

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia (*schizophrenia*) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak. Menurut Nancy Andreasen (2008) dalam *Broken Brain, The Biological Revolution in Psychiatry*, bahwa bukti-bukti terkini tentang serangan skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik.

Melinda Hermann (2008), mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*Neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emotion, and social behavior*).

2.1.2 Tanda Gejala Skizofrenia

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 (dua), yaitu gejala positif dan negatif.

1. Gejala Positif

Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukan hati, memberi kedamaian, tapi

kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya, pada penderita skizofrenia, lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya. Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada, dan sebagainya.

2. Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan.

Perasaan yang tumpul membuat emosi klien menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tetapi mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Perasaan depresi adalah sesuatu yang sangat menyakitkan. Di samping itu perubahan otak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian.

2.1.3 Tipe Skizofrenia

Menurut Yosep, (2011) :

1. Delusi (*Delusions*)

Salah satu simptom utama pada skizofrenia. Individu dengan delusi, mempunyai keyakinan yang tidak rasional dan tidak sejalan dengan latar budaya individu tersebut. Meskipun telah dibuktikan secara objektif tidak adanya bukti dari keyakinannya, individu tetap meyakini kebenarannya.

2. Halusinasi (*Hallucinations*)

Terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, dan pengecapan.

3. Gangguan Pikiran (*Incoherence*)

Penyakit yang melibatkan pikiran dan tubuh, dimana pikiran mempengaruhi tubuh hingga penyakit muncul atau menjadi bertambah parah.

4. Perilaku Hiperaktif (*Catatonic or hyperactive behavior*)

Suatu pola perilaku pada seseorang yang menunjukkan sikap tidak mau diam, tidak menaruh perhatian, dan impulsif atau semuanya sendiri.

5. Ekspresi wajah yang datar (*flat affect*)

Suatu ekspresi yang jika di rangsang dengan candaan atau perkataan, ekspresi wajah akan tetap sama tidak berubah. Saat berbicara juga tidak menunjukkan ekspresi yang sesuai dengan perkataannya.

2.1.4 Proses Terjadinya Skizofrenia

Di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut neurotransmitters yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan sel yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut.

Bagi keluarga dengan penderita skizofrenia di dalamnya, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita skizofrenia dengan membandingkan otak dengan telepon. Pada orang yang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak klien skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

Kadang kala skizofrenia menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku yang sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. seranagn yang mendadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita gangguan seumur hidup, tetapi banyak juga yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dilingkungannya. Dalam beberapa kasus, seranagn dapat meningkat menjadi apa yang disebut skizofrenia kronis. Klien menjadi buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi, dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri dalam Yosep, (2011).

2.1.5 Faktor Penyebab Skizofrenia

Menurut Yosep, (2011) hingga sekarang belum ditemukan penyebab (etiologi) yang pasti mengenai seseorang menderita skizofrenia,

padahal orang lain tidak. Ternyata dari penelitian-penelitian yang telah dilakukan tidak ditemukan faktor tunggal. Penyebab skizofrenia menurut penelitian mutakhir antara lain,

1. Faktor genetik
2. Virus
3. Auto antibody
4. Malnutrisi

Faktor genetik menurut Yosep, (2011) sebagai berikut :

1. Studi terhadap keluarga menyebutkan pada orang tua 5,6%, saudara kandung 10,1%, anak-anak 12,8% dan penduduk secara keseluruhan 0,9%.
2. Studi terhadap orang kembar menyebutkan pada kembar identik 59,20%, sedangkan kembar fraternal 15,2%.

Penelitian lain menyebutkan bahwa gangguan pada perkembangan otak janin juga mempunyai peran bagi timbulnya skizofrenia kelak di kemudian hari. Gangguan ini muncul, misalnya karena kekurangan gizi, infeksi, trauma, toksin, dan kelainan hormonal.

Penelitian mutakhir menyebutkan bahwa meskipun ada gen yang abnormal, skizofrenia tidak akan muncul kecuali disertai faktor-faktor lainnya yang disebut epigenetik faktor. Kesimpulannya adalah bahwa skizofrenia muncul bila terjadi aksi antara abnormal gen dengan :

1. Virus atau infeksi lain selama kehamilan yang dapat mengganggu perkembangan otak janin

2. Menurunnya autoimun yang mungkin disebabkan infeksi selama kehamilan
 3. Komplikasi kandungan
 4. Kekurangan gizi yang cukup berat, terutama pada trimester kehamilan
- Selanjutnya dikemukakan bahwa orang yang sudah mempunyai faktor epigenetik tersebut, bila mengalami stressor psikososial dalam kehidupannya, maka risikonya lebih besar untuk menderita skizofrenia daripada orang lain yang tidak ada faktor epigenetik sebelumnya.

2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Ikawati, (2011) ada tiga fase pengobatan dan pemulihan skizofrenia :

1. Terapi fase akut

Pada fase ini pasien menunjukkan gejala psikotik yang intensif. Biasanya pada fase ini ditandai dengan munculnya gejala positif dan negatif. Pengobatan pada fase ini bertujuan untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Terapi utamanya adalah dengan menggunakan obat dan biasanya dibutuhkan rawat inap. Pemilihan antipsikotik yang benar dan dosis yang tepat dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu.

2. Terapi fase stabilisasi

Pada fase ini pasien masih mengalami gejala psikotik dengan intensitas yang lebih ringan. Pada fase ini pasien masih memiliki

kemungkinan yang besar untuk kambuh sehingga butuh pengobatan yang rutin untuk menuju ke tahap pemulihan yang lebih stabil.

3. Terapi fase pemeliharaan

Pada fase ini dilakukan terapi jangka panjang dengan harapan dapat mempertahankan kesembuhan, mengontrol gejala, mengurangi resiko kekambuhan, mengajarkan ketrampilan untuk hidup mandiri. Terapinya meliputi obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga dan konseling, serta rehabilitasi pekerjaan dan sosial. Ada terapi farmakologi dan non farmakologi yang dapat dilakukan :

a. Terapi Non Farmakologi

Ada beberapa pendekatan psikososial yang dapat digunakan untuk pengobatan skizofrenia. Intervensi psikososial merupakan bagian dari perawatan yang komprehensif dan dapat meningkatkan kesembuhan jika diintegrasikan dengan terapi farmakologis. Intervensi psikososial ditujukan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien. Pilihan pendekatan dan intervensi psikososial didasarkan kebutuhan khusus pasien sesuai dengan keparahan penyakitnya.

1) *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*

PACT merupakan program rehabilitasi yang terdiri dari manajemen kasus dan intervensi aktif oleh satu tim menggunakan pendekatan yang sangat terintegrasi. Program ini dirancang khusus untuk pasien yang fungsi sosialnya buruk dan bertujuan untuk mencegah kekambuhan dan memaksimalkan fungsi sosial

dan pekerjaan. Unsur-unsur kunci dalam PACT adalah menekankan kekuatan pasien dalam beadaptasi dengan kehidupan masyarakat, penyesiaan dukungan dan layanan konsultasi untuk pasien, memastikan bahwa pasien tetap dalam program perawatan. Laporan dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa PACT efektif untuk memperbaiki gejala, mengurangi lama perawatan di rumah sakit dan memperbaiki kondisi kehidupan secara umum.

2) Intervensi keluarga

Prinsipnya adalah bahwa keluarga pasien harus dilibatkan dan terlibat dalam penyembuhan pasien. Anggota keluarga diharapkan berkontribusi untuk perawatan pasien dan memerlukan pendidikan, bimbingan dan dukungan serta pelatihan membantu mereka mengoptimalkan peran mereka.

3) Terapi perilaku kognitif

Dalam terapi ini dilakukan koreksi atau modifikasi terhadap keyakinan (delusi), fokus terhadap halusinasi pendengaran dan menormalkan pengalaman psikotik pasien sehingga mereka bisa tampil secara normal. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi perilaku efektif dapat mengurangi frekuensi dan keparahan gejala psitif. Namun ada resiko penolakan yang mungkin terlalu membebani pasien-pasien dengan gejala negatif yang berat.

4) Terapi pelatihan ketrampilan sosial

Terapi ini didefinisikan sebagai penggunaan teknik perilaku atau kegiatan pembelajaran yang memungkinkan pasien untuk memenuhi tuntutan interpersonal, perawatan diri dan menghadapi tuntutan masyarakat. Tujuannya adalah memperbaiki kekurangan tertentu dalam fungsi sosial pasien. Terapi ini tidak efektif untuk mencegah kekambuhan atau mengurangi gejala.

5) Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

Dalam sebuah kajian sistematis menyatakan bahwa penggunaan ECT dan kombinasi dengan obat-obat antipsikotik dapat dipertimbangkan sebagai pilihan bagi penderita skizofrenia terutama jika menginginkan perbaikan umum dan pengurangan gejala yang cepat (*American Psychiatric Association, 2013*).

6) Terapi Farmakologi

Secara umum terapi penderita skizofrenia dibagi menjadi tiga tahap yakni terapi akut, terapi stabilisasi dan terapi pemeliharaan. Terapi akut dilakukan pada tujuh hari pertama dengan tujuan mengurangi agitasi, agresi, ansietas, dll. Benzodiazepin biasanya digunakan dalam terapi akut. Penggunaan benzodiazepin akan mengurangi dosis penggunaan obat antipsikotik. Terapi stabilisasi dimulai pada minggu kedua atau ketiga. Terapi stabilisasi bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi serta perbaikan kebiasaan dan perasaan. Pengobatan pada tahap ini dilakukan dengan obat-obat antipsikotik. Terapi

pemeliharaan bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Dosis pada terapi pemeliharaan dapat diberikan setengah dosis akut. Klozapin merupakan antipsikotik yang hanya digunakan apabila pasien mengalami resistensi terhadap antipsikotik yang lain (Crismon dkk, 2008).

2.2 Konsep Gangguan jiwa

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku. Hal ini terjadi karena menurunnya semua fungsi (Nasir dan Muhith, 2011).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

2.3.1 Pengkajian

1. Data identitas

Usia ada riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai. Gender riwayat ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender. Pendidikan yang rendah dan riwayat putus sekolah atau gagal sekolah. Pendapatan/penghasilan yang rendah. Pekerjaan yang *stressfull* dan beresiko tinggi. Status sosial tuna wisma, kehidupan terisolasi (kehilangan kontak sosial, misalnya pada lansia). Agama dan keyakinan, klien tidak bisa menjelaskan aktivitas keagamaan secara rutin (Nasir dan Muhith, 2011)

2. Keluhan utama / Alasan masuk

Keluhan utama dalam bahasa pasien sendiri dirinya malas mandi karena airnya dingin, pasien juga mengatakan dirinya malas berdandan,

mengatakan ingin disuapi, dan mengatakan jarang membersihkan alat kelaminnya setelah BAK dan BAB. Di dalam penampilan klien skizofrenia akan ditemukan adanya data rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki, kuku panjang dan kotor, serta rambut yang acak-acakan, pakaian tidak rapi dan kotor, tidak bercukur(laki-laki) maupun berdandan(berdandan) (Nasir dan Muhith, 2011)

3. Faktor predisposisi

Menurut Nasir dan Muhith, (2011), beberapa faktor predisposisi dapat ditimbulkan oleh beberapa hal berikut :

a. Biologis

- 1) Adanya riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- 2) Adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia.
- 3) Adanya gangguan neuromuskuler, kelemahan dan kelelahan dan kecacatan.
- 4) Adanya riwayat penggunaan obat, riwayat trauma kepala.

b. Psikologis

- 1) Ketrampilan komunikasi verbal yang kurang, misal tidak mampu berkomunikasi, gagap.
- 2) Keluarga pernah broken home
- 3) Klien mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi dan menutup diri.

c. Sosial/budaya

- 1) Perubahan dalam kehidupan, misalnya bencana, kerusuhan. Kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan dan ketidakutuhan keluarga.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat terkena infeksi dan trauma kepala.

5. Pemeriksaan fisik

Menurut Herman, (2011) pemeriksaan yang didapatkan dari pasien yang mengalami gangguan jiwa adalah sebagai berikut :

- a. Peningkatan TD, denyut nadi, pernafasan jika terjadi kecemasan
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan pasien.
- c. Adanya keluhan fisik kelemahan otot, kekakuan sendi, dan adanya kecacatan.
- d. Biasanya penampilan pasien kotor dan acak-acakan serta penampilannya sangat tidak terawat.

6. Psikososial

Menurut Herman, (2011) masalah psikososial yang dapat mempengaruhi terjadinya skizofrenia :

a. Genogram

Digambarkan minimal 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan pasien dan keluarga. Jelaskan pula masalah yang terakit dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

b. Konsep diri

- 1) Gambaran diri negatif, ada bagian dari tubuhnya yang tidak disukai misal, bagian hidungnya yang klien tidak suka karena pesek.

- 2) Identitas diri tidak jelas, terkadang klien tidak puas status posisinya sebagai laki-laki atau perempuan.
- 3) Peran, perilaku sosial tidak diterima oleh masyarakat, ketidakmampuan menjalankan peran
- 4) Ideal diri tidak realistik
- 5) Harga diri rendah, klien merasa tidak mampu, pandangan hidup klien pesimis, dan penolakan diri.

7. Hubungan sosial

Pada hubungan perawat menanyakan kepada pasien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau dorongan.

8. Spiritual

Klien tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin.

9. Pemeriksaan status mental

a. Penampilan

Penampilan tidak rapi, dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian yang tidak sesuai.

b. Karakteristik gaya bicara

Pasien dapat digambarkan sebagai banyak bicara, cerewet, pendiam, tidak spontan, atau terespon normal terhadap petunjuk dari pewawancara, gaya bicara dapat cepat atau lambat, tertekan, tertahan, emosional, dramatis, monoton, keras, gagap, membisu, apatis.

c. Alam perasaan

Perasaan pasien ketika sedih, putus asa, ketakutan, bahkan khawatir, dan merasa tidak punya harapan.

d. Afek

Perawat dapat mengetahui kondisi pasien ketika datar yaitu tidak ada perubahan rona muka saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan. Tumpul yaitu hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat, labil yaitu emosi yang cepat berubah ubah, tidak sesuai, bertentangan dengan stimulus yang ada.

e. Interaksi selama wawancara

Pasien tidak kooperatif, bermusuhan, mudah tersinggung, curiga, kontak mata berkurang tidak mampu menatap lawan bicara.

f. Persepsi

Gangguan persepsi seperti halusinasi mengenai diri pasien maupun lingkungan yang pernah dialami dan isi dari halusinasi tersebut harus dijelaskan seperti situasi dari halusinasi, gejala yang tampak pada saat pasien berhalusinasi.

g. Proses pikir

Pasien dapat memiliki ide yang sangat banyak atau sebaliknya. proses atau bentuk pikir dapat bersifat logis atau tidak logis dan bahkan tidak dapat dipahami. Seorang pasien dapat menunjukkan cara berfikir atau bentuk pikir dapat bersifat logis atau tidak logis dan bahkan tidak dapat dipahami. Seorang pasien dapat menunjukkan cara berpikir yang lambat atau tertahan. Blocking yaitu ketidakmampuan

mengingat apa yang telah atau yang ingin dikatakan atau pembicaraan berhenti tiba-tiba, sirkumstansial adalah mengemukakan suatu ide pasien menyertai banyak detail yang tidak relevan dan komentar tambahan namun pada akhirnya kembali ke ide semula dengan kata lain pembicaraan yang berbelit-belit tetapi sampai tujuan, kehilangan asosiasi merupakan pembicaraan yang tidak memiliki hubungan antara kalimat satu dengan lainnya tetapi pasien tidak menyadari.

h. Isi pikir

Isi pikir mengarah pada apa yang dipikirkan seseorang. Genogram isi pikir dapat berupa waham, obsesi, depersonalisasi, fobia, hipokondria, ide yang terkait dan pikir magis. Obsesi merupakan pikir yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya. Fobia merupakan ketakutan yang patologis. Hipokondria yaitu keyakinan terhadap adanya gangguan dalam organ tubuh terapi sebenarnya tidak ada. Depersonalisasi merupakan perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Ide yang terjadi dilingkungan, bermakna, dan terkait pada dirinya. Pikiran magis yaitu khayalan pasien tentang kemampuannya untuk melakukan hal hal yang mustahil atau diluar kemampuannya.

i. Tingkat kesadaran

Biasanya pasien tampak bingung dan kacau, stupor adalah gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan berulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi pasien menyadari semua yang terjadi dilingkungan, sedasi

yaitu pasien mengatakan bahwa ia merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar.

j. Memori

Gangguan orientasi dibagi berdasarkan waktu, tempat, dan orang. Pasien harus bisa menjawab dengan tepat tanggal dan jam saat ini. Pasien juga harus menyebutkan nama-nama orang disekitarnya dan apakah pasien mengetahui hubungan dengan orang-orang tersebut.

k. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mudah dialihkan, tidak mampu konsentrasi, serta tidak mampu berhitung.

l. Kemampuan penilaian

Gangguan kemampuan penilaian ringan yaitu dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain sebagai contoh memberikan kesempatan pasien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi.

m. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, dan tidak nafsu makan.

2) Defekasi atau berkemih

Tidak bersedia melakukan defekasi dan urinasi tanpa bantuan.

3) Mandi

Klien mengatakan malas unruk melakukan perawatan diri mandi karena mungkin airnya dingin atau tidak ada alat mandi.

4) Berpakaian

Hambatan kemampuan atau kurang minat dalam memilih pakaian yang tepat untuk dikenakan.

5) Istirahat dan tidur

Klien ada mengalami gangguan tidur.

6) Penggunaan obat

Adanya ketidakseimbangan neurotransmitter dopamin dan serotonin. Ada juga keluarga klien yang tidak punya uang untuk berobat.

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan pada pasien dan keluarga tentang perawatan lanjutan dan sistem pendukung yang dimiliki.

8) Aktivitas di dalam rumah

Kemampuan klien untuk menyajikan makanan, merapikan kamar, mencuci pakaian sendiri, dan mengatur kebutuhan sehari-hari menurun.

9) Aktivitas di luar rumah

Terkadang klien tidak mampu untuk belanja kebutuhan sehari-hari, melakukan perjalanan mandiri serta aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah.

10) Mekanisme koping

Terdapat koping individu tidak efektif.

11) Masalah psikososial dan lingkungannya

Klien menarik diri dari hubungan sosial, terkadang klien menghindari kontak/aktivitas sosial.

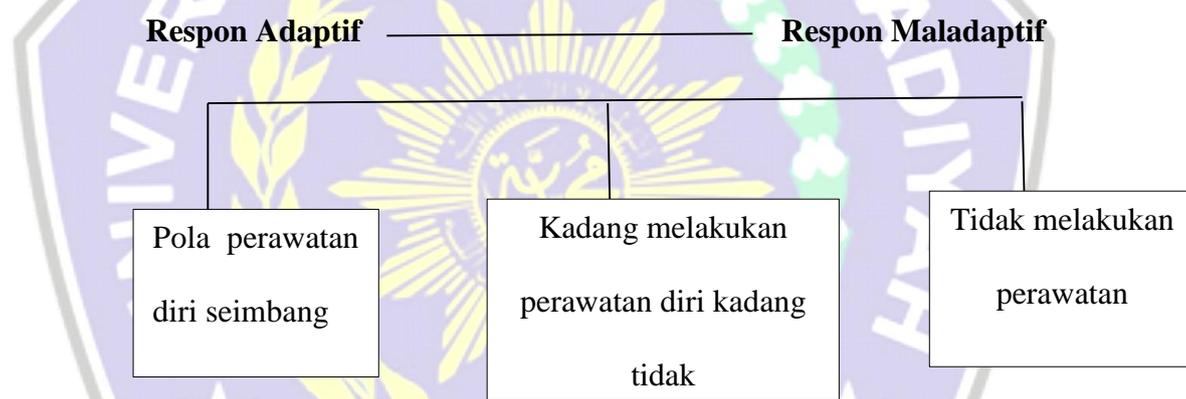
12) Aspek pengetahuan

Klien kurang pengetahuan tentang masalah perawatan diri.

13) Aspek medik

Tuliskan diagnosa medis yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan obat-obat pasien saat ini, baik obat fisik maupun psikofarma dan terapi lain.

2.3.2 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri



Gambar 2.1 Rentang respon Defisit Perawatan Diri (Sumber : Stuart & suddan (2000))

Keterangan :

1. Pola perawatan diri seimbang, saat pasien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola yang dilakukan seimbang, pasien masih melakukan perawatan diri.
2. Kadang perawatan diri kadang tidak, saat pasien mendapatkan stressor kadang-kadang pasien memperhatikan perawatan dirinya.

3. Tidak melakukan perawatan diri, pasien mengatakan dia tidak peduli dan tidak melakukan perawatan diri karena stressor.

2.3.3 Analisa Data

Menurut fitria, 2012 analisa yang didapatkan pada pasien skizofrenia adalah meliputi data subyektif dan data obyektif sebagai berikut :

1. Subyektif :

- a. Pasien mengatakan dirinya malas mandi karena airnya dingin, atau di RS tidak tersedia alat mandi.
- b. Pasien mmengatkan dirinya malas berdandan.
- c. Pasien mengatakan ingin disuapi.
- d. Pasien mengatakan jarang membersihkan alat kelaminnya setelah BAK dan BAB.

2. Obyektif :

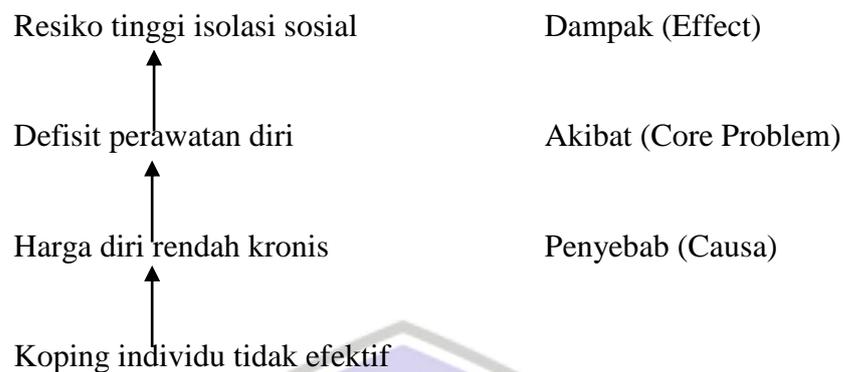
- a. Ketidakmampuan mandi/membersihkan diri ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulir berdaki, dan berbau serta kuku yang panjang dan kotor.
- b. Ketidakmampuan berpakaian/berhias ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, tidak bercukur (laki-laki) dan tidak berdandan (perempuan).
- c. Ketidakmampuan makan sendiri ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makanan sendiri, makan berceceran dan makan tidak pada tempatnya.

- d. Ketidakmampuan BAB/BAK secara mandiri ditandai dengan BAB/BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK.

2.3.4 Proses Terjadinya Masalah

Stressor yang cukup berat dan sulit ditangani oleh pasien mengakibatkan coping individu tersebut menjadi tidak efektif, sehingga pasien tersebut menjadi harga diri rendah. Dan dirinya tidak mau mengurus atau merawat dirinya sendiri (Fitria, 2012). Akibat dari stressor yang cukup berat pasien tidak dapat mengungkapkannya secara adaptif sehingga semakin lama akan timbul coping maladaptif. Jika hal tersebut terus terjadi akan mengakibatkan pasien akan mengalami harga diri rendah. Harga diri rendah tersebut bisa mengakibatkan perasaan tidak mampu, pandangan hidup pesimis, dan penolakan diri. Bila hal tersebut dibiarkan terus menerus dalam jangka waktu yang lama dapat mengakibatkan berkurangnya perawatan diri karena perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Penurunan perawatan diri dapat menimbulkan resiko tinggi isolasi sosial dikarenakan timbul perasaan tidak percaya diri dan tidak mampu untuk berhubungan sosial dengan orang lain (Dermawan, 2013).

2.3.5 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri



Gambar 2.2 Pohon masalah Defisit Perawatan Diri (Sumber : Herman (2011))

2.3.6 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah (Nursalam, 2009). Menurut Herman (2011) diagnosa keperawatan yang sering muncul adalah sebagai berikut :

1. Defisit Perawatan Diri
2. Harga Diri Rendah
3. Resiko Tinggi Isolasi Sosial

Langkah-langkah menegakkan diagnosa keperawatan :

1. Data-data klien yang telah diperoleh dari proses pengumpulan data dikelompokkan berdasarkan masalah kesehatan yang dialami klien dan sesuai dengan kriteria permasalahannya. Setelah data dikelompokkan maka perawat dapat mengidentifikasi masalah kesehatan klien dapat mulei

menegakkan diagnosis keperawatannya. Pengelompokan data dapat disusun menggunakan pola respon manusia menggunakan pola fungsi kesehatan (Nursalam,2009).

2. Interpretasi data

Menurut Asmadi, 2008 komponen pernyataan dalam diagnosis keperawatan meliputi :

- a. Masalah (*problem*), merupakan gambaran mengenai perubahan status kesehatan pasien.
- b. Penyebab (*etiologi*), merupakan pernyataan yang mencerminkan penyebab dari masalah. Etiologi dapat berkaitan dengan aspek patofisiologi, psikososial, perilaku, perubahan gaya hidup dan usia perkembangan.
- c. Tanda atau gejala (*sign/symptom*), merupakan kajian sebagai bukti adanya masalah kesehatan.

3. Merumuskan diagnosa keperawatan

Setelah perawat mengelompokkan, mengidentifikasi, dan memvalidasi data-data yang signifikan maka tugas perawat selanjutnya adalah menegakkan diagnosis keperawatan. Berdasarkan data yang didapat ditetapkan diagnosis keperawatan Defisit Perawatan Diri : kebersihan diri, makan, berdandan, defekasi/berkemih (Keliat B.,2011)

2.3.7 Tindakan Keperawatan

1. Tindakan keperawatan untuk klien

a. Tujuan :

- 1) klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri

- 2) klien mampu melakukan makan dengan baik
- 3) klien mampu melakukan eliminasi secara mandiri
- 4) klien mampu melakukan berhias secara baik

b. Tindakan :

1) Melatih klien cara perawatan diri dengan cara :

- a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
- b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
- c) Menjelaskan cara-cara untuk melakukan kebersihan diri
- d) Melatih klien untuk mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri

2) Melatih klien makan secara mandiri dengan cara :

- a) Menjelaskan cara menyiapkan makanan
- b) Menjelaskan cara makan yang tertib
- c) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah selesai makan
- d) Mempraktikkan cara makan yang baik

3) Mengajarkan klien melakukan BAK/BAB secara mandiri dengan cara :

- a) Menjelaskan tempat BAK/BAB yang sesuai
- b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah melakukan BAB dan BAK
- c) Menjelaskan cara membersihkan tempat untuk BAK dan BAB

4) Membantu klien latihan berhias :

a) Latihan berhias bagi pria harus dibedakan dengan wanita.

Pada klien laki-laki, latihan meliputi latihan berpakaian, menyisir rambut, dan bercukur, sedangkan pada klien perempuan latihan meliputi latihan berpakaian, menyisir rambut, dan berhias/berdandan.

2. Tindakan keperawatan untuk keluarga

a. Tujuan :

Keluarga mampu merawat klien yang mengalami masalah defisit perawatan diri.

b. Tindakan :

Untuk memantau kemampuan klien dalam melakukan cara perawatan diri yang baik, perawat harus melakukan tindakan agar keluarga dapat meneruskan melatih dan mendukung klien sehingga kemampuan klien dalam perawatan diri meningkat. Tindakan yang dapat perawat lakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Diskusikan dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien.
- 2) Jelaskan pentingnya perawatan diri untuk mengurangi stigma.
- 3) Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh klien untuk menjaga perawatan diri klien.
- 4) Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat diri klien dan membantu meningkatkan klien dalam merawat diri sesuai jadwal yang disepakati.

- 5) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan klien dalam perawatan diri.
- 6) Bantu keluarga melatih cara merawat klien dengan defisit perawatan diri.

2.3.7.1 Strategi Pelaksanaan Untuk Pasien

1. SP 1 : Pengkajian dan melatih cara menjaga kebersihan diri : mandi (gosok gigi, keramas, mandi pakai sabun, pakai handuk, ganti baju, potong kuku)

- a. Orientasi :

“Selamat pagi, perkenalkan nama saya suster X, senang dipanggil X, nama Mbak siapa ? Senang dipanggil apa ?”

Baik A, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan A dalam melakukan kegiatan sehari-hari selama 15 menit disini, A setuju ?

- b. Kerja :

Baiklah, coba kita telaah masalah yang terjadi pada A

“Coba A ceritakan apa alasan A tidak mau merawat diri? Apa manfaat merawat diri? Apa kerugian tidak mau merawat diri?”

Masalah kebersihan diri : Mandi :

“Berapa kali A mandi dalam sehari? Menurut A apa manfaat mandi? Seperti apa tanda-tanda orang yang merawat diri dengan baik? Menurut A jika kita tidak teratur menjaga kebersihan diri, masalah apa yang bisa muncul? Mandi itu apa

saja? Apa saja alat yang harus disiapkan untuk mandi?
Bagaimana cara mandi?”

Masalah berdandan untuk wanita :

“Apa saja yang dilakukan ketika berdandan? Kapan saja berdandan? Apa saja alat untuk berdandan? Apa manfaat berdandan? Apa kerugian jika tidak berdandan? Bagaimana cara berdandan?”

Masalah berdandan untuk laki-laki :

Apa saja yang dilakukan ketika bercukur? Apa saja alat yang dibutuhkan ketika bercukur? Kapan saja bercukur? Apa manfaat bercukur? Apa kerugian tidak bercukur? Bagaimana cara bercukur?”

Masalah makan dan minum :

“Berapa kali makan dalam sehari? Kalau minum sehari berapa gelas? Apa saja alat yang disiapkan? Apa manfaat makan dan minum? Apa kerugian jika tidak makan dan minum? Bagaimana cara makan dan minum dengan baik? Apa kerugian jika tidak makan dan minum?”

Masalah BAB dan BAK :

“Berapa kali BAB? Berapa kali BAK? Dimana tempat BAB dan BAK? Bagaimana cara BAB dan BAK yang baik? Apa manfaat BAB dan BAK? Apa kerugian tidak BAB dan BAK dengan baik?”

“Baiklah A, ternyata kita sudah menemukan masalah dalam merawat diri A yaitu masalah mandi, berdandan, makan dan minum serta BAB dan BAK.

Hari ini kita akan lakukan latihan untuk masalah yang pertama yaitu mandi. Coba A ceritakan bagaimana cara mandi yang benar? Iya bagus gosok gigi dimulai dengan membersihkan sikat gigi, kemudian menaruh pasta gigi ke sikat gigi, berkumur, kemudian digosokkan secara merata di gigi, mulai dari gigi depan, gigi samping, gigi dalam, gigi geraham, minimal 8 kali gosokan. Baik, kalau keramas, bagaimana caranya ? Bagus sekali, mulai dengan membasuh rambut, menuangkan sampo secukupnya ke tangan, menggosokkan ke rambut secara merata, jika sudah dibilas dengan air bersih sampai bersih dan tidak terasa ada samponya. Baik, kalau mandi bagaimana? Bagus sekali, badan sudah dibasahi air kemudian sabun dibasahi air dan disabunkan ke seluruh tubuh secara merata, sesudah itu didibilas dengan air bersih hingga tak terasa sabunnya. Sesudah itu apa lagi? Iya pakai handuk sampai kering, kemudian? Iya betul ganti baju yang abru dan sesuai. Kemudian apa lagi? Iya benar gunting kuku.

Baiklah, karena A sudah dapat menyebutkan cara-cara mandi dengan baik, kita akan ke kamar mandi untuk mempraktikannya. (Bimbing A untuk mandi).

Bagus sekali A sudah mandi. Sekarang kita akan masukan ke jadwal kegiatan harian. Mandi, gosok gigi, ganti baju sehari 2 kali, jam berapa? Iya, jam 07.00 WIB dan jam 15.00 WIB. Klau keramas? Iya, 2 hari sekali secara bergantian, hari ini keramas besok tidak, begitu seterusnya. Kalau gunting kuku? Iya, seminggu sekali. Mau hari apa? Jum'at? Baik, gunting kuku hari jum'at ya."

c. Terminasi :

"Apa yang A rasakan setelah kita bercakap-cakap?"

"Coba A jelaskan kembali apa yang sudah kita bicarakan dan lakukan tadi?"

"Nanti jangan lupa untuk melakukan sesuai jadwal yang sudah kita susun, yaitu mandi, gosok gigi, dan ganti baju sehari 2 kali, keramas 2 hari sekali, gunting kuku seminggu sekali."

"Baik A, kita akan bertemu lagi besok, jam berapa? Bik, jam 09.00 WIB ya? Dimana? Disini? Kita akan bercakap-cakap tentang masalah yang kedua yaitu berdandan."

2. SP 2 : Berhias untuk Perempuan

a. Orientasi :

"Assalamualaikum, Selamat pagi A, sesuai kontrak kita kemarin, kita bertemu hari ini jam 09.00 di rumah A ini ya."

"Wah sepertinya hari ini A sudah tampak bersih sekali dan tidak bau. Coba saya lihat giginya, wah sudah bersih ya, kukunya sudah dipotong juga? Semuanya A lakukan sendiri

atau dibantu? Wah memang hebat ya, mana jadwal harian A coba saya lihat. Oh iya mandinya sudah dilakukan 2 kali sehari ya, gosok gigi 2 kali sehari, keramasnya 2 hari sudah dilakukan 2 hari sekali ya, dan gunting kukunya juga sudah dilakukan 1 minggu sekali, dan semuanya sudah bisa A lakukan dengan mandiri, A luar biasa ya sudah bisa menjaga kebersihan diri.”

“A masih ingat apa yang mau kita bicarakan hari ini? Hari ini kita akan latihan berdandan, yaitu latihan untuk menyisir rambut dengan rapi dan merias muka A supaya kelihatan lebih cantik.”

b. Kerja :

“Sebelum berdandan, apa saja alat-alat yang harus A siapkan? Iya benar sisir, bedak, dan kalau ada lipstik. Bagaimana cara A berdandan? Apakah menyisir rambut dulu bagaimana cara A menyisir rambut? Coba A sisir rambutnya, saya mau lihta. Iya bagus sekali, sekarang coba kita lihat di kaca, sudah kelihatan rapi kna? Setelah menyisir rambut, biasanya apa yang dilakukan A? Apakah A biasa memakai bedak? Nah kalau iya, ayo sekarang kita lanjutkan dengan merias muka. Iya bedkanya dipakai tipis saja dan rata ke semua muka. Nah kan cantik kalau begitu, A kelihatan lebih berseri. Setelah memakai bedak, biasanya A memakai apa lagi? Oh iya lipstik ya? Coba saya mau lihat bagaimana cara

A memakai lipstik yang benar dipoles tipis saja lipstiknya. Nah, sekarang coba lihat lagi diri A di kaca, cantik kan? Mana lebih cantik dengan yang sebelum berdandan tadi kan?”

“Bagaimana rasanya setelah A berdandan? Lebih cantik dan rapi ya?”

“A, kita tadi sudah latihan berdandan, sekarang apa yang sudah kita lakukan kita masukan ke dalam jadwal, berapa kali berdandan ini akan A lakukan dalam sehari? Iya bagus sekali ya 2 kali sehari, setelah mandi ya? Jadi A bisa tulis dijadwal harian setiap habis mandi A bisa langsung berdandan.”

c. Terminasi :

“Apa yang A rasakan setelah kita lakukan latihan berdandan?”

“Coba A mari kita ulang kembali apa manfaat dari berdandan? Apa saja alat alat yang harus A siapkan untuk berdandan? Bagaimana langkah-langkah berdandan? Bagus sekali semua sudah disebutkan dengan baik. Selanjutnya jangan lupa A untuk melakukan kegiatan yang kita lakukan sesuai jadwal ya. Amndinya 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, dan gunting kuku seminggu sekali, nah tambahkan lagi untuk menyisir rambut 2 kali sehari, memakai bedak 2 kali sehari, dan memakai lipstik

juga 2 kali sehari. Iya bagus, A harus bisa lakukan semua sesuai jadwal ya supaya A makin cantik.”

“Baiklah besok kita akan bertemu lagi untuk latihan tentang makan dan minum yang benar. Saya akan datang jam 9 pagi. Sekarang saya permisi dulu, selamat pagi.”

3. SP 3 : Melatih Cara Makan dan Minum yang Baik

a. Orientasi :

“Selamat pagi A, bagaimana perasaannya hari ini? Hari ini saya lihat A sudah bersih ya, rambut juga sudah disisir rapi, pakai bedak, kukunya juga sudah digunting. Bajunya juga cantik. Bagus sekali, kalau gosok giginya bagaimana? Bagus sekali ya ternyata sudah dilakukan sama A. coba saya lihat jadwalnya? Bagus sekali ya ternyata sudah dilakukan sama A. mandi 2 kali sehari ini dilakukan sendiri ya, gosok gigi 2 kali sehari juga, keramas sudah 2 kali per minggu mandiri ya, dan sudah dilakukan sendiri ya, jadi sudah bagus sekali tentang kebersihan dirinya, kalau berdandan dilakukan sama siapa? Oh sudah sendiri, bagus sekali, setiap habis mandi, dilakukan sendiri atau dibantu? Oh dilakukan sendiri tetapi, kadang-kadang masih suka lupa ya, jadi masih diingatkan sama keluarga, kalau berpakaianya bagaimana? Dilakukan sendiri, bagus sekali. Masih ingat apa yang mau kita bicarakan hari ini? Hari ini kita akan bicara tentang

kebutuhan makan dan minum, cara makan dan minum, berapa lama nih A? 30 menit di ruang makan ya?”

b. Kerja :

Kalau kita mau makan alatnya apa saja? Jadi harus ada piring, gelas, dan sendok ya. Sekarang gunanya piring untuk apa? Ya benar sekali, untuk menaruh makanan, selanjutnya sendok digunakan untuk apa? Lalu gelas digunakan untuk apa? Bagus sekali sudah bisa menjawab dengan benar. Bagaimana kebiasaan sebelum, saat, maupun setelah makan? Makan di meja makan ya? Sebelum makan kita harus cuci tangan dengan menggunakan sabun ya. Mari kita praktekan, bagus. Setelah itu kita duduk dan ambil makanan, sebelum disantap kita berdoa dulu. Coba A yang pimpin, iya bagus.”

“Mari kita makan, saat makan kita harus menyuap makanan satu-satu dengan pelan-pelan ya, mari kita makan.”

“Setelah makan kita bereskan piring, gelas yang kotor. Iya benar, dan kita akhiri dengan mencuci tangan. Ya bagus”

“Kalau yang membersihkan piring, gelas dan sendok siapa? Bagaimana kalau A? kita coba membersihkannya. Sekarang kita coba memasukkan nya ke jadwal. Coba tulis disini, jam berapa saja makan, jadi ada tiga kali ya kalau pagi jam berapa? Siang? Sore? Bagus ya A sudah bisa mengisi jadwalnya.”

c. Terminasi :

“Bagaimana perasaan setelah kita belajar cara makan dan minum?”

“Alat apa saja yang digunakan untuk makan? Setelah makan apa yang sebaiknya kita lakukan?”

“Bagus sekali, A bisa mengingat dengan baik apa yang harus kita lakukan dan jangan lupa untuk melakukan sesuai jadwal. Melakukan mandi, keramas, gosok gigi dan gunting kuku sesuai dengan jadwal yang sudah ditulis, mandi sehari 2 kali, sikat gigi sehari 2 kali, cuci rambut 2 kali per hari, potong kuku satu kali per minggu. Berdandan mengganti pakaian 2 kali sehari sehabis mandi pagi dan sore. Hari Kamis saya datang lagi ya untuk membicarakan cara BAB dan BAK, jamnya seperti biasa ya jam 9 pagi saya disini lagi. Selamat pagi A.”

4. SP 4 : Melatih BAB dan BAK yang baik

a. Orientasi :

“Selamat pagi, bagaimana perasaannya hari ini? Hari ini saya lihat A sudah bersih ya, rambut juga sudah disisir rapi, pakai bedak, kukunya sudah digunting. Bajunya juga cantik bagus sekali, kalau gosok giginya bagaimana? Bagus sekali ya ternyata sudah dilakukan sama A. bagaimana dengan makan dan minum pagi ini? Jam berapa? Jam 8 ya? Bisa saya lihat jadwalnya? Bagus sekali ya ternyata sudah dilakukan

sama A. mandi 2 kali sehari ini dilakukan sendiri ya, gosok gigi 2 kali sehari juga, keramas sudah 1 kali per minggu mandiri ya, gunting kuku juga sudah 1 kali per minggu, dan sudah dilakukan sendiri ya, jadi A sudah bagus sekali tentang kebersihan dirinya, kalau berdandan dilakukan sama siapa? Oh sudah sendiri, bagus sekali, berpakaian juga ya. Bagus sudah dilakukan setiap habis mandi, dilakukan sendiri atau dibantu? Oh dilakukan sendiri tetapi kadang-kadang masih suka lupa ya, jadi masih diingatkan. Kalau makan dan minum sudah melakukannya sendiri ya, bisa kan?”

“Masih ingat apa yang mau kita bicarakan hari ini? Hari ini kita akan bicara tentang cara BAB dan BAK, berapa lama ya A? 30 menit, mau dimana tempatnya. Baklah di ruang tamu saja ya?”

b. Kerja :

1) Untuk pasien wanita :

BAB dan BAK di kamar mandi dan di WC ya. Hati-hati pakainan jangan sampe kena ya, lalu jongkok di WC. “Cara membersihkan anus yang benar setelah A BAB dan BAK yaitu dengan menyiram air dari arah depan ke belakang. Jangan terbalik ya, cara seperti ini berguna untuk mencegah masuknya kotoran atau tinja yang ada di anus ke bagain kemaluan kita.”

“Setelah selesai membersihkan anus, jangan lupa tinja atau air kencing yang ada di WC dibersihkan. Caranya siram tinja atau air kencing itu dengan air secukupnya sampai tinja atau air kencing itu tidak tersisa di WC. Jika A membersihkan tinja atau air kencing seperti ini, berarti A ikut mencegah menyebarnya kuman berbahaya yang ada pada tinja atau air kencing.”

“Setelah selesai membersihkan tinja atau air kencing, perlu merapihkan kembali pakaian sebelum keluar dari WC atau kamar mandi. Pastikan resleting telah tertutup rapi.” Sekarang coba dimasukkan ke dalam jadwal, kalau BAB biasanya kapan? Kalau BAK enggak pasti kapan ya?”

2) Untuk pasien laki-laki :

“Kalau mau BAB dan BAK biasanya dimana? Benar, BAB dan BAK yang baik itu di WC atau kamar mandi atau tempat tertutup dan ada saluran pembuangan kotorannya. Jadi kita tidak melakukannya di sembarang tempat ya.”

“Sekarang coba jelaskan kepada saya bagaimana cara cebok?”

“Sudah bagus ya. Yang perlu diingat saat cebok adalah membersihkan anus atau kemaluan dengan air yang bersih dan pastikan tidak ada tinja atau air kencing yang

masih tersisa di tubuh.” Jangan lupa membersihkan? Menyiram WC setelah BAB dan BAK perlumerapihkan kembali pakaian sebelum keluar dari WC atau kamar mandi, pastikan resleting celana telah tertutup rapi.”

c. Terminasi :

“Bagaimana perasaanya, setelah kita membicarakan tentang cara BAB dan BAK yang baik.”

“Apa saja yang harus dilakukan saat BAB dan BAK? Bagus sekali sudah menyebutkan dengan benar. Nah, coba sebutkan 4 cara perawatan diri yang telah dipelajari dan dilatih. Bagus sekali, “mandi, keramas, gosok gigi dan gunting kuku sesuai jadwal yang sudah ditulis, mandi sehari 2 kali, sikat gigi 2 kali per hari, keramas 2 kali per minggu, potong kuku 1 kali per minggu, berdandan dan mengganti pakaian 2 kali sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sehari dan minum 8-10 gelas sehari. BAB dan BAK di tempatnya. Bagaimana, bisa dilakukan sesuai dengan jadwal? Bagus sekali akan mencoba melakukannya.”

“Hari selasa saya datang lagi ya untuk mengevaluasi semua kegiatan dan latihan perawatan diri yang sudah kita diskusiakn, jamnya seperti biasa ya jam 9. Selamat pagi.

2.3.7.2 Strategi Pelaksanaan untuk Keluarga

1. SP 1 Keluarga : Percakapan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri.

a. Orientasi :

“Selamat pagi ibu.”

“Saya Anggy, Mahasiswa Unmuh Ponorogo yang akan merawat anak ibu, Sdr.A.”

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah pendapat ibu tentang anak ibu?”

“Hari ini kita akan berdiskusi tentang masalah yang Sdr.A alami dan bantuan apa yang ibu bisa berikan.”

“Kita mau diskusi dimana? Berapa lama?”

b. Kerja :

“Selama ini apa yang dilakukan oleh Sdr.A dalam merawat diri?”

“Perilaku yang ditunjukkan oleh Sdr.A itu dikarenakan gangguan jiwanya yang membuat pasien tidak mempunyai minat untuk mengurus diri sendiri.”

“Kalau Sdr.A kurang motivasi dalam merawat diri apa yang ibu lakukan?”

“Ibu perlu juga memperhatikan alat-alat kebersihan diri yang dibutuhkan oleh Sdr.A seperti handuk, baju ganti, sikat gigi, sampho, dan alat kebersihan lainnya. Ibu juga perlu

mendampinginya pada saat merawat diri, sehingga dapat diketahui apakah Sdr.A sudah bisa mandiri atau mengalami hambatan dalam melakukannya.”

c.Terminasi :

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap cakap?”

:Coba ibu sebutkan lagi apa saja yang harus diperhatikan dalam membantu Sdr.A dalam merawat diri.”

“Dalam seminggu ini cobalah ibu mendampingi dan membantu Sdr.A saat membersihkan diri.”

“Minggu depan saya akan datang kemabali kesini sekitar jam 09.00 pagi, untuk mendiskusikan hal yang sudah dicapai Sdr.A.”

2. SP 2 Keluarga : Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien defisit perawatan diri.

a. Orientasi :

“Assalamualaikum ibu, sesuai janji saya 3 hari yang lalu, kita ketemu lagi.”

“Bagaimana bu, ada pertanyaan tentang cara merawat yang kita bicarakan tiga hari yang lalu?”

“Sekarang kiat akan latihan cara-cara merawat tersebut ya bu?”

“Kita akan mencoba didini dulu, setelah itu baru kita coba langsung ke Sdr.A ya.”

“Berapa lama ibu punya waktu?”

b. Kerja :

“Sekarang anggap saya adalah Sdr.A, coba ibu praktikan cara ibu memotivasi Sdr.A untuk mandi, berdandan, buang air dan makan.”

“Bagus, benar begitu caranya.”

“Sekarang coba praktekan cara memberi pujian kepada Sdr.A.”

“Bagus, bagaimana kalau cara memotivasi Sdr.A melakukan kegiatan positifnya sesuai jadwal?”

“Bagus sekali, ternyata ibu sudah mengerti cara merawat Sdr.A.”

“Bagaimana kalau sekarang kita mencobanya langsung kepada Sdr.A?”

c. Terminasi :

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita berlatih cara merawat Sdr.A?”

“Setelah ini coba ibu lakukan apa yang sudah dilatih tadi setiap kali Sdr.A mau melakukan kegiatannya.”

“Baiklah, bagaimana kalau dua hari lagi saya kembali kesini kita akan mencoba lagi cara merawat Sdr.A sampai ibu benar-benar lancar melakukannya?”

“Jam berapa ibu bisanya?”

“Baik, kita ketemu lagi di rumah ibu ya bu.”

3. SP 3 Keluarga : Latihan keluarga mengenal kekambuhan (tanda dan gejala).

a. Orientasi :

“Selamat sore ibu, bagaimana perasaanya hari ini? Bagaimana kebersihan diri Sdr.A? bagaimana dengan latihan mandi, berdandan, makan dan minum Sdr.A? bagaimana dengan BAB dan BAK Sdr.A? Bagus sekali, ibu tidak lupa memberikan pujian kan? Baiklah, hari ini kita akan diskusikan tentang cara mengenal kekambuhan (tanda dan gejala), tindak lanjut ke puskesmas atau RSJ dan rujukan. Berapa lama kita bicara bu? Baiklah 30 menit ya, tempatnya mau dimana?”

b. Kerja :

“Bu, saya sudah melatih Sdr.A cara perawatan diri diantaranya mandi, berdandan, makan, dan minum yang benar, BAB dan BAK yang benar. Sdr.A juga telah memasukkannya dalam jadwal kegiatan harian. Tolong ibu bantu bimbing dan berikan pujian.”

“Hari ini saya terakhir melakukan kunjunga ke rumah ibu , nanti ibu bisa terus berobat ke puskesmas secara teratur. Kemudian yang harus ibu perhatikan adalah jika terjadi tanda-tanda kekambuhan pada Sdr.A. mungkin ibu bisa ceritakan kepada saya apa saja tanda dan gejala kekambuhan yang ibu ketahui pada Sdr.A? iya bagus sekali, jadi apa yang ibu sampaikan tadi adalah tanda-tanda yang bisa ditemukan pada Sdr.A, seperti

tidak mau atau malas melakukan kebersihan diri, malas berdandan, berpakaian tidak rapi, makan dan minum diambalkan dan tidak pada tempatnya, BAB dan BAK sembarangan atau tidak cebok dan menyiram setelah BAB dan BAK. Kira-kira menurut ibu apa yang harus dilakukan keluarga ketika menghadapi hal tersebut? Iya, benar sekali ibu, jadi jika ibu menemukan tanda dan gejala tersebut pada Sdr.A makan ibu harus berusaha memotivasi dan membimbing aktivitas perawatan diri Sdr.A, karena pada dasarnya Sdr.A telah dilatih untuk melakukan kemampuan itu, tidak lupa juga untuk membantu semua kebutuhan Sdr.A. apalagi yang harus dilakukan keluarga untuk membantu Sdr.A melakukan perawatan dirinya? Iya, benar ibu, jadi ibu juga harus membantu Sdr.A dengan cara memfasilitasi kebutuhan laut dan bahan agar Sdr.A dapat melakukan aktivitas perawatan dirinya. Yang penting juga apabila kekambuhan yang dialami oleh Sdr.A tidak mampu diatasi dirumah untuk perawatan lebih lanjut diharapkan ibu segera membawa Sdr.A ke Puseksmas atau RSJ.

c. Terminasi :

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita diksusi tentang mengenal kekambuhan. Jangan lupa ibu harus terus memotivasi dan membimbing kegiatan perawatan diri sesuai dengan jadwal. Sdr.A telah melakukan jadwal kegiatan hariannya yaitu : mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, cuci rambut 2 hari per

minggu, potong kuku 1 kali per minggu, berdandan dan mengganti pakaian 2 kali sehari sehabis mandi pagi dan sore, makan 3 kali sehari dan minum 8 gelas per hari, BAB dan BAK ditempatnya sesuai dengan yang sudah kita latih bersama. Juga perlu ibu ingat untuk tetap berbobot secara rutin ke puskesmas dan segera bawa Sdr.A ke puskesmas atau RSJ bila ada tanda-tanda kekambuhan. Karena hari ini adalah pertemuan terakhir kita, maka saya harap ibu melakukan semua yang sudah kita latih dan diskusikan bersama. Selamat sore ibu.

2.3.8 Evaluasi Keperawatan

Tindakan dalam proses ini meliputi mengumpulkan data dan mengenai respon pasien, membandingkan respon pasien dengan kriteria evaluasi, meningkatkan tindakan keperawatan dengan hasil pada pasien, membuat keputusan mengenai status masalah, dan memodifikasi rencana asuhan keperawatan (Kozier, 2010).

Ketika menentukan apakah tujuan telah tercapai, perawat dapat menarik dari tiga kemungkinan simpulan :

1. Tujuan Tercapai yaitu respon pasien sama dengan hasil yang diharapkan.
2. Tujuan Tercapai Sebagian yaitu semua tujuan jangka pendek tercapai, tetapi jangka panjang tidak tercapai, atau hasil yang diharapkan hanya sebagian yang berhasil dicapai.
3. Tujuan Tidak Tercapai yaitu respon pasien tidak sama dengan hasil yang diharapkan.

Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu :

a. *S (Subyektif)*

Respon *subyektif* klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

b. *O (Obyektif)*

Respon *obyektif* klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

c. *A (Assesment)*

Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah tetap atau muncul masalah baru.

d. *P (Planning)*

Perencanaan hasil dan analisa ulang data.

Evaluasi yang diharapkan pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri, yaitu :

S (subyektif) : Klien mengatakan mengerti akan pentingnya perawatan diri.

O (obyektif) : Klien tampak bersih dan rapi.

A (assessment): Masalah defisit perawatan diri teratasi.

P (planning) : Intervensi dihentikan.

2.3.9 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tabel 2.1 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Defisit Perawatan Diri Pengkajian

Status mental :

1. Penampilan tidak rapi
2. Penggunaan pakaian tidak sesuai
3. Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan

Masalah keperawatan:

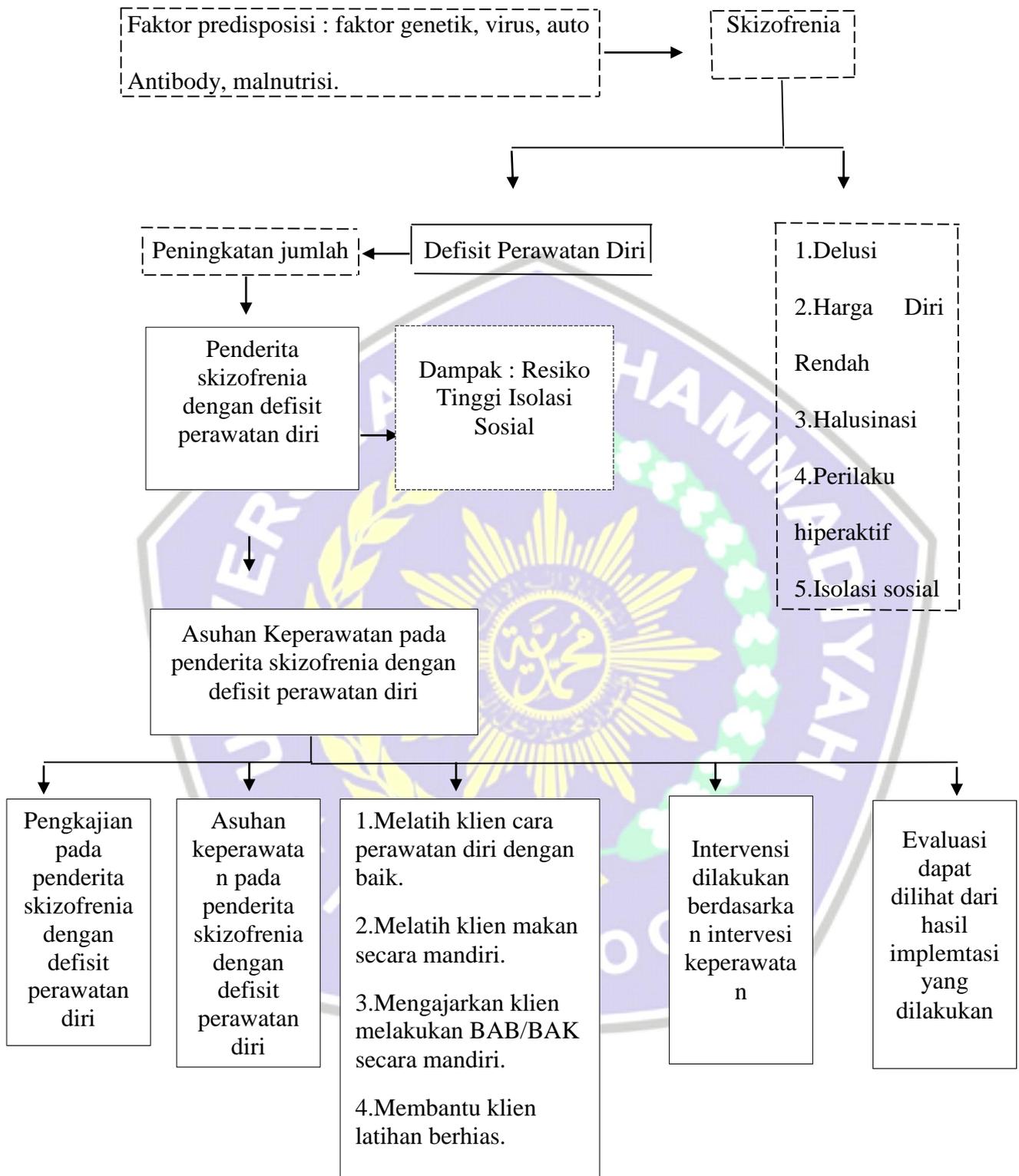
Kebutuhan sehari-hari :

1. Makan
 - a. Bantuan minimal
 - b. Bantuan total
2. Mandi
 - a. Bantuan minimal
 - b. Bantuan total
3. Defeksi/berkemih
 - a. Bantuan minimal
 - b. Bantuan total
4. Berpakaian/berhias
 - a. Bantuan minimal
 - b. Bantuan total

Jelaskan

Masalah keperawatan :

2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 Hubungan Antar Konsep