

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Kebutuhan psikososial

Virginia Henderson mengembangkan sebuah model keperawatan yang dikenal dengan "*The Activities of Living*". Model tersebut menjelaskan bahwa tugas perawat adalah membantu individu dalam meningkatkan kemandiriannya secepat mungkin. Perawat menjalankan tugasnya secara mandiri, tidak tergantung pada dokter. Akan tetapi, perawat tetap menyampaikan rencananya pada dokter sewaktu mengunjungi klien.

Konsep utama teori Henderson mencakup manusia, keperawatan, kesehatan, dan lingkungan. Henderson melihat manusia sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk meraih kesehatan, kebebasan, atau kematian yang damai, serta bantuan untuk meraih kemandirian. Menurut Henderson, kebutuhan dasar manusia terdapat 14 komponen yang merupakan komponen penanganan perawatan. Keempat belas kebutuhan tersebut sebagai berikut:

- a. Bernapas secara normal,
- b. Makan dan minum dengan cukup,
- c. Membuang kotoran tubuh,
- d. Bergerak dan menjaga posisi yang diinginkan,
- e. Tidur dan istirahat,
- f. Memiilih pakakian yang sesuai,
- g. Menjaga suhu tubuh tetap dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dan mengubah lingkungan,
- h. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawatt, serta melindungi integument,
- i. Menghindari bahaya lingkungan yang bisa melukai,
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut, atau pendapat.

- k. Beribadah sesuai dengan keyakinan,
- l. Bekerja dengan tata cara yang mengandung prestasi,
- m. Bermain atau terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi,
- n. Belajar mengetahui atau memuaskan atau rasa penasaran yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan, serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Henderson juga menyatakan bahwa pikiran dan tubuh manusia tidak dapat dipisahkan satu sama lain (*inseparable*). Sama halnya dengan pasien dan keluarga, mereka merupakan satu kesatuan (unit). Dalam pemberian layanan kepada pasien, terjalin hubungan antara perawat dengan pasien. Menurut Henderson, hubungan perawat-pasien terbagi dalam tiga tingkatan, mulai dari hubungan sangat bergantung hingga hubungan sangat mandiri (Pertami&Budiono, 2019).

- a. Perawat sebagai pengganti (*substitute*) bagi pasien,
- b. Perawat sebagai penolong (*helper*) bagi pasien,
- c. Perawat sebagai mitra (*partner*) bagi pasien.

Manusia adalah makhluk biopsosial yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi. Kebutuhan manusia bukan hanya menyangkut fisiknya seperti makan, minum, istirahat, eliminasi, tetapi juga kebutuhan psikologis misalnya keinginan untuk merasa dihargai, dicintai, mencintai, serta kebutuhan untuk saling berinteraksi. Dengan demikian, manusia yang sehat adalah individu yang mampu menyelaraskan antara kebutuhan fisik atau bio dengan kebutuhan psikologisnya. Tidak terpenuhinya kebutuhan fisik akan berdampak pada gangguan psikologis dengan demikian juga sebaliknya (Tarwoto & Wartonah, 2015). Menurut Abraham Maslow manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostatis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri (Mubarak, 2008).

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sejahtera dikaitkan dengan kebahagiaan, kegembiraan, kepuasan, pencapaian, optimism, atau harapan. Keriteria sehat jiwa ada enam kriteria sebagai indikator sehat jiwa: 1. Sikap positif terhadap diri sendiri, 2. Berkembang, aktualisasi diri dan ketahanan diri, 3. Integrasi, 4. Otonomi, 5. Persepsi sesuai realitas, 6. Penguasaan lingkungan. Model adaptasi stress Stuart dari asuhan keperawatan kesehatan jiwa memandang perilaku manusia dari perspektif holistik yang mengintegrasikan aspek biologis, psikologis, dan sosial budaya dalam asuhan keperawatan (Stuart, 2016).

Ada banyak teori yang berupaya menjelaskan perilaku manusia, kesehatan, dan gangguan jiwa. Masing-masing mengajukan bagaimana perkembangan normal terjadi berdasarkan keyakinan dan asumsi para ahli teori serta pandangan dunia (Videback, 2008), menjelaskan delapan tahap perkembangan psikososial. Pada setiap tahap tersebut individu harus menyelesaikan tugas kehidupan yang esensial untuk kesejahteraan dan kesehatan jiwanya, tugas ini memungkinkan individu mencapai nilai moral kehidupan: harapan, tujuan, kesetiaan cinta, kepedulian, dan kebijaksanaan.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Masalah Utama

a. Definisi Defisit Perawatan Diri

Menurut Sutejo (2017) Defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan pasien untuk mandi teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya (Sulastri). Membagi Defisit perawatan diri menjadi 4 kegiatan : mandi, berpakaian/berhias, makan, dan toileting. Defisit perawatan diri menggambarkan suatu

keadaan seseorang yang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan dan toileting. Defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Defisit perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan, berhias diri, dan eliminasi secara mandiri (Budi&Akemat, 2010).

b. Jenis-jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Damaiyanti dan Iskandar (2014) jenis perawatan diri terdiri dari:

1) Defisit perawatan diri: Mandi

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

2) Defisit perawatan diri: Berpakaian

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

3) Defisit perawatan diri: Makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sendiri.

4) Defisit perawatan diri: Eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan eliminasi sendiri.

c. Batasan Karakteristik Defisit Perawatan Diri

Menurut Damaiyanti dan Iskandar (2014) batasan karakteristik Pasien dengan defisit perawatan diri adalah:

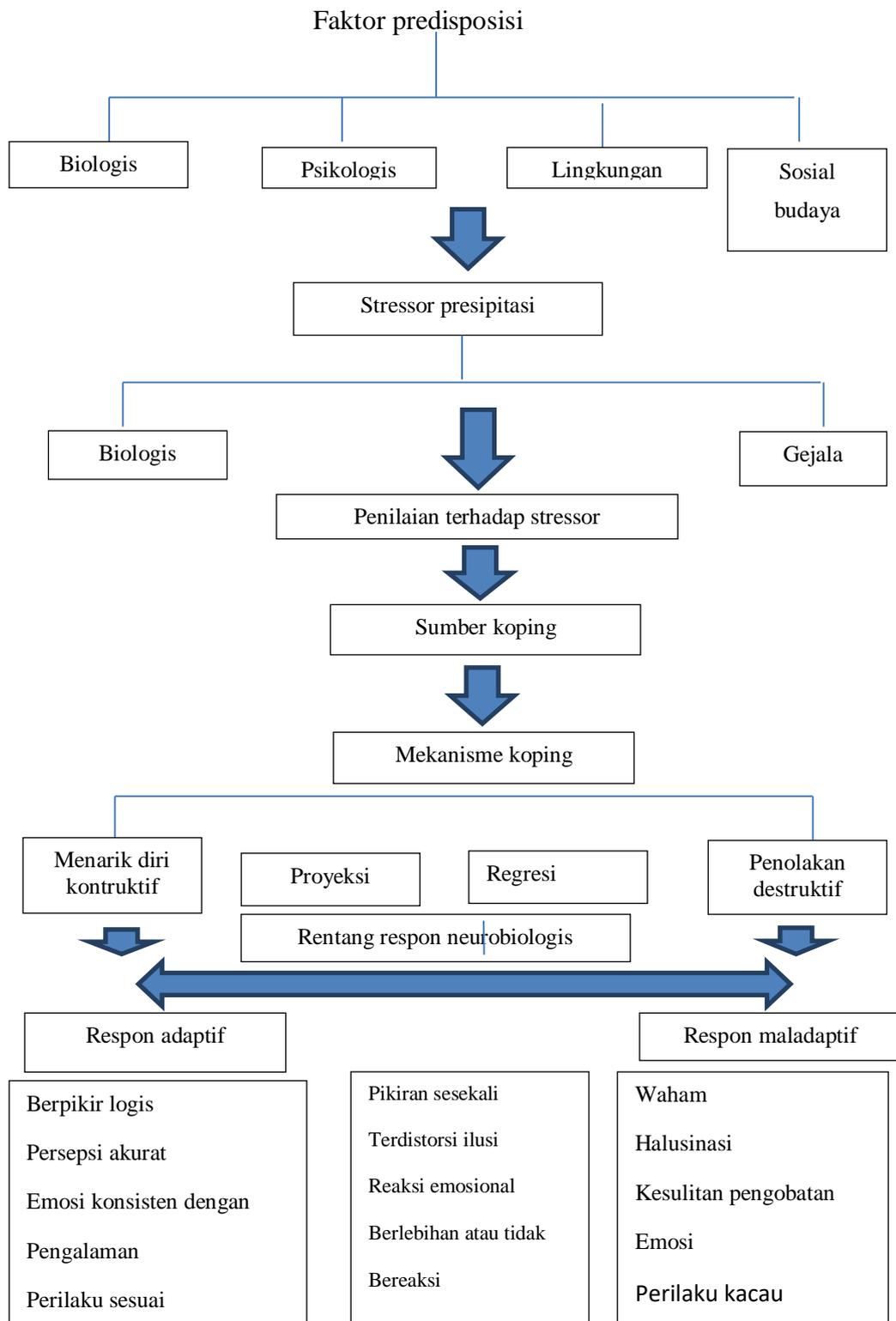
1) Defisit perawatan diri: mandi

- a) ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi,
- b) ketidakmampuan mengeringkan tubuh,
- c) ketidakmampuan mengambil Perlengkapan mandi,
- d) ketidakmampuan menjangkau sumber air,
- e) ketidakmampuan mengatur air mandi,

- f) ketidakmampuan membasuh tubuh.
- 2) Defisit perawatan diri: berpakaian
- a) ketidakmampuan mengancing pakaian,
 - b) ketidakmampuan mendapatkan pakaian,
 - c) ketidakmampuan mengenakan atribut pakaian,
 - d) ketidakmampuan mengenakan sepatu,
 - e) ketidakmampuan mengenakan kaus kaki,
 - f) ketidakmampuan melepaskan atribut pakaian,
 - g) ketidakmampuan melepas sepatu,
 - h) ketidakmampuan melepas kaos kaki,
 - i) hambatan memilih pakaian,
 - j) hambatan mempertahankan penampilan yang memuaskan,
 - k) hambatan mengambil pakaian,
 - l) hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah,
 - m) hambatan menggunakan pakaian pada bagian tubuh atas,
 - n) hambatan memasang sepatu,
 - o) hambatan memasang kaos kaki,
 - p) hambatan melepas pakaian,
 - q) hambatan melepas sepatu,
 - r) hambatan melepas kaos kaki,
 - s) hambatan menggunakan alat bantu,
 - t) hambatan menggunakan resleting.
- 3) Defisit perawatan diri: makanan
- a) ketidakmampuan mengambil makanan dan mengambil ke mulut,
 - b) ketidakmampuan mengunyah makanan,
 - c) ketidakmampuan menghabiskan makanan,
 - d) ketidakmampuan menempatkan makanan ke perlengkapan makanan,
 - e) ketidakmampuan menggunakan perlengkapan makanan,

- f) ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima secara sosial,
 - g) Ketidakmampuan memakan makanan dengan cara yang aman,
 - h) ketidakmampuan memakan dalam jumlah memadai,
 - i) ketidakmampuan memanipulasi makanan dalam mulut,
 - j) ketidakmampuan membuka wadah makanan,
 - k) ketidakmampuan mengambil gelas dan cangkir,
 - l) ketidakmampuan memakan makanan untuk dimakan,
 - m) ketidakmampuan menelan makanan,
 - n) Ketidakmampuan menggunakan alat bantu.
- 4) Defisit perawatan diri: eliminasi
- a) ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat,
 - b) ketidakmampuan menyiram toilet atau kursi buang air (*commode*),
 - c) ketidakmampuan naik ke toilet (*commode*),
 - d) ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi,
 - e) ketidakmampuan berdiri dari toile

d. Rentang Respon Defisit Perawatan Diri



2. Proses Terjadinya Masalah

a. Faktor predisposisi

- 1) Biologis: penyakit fisik ini mengakibatkan pasien defisit perawatan diri tidak memiliki keinginan dan motivasi untuk berperilaku secara adaptif melakukan perawatan diri : mandi, berhias, makan minum dan toileting.
- 2) Psikologis: faktor ini meliputi tentang konsep diri, intelektualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, coping, dan keterampilan komunikasi secara verbal (Stuart, 2009). Beberapa aspek tersebut diperkirakan ikut berperan menjadi penyebab secara psikologis terjadinya defisit perawatan diri.
- 3) Sosial: masyarakat dengan status ekonomi yang rendah berpeluang lebih besar untuk mengalami gangguan jiwa dibandingkan dengan masyarakat yang memiliki status sosial ekonomi tinggi.

b. Faktor presipitasi

Menurut (Stuart, 2016) stressor presipitasi di bedakan menjadi empat bagian yaitu: trauma, ketegangan peran, transisi perkembangan dan transisi sehat-sakit.

1) Trauma

Pasien yang menderita cedera traumatik berada pada peningkatan resiko berbagai gangguan jiwa paling sering depresi dan ansietas. Trauma ini seperti kekerasan fisik, seksual, atau psikologis atau menyaksikan kejadian yang mengancam kehidupan.

2) Ketegangan peran

Perasaan frustrasi ketika seseorang berada dalam arah yang berlawanan atau merasa tidak mampu atau tidak cocok untuk melakukan peran tersebut.

3) Transisi perkembangan

Perubahan norma yang terkait dengan pertumbuhan. Berbagai tahap perkembangan dapat memicu ancaman terhadap identitas diri. Setiap perkembangan harus dilalui individu dengan menjelaskan tugas perkembangan yang berbeda-beda.

4) Transisi sehat-sakit

Pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit. Stressor pada tubuh dapat menyebabkan gangguan gambaran diri dan berakibat perubahan konsep diri perubahan tubuh dapat mempengaruhi semua komponen konsep diri. Transisi ini mungkin dicetuskan oleh: kehilangan bagian tubuh, perubahan ukuran, bentuk, penampilan dan fungsi tubuh, perubahan fisik berhubungan dengan tumbuh kembang normal, prosedur medis dan keperawatan.

c. Penilaian Terhadap Stressor

Pada mulanya pasien merasa dirinya tidak berharga lagi sehingga merasa tidak aman dalam berhubungan dengan orang lain. Masalah konsep diri dipicu oleh stressor psikologis, sosiologis atau fisiologis, namun unsur penting adalah persepsi klien terhadap ancaman. Ketika mengkaji perilaku dan merumuskan diagnosis keperawatan, perawat harus memvalidasi pengamatan dan kesimpulan untuk membangun hubungan terapeutik dengan pasien (Stuart, 2016).

Model Diatesis Stress menyampaikan bahwa gejala skizofrenia berkembang berdasarkan pada hubungan antara jumlah stress yang dialami oleh seseorang dan ambang batas toleransi stress internal. Model ini penting karena hal tersebut mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya. Meskipun tidak ada penelitian ilmiah yang menunjukkan bahwa stress menyebabkan skizofrenia, jelas bahwa skizofrenia adalah gangguan yang tidak hanya menyebabkan stress, tetapi menjadi lebih buruk oleh stress. Stress adalah penilaian seseorang terhadap stressor, dan masalah yang terkait dengan coping

terhadap stress yang dapat memprediksi munculnya kembali gejala (Stuart, 2016).

d. Sumber koping

Stuart (2016) menjelaskan gangguan jiwa adalah penyakit menakutkan dan sangat menjengkelkan yang membutuhkan penyesuaian oleh pasien dan keluarga. Sumber daya keluarga, seperti pemahaman orang tua tentang penyakit, ketersediaan keuangan, ketersediaan waktu dan tenaga dan kemampuan untuk memberikan dukungan yang berkelanjutan, Mempengaruhi jalannya penyesuaian setelah gangguan jiwa terjadi. proses penyesuaian setelah gangguan jiwa terjadi terdiri dari empat tahap dan dapat berlangsung mungkin selama 3 sampai 6 tahun:

1) Disonansi kognitif

Disonansi kognitif melibatkan pencapaian keberhasilan farmakologi untuk menurunkan gejala dan menstabilkan gangguan jiwa aktif dengan memilih kenyataan dari ketidak nyataan setelah episode pertama. Hal ini dapat memakan waktu 6-12 bulan.

2) Pencapaian wawasan

Permulaan wawasan terjadi dengan kemampuan melakukan pemeriksaan terhadap kenyataan yang dapat dipercaya. hal ini memakan waktu 6 sampai 18 bulan dan tergantung pada keberhasilan pengobatan dan hubungan yang berkelanjutan.

3) kognitif yang konstan

Kognitif konstan termasuk melanjutkan hubungan interpersonal yang normal dan kembali terlibat dalam kegiatan yang sesuai dengan usia yang berkaitan dengan sekolah dan bekerja. Fase ini berlangsung 1-3 tahun.

4) Bergerak menuju prestasi kerja atau tujuan pendidikan

Tahap ini termasuk kemampuan untuk secara konsisten terlibat dalam kegiatan harian yang sesuai dengan usia hidup yang

merefleksikan tujuan sebelum gangguan jiwa. Fase ini berlangsung minimal 2 tahun.

e. Mekanisme koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (Stuart, 2016) yaitu:

1) Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah pasien 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.

Stuart (2016) mengungkapkan pada fase gangguan jiwa aktif, pasien menggunakan beberapa mekanisme pertahanan yang tidak didasari sebagai upaya untuk melindungi diri dari pengalaman menakutkan yang disebabkan oleh penyakit mereka.

- 1) Regresi: berhubungan dengan masalah dalam proses informasi dan pengeluaran sejumlah besar tenaga dalam upaya untuk mengelola aset-aset menyisakan sedikit tenaga untuk aktivitas sehari-hari.
- 2) Proyeksi: upaya untuk menjelaskan persepsi yang membingungkan dengan menetapkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu.
- 3) Menarik diri: berkaitan dengan masalah membangun kepercayaan dan keasyikan dengan pengalaman internal.
- 4) Peningkaran: sering digunakan oleh pasien dan keluarga. Mekanisme koping ini adalah sama dengan penolakan yang terjadi setiap kali seseorang menerima informasi yang menyebabkan rasa takut dan ansietas.

f. Tanda dan Gejala

Menurut (Damaiyanti dan Iskandar, 2014) definisi perawatan diri memiliki tanda dan gejala sebagai berikut:

1) Mandi/*hygiene*

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

2) Berpakaian/berhias

Pasien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. pasien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kancing tarik, melepaskan pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian dan mengenakan sepatu.

3) Makan

Pasien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, membuka kontainer, 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) Eliminasi

Pasien Memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri

setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

Menurut Depkes (2012), tanda dan gejala pasien dengan defisit perawatan diri adalah:

1. Fisik

- a. Badan bau, Pakaian kotor,
- b. Rambut dan kulit kotor,
- c. Kuku panjang dan kotor,
- d. Gigi kotor disertai mulut bau,
- e. Penampilan tidak rapi.

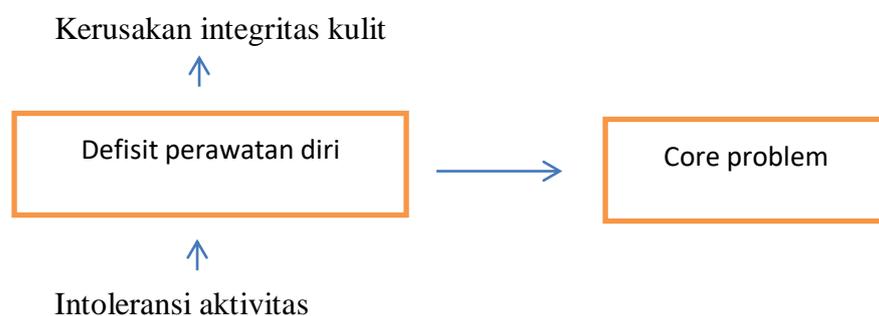
2. Psikologis

- a. malas, tidak ada inisiatif,
- b. menarik diri,
- c. Merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa hina.

3. Sosial

- a. interaksi kurang,
- b. kegiatan kurang,
- c. tidak mampu berperilaku sesuai norma,
- d. cara makan tidak teratur, BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.

3. Pohon Masalah



Sumber Damaiyanti, 2012

Gambar 2.1
Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori:
Defisit Perawatan Diri

4. Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Menurut PPNI (2017) diagnosa keperawatan defisit perawatan diri dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala defisit perawatan diri yang di temukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala defisit perawatan diri, maka diagnosa keperawatan “Defisit perawatan diri b.d gangguan psikologis”.

5. Rencana tindakan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri

Rencana tindakan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri adalah suatu bentuk susunan perencanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi pasien dengan defisit perawatan diri. Tindakan keperawatan diantaranya terdapat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan, dan terapi aktifitas kelompok. Tindakan-tindakan ini dapat ditunjukkan pada tindakan keperawatan untuk individu, tindakan keperawatan untuk keluarga, dan tindakan keperawatan untuk kelompok.

Berikut adalah tabel 2.2 tentang rencana keperawatan defisit perawatan diri menurut Departemen Jiwa Komunitas Politeknik Kesehatan Tanjungkarang tahun 2016.

Tabel 2.2

Rencana Tindakan Asuhan Keperawatan Pada Masalah Defisit Perawatan Diri

Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
Defisit perawatan diri	<p>Tujuan umum: Pasien dapat mandiri dalam perawatan diri</p> <p>TUK : 1. Pasien dapat mengenal defisit perawatan diri dan latihan personal hygiene</p>	<p>1. Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : - Wajah cerah, tersenyum - Mau berkenalan - Ada kontak mata - Menerima kehadiran perawat - Bersedia menceritakan perasaannya</p> <p>2. Pasien mengetahui pentingnya perawatan diri, pasien menyebutkan: - Penyebab tidak merawat diri - Manfaat menjaga perawatan diri - Tanda-tanda bersih dan rapih - Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan</p> <p>3. Pasien mengetahui cara-cara</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya: - Beri salam setiap berinteraksi - Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan - Tanyakan nama dan panggilan kesukaan pasien - Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi - Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi pasien - Buat kontrak interaksi yang jelas</p>

		<p>melakukan perawatan diri :</p> <p>3.1 Pasien menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frekuensi mandi - frekuensi gosok gigi - frekuensi keramas - frekuensi ganti pakaian - frekuensi berhias - frekuensi gunting kuku <p>3.2 Pasien menjelaskan cara menjaga perawatan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cara mandi - cara gosok gigi - cara keramas - cara berpakaian - cara berhias - cara gunting kuku <p>4. Pasien mempraktekkan perawatan diri dengan dibantu oleh perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mandi - gosok gigi - keramas - ganti pakaian - berhias - gunting kuku 	<ul style="list-style-type: none"> - Dengarkan ungkapan perasaan pasien dengan empati - Penuhi kebutuhan dasar pasien <p>2. Diskusikan dengan pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyebab pasien tidak merawat diri - Manfaat menjaga perawatan diri untuk keadaan fisik, mental, dan sosial. - Tanda-tanda perawatan diri yang baik - Penyakit atau gangguan kesehatan yang bisa dialami oleh pasien bila perawatan diri tidak adekuat <p>3.1 Diskusikan frekuensi menjaga perawatan diri selama ini</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Berpakaian - Berhias - Gunting kuku <p>3.2 Diskusikan cara praktek keperawatan diri yang baik dan benar :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Berpakaian - Berhias - Gunting kuku <p>3.3 Berikan pujian untuk setiap respon pasien yang positif</p> <p>4.1 Bantu pasien saat perawatan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mandi - Gosok gigi - Keramas - Ganti pakaian - Berhias - Gunting kuku <p>4.2 Beri pujian setelah pasien selesai melaksanakan perawatan diri</p> <p>4.3 Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu).</p>
	2. Pasien dapat latihan merias diri	1. Pasien mampu menyebutkan <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri yang sudah dilakukan - Cara berhias 	<p>1.1 Evaluasi kegiatan kebersihan diri, beri pujian</p> <p>1.2 Jelaskan cara dan alat</p>

		<p>Wanita : berhias Laki-laki: mencukur jenggot dan kumis</p>	<p>untuk berhias 1.3 Latih cara berhias setelah kebersihan diri: sisiran, rias muka untuk perempuan : sisiran, cukuran untuk pria 1.4 Masukan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berhias</p>
	3. Pasien dapat latihan makan secara mandiri	<p>1. Pasien mampu menyebutkan -Cara/adab makan dan minum : - Menyiapkan makan - Cuci tangan sebelum makan - Duduk dimeja makan - Berdoa sebelum makan - Tertib selama mkaan - Berdoa setelah makan - Merapikan meja makan - Membersihkan meja makan</p>	<p>1.1 Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berhias, beri pujian 1.2 Jelaskan cara dan alat makan dan minum 1.3 Bantu/latih pasien saat makan dan minum : - Menyiapkan makan - Cuci tangan sebelum makan - Duduk dimeja makan - Berdoa sebelum makan - Tertib selama mkaan - Berdoa setelah makan - Merapikan meja makan - Membersihkan meja makan 1.4 Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias dan makan dan minum yang baik</p>
	4. Pasien dapat menyebutkan cara BAB/BAK yang baik	<p>1. Pasien mampu menyebutkan -Perawatan diri, berhias dan makan/minum yang sudah dilakukan -Cara/adab BAB/BAK: - BAB/BAK dit toilet - Membersihkan diri setelah BAB/BAK - Membersihkan/menyiram toilet setelah BAB/BAK</p>	<p>1.1 Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berhias, makan dan minum, beri pujian 1.2 Jelaskan cara BAB dan BAK yang baik - BAB/BAK dit toilet - Membersihkan diri setelah BAB/BAK - Membersihkan/menyiram toilet setelah BAB/BAK 1.3 Bantu/latih BAB dan BAK yang baik 1.4 Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias, makan dan minum dan BAB&BAK</p>
	Pasien dapat merawat diri secara mandiri	<p>Pasien mampu menyebutkan cara merawat diri dengan baik - Membersihkan diri - Berhias - Makan/minum - BAB&BAK</p>	<p>1.1 Evaluasi kegiatan latihan perawatan diri : kebersihan diri, berhias, makan dan minum, BAB&BAK, beri pujian 1.2 Latih kegiatan harian 1.3 Nilai kemampuan yang</p>

			telah mandiri 1.4 Nilai apakah perawatan diri lebih baik
	5. Pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: Keluarga mengenal masalah Defisit perawatan diri dan melatih pasien merawat diri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien 2. Keluarga menyiapkan sarana perawatan diri pasien: sabun mandi, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, handuk, pakaian bersih, sandal, dan gunting kuku, dll 3. Menjelaskan cara-cara membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya 4. Keluarga mempraktekan cara perawatan diri/personal hygiene pada pasien 	<p>1.1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan <i>booklet</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyebab pasien tidak melaksanakan perawatan diri - Tindakan yang telah dilakukan pasien selama dirumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami oleh pasien - Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam perawatan diri <p>1.2. Jelaskan sarana untuk membersihkan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarana yang diperlukan untuk menjaga keperawatan diri pasien - Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut <p>1.3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam perawatan diri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga untuk mempraktekan perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, dan gunting kuku) - Ingatkan pasien waktu mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju dan gunting kuku - Bantu jika pasien mengalami hambatan dalam perawatan diri - Berikan pujian atas keberhasilan pasien <p>1.4. Latih acra merawat: kebersihan diri dan anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>
	6. Pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri :	<ol style="list-style-type: none"> 1. keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih klien membersihkan diri 2. keluarga menyiapkan sarana berhias pasien: sisir, bedak 	<p>1.1 Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, beri pujian</p> <p>1.2 Jelaskan sarana untuk</p>

	<p>Keluarga melatih pasien berhias</p>	<p>dan lipstik (wanita), alat cukur (laki-laki).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menjelaskan cara-cara membantu pasien dalam berhias 4. Keluarga mempraktekan cara berhias pada pasien 	<p>berhias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarana yang diperlukan untuk berhias - Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut <p>1.3 Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam berhias :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga untuk mempraktekan berhias - Ingatkan pasien waktu berhias - Bantu jika pasien mengalami hambatan dalam berhias - Berikan pujian atas keberhasilan klien <p>1.4 Latih cara merawat : kebersihan diri dan berhias, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>
	<p>7. Pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: keluarga melatih pasien makan dan minum yang baik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih pasien membersihkan diri dan berhias 2. keluarga menyiapkan sarana makan dan minum 3. menjelaskan cara-cara membantu pasien dalam makan dan minum 4. keluarga mempraktekan cara berhias pada pasien 	<p>1.1 Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri dan berhias, beri pujian</p> <p>1.2 Jelaskan sarana untuk makan dan minum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarana yang diperlukan untuk makan dan minum - Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut <p>1.3 Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga untuk makan dan minum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga untuk mempraktekan makan dan minum - Ingatkan klien waktu makan dan minum - Bantu jika pasien mengalami hambatan dalam makan dan minum - Berikan pujian atas keberhasilan pasien <p>1.4 Latih cara merawat : kebersihan diri, berhias dan makan minum, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian</p>

	<p>8. Pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri : keluarga melatih klien BAB dan BAK</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih pasien membersihkan diri, berhias dan makan/minum 2. keluarga menyiapkan sarana BAB&BAK 3. Menjelaskan cara-cara membantu pasien dalam BAB&BAK 4. Keluarga mempraktekan cara BAB&BAK pada pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berhias dan makan minum, beri pujian 1.2 Jelaskan sarana untuk BAB&BAK <ul style="list-style-type: none"> - Sarana yang diperlukan untuk BAB&BAK - Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut 1.3 Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga untuk BAB&BAK <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga untuk mempraktekan makan dan minum - Ingatkan pasien jika ingin BAB&BAK - Bantu jika klien mengalami hambatan dalam BAB&BAK - Berikan pujian atas keberhasilan pasien 1.4 Latih cara merawat: kebersihan diri, berhias, makan minum dan BAB&BAK, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
	<p>Keluarga mampu merawat pasien secara mandiri</p>	<p>Keluarga dapat menyebutkan cara merawat pasien dengan masalah defisit perawatan diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien dalam perawatan diri: kebersihan diri, berdandan, makan&minum, BAB&BAK, beri pujian - Nilai kemampuan keluarga merawat pasien - Nilai kemampuan keluarga melakukan control ke PKM - Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan - Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberikan pujian

Tabel 2.3
Tindakan Keperawatan Menurut Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dan Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017)

Defisit perawatan diri	
Intervensi utama	
Dukungan perawatan diri: mandi	Defisit perawatan diri: makan
Dukungan perawatan diri: berpakaian/berhias	Defisit perawatan diri: BAB/BAK
Intervensi pendukung	
Dukungan emosional	Perawatan kuku
Dukungan pengambilan keputusan	Perawatan lensa kontak
Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri	Perawatan mata
Kontrak perilaku positif	Perawatan mulut
Manajemen demensia	Perawatan perineum
Manajemen energy	perawatan rambut
Manajemen lingkungan	Perawatan telinga
Manajemen nutrisi	Promosi citra tubuh
Manajemen nyeri	Promosi harga diri
Pemberian makanan	Promosi komunikasi: defisit pendengaran
Pencegahan jatuh	Promosi komunikasi: defisit visual
Penentuan tujuan bersama	Promosi latihan fisik
Pengaturan posisi	Reduksi ansietas
Perawatan kaki	Terapi menelan

Sumber: PPNI (2018)

Tabel 2.4
Dukungan Perawatan Diri: Mandi

Dukungan perawatan diri: mandi
Defisini: memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri.
Tindakan
Observasi
<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - Identifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - Monitor kebersihan tubuh (mis, rambut, mulut, kulit, kuku) - Monitor integritas kulit
Teraupetik
<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan peralatan mandi (mis, sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) - Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan - Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan - Pertahankan kebiasaan kebersihan diri - Berikan bantuan sesuai tingkat kemandiriannya
Edukasi
<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu.

Sumber: PPNI (2018)

Tabel 2.5
Dukungan Perawatan Diri: berpakaian/berhias

Dukungan Perawatan Diri: berpakaian/berhias
Definisi: memfasilitasi pemenuhan kebutuhan berpakaian dan berhias
Tindakan Observasi - Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias
Terapeutik - Sediakan pakaian pada tempat yang mudah di jangkau - Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan - Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu - Fasilitas berhias (mis, menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) - Jaga privasi selama berpakaian - Tawarkan untuk laundry, jika perlu - Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri
Edukasi - Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu - Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu

Sumber: PPNI (2018)

Tabel 2.6
Dukungan Perawatan Diri: makan

Dukungan Perawatan Diri: makan
Definisi: memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan
Tindakan Observasi - Identifikasi diet yang dianjurkan - Monitor kemampuan menelan - Monitor status hidrasi pasien, jika perlu
Terapeutik - Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan - Atur posisi yang nyaman untuk makan - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Letakkan makanan disisi mata yang sehat - Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan - Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan - Sediakan makanan dan minuman yang disukai - Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu - Motivasi untuk makan diruang makan, jika tersedia
Edukasi - Jelaskan posisi makanan pada klien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis, sayur di jam 12, rendang di jam 3)
Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat (mis, analgesic, antiemetic), sesuai indikasi

Sumber: PPNI (2018)

Tabel 2.7
Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK

Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK
Definisi: memfasilitasi pemenuhan kebutuhan buang air besar/kecil
Tindakan Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia - Monitor integritas kulit klien
Teraupetik <ul style="list-style-type: none"> - Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi - Dukung penggunaan toilet secara konsisten - Jaga privasi selama eliminasi - Ganti pakaian klien setelah eliminasi, jika perlu - Bersihkan alat bantu BAB/BAK setelah digunakan - Latih BAB/BAK sesuai jadwal, jika perlu - Sediakan alat bantu (mis, kateter eksternal, urinal), jika perlu
Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan BAB/BAK secara rutin - Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu

Sumber: PPNI (2018)

6. Implementasi

Tujuan yang diidentifikasi bersama dapat dicapai dengan pendekatan pemecahan masalah yang berfokus terutama pada situasi saat ini, menghilangkan banyak tanggung jawab dari perawat, dan secara aktif melibatkan pasien dalam mengerjakan kesulitan pribadi. pendekatan ini mensyaratkan bahwa yang pertama pasien mengembangkan pengenalan akan masalahnya dan kemudian mengambil tindakan untuk membuat perubahan perilaku yang kekal. Kriteria hasilnya adalah peningkatan rasa percaya diri dan harga diri pasien. Perawat harus menggabungkan dimensi responsive hubungan teraupetik (berorientasi wawasan) dan dimensi tindakan (berorientasi tindakan) (Stuart, 2016).

proses implementasi adalah melaksanakan rencana tindakan yang sudah disusun dan disesuaikan dengan kondisi saat itu. pelaksanaan tindakan keperawatan bisa lebih dari apa yang telah direncanakan atau lebih sedikit dari apa yang sudah direncanakan bahkan mampu memodifikasi dari perencanaan yang telah disesuaikan dengan kebutuhan

pada saat asuhan di berikan. dalam mengimplementasi intervensi perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi yang luas yang dirancang untuk mencegah penyakit meningkat, mempertahankan dan memulihkan kesehatan fisik dan mental (Damayanti, Iskandar 2014).

7. Evaluasi

- a. Evaluasi kemampuan pasien defisit perawatan diri berhasil apabila pasien dapat:
 - 1) Mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar,
 - 2) Mengganti pakaian dengan bersih,
 - 3) Membereskan pakaian kotor,
 - 4) Berdandan dengan benar,
 - 5) Mempersiapkan makanan,
 - 6) Mengambil makanan dan minuman dengan rapi,
 - 7) Menggunakan alat makan dan minum dengan benar,
 - 8) BAB dan BAK pada tempatnya,
 - 9) BAB dan BAK dengan bersih.
- b. Evaluasi kemampuan keluarga defisit perawatan diri berhasil apabila keluarga dapat:
 - 1) Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri),
 - 2) Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien,
 - 3) Merawat dan membimbing pasien dalam merawat diri: kebersihan diri, berdandan (wanita), bersyukur (pria), makan dan minum, BAB dan BAK,
 - 4) Follow up ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan rujukan.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang memiliki arti “terpisah/batu pecah” dan *phren* yang berarti “jiwa”. Secara umum skizofrenia diartikan sebagai pecahnya/ketidakteraturan antara afek, kognitif, dan perilaku. Pada skizofrenia, kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang di kemudian hari. Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologis otak yang persisten dan serius, sindrom secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga dan komunitas (Stuart, 2016). Skizofrenia juga merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi atau perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Sedangkan menurut WHO (2009) skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang dikarakteristikan dengan terjadinya distorsi persepsi, pikiran dan emosi yang tidak sesuai.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia sering ditemukan pada lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia. Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran dan perilaku (Sutejo, 2017).

2. Tipe skizofrenia

Adapun tipe skizofrenia menurut DSM V (2013) antara lain:

a. Skizofrenia paranoid

Merupakan subtipe yang paling umum di mana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat titik gejala utamanya adalah waham

kejar atau waham kebesarannya dimana individu merasa dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

b. Disorganisasi (*hebefrenik*)

ciri-cirinya adalah:

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia,
- 2) Biasanya terjadi pada 15 sampai 25 tahun,
- 3) Pelaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, serta perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan,
- 4) Efek tidak wajar, sering disertai cekikikan dan perasaan puas diri, senyum-senyum sendiri kau tertawa, dan lain-lain.

c. Skizofrenia katatonik

Gangguan psikomotor terlihat menonjol, seringkali muncul bergantian antara mobilitas motorik dan aktivitas berlebihan. satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya:

- 1) Stupor: kehilangan semangat hidup dan senang diam dalam posisi kaki tertentu sambil membisu dan menatap dengan pandangan kosong.
- 2) Gaduh gelisah: tampak jelas aktivitas motorik yang bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal
- 3) Secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh
- 4) Mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya.

d. Skizofrenia residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari keterlambatan psikomotor, penurunan aktivitas, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi non

verbal menurut, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial (Sutejo, 2017).

3. Penyebab skizofrenia

Menurut (Stuart, 2016) penyebab skizofrenia terdiri atas biologis, psikologis, sosial dan lingkungan :

a. Biologis

Dapat dipastikan bahwa ada faktor genetik yang turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga keluarga penderita skizofrenia. Tetapi pengaruh genetik tidak sesederhana Hukum Mendel. diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak.

b. Psikologis

Penyebab skizofrenia secara psikologis adalah karena keluarga dan perilaku individu itu sendiri titik faktor keluarga ibu yang sering cemas, perhatian yang berlebihan atau tidak ada perhatian, ayah yang jauh atau yang memberikan perhatian berlebihan, konflik pernikahan, dan anak yang di dalam keluarga selalu dipersalahkan (Stuart, 2016). Komunikasi dalam bentuk pesan ganda ini menyebabkan individu yang menerimanya berisiko untuk mengalami skizofrenia.

c. Sosial dan lingkungan

Penyebab skizofrenia secara sosial dan lingkungan adalah status sosial-ekonomi. Status sosial ekonomi mengacu pada pendapatan, pendidikan dan pekerjaan individu (videbeck, 2008).

4. Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Yosep (2009), secara general tanda gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu gejala positif dan gejala negatif :

a. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Pasien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Gejala yang biasanya timbul yaitu pasien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya seperti bunuh diri.

Menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya pada penderita skizofrenia, lampu *traffic* 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 diamati-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah di mana pasien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan pasien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Karena pasien 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 secara sendiri dengan keras tanpa memperdulikan. Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak dapat 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.

b. Gejala negatif

Pasien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat pilihan menjadi orang yang malas. Karena pasien skizofrenia memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi pasien skizofrenia menjadi datar. Pasien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tetapi ini tidak berarti bahwa pasien skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. 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 pasien 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. Disamping itu, perubahan letak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus skizofrenia menyerang manusia usia muda antara 15-30 tahun, tetapi serangan kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun keatas. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi. Diperkirakan penderita skizofrenia sebanyak 1% dari jumlah manusia yang ada di bumi.

5. Pengobatan Skizofrenia

a. Farmakoterapi

Farmakoterapi adalah cara utama pengobatan skizofrenia dengan penggunaan obat-obat neuroleptic, disebut juga obat-obat antipsikotik. Gejala-gejala “positif” umumnya memberikan respon lebih baik daripada gejala-gejala “negative” kronik. Untuk klien skizofrenia kronik yang hidup di tengah masyarakat, farmakoterapi neuroleptik

rumatan dapat membantu mengurangi frekuensi rekurensi. Meskipun pasien-pasien tersebut dapat diminta untuk minum sendiri neuroleptik oral, metode pemberian yang lebih nyaman adalah melalui injeksi intramuskular dalam suatu neuroleptik depot-lepat-lambat setiap 1-4 minggu.

b. Non farmakoterapi

a) Pergaulan sosial

Tindakan ini dapat berupa latihan keterampilan sosial yaitu penggunaan metode psikoterapeutik kelompok untuk mengajari pasien bagaimana berinteraksi secara tepat dengan orang lain. Terapi okupasi juga sangat berguna dan dapat digunakan untuk mengajarkan keterampilan yang berguna bagi pasien-pasien agar dapat hidup di luar rumah sakit seperti memasak.

b) Emosi yang diekspresikan

Untuk pasien-pasien yang selalu berada dalam lingkungan dengan ekspresi emosi yang tinggi dapat diterapkan kelompok kerja. Jika pengurangan tingkat emosi yang diekspresikan tidak memungkinkan, mungkin lebih baik kalian tidak kembali ke kehidupan dengan keluarga, mainkan ditempatkan dengan staffed hostel.

c) Terapi perilaku

Selain latihan keterampilan sosial, jenis terapi perilaku lain yang dapat digunakan adalah penerapan ekonomi mata uang dengan cara ini perilaku yang baik dihargai dengan mata uang yang dapat ditukar dengan bentuk penghargaan atau barang tertentu.

d) Sanggar kerja yang dinaungi

Menghadiri sanggar kerja, yang terutama diadakan untuk pasien, memungkinkan pasien rawat jalan maupun rawat inap memperoleh sensasi pencapaian dengan melakukan beberapa pekerjaan setiap minggu dan mendapatkan gaji yang sebenarnya relatif kecil. Selain itu keterampilan yang berguna seperti pekerjaan pertukangan, dapat dikuasai. (sutejo, 2017).