

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Terapi Okupasi Personal Hygiene Pada Pasien Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri**

##### **1. Terapi Okupasi Personal Hygiene**

###### **a. Pengertian**

Terapi okupasi personal hygiene merupakan cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka secara fisik dan psikisnya. Dalam kehidupan sehari-hari. Kebersihan merupakan hal yang sangat penting dan harus diperhatikan karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan dan psikis seseorang. Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Pasien dinyatakan terganggu kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya dan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes, 2000). Karena aktivitas perawatan diri menurun terjadi defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa. Defisit perawatan diri tampak dari ketidak mampuan merawat kebersihan diri, makan, berhias diri dan eliminasi secara mandiri (Keliat, 2010).

Personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya menurut Potter&Perry pada tahun 2005 (Dermawan & Rusdi, 2013). Penelitian Abdul jalil (2015) dengan judul “Faktor yang Mempengaruhi Penurunan Kemampuan Pasien Skizofrenia dalam Melakukan Perawatan di Rumah Sakit Jiwa“, menunjukkan bahwa masalah keperawatan pada pasien skizofrenia seperti isolasi sosial, waham, risiko perilaku kekerasan, dan halusinasi berpengaruh pada kemampuan perawatan diri pasien skizofrenia. Hal ini menyebabkan pasien mengalami defisit perawatan diri yang signifikan, tidak memperhatikan kebutuhan hygiene dan berhias. Masalah emosional juga menyebabkan pasien menjadi malas makan dan malas mandi. Penurunan kemampuan perawatan diri dapat dipicu oleh adanya peningkatan kecemasan yang timbul akibat pikiran waham, halusinasi, perilaku kekerasan. Selain itu, hambatan hubungan sosial dapat memperburuk kemampuan perawatan diri.

#### b. Tujuan

Terapi okupasi personal hygiene bertujuan untuk melatih pasien untuk mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri. Tujuan dari tindakan okupasi personal hygiene bertujuan untuk; 1) pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri. 2) pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara mandiri. 3). Pasien mampu melakukan makan dengan baik. 4). Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri (Dermawan & Rusdi, 2013)

Tujuan lain dari terapi okupasi personal hygiene yaitu pada pasien dengan defisit perawatan diri yaitu dapat meningkatkan kemandirian pasien skizofrenia dalam perawatan diri secara mandiri (Skizofrenia, Rsjd, Soedjarwadi, Soedjarwadi, & Jawa, 2018)

c. Manfaat

Terapi okupasi personal hygiene bertujuan untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam memelihara kebersihan dirinya secara mandiri dan melatih serta memotivasi klien defisit perawatan diri agar mampu melakukan perawatan diri secara mandiri

d. Prosedur Terapi Okupasi Personal Hygiene

Dalam buku dasar-dasar keperawatan jiwa (Nasir & Muhith, 2011) disebutkan bahwa terapi okupasi memiliki prosedur sebagai berikut:

1) metode

Terapi okupasi dapat dilakukan baik secara individual maupun kelompok, tergantung dari keadaan pasien, tujuan terapi, dan lain-lain.

a) Metode individual dilakukan untuk:

- (1) Pasien baru yang bertujuan untuk mendapatkan lebih banyak informasi dan sekaligus untuk evaluasi pasien.
- (2) Pasien yang belum dapat atau mampu berinteraksi dengan cukup baik di dalam suatu kelompok sehingga dianggap akan mengganggu kelancaran suatu kelompok apabila dia dimasukkan dalam kelompok tersebut.

- (3) Pasien yang sedang menjalani latihan kerja dengan tujuan agar terapis dapat mengevaluasi pasien lebih efektif.
- b) Metode kelompok dilakukan untuk: pasien lama atas dasar seleksi dengan masalah atau hamper bersamaan, atau dalam melakukan suatu aktivitas untuk tujuan tertentu bagi beberapa pasien sekaligus. Sebelum memulai harus mempersiapkan terlebih dahulu segala sesuatunya yang menyangkut pelaksanaan kegiatan tersebut. Pasien juga perlu dipersiapkan dengan cara memperkenalkan kegiatan dan menjelaskan tujuan pelaksanaan kegiatan tersebut sehingga dia atau mereka lebih mengerti dan berusaha untuk ikut aktif. Jumlah anggota dalam suatu kelompok disesuaikan dengan jenis aktivitas yang akan dilakukan dan kemampuan terapis mengawasi.
- c) Waktu. Okupasi terapi dilakukan 30 menit setiap sesi baik yang individu maupun kelompok setiap hari, dua kali atau tiga kali seminggu tergantung tujuan terapi, tersedia tenaga dan fasilitas dan sebagainya. Sesi ini dibagi menjadi dua bagian yaitu 15 menit untuk menyelesaikan kegiatan kegiatan dan 15 menit untuk diskusi. Dalam diskusi ini dibicarakan mengenai pelaksanaan kegiatan tersebut, antara lain kesulitan yang dihadapi, kesan mengarahkan diskusi tersebut kearah yang sesuai dengan tujuan terapi.
- d) Terminasi. Keikutsertaan seseorang pasien dalam kegiatan terapi okupasi dapat diakhiri dengan dasar bahwa pasien dianggap telah mampu mengatasi persoalan, pasien dianggap tidak akan berkembang lagi, dan pasien dianggap perlu mengikuti program lainnya sebelum terapi okupasi

## 2. Definisi Defisit Perawatan Diri

### a. Pengertian

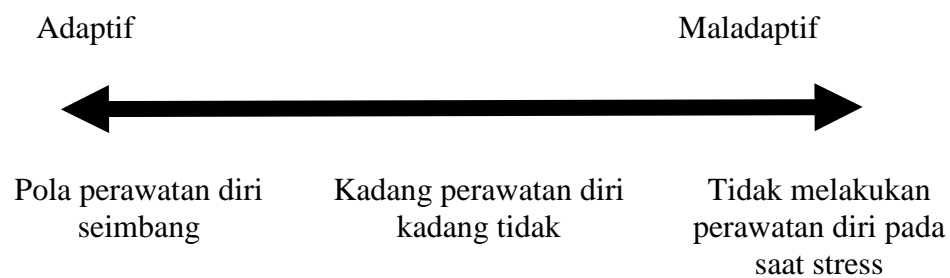
Perawatan diri adalah salah satu kemampuan manusia dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien bisa dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri (Depkes, 2000).

Menurut Dermawan & Rusdi (2013) Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri seperti mandi,berhias,makan,toileting. Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat (Yusuf, Rizky & Hanik, 2015).

b. Rentang Respon Defisit Perawatan Diri

Dermawan (2013) menyatakan bahwa rentang respon defisit perawatan diri sebagai berikut :



Sumber: Dermawan (2013)

Gambar 1 Rentang Respon

- 1) Pola perawatan diri seimbang : saat klien mendapatkan stresor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
- 2) Kadang perawatan diri kadang tidak: saat klien mendapatkan stresor kadang – kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya,
- 3) Tidak melakukan perawatan diri : klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stresor.

c. Etiologi

Tarwoto dan Wartonah (2010) menyatakan bahwa penyebab kurang perawatan diri adalah :

- 1) Kelelahan fisik dan
- 2) Penurunan kesadaran

Dermawan & Rusdi (2013), menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah:

1) Body image

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

2) Praktik sosial

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

3) Status sosial ekonomi

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

4) Pengetahuan

Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien menderita diabetes melitus ia harus menjaga kebersihan kakinya.

5) Budaya

Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

6) Kebiasaan seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, sampo dan lain-lain.

## 7) Kondisi fisik atau psikis

Pada keadaan tertentu/sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya.

### d. Tanda dan Gejala

Dermawan & Rusdi (2013) menyatakan tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah :

#### a. Fisik

- 1) Badan bau, pakaian kotor.
- 2) Rambut dan kulit kotor.
- 3) Kuku panjang dan kotor.
- 4) Gigi kotor disertai mulut bau.
- 5) Penampilan tidak rapi.

#### b. Psikologis

- 1) Malas, tidak ada inisiatif.
- 2) Menarik diri, isolasi diri.
- 3) Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.

#### c. Sosial

- 1) Interaksi kurang.
- 2) Kegiatan kurang.
- 3) Tidak mampu berperilaku sesuai norma.
- 4) Cara makan tidak teratur, BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.



Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), menyebutkan data yang biasa ditemukan dalam defisit perawatan diri adalah :

a. Data subjektif

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

b. Data obyektif

- 1) Rambut kotor, acak-acakan.
- 2) Badan dan pakaian kotor dan bau.
- 3) Mulut dan gigi bau.
- 4) Kulit kusam dan kotor.
- 5) Kuku panjang dan tidak terawat.

e. Dampak Defisit Perawatan Diri

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene ialah (Dermawan & Rusdi, 2013) :

1) Dampak fisik

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

## 2) Dampak psikososial

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

## f. Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri

Tindakan keperawatan untuk pasien (Dermawan & Rusdi, 2013)

### 1. Tujuan:

- a) Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
- b) Pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara mandiri
- c) Pasien mampu melakukan makan dengan baik
- d) Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri

### 2. Tindakan Keperawatan

- a) Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri

Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri, saudara dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:

- 1) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
- 2) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
- 3) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
- 4) Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri

- b) Melatih pasien berdandan/berhias

Sebagai perawat dapat melatih pasien berdandan. Untuk pasien laki-laki tentu harus dibedakan dengan wanita.

Untuk pasien laki-laki latihannya meliputi:

- 1) Berpakaian
- 2) Menyisir rambut
- 3) Bercukur

Untuk pasien wanita latihannya meliputi:

- 1) Berpakaian
- 2) Menyisir rambut
- 3) Berhias
- c) Melatih pasien makan secara mandiri

Untuk melatih makan pasien perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut:

- 1) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
- 2) Menjelaskan cara makan yang tertib
- 3) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan
- 4) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
- d) Menganjurkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri

Melatih pasien untuk BAB dan BAK secara mandiri sesuai tahapan berikut:

- 1) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
- 2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
- 3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Okupasi personal Hygiene Pada Pasien Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri**

### **1. Pengkajian**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Defisit perawatan diri merupakan tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

a. Gejala dan tanda mayor pada deficit perawatan diri

1) Subjektif

Menolak melakukan perawatan diri

2) Objektif

a) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri

b) Minat melakukan perawatan diri kurang

1. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) rumusan diagnose defisit perawatan diri yaitu:

P: defisit perawatan diri

Diagnosa Keperawatan: defisit perawatan diri.

2. Perencanaan/Intervensi

Menurut Keliat (2006) Defisit perawatan diri merupakan core problem atau diagnosa utama dalam pohon masalah di atas, berikut ini adalah rencana asuhan keperawatan dari defisit perawatan diri:

a. Tujuan Umum (TUM)

Pasien dapat memelihara kebersihan diri secara mandiri.

b. Tujuan Khusus (TUK)

1) Klien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil :

a) Ekspresi wajah bersahabat

- b) menunjukkan rasa senang
- c) klien bersedia berjabat tangan
- d) klien bersedia menyebutkan nama
- e) ada kontak mata
- f) klien bersedia duduk berdampingan dengan perawat
- g) klien bersedia mengutarakan masalah yang dhadapinya.

Rencana tindakan keperawatan :

- a) sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal
  - b) perkenalkan diri dengan sopan
  - c) tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan
  - d) jelaskan tujuan pertemuan
  - e) jujur dan menepati janji
  - f) tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
  - g) beri perhatian pada pemenuhan kebutuhan dasar klien.
- 2) Mengidentifikasi kebersihan diri klien

Kriteria hasil :

Klien dapat menyebutkan kebersihan dirinya

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Kaji pengetahuan klien tentang kebersihan diri dan tandanya
  - b) Beri kesempatan klien untuk menjawab pertanyaan
  - c) Berikan pujian terhadap kemampuan klien menjawab pertanyaan
- 3) Menjelaskan pentingnya kebersihan diri

Kriteria hasil :

Klien dapat memahami pentingnya kebersihan diri

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
- b) Meminta klien menjelaskan kembali pentingnya kebersihan diri
- c) Diskusikan dengan klien tentang kebersihan diri
- d) Beri penguatan positif atas jawabannya
- 4) Menjelaskan peralatan yang digunakan untuk menjaga kebersihan diri dan cara melakukan kebersihan diri

Kriteria hasil :

Klien dapat menyebutkan dan dapat mendemonstrasikan dengan alat kebersihan

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Menjelaskan alat yang dibutuhkan dan cara membersihkan diri
- b) Memperagakan cara membersihkan diri dan mempergunakan alat untuk membersihkan diri
- c) Meminta klien untuk memperagakan ulang alat dan cara kebersihan diri
- d) Beri pujian positif terhadap klien
- 5) Menjelaskan cara makan yang benar

Kriteria hasil :

Klien dapat mengerti cara makan yang benar

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Menjelaskan cara makan yang benar
- b) Beri kesempatan klien untuk bertanya dan mendemonstrasikan cara yang benar
- c) Memberi pujian positif terhadap klien
- 6) Menjelaskan cara mandi yang benar

Kriteria hasil :

Klien dapat mengerti cara mandi yang benar

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Menjelaskan cara mandi yang benar
- b) Beri kesempatan klien untuk bertanya dan mendemonstrasikan cara yang benar
- c) Memberi pujian positif terhadap klien
- 7) Menjelaskan cara berdandan yang benar

Kriteria hasil :

Klien dapat mengerti cara berdandan yang benar

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Menjelaskan cara berdandan yang benar
- b) Beri kesempatan klien untuk bertanya dan mendemonstrasikan cara yang benar
- c) Member pujian positif terhadap klien
- 8) Menjelaskan cara toileting yang benar

Kriteria hasil :

Klien dapat mengerti cara toileting yang benar

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Menjelaskan cara toileting yang benar
- b) Beri kesempatan klien untuk bertanya dan mendemonstrasikan cara yang benar
- c) Member pujian positif terhadap klien
- 9) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien

Kriteria hasil :

Keluarga dapat mengerti tentang merawat klien

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Menjelaskan kepada keluarga tentang pengertian tanda dan gejala defisit perawatan diri, dan jenis perawatan diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya
- b) Menjelaskan kepada keluarga cara-cara merawat pasien defisit perawatan diri
- c) Beri kesempatan keluarga untuk bertanya
- d) Beri pujian positif terhadap keluarga

### 3. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2010).

Pelaksanaan adalah tindakan keperawatan merupakan aplikasi dari rencana yang telah disusun sebelumnya dimana tujuan dari pelaksanaan ini adalah memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan tindakan dalam kasus sudah dapat dilaksanakan, namun dalam pelaksanaan ada beberapa tindakan yang tidak bisa dilaksanakan karena disesuaikan dengan keadaan ruangan serta keterbatasan waktu penulis dalam perawatan pasien (Kozier & Berman, 2010)

### 4. Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SO (subjektif, objektif, adapun komponen SOAP yaitu S (subjektif) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan , O (objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang



dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, apakah ancaman terhadap integritas fisik atau sistem diri pasien berkurang dalam sifat, jumlah, asal, atau waktunya, apakah perilaku pasien mencerminkan defisit perawatan diri tingkat ringan, atau tingkat yang lebih berat (Rohmah, 2016).

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan menanyakan kepada pasien langsung.

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.