dan buang.
11. Setelah selesai pakaikan handuk pada tubuh pasien dan di lap
12. Kemudian pakaikan baju pasien
13. Lanjutkan dengan anjurkan pasien berhias/berdandan wajahnya dan sisir rambut pasien.

TAHAP TERMINASI

1. Bersihkan peralatan mandi pasien dan simpan kembali di tempatnya
2. Mencuci tangan
3. Lakukan evaluasi pada pasien (tanya perasaan dan kenyamanan pasien)

DOKUMENTASI

1. Catat tindakan yang dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan, dan hasil tindakan.
2. Catat tindakan yang pasien selama kegiatan berlangsung serta responnya
3. Menyampaikan hasil kegiatan pada pasien
4. Melakukan kontrak pada pasien untuk tindakan selanjutnya