

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Schizophrenia yang dalam bahasa Yunani (*schizein*- Terbelah) dan (*phren*- Jiwa) adalah suatu diagnosis gangguan mental pada individu yang ditandai dengan adanya kelainan persepsi, ekspresi dari realitas (Sarwono S.W, 2010). Sementara itu Videback, 2008 menggambarkan skizofrenia sebagai kondisi terjadinya gangguan jiwa berat yang mempengaruhi fungsi otak dan menyebabkan munculnya gangguan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku.

Gejala skizofrenia secara garis besar dapat di bagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berupa delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku aneh atau bermusuhan. Gejala negatif adalah alam perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri atau isolasi diri dari pergaulan, ‘miskin’ kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berpikir abstrak dan kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif.

2.1.2 Epidemiologi

Skizofrenia dapat ditemukan pada semua kelompok masyarakat dan di berbagai daerah. Insiden dan tingkat prevalensi sepanjang hidup secara kasar

hampir sama di seluruh dunia. Gangguan ini mengenai hampir 1% populasi dewasa dan biasanya onsetnya pada usia remaja akhir atau awal masa dewasa. Pada laki-laki biasanya gangguan ini mulai pada usia lebih muda yaitu 15-25 tahun sedangkan pada perempuan lebih lambat yaitu sekitar 25-35 tahun. Insiden skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan dan lebih besar di daerah urban dibandingkan daerah rural (Sadock, 2003).

Pasien skizofrenia juga berisiko untuk bunuh diri dan perilaku menyerang. Bunuh diri merupakan penyebab kematian pasien skizofrenia yang terbanyak, hampir 10% dari pasien skizofrenia yang melakukan bunuh diri (Kazadi, 2008). Berdasarkan jenis kelamin laki-laki lebih mudah terserang skizofrenia di usia muda dibandingkan perempuan. Sehingga lebih banyak perempuan yang mengalami skizofrenia pada usia yang lebih lanjut bila dibandingkan dengan laki-laki (Durand, 2007).

2.1.3 Etiologi

Terdapat beberapa pendekatan yang dominan dalam menganalisa penyebab skizofrenia, antara lain :

1. Faktor Genetik

Sawa dan Snyder, 2002 dalam Garret 2005 menjelaskan bahwa skizofrenia dapat dikarenakan faktor biologis. Hal ini terjadi pada kromosom seseorang yang terjadi pada kromosom 1, 6, 8, 10, 13, 18, dan 22.

Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan penderita skizofrenia bagi saudara tiri ialah 7,1 %; bagi saudara kandung 14,2%; bagi kembar dua telur (heterozigot) 14,5%; bagi kembar satu telur (monozigot) 86,2% ; masyarakat umum 0,85%.

Gradasi tingkat keparahan pada orang-orang yang mengalami gangguan ini (dari ringan sampai berat) dan mengapa risiko untuk mengalami skizofrenia semakin tinggi dengan semakin banyaknya jumlah anggota keluarga yang memiliki penyakit ini (Durand & Barlow, 2007).

2. **Faktor Neurobiological**

Andreasen (1991) dalam buku ajar keperawatan Yosep (2014) mengatakan bahwa ciri klien yang mengalami skizofrenia adalah memiliki *lobus Frontalis* lebih kecil dari orang normal. Dan juga terdapat kelainan berupa keabnormalan ukuran pada bagian otak tertentu seperti *Amigdala* (pada pasien paranoid), *wernick's* dan *brocha* (pada pasien skizofrenia).

Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas *neurotransmitter dopamine* yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap *dopamine*. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas *dopamine* yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa *neurotransmitter* lain seperti *serotonin* dan *norepinephrine* tampaknya juga memainkan peranan (Durand & Barlow, 2007).

3. Faktor Psikologis dan Sosial

Faktor psikososial meliputi adanya kerawanan herediter yang semakin lama semakin kuat, adanya trauma yang bersifat kejiwaan, adanya hubungan orang tua-anak yang patogenik, serta interaksi yang patogenik dalam keluarga (Wiraminaradja & Sutardjo, 2005).

Banyak penelitian yang mempelajari bagaimana interaksi dalam keluarga mempengaruhi penderita skizofrenia. Sebagai contoh, istilah *schizophregenic mother* kadang-kadang digunakan untuk mendeskripsikan tentang ibu yang memiliki sifat dingin, dominan, dan penolak, yang diperkirakan menjadi penyebab skizofrenia pada anak-anaknya (Durand & Barlow, 2007).

Keluarga pada masa kanak-kanak memegang peranan penting dalam pembentukan kepribadian. Orangtua terkadang bertindak terlalu banyak untuk anak dan tidak memberi kesempatan anak untuk berkembang, ada kalanya orangtua bertindak terlalu sedikit dan tidak merangsang anak, atau tidak memberi bimbingan dan anjuran yang dibutuhkannya.

2.1.4 Tahapan Penyakit

Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan prodomal, fase aktif dan fase residual.

1. Tahap Prodomal

Tanda pertama penyakit skizofrenia, walaupun gejala yang ada dikenali hanya secara retrospektif. Karakteristik gejala skizofrenia yang dimulai

pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal yang berlangsung 6 bulan sampai 1 tahun. Tanda dan gejala prodromal skizofrenia dapat berupa cemas, gundah (gelisah), merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap pasien dengan skizofrenia menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Sadock, 2003).

2. Fase aktif

Ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realita terganggu dan pemahaman diri (tilikan) buruk sampai tidak ada. Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia. Yang tinggal hanya satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, yaitu dapat berupa penarikan diri (*withdrawal*) dan perilaku aneh (Buchanan, 2005).

3. Fase Residual

Merupakan keadaan dimana klien mengalami 2 gejala; misalnya gangguan afek dan gangguan peran, serangan biasanya berulang dalam jangka waktu yang tidak begitu lama. Tingkat kekambuhan lebih tinggi pada pasien skizofrenia yang hidup bersama anggota keluarga yang penuh ketegangan, permusuhan dan keluarga yang memperlihatkan kecemasan yang berlebihan. Tingkat kekambuhan dipengaruhi juga oleh stress dalam

kehidupan. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan pasien dengan skizofrenia.

Keluarga berperan dalam deteksi dini, proses penyembuhan dan pencegahan kekambuhan. Peran keluarga yang baik akan mengurangi angka perawatan di rumah sakit, kekambuhan, dan memperpanjang waktu antara kekambuhan.

2.1.5 Gejala gejala skizofrenia

Menurut Hawari (2014) gejala yang timbul pada pasien dengan skizofrenia ada 2 yakni gejala positif dan gejala negative.

1. Gejala Positif

Gejala positif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia berupa:

- a. *Delusi* atau *waham* yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, penderita tetap meyakini kebenarannya.
- b. *Halusinasi*, yaitu pengalaman panca indra tanpa adanya rangsang (stimulus), misalnya penderita mendengarkan suara-suara bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/ bisikan itu.
- c. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicara kacau sehingga tidak diikuti arah pembicaraannya.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e. Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.

f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman pada dirinya.

g. Menyimpan rasa permusuhan

Gejala-gejala positif yang timbul merupakan salah satu motivasi keluarga membawa penderita berobat karena sangat mengganggu lingkungan.

2. Gejala Negatif

Gejala negative yang diperlihatkan penderita skizofrenia sebagai berikut:

- a. Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat ditunjukkan dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*daydream*).
- c. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial
- e. Sulit dalam berpikir abstrak.
- f. Pola pikir stereotip.
- g. Tidak ada/ kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas (monoton), tidak ingin apa-apa seta malas.

Gejala negative sseringkali tidak disadari atau kurang diperhatikan keluarga karena dianggap tidak “mengganggu” sebagaimana pada gejala positif. Karenanya pihak keluarga sering terlambat membawa pasien

untuk berobat. Gejala positif pada skizofrenia muncul pada episode akut. Sedangkan pada tahap kronis gejala negative lebih menonjol. Tapi tidak jarang kedua gejala tersebut berbaur, dan tergantung pada stadium penyakitnya.

2.1.6 Tipe-Tipe Skizofrenia

Berikut adalah tipe skizofrenia berdasarkan DSM (*Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorder*) berdasarkan DSM-IV-TR 2000. Diagnosa ditegakkan berdasarkan gejala yang Dominan:

1. Tipe Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Waham biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisasi) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, dan agresif.

2. Tipe Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (*waxy flexibility*). Aktivitas motor yang berlebihan, negativisme yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi (*mutism*), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain (*echolalia*) atau mengikuti tingkah laku orang lain (*echopraxia*).

3. Tipe Undifferentiated (Tak Terinci)

Tipe Undifferentiated merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, terdapat waham, halusinasi, inkoherensi atau tingkah laku kacau.

4. Tipe Residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinan-keyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien skizofrenia dapat berupa terapi biologis, dan terapi psikososial.

1. Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat

tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Durand & Barlow, 2007).

Terapi Elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, *electroconvulsive therapy* (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia. Tetapi terapi ini telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. ECT ini digunakan di berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia.

ECT kemudian jarang digunakan karena metode ini kemudian diketahui tidak berpengaruh bagi sebagian besar penderita skizofrenia meskipun penggunaan terapi ini masih dilakukan hingga saat ini. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan pasien. Pasien seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Durand & Barlow, 2007).

Pada terapi biologis lainnya seperti pembedahan bagian otak Moniz (1935, dalam Davison, et al., 1994) memperkenalkan prefrontal lobotomy, yaitu

proses operasi primitif dengan cara membuang “*stone of madness*” atau disebut dengan batu gila yang dianggap menjadi penyebab perilaku yang terganggu. Namun, pada saat ini tindakan ini sudah tidak lagi dilakukan karena menyebabkan penderita kehilangan kemampuan kognitifnya, otak tumpul, tidak bergairah, bahkan meninggal.

2. Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada pasien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand & Barlow, 2007).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok.

Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit

jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali.

Dalam hal ini, keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi-terapi secara individual.

2.1.8 Kekambuhan Kembali (Relaps)

Kekambuhan pasien skizofrenia adalah istilah yang secara relatif merefleksikan perburukan gejala atau perilaku yang membahayakan pasien dan atau lingkungannya. Tingkat kekambuhan sering di ukur dengan menilai waktu antara lepas rawat dari perawatan terakhir sampai perawatan berikutnya dan jumlah rawat inap pada periode tertentu (Pratt, 2006).

Rawat inap di rumah sakit pada pasien skizofrenia adalah hal terutama yang dilakukan atas indikasi keamanan pasien. Karena resiko yang mungkin timbul pada saat kekambuhan seperti ide bunuh diri atau mencelakakan orang lain, terdapat perilaku yang sangat terdisorganisasi atau tidak wajar termasuk bila pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar berupa makan, perawatan diri dan tempat tinggalnya bisa terjadi. Selain itu rawat inap rumah

sakit diperlukan untuk hal-hal yang berkaitan dengan diagnostik dan stabilisasi pemberian medikasi (Durand & Barlow, 2007).

Perawatan pasien skizofrenia cenderung berulang (*recurrent*), apapun bentuk subtype penyakitnya. Tingkat kekambuhan lebih tinggi pada pasien skizofrenia yang hidup bersama anggota keluarga yang penuh ketegangan, permusuhan dan keluarga yang memperlihatkan kecemasan yang berlebihan. Tingkat kekambuhan dipengaruhi juga oleh stress dalam kehidupan, seperti hal yang berkaitan dengan keuangan dan pekerjaan.

Keluarga merupakan orang pertama yang berperan dalam deteksi dini, proses penyembuhan dan pencegahan kekambuhan. Keluarga yang harmonis dan dapat berperan aktif dalam perawatan dapat menurunkan resiko kekambuhan, dan memperpanjang waktu antar kekambuhan. Meskipun angka kekambuhan tidak secara otomatis dapat dijadikan sebagai kriteria kesuksesan pengobatan skizofrenia, tetapi parameter ini cukup signifikan dalam beberapa aspek.

Dan salah satu penyebab kekambuhan yang lain yakni tidak patuh minum obat antipsikosis untuk membantu mencegah kekambuhan. Obat tersebut akan bekerja bila dipakai dengan benar tetapi banyak dari pasien skizofrenia tidak mengkonsumsi obat mereka secara rutin. Sebagian besar penderita skizofrenia berhenti memakai obat dari waktu ke waktu karena merasa putus asa dengan program terapi yang lama dan tidak menghasilkan kesembuhan kondisi. Sebuah studi *follow-up* sebagai contoh menemukan bahwa selama kurun waktu dua tahun, tiga diantara empat pasien yang diteliti

menolak memakai obat antipsikotiknya selama paling tidak seminggu (Durand & Barlow, 2007).

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi Defisit Perawatan Diri

Kurangnya perawatan diri pada pasien gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun, kurang perawatan diri ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan toileting (Buang Air Besar atau Buang Air Kecil) (Mukhrifah, 2008).

Higiene adalah ilmu kesehatan, cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka karena kondisi fisik atau keadaan emosi klien disebut higiene perorangan (perry & potter, 2006). Personal hygiene berasal dari Bahasa Yunani yang berarti Personal yang artinya perorangan dan Hygien berarti sehat. Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis sesuai kondisi kesehatannya (Wartolah, 2006).

Defisit Perawatan Diri merupakan gangguan kemampuan melakukan aktivitas yang terdiri dari mandi, berpakaian, berhias, makan, toileting atau kebersihan diri secara mandiri (Nanda, 2005). Keadaan individu mengalami kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing-masing dari kelima aktivitas perawatan

diri (makan, mandi atau higiene, berpakaian atau berhias, *toileting*, instrumental) (Carpenito, 2007).

2.2.2 Etiologi

Menurut Depkes (2000) penyebab kurang perawatan diri adalah:

1. Faktor Predisposisi

1) Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

2) Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.

3) Kemampuan realitas turun

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

a. Sosial

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

2. Faktor presipitasi

Menurut Wartonah (2006) ada beberapa faktor persipitasi yang dapat menyebabkan seseorang kurang perawatan diri. Faktor-faktor tersebut dapat berasal dari berbagai stressor antara lain:

1) Body image

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

2) Praktik sosial

Pada anak-anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.

3) Status sosioekonomi

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

4) Pengetahuan

Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perseptual, hambatan lingkungan, cemas, lelah atau lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri (Nanda, 2005).

2.2.3 Tanda Dan Gejala

Menurut Mukhripah (2008) kurang perawatan diri sering ditemukan adanya tanda dan gejala sebagai berikut :

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

2.2.4 Manifestasi Klinik

Adapun jenis dan karakteristik kurang perawatan diri tanda dan gejala menurut Nanda (2005) meliputi :

1. Kurang perawatan diri mandi atau hygiene
Kerusakan kemampuan dalam memenuhi aktivitas mandi atau kebersihan diri secara mandiri, dengan batasan karakteristik ketidakmampuan klien dalam memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.
2. Kurang perawatan diri berpakaian atau berhias
Kerusakan kemampuan dalam memenuhi aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri, dengan batasan karakteristik

ketidakmampuan klien dalam mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kancing tarik, melepaskan pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian dan mengenakan sepatu.

3. Kurang perawatan diri makan

Kerusakan kemampuan dalam memenuhi aktivitas makan, dengan batasan karakteristik ketidakmampuan klien dalam mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, membuka container, memanipulasi makanan dalam mulut, mengambil makanan dari wadah lalu memasukkannya ke mulut, melengkapi makan, mencerna makanan menurut cara yang diterima masyarakat, mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna cukup makanan dengan aman.

4. Kurang perawatan diri *toileting*

Kerusakan kemampuan dalam memenuhi aktivitas *toileting*, dengan batasan karakteristik ketidakmampuan klien dalam pergi ke toilet atau menggunakan pispot, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk *toileting*, membersihkan diri setelah BAB atau BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

2.2.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor meliputi status social ekonomi, keluarga, jaringan interpersonal,

organisasi yang dinaungi oleh lingkungan social yang lebih luas, juga menggunakan kreatifitas untuk mengekspresikan stress interpersonal seperti kesenian, music dan tulisan.

2.3 Asuhan Keperawatan Jiwa

Setiap perawat jiwa dituntut mampu menguasai bidangnya dengan menggunakan ilmu perilaku sebagai landasan berpikir dan berupaya sedemikian rupa sehingga dirinya dapat menjadi alat yang efektif dalam merawat pasien (Yusuf dkk. 2015).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif. Untuk membangun kepercayaan dengan pasien sehingga akan memudahkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (Stuart dan Sundeen, 2002).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa (Yusuf dkk, 2015) Rumusan masalah dalam jiwa yaitu permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya dapat berhubungan menjadi sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis akan mengacu pada pohon masalah yang sudah di buat sesuai dengan hasil pengkajian yang dilakukan.

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri dari 4 komponen yaitu tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian (P). Dan dapat tercapai bila tujuan khusus yang berfokus pada (E) tercapai. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang harus dicapai pasien. Tujuan ini berupa kemampuan kognitif, kemampuan psikomotor, dan afektif (Stuart dan Sundeen, 2002). Rencana tindakan berupa serangkaian tindakan untuk mencapai tujuan khusus. Sedangkan Rasional merupakan alasan ilmiah mengapa sebuah tindakan diberikan.

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik dan sesuai target. Pelaksanaan implementasi harus sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Saat pelaksanaan implementasi perawat harus membuat kontrak dengan pasien

dan menjelaskan tujuan tindakan dan hasil yang diharapkan. Dan melakukan pendokumentasian setiap selesai melakukan tindakan keperawatan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang digunakan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada 2 macam yaitu evaluasi proses yang dilakukan tiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi hasil dilakukan dengan membandingkan respons pasien dengan tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP yaitu S: respon pasien atas tindakan keperawatan. O: respon objektif pasien. A: analisis masalah untuk menentukan tanda gejala masih muncul atau tidak. P: tindakan lanjutan sesuai hasil analisis respon.

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan dengan Defisit Perawatan Diri

2.4.1 Pengkajian

Untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah defisit perawatan diri maka akan didapati data berupa:

1. Identitas Pasien

Berisikan data berupa meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, tempat tinggal sekarang, pekerjaan terakhir yang dilakukan oleh pasien, jenjang

pendidikan terakhir yang dicapai oleh pasien, suku bangsa, penanggung jawab, No. Rekam Medis.

2. Alasan Masuk Rumah Sakit Jiwa

Berupa data alasan kenapa keluarga membawa pasien ke Rumah sakit (mengauk, percobaan bunuh diri, aniaya seksual, dll)

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian kondisi saat masuk pertama kali di UGD (tanggal masuk, jam masuk, penyebab masuk, tanda gejala di rumah), dipindah di ruang akut (berapa lama dirawat di ruang tersebut), keadaan saat ini, tanda dan gejala yang ditemukan ketika di ruangan.

Pada pasien dengan deficit perawatan diri akan ditemukan tanda-tanda seperti bau badan, rambut kotor, badan berdaki, tidak mengenakan pakaian sebagaimana mestinya, kuku panjang dan kotor, dll.

4. Faktor Presipitasi

Faktor pencetus (penyebab langsung pasien dibawa ke rumah sakit). Bisa biologis (gangguan otak, putus obat), psikologis (perasaan terhadap stressor), social (stressor di luar individu: pendidikan, ekonomi, pekerjaan, keluarga).

5. Faktor Predisposisi

Faktor yang mendukung terjadinya masalah meliputi fisiologis, biologis, psikologis dan social. Meliputi riwayat kejang, trauma kepala, riwayat tumbuh kembang yang tidak normal, adanya pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami pasien selama fase perkembangan (kegagalan, kehilangan, perpisahan, kematian, trauma selama tumbuh).

Adanya kelemahan otot maupun ketidak lengkapan anggota tubuh dapat menjadi factor penyebab *self care* tidak dapat terpenuhi.

6. Riwayat Kesehatan Sebelumnya

Berupa data riwayat gangguan jiwa pasien dimasa lalu. Dapat berupa respon koping pasien, adaptasi, pengalaman menjadi pelaku atau korban kekerasan, pengalaman menjadi pelaku atau korban aniyaya seksual, riwayat di Rumah Sakit Jiwa, dan riwayat kambuh.

7. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga, riwayat gangguan jiwa keluarga, genogram (3 generasi). Apakah ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa, apabila ada bagaimana hubungan dengan pasien dan anggota keluarga yang lain. Factor genetic dapat mempengaruhi kejiwaan seseorang.

8. Riwayat pengobatannya

Adakah pasien mengalami putus obat sehingga menyebabkan kekambuhan kembali. Atau penolakan pasien untuk meminum obat karena mengingkari penyakitnya.

9. Sumber Koping

Dikaji 4 hal yaitu: kemampuan personal terhadap masalah yang ditemukan, aset material (sumber daya dan sumber daya manusia yang mendukung pengobatan pasien: dana, jaminan kesehatan, orang yang mengantar berobat), sumber dukungan keluarga dan masyarakat, keyakinan positif terhadap pengobatan.

10. Mekanisme Koping

Data dari hasil wawancara :

1) Meliputi koping adaptif sampai dengan maladaptif

Ketika menghadapi masalah, tekanan dan peristiwa traumatik yang hebat, apa yang dilakukan pasien dalam menyelesaikan masalah tersebut.

2) Sumber Mekanisme koping: sumber dukungan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan.

11. Konsep diri

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan, pendirian, yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart dan Sudeen, 2007)

12. Gambaran diri atau citra tubuh.

Bagaimanakah persepsi pasien terhadap bentuk dan fungsi tubuhnya. Pengkajian juga meliputi pemeriksaan dan mengkaji adanya penurunan fungsi atau kehilangan anggota tubuh. Apakah pasien mampu menerima keadaan fisiknya. Adakah rasa penolakan terhadap tubuhnya yang mempengaruhi aktifitas klien dan hubungan klien dengan masyarakat sekitar.

13. Identitas diri

Berisi penilaian individu terhadap dirinya sendiri sebagai satu kesatuan yang utuh, konsisten dan unik. Memiliki otonomi sendiri, persepsinya terhadap jenis kelamin (adakah penolakan atau perilaku yang tidak sesuai dengan jenis kelaminnya saat ini). Meliputi pencapaian dan kedudukannya saat ini.

14. Peran diri

Peran terkait dengan tugas dan peran pasien sebagai individu, anggota keluarga, anggota kelompok dan anggota masyarakat.

15. Ideal diri

Persepsi pasien tentang perilaku yang harus dilakukan sesuai standart, aspirasi, tujuan dan nilai yang dilakukan. Hal ini berkaitan dengan adanya keinginan untuk menghindar dari kegagalan, rasa rendah diri. Sehingga individu mampu menyelaraskan antara persepsi diri, ideal diri dan tindakan sehingga menyerupai apa yang diinginkan (Keliat: 2010)

16. Harga diri

Bagaimana pandangan pasien tentang penilaian atau penghargaan orang lain terhadap dirinya dan kehidupannya. Pengkajian konsep diri tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien yang autistik dan mutisme

17. Hubungan sosial

Meliputi hubungan pasien dengan individu lain dalam kelompok. Pada pasien deficit perawatan diri umumnya ditemukan adanya perasaan yang tidak sesuai dengan kenyaaan hidupnya, ketidak rapian pakaian, adanya bau tidak sedap, terlihat menyendiri, mudah tersinggung, dll.

18. Spiritual

Meliputi pandangan dan keyakinan pasien tentang agama, adakah faham yang terlalu fanatic atau tidak sesuai dengan ajaran agama yang telah diajarkan. Sejauh mana penerapan ajaran agama pasien sebelum pasien sakit.

19. Pengkajian Status Mental

1) Penampilan

Pada pasien Defisit perawatan diri dapat ditemukan pengabaian terhadap penampilan yang ditandai dengan kondisi Rambut acak-acakan, kuku panjang dan kotor, kulit kotor, tidak pernah gosok gigi, cara berpakaian yang tidak semestinya.

2) Pembicaraan

Meliputi adanya pembicaraan yang sesuai dengan pertanyaan, kerancuan dalam berbicara, dan tidak ada respon atas pertanyaan yang diajukan. Pada pasien dengan deficit perawatan diri hal ini dapat ditemukan juga tidak.

3) Aktivitas motorik

- a. Hipomotorik: Lesu, pasif, segala aktivitas sehari-hari dengan bantuan perawat atau orang lain.
- b. Hipermotorik: Tegang, gelisah, tidak bisa tenang.
- c. TIK (gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol)
- d. Agitasi (kegelisahan motorik, mondar-mandir)
- e. Grimasen (gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol pasien)
- f. Tremor (Jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangannya dan menrentangkan jari-jari)
- g. Kompulsif (kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan)

4) Alam perasaan

Gambaran akan perasaan yang dirasakan pasien yang dapat dilihat dari wajah. Pasien umumnya menunjukkan ekspresi, terkesan datar, tidak terangsang secara emosional, perasaan yang berlebihan ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa (Hawari, 2000).

5) Afek

Afek adalah komponen pikiran ide yang terkait dengan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Afek terjadi karena klien berusaha membuat jarak dengan perasaan tertentu.

- a. Datar (saat dilakukan wawancara pasien tidak menunjukkan perubahan roman muka atau ekspresi wajah, juga saat diberikan stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan)
- b. Tumpul (Pasien hanya mau bereaksi atau memberi respon jika diberikan stimulus yang kuat, misalnya ditepuk atau diberikan pertanyaan dengan intonasi yang keras)
- c. Berlebihan reaksi yang berlebihan pada suatu keadaan. Missal kesedihan berlarut karena kehilangan kucing.
- d. Tidak sesuai (emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada)

6) Interaksi selama wawancara

Pada pasien dengan deficit perawatan diri biasanya akan tercium bau tidak sedap, pasien akan nampak malu jika didekati orang lain, dan menghindari kontak mata jika didapatkan masalah harga diri rendah.

7) Persepsi

kemampuan mengidentifikasi dan menginterpretasi-kan stimulus sesuai dengan informasi yang diterima melalui panca indra.

8) Proses pikir

Proses pengolahan informasi yang berfungsi dengan baik sehingga menghasilkan proses komunikasi efektif. Data diperoleh melalui observasi selama wawancara, dan dapat ditemukan proses pikir Sirkumtansial, berbelit-belit, tidak logis, arah pembicaraan yang tidak menentu, dll.

9) Isi pikir

Dapat diketahui dari wawancara dengan pasien ditemukan adanya Obsesi, Phobia, Ide terkait, Depersonalisasi.

10) Waham

Adanya kesalahan keyakinan seseorang yang berdasarkan penilaian realitas yang salah, keyakinan yang tidak konsisten, dan ketidak mampuan merespons stimulus internal dan eksternal melalui proses interaksi/informasi (Iyus Yoseph, 2014)

11) Tingkat kesadaran dan orientasi

Kemampuan individu dalam meng-identifikasi dirinya dan lingkungannya. Pasien dapat mengidentifikasi waktu, tempat, orang dengan tepat. Pasien dengan deficit perawatan diri dapat mengalami penurunan kesadaran sehingga mengalami disorientasi yang ditandai dengan perubahan isi pikir, perasaan dan perilaku.

12) Memori

Adanya gangguan daya ingat baik jangka panjang maupun jangka pendek sehingga menyebabkan terjadinya kesalahan dalam melakukan perintah dan tugas yang diberikan. Sehingga perawatan harus memberikan informasi yang mudah untuk diingat.

13) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Jika konsentrasi terganggu pasien akan sangat mudah dialihkan oleh hal-hal kecil ketika dalam pembicaraan maupun saat diberi tugas. Juga turunya kemampuan kognitif berupa penurunan kemampuan berhitung bisa saja terjadi.

Pada pasien dengan masalah deficit perawatan diri kedua hal tersebut mungkin saja ditemui.

14) Kemampuan penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan untuk memilih sesuatu dan tidak merasa kebingungan. Pasien dengan deficit perawatan diri akan bingung bila di suruh memilih antara aktifitas lain dan mandi.

15) Daya tilik diri

Pasien dapat menilai tentang dirinya sendiri dan mengevaluasi diri sendiri. Pasien dengan deficit perawatan diri pasien bisa mengatakan dirinya bau dan kotor ataupun menganggap dirinya cantik dan tampan meski tidak mandi.

16) Kebutuhan persiapan pulang

- a. Pasien mampu memenuhi kebutuhan *selfcare*nya berupa makan, *toileting*, mandi, berhias, berpakaian, dll. baik sebagian sampai mandiri. berupa mampu menyiapkan makan, makan, dapat meme.
- b. Penggunaan obat
Klien tahu Penggunaan obat (frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian) mampu meminum obatnya secara mandiri. Namun, tetap harus diawasi keluarga ketika ada di rumah.
- c. Pemeliharaan kesehatan
Fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk perawatan lanjutan setelah pulang
- d. Aktivitas di dalam rumah
Merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.
- e. Aktivitas di luar rumah
Belanja keperluan sehari-hari, pergi keluar rumah menggunakan kendaraan atau jalan kaki.

2.4.2 Pohon masalah



Gambar 2.1: Pohon Masalah Defisit Perawatan diri

2.4.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis yang dapat ditegakkan pada masalah keperawatan deficit perawatan diri menurut Fitria (2014) yaitu:

1. Defisit perawatan diri kebersihan diri, berpakaian, dan berhias, makan, *toileting*.
2. Isolasi sosial
3. Harga diri rendah

2.4.4 Rencana Intervensi (Fitria, 2014)

1. Tindakan Keperawatan untuk Pasien

Strategi Pelaksanaan 1 (SP 1)

- 1) Mengkaji kemampuan klien melakukan perawatan diri meliputi mandi/ kebersihan diri, berpakaian/ berhias, makan, serta BAB/ BAK secara mandiri.
- 2) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Strategi Pelaksanaan 2 (SP 2)

- 1) Mengevaluasi jadwal harian kegiatan pasien
- 2) Memberikan latihan cara melakukan berpakaian/ berhias secara mandiri
- 3) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Strategi Pelaksanaan 3 (SP 3)

- 1) Mengevaluasi jadwal harian kegiatan pasien
- 2) Memberikan latihan cara makan secara mandiri
- 3) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

Strategi Pelaksanaan 4 (SP 4)

- 1) Mengevaluasi jadwal harian kegiatan pasien
- 2) Memberikan latihan cara BAB/ BAK secara mandiri.
- 3) Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

2. Tindakan Keperawatan pada Keluarga

Strategi Pelaksanaan 1 (SP 1)

- 1) Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan pasien untuk menjaga perawatan diri

Strategi Pelaksanaan 2 (SP 2)

- 1) Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat diri klien dan membantu mengingatkan klien dalam merawat diri (sesuai jadwal yang telah di sepakati)
- 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat klien yang mengalami deficit perawatan diri.

Strategi Pelaksanaan 3 (SP 3)

- 1) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam merawat diri.
- 2) Menjelaskan follow up klien setelah pulang.

2.4.5 Implementasi

Berbincang-bincang dan mengajarkan pasien secara langsung tentang tata cara mandi, menggunakan alat mandi, berpakaian, cara mengancingkan baju,

menggunakan pakaian dalam, menggunakan celana atau rok, berhias, mencukur, menggunakan alat makan, mengambil dan mengunyah makanan, dll.

2.4.6 Evaluasi

Mengidentifikasi perkembangan kemampuan pasien dalam memenuhi *self care*nya baik dengan atau tanpa bantuan orang lain. Dan mengidentifikasi adakah masalah lain yang belum teratasi atau muncul setelah dilakukan tindakan keperawatan.