

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang mengakibatkan penyimpangan pada pola pikir, persepsi, emosi, serta perilaku individu. Skizofrenia adalah sebuah proses penyakit yang memiliki variasi dan gejala yang berbeda seperti halnya kanker (Videback, 2020). Derajat keparahan skizofrenia ditentukan oleh tingkat, jumlah, dan durasi tanda gejala psikotik yang muncul.

Skizofrenia adalah kumpulan dari reaksi psikotik yang dapat mempengaruhi berbagai fungsi individu, termasuk gangguan dalam berpikir, gangguan dalam berkomunikasi, ketidakmampuan dalam menerima dan menginterpretasikan realita, serta adanya perilaku yang aneh dengan menunjukkan sikap yang maladaptif (Utoyo, 2018). Sehingga, skizofrenia merupakan gangguan mental berat yang dapat menyebabkan gangguan terhadap individu, baik fungsi fisik maupun fungsi fisiologis

2. Etiologi

Skizofrenia dapat disebabkan dua faktor, yakni faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Videback, 2020), faktor-faktor tersebut antara lain:

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Merupakan faktor utama yang mencetuskan terjadinya skizofrenia. Hal ini dibuktikan dengan Penulisan yang dilakukan oleh Videback (2020), bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko sebesar 15%, jumlah ini dapat meningkat sebesar 35% apabila kedua orang tua biologis anak menderita skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi

Penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif sedikit, hal ini dapat menggambarkan terjadinya suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya.

c) Neurokimia

Pada penderita skizofrenia, menunjukkan adanya perubahan sistem neurotransmiter otak. Hal ini mengakibatkan impuls yang dikirim dari otak akan mengalami gangguan, sehingga tidak dapat mencapai sel yang dituju.

2) Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang menyebabkan terjadinya skizofrenia disebabkan karena adanya kegagalan dalam tahap perkembangan psikososial penderita. Hal ini dapat dilihat dari

ketidakmampuan pasien dalam melakukan penyelesaian masalah, serta ketidakmampuan dalam mengontrol diri.

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Masyarakat dengan tingkat ekonomi menengah ke bawah memiliki risiko menderita skizofrenia dibandingkan masyarakat dengan tingkat ekonomi menengah ke atas. Faktor ini berhubungan dengan kemiskinan, pemukiman yang padat, serta ketidakefektifan coping dalam manajemen stres.

b. Faktor Presipitasi

1) Biologis

Stresor biologis berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif, yang meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak dalam memproses balik informasi, yang dapat mengakibatkan ketidakmampuan untuk menyeleksi stimulus sebagai bentuk respons.

2) Lingkungan

Stresor lingkungan memiliki peran dalam menentukan penyebab terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu Gejala

Pemicu atau disebut sebagai prekursor dan stimulus, merupakan hal yang dapat menimbulkan episode baru dari suatu penyakit. Pemicu terdapat dalam respons neurobiologis maladaptif yang berkaitan dengan kesehatan, lingkungan, sikap,

serta perilaku individu.

3. Manifestasi Klinis

Gejala skizofrenia dapat dibagi ke dalam dua kriteria utama yakni gejala positif dan gejala negatif (Hawari, 2018) dengan uraian sebagai berikut:

a. Gejala Positif Skizofrenia

Gejala positif adalah gejala yang mudah dikenali dan dapat mengganggu orang lain di sekitar, dan merupakan alasan kuat keluarga atau orang terdekat pasien membawa pasien ke fasilitas pengobatan (Hawari, 2018). Gejala umum yang dapat dengan mudah diobservasi pada pasien skizofrenia antara lain:

1) Delusi atau Waham

Merupakan keyakinan yang irasional. Meskipun pasien sudah diberikan penjelasan dengan bukti yang objektif, namun, pasien tetap meyakini kebenarannya.

2) Halusinasi

Halusinasi adalah pengalaman panca indera tanpa adanya stimulus. Halusinasi yang sering terjadi adalah halusinasi pendengaran dan halusinasi penglihatan.

3) Kekacauan Alam Pikir

Kekacauan alam pikir dapat diobservasi dari isi pembicaraan pada saat anamnesis, misalnya bicara yang berputar-putar dan kacau.

4) Gaduh dan Gelisah

Pasien menunjukkan perilaku yang tidak dapat diam, sedih dan gembira yang berlebihan, serta munculnya perilaku kekerasan dan munculnya rasa permusuhan.

b. Gejala Negatif Skizofrenia

Gejala yang samar dan sering kali sulit untuk diamati. Gejala negatif yang muncul tidak mengganggu orang lain, hal ini menyebabkan keluarga terlambat membawa pasien untuk berobat (Hawari, 2018). Gejala-gejala negatif tersebut, antara lain:

1) Afek Tumpul dan Datar

Hal ini dapat terlihat dari wajah pasien yang tidak menunjukkan ekspresi wajah saat diberi stimulus.

2) Isolasi Sosial

Isolasi sosial atau disebut juga dengan mengasingkan diri ditandai dengan pasien yang tidak mau bergaul dengan orang lain, tidak mau berkomunikasi, dan sering melamun.

3) Pola Pikir Sterotip

B. Konsep Dasar Isolasi Sosial

1. Definisi

Isolasi sosial adalah suatu keadaan ketidakmampuan seorang individu untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain (PPNI, 2016). Isolasi sosial merupakan sebuah upaya menghindari suatu hubungan komunikasi dengan orang

lain (Kurniasari, 2019).

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang mengalami penurunan atau dapat juga ketidakmampuan dalam berinteraksi dengan orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya penolakan, rasa kesepian, serta ketidakmampuan dalam membina hubungan dengan orang lain, dan merupakan salah satu bentuk mekanisme perlindungan diri dengan cara menghindari interaksi dengan orang lain.

Isolasi sosial atau menarik diri dapat disebabkan karena kurangnya rasa percaya pada orang lain, perasaan panik, regresi ke tahap perkembangan sebelumnya, waham, sukar berinteraksi di masa lampau, perkembangan ego yang lemah, serta represi akan rasa takut.

Isolasi sosial merupakan suatu sikap dimana individu tidak mau dan tidak mampu untuk berinteraksi dengan orang lain, dapat disebabkan oleh pengalaman negatif dalam berinteraksi dengan orang lain. Sehingga, orang dengan isolasi sosial cenderung menghindar sebagai bentuk mekanisme kopingnya. Masalah isolasi sosial dapat menimbulkan berbagai gangguan, baik fisik maupun psikis. Salah satu masalah yang muncul pada isolasi sosial yang menimbulkan gangguan fisik adalah masalah defisit perawatan diri.

2. Etiologi

Isolasi sosial dapat terjadi akibat pengaruh dari berbagai faktor baik faktor predisposisi maupun faktor presipitasi.

a. Faktor predisposisi

Isolasi sosial dipengaruhi oleh beberapa faktor predisposisi, antara lain (Fitria,2019):

1) Faktor tumbuh kembang

Dapat disebabkan karena adanya keterlambatan dalam perkembangan, sehingga membuat adanya perasaan tidak sama dengan orang lain. Terutama terkait perkembangan sosial.

2) Faktor komunikasi dalam keluarga

Gangguan komunikasi dalam keluarga merupakan faktor terjadinya gangguan dalam hubungan sosial.

3) Faktor sosial budaya

Hubungan sosial akibat adanya norma-norma yang salah dalam keluarga.

4) Faktor biologis

Organ tubuh menjadi salah satu pengaruh gangguan hubungan sosial, hal ini dapat dilihat dari contoh pasien dengan skizofrenia yang mengalami masalah dalam berhubungan dikarenakan memiliki struktur yang abnormal pada otak.

b. Faktor Presipitasi

Terjadinya gangguan hubungan sosial dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal seseorang, dan dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1) Faktor eksternal

Stresor sosial budaya, yaitu stres yang terjadi akibat faktor sosialbudaya seperti keluarga dan lingkungan masyarakat tempat pasien tinggal

2) Faktor internal

Stres psikologis merupakan akibat yang ditimbulkan dari kecemasan atau ansietas yang berkepanjangan dan terjadi bersamaan dengan batas kemampuan individu untuk mengatasinya.

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala seseorang mengalami gangguan jiwa isolasi sosial, menurut (PPNI, 2017) antara lain:

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Isolasi Sosial

Subjektif	Objektif
Merasa ingin sendirian	Menarik diri
Merasa tidak aman di tempat umum	Tidak berminat/ menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan

Sumber: SDKI, 2017

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Isolasi Sosial

Subjektif	Objektif
1. Merasa berbeda dengan orang lain	1. Afek datar 2. Afek sedih
2. Merasa asyik dengan pikir sendiri	3. Riwayat penolakan 4. Menunjukkan sikap permusuhan
3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas	5. Ketidakmampuan memenuhi harapan orang lain 6. Kondisi difabel 7. Tindakan tidak berarti 8. Tidak adanya kontak mata 9. Pertumbuhan dan perkembangan yang lambat 10. Tidak bergairah/ lesu

Sumber: SDKI, 2017

4. Dampak Isolasi Sosial

Dampak yang sering ditimbulkan apabila masalah isolasi sosial tidak segera mendapat penanganan terbagi menjadi dua, yakni:

1) Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang akan diderita seseorang dikarenakan kurang terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan kesehatan fisik yang sering terjadi, antara lain: gangguan integritas kulit, infeksi pada mata dan telinga, serta munculnya gangguan fisik pada kuku.

2) Dampak Psikososial

Masalah ini timbul akibat dampak fisik tidak dapat diatasi. Masalah sosial yang berhubungan dengan kebersihan perorangan antara lain: gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial.

Oleh karena itu, hal-hal di atas menunjukkan peranan penting kebutuhan dukungan *personal hygiene* bagi pasien dengan gangguan jiwa terutama pada pasien isolasi sosial,

C. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan, dan kesejahteraannya sesuai dengan kondisi kesehatannya. Seorang

individu dinyatakan memiliki masalah dalam perawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri, kondisi ini disebut dengan defisit perawatan diri (Azizah, 2016). Defisit perawatan diri yaitu tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI, 2017).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah suatu gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berhias, makan, dan *toileting*.

2. Etiologi

Menurut (PPNI, 2017) penyebab defisit perawatan diri antara lain sebagai berikut:

a. Gangguan muskuloskeletal

Gangguan muskuloskeletal atau disebut juga dengan *musculoskeletal disorder* (MSDs) merupakan sekumpulan gejala atau gangguan yang berkaitan dengan jaringan otot, tendon, ligamen, kartilago, sistem persarafan, struktur tulang, dan pembuluh darah. Gejala awal yang ditimbulkan oleh MSDs berupa rasa sakit dan nyeri, mati rasa, kesemutan yang terus menerus, bengkak, adanya kekakuan, tremor, perasaan terbakar, hingga menyebabkan gangguan tidur (Crawford, 2020).

b. Gangguan neuromuskuler

Suatu kondisi medis yang ditandai dengan ketidakmampuan sistem saraf dan otot untuk bekerja sebagaimana mestinya. Hal ini

ditandai dengan kelemahan otot, adanya gangguan tidur, serta munculnya masalah pernapasan (PPNI,2017).

c. Kelemahan

Suatu kondisi yang ditandai dengan lemahnya gerak badan atau hilangnya sebagian hingga seluruh Gerakan sampai adanya gangguan gerakan yang dicirikan dengan tidak adanya kontraksi otot sama sekali.

d. Gangguan psikologis dan atau psikotik

Gangguan psikologis adalah sebuah sindrom atau sekelompok gejala yang memengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku seseorang sehingga menyebabkan disfungsi dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Beberapa jenis gangguan jiwa psikologis antara lain depresi, gangguan kecemasan, skizofrenia, gangguan makan dan perilaku adiktif.

Gangguan jiwa psikotik merupakan gangguan kejiwaan yang ditandai dengan ketidakmampuan seseorang untuk membedakan mana yang nyata dan tidak nyata (sulit membedakan antara khayalan dan realita). Penyebab dari gangguan psikotik adalah adanya gangguan keseimbangan zat kimia di dalam saraf otak.

e. Penurunan motivasi/minat

Penurunan keinginan untuk melakukan suatu kegiatan atau aktivitas.

3. Manifestasi Klinis

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)

(PPNI,2017).Klien dengan masalah defisit perawatan diri memiliki tanda dan gejala sebagaiberikut:

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor Defisit Perawatan Diri

Subjektif	Objektif
Menolak melakukan perawatan diri	Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri Minat melakukan perawatan dirikurang

Sumber: SDKI, 2017

4. Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri

5. Proses Masalah

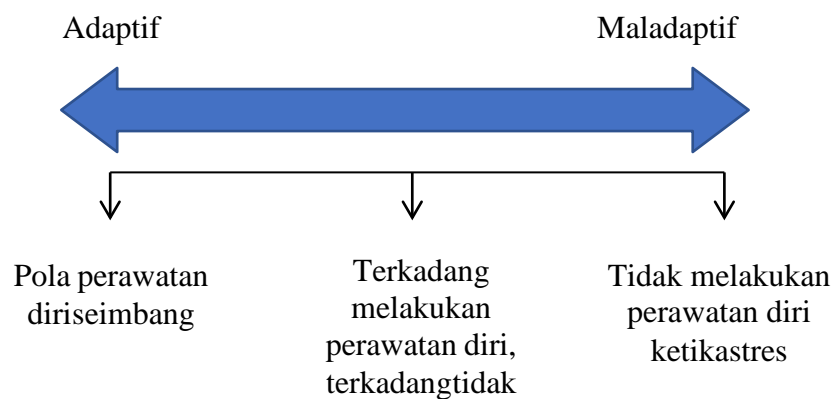
Pasien skizofrenia sering mengalami kemunduran, yang ditandai dengan hilangnya motivasi serta rasa tanggung jawab, apatis, serta menghindari dari hubungan sosial. Kemampuan dasar yang sering terganggu antara lain kebersihan diri, penampilan, dan sosialisasi (Yosep, 2016).

Perawatan diri yang kurang pada pasien isolasi sosial terjadi akibat adanya perubahan proses pikir, sehingga kemampuan pasien dalam melaksanakan perawatan diri mengalami penurunan. Kurangnya

perawatan diri pasien dapat diamati dari ketidakmampuan pasien dalam melakukan perawatan kebersihan diri mandi dan berhias.

6. Rentang Respons Kognitif

Menurut (Keliat, 2007), rentang respons perawatan diri pada klien adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Rentang Respons Kognitif

7. Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan diagram rentang respons kognitif pasien dibedakan menjadi dua, yakni (Erlando, 2019):

a. Mekanisme Koping Adaptif

Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, mendukung pemenuhan kebutuhan belajar, serta mencapai tujuan. Pada kategori ini pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

b. Mekanisme Koping Maladaptif

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan lebih menguasai lingkungan. Kategori pasien yang sesuai dengan mekanisme koping

ini adalah pasien yang tidak mau melakukan perawatan diri (Danyanti, 2018).

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Perawatan diri yang kurang pada pasien isolasi sosial disebabkan karena adanya perubahan proses pikir, hal ini menyebabkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri menurun. Masalah defisit perawatan diri merupakan masalah yang dapat diamati atau diobservasi, hal ini tampak dari ketidakmampuan pasien dalam merawat kebersihan diri mandi dan berpakaian atau berhias.

Pengkajian keperawatan yang dilakukan dapat dilakukan dengan berbagai metode, yakni dengan melakukan anamnesa baik dengan perawat maupun pasien, observasi secara langsung, dan melalui studi dokumen. Oleh karena itu, hal-hal yang perlu dikaji saat menangani pasien isolasi sosial dengan masalah defisit perawatan diri antara lain:

a. Identitas

Terdiri atas: nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis, serta identitas keluarga penanggungjawab pasien.

b. Alasan Masuk Rumah Sakit

Merupakan penyebab klien atau alasan keluarga klien membawa klien ke rumah sakit. Umumnya alasan klien dibawa ke

rumah sakit dikarenakan klien tampak sering menyendiri, tidak mau melakukan perawatan diri secara mandiri, penampilan acak-acakan, tidak peduli dengan diri sendiri, serta mengganggu oranglain.

c. Riwayat Penyakit

1) Riwayat penyakit saat ini

Kondisi pasien saat dirawat di rumah sakit

2) Riwayat penyakit masa lampau

Mengetahui perjalanan penyakit klien mulai dari riwayat pengobatan, riwayat kekambuhan, dan riwayat rawat inap di RSJ.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Mengetahui keterkaitan kondisi yang dialami pasien dengan kondisi dan kesehatan keluarga.

d. Pemeriksaan Fisik

Meliputi pemeriksaan Tanda-tanda Vital (TTV), pemeriksaan *head to toe* yang menunjang penegakan masalah defisit perawatan diri.

e. Aspek Psikososial

1) Genogram

Membuat genogram yang memuat sedikitnya tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan serta pola asuh.

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Mengenai persepsi klien terhadap kondisi tubuhnya, termasuk bagian yang disukai dan tidak disukai

b) Identitas Diri

Status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, serta bagaimana klien dalam menggambarkan dirinya,

c) Peran

Tugas atau fungsi yang dijalankan klien dalam keluarga atau kelompok masyarakat dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas tersebut

d) Ideal Diri

Meliputi harapan terhadap kondisi yang dialaminya saat ini.

e) Harga Diri

Hal yang perlu ditanyakan terkait penilaian dan penghargaan orang lain terhadap dirinya, ada tidaknya pengungkapan kekecewaan terhadap dirinya.

f) Hubungan Sosial

Menggambarkan hubungan klien dengan orang lain, termasuk orang terdekat dengan klien, serta kegiatan sosial di kelompok yang pernah klien ikuti.

g) Spiritual

Berkaitan dengan nilai dan keyakinan yang dianut pasien, serta kegiatan beribadah klien

f. Status Mental

1) Penampilan

Penampilan umum seorang pasien dengan masalah defisit perawatan diri antara lain penampilan pasien yang tidak rapi, tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, serta penggunaan pakaian yang tidak sesuai.

2) Pembicaraan

Menilai arah pembicaraan pasien, umumnya akan terjadi pembicaraan yang lambat, terhenti (*blocking*) serta ketidakmampuan klien dalam memulai pembicaraan.

3) Aktivitas motorik

Klien tampak lesu, gelisah, tremor, dan kompulsif.

4) Alam perasaan

Emosi yang tampak pada klien, umumnya klien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, serta merasa dihina

5) Afek

Afek klien datar, emosi mudah berubah, apatis terhadap lingkungan dan orang lain, depresi/ sedih, serta cemas.

6) Interaksi saat wawancara

Respons klien saat berlangsungnya wawancara, apakah

klien kooperatif, mudah tersinggung, atau klien menunjukkan sikap menghindar karena rasa tidak percaya.

7) Persepsi

Klien dapat mengalami gangguan persepsi sensori terkait ketakutan terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kebersihan diri. Hal tersebut dapat menyebabkan klien enggan melakukan perawatan diri, sehingga klien mengalami depersonalisasi.

8) Proses Pikir

Bentuk pemikiran klien selama wawancara berlangsung, hal ini dapat digambarkan dengan jenis informasi yang disampaikan klien, apakah memiliki pola otistik, dereistik, sirkumtansial, terkadang tangensial, kehilangan asosiasi, serta pembicaraan yang cenderung tidak berurutan antara topik satu dengan topik lainnya.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Kemampuan serta kemandirian klien dalam menyiapkan, saat makan, serta membersihkan alat makan

2) Berpakaian

Kemampuan dan kemandirian klien dalam mengganti pakaian, berhias diri, serta kesesuaian pakaian yang digunakan

3) Mandi

Frekuensi klien melakukan perawatan kebersihan diri secara

mandiri mulai: dari mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, dan menggunting kuku, munculnya kesadaran dalam diri pasien serta adanya perubahan perilaku untuk melakukan perawatan diri.

4) BAB/BAK

Kemandirian pasien dalam melakukan *toileting* pada tempatnya, serta kemampuan membersihkan BAB/BAKnya secara mandiri.

5) Istirahat

Perlu dipersiapkan jam istirahat yang cukup bagi pasien dengan kualitas yang baik pula, seperti tidak adanya gangguan saat pasien sedang tidur.

6) Penggunaan obat

Keteraturan serta kesadaran klien untuk minum obat, guna meminimalisir terjadinya kekambuhan.

7) Aktivitas di rumah

Aktivitas yang dapat dilakukan klien di rumah sesuai dengan kemampuannya.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah sebuah penilaian klinis terhadap respons klien atas masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien baik individu, keluarga, maupun komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang dapat

ditegakkan dalam kasus ini adalah defisit perawatan diri: mandi dan defisit perawatan diri: berhias dan berpakaian.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah segala perlakuan yang dikerjakan oleh seorang perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2017). Luaran (*outcome*) merupakan sekumpulan aspek yang dapat diobservasi dan diukur, yang meliputi: kondisi, perilaku, persepsi pasien, keluarga, atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Tumanduk, 2018).

Intervensi keperawatan yang akan diterapkan pada pasien isolasi sosial dengan masalah defisit perawatan diri adalah latihan kemandirian perawatan diri mandi dan berhias. Hal ini merupakan salah satu bentuk dari intervensi keperawatan dukungan perawatan diri, dan bertujuan untuk mengembalikan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah sekumpulan tindakan pada intervensi keperawatan yang terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, serta tindakan kolaborasi (PPNI, 2018). Merupakan tahap pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang sebelumnya telah disusun sebelumnya (Riyadi, 2020). Implementasi yang dilakukan harus disesuaikan dengan

kondisi pasien pada saat itu.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa implementasi keperawatan merupakan tahapan ketika perawat mengaplikasikan rencana atau tindakan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan, guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Agar tujuan perawatan pasien serta kriteria hasil yang sudah dibuat dalam intervensi tercapai, diperlukan adanya kerja sama dengan keluarga pasien dalam pelaksanaan implementasi keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah paling akhir dari sebuah proses keperawatan, evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengetahui sejauh mana tujuan yang ditetapkan pada saat tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan memperhatikan Respons pasien dan melibatkan profesi pemberi asuhan yang lain. Hasil evaluasi keperawatan menunjukkan tingkat ketercapaian tujuan serta kriteria hasil. Format yang digunakan pada tahap evaluasi pasien dengan gangguan jiwa adalah format SOAP, yang terdiri dari:

a. Subjektif

Ungkapan atau informasi yang disampaikan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan. Pada pasien isolasi sosial dengan defisit perawatan diri pasien mengatakan ketersediaannya untuk melakukan perawatan diri serta mempertahankan kebersihan dirinya.

b. Objektif

Merupakan informasi yang diperoleh berdasarkan hasil pengamatan, penilaian, serta pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukannya tindakan keperawatan.

c. Assesmen

Penilaian yang dirumuskan dari hasil perbandingan antara evaluasi subjektif dan evaluasi objektif, yang kemudian dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dirumuskan pada tahap intervensi. Kemudian ditarik kesimpulan, tiga kemungkinan kesimpulan tersebut antara lain:

1) Tujuan tercapai

Respons pasien yang menunjukkan adanya perubahan dan mengalami kemajuan yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan.

2) Tujuan tercapai sebagian

Penarikan kesimpulan jenis ini dilakukan apabila respons pasien masih menunjukkan adanya masalah keperawatan yang belum teratasi.

3) Tujuan tidak tercapai

Hal ini dapat terjadi apabila respons pasien tidak menunjukkan adanya perubahan ke arah kemajuan dari tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan

d. *Planning*

Planning atau rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan selanjutnya. Tahap ini dirumuskan berdasarkan hasil analisis data. Dalam penentuan rencana keperawatan berikutnya harus didasarkan pada kondisi dan kebutuhan pasien.

E. Konsep Dasar Latihan Kemandirian Perawatan Diri

1. Definisi Kemandirian

Kemandirian merupakan suatu istilah yang merujuk pada adanya kepercayaan akan kemampuan diri dalam menyelesaikan suatu masalah tanpa bantuan orang lain. Kemandirian adalah kemampuan psikososial yang mencakup kebebasan dalam bertindak, tidak bergantung pada orang lain, tidak terpengaruh oleh lingkungan, serta kebebasan dalam mengatur kebutuhannya sendiri.

2. Definisi Perawatan Diri

Perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar yang dimiliki manusia dalam upaya pemenuhan kebutuhan, guna mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya (Dermawan, Rusdi, 2013). Klasifikasi perawatan diri antara lain: menjaga kebersihan: mandi, berpakaian atau berhias, makan dan minum, serta *toileting*.

Dalam bidang keperawatan perawatan diri disebut dengan *personal hygiene* yakni upaya atau cara merawat diri seorang

individu untuk memelihara kesehatan yang disebabkan karena kondisi fisik dan keadaan psikis individu tersebut. Tujuan dari perawatan diri adalah guna meningkatkan derajat kesehatan seseorang, memelihara kebersihan diri seseorang, memperbaiki perawatan diri yang kurang, serta mencegah terjadinya penyakit dan meningkatkan rasa percaya diri.

3. Definisi Latihan Perawatan Diri Mandiri

Sebuah aktivitas memberikan arahan serta melakukan pendampingan yang dilakukan secara berulang dalam jangka waktu tertentu dalam hal perawatan diri mandi dan berhias, guna mengembalikan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri. Kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri digambarkan berdasarkan skala tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri menurut NANDA, 2018:

Tabel 2.4 Klasifikasi Tingkat Kemandirian Klien dalam Perawatan Diri

Faktor	(0)	(+1)	Semi Mandiri (+2)	Ketergantungan Sebagian (+3)	Ketergantungan Total (+4)
	Mandiri Total	Perlu menggunakan alat bantu	Perlu bantuan dari orang lain guna membantu, mengawasi dan, dan mengajarkan	Perlu bantuan dari orang lain dan alat bantu	Perlu bantuan orang lain, tidak mampu melakukan aktivitas
Mandi			Perawat memberikan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien di tempat tidur/kamar mandi. Pasien dapat mandi sendiri, kecuali untuk bagian	Perawat menyediakan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien, membersihkan punggung, tungkai,	Pasien membutuhkan mandi lengkap, tidak dapat membantu sama sekali.

Faktor	(0)	(+1)	Semi Mandiri (+2)	Ketergantungan Sebagian (+3)	Ketergantungan Total (+4)
			punggung dan kak	perineum, dan semua bagian tubuh lain sesuai keperluan. Pasien dapat membantu	
Berpakaian			Perawat mempersiapkan pakaian, dapat mengancingkan, merisleting, atau mengikat pakaian. Pasien dapat mengenakan pakaian sendiri.	Perawat menyisir rambut pasien, membantu mengenakan pakaian, mengancingkan, merisleting pakaian dan mengikat sepatu	Pasien perlu dikenakan pakaian dan tidak dapat membantu. Perawat menyisir rambut pasien
Makan			Perawat mengatur posisi pasien, mengambil makanan, memantau makan.	Perawat memotong makanan, membuka wadah, mengatur posisi, mendorong dan memantau makan.	Pasien perlu dibantu untuk makan secara total.
Eliminasi			Perawat dapat berjalan ke kamar mandi/commode dengan bantuan. Perawat membantu mengenakan atau melepas pakaian	Perawat menyediakan pispot, menempatkan pasien di pispot atau mengambil pispot tersebut, menempatkan pasien di commode.	Pasien Inkontinensia. Perawat menempatkan pasien pada pispot atau commode.

Sumber: Wilkinson, J. M. (2018).

4. Tahap-tahap Latihan Perawatan Diri

- a. Melakukan pengkajian tingkat kemandirian pasien isolasi sosial dengan masalah defisit perawatan diri. Hal ini dilakukan guna

mendapatkan data awal sebelum dilakukannya intervensi keperawatan, sehingga respons pasien dapat dibandingkan.

b. Memberikan Latihan Perawatan Diri

Latihan perawatan diri dimulai setelah perawat mengetahui tingkat kemandirian pasien. Bentuk latihan perawatan diri dapat berupa:

1) Motivasi atau pendampingan

Latihan ini diberikan pada pasien yang sudah mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, namun terkadang enggan melakukan perawatan diri. Motivasi dapat dilakukan menggunakan komunikasi terapeutik, sehingga dapat terjalin hubungan saling percaya antara pasien dan perawat. Latihan ini dilakukan secara berulang.

2) Melakukan penyusunan jadwal perawatan diri

Mengajarkan kepada pasien tentang penyusunan jadwal melakukan perawatan diri yang harus dipatuhi setiap harinya.

3) Praktik kemampuan melakukan perawatan diri

Hal ini dapat dilakukan dengan praktik melakukan perawatan diri yang benar, seperti tahapan saat mandi, dan kesesuaian pakaian dalam berhias, dalam latihan ini juga mengombinasikan metode ceramah, tanya jawab, serta praktik.

c. Mengulangi poin b, selama 3 hari asuhan keperawatan

d. Melakukan evaluasi kemandirian pasien selama 3 hari asuhan keperawatan berjalan

Evaluasi dilakukan menggunakan metode anamnesis yakni melakukan tanya jawab dengan pasien terkait kemampuan dalam melakukan perawatan diri mandi dan berhias secara mandiri, serta dengan metode observasi yakni dengan mengamati pasien pada saat jadwal melakukan perawatan diri.