

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses berpikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek atau emosi, kamauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi perilaku bizar (aneh). Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas. Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik yang paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif maupun respon emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Skizofrenia sering pula diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang panca indra) (Azizah, 2016).

Diagnosis Skizofrenia ditegakkan oleh dokter pada masa remaja akhir atau awal masa dewasa, jarang terjadi di masa kanak-kanak. Insiden puncak onset adalah 15 sampai 25 tahun untuk pria, dan 25 sampai 35 tahun untuk wanita (Mashudi, 2021). Pada penderita skizofrenia, ditemukan penurunan kadar transtiretin atau pra-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin, yang menyebabkan permasalahan pada *fluida cerebrospinal*. Skizofrenia ini bisa mengenai siapa saja. Perilaku yang berhubungan dengan masalah-masalah proses informasi yang terkait dengan skizofrenia disebut sebagai defisit kognisi. Perilaku ini termasuk semua aspek seperti ingatan, perhatian, bentuk dan jumlah ucapan

(kelainan pikiran formal), pengambilan keputusan, dan juga delusi (bentuk dan isi pikiran) (Azizah, 2016).

2. Etiologi Skizofrenia

Menurut *Videbeck* (2020) terdapat 2 faktor yang merupakan penyebab dari skizofrenia yaitu :

a Faktor Predisposisi

Terdapat beberapa faktor predisposisi dari penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologisnya. Hal tersebut dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15% terkena skizofrenia, angka ini meningkat sampai dengan 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa seorang penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal tersebut dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography (CT-Scan)* menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography (PET)* menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen, metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal

otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan juga fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan juga frontal individu penderita skizofrenia.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitter otak pada penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak pasien penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim akan mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan menyelesaikan perkembangan awal psikososial. Contohnya seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya, dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia parah tampak pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada..

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi yang tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan juga perasaan putus asa.

b Faktor Presipitasi

Terdapat beberapa faktor presipitasi dari penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi, gangguan komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu Gejala

Pemicu merupakan prekursor dan juga stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang umumnya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, serta perilaku individu (*Videbeck, 2020*).

3. Tanda Dan Gejala Skizofrenia

Menurut Azizah (2016), indikator premorbid (pra-sakit) pra-skizofrenia antara lain, ketidakmampuan seseorang mengekspresikan emosi seperti wajah dingin, jarang tersenyum, dan acuh tak acuh. Selain itu terdapat pula penyimpangan komunikasi seperti pasien sulit melakukan pembicaraan terarah, kadang menyimpang (tanjential) atau berputar-putar (sirkumstantial). Gangguan atensi juga kerap terjadi seperti penderita tidak mampu memfokuskan, mempertahankan,

atau memindahkan atensi. Tak lupa gangguan perilaku seperti menjadi pemalu, tertutup, menarik diri secara sosial, tidak bisa menikmati rasa senang, menantang tanpa alasan jelas, mengganggu dan tak disiplin menjadi gejala pra-skizofrenia.

Menurut Mashudi (2021), gejala-gejala dari penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

a Gejala Positif

Gejala positif adalah gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan juga masyarakat serta merupakan salah satu motivasi dari keluarga untuk membawa pasien berobat. Gejala-gejala positif adalah sebagai berikut :

1) Waham

Waham adalah keyakinan yang salah atau tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang.

2) Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal.

3) Perubahan Arus Pikir

a) Arus pikir terputus : dalam berbicara tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.

b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

c) Neologisme : berbicara menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.

4) Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku yang dimaksud seperti gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, yang

ditunjukkan dengan perilaku marah, merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya, berpikiran penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.

b Gejala Negatif

Gejala negatif skizofrenia adalah gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, maka dari itu pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat. Gejala-gejala negatif yang dimaksud yaitu:

- 1) Alam perasaan (*affect*) tumpul dan mendatar, ini terlihat dari wajah pasien yang tidak menunjukkan ekspresi.
- 2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul maupun kontak dengan orang lain serta suka melamun (*day dreaming*).
- 3) Kontak emosional amat miskin, sulit bila diajak bicara, dan pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan di lingkungan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak
- 6) Pola berpikir stereotip

4. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Azizah (2016), terdapat beberapa klasifikasi atau jenis-jenis dari skizofrenia antara lain :

- a Skizofrenia simpleks : dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b Skizofrenia hebefrenik : dengan gejala utama gangguan proses fikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c Skizofrenia katatonik : dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.

- d Skizofrenia paranoid : dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- e Episoda Skizofrenia Akut (*lir schizoprenia*), adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f Skizofrenia psiko-afektif, yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g Skizofrenia residual adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

Pada umumnya, gangguan skizofrenia yang terjadi pada lansia adalah skizofrenia paranoid, simplek dan latent. Karena sulitnya dalam pelayanan keluarga, para lansia dengan gangguan kejiwaan tersebut menjadi kurang terurus karena perangnya dan tingkah lakunya yang tidak menyenangkan orang lain, seperti curiga berlebihan, galak, bersikap bermusuhan, dan kadang-kadang baik pria ataupun wanita perilaku seksualnya sangat menonjol walaupun dalam bentuk perkataan yang konotasinya jorok dan juga porno (walaupun tidak selalu).

5. Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan atau pengobatan pada klien dengan skizofrenia menurut Mashudi (2021) adalah sebagai berikut:

a Psikofarmaka

Obat psikofarmaka ditujukan pada pasien dengan gangguan fungsi neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis yang ada dapat dihilangkan. Obat psikofarmaka lebih berkhasiat menghasilkan gejala negatif skizofrenia daripada gejala positif skizofrenia atau sebaliknya, ada juga yang lebih cepat menimbulkan efek samping dan lain sebagainya. Beberapa contoh obat psikofarmaka yang

beredar di Indonesia yang termasuk obat golongan generasi pertama yaitu *Chlorpromazine HCl*, *Trifluoperazine HCl*, *Thioridazine HCl*, dan *Haloperidol*. Yang termasuk obat golongan generasi kedua yaitu *Risperidone*, *Paliperidone*, *Clozapine*, *Quetiapine*, *Olanzapine*, dan *Aripiprazole*. Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (*typical*) maupun generasi kedua (*atypical*) pada pemakaian jangka panjang sering menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan *typical* khususnya berkhasiat dalam mengatasi gejala-gejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Sementara itu pada penderita skizofrenia dengan gejala negative, pemakaian golongan *typical* kurang memberikan respon. Selain itu obat golongan *typical* tidak memberikan efek yang baik pada pemulihan fungsi kognitif penderita. Obat golongan *typical* sering kali menimbulkan efek samping berupa gejala ekstra piramidal (EPS).

b Terapi Psikososial

Terapi psikososial dilakukan agar penderita skizofrenia mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak akan menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Penderita yang menjalani terapi psikososial hendaknya tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka sebagaimana juga hanya waktu menjalani psikoterapi. Psikoterapi suportif atau kelompok dapat membantu pasien dan memberikan bimbingan yang praktis bermaksud untuk mengembalikan pasien kembali ke masyarakat. Terapi perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, merawat diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal. Perilaku adaptif didorong

dengan pemberian pujian atau hadiah yang diharapkan sehingga frekuensi perilaku maladaptif dapat diturunkan.

c Terapi Elektro-Konvulsi (TEK)

Terapi elektro-konvulsi (TEK) baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terhadap skizofrenia simpleks efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.

B. Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia

1. Definisi (Pengertian)

Defisit Perawatan Diri merupakan suatu keadaan atau kondisi seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI, 2016). Menurut Yusuf, Fitryasari dan Nihayati (2015), defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-harinya secara mandiri.

Defisit perawatan diri kerap kali dihubungkan dengan tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan juga penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri ini merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian dalam merawat dirinya. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif sehingga dapat menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun lingkungan masyarakat (Yusuf, Fitryasari dan Nihayati, 2015).

2. Data Mayor Dan Minor

Berdasarkan PPNI (2016), terdapat data gejala tanda mayor dan minor pada pasien yang akan diangkat diagnosis deficit perawatan diri yaitu:

a Gejala dan Tanda Mayor

1) Data Subjektif

1. Menolak melakukan perawatan diri

2) Data Objektif

1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri

2. Minat melakukan perawatan kurang.

b Gejala dan Tanda Minor

1) Data Subjektif

(tidak tersedia)

2) Data Objektif

(tidak tersedia)

3. Faktor Penyebab

Berikut ini faktor penyebab yang dapat menimbulkan tanda gejala defisit perawatan diri Menurut PPNI (2016) adalah sebagai berikut :

1. Gangguan muskuloskeletal
2. Gangguan neuromuskuler
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
5. Penurunan motivasi/minat.

4. Penatalaksanaan

Terdapat berbagai penatalaksanaan dalam perawatan pasien skizofrenia dengan defisit perawatan diri. Intervensi utama yang dapat dipilih adalah dukungan perawatan diri yang nantinya dapat dispesifikan sesuai dengan

kebutuhan dari pasien yang ditemukan (PPNI, 2018). Dengan dilakukannya dukungan perawatan diri tersebut, maka diharapkan masalah defisit perawatan diri tersebut dapat teratasi dan perawatan diri pasien dapat meningkat dengan kriteria hasil dan juga tujuan yang ingin dicapai seperti verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri dan juga minat melakukan perawatan diri dapat meningkat (PPNI, 2019). Selain secara umum tersebut, tujuan dilakukan dukungan perawatan diri pada pasien dengan masalah defisit perawatan diri adalah pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri, pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik, pasien mampu melakukan makan dengan baik, pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri (Yusuf, Fitryasari dan Nihayati, 2015).

Untuk membantu meningkatkan keberhasilan dukungan perawatan diri, pemberian intervensi keperawatan jiwa non farmakologi yang dapat diberikan untuk membantu penanganan pasien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri, tindakan tersebut adalah *personal hygiene occupational therapy* atau terapi okupasi personal higiene. Menurut Yusuf, Fitryasari, dan Nihayati (2015), *personal hygiene occupational therapy* atau terapi okupasi personal higiene adalah terapi penyembuhan atau pemulihan terhadap individu dengan menggunakan aktivitas yang bertujuan sesuai dengan kebutuhan masing-masing individu, yang dalam hal ini adalah aktivitas perawatan dan kebersihan diri. Kolaborasi terapi ini dapat membantu juga untuk seseorang menguasai keterampilan motorik halus dengan lebih baik. Keterampilan motorik halus ini adalah kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu dengan otot-otot kecil yang ada di dalam tangan yang dalam hal ini berhubungan dengan perawatan diri

seperti kegiatan menggosok gigi, mengancing baju, mengikat sepatu, menyisir rambut dan lain lain sehingga pasien skizofrenia yang mengalami masalah defisit perawatan diri menjadi mampu untuk merawat dirinya lebih baik (Azizah, 2016).

C. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan dari klien. Pengkajian keperawatan ini merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta dan juga kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono, 2016).

Pengkajian keperawatan merupakan pencatatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah yang terjadi pada pasien (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Pada pasien skizofrenia data yang dikaji meliputi identitas pasien, keluhan utama, status mental, konsep diri, mekanisme koping, masalah psikososial lingkungan, sampai dengan aspek medis terkait (Mashudi, 2021).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual, risiko, dan potensial) dari individu atau kelompok (Budiono, 2016). Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan merupakan dasar penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosa medis, sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

Dalam penelitian ini diagnosis keperawatan yang difokuskan yaitu pasien skizofrenia dengan diagnosis keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan (b.d) gangguan psikologis atau psikotik dibuktikan dengan (d.d) pasien menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, dan minat melakukan perawatan diri kurang. Data tersebut harus minimal mencakup 80% dari data mayor dalam SDKI (PPNI, 2016).

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan juga mengatasi permasalahan yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan

efektif dan efisien (Budiono, 2016). Perencanaan keperawatan merupakan suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah yang telah ada dan prioritasnya, perumusan tujuan serta kriteria hasil, rencana tindakan dan juga penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

Adapun perencanaan keperawatan yang terdiri dari diagnosis, tujuan dan kriteria hasil serta intervensi yang akan digunakan dalam penelitian ini diuraikan pada tabel-tabel dibawah ini

Tabel 1
Kajian Teori Rencana Keperawatan Pasien Skizofrenia Dengan Label
Intervensi Dukungan Perawatan Diri Di Wilayah Kerja
Puskesmas I Denpasar Barat Tahun 2022

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</p> <p>Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat. <p>Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan diri <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/ 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x... pertemuan diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Kemampuan makan meningkat (5) 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 7. Mempertahankan kebersihan diri 	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan 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 untuk

1	2	3
Mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri	meningkat (5)	menerima keadaan ketergantungan
2. Minat melakukan perawatan kurang.	8. Mempertahankan kebersihan meningkat (5) (PPNI, 2019)	mulut 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
Gejala dan Tanda Minor		6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
Data Subjektif :		Edukasi
(tidak tersedia)		1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
Data Objektif		(PPNI, 2018)
(tidak tersedia)		
Kondisi Klinis Terkait :		
1. Stroke		
2. Cedera medula spinalis		
3. Depresi		
4. Arthritis reumatoid		
5. Retardasi mental		
6. Delirium		
7. Demensia		
8. Gangguan amnestik		
9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain		
10. Fungsi penilaian terganggu		
Keterangan:		
Diagnosis ini dispesifikan menjadi salah satu atau lebih dari :		
1. Mandi		
2. Berpakaian		
3. Makan		
4. Toileting		
5. Berhias		

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

Tabel 2
Kajian Teori Rencana Keperawatan Pasien Skizofrenia Dengan Label Intervensi
Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK Di Wilayah Kerja
Puskesmas I Denpasar Barat Tahun 2022

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</p> <p>Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat. <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan diri <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan kurang. <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Data Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Data Objektif (tidak tersedia)</p> <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 3. Depresi 4. Arthritis reumatoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia 8. Gangguan amnestik 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x... pertemuan diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkatkan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Kemampuan makan meningkat (5) 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5) 8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5) (PPNI, 2019) 	<p>Dukungan perawatan diri : BAB / BAK (I.11349)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan BAK / BAB sesuai usia 2. Monitor integritas kulit pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2. Dukungan penggunaan toilet/ <i>commode</i>/pispot/urinal secara konsisten 3. Jaga privasi selama eliminasi 4. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu 5. Bersihkan alat bantu BAK/ BAB setelah digunakan 6. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 7. Sediakan alat bantu (mis.kateter eksternal, urinal), jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin 2. Anjurkan ke kamar mandi / toilet, jika perlu (PPNI, 2018).

1	2	3
9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain		
10. Fungsi penilaian terganggu		

Keterangan:

Diagnosis ini dispesifikan menjadi salah satu atau lebih dari :

1. Mandi
2. Berpakaian
3. Makan
4. Toileting
5. Berhias

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

Tabel 3
Kajian Teori Rencana Keperawatan Pasien Skizofrenia Dengan Label Intervensi Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian Di Wilayah Kerja Puskesmas I Denpasar Barat Tahun 2022

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Defisit Perawatan Diri (D.0109) Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Penyebab : 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat. Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif : 1. Menolak melakukan perawatan diri Data Objektif : 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x... pertemuan diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Kemampuan makan meningkat (5) 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5)	Dukungan perawatan diri : Berpakaian (L.11350) Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian / berhias Terapeutik 1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau 2. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan 3. Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu 4. Fasilitasi berhias (mis. Menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) 5. Jaga privasi selama berpakaian 6. Tawarkan untuk <i>laundry</i> , jika perlu 7. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri.

1	2	3
toilet/berhias mandiri	secara	8. Mempertahankan kebersihan mulut
2. Minat perawatan kurang.	melakukan	meningkat (5) (PPNI, 2019)
Gejala dan Tanda Minor		Edukasi
Data Subjektif : (tidak tersedia)		1. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu
Data Objektif (tidak tersedia)		2. Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu (PPNI, 2018)

Kondisi Klinis Terkait :

1. Stroke
2. Cedera medula spinalis
3. Depresi
4. Arthritis reumatoid
5. Retardasi mental
6. Delirium
7. Demensia
8. Gangguan amnestik
9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
10. Fungsi penilaian terganggu

Keterangan:

Diagnosis ini dispesifikan menjadi salah satu atau lebih dari :

1. Mandi
2. Berpakaian
3. Makan
4. Toileting
5. Berhias

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

Tabel 4
Kajian Teori Rencana Keperawatan Pasien Skizofrenia Dengan Label Intervensi
Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum Di Wilayah Kerja
Puskesmas I Denpasar Barat Tahun 2022

Diagnosis keperawatan (SDKI)		Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3	
Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x... pertemuan diharapkan Perawatan Diri (L.1103)	Dukungan perawatan diri : Makan / Minum (I.11351) Observasi	1. Identifikasi diet yang dianjurkan
Definisi : Tidak mampu melakukan atau			

1	2	3
menyelesaikan aktivitas perawatan diri.	Meningkat dengan kriteria hasil :	2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu
Penyebab :	1. Kemampuan mandi meningkat (5)	Terapeutik
1. Gangguan muskuloskeletal	2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5)	1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
2. Gangguan neuromuskuler	3. Kemampuan makan meningkat (5)	2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
3. Kelemahan	4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5)	3. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik	5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5)	4. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
5. Penurunan motivasi/minat.	6. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5)	5. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
Gejala dan Tanda Mayor	7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5)	6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
Data Subjektif :	8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5) (PPNI, 2019)	7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai
1. Menolak melakukan perawatan diri		8. Berikan bantuan saat makan/minum, sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
Data Objektif :		9. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia
1. Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri		Edukasi
2. Minat melakukan perawatan kurang.		1. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan pengelihatian dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3)
Gejala dan Tanda Minor		Kolaborasi
Data Subjektif : (tidak tersedia)		1. Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetik), sesuai indikasi (PPNI, 2018)
Data Objektif (tidak tersedia)		
Kondisi Klinis Terkait :		
1. Stroke		
2. Cedera medula spinalis		
3. Depresi		
4. Arthritis reumatoid		
5. Retardasi mental		
6. Delirium		
7. Demensia		
8. Gangguan amnestik		
9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain		
10. Fungsi penilaian terganggu		
Keterangan:		
Diagnosis ini dispesifikan menjadi salah satu atau lebih dari :		
1. Mandi		
2. Berpakaian		
3. Makan		
4. Toileting		
5. Berhias		

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

Tabel 5
Kajian Teori Rencana Keperawatan Pasien Skizofrenia Dengan Label Intervensi
Dukungan Perawatan Diri : Mandi Di Wilayah Kerja
Puskesmas I Denpasar Barat Tahun 2022

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</p> <p>Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat. <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan diri <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan kurang. <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Data Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Data Objektif (tidak tersedia)</p> <p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 3. Depresi 4. Arthritis reumatoid 5. Retardasi mental 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x... pertemuan diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Kemampuan makan meningkat (5) 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5) 8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5) (PPNI, 2019) 	<p>Dukungan perawatan diri : Mandi (I.11352)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kuku, kulit) 4. Monitor integritas kulit <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, <i>shampoo</i>, pelembab kulit) 2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu. (PPNI, 2018)

	1	2	3
6.	Delirium		
7.	Demensia		
8.	Gangguan amnestik		
9.	Skizofrenia dan gangguan psikotik lain		
10.	Fungsi penilaian terganggu		

Keterangan:

Diagnosis ini dispesifikan menjadi salah satu atau lebih dari :

1. Mandi
2. Berpakaian
3. Makan
4. Toileting
5. Berhias

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi ini harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan juga kegiatan komunikasi (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan dalam implementasi juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Perawat harus mengetahui alasan bentuk setiap intervensi, baik itu intervensi keperawatan maupun intervensi terapeutik, yaitu memahami respon fisiologis, psikologis normal dan abnormal, mampu mengidentifikasi kebutuhan dan

pemulangan klien, serta mengenali aspek-aspek promotif kesehatan klien dan kebutuhan penyakitnya. Implementasi yang akan dilakukan seperti memonitor kemandirian, menjaga privasi, menyiapkan keperluan yang memungkinkan, edukasi perawatan diri yang konsisten, serta memotivasi pasien agar mau melakukan perawatan diri (Budiono, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan di awal dengan kenyataan yang ada pada klien, kegiatan ini dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna menentukan apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti and Mulyanti, 2017). Jika setelah dilakukan intervensi atau pelaksanaan keperawatan, kondisi atau kesehatan klien telah mencapai hasil yang sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan, maka kriteria hasil sudah terpenuhi. Jika klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan, maka pencapaian hasil sebagian saja dari kriteria hasil yang ditentukan terpenuhi, dengan begitu klien belum dapat mencapai hasil yang ditentukan. (Budiono, 2016).

Proses evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, seperti hal berikut:

- a. Evaluasi proses (Formatif) : evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

- b. Evaluasi Hasil (Sumatif) : evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, dan berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi serta kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Komponen format yang sering digunakan pada evaluasi adalah format SOAP untuk memudahkan perawat mengevaluasi perkembangan klien.

- a. S (Subjektif) : Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- b. O (Objektif) : Data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- c. A (Analisis/*Assesment*) : Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif sebelumnya.
- d. P (*Planning*) : merupakan perencanaan keperawatan yang akan perawat lanjutkan, hentikan, modifikasi, atau tambahkan dari rencana sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan atau tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.(Budiono, 2016).

Evaluasi yang diharapkan pada studi kasus ini adalah verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, Minat melakukan perawatan diri meningkat, Mempertahankan kebersihan diri meningkat, Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (PPNI, 2019).