

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. *Skizofrenia*

2.1.1. Definisi *Skizofrenia*

Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. *Skizofrenia* adalah bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (saddock et al., 2014 dalam Yudhantara & Istiqomah, 2018).

Skizofrenia merupakan bentuk gangguan jiwa berat yang ditandai dengan adanya gangguan persepsi sensori : defisit perawatan diri, delusi atau waham, gangguan pada perilaku, pikiran, dan pembicaraan dan emosi yang tidak sesuai (Yusuf, 2015).

Skizofrenia adalah penyakit otak yang ditimbulkan karena ketidakseimbangan pada dopamine. Dopamine adalah salah satu sel kimia yang terdapat dalam otak. *Skizofrenia* dapat menimpa siapa saja dengan adanya ciri hilang perasaan afektif atau respon emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Seringkali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan defisit perawatan diri (persepsi tanpa ada rangsangan pancaindra) (Pitayanti & Hartono, 2020).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *Skizofrenia* merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan kehilangan pemahaman realitas dan daya tilik serta adanya defisit perawatan diri , waham, dan gangguan perilaku, dll.

2.1.2. Etiologi *Skizofrenia*

Menurut Kaplan & Sadock (2015) dalam Astuti (2019) *Skizofrenia* di diskusikan seolah-olah sebagai suatu penyakit tunggal dengan kategori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan, mungkin dengan kausa yang heterogen, tapi dengan gejala perilaku yang sedikit banyak yang serupa, faktor-faktor yang menyebabkan *skizofrenia*, antara lain yaitu:

2.1.2.1. Faktor Genetik

Skizofrenia memiliki komponen yang diturunkan secara bermakna, poligen, dan kompleks. *Skizofrenia* adalah gangguan yang bersifat familial, yang artinya semakin dekat hubungan dengan kekeluargaan maka semakin tinggi resiko terjadinya *skizofrenia*. Misalnya, pada individu yang mempunyai kerabat dengan penyakit *skizofrenia* maka mempunyai kemungkinan yang lebih tinggi untuk terpapar *skizofrenia*. Pada saudara kembar dengan monozigotik yang memiliki gen identic maka terdapat kemungkinan hingga 50% untuk mengalami *skizofrenia* jika saudaranya mengalami *skizofrenia*.

2.1.2.2. Faktor Biokimia

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

2.1.3. Tanda dan Gejala *Skizofrenia*

Gangguan *skizofrenia* umumnya ditandai dengan distorsi perasaan dan pikiran yang mendasar serta khas, dan oleh afek yang tidak wajar serta tumpul (Sovitriana, 2019).

Menurut Hawari (2012) dalam Sovitriana (2019), gejala pada pasien dengan *skizofrenia* di bagi menjadi 2 kelompok, yaitu:

2.1.3.1. Gejala Negatif

- a. Alam perasaan (afek tumpul), dapat dilihat dari wajah pasien yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Tidak ada inisiatif, tidak ada upaya usaha dan usaha, tidak adanya spontanitas maupun usaha, kehilangan dorongan kehendak, monoton, serta tidak ingin melakukan apapun dan malas (kehilangan nafsu).
- c. Apatis dan pasif, pasien menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial).

- d. Mengasingkan diri atau menarik diri, tidak ada keinginan untuk bergaul, kontak mata dengan orang lain kurang, dan sering melamun.
- e. Pendiam dan sukar untuk diajak berbicara.
- f. Sulit dalam berfikir abstrak.

2.1.3.2. Gejala Positif

- a. Delusi atau Waham : suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Penderita tetap meyakini kebenarannya meskipun sudah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan tersebut tidak masuk akal.
- b. Defisit perawatan diri : pengalaman panca indra tanpa adanya rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar atau melihat bahkan merasakan sesuatu yang tidak ada keberadaannya.
- c. Kekacauan alam pikir : dapat dilihat dari isi pembicaraannya, seperti bicaranya kacau sehingga tidak bisa diikuti alur pikirannya.
- d. Gaduh atau gelisah, tidak bisa diam, biasanya agresif, terlihat mondar mandir, gembira secara berlebihan serta berbicara dengan semangat.
- e. Pikirannya penuh dengan kecurigaan, seakan-akan dirinya sedang diancam.

- f. Merasa dirinya orang hebat, besar dan mampu dalam segala hal.
- g. Menyimpan rasa permusuhan.

2.2. Defisit Perawatan Diri

2.2.1. Definisi Defisit Perawatan Diri

Defisit Perawatan Diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (SDKI, 2018).

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang yang mengalami gangguan dalam kemampuan untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak memiliki keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, tidak mau menyisir rambut dan berpenampilan tidak rapi (Yusuf, 2015).

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang menderita gangguan jiwa mengalami ketidak mampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.

2.2.2. Etiologi

Penyebab defisit perawatan diri menurut SDKI (2018), yaitu terdiri dari:

- 2.2.2.1. Gangguan musculoskeletal
- 2.2.2.2. Gangguan neuromuskuler

2.2.2.3. Kelemahan

2.2.2.4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik

2.2.2.5. Penurunan motivasi/minat

Sedangkan penyebab dari kurangnya perawatan diri menurut Depkes (2002) dalam Damaiyanti & Iskandar (2014) adalah sebagai berikut:

2.2.2.1. Faktor Predisposisi

a. Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

b. Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.

c. Kemampuan realitas turun

Pasien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

d. Sosial

Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2.2.2.2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, cemas, kerusakan kognisi atau perceptual, lelah atau lemah yang dialami seseorang sehingga menyebabkan individu tersebut kurang mampu melakukan perawatan diri.

2.2.3. Jenis – jenis Perawatan Diri

Jenis perawatan diri menurut Nanda-1 (2012) dalam Damaiyanti dan Iskandar (2014) yaitu terdiri dari:

2.2.3.1. Defisit perawatan diri: Mandi

Suatu hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi atau beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.

2.2.3.2. Defisit perawatan diri: Berpakaian

Suatu hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian atau berhias untuk diri sendiri.

2.2.3.3. Defisit perawatan diri: Makan

Suatu hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan secara mandiri.

2.2.3.4. Defisit perawatan diri: Eliminasi

Suatu hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan eliminasi BAB ataupun BAK secara mandiri.

2.2.4. Dampak Defisit Perawatan Diri

Dampak yang terjadi pada masalah defisit perawatan diri menurut Damaiyanti dan Iskandar (2014), adalah sebagai berikut:

2.2.4.1. Dampak fisik

Gangguan fisik/dampak dari seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan diri dengan baik, yaitu sering terjadi gangguan integritas kulit, infeksi pada telinga dan mata, gangguan membran mukosa mulut, dan gangguan fisik pada kuku.

2.2.4.2. Dampak Psikososial

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

2.2.5. Tanda dan Gejala

Menurut Keliat, dkk. (2019) tanda dan gejala pasien dengan defisit perawatan diri adalah :

2.2.5.1. Data subjektif :

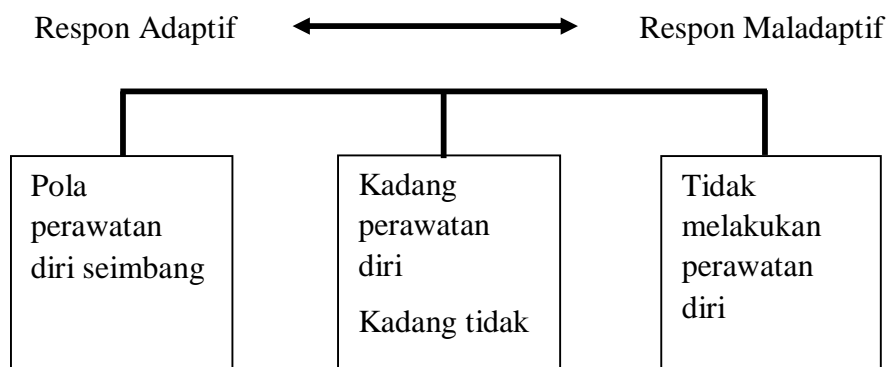
- a. Menolak melakukan perawatan diri seperti: kebersihan diri, makan dan minum, berpakaian, dan eliminasi.
- b. Menyampaikan ketidakinginan melakukan perawatan diri : kebersihan diri, makan dan minum, berpakaian, dan eliminasi.

- c. Menyatakan tidak tahu cara perawatan diri : kebersihan diri, makan dan minum, berpakaian, dan eliminasi.

2.2.5.2. Data objektif

- a. Kulit, gigi, rambut, kuku terlihat kotor.
- b. Pakaian tidak rapi, tidak tepat dan kotor.
- c. Makan minum tidak beraturan.
- d. Eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) tidak pada tempatnya.
- e. Lingkungan tempat tinggal tidak rapi dan terlihat kotor.

2.2.6. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri (Fitria, 2012)

Keterangan :

- 2.2.6.1. Pola perawatan diri seimbang : saat pasien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan pasien seimbang, pasien masih melakukan perawatan diri.

- 2.2.6.2. Kadang perawatan diri kadang tidak : saat pasien mendapatkan stressor kadang – kadang pasien memperhatikan perawatan dirinya.
- 2.2.6.3. Tidak melakukan perawatan diri : pasien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan diri saat stressor.

2.3. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

2.3.1. Pengkajian Keperawatan

2.3.1.1. Identitas

Perawat yang merawat pasien melakukan perkenalan dan kontrak dengan pasien tentang : nama perawat, nama pasien, panggilan perawat, panggilan pasien, tujuan, kontrak waktu, tempat pertemuan, serta topik yang akan dibicarakan. Lalu menambahkan informasi tentang pasien seperti usia dan Nomor Rekam Medik, agama, alamat dan informasi keluarga yang bisa dihubungi.

2.3.1.2. Keluhan utama atau Alasan masuk

Keluhan utama pasien defisit perawatan diri dalam bahasa pasien sendiri, yaitu : dirinya malas mandi dikarenakan airnya dingin, tidak mampu / tidak mau mandi, pasien juga mengatakan malas berdandan, makan ingin disiapkan dan disuapi, jarang membersihkan alat vital setelah BAB dan

BAK. Penampilan pasien defisit perawatan diri akan ditemukan adanya data rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki, kuku panjang dan kotor, tidak berdadang pada pasien perempuan dan tidak bercukur pada pasien laki-laki.

2.3.1.3. Faktor predisposisi

Tanyakan pada pasien atau keluarga;

- a. Apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, jika pernah tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya. Umumnya terdapat tiga hasil yaitu, pasien dapat beradaptasi di masyarakat tanpa gejala gangguan jiwa, pasien dapat beradaptasi tapi masih ada gejala sisa, pasien tidak ada kemajuan / gejala menetap atau bertambah.
- b. Apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal yang pasien pernah lakukan.
- c. Apakah ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa, jika ada tanyakan apa hubungan keluarga dengan pasien.
- d. Apakah pasien pernah mengalami hal yang tidak menyenangkan kegagalan, perpisahan, kehilangan,

kematian, atau trauma selama tumbuh kembang pada masa lalu.

2.3.1.4. Pemeriksaan fisik

Pasien defisit perawatan diri dilakukan pemeriksaan fisik meliputi : Keadaan Umum pasien, Tekanan Darah, Nadi, Pernapasan, Suhu, Tinggi dan Berat Badan pasien, serta Keluhan Fisik yang pasien rasakan. Biasanya penampilan pasien acak – acakan, tubuh kotor, badan bau serta penampilan tidak terawat.

2.3.1.5. Psikososial

a. Genogram

Genogram dibuat dalam 3 generasi ke atas yakni menggambarkan garis keturunan keluarga pasien, menggambarkan apakah anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami oleh pasien, menjelaskan pola komunikasi pasien, pola asuh dan siapa pengambilan keputusan dalam keluarga.

b. Konsep Diri

Konsep diri menjelaskan beberapa hal sebagai berikut:

1) Citra tubuh

Persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai, reaksi pasien saat menjelaskan bagian tubuh yang tidak disukai dan

disukai. Umumnya pasien dengan defisit perawatan diri tidak merasa ada keluhan mengenai persepsi pasien terhadap tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai.

2) Identitas diri

Kepuasan pasien dengan statusnya di dalam keluarga dan masyarakat sebelum dirawat. Kepuasan pasien terhadap jenis kelaminnya, serta keunikan yang pasien miliki sesuai jenis kelamin dan posisinya. Umumnya pasien dengan defisit perawatan diri merupakan anggota dari masyarakat dan keluarga. Karena pasien mengalami gangguan jiwa maka interaksi pasien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga pasien merasa tidak puas akan status ataupun posisi pasien sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

3) Fungsi Peran

Tanyakan pada pasien tentang kemampuan dan tugas / peran yang pasien lakukan dalam keluarga, lingkungan, pekerjaan, kelompok, dan masyarakat sebelum pasien sakit. Perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan bagaimana perasaan pasien akibat

perubahan tersebut. Umumnya pasien dengan defisit perawatan diri kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

4) Ideal diri

- a) Harapan pasien terhadap: keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga / pekerjaan / sekolah dan lain-lain.
- b) Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat).
- c) Harapan pasien terhadap penyakitnya: penyembuhan, keterbatasan, penderitaan, dan lain-lain.
- d) Bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya, apa upaya yang dilakukan pasien.

Biasanya pasien defisit perawatan diri ideal dirinya tidak realistis.

5) Harga diri

Pada umumnya pasien defisit perawatan diri mengalami harga diri rendah, pasien merasa tidak mampu, pandangan hidup pasien pesimis dan penolakan diri.

c. Hubungan Sosial

Tanyakan pada pasien tentang hubungan sosialnya meliputi;

- 1) Siapa orang yang paling berarti dalam hidup pasien seperti tempat mengadu cerita, tempat mengeluh, minta bantuan dan dukungan hidup.
- 2) Upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, dikomunikasikan dengan siapa, bagaimana hasilnya, dan kepuasan atas upaya yang telah dilakukan.

Pada umumnya pasien dengan defisit perawatan diri kurang berbaur dengan masyarakat karena tidak ada motivasi untuk bersosialisasi.

d. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan

Tanyakan pada pasien tentang pandangan serta keyakinan pasien dan masyarakat terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut pasien. Umumnya pasien dengan defisit perawatan diri tidak mampu melakukan kegiatan keagamaan secara rutin.

2) Kepuasan dalam menjalankan keyakinan

Tanyakan pada pasien merasa puas atau tidak mampu melakukan dengan baik sehingga harus diulang-ulang, dan bagaimana perasaan pasien.

Umumnya pasien merasa biasa saja melaksanakan ibadah dan tergantung pada kondisi pasien.

2.3.1.6. Status Mental

a. Penampilan

Mengobservasi penampilan pasien dari ujung rambut sampai dengan ujung kaki perhatikan apakah; rambut tidak rapih, kancing baju tidak benar, resleting tidak ditutup, baju terbalik/tidak diganti-ganti serta penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Pada umumnya pasien dengan defisit perawatan diri tampak berpenampilan kurang rapi dan tidak sesuai, bau badan, rambut acak-acakan, serta mulut dan gigi kotor.

b. Pembicaraan

Mengobservasi pembicaraan pasien seperti; cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat serta pembicaraan yang berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain. Umumnya pasien dengan defisit

perawatan diri berbicara lambat dan tidak mampu memulai pembicaraan.

c. Aktivitas Motorik

Mengobservasi kondisi fisik pasien. Umumnya pasien defisit perawatan diri terlihat lesu dan gelisah, serta mondar-mandir tidak jelas.

d. Alam perasaan

Mengobservasi perasaan pasien. Umumnya pasien defisit perawatan diri merasakan sedih, merasakan putus asa, merasakan gembira yang berlebihan, serta marah-marah tanpa sebab sesuai dengan keadaan pasien.

e. Afek

Mengobservasi kondisi emosi pasien. Umumnya perawat dapat mengetahui kondisi pasien ketika datar yaitu tidak ada perubahan rona muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan. Tumpul yaitu hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat. Labil yaitu emosi yang cepat berubah – ubah. Tidak sesuai, bertentangan dengan stimulus yang ada.

f. Interaksi selama wawancara

Mengobservasi kondisi pasien selama wawancara. Umumnya pasien defisit perawatan diri saat wawancara pasien tidak kooperatif, bermusuhan, mudah tersinggung, kontak mata kurang, dan curiga (yang menunjukkan sikap / perasaan tidak percaya pada orang lain).

g. Persepsi

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

h. Proses pikir

Mengobservasi proses pikir pasien selama wawancara, seperti Sirkumatansi, tangensial, kehilangan asosiasi, flight of ideas, bloking, perseverasi. Umumnya pasien defisit perawatan diri cenderung menjawab pertanyaan dengan respon yang lambat dan tidak fokus.

i. Isi pikir

Mengobservasi isi pikiran pasien selama wawancara, seperti dapat berupa obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait, pikiran magis dan waham.

j. Tingkat kesadaran

Mengobservasi tingkat kesadaran pasien, umumnya pasien dengan defisit perawatan diri terlihat tampak bingung dan kacau, pasien mengatakan merasa melayang – layang antara sadar dan tidak sadar (sedasi), stupor adalah gangguan motorik seperti kekakuan gerakan – gerakan yang diulang – ulang, anggota tubuh pasien dapat dikatakan dalam sikap canggung dan dipertahankan, akan tetapi pasien mengerti semua kejadian yang terjadi di lingkungan.

k. Memori

Mengobservasi gangguan daya ingat pasien, umumnya pasien defisit perawatan diri memiliki memori yang konfabulasi yaitu pembicaraan yang tidak sesuai dengan kenyataan (memasukkan cerita yang tidak benar bertujuan menutupi gangguan yang dialaminya).

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

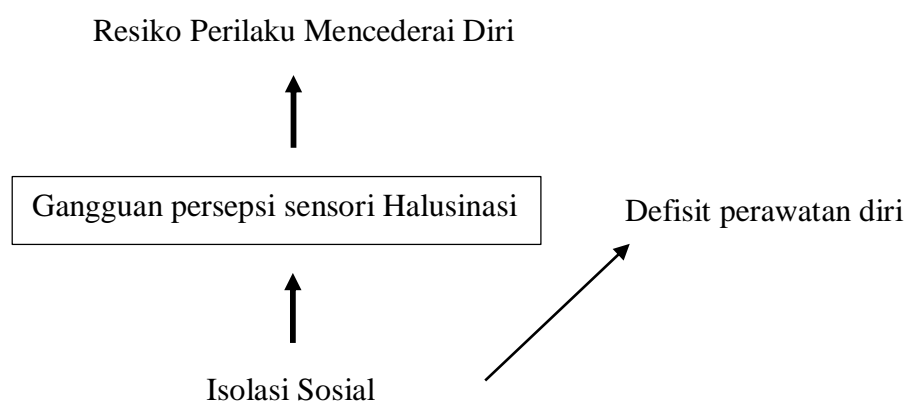
Mengobservasi tingkat konsentrasi dan kemampuan menghitung pasien saat wawancara. Umumnya pasien defisit perawatan diri mudah dialihkan, tidak mampu berkonsentrasi serta tidak mampu berhitung.

m. Daya tilik diri

Mengobservasi pasien tentang penyakit yang dideritanya, umumnya pasien defisit perawatan diri mengingkari penyakit yang diderita, dan menyalahkan hal-hal diluar dirinya.

2.3.2. Pohon Masalah

Bagan 2.1
Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri.



Sumber :Keliat (2015)

2.3.3. Diagnosa Keperawatan

2.3.2.1. Daftar Diagnosa Keperawatan

Merupakan suatu masalah keperawatan pasien yang mencakup baik respon adaptif maupun maladaptive serta stressor yang mendukung (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Daftar diagnosa keperawatan yang sering muncul adalah :

- a. Defisit perawatan diri
- b. Isolasi sosial
- c. Gangguan Halusinasi Dengar
- d. Risiko perilaku kekerasan

2.3.2.2. Data Mayor dan Minor

Tabel 2.1
Data Mayor dan Minor Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Deskripsi	Data Mayor	Data Minor
1	2	3	4
Defisit Perawatan Diri	Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri	Subyektif: - Menolak melakukan perawatan diri Obyektif: - Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang	Subyektif: - Obyektif: -

2.3.4. Intervensi Keperawatan

Menurut Handayani (2020) Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang difase kerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan pasien baik individu, keluarga, maupun komunitas. Rencana tindakan keperawatan yang digunakan pada tatanan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia. Rencana tindakan keperawatan menurut (Eyet, H. 2021) yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.2 Rencana Tindakan Keperawatan pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Dx Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4
Defisit perawatan diri	<p>TUM: Pasien dapat mampu melakukan perawatan diri</p> <p>TUK:</p> <p>1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>2. Pasien mengetahui pentingnya perawatan diri</p>	<p>1. Dalam ... kali interaksi pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wajah cerah, tersenyum • Mau berkenalan • Ada kontak mata • Menerima kehadiran perawat • Bersedia menceritakan perasaannya <p>2. Dalam ... kali interaksi pasien menyebutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyebab tidak merawat diri 	<p>1. Bina hubungan saling percaya :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beri salam setiap berinteraksi. ➤ Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan ➤ Tanyakan nama dan panggilan kesukaan pasien ➤ Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi ➤ Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi pasien ➤ Buat kontrak interaksi yang jelas ➤ Dengarkan ungkapan perasaan pasien dengan empati ➤ Penuhi kebutuhan dasar pasien <p>2. Diskusikan dengan pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Penyebab pasien tidak merawat diri ➤ Manfaat menjaga perawatan diri untuk keadaan fisik, mental, dan sosial.

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> • Manfaat menjaga pwtan diri • Tanda-tanda bersih dan rapi • Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tanda-tanda perawatan diri yang baik ➤ Penyakit atau gangguan kesehatan yang bisa dialami oleh pasien bila perawatan diri tidak adekuat
<p>3. Pasien mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri</p>	<p>3.1. Dalam ... kali interaksi pasien menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi mandi • Frekuensi gosok gigi • Frekuensi keramas • Frekuensi ganti pakaian • Frekuensi berhias • Frekuensi gunting kuku <p>3.2 Dalam ... kali interaksi pasien menjelaskan cara menjaga perawatan diri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cara mandi • Cara gosok gigi • Cara Keramas • Cara Berpakaian • Cara berhias 	<p>3.1 Diskusikan frekuensi menjaga pwtan diri selama ini</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mandi ➤ Gosok gigi ➤ Keramas ➤ Berpakaian ➤ Berhias ➤ Gunting kuku <p>3.2.Diskusikan cara praktek perawatan diri yang baik dan benar :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ mandi ➤ gosok gigi ➤ Keramas ➤ Berpakaian ➤ Berhias ➤ Gunting kuku <p>3.3. Berikan pujian untuk setiap respon pasien yang positif</p>	

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4
	<p>4. Pasien dapat melaksanakan perawatan diri dengan bantuan perawat</p>	<p>4. Dalam ... kali interaksi pasien mempraktekkan perawatan diri dengan dibantu oleh perawat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mandi • Gosok gigi • Keramas • Ganti pakaian • Berhias • Gunting kuku 	<p>4.1. Bantu pasien saat perawatan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mandi ➤ Gosok gigi ➤ Keramas ➤ Ganti pakaian ➤ Berhias ➤ Gunting kuku <p>4.2. Beri pujian setelah pasien selesai melaksanakan perawatan diri</p>
	<p>5. Pasien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri</p>	<p>5. Dalam ... kali interaksi pasien melaksanakan praktek perawatan diri secara mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mandi 2 X sehari • Gosok gigi sehabis makan • Keramas 2 X seminggu • Ganti pakaian 1 X sehari • Berhias sehabis mandi • Gunting kuku setelah mulai panjang 	<p>5.1. Pantau pasien dalam melaksanakan perawatan diri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mandi ➤ Gosok gigi ➤ Keramas ➤ Ganti pakaian ➤ Berhias ➤ Gunting kuku <p>5.2. Beri pujian saat pasien melaksanakan perawatan diri secara mandiri.</p>
	<p>6. Pasien mendapatkan dukungan</p>	<p>6.1. Dalam ... kali interaksi keluarga menjelaskan cara-cara membantu pasien dalam</p>	<p>6.1 Diskusikan dengan keluarga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Penyebab pasien tidak melaksanakan perawatan diri

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4
	keluarga untuk meningkatkan perawatan diri	<p>memenuhi kebutuhan perawatan dirinya</p> <p>6.2. Dalam ... kali interaksi keluarga menyiapkan sarana perawatan diri pasien: sabun mandi, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, handuk, pakaian bersih, sandal, dan alat berhias</p> <p>6.3. Keluarga mempraktekan perawatan diri pada pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tindakan yang telah dilakukan pasien selama di rumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami oleh pasien ➤ Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam perawatan diri <p>6.2. Diskusikan dengan keluarga tentang:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sarana yang diperlukan untuk menjaga perawatan diri pasien ➤ Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut <p>6.3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam perawatan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anjurkan keluarga untuk mempraktekan perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, berhias dan gunting kuku) ➤ Ingatkan pasien waktu mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, berhias, dan gunting kuku. ➤ Bantu jika pasien mengalami hambatan dalam perawatan diri ➤ Berikan pujian atas keberhasilan pasien

Dilanjutkan

2.3.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan prioritas yang telah dibuat dimana tindakan yang diberikan mencakup tindakan mandiri maupun kolaboratif (Damaiyanti, dkk. 2014).

Jadi, implementasi keperawatan adalah serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil.

Tindakan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri yaitu:

a. Strategi Pelaksanaan 1

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

b. Strategi Pelaksanaan 2

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

c. Strategi Pelaksanaan 3

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

d. Strategi Pelaksanaan 4

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

- 3) Melatih BAB dan BAK yang baik.
- 4) Memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta BAB dan BAK.

2.3.6. Evaluasi Keperawatan

Menurut Handayani, dkk. (2020) Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dibagi menjadi 2 macam, yaitu evaluasi proses atau evaluasi formatif yang dilakukan setelah selesai melaksanakan tindakan dan kedua evaluasi hasil atau sumatif, yaitu yang dilakukan dengan cara membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan tujuan umum yang sudah ditetapkan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu :

S : Respons subjektif pada pasien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan.

O : Respons objektif pada pasien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan.

A : Analisis terhadap data subjektif serta objektif untuk dapat menyimpulkan apakah masalah tersebut masih tetap ada, muncul masalah baru, atau terdapat data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien. Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut :

2.3.5.1. Jika masalah tidak berubah maka rencana dilanjutkan.

2.3.5.2. Jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil tidak memuaskan maka rencana dimodifikasi.

2.3.5.3. Jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada maka rencana dibatalkan.

2.3.5.4. Jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru maka rencana selesai.

Evaluasi yang diharapkan pada pasien defisit perawatan diri yaitu pasien mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri baik dan benar.

2.4. Intervensi Terapi Aktivitas Kebersihan Diri

2.4.1. Definisi Kebersihan Diri

Kebersihan diri adalah kebersihan dan kesehatan perorangan yang bertujuan mencegah timbulnya penyakit pada diri sendiri dan orang lain, baik secara fisik maupun psikologis (Tarwoto dan Wartonah, 2006. Dalam Verarica dan Ronasari, 2017).

Kebersihan diri adalah perawatan diri yang dilakukan orang seperti mandi, eliminasi, hygiene tubuh secara umum, dan berhias. Kebersihan diri meliputi perawatan kulit, rambut, kuku, gigi, mulut dan hidung, mata, telinga, dan area perineum dan genital (Kozier, dkk. 2010 dalam Hapi, 2017).

2.4.2. Tujuan Kebersihan Diri

Menurut Isro'in & Andarmoyo (2012) dalam Hepi Satria (2017), tujuan perawatan kebersihan diri meliputi:

- 2.4.3.1. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang.
- 2.4.3.2. Memelihara kebersihan diri seseorang.
- 2.4.3.3. Memperbaiki kebersihan diri yang kurang baik.
- 2.4.3.4. Pencegahan penyakit.
- 2.4.3.5. Meningkatkan kepercayaan diri seseorang.
- 2.4.3.6. Menciptakan keindahan.

2.4.3. Tata cara Kebersihan Diri

Menurut Windarwati (2020) alat dan bahan yang diperlukan untuk melatih kebersihan diri yaitu : gayung, sabun, sampo, pasta gigi, sikat gigi, handuk, dan pakaian bersih.

Menurut Putri (2020) tata cara mandi yang bersih dan benar yaitu sebagai berikut:

- 2.4.4.1. Siapkan air dengan temperature yang pas, dibandingkan mandi menggunakan air dingin, mandi air hangat lebih dianjurkan karena air hangat lebih nyaman dan tidak membuat kulit kering.
- 2.4.4.2. Menyiram semua bagian tubuh secara merata menggunakan air mulai dari mencuci rambut hingga kaki.

- 2.4.4.3. Keramas dengan benar, tuangkan shampo pada telapak tangan lalu gosok perlahan pada rambut secara merata. Jangan menggosok atau menggaruk kulit kepala terlalu kencang dan lama karena akan merusak rambut serta kulit kepala.
- 2.4.4.4. Setelah menggunakan shampo, gunakan sabun dengan menuangkannya ke telapak tangan atau menggunakan spons sabun agar dapat memudahkan mengaplikasikannya. Menyabuni seluruh tubuh terutama daerah lipatan kulit, misalnya sela-sela jari, ketiak dan belakang telinga. Gunakan sabun dengan pelembab dan antibakteri sekaligus.
- 2.4.4.5. Basuh badan menggunakan air setelah memakai sabun dan sampo.
- 2.4.4.6. Menggosok gigi dengan menggunakan sikat gigi dan pasta gigi yang disukai. Menyikat gigi dari atas kebawah dan seterusnya. Memakai sikat gigi yang berbulu banyak, halus dan kecil.
- 2.4.4.7. Jika wajah terdapat masalah seperti berjerawat dan kusam maka gunakan sabun pencuci wajah agar wajah menjadi terlihat sehat.

2.4.4.8. Setelah selesai keringkan tubuh dengan menggunakan handuk yang lembut usap dari bagian wajah, tangan, badan, hingga kaki.

Mandi menggunakan sabun mandi secara rutin minimal 2 kali sehari (bila perlu lakukan lebih sering bila kerja di tempat kotor atau banyak berkeringat). Hindari penggunaan pakaian, handuk, selimut, sabun mandi, dan sarung secara berjamaah. Hindari penggunaan pakaian yang lembab/basah (karena keringat/sebab lain). Gunakan obat anti jamur kulit (bila perlu) (Putri, 2020).

2.5. Kerangka Teori

Bagan 2.2 Kerangka Teori

