

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah penyakit otak dimana kondisi kronis yang mempengaruhi kemampuan berpikir. Gejala umum skizofrenia yaitu halusinasi, delusi, perilaku abnormal, gangguan bicara, dan gangguan suasana hati. Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, emosi, kemauan dan, psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkohesi. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas (Firmansyah et al., 2023).

2. Etiologi

Beberapa faktor penyebab skizofrenia menurut (Cahyani et al., 2023):

1. Keturunan

Penelitian menunjukkan bahwa saudara tiri memiliki morbiditas 0,9-1,8%, saudara kandung 7-15%, anak dengan satu orang tua menderita skizofrenia 40-68%, kembar dengan 2 telur 2-15%, kembar dengan satu telur 61-86 %.

2. Endokrin

Teori ini telah disajikan sehubungan dengan kambuhnya skizofrenia selama masa remaja, kehamilan atau persalinan dan selama periode puncak, namun teori ini belum terbukti.

3. Metabolisme

Teori ini didasarkan pada fakta bahwa penderita skizofrenia terlihat pucat dan tidak sehat, anggota badan membiru, nafsu makan berkurang dan akibatnya berat badan menurun, dan pada penderita pingsan katatonik, konsumsi asam menurun. Hipotesis ini selanjutnya ditunjukkan dengan pemberian obat halusinogen.

4. Susunan saraf

pusat Skizofrenia disebabkan oleh kelainan pada susunan saraf pusat yaitu pada diafragma atau pada korteks serebral, namun kelainan patologis yang ditemukan dapat disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak manufaktur.

3. Tanda Dan Gejala

Menurut Rahmawati, E. D. (2019), tanda dan gejala yang muncul pada penderita *Skizofrenia* yaitu :

- a. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal).
- b. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar bisikan di telinga padahal tidak ada sumber dari bisikan itu.
- c. Kekacauan alam pikir, misalnya bicaranya kacau.
- d. Emosi yang berlebihan.
- e. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, dan agresif.
- f. Pikirannya penuh kecurigaan seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g. Menarik diri atau mengasingkan diri, suka melamun.
- h. Sulit dalam berpikir positif.

4. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Dewi, 2022) membagi *skizofrenia* atas sub tipe secara klinik yaitu :

- a. Tipe gejala-gejala yang terdapat pada *skizofrenia* katatonik dapat di uraikan sebagai berikut sebagai berikut :
 - 1) Stupor katatonik, merujuk pada pengurangan yang signifikan dalam respons terhadap lingkungan atau pengurangan gerak atau aktifitas spontan, menyebabkan individu seperti patung diam tanpa bicara.
 - 2) Negativisme katatonik, merupakan resistensi tanpa motif terhadap instruksi atau usaha untuk menggerakkan diri sendiri.
 - 3) Kekakuan (rigidity) katatonik, menggambarkan keteguhan dalam mempertahankan posisi yang kaku terhadap upaya untuk menggerakkan tubuh.
 - 4) Kegaduhan katatonik, menunjukkan kegaduhan dalam aktivitas motorik yang tampaknya tidak memiliki tujuan dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan eksternal.
 - 5) Sikap tubuh katatonik, mengacu pada sikap tubuh yang tidak lazim atau aneh yang ditampilkan oleh individu.
- b. Gejala-gejala skizofrenia tipe hebefrenik dapat di uraikan sebagai berikut.
 - 1) Inkoherensi, yaitu jalan pikiran yang kacau, tidak dapat dimengerti apa maksudnya. Hal ini dapat dilihat dari kata-kata yang diucapkan tidak ada hubungannya satu dengan yang lain.
 - 2) Alam perasaan (mood, affect) yang datar tanpa ekspresi serta tidak serasi.
 - 3) Perilaku dan tertawa kekanak-kanakan, senyum yang menunjukkan rasa puas diri atau senyum yang hanya dihayati sendiri.

- 4) Waham tidak jelas dan tidak sistematis sebagai suatu kesatuan dan biasanya tidak menonjol.
 - 5) Halusinasi yang terpecah-pecah yang isi temanya tidak terorganisir sebagai satu kesatuan dan biasanya tidak menonjol.
 - 6) Perilaku aneh, misalnya menyeringai sendiri, menunjukkan gerakan-gerakan yang aneh, pengucapan kalimat yang diulang-ulang dan kecenderungan untuk menarik diri secara ekstrem dari hubungan sosial.
- c. Tipe paranoid Gejala-gejala yang terdapat pada *skizofrenia* paranoid adalah sebagai berikut :
- 1) Waham (delusion) yang menonjol misalnya waham kejar, waham kebesaran dan lain sebagainya.
 - 2) Halusinasi yang menonjol misalnya halusinasi auditorik, halusinasi visual dan lain sebagainya.
 - 3) Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata/tidak menonjol.
 - 4) Tipe tak terinci (undifferentiated) adalah ketika terdapat gambaran gejala fase aktif, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe skizofrenia katatonik, disorganized, atau paranoid secara spesifik. Atau, bisa juga memenuhi semua kriteria untuk tipe skizofrenia katatonik, disorganized, dan paranoid.
- d. Tipe residual merupakan kelanjutan dari skizofrenia, di mana gejala fase aktif tidak lagi tampak, tetapi masih ada gejala atau dampak yang bertahan

5. Penatalaksanaan medis

a. Penggunaan Obat Antipsikosis Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati *skizofrenia* disebut antipsikotik yang bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada pasien *skizofrenia*. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu :

1) Antipsikotik konvensional Obat antipsikotik konvensional merupakan obat yang digunakan paling lama serta mempunyai efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional antara lain :

- a) Haloperidol sediaan tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5mg dan injeksi 5mg/ml, dosis 5- 15mg/hari.
- b) Stelazine (trifluoperazin) sediaan tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10- 15 mg/hari.
- c) Mellaaril (thioridazine) sediaan tioridazin tablet 50 dan 100 mg, dosis 150- 600 mg/hari.
- d) Thorazine (chlorpromazine) sediaan tablet 25 dan 100 mg dan injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.
- e) Trilafon (perphenazine) sediaan tablet 2, 4, 8 m, dosis 12-24 mg/hari.
- f) Prolixin (fluphenazine) sediaan tablet 2,5 mg, 5 mg, dosis 10- 15 mg/hari.

Akibat berbagai efek yang ditimbulkan oleh antipsikotik konvensional, banyak ahli lebih merekomendasikan penggunaan newer atypical antipsychotic. Ada 2 pengecualian (harus dengan antipsikotik konvensional). Pertama, pada pasien yang sudah mengalami perbaikan (kemajuan) yang 11 pesat menggunakan antipsikotik konvensional tanpa efek samping yang berarti. Kedua, bila pasien mengalami kesulitan minum pil secara reguler.

2) Newer apical antipsycotics Obat-obatan yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, dan sedikit menimbulkan efek samping jika dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Contoh newer atypical antipsycotic antara lain :

- a) Risperdal (risperidone) sediaan tablet 1, 2, 3 mg, dosis 2-6 mg/hari.
- b) Seroquel (quetiapine)
- c) Zyprexa (olanzopine)
- d) Clozaril (Clozapine)

Clozaril memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang (1%), clozarine dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Yang artinya, pasien yang mendapat obat tersebut harus memeriksa sel darah putih secara reguler.

- a. Terapi Elektrokonvulsif (ECT).
- b. Pembedahan bagian otak.
- c. Perawatan di Rumah Sakit.
- d. Psikoterapi

B. Konsep Teori Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian/berhias, makan, dan BAB/BAK. Defisit perawatan diri adalah salah satu gejala yang dialami oleh pasien skizofrenia sebagai salah satu gejala negatif. Tidak ada

psikofarmaka yang dapat mengatasi defisit perawatan diri selain melatih pasien mengatasi ketidakmampuan atau ketidakmauan melakukan perawatan diri. Klien mungkin mengalami kemunduran kemampuan berpikir sehingga mengalami kemunduran perkembangan.

Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan seseorang untuk melakukan aktifitas perawatan diri seperti mandi, berhias/berdandan, makan dan toileting. Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Sehingga dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang yang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri, seperti tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi (Wulandari et al.,2022)

2. Etiologi

a. Factor predisposisi (Wulandari et al.,2022).

- 1) Biologis , dimana deficit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan kperawatan diri dan dikarenakan adanya factor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

- 2) Psikologis, adanya factor 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 deficit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri
- 3) Social, kurangnya dukungan social dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri
 - a. Factor presipitasi Faktor presipitasi yang menyebabkan deficit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif/persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. factor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah :
 - 1) Body Image Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
 - 2) Praktik Sosial Pada anak-anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan 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 untuk menyediakannya
 - 4) Pengetahuan Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada klien penderita DM, ia harus menjaga kebersihan kakinya.

- 5) Budaya Disebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.
- 6) Kebiasaan Seseorang Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampoo dan lain-lain.

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene :

- 1) Dampak Fisik Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah : Gangguan integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.
- 2) Dampak Psikososial Masalah social yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri dan gangguan interaksi social.

3. Jenis-jenis defisit Perawatan diri

Menurut Wulandari et al.,2022) jenis – jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu :

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 bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri

- 7) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
- 8) BAB dan BAK sembarangan
- 9) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
- 10) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

b. Data Objektif

a. Data objektif

- 1) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang.
- 2) Tidak menggunakan alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar.
- 3) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan.
- 4) Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju atau celana.
- 5) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, mis: memakai pakaian berlapis-lapis, penggunaa pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, mis: telanjang.
- 6) Makan dan minum sembarangan dan berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan makanan, 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

4. Dampak Defisit Perawatan Diri

Menurut Wulandari et al.,2022) dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene ialah:

a. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku

b. Dampak psikososial

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

5. Proses Terjadinya

Data yang biasa ditemukan dalam deficit perawatan diri (Wulandari et al.,2022) adalah :

a. Data Subjektif

- 1) Klien merasa lemah
- 2) Malas untuk beraktivitas
- 3) Merasa tidak berdaya

b. Data Objektif

- 1) Rambut kotor, acak-acakan

- 2) Badan dan pakaian kotor dan bau
- 3) Mulut dan gigi bau
- 4) Kulit kusan dan kotor
- 5) Kuku panjang dan tidak terawa

6. Rentang Respon Kognitif

Keterangan :

- a. Pola perawatan diri seimbang, saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan
- b. klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
- c. Kadang perawatan kadang tidak, saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- d. Tidak melakukan perawatan diri, klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor.

7. Mekanisme Koping

Menurut Wulandari et al.,2022) Mekanisme koping pada pasien dengan defisit perawatan diri adalah sebagai berikut:

- a. Regresi, menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali, seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengurangi ansietas
- b. Penyangkalan (Denial), melindungi diri terhadap kenyataan yang tak menyenangkan dengan menolak menghadapi hal itu, yang sering dilakukan dengan cara melarikan diri seperti menjadi “sakit” atau
- c. kesibukan lain serta tidak berani melihat dan mengakui kenyataan yang menakutkan.

- d. Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stresor, misalnya: menjauhi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain.
- e. Reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.
- f. Intelektualisasi, suatu bentuk penyekatan emosional karena beban emosi dalam suatu keadaan yang menyakitkan, diputuskan, atau diubah (distorsi) misalnya rasa sedih karena kematian orang dekat, maka mengatakan “sudah nasibnya” atau “sekarang ia sudah tidak menderita lagi.

8. Penatalaksanaan

- a. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
- b. Membimbing dan menolong klien merawat diri
- c. Ciptakan lingkungan yang mendukung

9. Manifestasi Klinis

Menurut (Wulandari et al.,2022) tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah:

- 1. Subyektif. Menyatakan tidak ada keinginan mandi secara teratur
 - a. Perawatan diri harus dimotivasi
 - b. Menyatakan Bab/bak disembarangan tempat
 - c. Menyatakan tidak mampu menggunakan alat bantu makan
- 2. Obyektif
 - a. Tidak mampu membersihkan badan
 - b. Berpakaian secara benar

- c. Tidak mampu melaksanakan kebersihan yang sesuai
- d. Setelah melakukan toileting makan hanya beberapa suap dari piring/porsi tidak habis

Standar Operasional Tabel 2.1 Prosedur

Tindakan	Perawatan diri
Pengertian	Defisit Perawatan Diri merupakan suatu keadaan atau kondisi seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan perawatan diri.
Tujuan	1. Perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan seseorang 2. Memelihara kebersihan diri seseorang 3. Memperbaiki perawatan diri yang kurang 4. Mencegah penyakit dan meningkatkan rasa percaya diri
Peralatan	1. Pakaian bersih 2. Sisir 3. Peralatan makan dan minum(piring,sendok,gelas) 4. Sabun mandi 5. Sikat gigi dan odol
Prosedur Tindakan	Tahap Pra Interaksi 1. Mengumpulkan data klien 2. Siapkan alat 3. Identifikasi factor atau kondisi menyebabkan kontra indikasi Tahap Orientasi Bina hubungan saling percaya 1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Berjaba tangan 3. Menjelaskan tujuan interaksi 4. Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien Tahap Kerja 1. Melatih pasien tentang cara perawatan kebersihan diri a. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri b. Menjelaskan alat alat untuk menjaga kebersihan diri c. Menjelaskan cara cara melakukan kebersihan diri d. Melatih pasien mempraktikan cara menjaga kebersihan diri 2. Melatih pasien berdandan/berhias

	a. Berpakaian b. Menyisir rambut c. Bercukur 3. Melatih pasien makan secara mandiri a. Menjelaskan cara persiapan makan b. Menjelaskan cara makan yang tertib c. Menjelaskan cara merapikan d. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan e. Praktik makan sesuai dengan tahapan makan 6. Mengajarkan pasien melakukan defekasi /berkebih secara mandiri a. Menjelaskan tempat defekasi/berkemih yang sesuai b. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah defekasi/ berkemih c. Menjelaskan cara membersihkan tempat defekasi dan berkemih Tahap Terminasi 1. Menyajikan perbandingan sebelum dilakukan perawatan diri dan sesudah dilakukan perawatan diri 2. Menanyakan kesenangan klien 3. Mengucapkan terimakasih atas kerjasamanya dengan klien 4. Menawarkan dilakukan perawatan diri lagi untuk hari selanjutnya 5. Kontrak waktu tindak lanjut dengan menawarkan kepada klien 6. Berpamitan dengan mengucapkan salam.
--	---

C. Dukungan Perawatan Diri

Beberapa Jurnal Penelitian Terkait Dukungan Perawatan Diri di Uraikan sebagai berikut :

1. Penelitian yang dilakukan Oleh Herni Susanti tahun 2019, menunjukkan Salah satu aspek penting dalam pelaksanaan rehabilitasi pada klien dengan skizofrenia adalah memulihkan kemampuan klien dalam perawatan diri. Sebuah penelitian melaporkan bahwa upaya perawatan diri yang adekuat

sangat dibutuhkan bagi klien yang mengalami gangguan jiwa untuk memenuhi keinginan mereka dalam mencapai kehidupan yang 'normal' (Moore & Pichler, 1999). Selanjutnya, Dittmar (1989) menegaskan bahwa penampilan klien yang adekuat dalam perawatan diri merupakan indikasi utama keberhasilan kegiatan rehabilitasi psikososial (Herni, 2019).

2. Penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2020), tentang pengaruh terapi kelompok suportif terhadap kemampuan activity daily living pasien defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia di RSJ Ghrasia Yogyakarta, didapatkan Activity Daily Living mandi sebelum dilakukan terapi kelompok suportif pada kelompok intervensi sebagian besar dalam kategori cukup sebesar 13 responden (65%). Sedangkan Activity Daily Livingmandi sebelum dilakukan terapi kelompok suportif pada kelompok kontrol sebagian besar dalam kategori cukup sebesar 5 responden (50%) (Saelan, Dzurriyatun Toyyibah, 2021)
3. Defisit perawatan diri sangat berpengaruh bagi kesehatan fisik, seseorang dapat mengalami banyak gangguan kesehatan yang akan dideritanya karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membrane mukosa Personal Hygien mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik lainnya. Dampak lainnya apabila defisit perawatan diri tidak ditangani maka akan berakibat buruk baik bagi orang lain serta lingkungan sekitarnya. Untuk dampak psikososial yaitu gangguan kebutuhan rasa

nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi dan gangguan social (sapitri et al,2024).

D. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis dengan tujuan membuat penentuan tindakan keperawatan bagi individu, keluarga dan komunitas (Santri 2023).

a. Identitas Klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, Agama, tanggal MRS, informan, tanggal pengkajian, nomor rumah klien, dan alamat klien.

b. Alasan Masuk

Menanyakan kepada klien/keluarga/pihak yang bersangkutan dan tulis hasilnya, apa saja yang menyebabkan klien datang kerumah sakit, apa yang telah dilakukan oleh klien/keluarga sebelumnya atau pada saat dirumah untuk mengatasi masalah ini dan bagaimana hasilnya. Klien dengan masalah halusinasi biasanya akan dilaporkan oleh keluarga bahwa pasien mengalami tanda-tanda halusinasi seperti sering melamun, menyendiri, terlihat berbicara sendiri dan tertawa sendiri.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Menanyakan kepada keluarga klien tentang riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini, penyebab munculnya gejala, upaya apa

yang biasanya dilakukan keluarga untuk mengatasi dan bagaimana hasilnya

d. Faktor Predisposisi

1. Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa 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.

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan saksi penganiayaan. Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan TTV, pemeriksaan head to toe yang merupakan penampilan klien yang kotor dan acak-acakan.

f. Psikososial

1) Genogram

Menurut Veronika Anita Sari Laia and Jek Amidos Pardede (2022), genogram menggambarkan klien dan anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola.

g. Pengkajian Psikososial

1. Genogram

Membuat genogram lengkap dengan keterangannya untuk mengetahui kemungkinan mempunyai riwayat genetik yang menyebabkan menurunkan masalah gangguan jiwa.

2. Konsep Diri

a) Citra Tubuh

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

b) Identitas Diri

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

c) Peran Diri

Meliputi tugas peran klien didalam keluarga/pekerjaan/kelompok maupun masyarakat, kemampuan klien didalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan yang terjadi disaat klien sakit maupun dirawat, 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

Kaji klien tentang hubungan dengan orang lain sesuai dengan 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

1) Penampilan

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

2) Cara bicara/Pembicaraan

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

3) Aktivitas motorik

Biasanya klien tamoak lesu, gelisah, tremor dan Aktivitas motorik
Biasanya klien tamoak lesu, gelisah, tremor dan Kompulsif.

4) Alam perasaan

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

5) Afek

Klien tampak datar, tumpul, emosi klien berubahubah, kesepian, apatis, depresi/sedih dan cemas

6) Interaksi saat wawancara

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

7) Persepsi

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

8) Proses pikir

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

i) Kebutuhan Klien Pulang

1. Makan

Klien kurang makan, cara makan klien yang terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2. Berpakaian

Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan.

3. Mandi

Klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, mencuci rambut, menggunting kuku, tubuh klien tampak kusan dan badan klien mengeluarkan aroma bau.

4. BAB/BAK

Klien BAB/BAK tidak pada tempatnya seperti di temoat tidur dan klien tidak dapat membersihkan BAB/BAKnya.

5. Istirahat

Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.

6. Penggunaan obat

Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.

7. Aktivitas di Rumah

Klien tidak mampu melakukan semua aktifitas di dalam rumah karena klien selalu merasa malas.

J. Mekanisme Koping menurut yaitu:

1. Adaptif

Menurut Veronika Anita Sari Laia and Jek Amidos Pardede (2022), Klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa

menyelesaikan masalah yang ada, klien tidak mampu berolahraga karena klien selalu malas.

2. Maladaptive

Menurut Danyanti (2018), Klien bereaksi sangat lambat terkadang berlebihan, klien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

3. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan social ekonomi dan pelayanan kesehatan,

4. Pengetahuan

Klien deficit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

k. Sumber Koping

sumber koping merupakan evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang terdapat di lingkungannya. Sumber koping ini dijadikan modal untuk menyelesaikan masalah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (PPNI, 2017).

Diagnosa yang muncul adalah defisit perawatan diri

Tabel 2.2 diagnosa keperawatan

Defisit perawatan diri: (Spesifikkan)	D.0109
Kategori: perilaku	
Subkategori: kebersihan diri	
Definisi	
Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri	
Penyebab 1. Gangguan muskuluskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/psikotik 5. Penurunan motivasi /minat	
Gejala dan tanda mayor	
Subjektif 1. Menolak melakukan perawatan diri	
Objektif 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian /makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	
Gejala dan tanda mayor	
Subjektif 1. (tidak tersedia)	
Objektif 2. (tidak tersedia)	
Kondisi klinis terkait 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Defresi	

4. Arthritis reumotoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia 8. Gangguan amnestik 9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain 10. Fungsi penilaian terganggu
Keterangan Diagnosis ini di spesifikasikan menjadi salah satu atau lebih dari: 1. Mandi 2. Berpakaian 3. Makan 4. Toileting 5. Berhias

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yaitu suatu rencana tindakan keperawatan yang dibuat untuk menangani serta mencegah terjadinya komplikasi. Intervensi yang diberikan berdasarkan (PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, 2018)

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Luaran	Intervensi
Defisit perawatan diri Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan Penyebab : 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat. Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif : 1. Menolak melakukan perawatan diri Data Objektif : 1. Tidak mampu mandi Mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan kurang Gejala dan Tanda Minor Data Subjektif : (tidak tersedia) Data Objektif : (tidak tersedia).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pertemuan diharapkan Perawatan Diri Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi Dari menurun menjadi meningkat 2. Tingkat kemandirian dari menurun menjadi meningkat 3. Kemampuan mengenakan pakaian dari menurun menjadi meningkat 4. Kemampuan makan dari menurun menjadi meningkat 5. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) makan dari menurun menjadi meningkat 6. Verbalisasi keinginan Melakukan perawatan diri dari menurun menjadi meningkat 7. Minat melakukan perawatan diri	Dukungan Perawatan Diri BAB/BAK Observasi 1. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia 2. Monitor integritas kulit pasien Terapeutik 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2. dukung penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten 3. Jaga privasi selama eliminasi 4. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu 5. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 6. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 7. Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), jika perlu Edukasi 1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin 2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu Dukungan Perawatan Diri Mandi Observasi 1. Identifikasi usia dan bu-

	dari menurun menjadi meningkat 8. Mempertahankan kebersihan diri dari menurun menjadi meningkat 9. Mempertahankan kebersihan mulut dari menurun menjadi meningkat	daya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit Terapeutik 1. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) 2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Fasilitasi menggosok gigi, <i>sesuai kebutuhan</i> 4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, <i>jika perlu</i> Dukungan Perawatan Diri Berpakaian Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias Terapeutik 1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau 2. Sediakan pakaian
--	--	---

		pribadi, sesuai kebutuhan 3. Fasilitasi mengenakan pakaian, <i>jika perlu</i> 4. Fasilitasi berhias (mis. Menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) 5. Jaga privasi selama berpakaian 6. Tawarkan untuk laundry, jika perlu 7. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri Edukasi 1. Informasikan pakaian yang tersediakan untuk dipilih, <i>jika perlu</i> 2. Ajarkan mengenakan pakaian, <i>jika perlu</i> Dukungan Perawatan Diri Makan/Minum Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik 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. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 5. Sediakan sedotan untuk
--	--	---

		minum, sesuai kebutuhan - Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan - Sediakan makanan dan minuman yang disukai - Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, <i>jika perlu</i> - Motivasi untuk makan di ruang makan, <i>jika tersedia</i> Edukasi - Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3) Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), <i>sesuai indikasi</i>
--	--	---

4. Implementasi Keperawatan/Perencanaan

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan atau melaksanakan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah diterapkan.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan di awal dengan kenyataan yang ada pada klien, kegiatan ini dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna menentukan apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti and Mulyanti, 2017). Klien telah mencapai hasil yang sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan, maka kriteria hasil sudah terpenuhi. Jika klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan, maka pencapaian hasil sebagian saja dari kriteria hasil yang ditentukan terpenuhi, dengan begitu klien belum dapat mencapai hasil yang ditentukan. (Budiono, 2023).