

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar *Skizofrenia*

##### 1. Definisi

*Skizofrenia* telah dikenal sejak satu abad yang lalu dan merupakan salah satu penyakit medis yang menyerang mental penderita. *Skizofrenia* adalah gangguan jiwa psikotik yang menimbulkan gejala kejiwaan, seperti kekacauan dalam berpikir, emosi, persepsi, dan perilaku menyimpang, dengan gejala utama berupa waham (keyakinan salah), delusi (pandangan yang tidak benar), dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra) (Pairan & Mubarok 2018).

*Skizofrenia* merupakan penyakit yang mudah kambuh dan bisa menetap dalam jangka waktu yang cukup panjang. Bisa saja penyakit ini menetap pada penderita seumur hidupnya. Bila dibiarkan, penyakit ini dapat mengakibatkan kemunduran dalam berbagai aspek kehidupan sosial penderita. Meski serius, penyakit ini dapat disembuhkan, terutama bila diobati dengan sungguh-sungguh. Ada berbagai cara pendekatan dalam pengobatan *skizofrenia*. Semua pendekatan dan pengobatan *skizofrenia* tergantung dari kebutuhan penderita, karena setiap penderita memiliki pengobatan yang berbeda sesuai dengan jenis skizofrenia yang dideritanya (Pairan & Mubarok 2018).

## 2. Etiologi

Hingga kini belum ditemukan penyebab pasti seseorang menderita *skizofrenia*. Ada beberapa penelitian yang telah dilakukan tidak ditemukan faktor tunggal. Penyebab *skizofrenia* menurut penelitian Mutakhir antara lain: faktor genetik, autoantibody dan malnutrisi. Penelitian lain menyebutkan bahwa gangguan pada perkembangan otak janin juga mempunyai peran bagi tumbuhnya skizofrenia di kemudian hari. Gangguan ini muncul misalnya karena kekurangan gizi, infeksi, trauma, toksin dan kelainan hormonal. Penelitian Mutakhir menyebutkan bahwa perubahan-perubahan pada neurotransmitter dan reseptor di sel-sel saraf otak (neuron) dan interaksi zat neuro kimia dopamine dan serotonin, ternyata mempengaruhi alam pikir, perasaan, perilaku yang menjelma dalam bentuk gejala-gejala positif dan negatif. Selain perubahan-perubahan yang sifatnya neurokimiawi, dalam penelitian yang menggunakan CT-Scan otak, ternyata ditemukan pula perubahan-perubahan pada anatomi otak pasien, terutama pada penderita kronis. Perubahan ada pada perubahan lateral ventrikel, atrofi korteks dan atrofi otak kecil (Yosep & Ferreira, 2020).

Penyebab dari *skizofrenia* diantaranya adalah:

- a. Biologis, yaitu genetik, neurobiologi, ketidak seimbangan *neurotransmitter* (peningkatan dopamine), dan perkembangan otak.

- b. Psikologis, yaitu kegagalan memenuhi tugas perkembangan psikososial dan ketidak harmonisan keluarga meningkatkan resiko *skizofrenia*. Terhadap awitan skizofrenia, stresso sosiokultural dan gangguan psikotik lainnya ( Stuart, 2013)

### 3. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala *Skizofrenia* dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

Gejala *primer* (gangguan proses pikir, gangguan kemauan, gangguan emosi, (gejala psikomotor) dan gejala *sekunder* (halusinasi dan waham). *Skizofrenia* merupakan gangguan yang berlangsung selama 1 bulan gejala fase aktif. dibandingkan dengan gangguan mental yang lain, *skizofrenia* bersifat kronis dan melemahkan, bagi individu yang pernah mengidap skizofrenia dan pernah dirawat, maka kemungkinan kambuh sekitar 50%-80% (Sutejo & Puspita 2020).

### 4. Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongan dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Mekanisme koping adaptif, yaitu yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan.
- b. Mekanisme koping maladaptif, yaitu yang menghambat fungsi integrasi, menurunkan otonomi, memecah pertumbuhan dan cenderung menguasai (Ferreira, 2020).

## **B. Konsep Dasar Halusinasi**

### **1. Definisi**

Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa. pasien mengalami perubahan persepsi sensori merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Dermawan, 2018). Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata stimulus/ rangsangan dari luar (Manulang, 2019). Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon *neurobilogis* maladaktive, penderita sebenarnya mengalami distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponnya (Paradede 2020).

Halusinasi merupakan persepsi yang diterima oleh panca indra tanpa adanya stimulus eksternal. Klien dengan halusinasi sering merasakan keadaan/kondisi yang hanya dapat dirasakan olehnya namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain. (Aldam, & Wardani, 2019).

### **2. Tanda dan Gejala Halusinasi**

Menurut (Azizah et al., 2019). Tanda dan gejala halusinasi penting diketahui oleh perawat agar dapat menempatkan masalah halusinasi antara lain :

1. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
2. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu

3. Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
4. Disorientasi
5. Alur sosial kacau
6. Respon yang tidak sesuai
7. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
8. Menarik diri
9. Respon yang tidak sesuai
10. Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab
11. Sering melamun
12. Cepat berubah pikiran

### **3. Penatalaksanaan Medis**

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada pasien *skizofrenia*. dimana *skizofrenia* merupakan jenis psikosis, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi yaitu:

#### *1. Psikofarmakologis*

Obat sangat penting dalam pengobatan *skizofrenia*, karena obat dapat membantu pasien *skizofrenia* untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah, sehingga pasien *skizofrenia* harus patuh minum obat secara teratur dan mau mengikuti perawatan (Paradede et al, 2019).

a. *Haloperidol* (HLD)

Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.

b. *Chlorpromazine* (CPZ)

Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait *skizofrenia* dengan gangguan perilaku yang tidak terkontrol

c. *Trihexilpenidyl* (THP)

1). Dosis

a. *Haloperidol* 3x5 mg (tiap 8 jam) intra muscular.

b. *Clorpromazin* 25-50 mg diberikan intra muscular setiap 6-8 jam sampai keadaan akut teratasi

2). Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet:

a. *Haloperidol* 2x1,5-2,5 mg per hari

b. *Klorpromazin* 2x100 mg per hari

c. *Triheksifenidil* 2x2 mg per hari

3). Dalam keadaan fase kronis diberikan tablet:

a. *Haloperidol* 2x0,5-1 mg perhari

b. *Klorpromazin* 1x50 mg sehari (malam)

c. *Triheksifenidil* 1-2x2 mg perhari

## 2. Terapi kejang listrik (*electro compulsive therapy*)

Terapi Kejang listrik adalah terapi fisik atau suatu pengobatan untuk menimbulkan kejang *grand mal* secara artifisial dengan melewatkan aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua *temples* pada pelipis. jumlah tindakan yang dilakukan merupakan rangkaian yang bervariasi pada setiap pasien tergantung pada masalah pasien dan respon terapeutik sesuai hasil pengkajian selama tindakan. Pada pasien *skizofrenia* biasanya diberikan 30 kali. ECT biasanya diberikan 3 kali seminggu walaupun biasanya diberikan jarang atau lebih sering. Indikasi penggunaan obat: penyakit berat yang tidak berespon terhadap obat, gangguan bipolar dimana pasien sudah tidak berespon lagi terhadap obat dan pasien dengan bunuh diri akut yang sudah lama tidak mendapatkan pertolongan.

## 3. Psikoterapi

Membantu waktu yang relatif lama, jika merupakan bagian penting dalam proses terapeutik. upaya dalam psikoterapi ini meliputi : memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan terapeutik, memotivasi klien untuk dapat mengungkapkan perasaan secara verbal, bersikap ramah, sopan dan jujur terhadap klien.

## **C. Konsep Dasar 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 dan berpakaian/berhias (Laia & Pardede, 2022). Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan seseorang untuk melakukan aktifitas perawatan diri seperti mandi, dan berpakaian/berhias. 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, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. (Indriani, 2021).

### **2. Etiologi Defisit Perawatan Diri**

Menurut (Suerni & Livana, 2019) Defisit perawatan diri disebabkan karena dua faktor yaitu:

#### **a. Faktor predisposisi**

Faktor predisposisi meliputi faktor biologis yang dimana penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri. Faktor perkembangan yaitu keluarga terlalu memanjakan dan melindungi pasien sehingga perkembangan

insiatif pasien menjadi terganggu. Faktor sosial dimana dukungan dan latihan dalam merawat diri yang kurang situasi lingkungan yang mempengaruhi latihan dalam kemampuan merawat diri dan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurangnya atau menurunnya motivasi, kerusakan kognisi, atau perseptual, cemas, lelah atau lemah yang dialami individu tidak peduli dengan perawatan diri (reptiana, 2020).

### **3. Tanda dan Gejala**

Menurut Nafiyati (2018) tanda dan gejala defisit 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 bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri
- 7) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

b. 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.

**4. Proses Terjadi Defisit Perawatan Diri**

Data yang biasa ditemukan dalam defisit perawatan diri (Hastuti, 2018) yaitu:

a. Data Subjektif

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

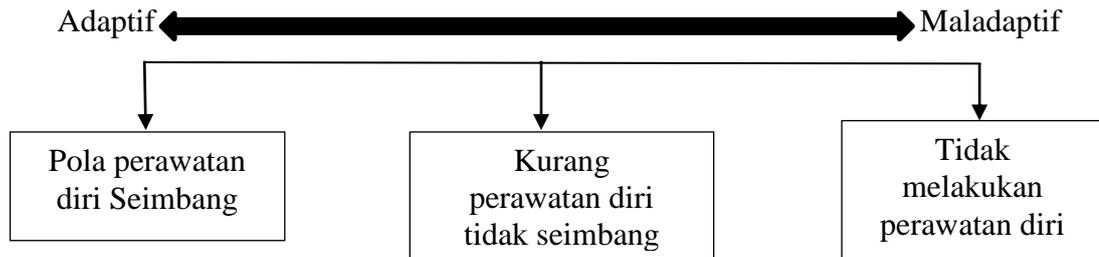
b. Data Objektif

- 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 terawat

### 5. Rentang Respon

Menurut Yanti (2021) rentang respon perawatan diri pada klien adalah sebagai berikut:



Gambar 2. 1 Rentang respon defisit perawatan diri

Keterangan:

- a. Pola perawatan diri seimbang, saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, 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 tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor.

Mekanisme koping adaptif yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan belajar mencapai tujuan akan memberikan pengaruh yang positif bagi pasien. Kategorinya adalah pasien bisa memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Berbeda dengan mekanisme koping maladaptif yang dapat menghambat fungsi integrasi pasien yang dapat memecahkan pertumbuhan

pasien, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. (Wulandari 2022).

## **D. Konsep Dasar Perawatan Diri**

### **1. Definisi**

Perawatan diri merupakan cara manusia untuk memelihara kesehatan secara fisik maupun psikis. dalam kehidupan sehari-hari kebersihan merupakan hal yang sangat penting dan harus diperhatikan karena kebersihan diri akan mempengaruhi kesehatan dan psikis seseorang. kebersihan sangat dipengaruhi oleh nilai individu dan kebiasaan seseorang. jika seseorang sakit, biasanya masalah kebersihan diri kurang diperhatikan, hal ini terjadi karena kita menganggap sepele terkait masalah kebersihan diri, padahal jika dibiarkan maka akan mempengaruhi kesehatan secara umum (Hidayat & Irnawati 2018).

Pasien gangguan jiwa akan mengalami kurangnya perawatan diri akibat terjadinya perubahan proses pikir sehingga aktivitas perawatan diri menjadi menurun. Perawatan diri merupakan suatu tindakan dalam memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk mensejahterakan fisik dan psikis, kurang perawatan diri merupakan suatu kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan kebersihan untuk dirinya sendiri. Ketidakmampuan merawat kebersihan diri seperti mandi, toileting (buang air besar dan buang air kecil), berhias

secara mandiri, makan dan minum secara mandiri (Afnuhazi et al., 2019)

## 2. Etiologi

Menurut Rochmawati (2019), faktor-faktor yang mempengaruhi Perawatan diri yaitu:

### 1) *Body image*

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihan dirinya.

### 2) Status sosial ekonomi

Perawatan diri memerlukan alat dan bahan seperti sabun, sikat gigi, pasta gigi, shampoo dan alat mandi lainnya yang memerlukan uang untuk menyediakannya.

### 3) Praktik sosial

Pada anak-anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola Perawatan terhadap dirinya.

### 4) Budaya

Sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu maka tidak boleh dimandikan.

### 5) Kebiasaan seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam melakukan perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampoo dan lain sebagainya.

#### 6) Pengetahuan

Pengetahuan seseorang tentang perawatan diri sangat penting untuk meningkatkan kesehatan. misalnya pada penderita DM (Diabetes Melitus), ia harus menjaga kebersihan kakinya.

### **3. Dampak yang sering muncul pada masalah perawatan diri yaitu:**

#### 1. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang akibat tidak memelihara kebersihan dirinya dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi seperti gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada telinga dan mata serta gangguan fisik pada kuku. (Ndaha, 2021).

#### 2. Dampak Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan perawatan diri adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan harga diri, kebutuhan dicintai dan mencintai dan gangguan interaksi sosial (Ndaha, 2021).

## **E. Konsep Dasar Dukungan Perawatan Diri**

### **1. Definisi**

Dukungan perawatan diri adalah Tindakan berupa dukungan atau motivasi yang diberikan kepada seseorang untuk meningkatkan motivasi dalam perawatan diri berupa

mandi dan berpakaian,berhias dukungan perawatan diri adalah intervensi yang dilakukan perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri. (PPNI, 2017)

## **2. Tindakan Dukungan Perawatan Diri**

Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan perawatan diri yaitu: (SIKI, 2017)

### **Observasi**

1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
2. Monitor Tingkat kemandirian
3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, mandi, berpakaian, dan berhias

### **Terapeutik**

1. Sediakan tempat yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)
2. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

## **Edukasi**

1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

## **F. Standar Operasional Prosedur (SOP) Defisit Perawatan Diri:**

### **1. Pengertian**

Kurang perawatan diri adalah ketidakmampuan atau kemampuan individu untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari dalam hal merawat diri: yaitu meliputi kebersihan diri mandi dan berpakaian/berhias akibat kerusakan pada pada fungsi motorik atau kognitif.

### **2. Tujuan**

- a. Pasien mampu melakukan membersihkan diri secara mandiri
- b. Pasien mampu melakukan mandi dan berpakaian/berhias secara mandiri

### **3. Tempat**

- a. Ruangan nyaman dan tenang

### **4. Alat**

- a. Lembar observasi
- b. Peralatan mandi (Sabun, sampo dan handuk mandi)
- c. Peralatan berpakaian/berhias (pakaian dan sisir)

### **5. Prosedur Pelaksanaan**

SP 1 mandi

- 1). Tahap persiapan
  - a. Persiapan diri

- b. Memilih pasien yang sesuai dengan indikasi
- c. Membuat kontrak dengan pasien
- d. Mempersiapkan alat dan tempat

2). Tahap Orientasi

Salam terapeutik:

- b. Memberikan salam kepada pasien
- b. Menanyakan perasaan pasien hari ini
- c. Kontrak waktu dengan pasien

3). Tahap Kerja

- a. Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan mandi dan keramas yang dilakukan
- b. Tanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin mandi dan keramas
- c. Diskusikan keuntungan bila pasien mandi dan keramas
- d. Diskusikan kerugian bila pasien tidak mau mandi dan keramas
- e. Jelaskan manfaat mandi dan keramas untuk tubuh pasien
- f. Menjelaskan pada pasien cara mandi dan keramas yang benar

4). Tahap Terminasi

- a. Menanyakan perasaan pasien setelah dilakukan latihan mandi dan keramas

- b. Buat kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya

## SP 2 Berpakaian/Behias

### 1). Tahap persiapan

- a. Persiapan diri
- b. Memilih pasien yang sesuai dengan indikasi
- c. Membuat kontrak dengan pasien
- d. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

### 2). Tahap Orientasi

Salam terapeutik:

1. Memberikan salam kepada pasien
2. Menanyakan perasaan pasien hari ini
3. Kontrak waktu dengan pasien

### 3). Tahap Kerja

- a. Tanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berpakaian/berhias yang dilakukan
- b. Tanyakan apa penyebab pasien tidak ingin berhias
- c. Jelaskan manfaat untuk penampilan tubuh pasien
- d. Jelaskan pada pasien cara berhias yang berhias dan berikan contoh cara berhias yang benar

### 4). Tahap Terminasi

- a. Evaluasi/validasi : menanyakan perasaan pasien setelah dilakukan latihan berhias

- b. Buat kontrak untuk pertemuan selanjutnya

## **G. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan, yang terdiri dari mengumpulkan informasi dan merumuskan kebutuhan atau masalah klien. Data tersebut terdiri dari data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (*Astuti, 2019*). Pengelompokan data pengkajian Kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan Yang dimiliki (*Juwita, 2022*):

#### **a. Identitas klien**

Terdiri dari nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medik, keluarga yang dapat dihubungi.

#### **b. Alasan masuk**

Alasan klien datang ke RS biasanya klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, menarik diri

#### **c. 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.

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

#### d. Faktor Presipitasi

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

#### e. Pemeriksaan fisik

misalnya 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

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

tidak disukai (Nurhaini, 2018).

b). Identitas Diri

Kaji status dan posisi pasien sebelum klien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki- laki atau perempuan (Bunaini, 2020).

c). Peran Diri

Meliputi tugas atau 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 (Ndaha, 2021).

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 (Grasela, 2021).

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 (Safitri, 2020).

#### 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 (Bunaini, 2020).

#### 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 (Putri, 2018).

##### 2). Cara bicara/Pembicaraan

Cara bicara klien yang lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatis serta tidak mampu memulai pembicaraan (Malle, 2021).

##### 3). Aktivitas motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif (Putri, 2018).

##### 4). Alam perasaan

Klien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina (Malle, 2021).

5). Afek

Klien tampak datar, tumpul, emosi klien berubah ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih dan cemas (Putri, 2018).

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.

1) Kebutuhan Klien Pulang

a) Berpakaian

Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai

b) 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.

c) Penggunaan obat

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

**2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan bagian integral untuk menentukan asuhan keperawatan yang tepat sehingga klien dapat mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosa keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan maka diperlukan suatu standar diagnosa keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia, mengacu pada standar diagnosa internasional yang telah dibakukan sebelumnya (PPNI, 2016).

**Tabel 2. 1 Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri**

<b>Defisit Perawatan Diri : (<i>Spesifikkan</i>)</b>		<b>D.0109</b>
<i>Kategori : Perilaku</i>		
<i>Subkategori : Kebersihan Diri</i>		
<b>Definisi</b>		
Tidak Mampu Melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri		
<b>Penyebab</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>2. Gangguan neuromuskuler</li> <li>3. Kelemahan</li> <li>4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik</li> <li>5. Penurunan motivasi/minat</li> </ol>		
<b>Gejala dan Tanda Mayor</b>		
Subjektif	Objektif	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menolak melakukan perawatan diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri</li> <li>2. Minat melakukan perawatan diri kurang</li> </ol>	
<b>Gejala dan Tanda Minor</b>		
Subjektif ( <i>tidak tersedia</i> )	Objektif ( <i>tidak tersedia</i> )	
<b>Kondisi klinis terkait</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke</li> <li>2. Cedera medulla spinalis</li> <li>3. Depresi</li> <li>4. Arthritis rheumatoid</li> <li>5. Retardasi mental</li> <li>6. Delirium</li> <li>7. Demensia</li> <li>8. Gangguan amnestic</li> <li>9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain</li> <li>10. Fungsi penilaian terganggu</li> </ol>		
<b>Keterangan</b>		
Diagnosis ini dispesifikkan menjadi salah satu atau lebih dari : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mandi</li> <li>2. Berpakaian</li> <li>3. Makan</li> <li>4. <i>Toileting</i></li> <li>5. Berhias</li> </ol>		

### 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis dan mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi, Intervensi keperawatan merupakan panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien, dan tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantuk klien mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. (Olivia Baringbing, 2020)

**Tabel 2.2 intervensi keperawatan**

<b>SDKI</b>	<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
<b>Defisit perawatan diri (D.0109)</b>	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 4x24 jam maka diharapkan <b>“Perawatan diri meningkat”</b> dengan kriteria Hasil: 1. Minat melakukan perawatan diri dari menurun menjadi meningkat 2. Kemampuan mandi	<b>Dukungan perawatan diri (mandi)</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku) 2. Monitor integritas kulit <b>Terapeutik</b> 3. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)

	<p>dari menurun menjadi meningkat</p> <p>3. Kemampuan mengenakan pakaian dari menurun menjadi meningkat</p>	<p><b>Edukasi</b></p> <p>4. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan</p>
		<p><b>Dukungan perawatan diri (Berpakaian)</b></p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau</p> <p>2. Fasilitasi mengenakan pakaian</p> <p>3. Fasilitasi berhias (mis. Menyisir rambut)</p> <p>4. Jaga privasi selama berpakaian</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5. Ajarkan mengenakan pakaian</p>

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (Satria & Ice, 2022).

## 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses terakhir dalam rangkaian proses keperawatan, hal ini berguna jika tujuan pekerjaan keperawatan terpenuhi atau diperlukan pendekatan yang lain. Evaluasi keperawatan menentukan keberhasilan perencanaan dan implementasi asuhan dalam memenuhi kebutuhan klien. Evaluasi adalah fase dimana menentukan apakah tujuan keperawatan akan tercapai (Samantha, 2019).

Evaluasi dapat dilakukan pendekatan SOAP sebagai pola pikir:

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan

O : Respon Objektif pasien terhadap tindakan yang telah dilakukan

A : Analisa terhadap data subjektif dan data objektif untuk menyimpulkan

P : Perencanaan tindakan lanjut berdasarkan hasil analisa respon klien

Evaluasi yang diharapkan setelah pemberian asuhan keperawatan adalah agar pasien dapat mengetahui dan bisa melakukan hal-hal yang telah dipelajari sehingga dapat melakukan perawatan mandiri.