

BAB 2

PEMBAHASAN

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi bagi sehingga timbul inkoheransi (Herman, 2011). Skizofrenia merupakan suatu sindrom yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam penyebab, antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladapsi, tekanan jiwa, atherosclerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui (Maramis, 2009).

2.1.2 Faktor Penyebab Skizofrenia

Menurut Hawari (2012) faktor penyebab skizofrenia terdiri dari faktor biologis, psikososial, dan lingkungan.

1. Faktor Biologis

Dari penelitian, peran genetik pada skizofrenia diperoleh gambaran bahwa studi terhadap keluarga menyebutkan pada orang tua 5,6%, saudara kandung 10,1%, anak-anak 12,8%, dan penduduk secara keseluruhan 0,9%. Sedangkan studi terhadap orang kembar menyebutkan, pada kembar identik 59,2%, sedangkan pada kembar non identik adalah 15,2%.

Penelitian lain menyebutkan gangguan pada perkembangan otak janin mempunyai peran untuk timbulnya skizofrenia (Hawari, 2012).

2. Faktor Psikososial

Faktor psikososial yaitu faktor faktor yang berhubungan dengan gangguan pikiran, keyakinan, opini yang salah, ketidakmampuan membina dan mempertahankan hubungan sosial, adanya delusi dan halusinasi dan gangguan afektif.

3. Faktor Sosial dan Lingkungan

Banyak hal yang telah dicoba untuk dikaitkan dengan masalah gangguan jiwa seperti skizofrenia dan salah satunya adalah masalah status sosial., status sosial ekonomi mengacu pada pendapatan, pendidikan dan pekerjaan individu, status sosial ekonomi yang rendah lebih banyak menimbulkan resiko mengalami skizofrenia dibanding tingkat sosio ekonomi tinggi (Mila, 2009).

2.1.3 Gejala Klinis Skizofrenia

Gejala-gejala yang dapat dialami antara lain (Iskandar, 2012) :

1. Penampilan dan perilaku umum

Pasien dengan skizofrenia terutama dengan kasus berat cenderung menelantarkan penampilannya. Kerapian dan *hyegine* pribadi juga terabaikan. Dan biasanya juga menarik diri dari lingkungan sekitar secara sosial.

2. Gangguan pembicaraan

Pada skizofrenia inti gangguan memang terdapat pada proses pikiran. Yang terganggu terutama asosiasi. Asosiasi longgar berarti tidak adanya hubungan ide, kalimat-kalimat tidak saling berhubungan.

3. Gangguan perilaku

Salah satu gangguan aktivitas motorik pada skizofrenia adalah gejala katatonik, yang dapat berupa stupor atau gaduh gelisah. Pasien dengan stupor tidak bergerak, tidak berbicara dan tidak berespon. Meskipun sepenuhnya sadar. Sedangkan pasien dengan katatonik gaduh gelisah menunjukkan aktifitas motorik yang tidak terkendali. Keduanya kadang terjadi bergantian. Gangguan perilaku lain adalah stereotipi dan manerismi.

4. Gangguan afek

Gangguan afek yang sering ada yaitu kedangkalan respon emosi, parathimi, dan paramini, emosi yang berlebihan sensitif emosi.

5. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi yang terjadi yaitu halusinasi. Pada skizofrenia halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan sesuatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain.

6. Gangguan pikiran

Gangguan pikiran yang terjadi yaitu waham. Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali, penderita tidak menginsyafi hal ini dan baginya wahamnya merupakan fakta yang tidak dapat diubah siapapun.

2.2.4 Penatalaksanaan Skizofrenia

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

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 risiko kekambuhan, mengurangi durasi rawat inap, dan mengajarkan keterampilan 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 beradaptasi dengan kehidupan masyarakat, penyediaan 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 dalam mengurangi frekuensi dan keparahan gejala positif. Namun ada risiko penolakan yang mungkin disebabkan oleh pertemuan mingguan yang mungkin terlalu membebani pasien-pasien dengan gejala negatif yang berat.

4) Terapi pelatihan keterampilan 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 Assosiated*, 2013).

b. 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 Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Pengertian Defisit Perawatan Diri

DPD (Defisit Perawatan Diri) adalah keadaan individu mengalami hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari (Towsend, 2010). Kurang perawatan diri merupakan keadaan ketika individu

mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing-masing dari kelima aktivitas perawatan diri antara lain :

1. Makan
2. Mandi/ *Hygiene*
3. Berpakaian dan berhias
4. BAK&BAB/ *Toileting*

2.2.2 Karakteristik Perilaku

Keliat dan Akemat (2010) karakteristik defisit perawatan diri yang dapat ditemukan antara lain :

1. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau serta kuku panjang dan kotor.
2. Ketidakmampuan berhias/berpakaian, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai pada klien laki-laki tidak bercukur, pada klien perempuan tidak berdandan.
3. Ketidakmampuan makan secara mandiri ditandai dengan: ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
4. Ketidakmampuan eliminasi secara mandiri, ditandai dengan buang air besar (BAB) atau buang air kecil (BAK) tidak pada tempatnya, dan tidak dibersihkan diri dengan baik setelah BAB atau BAK.

2.2.3 Tanda Dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Adapun tanda dan gejala defisit perawatan diri menurut Fitria (2009) adalah sebagai berikut:

1. Mandi Atau *Hygiene*

Klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi

2. Berpakaian atau berhias

Klien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian.

3. Makan

Klien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, membuka container, memanipulasi makanan dalam mulut, mengambil makanan dari wadah lalu memasukkannya ke mulut, melengkapi makan, mencerna makanan menurut cara yang diterima masyarakat mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna cukup makanan dengan aman.

4. BAK/BAB

Klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk *toileting*, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

2.2.4 Jenis-jenis defisit perawatan diri

Menurut (Damaiyanti, 2012) jenis perawatan diri terdiri dari :

1. Defisit perawatan diri : mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.

2. Defisit perawatan diri : berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri.

3. Defisit perawatan diri : makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan secara mandiri.

4. Defisit perawatan diri : eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri. (Nanda, 2012)

2.2.5 Proses Terjadinya Masalah

Menurut Depkes (2000, dalam Dermawan, 2013), penyebab defisit perawatan diri adalah :

a. Faktor predisposisi

1) Perekembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

2) Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri

3) Kemampuan realitas menurun

Klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri

4) Social

Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor Presipitasi

Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau perceptual, cemas, lemah/lelah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan deisit perawatan diri. Menurut Depkes (2000, dalam Dermawan 2013) faktor yang mempengaruhi defisit perawatan diri adalah :

1) Body Image

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalkan dengan ada perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.

2) Praktik Sosial

Pada anak-anak selaluu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.

3) Status Sosial Ekonomi

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, shampoo, sikat gigi, pasta gigi, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya

4) Pengetahuan

Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien menderita diabetes mellitus ia harus menjaga kebersihan kakinya.

5) Budaya

Dilingkungan masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan

6) Kebiasaan seseorang

Ada kebiasaan yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan shampoo, sabun, dan lain-lain.

7) Kondisi fisik atau psikis

Pada keadaan tertentu/sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya.

2.2.6 Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongan di bagi menjadi 2 yaitu:

1. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan. Kategori ini adalah klien bisa memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.

2. Mekanisme koping maladaptif

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah tidak mau merawat diri (Damaiyanti, 2012)

2.2.8 Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri

Penatalaksanaan menurut (Herman, 2011) adalah sebagai berikut

1. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
2. Membimbing dan menolong klien merawat diri
3. Ciptakan lingkungan yang mendukung.

2.2.9 Rentan Respon

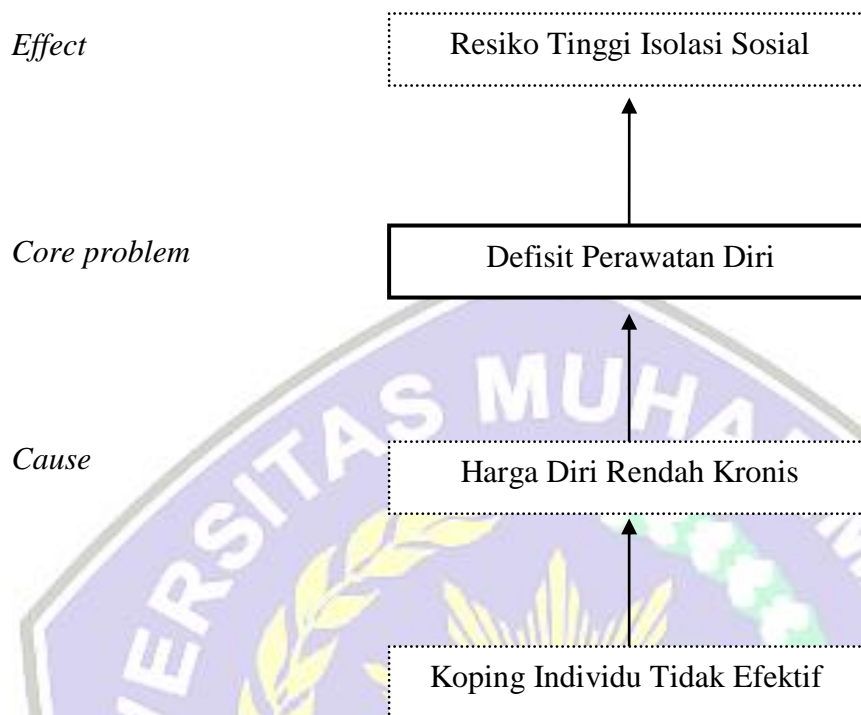


Gambar 2.1 :Rentan respon Defisit Perawatan Diri (Sumber: Fitria 2012)

Keterangan :

1. 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.
2. Kadang perawatan diri kadang tidak : saat klien mendapatkan stresor kadang – kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
3. Tidak melakukan perawatan diri : klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stresor.

2.2.10 Pohon Masalah



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

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Proses keperawatan merupakan sarana kerja sama dengan klien, yang umumnya pada tahap awal peran perawat lebih besar di banding peran klien, namun pada proses akhirnya diharapkan peran klien lebih besar dari peran perawat, sehingga kemandirian klien dapat dicapai. Tahap keperawatan meliputi : Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Rencana tindakan keperawatan, Implementasi dan Evaluasi (Direja, 2011)

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 *stress full* dan beresiko tinggi. Status social tuna wisma, kehidupan bersosialisasi (kehilangan kontak sosial, misalnya pada lansia). Agama dan keyakinan, klien tidak bisa menjelaskan aktivitas keagamaan secara rutin.

2. Keluhan utama

Keluhan utama dalam bahasa pasien sendiri, dirinya malas mandi karena airnya dingin, pasien juga mengatakan dirinya malas berdandan, mengatakan ingin disuapi, dan mengataka jarang membersihkan alat vitalnya setelah BAK atau BAB. Didalam penampilan klien skizofrenia akan ditemukan adanya data rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki, kuku panjang dan kotor, tidak bercukur (laki-laki) maupun berdandan (perempuan).

3. Faktor predisposisi

a. Biologis

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

b. Psikologis

- 1) Keterampilan komunikasi verbal yang kurang, missal 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. Pmeriksaan fisik

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

6. Psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep diri

- 1) Gambaran diri negatife, 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 dan 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.
- 6) Hubungan social
Pada hubungan sosial perawat menanyakan kepada pasien siapa orang yang paling bearti dalam kehidupannya, tempat megadu, tempat bicara, minta bantuan atau dorongan. Biasanya klien tidak mempunyai tempat untuk mengadu dan bicara.
- 7) Spiritual
Klien tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin.
- 8) Status mental
 - a) Penampilan
Biasanya penampilan pasien sangat tidak rapi, tidak tahu cara berpakaian, dan penggunaan pakaian tidak sesuai.
 - b) Cara bicara/ pembicaraan
Terkadang cara bicara pasien lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatiserta tidak mampu memulai pembicaraan.

c) Alam perasaan

Keadaan pasien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina.

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

Respon pasien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga yang menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f) Persepsi

Gangguan persepsi seperti berhalusinasi tentang ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan serta halusinasi perabaan yang membuat pasien tidak mau membersihkan diri dan pasien mengalami depersonalisasi (Dermawan, 2013)

g) Proses pikir

Seorang pasien dapat menunjukkan cara berpikir yang lambat atau tertahan, pembicaraan meloncat dari topik satu ke topik lainnya dan kadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

h) Isi pikir

Isi pikir mengarah pada apa yang difikirkan seseorang. Genogram isi pikir dapat berupa waham, obsesi, fobia, hipokondria, dipersonalisasi, ide yang terkait dan pikir magis.

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 dipertahakan dalam waktu lama tetapi pasien menyadari semua yang terjadi dilingkungannya.

j) Memori

Terkadang pasien tidak bisa menyebutkan nama, alamat, tanggal, dan jam saat itu. Tetapi pasien harus bisa menjawab dengan tepat tanggal dan jam saat ini.

k) Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

l) Kemampuan penilaian

Tidak dapat mengambil keputusan yang sederhana dan harus membutuhkan bantuan orang lain.

9) Kebutuhan pasien pulang

a) Makan

Klien mampu menyiapkan dan membersihkan alat makan

b) Berpakaian

Klien mampu berpakaian dan membersihkan dengan benar

c) Mandi

Klien mampu mandi dengan baik dan benar

d) BAB/BAK

Klien mampu BAB, BAK, menggunakan dan membersihkan WC

e) Istirahat

Klien dapat melakukan istirahat dan tidur

f) Penggunaan obat

Apabila pasien mendapat obat, biasanya pasien minum obat tidak teratur.

g) Aktivitas dalam rumah

Klien dapat melakukan aktivitas dalam dan diluar rumah.

h) Mekanisme koping

Biasanya klien tidak mengungkapkan secara adaptif sehingga semakin lama akan timbul koping maladaptif. Terdapat koping individu tidak efektif.

i) Masalah psikososial dan lingkungan

Klien menarik diri dari hubungan social, terkadang klien menghindari kontak langsung / aktivitas social

j) Pengetahuan

Klien kurang pengetahuan tentang perawatan diri

k) Pemeliharaan kesehatan

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

l) Aspek media

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

2.3.2 Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko 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). Langkah-langkah menegakkan diagnosa keperawatan meliputi :

1) Klasifikasi dan analisa data

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 dan dapat mulai menegakkan diagnosis keperawatannya. Pengelompokan data dapat disusun menggunakan pola respon manusia menurut taksonomi NANDA atau menggunakan pola fungsi kesehatan (Nursalam, 2009).

2) Interpretasi data

Menurut Asmadi (2008), komponen pernyataan dalam diagnosis keperawatan meliputi:

- 1) Masalah (*problem*), merupakan gambaran mengenai perubahan status kesehatan pasien.
 - 2) Penyebab (*etiologi*), merupakan pernyataan yang mencerminkan penyebab dari masalah. Etiologi dapat berkaitan dengan aspek patofisiologi, psikososial, perilaku, perubahan gaya hidup dan usia perkembangan.
 - 3) 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 selanjutnya adalah menegakkan diagnosis keperawatan (Nursalam, 2009). Diagnosa keperawatan yang muncul adalah :

1. Defisit perawatan diri
2. Resiko tinggi isolasi social
3. Harga diri rendah kronis

2.3.3 Intervensi

Intervensi keperawatan menurut Dalami (2009) adalah rencana dimana perawat akan menyusun rencana yang akan dilakukan pada klien untuk mengatasi masalahnya perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan diagnosa keperawatan diagnosa satu atau masalah utamanya adalah defisit perawatan diri.

Table 2.1

Intervensi Pada Pasien defisit Perawatan Diri

No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	Defisit Perawatan Diri	<p>TUM : Klien dapat mandiri dalam perawatan diri.</p> <p>TUK : Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah cerah dan tersenyum 2. Mau berkenalan 3. Ada kontak mata 4. Menerima kehadiran perawat 5. Bersedia menceritakan perasaanya. 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai 4. Jelaskan tujuan pertemuan 5. Jujur dan menepati janji

				<p>6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</p> <p>7. Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien</p>
		<p>TUK</p> <p>Klien dapat menjelaskan pentingnya perawatan diri.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat menyebutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab tidak merawat diri 2. Manfaat menjaga perawatan diri 3. Tanda-tanda bersih dan rapi 4. Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan 	<p>Diskusikan dengan klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab klien tidak merawat diri 2. Manfaat menjaga kebersihan diri untuk keadaan fisik, mental dan sosial 3. Tanda-tanda perawatan diri yang baik 4. Penyakit atau gangguan kebersihan yang bisa dialami oleh klien bila perawatan diri adekuat.
		<p>TUK</p> <p>Klien dapat menyelesaikan aktivitas mandi</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menjelaskan 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya kebersihan diri 2. Jelaskan cara menjaga kebersihan diri dengan mandi 3. Bantu klien mempraktekkan cara menjaga

		secara mandiri.	<p>pentingnya kebersihan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien dapat menjelaskan cara menjaga kebersihan diri 3. Klien dapat mempraktekan cara menjaga kebersihan diri 	<p>kebersihan diri mandi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
		<p>TUK</p> <p>Klien mampu berhias/berdandan secara mandiri.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyebutkan alat-alat untuk berhias/berdandan 2. Klien mampu menjelaskan cara berdandan/berhias 3. Klien mampu mempraktekan cara berhias/berdandan 	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan mandi klien. Beri pujian. 2. Jelaskan cara berdandan 3. Bantu klien mempraktekan cara berdandan 4. Masukkan ke jadwal harian untuk mandi dan berdandan/berhias
		<p>TUK</p> <p>Klien mampu menyelesaikan</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu :</p>	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan cara mandi dan berhias yang benar. Beri pujian

		<p>aktivitas makan dan minum secara mandiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyebutkan alat-alat untuk makan dan minum 2. Klien mampu menjelaskan cara makan dan minum yang benar 3. Klien mampu mempraktekkan cara makan dan minum dengan benar. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan cara makan dan minum dengan benar 3. Membantu klien mempraktekkan cara makan dan minum yang baik 4. Masukkan ke jadwal harian untuk mandi, berhias, makan dan minum yang benar.
		<p>TUK Klien mampu BAK/BAB secara mandiri</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menjelaskan cara BAK/BAK dengan benar 2. Klien mampu mempraktekkan cara BAK/BAB dengan benar 	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan mandi, berhias dan makan dengan benar. Beri pujian. 2. Jelaskan cara BAK/ BAB dengan benar 3. Bantu klien mempraktekkan cara BAK/BAB dengan benar 4. Masukkan ke jadwal harian untuk mandi, berhias, makan dan minum yang benar, serta cara BAK/BAB dengan cara yang benar.

Sumber : Dermawan (2013)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data yang berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan serta menilai data yang baru (Budiono,2015). Pada tahap ini dilakukan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan (Judha, 2011).

Tindakan Keperawatan yang dilakukan adalah :

SP 1 pasien :

- a. Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan,makan/minum, BAB/BAK.
- b. Jelaskan pentingnya kebersihan diri.
- c. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri.
- d. Latih cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikatgigi, cuci rambut, potong kuku.
- e. Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu).

SP 2 pasien :

- a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian.
- b. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan.

- c. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk perempuan; sisiran, cukuran untuk pria.
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan.

SP 3 pasien :

- a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.
- b. Jelaskan cara dan alat makan dan minum.
- c. Latih cara dan alat makan dan minum.
- d. Latih cara makan dan minum yang baik.
- e. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri,
- f. berdandan, makan dan minum yang baik.

SP 4 pasien :

- a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian.
- b. Jelaskan cara buang air besar dan buang air kecil yang baik.
- c. Latih buang air besar dan buang air kecil yang baik.
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri,
- e. berdandan, makan dan minum serta buang air besar dan buang air kecil

Tindakan keperawatan pada keluarga

SP 1 keluarga :

- a. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
- b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet).
- c.

- d. Jelaskan cara merawat defisit perawatan diri.
- e. Latih cara merawat : kebersihan diri.
- f. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP 2 keluarga :

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasienkebersihan diri. Beri pujian.
- b. Bimbing keluarga membantu pasien berdandan.
- c. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.

SP 3 keluarga :

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien
- b. kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.
- c. Bimbing keluarga membantu makan dan minum pasien.
- d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.

SP 4 keluarga :

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasienkebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian.
- b. Bimbing keluarga merawat buang air besar dan buang air kecilpasien.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Mengukur tingkat pencapaian tujuan atau hasil dan mengidentifikasi faktor yang meningkatkan atau menghambat pencapaian tujuan. Tindakan dalam proses ini meliputi mengumpulkan data dan mengenai respon pasien, membandingkan respon pasien dengan kriteria evaluasi, mengaitkan tindakan keperawatan dengan hasil pada pasien, membuat keputusan mengenai status masalah, dan memodifikasi rencana asuhan (Kozier,2010).

Menurut 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 (*Subyektif, Obyektif, Assesment, dan Planning*), yakni:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

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

P : Perencanaan hasil dan analisa ulang data

Evaluasi yang diharapkan pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri iantara lain:

S (*Subyektif*): Klien menyatakan mengerti akan pentingnya perawatan diri

O (*Obyektif*) : klien tampak bersih dan rapi

A (*Assesment*) : Masalah defisit perawatan diri teratasi

P (*Planning*) : Intervensi dihentikan



