

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan psikotik kronik yang mengalami gangguan proses pikir, berkomunikasi, emosi dan perilaku dengan gangguan menilai realita, pemahaman diri buruk dan kemunduran hubungan interpersonal (Caturini, 2014). Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotis dengan ciri-ciri pengunduran diri dari kehidupan sosial, gangguan emosional dan afektif yang kadang kala disertai dengan halusinasi dan delusi serta tingkah laku negatif yang merusak. Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosis dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkohorensi (Direja, 2011).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2011).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan psikosis yang ditandai dengan gangguan dalam proses pikir disertai dengan halusinasi serta tingkah laku negatif yang merusak.

b. Epidemiologi

Skizofrenia dapat ditemukan pada semua kelompok masyarakat dan di berbagai daerah. Insiden dan tingkat prevalensi sepanjang hidup secara kasar hampir sama di seluruh dunia. Gangguan ini mengenai hampir 1% populasi dewasa dan biasanya onsetnya pada usia remaja akhir atau awal masa dewasa. Pada laki-laki biasanya gangguan ini mulai pada usia lebih muda yaitu 15-25 tahun sedangkan pada perempuan lebih lambat yaitu sekitar 25-35 tahun. Insiden skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki dari pada perempuan dan lebih besar di daerah urban dibandingkan daerah rural (Kaplan *et al*, 2010).

c. Etiologi

Skizofrenia dapat disebabkan oleh faktor-faktor yang saling berkombinasi, seperti yang diterangkan oleh teori diathesis-stress model untuk menjelaskan penyebab skizofrenia. Teori diathesis-stress model dijelaskan dalam dua model, yaitu: diathesis model yang menyatakan bahwa penyebab skizofrenia adalah faktor genetik sebagai predisposisi biologis, seperti : kerusakan struktur otak, ketidakmampuan menerima dan mengorganisasikan informasi yang kompleks, dan kekacauan sistem regulasi neurotransmitter.

Sedangkan stress model, berhubungan dengan kemampuan individu untuk menyelesaikan permasalahan dengan solusi yang tepat. Stressor diklasifikasikan menjadi dua yakni stressor yang bersifat fisik dan psikologis. Teori diathesis-stress model menggabungkan antara faktor psikologis, biologis, dan lingkungan (ketiga faktor tersebut saling berpengaruh secara dinamis) yang mempengaruhi seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia (Kaplan *et al*, 2010).

d. Gambaran Klinis

Menurut Natingkaseh (2007) perjalanan klinis skizofrenia dibagi dalam tiga fase yakni:

- 1) Fase prodromal : timbul gejala non spesifik yang lamanya bervariasi sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi hendaya/ gangguan/ penurunan fungsi pekerjaan, sosial, penggunaan waktu luang dan perawatan diri.
- 2) Fase aktif : gejala psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Biasanya penderita datang berobat pada fase ini.
- 3) Fase residual : gejala yang terjadi pada fase ini sama dengan gejala fase prodromal dengan gejala psikotik yang jelas berkurang.

e. Gejala

Menurut Azizah (2016) gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) Muncul delusi dan halusinasi

Delusi adalah pemikiran yang salah dan tidak sesuai dengan kenyataan, namun tetap dipertahankan sekalipun banyak bukti mengenai pemikiran yang salah tersebut. Orang dengan skizofrenia biasanya meyakini bahwa dirinya adalah Tuhan, nabi, dewa atau orang besar yang penting di lingkungannya. Halusinasi adalah persepsi panca indra yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya, penderita tampak berbicara sendiri tetapi ia mempersepsikan ada orang lain yang sedang ia ajak bicara.

2) Kehilangan energi dan minat untuk menjalani aktivitas sehari-hari, bersenang-senang, maupun aktivitas seksual, berbicara hanya sedikit, gagal menjalin hubungan dengan orang lain, tidak mampu memikirkan konsekuensi dari tindakannya, menampilkan ekspresi dan emosi yang datar atau bahkan ekspresi emosi yang tidak sesuai dengan situasi yang dialaminya, misal tiba-tiba tertawa dan marah-marah tanpa sebab.

Menurut Kaplan *et al* (2010), gejala skizofrenia dapat pula dibedakan menjadi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif disebut positif karena perilaku dan pikir yang seharusnya tidak ada menjadi ada dalam diri seseorang ketika berinteraksi. Gejala ini meliputi waham, halusinasi, kekacauan alam pikiran, gaduh gelisah, tidak dapat diam,

mondar-mandir, semangat dan gembira berlebihan. Gejala negatif ialah kebalikan gejala positif, dimana perilaku dan pikir yang seharusnya ada menjadi hilang. Gejalanya berupa afek tumpul dan datar, menarik diri, tidak mau bergaul dengan orang lain, kontak emosional sangat sedikit, sukar diajak bicara dan pendiam, pasif, apatis, sulit berpikir nyata, tidak mampu untuk berinisiatif dan mengikuti jalannya kegiatan, dan tidak punya ketertarikan dalam hidup.

f. Diagnosis

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (Maslim, 2003) diagnosis skizofrenia ditegakkan apabila terdapat sedikitnya satu gejala jelas atau lebih dari gangguan pengendalian pikiran, delusi/waham, halusinasi auditorik, atau waham menetap. Atau paling sedikit dua gejala berikut yang harus selalu ada secara jelas yaitu halusinasi, gangguan arus pikir, perilaku katatonik, atau gejala-gejala negatif. Gejala khas tersebut telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih dan harus ada suatu perubahan yang konsisten serta bermakna dalam mutu keseluruhan dari perilaku pribadi.

g. Jenis Skizofrenia

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (Maslim, 2013) skizofrenia terbagi atas beberapa jenis, yaitu:

1) Skizofrenia Paranoid

Jenis skizofrenia dengan halusinasi dan waham menonjol.

Halusinasi auditorik berupa ancaman atau perintah atau tanpa kata

verbal. Waham dapat berupa waham dikendalikan, dipengaruhi, *passivity*, atau waham kejar.

2) Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia dengan klinis dominan stupor (amat berkurangnya reaktivitas dan aktivitas spontan serta mutisme/tidak berbicara), gaduh-gelisah (aktivitas motorik tanpa tujuan dan tanpa stimulant eksternal), mempertahankan diri pada posisi aneh tertentu, negativisme (perlawanan terhadap semua perintah), rigiditas (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya), fleksibilitas cerea (mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar), atau *command automatism* (kepatuhan otomatis terhadap perintah).

3) Skizofrenia Residual

Jenis skizofrenia dengan gejala negatif skizofrenia, dengan sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik di masa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia, dan onset psikotik sangat berkurang paling sedikit selama satu tahun.

4) Skizofrenia Tak Terinci

Skizofrenia ini memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia namun tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia paranoid, hebefrenik, katatonik, atau skizofrenia residual.

5) Depresi Pasca Skizofrenia

Skizofrenia jenis ini dengan kriteria pasien yang memenuhi kriteria umum skizofrenia selama 12 bulan terakhir, beberapa gejala skizofrenia masih ada tetapi tidak mendominasi gejala klinis dan lebih menonjol gejala depresif.

6) Skizofrenia Simpleks

Skizofrenia yang berjalan perlahan dan progresif dari gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik disertai dengan perubahan perilaku bermakna. Gejala psikotik kurang jelas dibanding tipe skizofrenia lainnya.

7) Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia dengan gambaran khas perilaku yang tidak bertanggung jawab. Afek penderita dangkal, tidak wajar, dan sering disertai *giggling* (cekikikan). Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir yang biasanya menonjol dengan halusinasi dan waham biasanya ada tetapi tidak menonjol).

h. Prognosis

Penderita skizofrenia kebanyakan memiliki gejala sisa dengan keparahan bervariasi walaupun remisi penuh atau sembuh pada skizofrenia itu ada. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan dan 35% mengalami perburukan (Nantingkaseh, 2007).

i. Pengobatan

Menurut Luana dalam Prabowo (2014) menjelaskan bahwa pengobatan skizofrenia ada 2 macam, yaitu :

1) Psikofarmaka

Obat antipsikotik yang ada dipasaran dapat dikelompokkan menjadi dua bagian yaitu antipsikotik generasi pertama (APG I) dan antipsikotik generasi kedua (APG II). APG I bekerja dengan cara memblok reseptor D2 di mesolimbic, mesokortikal, nigostriatal dan tuberoinfundibular sehingga dengan cepat menurunkan gejala positif, tetapi pemakaian jangka panjang dapat memberikan efek samping : gangguan ekstrapiramidal (EPS), peningkatan kadar prolactin, meningkatkan berat badan dan memperberat gejala kognitif.

Efek samping lainnya yaitu antikolinergik seperti mulut kering pandangan kabur gangguan miksi, defekasi dan hipotensi. APG I dikatakan potensi tinggi bila dosis yang digunakan kurang atau sama dengan 10 mg diantaranya adalah trifluoperazine, fluphenazine, haloperidol dan pimozide. Digunakan pada klien dengan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham dan halusinasi. Potensi rendah bila dosisnya lebih atau sama dengan 50 mg diantaranya adalah chlorpromazine dan thiondazine. Digunakan pada penderita dengan gejala gaduh gelisah, hiperaktif dan sulit tidur.

APG II sering disebut sebagai serotonin dopamine antagonis (SDA) atau antipsikotik atipikal. Bekerja melalui interaksi serotonin

dan dopamin pada keempat jalur dopamin di otak yang menyebabkan rendahnya efek samping extrapiramidal dan sangat efektif untuk mengatasi gejala negatif. Obat tipe APG II antara lain adalah clozapine, olanzapine, quetiapine, dan risperidon.

2) Terapi psikososial

Ada beberapa macam model metode yang dapat dilakukan antara lain :

- a) Psikoterapi individual
- b) Terapi suportif
- c) Sosial skill training
- d) Terapi okupasi
- e) Terapi kognitif dan perilaku
- f) Psikoterapi kelompok
- g) Psikoterapi keluarga

2. Konsep Defisit Perawatan Diri

a. Definisi

Menurut Depkes (2010) dalam Nurhalimah (2016) perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Klien dinyatakan terganggu perawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri. Menurut Prabowo (2014) defisit perawatan diri merupakan salah satu

masalah yang 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.

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, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan dalam: kebersihan diri, makan, berpakaian, berhias diri, makan sendiri, buang air besar atau kecil sendiri/*toileting* (Keliat *et al*, 2011).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat memenuhi kebutuhannya karena mengalami kelemahan dan perubahan proses pikir sehingga sering mengalami ketidakpedulian dalam merawat dirinya sendiri.

b. Etiologi

Menurut Depkes (2010) dalam Prabowo (2014) penyebab kurangnya perawatan diri adalah :

1) Faktor predisposisi :

(a) Perkembangan yaitu keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

(b) biologis yaitu penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.

- (c) Kemampuan realitas turun yaitu klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.
- (d) Sosial yaitu kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri dari lingkungannya.

2) Faktor presipitasi :

- (a) *Body Image* yaitu gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
- (b) Praktik sosial yaitu pada anak-anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal *hygiene*.
- (c) Status Sosial Ekonomi yaitu personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.
- (d) Pengetahuan yaitu pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan, misalnya pada pasien penderita diabetes mellitus ia harus menjaga kebersihan kakinya.
- (e) Budaya yaitu disebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.
- (f) Kebiasaan seseorang yaitu ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun,

shampo dan lain-lain.

(g) Kondisi fisik atau psikis yaitu pada keadaan tertentu/sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya.

c. Proses terjadinya Masalah

Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan *toileting* buang air besar (BAB) atau buang air kecil (BAK) secara mandiri (Prabowo, 2014).

d. Tanda dan Gejala

Menurut Keliat (2011) tanda dan gejala defisit perawatan diri adalah sebagai berikut :

- 1) *Mandi/hygiene* : Klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu, atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.
- 2) *Berpakaian/berhias* : Klien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kancing tarik, melepaskan

pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian, dan menggunakan sepatu.

- 3) Makan : Klien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, membuka *container*, memanipulasi makanan dalam mulut, melengkapi makanan dari wadah lalu memasukkannya ke mulut, melengkapi makanan, mencerna makanan menurut cara yang diterima masyarakat, mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna cukup makanan dengan aman.
- 4) BAB/BAK : Klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk *toileting*, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

Menurut Depkes (2000) dalam Jalil (2015) tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah :

- 1) Fisik

Badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor disertai mulut bau, penampilan tidak rapi.

- 2) Psikologis

Malas, tidak ada inisiatif, menarik diri, isolasi diri, merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.

3) Psikomotor

Interaksi kurang, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai norma, cara makan tidak teratur BAK dan BAB disembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.

4) afektif

klien merasa bosan, lambat dalam menghabiskan waktu, afek tumpul dan kurang motivasi untuk perawatan diri.

5) Kognitif

Daya konsentrasi menurun, pikiran inkoheren, gangguan halusinasi dan disorientasi

e. Dampak Defisit Perawatan Diri

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene (Azizah, 2016) :

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 aman nyaman, kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan

interaksi sosial.

f. Jenis Defisit Perawatan Diri

Adapun jenis-jenis Perawatan Diri antara lain yaitu :

1) Kurang perawatan diri : Mandi / *hygiene*

Kurang perawatan diri (mandi) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas mandi/kebersihan diri.

2) Kurang perawatan diri : Berpakaian

Kurang perawatan diri (mengenakan pakaian) adalah gangguan kemampuan memakai pakaian dan aktivitas berdandan sendiri.

3) Kurang perawatan diri : Makan

Kurang perawatan diri (makan) adalah gangguan kemampuan untuk menunjukkan aktivitas makan.

4) Kurang perawatan diri : *Toileting*

Kurang perawatan diri (*toileting*) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas *toileting* sendiri.

(Direja, 2011)

3. Kemampuan merawat diri

a. Pengertian

Menurut Robbins and Judge (2011) kemampuan (*ability*) berarti kapasitas seorang individu untuk melakukan beragam tugas dalam suatu pekerjaan Menurut Wikipedia (2022) Kemampuan adalah sebuah penilaian terkini atas apa yang dapat dilakukan seseorang.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kemampuan adalah suatu kapasitas individu dalam mengerjakan, atau sesuatu yang dapat dilakukan seseorang.

b. Tingkat fungsi perawatan diri

Klasifikasi tingkat fungsi perawatan diri klien digambarkan berdasarkan skala menurut Keliat dan Akemat (2011) sebagai berikut: mampu tanpa bantuan/mandiri = 3, mampu dengan bantuan = 2, belum mampu = 1.

c. Faktor yang mempengaruhi

Faktor yang mempengaruhi tingkat kemampuan perawatan diri seseorang menurut (Kadmaerubun and Syafitri, 2016) adalah usia, tahap perkembangan, pengalaman hidup, latar belakang, sosiokultural, kesehatan, sumber-sumber yang tersedia.

4. Asuhan Keperawatan Pada Defisit Perawatan Diri

a. Pengkajian

Data yang perlu dikaji pada klien dengan defisit perawatan diri menurut (Direja, 2011) adalah :

1) Data Subjektif

- (a) Pasien merasa malas untuk mandi karena airnya dingin
- (b) Klien merasa malas untuk berdandan
- (c) Klien mengatakan malas untuk makan karena tidak enak
- (d) Klien mengatakan malas untuk membersihkan alat kelamin setelah BAB dan BAK

2) Data Objektif

- (a) Ketidakmampuan mandi/membersihkan diri ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor.
- (b) Ketidakmampuan berpakaian/berhias ditandai dengan rambut acak- acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, laki-laki: tidak bercukur, perempuan: tidak berdandan.
- (c) Ketidakmampuan makan secara mandiri ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makanan sendiri, makan berceceran, dan tidak pada tempatnya.
- (d) Ketidakmampuan BAB/BAK secara mandiri ditandai dengan BAB/BAK tidak pada tempatnya dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK.

b. Tindakan Keperawatan Pada Pasien

Tindakan keperawatan yang diberikan berdasarkan Keliat dan Akemat (2011) sebagai berikut:

1) Tujuan Keperawatan

- (a) Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
- (b) Pasien mampu melakukan berhias secara baik
- (c) Pasien mampu melakukan makan dengan baik
- (d) Pasien mampu melakukan eliminasi secara mandiri

2) Tindakan Keperawatan

- (a) Melatih pasien cara perawatan kebersihan diri dengan cara menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri, menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri, menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri, dan melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.
- (b) Membantu klien latihan berhias dengan cara latihan berhias, pada pria dengan melatih cara berpakaian, menyisir rambut dan bercukur, sedangkan pada klien perempuan meliputi cara berpakaian, menyisir rambut dan berhias/berdandan.
- (c) Melatih klien cara makan secara mandiri dengan menjelaskan cara mempersiapkan makan, menjelaskan cara makan yang tertib, dan menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan.
- (d) Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri dengan menjelaskan tempat untuk BAK/BAB yang sesuai, menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK, dan menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK.

3) Strategi Keperawatan

- (a) SP 1: mendiskusikan dengan klien pentingnya kebersihan diri, cara- cara merawat diri dan melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri mandi.

- (b) SP 2: melatih cara untuk berhias dan berpakaian, untuk laki-laki dengan berpakaian, menyisir rambut dan bercukur. Perempuan dengan berpakaian, menyisir rambut dan berdandan.
- (c) SP 3: melatih pasien makan secara mandiri dengan menjelaskan cara mempersiapkan makan, menjelaskan cara makan yang tertib. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan.
- (d) SP 4: Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri dengan menjelaskan tempat untuk BAK/BAB yang sesuai, menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK, dan menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK.

c. Tindakan Keperawatan Pada Keluarga

1) Tujuan Keperawatan

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah defisit perawatan diri

2) Tindakan Keperawatan

Mendiskusikan dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien.

- (a) Menjelaskan pentingnya perawatan diri untuk mengurangi stigma.
- (b) Mendiskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh klien untuk menjaga perawatan diri.

- (c) Menganjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat klien dan membantu mengingat pasien dalam merawat diri.
- (d) Menganjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri.
- (e) Membantu keluarga melatih cara merawat klien dengan defisit perawatan diri.

3) Strategi Keperawatan

- (a) SP 1: memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang masalah perawatan diri dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah defisit perawatan diri.
- (b) SP 2: melatih keluarga cara merawat pasien.
- (c) SP 3: membuat perencanaan pulang bersama dengan keluarga.

d. Evaluasi Keperawatan

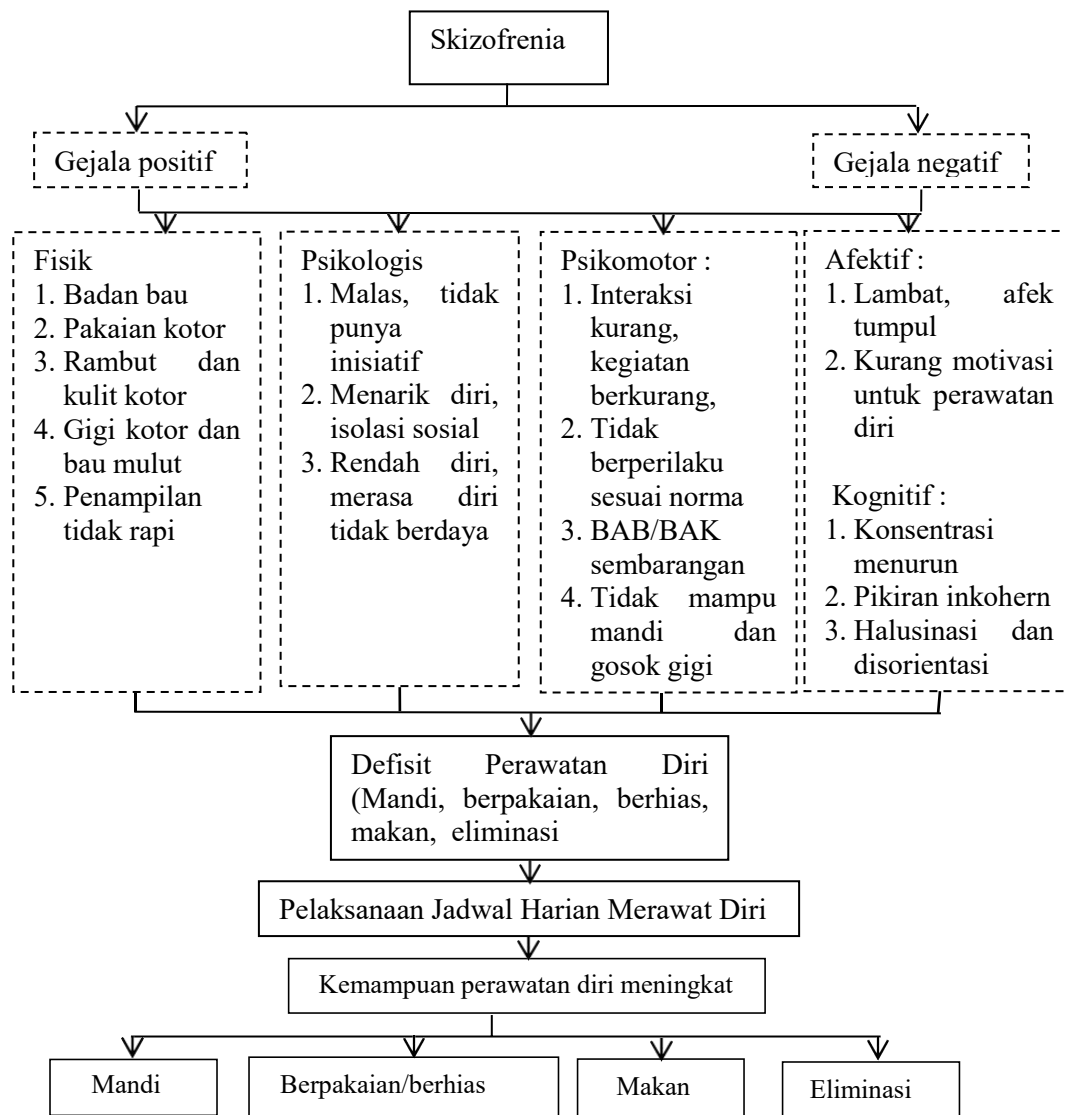
Evaluasi keperawatan menurut Keliat dan Akemat (2011) adalah sebagai berikut:

Tabel 2 Evaluasi Keperawatan

NO	KEMAMPUAN	TANGGAL
A	Pasien	
1	Menyebutkan pentingnya kebersihan diri	
2	Menyebutkan cara membersihkan diri	
3	Mempraktikan cara membersihkan diri dan memasukkan dalam jadwal	
4	Menyebutkan cara makan yang baik	
5	Mempraktikan cara makan yang baik dan memasukkan dalam jadwal	
6	Menyebutkan cara BAB/BAK yang baik	
7	Mempraktikan cara BAB/BAK yang baik dan memasukkan dalam jadwal	
8	Menyebutkan cara berdandan	

NO	KEMAMPUAN	TANGGAL
9	Mempraktikan cara berdandan dan memasukkan dalam jadwal	
B	Keluarga	
1	Menyebutkan pengertian perawatan diri dan proses terjadinya masalah defisit perawatan diri	
2	Menyebutkan cara merawat pasien defisit perawatan diri	
3	Mempraktikan cara merawat pasien defisit perawatan diri	
4	Membuat jadwal aktivitas dan minum obat pasien dirumah (perencanaan pulang)	

B. Kerangka Teori



Keterangan:

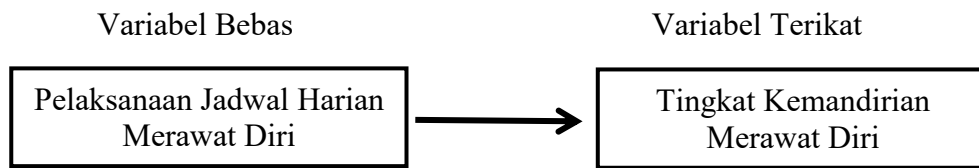
: Diteliti

: Tidak Diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Kaplan *et al* (2010); Direja (2011); Keliat (2011)

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat pengaruh pelaksanaan jadwal harian perawatan diri terhadap tingkat kemandirian merawat diri pada pasien skizofrenia di RSJD Surakarta.