

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan pada otak yang bersifat serius, kronis, dan dapat menimbulkan disabilitas, yang ditandai dengan ketidakteraturan proses berpikir, munculnya waham, delusi, halusinasi, risiko perilaku kekerasan, serta perilaku yang aneh atau bersifat katatonik. Gangguan ini menyebabkan munculnya perilaku psikotik, pola pikir yang kaku atau konkret, serta kesulitan dalam mengolah informasi, menjalin interaksi dengan orang lain, dan memecahkan masalah (Pardede et al., 2020). Selain itu, skizofrenia juga dapat dipahami sebagai suatu kondisi di mana terjadi keretakan pada kepribadian, sehingga fungsi berpikir, perasaan, dan perilaku individu mengalami gangguan. Pada individu yang sehat, ketiga aspek tersebut saling berkaitan dan berjalan selaras, sedangkan pada pasien skizofrenia keterkaitan tersebut dapat terputus, baik sebagian maupun seluruhnya (Simanjuntak, 2018). Skizofrenia adalah gangguan otak yang berat dan bersifat kronis yang mengakibatkan gangguan dalam proses berpikir, merasakan, dan berperilaku. Gangguan ini ditandai dengan adanya waham, delusi, halusinasi, serta perilaku yang tidak terorganisir atau bersifat katatonik.

2. Penyebab Skizofrenia

Menurut penyebab Skizofrenia antara lain :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a) Faktor genetic

Faktor genetik memainkan peran utama dalam memicu skizofrenia. Seorang anak yang lahir dari orang tua dengan skizofrenia meskipun diadopsi oleh keluarga tanpa riwayat gangguan tersebut, tetap memiliki risiko genetik yang diturunkan dari orang tua biologisnya. Anak dengan satu orang tua yang mengidap skizofrenia memiliki risiko sebesar 15% untuk mengalami kondisi serupa. Risiko ini meningkat hingga 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor neuroanatomi

Penderita skizofrenia menunjukkan adanya perubahan pada struktur otak. Kelainan yang terjadi mencakup penurunan jumlah jaringan otak, pembesaran ventrikel, serta penurunan aktivitas di beberapa area otak. Perubahan ini menyebabkan gangguan fungsi di bagian otak yang terdampak, terutama di area frontal dan temporal, yang mengalami penurunan volume.

c) Neurokimia

Dari segi neurokimia, sistem neurotransmitter di otak penderita skizofrenia berbeda dibandingkan dengan individu yang sehat. Gangguan dalam proses pengiriman sinyal persepsi menyebabkan sinyal tidak mencapai sel target dengan sempurna. Akibatnya, penderita skizofrenia sering mengalami gejala seperti halusinasi dan delusi.

2) Faktor psikologis

Dalam faktor psikologis, perkembangan psikososial yang tidak optimal sejak dini memiliki peran penting dalam munculnya skizofrenia. Konflik batin yang tidak terselesaikan dapat menyebabkan gangguan identitas, kesulitan dalam

mengendalikan diri, serta ketidakmampuan dalam menghadapi berbagai permasalahan.

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Individu dengan latar belakang sosial ekonomi rendah memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami skizofrenia. Hal ini berkaitan dengan faktor lingkungan yang tidak mendukung, seperti kondisi hidup yang buruk, keterbatasan akses terhadap nutrisi yang cukup, kurangnya perawatan selama masa kehamilan, serta perasaan putus asa yang dapat memicu munculnya skizofrenia.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan skizofrenia mencakup :

1) Biologis

Munculnya respons neurobiologis yang maladaptif dapat menyebabkan gangguan dalam memproses informasi serta kesulitan dalam menyaring rangsangan secara selektif, sehingga individu mengalami kesulitan dalam merespon stimulasi yang diterima.

2) Lingkungan

Tingkat toleransi seseorang terhadap stress yang telah dimiliki sejak lahir, dikombinasikan dengan tekanan dari lingkungan dapat menjadi indikator dalam menilai kondisi mental individu.

3) Pemicu gejala

Pemicu merujuk pada berbagai faktor yang memicu munculnya gejala suatu penyakit. Hal ini terjadi terutama ketika tubuh merespons rangsangan secara tidak tepat, baik dalam aspek kesehatan, perilaku, maupun lingkungan.

3. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Fitrikasari dkk. (2022) skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa tipe, yaitu:

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid adalah tipe skizofrenia yang delusi dan halusinasi tampak sangat menonjol sebagai gejala utama, sedangkan gangguan pada aspek afektif atau kemauan cenderung minimal, bahkan dalam beberapa kasus mungkin tidak muncul sama sekali.

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik adalah tipe skizofrenia yang dampak negatif tercermin dalam suasana hati yang tidak sesuai dengan keadaan sekitar, kecenderungan untuk menarik diri dari interaksi sosial, serta pola perilaku yang tidak terduga dan sulit diprediksi.

c. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik adalah tipe skizofrenia yang penderitanya dapat mengalami perubahan gerakan yang ekstrem, mulai dari pergerakan yang sangat cepat hingga ketidakmampuan untuk bergerak sama sekali. Bahkan, mereka mungkin mempertahankan postur tubuh yang tidak wajar dalam jangka waktu yang lama. Selain itu, kecemasan dan perilaku agresif juga sering menyertai individu dengan jenis skizofrenia ini.

d. Skizofrenia tidak terinci

Skizofrenia tidak terinci adalah tipe skizofrenia yang mengalami gejala tidak memiliki karakteristik yang cukup jelas untuk dimasukkan ke dalam kategori skizofrenia tertentu, seperti skizofrenia paranoid atau katatonik. Penderita

skizofrenia tak terinci menunjukkan kombinasi berbagai gejala skizofrenia tanpa ada satu gejala yang paling dominan.

e. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual adalah tipe skizofrenia yang gejala utama sebelumnya yang parah telah berkurang, masih terdapat gejala negatif yang bertahan dalam jangka waktu lama, seperti minimnya motivasi dan ekspresi emosi yang datar. f. Skizofrenia simpleks Skizofrenia simpleks dapat ditandai dengan penurunan yang signifikan dalam keterampilan sosial dan kemampuan bekerja. Penderita mengalami kesulitan dalam memenuhi tuntutan sosial serta kehilangan ketertarikan terhadap berbagai aktivitas.

4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Tiandini dkk., (2020) tanda dan gejala skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu gejala yang positif dan gejala yang negatif :

a. Gejala positif

- 1) Waham adalah keyakinan yang keliru, bertentangan dengan realistik, namun tetap diyakini dan disampingkan berulang kali. Contohnya termasuk waham dikejar (perasaan terus-menerus dikejar atau diancam), waham curiga (keyakinan bahwa orang lain memiliki niat buruk), dan waham kebesaran (perasaan memiliki kekuatan atau pengaruh yang luar biasa).
- 2) Halusinasi adalah gangguan persepsi indra yang terjadi tanpa adanya rangsangan eksternal. Hal ini dapat melibatkan berbagai indra, seperti mendengar suara (halusinasi pendengaran), melihat sesuatu yang tidak ada (halusinasi penglihatan), merasakan rasa yang aneh (halusinasi pengecapan),

mencium bau yang tidak nyata (halusinasi penciuman), atau merasakan sentuhan yang tidak ada (halusinasi perabaan).

3) Perubahan arus pikir :

a) Arus pikiran terputus : tiba-tiba kehilangan kemampuan untuk melanjutkan pembicaraan di tengah percakapan.

b) Inkoheren (kata yang digunakan tidak berhubungan) : berbicara dengan cara yang tidak sejalan atau tidak dapat dipahami oleh lawan bicara, sehingga pembicaraan menjadi kacau.

c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang diciptakan sendiri, yang hanya dimengerti oleh orang yang berbicara, namun tidak dipahami oleh orang lain

4) Perubahan perilaku dapat ditandai dengan penampilan atau cara berpakaian yang tidak biasa, gerakan yang dilakukan berulang-ulang atau bersifat stereotipik, serta perilaku sosial atau seksual yang tidak wajar dan tampak tidak memiliki tujuan.

b. Gejala negative

1) Anhedonia adalah tidak merasakan kegembiraan atau kenikmatan dalam hidup, aktivitas dan hubungan.

2) Apatis adalah ketidakpedulian terhadap orang, aktivitas dan peristiwa.

3) Asosialitas adalah penarikan diri dari pergaulan, sedikit atau tidak ada hubungan sama sekali, tidak adanya kedekatan.

4) Efek tumpul adalah rentang perasaan, nada, atau suasana hati yang terbatas.

5. Proses Patologis Skizofrenia

Gejala awal skizofrenia umumnya muncul pada masa remaja dan dapat memburuk akibat tekanan hidup, seperti memasuki dunia perkuliahan atau

kehilangan orang terdekat. Gejala ini berkembang secara bertahap dengan durasi yang bervariasi pada setiap individu. Setelah mengalami episode pertama dan didiagnosis skizofrenia, kondisi penderita biasanya menunjukkan perbaikan, di mana fungsi tubuh mulai dapat dikendalikan kembali. Namun, skizofrenia memiliki kecenderungan untuk kambuh, yang dapat menyebabkan kondisi penderita semakin memburuk. Penderita skizofrenia juga sangat rentan terhadap stres, dan seiring waktu, gejala positif akan berkurang, tetapi gejala negatif justru semakin memburuk, menyebabkan penderita kehilangan arah dan tujuan dalam hidup
Fitrikasari dkk., (2022)

B. Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan ketika individu tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri, sehingga diperlukan dukungan atau sistem bantuan untuk membantu pemenuhan kebutuhan tersebut (Erlando et al., 2019). Dalam konteks pelayanan kesehatan, defisit perawatan diri digunakan untuk menjelaskan kondisi individu yang mengalami keterbatasan dalam melaksanakan aktivitas perawatan diri dasar, seperti mandi, berpakaian, makan, serta aktivitas rutin lainnya. Keterbatasan ini dapat dipengaruhi oleh berbagai kondisi kesehatan, baik yang berasal dari gangguan fisik maupun gangguan mental (Received & E-mail, 2024).

Defisit perawatan diri ialah kondisi kesehatan fisik seseorang yang dapat mengakibatkan mengalami ketidakmampuan dalam menjaga kebersihan diri secara optimal dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai masalah kesehatan. Beberapa gangguan fisik yang dapat muncul meliputi kerusakan integritas kulit,

gangguan pada membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta berbagai permasalahan fisik lainnya (Indriani et al., 2021). Dengan demikian, defisit perawatan diri dapat dipahami sebagai kondisi ketidakmampuan individu dalam menjalankan aktivitas perawatan diri sehari-hari akibat adanya gangguan kesehatan fisik atau mental, yang berpotensi menimbulkan berbagai gangguan kesehatan fisik. Oleh sebab itu, diperlukan intervensi yang terstruktur dan berkesinambungan untuk membantu individu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.

2. Penyebab

Menurut PPNI (2016) yang merupakan faktor – faktor penyebab Defisit

Perawatan Diri sebagai berikut:

a) Gangguan muskuloskeletal

Gangguan muskuloskeletal adalah kelainan pada otot, tulang, sendi, ligamen, atau tendon yang menyebabkan keterbatasan gerak. Sistem ini sangat penting untuk aktivitas motorik, sehingga jika terganggu pasien kesulitan menjaga keseimbangan, kekuatan, dan mobilitas. Akibatnya, pasien tidak mampu melakukan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, atau eliminasi secara mandiri.

b) Gangguan neuromuskuler

Gangguan neuromuskuler terjadi ketika hubungan antara saraf dan otot terganggu, sehingga koordinasi, kontrol gerak, dan kekuatan tubuh menurun. Akibatnya, pasien kesulitan mengendalikan gerakan halus maupun kasar, sehingga tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

c) Kelemahan

Kelemahan fisik adalah kondisi menurunnya kekuatan otot secara umum yang dapat disebabkan oleh malnutrisi, anemia, dehidrasi, kelelahan, atau penyakit kronis. Kondisi ini mengurangi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas harian yang membutuhkan energi dan koordinasi, termasuk perawatan diri. Pada lansia atau pasien pascaoperasi, kelemahan sering menjadi faktor utama ketergantungan pada bantuan orang lain untuk kebutuhan dasar.

d) Gangguan psikologis dan psikotik

Gangguan psikologis dan psikotik seperti skizofrenia, depresi berat, bipolar, dan delirium dapat mengganggu fungsi kognitif, emosi, dan motivasi. Pasien dengan kondisi ini sering mengalami menurunnya kesadaran akan kebersihan diri, hilangnya minat pada aktivitas pribadi, serta kesulitan memprioritaskan kebutuhan dasar.

e) Penurunan motivasi

Penurunan motivasi atau minat perawatan diri terjadi ketika seseorang kehilangan dorongan untuk melakukan aktivitas harian. Kondisi ini dapat disebabkan oleh depresi, rendahnya harga diri, perasaan tak berdaya, kelelahan emosional, atau isolasi sosial.

3. Jenis – jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Laia & Pardede (2022) perawatan diri dibagi menjadi empat kategori, yaitu:

- a) Defisit perawatan diri pada mandi: tidak memiliki keinginan untuk mandi secara rutin, pakaian terlihat kotor, muncul bau badan atau bau napas, serta penampilan tampak tidak rapi.

- b) Defisit perawatan diri pada berdandan/berhias: kurangnya minat memilih pakaian yang layak, tidak menyisir rambut, atau tidak mencukur kumis.
- c) Defisit perawatan diri pada makan: mengalami kesulitan mengambil makanan, tidak mampu memindahkan makanan dari piring ke mulut, dan hanya mengonsumsi beberapa suap saja.
- d) Defisit perawatan diri pada toileting: tidak mampu atau tidak memiliki keinginan untuk buang air besar atau kecil tanpa bantuan orang lain.

4. Tanda dan Gejala

Menurut PPNI (2016) tanda dan gejala Defisit Perawatan Diri sebagai berikut:

Table 1.

Tanda dan gejala mayor dan minor Defisit Perawatan Diri

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/ keramas/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri
	2. Minat melakukan perawatan diri kurang
Subjektif	Objektif
(Tidak tersedia)	(Tidak tersedia)

(Sumber : PPNI, SDKI 2016)

5. Kondisi Klinis Terkait

Menurut PPNI SDKI (2016) kondisi klinis yang berkaitan dengan defisit perawatan diri meliputi:

- a) Stroke
- b) Cedera pada medula spinalis

- c) Depresi
- d) Arthritis rheumatoid
- e) Retardasi mental
- f) Delirium
- g) Demensia
- h) Gangguan amnestik
- i) Skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya
- j) Gangguan dalam penilaian fungsi (fungsi penilaian terganggu)

C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara menyeluruh mengenai kondisi pasien. Informasi yang dikumpulkan mencakup berbagai aspek, seperti biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Widyawati 2023). Pengkajian keperawatan mencakup :

a. Pengumpulan data

1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, no masuk rumah sakit, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian dan jam pengkajian. Identitas penanggung jawab meliputi nama, jenis kelamin, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien.

2) Keluhan utama

Pada keluhan utama berisikan kondisi pasien yang dirasakan saat ini hingga harus dirawat dirumah sakit. Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan

masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur.

3) Faktor predisposisi

- a) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa
- b) Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternative serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.
- c) Trauma. Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d) Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- e) Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

4) Pengkajian fisik

- a) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- b) Ukur tinggi badan dan berat badan.
- c) Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah)
- d) Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

5) Pengkajian psikososial

a) Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga apa saja saat pengkajian.

b) Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

c) Citra tubuh

Citra tubuh adalah sikap, persepsi, keyakinan dan pengetahuan individu secara sadar atau tidak sadar terhadap tubuhnya yaitu ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang kontak secara terus menerus baik masa lalu maupun sekarang.

d) Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

e) Harga diri

Mencakup penilaian terhadap diri sendiri yang berasal dari perbandingan antara hasil yang dicapai serta kemampuan yang dimiliki dengan ideal diri.

f) Peran diri

Peran diri adalah seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok sosial, tiap individu mempunyai berbagai peran yang terintegrasi dalam pola individu.

g) Identitas diri

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

h) Hubungan social

(1) Orang yang berarti seperti tempat mengadu

(2) Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut

(3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat

i) Spiritual

(1) Nilai dan keyakinan

(2) Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa

(3) Kegiatan ibadah

(4) Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah

6) Status mental

Pengkajian status mental pasien risiko perilaku kekerasan berfokus pada:

a) Penampilan : Biasanya penampilan klien kotor.

b) Pembicaraan : Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

c) Aktivitas motorik : Biasanya aktivitas motoric klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

d) Alam perasaan : Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah

dilakukan

- e) Efek : Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab
- f) Interaksi selama wawancara : Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.
- g) Persepsi : Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas
- h) Isi Pikir : Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.
- i) Tingkat kesadaran : Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.
- j) Memori : Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.
- k) Kemampuan penilaian : Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil Keputusan
- l) Daya fikir diri : Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya
- 7) Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maldaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

b. Daftar masalah keperawatan

Pada daftar masalah keperawatan mencantumkan masalah keperawatan yang dialami oleh pasien sesuai dengan prioritas masalahnya. Adapun daftar masalah keperawatan pada laporan kasus ini adalah :

- 1) Harga diri rendah kronis
- 2) Defisit perawatan diri
- 3) Isolasi sosial

c. Pohon masalah

Pohon masalah merupakan analisa masalah terhadap masalah keperawatan.

Dalam menyusun pohon masalah akan ditentukan *core problem, causa, dan effect*. Cara menentukan *core problem* melibatkan beberapa. Langkah yang sistematis, antara lain :

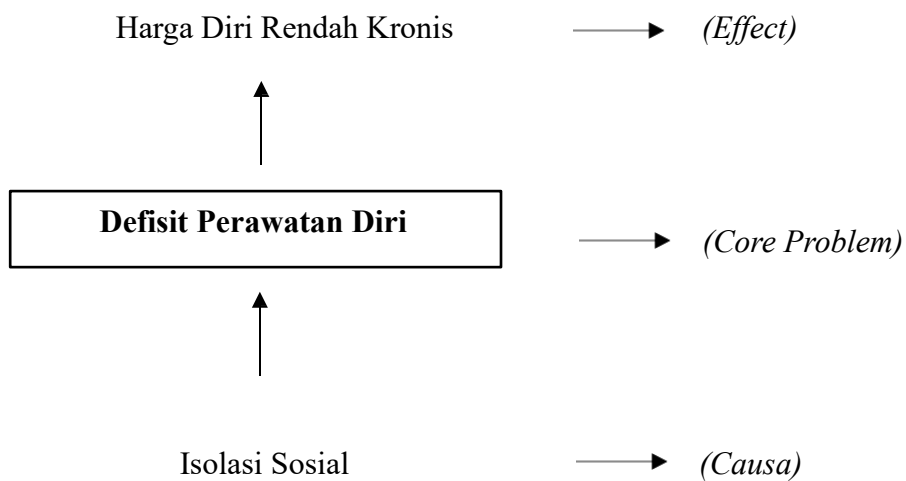
- 1) Identifikasi masalah aktual. *Core problem* mencerminkan kondisi yang sedang dialami pasien saat proses pengkajian, yakni masalah yang nyata dan sesuai dengan keadaan pasien saat ini.
- 2) Frekuensi keluhan pasien. Keluhan yang paling sering disampaikan oleh pasien menjadi prioritas utama. Data ini didapatkan melalui wawancara, observasi, atau konfirmasi dengan keluarga serta tim kesehatan. Frekuensi keluhan mencerminkan tingkat urgensi masalah yang dialami.
- 3) Potensi risiko. *Core problem* juga diprioritaskan jika memiliki risiko tinggi untuk mencederai pasien, orang lain dan lingkungan sekitar.
- 4) Analisis data pengkajian. Data pengkajian subjektif (keluhan pasien) dan objektif (hasil observasi) dibandingkan dengan teori untuk menentukan *core problem*.

Cara menentukan *causa* atau penyebab dari suatu masalah adalah dengan beberapa langkah berikut :

- 1) Identifikasi masalah. Langkah awal adalah merumuskan masalah dengan jelas. Proses ini dapat mencakup pengumpulan data dan informasi yang

relevan, seperti laporan kejadian atau data kinerja, untuk memahami masalah yang sedang dihadapi.

- 2) Kumpulkan data dan informasi. Kumpulkan data yang relevan untuk dianalisis. Data harus lengkap dan akurat agar proses analisis dapat berjalan dengan optimal. Informasi ini dapat berupa statistik, laporan kejadian, atau catatan yang berhubungan dengan permasalahan.
- 3) Verifikasi akar penyebab. Setelah mengidentifikasi beberapa kemungkinan penyebab, langkah selanjutnya adalah memverifikasi akar masalah dengan data tambahan atau analisis lebih lanjut. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa penyebab yang ditemukan benar-benar relevan dan berkontribusi terhadap permasalahan.
- d) Pohon Masalah



Gambar 1 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri
(Sumber : Ns. Sutejo, Keperawatan Jiwa 2018)

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Penulisan diagnosis aktual terdiri atas masalah, penyebab dan tanda atau gejala, yang disebut sebagai penulisan tiga bagian atau three part, yakni masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda atau gejala. Sedangkan penulisan diagnosis risiko dituliskan dengan dua bagian atau two part, yakni masalah dibuktikan dengan faktor risiko dan penulisan diagnosis promosi kesehatan juga dituliskan dengan dua bagian atau two part, yakni masalah dibuktikan dengan tanda atau gejala PPNI, (2017).

Diagnosis yang diangkat dalam laporan kasus ini adalah defisit perawatan diri yang ditentukan berdasarkan kondisi pasien akibat skizofrenia

3. Rencana Keperawatan

Dalam Menyusun intervensi keperawatan terdapat tiga komponen utama, yakni diagnosis keperawatan, luaran keperawatan, dan intervensi keperawatan.

Luaran keperawatan menggambarkan kondisi kesehatan setelah pemberian intervensi keperawatan, menggunakan indikator atau kriteria hasil suatu permasalahan. Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan berdasarkan pengetahuan klinis yang bertujuan untuk tercapainya luaran keperawatan yang diharapkan PPNI, (2018). Adapun intervensi keperawatan untuk diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan diuraikan pada tabel 2.

Tabel 2.

Intervensi Keperawatan pada Pasien Defisit Perawatan Diri

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4	5
	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan psikotik dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/keramas /mengenakan pakaian/makan /letoilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 x 20 menit, maka diharapkan Perawatan Diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. BHSP Meningkatkan 2. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri Meningkat (5) 3. Minat melakukan perawatan diri Meningkat(5)	Bina hubungan saling percaya (BHSP) Intervensi Utama Dukungan Perawatan Diri Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor Tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian	Mampu memudahkan terjalannya proses asuhan keperawatan Intervensi Utama Dukungan Perawatan Diri Observasi : 1. Untuk mengetahui kebiasaan dan kemampuan perawatan diri pasien sesuai usia. 2. Mampu menilai serta memonitor tingkat kemandirian 3. Mengetahui kebutuhan alat bantu untuk menunjang perawatan diri

1	2	3	4	5
		4. Memperma salahkan kebersihan diri Meningkat (5)	Terapeutik : 1. Agar dapat menyediakan 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. (mis. Parfum, sampo keramas) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	Terapeutik : 1. Agar dapat menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana 2. Untuk menyiapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sampo keramas) 3. Untuk dapat mendampingi dalam melakukan perawatan diri 4. Untuk memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
		5. Mempermasa lahkan kebersihan diri Meningkat(5)	Edukasi : 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten	Edukasi : 1. Agar dapat menganjurkan melakukan perawatan diri secara

1	2	3	4	5
			sesuai kemampuan	konsisten sesuai
			Pendukung Dukungan Perawatan Diri Mandi :	Pendukung Dukungan Perawatan Diri Mandi :
			Observasi :	Observasi :
			1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri	1. Untuk Mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu
			2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan	kebersihan diri
			3. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)	2. Untuk mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
			4. Monitor integritas kulit	3. Untuk dapat memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)
			Terapeutik :	4. Untuk dapat memonitor integritas kulit
			1. Sediakan peralatan mandi (mis.	Terapeutik :
				1. Membantu menyediakan peralatan

1	2	3	4	5
			sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kuli)	mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kuli)
		2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman		2. Membantu menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman
		3. Fasilitas menggosok gigi, sesuai kebutuhan		3. Memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
		4. Fasilitas mandi, sesuai kebutuhan		4. Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
		5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri		5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
		6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian		6. Untuk menyediakan bantuan sesuai tingkat kemandirian
		Edukasi :		Edukasi :
		1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan		1. Untuk dapat menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap

1	2	3	4	5
			2. Ajarkan keluarga cara memandikan pasien, Jika perlu	kesehatan 2. Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, Jika perlu
			Kolaborasi : 1. Memberikan obat sesuai program dokter yaitu obat Stelosi 2 x 5 mg	Kolaborasi : 1. Agar dapat memberikan dampak ketenangan pada pasien
			Dukungan : 1. Pasien dapat memanfaatkan dukungan nakes, keluarga dan teman – teman sekitarnya.	Dukungan : 1. Mampu membantu dalam proses perawatan pasien.

(Sumber : PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019 PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Mustamu dkk., (2023) Implementasi keperawatan merupakan tahap dalam proses asuhan keperawatan yang mencakup perencanaan maupun pelaksanaan keperawatan yang telah disusun, perawat maupun pasien bekerjasama untuk menjalankan tindakan yang akan diperlukan sehingga mencapai tujuan maupun hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan. Selain itu, implementasi keperawatan juga merujuk pada

tindakan konkret dalam menjalankan intervensi keperawatan yang telah dirancang untuk memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh. Proses ini dimulai ketika perawat mulai melaksanakan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Durasi pelaksanaannya dapat bervariasi, mulai dari beberapa jam, beberapa hari, hingga berlanjut selama beberapa minggu atau bahkan bulan, tergantung pada kebutuhan dan kondisi pasien Yunike dkk., (2022). Implementasi keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan akan disajikan sesuai dengan tabel 3.

Tabel 3.

Implementasi keperawatan Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Hari/Tanggal /Jam	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
1	2	3	4	5
	Defisit Perawatan Diri	1. Melakukan BHSP menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.	<p>S : Pasien mengucapkan salam</p> <p>O : Pasien tampak belum mau terlalu terbuka dan hanya merespon dengan anggukan atau gelengan kepala, namun beberapa saat setelah itu pasien mengatakan bersedia untuk menjadi responden. Pasien tampak tenang dan mau menjawab</p>	

1	2	3	4	5
				pertanyaan perawat
Defisit Perawatan Diri	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan		S : Pasien mengatakan kalau biasanya dirinya melakukan perawatan diri contohnya seperti mandi, keramas, sikat gigi dan kencing tapi kadang – kadang dibantu juga. Pasien juga mengatakan pada saat mandi menggunakan sabun, keramas tidak pernah, sikat gigi pada saat siang hari O : Pasien tampak mau menjawab pertanyaan dan kurangnya motivasi melakukan perawatan diri secara maksimal	
Defisit Perawatan Diri	1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Memonitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)		S : Pasien mengatakan biasanya keramas hanya 1 bulan sekali sehari karena malas dan tidak ingin keramas karena dirinya sudah merasa	

1	2	3	4	5
			bersih	
			O : Pasien tampak kurang minat dalam melakukan perawatan diri secara mandiri dan biasanya masih di bantu dalam melakukannya	
	Defisit Perawatan Diri)	1. Menjelaskan manfaat mandi dan keramas, serta dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten	S : Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan edukasi dan materi, pasien mengatakan setelah mendengar edukasi merasa sedikit mengerti mengenai betapa pentingnya keramas O : Pasien tampak kooperatif mengikuti arahan dan tampak lebih tau pentingnya menjaga kebersihan diri	
	Defisit Perawatan Diri	1. Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman	S : Pasien mengatakan bersedia untuk di ajarkan dan mau	

1	2	3	4	5
		2. Fasilitas menggosok gigi, keramas, sesuai kebutuhan	melakukan keramas O : Pasien tampak mau melakukan perawatan rambut dan senang mengikutinya	
	Defisit Perawatan Diri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks,privasi) 2. Menyiapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sampo keramas) 3. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 	S : Pasien mengatakan mengatakan bersedia untuk diajarkan kembali mengenai perawatan diri keramas. Setelah diajarkan pasien mengatakan sudah mampu keramas yang benar sudah bisa sendiri dan tidak di bantu lagi O : Pasien mengatakan merasa senang dilatih dan diajarkan mandi, serta pasien sudah mampu mandiri keramas	
	Defisit Perawatan Diri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan kebiasaan kebersihan diri 2. Kolaborasi 	S : Pasien mengatakan sudah dan mampu untuk melakukan	

1	2	3	4	5
		pemberian obat Stelosi 2 x 5 mg	perawatan diri secara mandiri dan akan rajin dan sering keramas supaya bersih. Pasien juga mengatakan selama di rumah sakit selalu rutin minum obat	O : Pasien tampak sudah ada minat melakukan perawatan diri dan sudah sedikit mengerti mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri, serta pasien tampak meminum obatnya

(Sumber : PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2017)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang bertujuan untuk menentukan apakah intervensi yang diberikan sudah berhasil dengan terjadinya peningkatan kondisi pasien. Menurut Mustamu dkk., (2023) Evaluasi Keperawatan adalah adalah proses yang terstruktur dan terencana yang dilakukan diakhir tahap keperawatan yang untuk membandingkan hasil kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi keperawatan dilakukan dengan metode SOAP. Adapun komponen dalam evaluasi keperawatan yaitu :

a. S (Subjek)

Data yang berisikan ungkapan kondisi pasien setelah diberikan tindakan keperawatan

b. O (Objektif)

Data yang berisikan hasil pengukuran atau observasi perawat kepada pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

c. A (Analisis)

Menganalisis data subjektif dan objektif untuk menentukan masalah atau diagnosis keperawatan, baik yang masih ada maupun yang baru muncul.

d. P (Planning)

Merupakan perancangan rencana keperawatan yang harus dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana keperawatan sebelumnya.

Tabel 4.

Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Waktu	Diagnosis	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
	Defisit Perawatan Diri	S : Pasien mondar mandir, mengucapkan salam. Dengan kontak mata yang kurang O : Pasien tampak belum terbuka dan hanya merespon dengan anggukan atau gelengan kepala, namun beberapa saat	

1	2	3	4
		<p>setelah itu pasien mengatakan bersedia untuk menjadi responden. Pasien tampak lebih tenang dan mau menjawab pertanyaan perawat</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bina hubungan saling percaya tercapai <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi temu 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 	
	<p>Defisit Perawatan Diri</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan biasanya dirinya melakukan perawatan diri contohnya seperti mandi, keramas, sikat gigi dan kencing tapi kadang – kadang dibantu juga. Pasien juga mengatakan pada saat mandi menggunakan sabun, keramas tidak pernah, sikat gigi pada saat siang hari</p>	

1	2	3	4
		<p>O : Pasien tampak mau menjawab pertanyaan dan kurangnya motivasi melakukan perawatan diri secara maksimal</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri tercapai <p>P : Lanjutkan intervensi temu 3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p>	
	<p>Defisit Perawatan Diri</p>	<p>S : Pasien mengatakan biasanya keramas hanya 1 bulan sekali sehari karena malas dan tidak ingin keramas karena dirinya sudah merasa bersih</p> <p>O : Pasien tampak kurang minat dalam melakukan perawatan diri secara mandiri dan biasanya masih di bantu dalam melakukannya</p>	

1	2	3	4
		<p>A : Minat melakukan perawatan diri tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi temu 4 Memonitor tingkat kemandirian</p>	
	<p>Defisit Perawatan Diri</p>	<p>S : Pasien mengatakan biasanya keramas hanya 1 bulan sekali sehari karena malas dan tidak ingin keramas karena dirinya sudah merasa bersih</p> <p>O : Pasien tampak kurang minat dalam melakukan perawatan diri secara mandiri dan biasanya masih di bantu dalam melakukannya</p> <p>A : - Mempertahankan kebersihan tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi temu 5 - Menjelaskan manfaat merawat rambut, serta prosedur perawatan</p>	

1	2	3	4
		rambut dan tujuan perawatan rambut - Memfasilitas menggosok gigi, keramas, sesuai kebutuhan	
	Defisit Perawatan Diri	S : Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan edukasi dan materi, pasien mengatakan setelah mendengar edukasi merasa sedikit mengerti mengenai betapa pentingnya keramas O : Pasien tampak kooperatif mengikuti arahan dan tampak lebih tau pentingnya menjaga kebersihan diri A : - Kemampuan perawatan rambut tercapai P : Lanjutkan intervensi temu 6 - Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat,	

1	2	3	4
		<p>rileks,privasi)</p> <p>Menyiapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sampo keramas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 	
	<p>Defisit Perawatan Diri</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan mengatakan bersedia untuk diajarkan kembali mengenai perawatan diri keramas. Setelah di ajarkan pasien mengatakan sudah mampu keramas yang benar sudah bisa sendiri dan tidak di bantu lagi</p> <p>O :</p> <p>Pasien mengatakan merasa senang dilatih dan di ajarkan mandi, serta pasien sudah mampu mandiri keramas</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan kebersihan rambut tercapai 	

1	2	3	4
		<p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi temu 7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan kebiasaan kebersihan diri - Kolaborasi pemberian obat Stelosi 2 x 5 mg 	
	<p>Defisit Perawatan Diri</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah dan mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dan akan rajin dan sering keramas supaya bersih. Pasien juga mengatakan selama di rumah sakit selalu rutin minum obat</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak sudah ada minat melakukan perawatan diri dan sudah sedikit mengerti mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri, serta pasien tampak meminum obatnya</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan kebersihan tubuh tercapai. 	

1	2	3	4
		P :	
		Lanjutkan intervensi untuk mengatasi diagnosis keperawatan yang kedua.	

(Sumber : PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019 PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia,2018)