

## BAB II

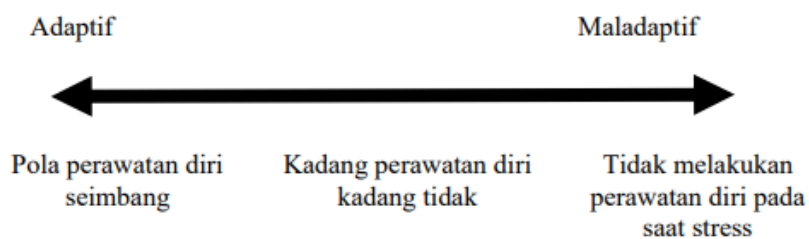
### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

##### 1. Definisi

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi ketika individu tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar hidupnya secara mandiri karena keterbatasan fisik, mental, atau emosional. Konsep ini berasal dari teori *Self-Care Deficit Nursing Theory* yang dikembangkan oleh “Dorothea Orem”. Menurut Orem, defisit perawatan diri terjadi saat individu tidak memiliki kapasitas atau kekuatan untuk melakukan tindakan perawatan diri yang dibutuhkan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Muhlisin & Irdawati, 2010).

##### 2. Rentan Respon



Gambar 1. Rentan Respon Pasien Dengan Defisit Perawatan Diri

- a. Pola perawatan diri seimbang: saat klien mendapatkan stresor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
- b. Kadang perawatan diri kadang tidak: saat klien mendapatkan stresor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya,

- c. Tidak melakukan perawatan diri: klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor (Keliat, 2014).

### **3. Etiologi**

Etiologi dari defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia bersifat multifaktorial, melibatkan aspek biologis, psikologis, dan lingkungan. Defisit ini bukan hanya disebabkan oleh satu faktor tunggal, tetapi merupakan hasil dari interaksi kompleks antara gangguan mental dan respon individu terhadap lingkungan.

#### **a. Gangguan Proses Pikir**

Pasien skizofrenia sering mengalami gangguan berpikir seperti disorganisasi pikiran, waham, dan delusi, yang menyebabkan mereka tidak menyadari kebutuhan dasar tubuhnya. Hal ini membuat mereka mengabaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi atau makan. “Disorganisasi proses pikir menyebabkan pasien tidak mampu membuat keputusan sederhana, termasuk dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri.” (Stuart, 2016)

#### **b. Gejala Negatif Skizofrenia**

Gejala negatif seperti apatis (tidak peduli), avolisi (hilangnya motivasi), alogia (minim bicara), dan anhedonia (kehilangan minat) menyebabkan pasien tidak tertarik untuk merawat dirinya. “Gejala negatif skizofrenia lebih berpengaruh terhadap disfungsi sosial dan perawatan diri daripada gejala positif.” (Yusuf et al., 2015)

c. Kurangnya *Insight* (Kesadaran Diri)

Banyak pasien skizofrenia tidak menyadari bahwa mereka sedang sakit. Kondisi ini disebut anosognosia, yang mengakibatkan penolakan terhadap bantuan perawatan dan mengabaikan kebersihan diri.

d. Faktor Psikososial dan Lingkungan

Kurangnya dukungan keluarga, stigma sosial, serta tinggal di lingkungan yang tidak kondusif dapat memperburuk perilaku perawatan diri pasien.

## **B. Teori *Self Care*: Dorothea Orem dan Penerapan *Supportive-Educative***

### **1. Teori *Self-Care* Dorothea Orem**

Teori *Self-Care Deficit Nursing Theory* yang dikembangkan oleh Dorothea Orem menjelaskan bahwa keperawatan dibutuhkan ketika individu tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri secara mandiri. Tindakan keperawatan dilakukan untuk membantu individu mencapai kemandirian dengan memenuhi kekurangan perawatan diri tersebut (Orem, 2001).

Orem mengembangkan teori *Self Care Deficit* meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu : *Self Care*, *Self care deficit*, dan *nursing system*. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu; *self care*, *self care agency*, *kebutuhan self care terapeutik*, *self care defisit*, *nursing agency*, dan *nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic*

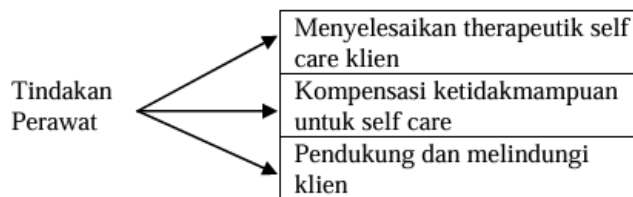
*conditioning factor* (faktor kondisi dasar). *Postulat self care* teori mengatakan bahwa *self care* tergantung dari perilaku yang telah dipelajari, individu berinisiatif dan membentuk sendiri untuk memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya (Muhlisin & Irdawati, 2010).

*Nursing system* didesain oleh Orem (2001) didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*. *Nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah didik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *self care* terapeutik mereka,. Dalam teori ini, terdapat tiga sistem keperawatan meliputi terkait *Wholly compensatory*, *Partly compensatory*, dan *Supportive-educative*. Adapun penjelasan dari tiga sistem tersebut yakni:

- a. *Wholly compensatory*: perawat sepenuhnya menggantikan pasien

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care*, dan menerima *self care* secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu; tidak dapat melakukan tindakan *self care* misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang *self care*-nya.

### WHOLLY COMPENSATORY SYSTEM

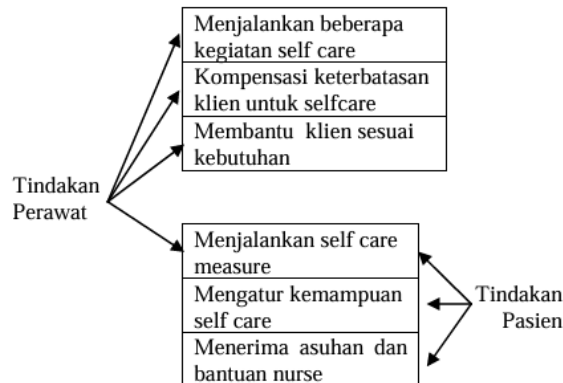


Gambar 2. *Wholly compensatory*

- b. *Partly compensatory*: perawat membantu Sebagian

Suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan *self care*.

### PARTLY COMPENSATORY SYSTEM

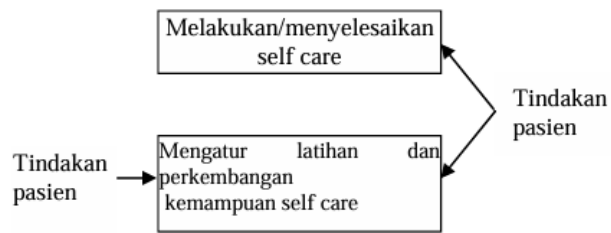


Gambar 3. *Partly compensatory*

- c. *Supportive-educative*: perawat mendidik dan mendukung agar pasien dapat mandiri

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau *external self care* tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental system*.

### SUPPORTIVE - EDUCATIVE SYSTEM



Gambar 4. *Supportive-educative*

## 2. Terapi Supportive-Educative

Terapi *Supportive-Educative* merupakan bentuk pendekatan keperawatan yang bertujuan untuk mendukung dan mendidik pasien agar mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Pendekatan ini tidak hanya mengandalkan tindakan perawat, tetapi juga melibatkan peran aktif pasien melalui pembelajaran dan pembiasaan. Terapi ini sesuai diterapkan pada pasien skizofrenia karena pasien sering mengalami defisit motivasi, kognitif, dan afektif.

a. Langkah-langkah Penerapan Terapi *Supportive-Educative* (Orem, 2001)

### 1) Tahap Orientasi (*Orientation Phase*)

Tujuan: Membangun hubungan saling percaya antara perawat dan pasien.

Tahap kegiatan:

- a) Menjalinkan komunikasi terapeutik
- b) Mengidentifikasi masalah dan kebutuhan pasien
- c) Mengkaji gangguan kognitif dan motivasi yang dapat memengaruhi kemandirian

- d) Menyusun jadwal aktivitas harian secara bertahap.
  - e) Menyesuaikan metode pembelajaran dengan kemampuan kognitif pasien (misalnya demonstrasi, pengulangan, dan pujian).
- 2) Tahap Edukasi dan Demonstrasi (*Education and Demonstration Phase*)
- Tujuan: Memberikan informasi dan mengedukasi pasien tentang pentingnya perawatan diri.
- Tahap kegiatan:
- a) Memberikan edukasi verbal/visual
  - b) Menunjukkan secara langsung cara melakukan aktivitas (mandi, menyisir, dll.)
  - c) Memberikan lembar jadwal atau checklist harian
- 3) Tahap Latihan Mandiri (*Practice or Guided Participation Phase*)
- Tujuan: Melatih pasien melakukan aktivitas perawatan diri secara bertahap.
- Tahap Kegiatan:
- a) Membimbing pasien melakukan ADL dengan supervisi
  - b) Memberi kesempatan pasien mencoba sendiri
  - c) Memberikan reinforcement positif untuk setiap keberhasilan kecil
  - d) Menilai sejauh mana pasien mampu mandiri

4) Tahap Evaluasi dan Pemantapan (*Evaluation and Reinforcement Phase*)

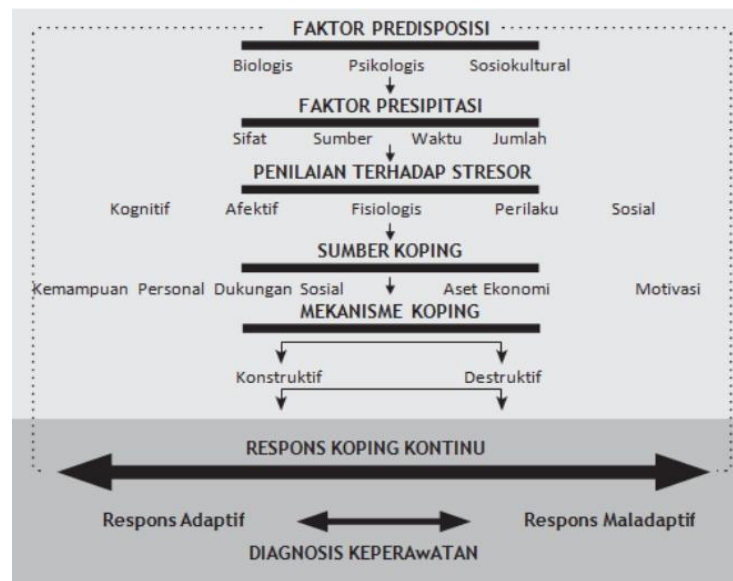
Tujuan: Menilai perkembangan pasien dan memperkuat kebiasaan baik.

Tahap kegiatan:

- a) Memberikan reinforcement positif
- b) Melibatkan keluarga atau caregiver dalam proses pembelajaran dan dukungan harian.
- c) Mengevaluasi hasil dan menyesuaikan rencana keperawatan.

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Defisit Perawatan Diri**

Pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara distematis dengan tujuan untuk membuat penentuan tindakan keperawatan bagi klien. Pada tahap ini ada beberapa aspek yang perlu dieksplorasi meliputi identitas klien, keluhan utama, penyebab, faktor predisposisi, perilaku yang muncul pada klien. Adapun pengkajian mengacu pada konsep sehat sakit menurut Stuart (2016) adalah sebagai berikut:



Gambar 5. Model Stres Adaptasi Keperawatan Jiwa (Stuart, 2016)

## 1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor-faktor bawaan atau latar belakang yang membuat seseorang lebih rentan mengalami gangguan tertentu. Pada pasien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri, faktor predisposisi yang berperan antara lain:

- a. Riwayat keluarga dengan gangguan jiwa: Individu dengan orang tua atau saudara kandung yang menderita skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan serupa.
- b. Perkembangan kepribadian yang buruk: Pasien skizofrenia cenderung mengalami gangguan dalam perkembangan identitas, pengaturan emosi, dan motivasi sejak usia dini.
- c. Rendahnya tingkat pendidikan: Pendidikan yang rendah berkorelasi dengan keterbatasan pemahaman tentang pentingnya kebersihan diri dan kesehatan.

- d. Ketergantungan pada orang lain sejak kecil: Pola asuh overprotektif dapat menghambat kemandirian individu dalam merawat dirinya sendiri.

Menurut (Yosep, 2011), faktor predisposisi merupakan bagian dari determinan sosial dan biologis yang menyebabkan kerentanan individu terhadap gangguan jiwa, termasuk dampaknya terhadap kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari seperti perawatan diri.

## **2. Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi adalah faktor pencetus atau pemicu yang menyebabkan timbulnya atau kekambuhan gejala gangguan jiwa. Pada kasus skizofrenia dengan defisit perawatan diri, faktor presipitasi meliputi:

- a. Stres psikososial akut: Seperti kehilangan orang terdekat, konflik keluarga, atau tekanan ekonomi yang berat.
- b. Putus obat: Ketidakpatuhan minum obat antipsikotik dapat menyebabkan kekambuhan gejala skizofrenia, termasuk menurunnya fungsi perawatan diri.
- c. Lingkungan sosial yang tidak mendukung: Sikap stigma dan penolakan dari masyarakat dapat membuat pasien menarik diri dan mengabaikan kebutuhan dasar.
- d. Penggunaan zat psikoaktif: Konsumsi alkohol, ganja, atau sabu-sabu dapat memperberat gejala psikotik dan mengganggu fungsi perawatan diri.

Menurut Stuart (2016), stresor lingkungan dan ketidakmampuan mengatasi tekanan hidup dapat memicu kekambuhan skizofrenia dan memperburuk kondisi fungsional pasien, termasuk dalam hal perawatan diri.

### **3. Sumber koping**

Sumber koping yang dimiliki seseorang bisa berasal dari dalam diri seperti kepercayaan diri, motivasi, dan keyakinan spiritual; atau dari luar diri seperti dukungan keluarga, tenaga kesehatan, komunitas, dan sistem pelayanan kesehatan (Stuart & Sundeen, 1998).

### **4. Penilaian Terhadap Stresor**

Penilaian stresor dilakukan untuk mengidentifikasi faktor internal dan eksternal yang memperburuk kondisi psikologis pasien. Pada pasien dengan gangguan jiwa yang mengalami defisit perawatan diri, stresor dapat bersifat:

- a. Psikologis: trauma masa lalu, rasa bersalah, kehilangan harapan
- b. Lingkungan: penolakan dari keluarga, stigma sosial, lingkungan tidak mendukung
- c. Fisiologis: kelelahan, efek samping obat, gangguan tidur

Menurut Orem (2001), defisit perawatan diri terjadi karena interaksi antara kebutuhan perawatan diri yang meningkat dengan kemampuan individu yang menurun akibat penyakit atau gangguan psikologis. Ia menyebut bahwa “salah satu penyebab utama defisit

perawatan diri adalah gangguan pada sistem persepsi dan adaptasi pasien dalam menghadapi stresor internal dan eksternal” (Orem, 2001).

## **5. Mekanisme koping**

Mekanisme koping individu terhadap defisit ini dapat bersifat adaptif maupun maladaptif. Koping adaptif melibatkan upaya mencari bantuan, mengikuti pengobatan, dan membangun rutinitas baru yang sesuai dengan kondisi dirinya. Sebaliknya, koping maladaptif ditandai dengan penolakan kondisi, penarikan diri sosial, atau perilaku agresif (Yosep, 2011).

## **6. Perilaku**

Secara operasional, (Yosep, 2011) merinci tanda dan gejala defisit perawatan diri sebagai berikut :

- a. Fisik: tubuh berbau, pakaian kotor, rambut dan kuku tidak terawat, gigi kotor, penampilan tidak rapi.
- b. Psikologis: apatis, tidak ada inisiatif, rendah diri, menarik diri, merasa tak berdaya dan terhina.
- c. Sosial: interaksi terbatas, kesulitan mengikuti norma sosial, makan dan BAB/BAK tidak teratur atau di sembarang tempat, serta tidak mampu menjaga kebersihan gigi dan tubuh sendiri.

Penjelasan ini menunjukkan bahwa pasien dengan defisit perawatan diri cenderung menunjukkan perilaku maladaptif: tidak mandi, berpakaian asal, makan tidak teratur, perilaku toileting tidak sesuai normal, serta penurunan fungsi psikososial dan emosional.

Secara sistematis, perilaku ini juga tercantum dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), tanda dan gejala defisit perawatan diri (D.0109), meliputi:

- a. Data subjektif: menolak melakukan perawatan diri
- b. Data Objektif: tidak mampu mandi/menegenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawtan diri kurang (PPNI, 2017)