

DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA KLIEN SKIZOFRENIA: APLIKASI TEORI KEPERAWATAN OREM

Herni Susanti^{1*}

1. Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

*Email: hernisusanti@yahoo.com

Abstrak

Defisit perawatan diri pada klien skizofrenia tidak boleh dipandang remeh. Perawat yang terlibat dalam upaya rehabilitasi psikososial perlu memberikan pelayanan kepada klien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri secara profesional. Salah satu caranya dengan memberikan asuhan keperawatan berdasarkan kerangka teori yang dikembangkan oleh ahli-ahli di bidang keperawatan. Teori *self-care* (perawatan diri) oleh Orem memiliki penjelasan yang lengkap tentang konsep perawatan diri, defisit perawatan diri, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul. Dalam konteks rehabilitasi, teori Orem sangat sesuai dengan tujuan rehabilitasi yaitu membantu klien untuk memandirikan klien seoptimal mungkin.

Kata kunci: defisit perawatan diri, model Orem, skizofrenia

Abstract

Mental health nurses should professionally address the self-care deficit problem in schizophrenic patients, especially in the psychosocial rehabilitation phase. The nursing intervention of the self-care deficit patients can be delivered based on the nursing theoretical framework. The Orem's self-care theory elucidates the concept of self-care, self-care deficit, and its nursing care. In the rehabilitation context, the Orem's theory is relevant to the aim of rehabilitation – optimizing the client's own daily functional capacities.

Key words: self-care deficit, Orem's model, schizophrenia

Pendahuluan

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang mempengaruhi fungsi otak dan menyebabkan munculnya gangguan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku (Videbeck, 2008). Gangguan ini merupakan masalah kesehatan jiwa yang paling serius di dunia. Jumlah penderita skizofrenia di seluruh dunia dilaporkan oleh *World Health Organization* (WHO) adalah sekitar 29 juta orang. Dari angka ini, sekitar 20 juta diantaranya diperkirakan berasal dari negara-negara miskin dan berkembang (Barbato, 1998). Di Indonesia, penderita schizophrenia menempati urutan terbesar dalam kelompok pasien gangguan jiwa (Departemen Kesehatan RI, 2008). Kelompok skizofrenia juga menempati 90% pasien di rumah sakit Jiwa di seluruh Indonesia (Jalil, 2006).

Penanganan penderita skizofrenia harus mencakup aspek rehabilitasi untuk mengembalikan kemampuan mereka dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Meskipun gejala utama skizofrenia, seperti halusinasi dan waham, dapat berkurang dengan terapi medikasi dan psikoterapi, klien masih tetap menderita gejala-gejala lanjutan yang mengiringi gangguan jiwa tersebut. Gejala yang dimaksud meliputi kurangnya keinginan melakukan kegiatan sehari-hari, kemampuan bekerja, melakukan hubungan sosial, dan melakukan hal-hal yang menyenangkan (Barbato, 1998; WHO, 2001).

Salah satu aspek penting dalam pelaksanaan rehabilitasi pada klien dengan skizofrenia adalah memulihkan kemampuan klien dalam perawatan diri. Sebuah penelitian melaporkan bahwa upaya perawatan diri yang adekuat sangat dibutuhkan bagi klien yang mengalami gangguan jiwa untuk memenuhi keinginan mereka dalam mencapai kehidupan yang 'normal' (Moore & Pichler, 1999). Selanjutnya, Dittmar (1989) menegaskan bahwa penampilan klien yang adekuat dalam perawatan diri merupakan indikasi utama keberhasilan kegiatan rehabilitasi psikososial.

Namun demikian, sangatlah sulit bagi klien dengan skizofrenia melaksanakan perawatan diri secara mandiri. Adanya gangguan fungsi kognitif yang ditandai dengan buruknya orientasi realitas mengakibatkan menurunnya tingkat kesadaran klien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, mandi, berpakaian, istirahat, dan upaya lain untuk keselamatan diri (Johnson, 1997).

Masalah kurangnya perawatan diri pada klien skizofrenia ini menjadi lebih kompleks lagi bila dikaitkan dengan besarnya stigma yang melekat kuat pada individu dengan gangguan jiwa. Katchnig (2000) menegaskan bahwa klien dengan gangguan jiwa umumnya tidak menyukai stigma yang melekat di dirinya, sehingga menurunkan minat untuk meminta bantuan dari profesional untuk meningkatkan kemampuannya dalam melakukan kegiatan sehari-hari termasuk perawatan diri.

Uraian tersebut menunjukkan masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia tidak boleh dipandang remeh. Untuk itu, perawat yang terlibat dalam upaya rehabilitasi psikososial perlu memberikan pelayanan kepada klien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri secara profesional. Salah satu caranya yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan berdasarkan kerangka teori yang dikembangkan oleh ahli-ahli di bidang keperawatan. Bagaimanapun aplikasi teori keperawatan ini dapat mendorong diterimanya keperawatan sebagai tenaga kesehatan yang lebih profesional (Kozier, Erb, & Blaiz, 1997).

Teori *self-care* (perawatan diri) oleh Orem memiliki penjelasan yang lengkap tentang konsep perawatan diri, defisit perawatan diri, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul (Orem, 1991). Dalam konteks rehabilitasi, teori Orem sangat sesuai dengan tujuan rehabilitasi yaitu membantu memandirikan klien seoptimal mungkin (Destine, 1992). Berdasarkan alasan ini, masalah defisit perawatan diri pada skizofrenia akan dianalisis dalam tulisan ini dengan menggunakan pendekatan teori perawatan diri oleh Orem. Tulisan ini diharapkan dapat memberikan pembahasan yang lengkap, khususnya mengenai peran

perawat profesional (dalam hal ini direpresentasikan oleh perawat spesialis).

Defisit Perawatan Diri pada Klien dengan Skizofrenia: Teori Keperawatan Orem

Orem mendefinisikan perawatan diri sebagai kegiatan-kegiatan, yaitu individu memulai dan melaksanakannya untuk diri sendiri, dalam hal mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan (Orem, 1991). Orem menyatakan bahwa upaya perawatan diri dilakukan untuk memenuhi tiga macam kebutuhan perawatan diri: universal, perkembangan, dan deviasi kesehatan.

Kebutuhan universal meliputi aktivitas dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti udara, air, dan makanan; eliminasi; istirahat dan aktivitas; mencari ketenangan (*solitude*) dan interaksi sosial; mendapat kesempatan untuk hidup dan sejahtera; dan kebutuhan untuk merasa normal. Sedangkan kebutuhan perawatan diri secara perkembangan berfokus pada proses dan kejadian perkembangan manusia, seperti kehamilan atau kehilangan anggota keluarga. Terakhir, deviasi kesehatan meliputi kegiatan yang muncul akibat adanya kecacapan pada struktur tubuh manusia akibat penyakit atau tindakan medik (Orem, 1991).

Orem (1991) menyatakan bahwa masalah defisit perawatan diri terjadi apabila seseorang tidak mampu merawat dirinya sendiri atau bergantung pada orang lain (anggota keluarga yang lain). Defisit perawatan diri terjadi apabila kebutuhan perawatan diri yang terapeutik (total aktivitas keseluruhan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan universal, perkembangan, dan deviasi kesehatan) melampaui kemampuan *self-care* (kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri).

Kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti umur, jenis kelamin, tingkat perkembangan, status kesehatan, sistem keluarga, faktor lingkungan, sosial dan budaya, serta tersedianya sumber-sumber/fasilitas. Kebutuhan perawatan diri pada klien skizofrenia lebih besar dari kemampuannya melakukan aktivitas perawatan diri.

Hal ini terjadi karena klien menderita gejala yang disebabkan penyakit skizofrenia tersebut yaitu gangguan pada fungsi kognitif, afektif, dan perilaku (lihat skema 1). Masing-masing gangguan fungsi pada skema 1 akan diuraikan lebih lanjut untuk memberikan gambaran yang lebih jelas dalam penggunaan pendekatan teori Orem untuk klien skizofrenia.

Pertama, gangguan pada fungsi kognitif meliputi ketidakmampuan klien dalam berpikir dan memiliki persepsi yang realistik. Gejala ini umumnya dikenal dengan sebutan halusinasi dan waham. Ketika klien dengan skizofrenia menderita gejala ini, umumnya dia tidak mampu berespon dengan baik terhadap kebutuhan perawatan dirinya (Johnson, 1997). Klien tersebut hanya berkonsentrasi pada pikirannya sendiri dan memberikan perhatian yang minimal dalam hal makanan, istirahat, kebersihan, dan berpenampilan rapi. Di samping itu, keselamatan klien tersebut juga bisa lebih buruk, karena dia tidak mampu mengontrol pikiran atau persepsinya yang membahayakan.

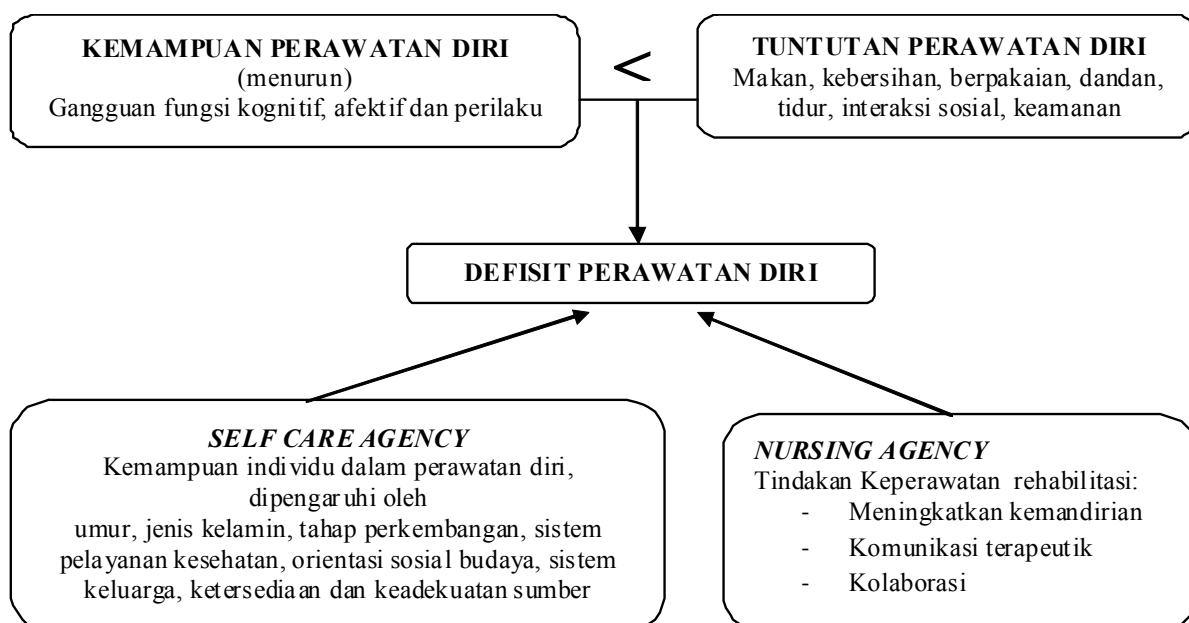
Gejala berikutnya adalah gangguan afek. Gangguan afek umumnya ditandai dengan hilangnya afek, munculnya afek datar atau afek yang tidak sesuai (Stuart & Laraia, 2005; Videbeck, 2008). Hilangnya afek dan afek datar terjadi karena klien selalu

disibukkan oleh pikiran dan fantasinya sendiri. Sama halnya dengan gangguan kognitif, klien dengan gangguan afek umumnya menunjukkan perasaan yang tidak sesuai (misalnya gembira dalam suasana duka). Kondisi ini menyebabkan munculnya anggapan bahwa individu tersebut apatis dan tidak peduli terhadap dirinya sendiri, termasuk dalam perawatan diri.

Gejala terakhir adalah gangguan perilaku. Salah satu gangguan perilaku yang sering dialami klien adalah berkurangnya kemampuan dalam berkomunikasi dengan orang lain. Masalah ini terjadi karena rasa takut berinteraksi dengan lingkungan luar, atau karena pengaruh pikiran/persepsi yang salah yang dimiliki klien (Johnson, 1997).

Bagi klien skizofrenia, pikiran internal lebih penting untuk diberikan respon dari pada melakukan hubungan dengan orang lain. Demikian juga dengan perawatan dirinya sendiri yang umumnya sering diabaikan. Gangguan perilaku lain yang sering diderita klien skizofrenia adalah munculnya agitasi tak terduga. Johnson (1997) menyatakan bahwa masalah agitasi ini sangat mempengaruhi kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Sebagai contoh, klien yang sangat agitasi dapat berpakaian yang 'aneh' di depan umum.

Skema 1. Masalah Defisit Perawat Diri pada Klien Skizofrenia Berdasarkan Teori Orem



Manifestasi defisit perawatan diri pada klien skizofrenia dapat didefinisikan sebagai ketidakmampuan klien dalam melakukan kegiatan sehari-hari, seperti makan, kebersihan (mandi, Buang Air Kecil/BAK dan Buang Air Besar/BAB), berpakaian, dandan, dan tidur (Ackley & Ladwig, 2002, Fortinash & Holoday Worret, 1991; Townsend, 2005). Beberapa penulis menyatakan bahwa kegiatan-kegiatan tersebut dapat disatukan menjadi satu sebutan yaitu kegiatan sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADL*) (McFarland & McFarlane, 1997; Carpenito, 1999).

Manifestasi defisit perawatan diri dapat dihubungkan dengan ketidakmampuan klien memenuhi kebutuhan universal seperti yang telah dijelaskan Orem (1991). Tetapi, bila ditinjau lebih dalam, kebutuhan perawatan diri sebenarnya tidak hanya terbatas pada kegiatan mandi, BAK, BAB, berpakaian, dandan, dan tidur. Defisit perawatan diri juga dapat muncul apabila individu tidak mampu berinteraksi sosial, melakukan tindakan untuk keselamatan diri (*safety*).

Beberapa penulis seperti More dan Pichler (1999) serta Jhonson (1997) juga menyatakan bahwa perawatan diri termasuk membina hubungan sosial dan melakukan tindakan *safety*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kebutuhan perawatan diri, bila mengacu kepada kebutuhan universal menurut Orem berarti mencakup aspek yang luas, tidak hanya terbatas pada aktivitas secara biologis namun juga psikososial.

Salah satu pertanyaan penting terkait manifestasi defisit perawatan diri pada klien skizofrenia adalah: Apakah pemenuhan kebutuhan universal sejalan dengan konsep rehabilitasi (dimana rehabilitasi umumnya berfokus pada kondisi klien yang cacat atau memiliki penyakit kronik). Penulis berpendapat bahwa membicarakan tentang kebutuhan universal pada klien skizofrenia dalam konteks rehabilitasi masih sangat relevan.

Alasannya, penderita skizofrenia umum tetap mengalami gejala-gejala sisa yang kronik, meskipun ia telah terbebas dari gejala-gejala berat penyakit tersebut (delusi, halusinasi, gangguan komunikasi verbal, atau perilaku kataton). Gejala sisa tersebut meliputi kurangnya motivasi melakukan kegiatan sehari-hari,

atau menurunnya kemampuan membina hubungan dengan orang lain (Gournay, 2000). Berdasarkan hal tersebut, skizofrenia sering disebut sebagai gangguan jiwa kronik, bahkan abadi (Gournay, 2000).

Pembahasan tentang masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia tidak hanya terbatas pada pengertian, manifestasi, dan kaitannya dengan konsep rehabilitasi. Pengertian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan klien dengan skizofrenia dalam perawatan diri juga perlu dimiliki oleh setiap perawat profesional, dalam hal ini pemahaman menggunakan pendekatan teori Orem (1991). Berikut diuraikan faktor-faktor tersebut.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Defisit Perawatan Diri pada Klien Skizofrenia

Orem (1991) menyatakan bahwa perawatan diri seseorang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang disebut sebagai faktor kondisi dasar (*basic functioning factors*). Faktor ini meliputi umur, jenis kelamin, tingkat perkembangan, sistem pelayanan kesehatan, sosial budaya, sistem keluarga dan ketersediaan sumber-sumber pendukung. Lebih detail, aplikasi teori Orem ini dijelaskan sebagai berikut

Umur

Menurut Orem (1991), jumlah dan bentuk bantuan perawat diri seseorang sangat ditentukan oleh umur. Terkait dengan klien skizofrenia, beberapa penelitian menunjukkan hubungan yang tidak konsisten antara faktor usia dan kemampuan individu melakukan perawatan diri. Sebagai contoh, hasil sebuah studi kuantitatif melaporkan bahwa klien dengan skizofrenia

Gender/ Jenis Kelamin

Meskipun jumlah kejadian skizofrenia pada laki-laki dan perempuan hampir sama, perempuan memiliki kemungkinan untuk sembuh yang lebih besar (WHO, 2001). Hal ini didukung oleh beberapa penelitian terkait hubungan antara jenis kelamin dan skizofrenia (Andia, et al., 1995; Glashan & Bardenstein, 1990). Penelitian tersebut melaporkan bahwa perempuan dengan riwayat skizofrenia dapat menjalankan fungsi sosial yang lebih baik dibanding laki-laki dengan skizofrenia.

Meskipun para peneliti tidak secara tertulis menjelaskan bahwa fungsi sosial yang dimaksud adalah termasuk aktivitas perawatan diri, peneliti lain menjelaskan bahwa yang termasuk dalam area gangguan fungsi sosial pada individu dengan skizofrenia diantaranya adalah defisit perawatan diri yang merujuk pada kebersihan diri, berhias, dan nutrisi (Janca, dkk, 1996 dalam Barbato, 1998).

Tahap Perkembangan

Tahap perkembangan secara umum diartikan pada kondisi individu dalam fase tertentu dalam kehidupannya, dan memiliki tugas perkembangan yang unik untuk tiap tahapannya, dalam hal fisik, psikologis, maupun sosial. Orem (1991) menjelaskan tahap perkembangan individu dikelompokkan berdasarkan tahapan usia, seperti bayi, anak-anak, dan dewasa.

Namun demikian, ketika kelompok usia ini digunakan untuk mendeskripsikan tahap perkembangan sebagai dasar dari faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan perawatan diri, akan terjadi *overlapping* dengan faktor usia. Sehingga cukup sulit, untuk mencari literatur yang mendeskripsikan hubungan antara faktor tahap perkembangan dan defisit perawatan diri pada individu dengan skizofrenia. Terlebih lagi, berdasarkan 35 penelitian mengenai faktor yang berpengaruh pada defisit perawatan diri dalam teori Orem, Moore dan Pichler (2002) menemukan bahwa faktor yang paling tidak dapat diukur adalah tahap perkembangan. Sebaliknya, faktor usia dilaporkan sebagai faktor ukur yang paling sering digunakan dan akurat.

Secara umum, hubungan antara faktor tahap perkembangan dan defisit perawatan diri pada individu dengan skizofrenia dapat dijelaskan melalui pemahaman akan kebutuhan khusus masing-masing usia. Contohnya, individu dengan skizofrenia yang berusia lanjut lebih lebih bergantung kepada pemberi perawatannya dalam melakukan aktivitas perawatan diri mereka daripada individu dengan usia dewasa. Alasannya adalah kondisi fisik dan psikologis lansia yang mengalami penurunan tentunya mempengaruhi keseriusan masalah perawatan diri yang mereka hadapi. Lebih jauh lagi, biasanya penyakit fisik lain seperti kerusakan sistem metabolik, gangguan aktivitas, dan

gangguan fungsi eliminasi juga muncul bersamaan dengan gejala-gejala yang muncul akibat skizofrenia.

Sistem Pelayanan Kesehatan

Orem (1991) menjelaskan bahwa faktor sistem pelayanan kesehatan meliputi deskripsi tentang diagnosa medis atau diagnosa keperawatan; dan tipe perawatan sebelum dan yang sedang dijalani klien. Dalam hubungannya dengan individu dengan skizofrenia, tipe/cara perawatan sangat penting dalam membantu mengembalikan kemampuan mereka sebelumnya. Walaupun terapi farmakologi telah terbukti efektif untuk menurunkan gejala skizofrenia, terapi yang paling efektif untuk klien dengan skizofrenia adalah gabungan dari obat-obatan dan terapi psikososial (Barbato, 1998; Bustillo, et al., 2001; Gournay, 2000). Terapi psikososial termasuk terapi keluarga untuk mendorong keterlibatan keluarga, pelatihan keterampilan sosial untuk membantu klien mandiri dalam menghidupi dirinya, terapi perilaku kognitif untuk mengurangi gejala gangguan pola pikir dan persepsi, dan terapi vokasional untuk membantu klien menjadi lebih berarti dalam komunitas.

Orientasi Sosial Budaya

World Health Organization (2001) menjelaskan bahwa tingkat keparahan (*severity*) skizofrenia berbeda antara di negara maju dan negara berkembang. Individu dengan skizofrenia di negara berkembang dilaporkan memiliki tingkat keparahan yang rendah, dan jumlah yang dapat sembuh total cukup tinggi. Walaupun alasan yang pasti untuk penemuan ini masih belum jelas, Kruger (2000) mencoba mengidentifikasi penyebab fenomena tersebut. Alasan pertama adalah individu dengan skizofrenia tidak terstigma seperti yang dialami di negara maju. Kedua, masyarakat di negara berkembang memberikan lebih banyak kesempatan pada individu dengan gangguan jiwa melakukan berbagai pekerjaan, seperti bekerja di ladang, menggali untuk irigasi, atau menjaga anak-anak.

Dalam hubungannya dengan aktivitas perawatan diri individu dengan skizofrenia, yang juga merupakan tujuan dari rehabilitasi, pencapaian dalam bidang sosial budaya (pekerjaan) menguntungkan klien,

yaitu meningkatkan fungsi mereka dalam kehidupan sehari-hari (Katschnig, 2000). Sebagai tambahan, bantuan pendidikan dapat memberikan kontribusi dalam meningkatkan imej diri klien sehingga memotivasi mereka melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Bahkan sejak dulu, Frankie, et al. (1996) menegaskan bahwa pendidikan sangat penting untuk individu dengan kelainan jiwa untuk dapat merasa bagian normal dari komunitas, dan mengubah imej diri mereka dari pasien menjadi siswa.

Sistem Keluarga

Orem (1991) mencetuskan faktor sistem keluarga, yang meliputi posisi klien dalam keluarga, dan hubungan klien dengan anggota keluarga lain. Terdapat hubungan tidak langsung antara posisi individu dengan skizofrenia dalam keluarga dengan kemampuan individu tersebut dalam melakukan perawatan diri (teridentifikasi sebagai faktor genetik skizofrenia). Birchwood dan Jackson (2001) menyebutkan bahwa ada hipotesa genetik skizofrenia yang telah dikembangkan sejak berabad-abad yang lalu, yang berkesimpulan bahwa resiko anggota keluarga “tertular” skizofrenia dari anggota keluarga lain ditentukan oleh faktor hubungan darah. Sebagai ilustrasi, terdapat resiko yang lebih besar untuk menderita skizofrenia jika sebelumnya orang tua, saudara laki-laki, atau saudara perempuan pernah mengalami skizofrenia; dibandingkan dengan jika yang mengalami skizofrenia sebelumnya adalah bibi, paman, atau keponakan. Informasi ini sangat berguna untuk memahami bahwa kemampuan menjalankan fungsi sehari-hari pada individu dengan skizofrenia bergantung pada faktor genetik.

Faktor lain dalam sistem keluarga yang disebutkan oleh Orem (1991) adalah hubungan klien dengan anggota keluarga lain. Untuk individu dengan skizofrenia, dukungan dari keluarga merupakan hal yang penting dalam upaya membantu individu mencapai kesembuhan (Birchwood & Jackson, 2001; Kruger, 2000). Bentuk dari hubungan keluarga yang dapat membantu kesembuhan klien dapat berupa keterlibatan klien melakukan tugas rumah tangga, melatih kemampuan klien menjalankan aktivitas sehari-hari, dan menyediakan dukungan finansial dan emosional untuk

mendorong klien meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri. Perlu diingat bahwa individu dengan skizofrenia yang tinggal di tempat rehabilitasi dalam waktu yang lama, contohnya di pusat perawatan (rumah sakit jiwa/panti) mungkin tidak akan dapat menemukan hubungan kekeluargaan ini. Sehingga, petugas kesehatan mental dapat berperan menggantikan fungsi pemberi dukungan keluarga (Kruger, 2000).

Ketersediaan dan Keadekuatan Sumber

Ketidakadekuatan dan ketidaktersediaan sumber yang relevan dalam proses rehabilitasi individu dengan skizofrenia menyebabkan degradasi fungsi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada individu tersebut (Katschnig, 2000). Idealnya, sumber dukungan ini tersedia dalam berbagai bentuk di komunitas, seperti perawatan berbasis komunitas, dukungan vokasional dan edukasional, atau kelompok terapi. Namun, WHO (2001) mengatakan bahwa saat ini fasilitas untuk gangguan jiwa kronik di masyarakat belum mencukupi. Hanya terdapat 37% negara di dunia yang menyediakan fasilitas perawatan kesehatan mental di komunitas.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa terdapat banyak faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian individu dengan skizofrenia dalam melakukan perawatan dirinya. Berikutnya, penulis akan membahas tentang bagaimana program perawatan rehabilitasi individu dengan skizofrenia yang memiliki masalah deficit perawatan diri.

Perawatan Rehabilitasi untuk Individu dengan Skizofrenia yang Memiliki Masalah Defisit Perawatan Diri

Tujuan dari pembahasan ini adalah untuk menguji beberapa prinsip umum perawatan bagi klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri dari segi rehabilitasi; seperti perkembangan kemandirian, komunikasi terapeutik, dan kolaborasi. Dalam hal ini, penulis tidak akan menganalisa secara spesifik intervensi keperawatan pada tiap area perawatan diri (nutrisi, kebersihan diri, berhias, toileting, istirahat, interaksi sosial, dan keselamatan).

Perkembangan Kemandirian

Menurut Orem (1991), asuhan keperawatan untuk klien skizofrenia sangat beragam, bergantung pada tingkat ketergantungan klien apakah mereka memerlukan perawatan total, perawatan sebagian, atau hanya pemberian dukungan-edukasi. Situasi yang berbeda ini menentukan metode intervensi keperawatan. Contohnya, klien dalam perawatan total mengharuskan perawat memberikan bantuan yang menyeluruh: melakukan, memandu, mendukung secara fisik ataupun psikologis, menyediakan lingkungan yang mendukung, dan memberikan pendidikan kesehatan. Berbeda dengan klien dalam perawatan parsial, dalam hal ini perawat memberikan asuhan keperawatan seperti halnya terhadap klien dengan perawatan total, namun ada unsur keterlibatan klien. Terakhir, klien dalam perawatan pemberian dukungan – edukasi hanya memfokuskan pada memandu dan memberikan pendidikan kesehatan.

Paradigma rehabilitasi menekankan pentingnya status kemandirian klien, oleh karenanya perawatan rehabilitasi untuk klien skizofrenia dengan ketidakmampuan perawatan diri harus ditingkatkan, dari ketergantungan total, ketergantungan sebagian, dan kebutuhan akan dukungan dan edukasi. Dittmar (1989) menyebutkan bahwa dua kategori terakhir menentukan pusat rehabilitasi hanyalah untuk individu dengan ketidakmampuan. Namun, harus diingat bahwa proses perkembangan individu dengan skizofrenia dapat fluktuatif pada beberapa klien sehubungan dengan episode skizofrenia yang dialami.

Kekambuhan pada individu dengan skizofrenia dapat diakibatkan oleh ketidakpatuhan dalam pengobatan atau stresor lingkungan (Gournay, 2000; Johnson, 1997). Sangat mungkin terjadi, klien akan memperlihatkan gejala skizofrenia tingkat lanjut, walaupun mereka sedang berada di pusat rehabilitasi, baik itu di masyarakat ataupun di rumah sakit. Untuk itu, penting bagi perawat spesialis di pusat rehabilitasi psikososial bersikap fleksibel dalam menurunkan tingkat ketergantungan klien. Perawat perlu mengetahui waktu yang tepat ketika klien tidak lagi membutuhkan panduan yang intensif dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka. Meskipun demikian, perawat harus

sensitif dalam memberi intervensi darurat saat dibutuhkan untuk meyakinkan klien sudah mampu mencapai syarat minimal melakukan perawatan diri.

Sebagai gambaran, ketika klien memperlihatkan gejala waham serius yang berakibat adanya penolakan untuk makan karena kecurigaan bahwa makanan tersebut beracun, perawat sebaiknya tidak menawarkan makanan yang biasa dimasak oleh staf pusat rehabilitasi. Akan lebih tepat untuk memberi mereka makanan kalengan dan memberi kesempatan pada klien untuk membuka sendiri makanan tersebut (Townsend, 2005). Intervensi penting lain yang dapat dilakukan selama periode kritis adalah memonitor hasil laboratorium, seperti elektrolit dan jumlah sel darah putih, karena kekurangan nutrisi dapat berakibat dalam ketidakseimbangan fungsi tubuh (Johnson, 1997).

Selain fleksibel, perawat spesialis jiwa juga harus mampu memutuskan sumber yang dapat mempengaruhi keberhasilan dari intervensi keperawatan yang dipersiapkan. Idealnya, fasilitas rehabilitasi harus siap untuk membantu klien dalam kondisi kritis, terlebih bagi pusat rehabilitasi di daerah perkotaan. Namun, Lucca, Allen, dan George (2001) mengkritik bahwa fasilitas kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit dengan peraturan tradisional hanya mampu untuk memaksimalkan komunikasi interdisiplin, dan hal ini tidak sesuai dengan filosofi rehabilitasi psikososial yang mendorong integritas klien dalam komunitas. Sehingga mereka menyarankan untuk mengembangkan tempat rehabilitasi sesuai dengan situasi nyata di masyarakat.

Selain itu, perawat spesialis jiwa yang bekerja di pusat rehabilitasi berbasis komunitas perlu memiliki kemampuan untuk mengobservasi tanda dan gejala awal dari kekambuhan, dan merujuk klien ke unit akut secepatnya. Sebagai alternatif, perawat perlu mengembangkan peran manajerialnya untuk bernegosiasi dengan pembuat kebijakan untuk menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk memastikan klien dapat memenuhi kebutuhan dasarnya. Ruang observasi sangat penting untuk mencegah klien mencederai dirinya sendiri atau orang lain dan melakukan supervisi atas pemenuhan kebutuhan dasarnya, sebelum ditransfer ke unit akut.

Pertimbangan penting lain dalam membuat klien skizofrenia untuk mandiri secepatnya adalah dengan menyediakan kesempatan untuk berhasil (Johnson, 1997; Townsend, 2005). Pengalaman berhasil, walaupun kecil, secara signifikan akan meningkatkan harga diri klien.

Untuk mencapai kondisi ini, perawat spesialis tidak seharusnya mendorong klien untuk melakukan aktivitas perawatan diri di luar kemampuan mereka. Karena mereka menderita gangguan atensi dan memori, mereka hanya akan memperlihatkan perkembangan kecil setiap harinya (Gournay, 2000). Namun, seharusnya hal ini tidak menyebabkan perawat merasa frustrasi, dan kemudian menelantarkan perkembangan kecil yang ada. Sebaliknya, sudah sewajarnya perawat bersikap sensitif terhadap setiap perkembangan, dan memberikan *reinforcement* positif pada usaha klien (Fortinash & Holoday – Worret, 1991; Johnson, 1997; Townsend, 2005).

Komunikasi Terapeutik

Indikator kesuksesan asuhan keperawatan dalam mengurangi masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia bukan hanya mengacu pada kemampuan klien memenuhi perawatan dirinya. Perawat psikiatri harus mempertimbangkan bagaimana intervensinya dapat berguna mengurangi masalah utama dari skizofrenia yaitu kurangnya orientasi realita. Komunikasi terapeutik, sebagai salah satu perawatan yang efektif, sangat penting dilakukan untuk membantu klien dalam melakukan ADL yang adekuat, dan juga mengurangi kerusakan kognitif.

Beberapa penulis telah menganjurkan bagaimana komunikasi terapeutik disampaikan kepada klien skizofrenia dalam kaitannya dengan manajemen perawatan diri (Johnson, 1997; Townsend, 2005). Intervensi pertama ialah dengan menunjukkan klien bagaimana melakukan aktivitas pada saat klien memiliki kesulitan dalam orientasi realita. Townsend (2005) mengusulkan satu teknik: “apabila pasien tidak makan, letakkan sendok di tangannya, sendokkan makanan di atasnya, dan katakan: “Sekarang, makanlah sesuap kentang tumbuk (atau makanan lain)”” (Townsend, 2005). Metode lain ialah dengan menghindari

perselisihan tentang delusi/waham klien (Johnson, 1997). Alasannya adalah ketidaksetujuan dengan klien hanya akan menguatkan keyakinannya.

Satu hambatan yang sering muncul dalam melakukan komunikasi terapeutik ialah kurangnya pemahaman yang baik diantara perawat kesehatan jiwa tentang strategi komunikasi yang tepat. Bekerja dengan klien dengan skizofrenia yang memiliki orientasi realita yang inadkuat umumnya menjengkelkan dan menakutkan bagi perawat kesehatan jiwa, sehingga mengaplikasikan keterampilan terapeutik untuk klien dapat menjadi “aliran tugas yang luar biasa banyak dan emosional” (Johnson, 1997).

Selain itu, penelitian menunjukkan stres di antara para perawat kesehatan jiwa berhubungan dengan kompetensi emosional mereka, dan seimbang dengan penampilan mereka di dalam menyediakan perawatan (Humpel & Caputy, 2001). Untuk itu, penting sekali untuk perawat spesialis jiwa untuk memvalidasi perasaan dan perilaku mereka terlebih dahulu sebelum memberikan perawatan kepada klien. Keikutsertaan dalam kelompok pendukung dengan kolega juga dapat menjadi solusi yang membantu (Johnson, 1997).

Kolaborasi

Sejak dulu sudah ada kesepakatan di antara penulis untuk mengintegrasikan intervensi keperawatan mandiri dan kolaboratif dalam kaitannya dengan defisit perawatan diri pada klien Skizofrenia (Fortinash & Holoday-Worret, 1991; Johnson, 1997, Reighley, 1998; Townsend, 2005). Aktivitas keperawatan bervariasi termasuk mendukung dan memonitor obat yang diberikan dan terapi psikologis, mengobservasi kondisi fisik klien dan melaporkan masalah kepada dokter, dan mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk memilih menu yang sesuai untuk klien. Bagaimanapun, kewajiban ini dapat diaplikasikan untuk tujuan umum, namun belum ada penjelasan yang spesifik untuk pelayanan rehabilitasi.

Pilihan lain, Dittmar (1989) mengusulkan tim intervensi rehabilitasi spesifik untuk semua klien yang mengalami masalah defisit perawatan diri. Menurutnya, partner perawat yang bekerja dekat dengan klien dan keluarga,

terdiri dari dokter terkait dengan resep obat, dokter gigi terkait dengan perawatan masalah mulut, terapis okupasi terkait dengan pelatihan dan mendesain alat bantu, terapis fisik terkait dengan supervisi latihan penyembuhan, pekerja sosial terkait dengan mencari pertolongan sumber dana klien dan keluarga untuk alat-alat dan modifikasi rumah, prostesis terkait dengan penyediaan tungkai buatan bagi klien yang diamputasi, dan ortotis terkait dengan penyediaan alat penahan untuk memperbaiki fungsi ekstremitas yang diamputasi.

Kolaborasi yang paling signifikan dalam solusi defisit perawatan diri diantara klien Skizofrenia dapat ditunjukkan dengan obat antipsikosis diantara psikiater dan perawat psikiatri. Klien yang mendapatkan obat antipsikotik secara teratur dapat memenuhi terapi sosial, rekreasional, dan rehabilitasi (Johnson, 1997). Selain itu, obat psikotropik juga bermanfaat untuk mencegah klien dengan skizofren menjadi kambuh dan kembali ke rumah sakit (Gournay, 2000; Johnson, 1997).

Berdasarkan uraian diatas, perawat ahli di bidang psikiatri perlu mengoptimalkan peran mereka di area kolaborasi ini. Kontribusi perawat harus didasari dengan pemahaman yang luas tentang medikasi: kerja obat, penggunaan, dosis, efek terapeutik yang diharapkan, rute pemberian, efek samping, dan kontraindikasi (Johnson, 1997). Pengetahuan ini sangat dibutuhkan ketika perawat berdiskusi dengan anggota tim lainnya. Pengetahuan ini harus juga didukung oleh keterampilan pemberian obat. Tambahan lagi, kemampuan mengajar klien dan keluarganya terkait terapi yang diberikan sangatlah penting (Gournay, 2000).

Bagaimanapun, kemampuan ini dapat tidak sesuai ketika perawat menemukan kesulitan dalam menjalankan peran kolaborasinya. Pertama-tama, perawat ahli mungkin saja ahli dalam pemberian obat, tetapi mereka kurang baik dalam menggunakan komunikasi yang efektif kepada klien, keluarga, atau profesi kesehatan lainnya. Masalah ini harus dimasukkan ke dalam pertimbangan, mengingat komunikasi efektif sangat penting untuk menghubungkan perawat dan klien, memungkinkan klien untuk berpartisipasi dalam mencapai tujuan intervensi,

dan memuaskan hubungan antara profesi kesehatan (Oermann, 1992).

Satu penelitian kualitatif melaporkan bahwa walaupun beberapa perawat kesehatan jiwa komunitas berpengalaman dalam pemberian injeksi untuk klien gangguan jiwa, mereka harus meningkatkan keterampilan interpersonal agar fungsi terapeutik perawat dapat memberikan efek bagi klien dan keluarga (Muir-Cochrane, 1998). Oleh karena itu, ikut serta dalam pelatihan komunikasi efektif yang intensif dan berkesinambungan dapat menjadi solusi yang baik.

Walaupun seorang perawat ahli sudah kompeten dalam komunikasi efektif, ia dapat saja tidak mampu menggunakan kemampuannya dalam praktik karena pembatasan dari organisasi. Contohnya, waktu yang dialokasikan terbatas dalam memberikan obat antipsikosis bagi klien skizofrenia yang mendapatkan pelayanan rehabilitasi rawat jalan. Beberapa perawat jiwa komunitas di Australia melaporkan kesulitan mereka membina hubungan yang baik, memberikan injeksi, dan hanya mampu melakukan pengkajian jiwa yang superfisial kepada klien mereka dalam waktu selama 15 menit (Muir-Cochrane, 1998). Untuk memecahkan masalah ini, perawat ahli harus bernegosiasi dengan pihak yang berwenang dalam kebijakan untuk memperpanjang durasi waktu interaksi dengan klien.

Kesimpulan

Masalah defisit perawatan diri pada klien skizofrenia harus dipertimbangkan sebagai area penting dalam rehabilitasi psikososial. Untuk itu sangatlah penting untuk perawat praktisi dan perawat ahli yang bekerja di rehabilitasi psikososial memberikan tindakan keperawatan profesional untuk mengurangi masalah tersebut.

Perawatan diri model Orem dapat dikerjakan di unit rehabilitasi klien dengan skizofrenia yang memiliki defisit perawatan diri. Untuk kelompok klien ini, kebutuhan perawatan diri lebih besar sebagai efek dari penyakit contohnya kerusakan kognitif, afek, dan perilaku.

Manifestasi dari defisit perawatan diri terkait dengan ketidakmampuan untuk melakukan satu dari kebutuhan dasar dari ADL seperti makan, *personal hygiene*, berpakaian, *toileting*, tidur, interaksi sosial, atau keamanan. Apapun tingkat defisit klien skizofrenia, perawat spesialis jiwa dapat memberikan praktik profesional kepada kelompok spesifik ini dengan menggunakan beberapa prinsip dasar; yaitu pengembangan kemandirian, komunikasi terapeutik, dan kolaborasi. Untuk meningkatkan level kemandirian klien skizofrenia, fleksibilitas perawat dan menyediakan kesempatan bagi klien untuk berhasil adalah penting.

Komunikasi terapeutik diharapkan dapat membawa dampak positif kepada klien untuk memperbaiki orientasi realita mereka. Kolaborasi dengan anggota tim, terutama perawatan medis, merupakan tantangan bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuannya dalam pemberian obat, begitu juga kemampuan interpersonal.

Sebagai tambahan, perawat harus mampu memberikan kontribusi untuk memecahkan masalah dalam melaksanakan peran kolaborator, baik dalam tingkat organisasi, profesional, ataupun edukasional. Komunikasi terapeutik kepada klien dan komunikasi efektif kepada klien dan disiplin lain dalam kolaborasi menjadi perhatian utama dalam tulisan ini. Selanjutnya, penelitian mengenai keefektifan komunikasi dalam memandirikan klien dalam perawatan diri perlu dilakukan untuk mengembangkan praktik keperawatan yang *evidence-based* (HDW, AY, HR).

Referensi

- Ackley, B.J., & Ladwig, G.B. (2002). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care* (5th ed). Missouri: Mosby.
- Andia, A.M., Zisook, S., Heaton, R.K., Hesselink, J., Jernigon, T., Kuck, J., & Moranville, B.D.L. (1995). *Gender differences in Schizophrenia. Journal of Nervous and Mental Health Disease*, 183 (8), 522-528.
- Barbato, A. (1998). Schizophrenia and public health. Diperoleh dari www.who.int/mental_health/media/end/55.pdf.
- Birchwood, M., & Jackson, C. (2001). *Schizophrenia: Clinical psychology a modular course*. Philadelphia: Taylor & Francis Inc.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, P.W., & Keith, S.J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (2), 163-175.
- Carpenito, L.J. (1999). *Handbook of Nursing diagnosis* (8th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Diperoleh dari www.depkes.go.id/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%2008.pdf.
- Destine, J.B. (1992). Theory-based advanced rehabilitation nursing: Is it a reality? *Holistic Nursing Practice*, 6 (2), 1-6.
- Dittmar, S (1989). *Rehabilitation nursing: Process dan Application*. St. Louise: Mosby Company.
- Fortinash, K.M, & Holloday-Worret, P.A. (1991). *Psychiatric Nursing care plans*. St. Louise: Mosby Year Book.
- Frankie, P.A., Levine, P., Moerbray, C.T., Shriner, W., Conklin, C., & Thomas, E.R. (1996). Supported education for persons with psychiatric disabilities: Implementation in an urban settings. *The Journal of Behavioural Health Services and Research*, 23 (4), 406-417.
- Glashan, T.H., & Bardenstein, K.K. (1990). Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 319-329.
- Gournay, K. (2000). Schizophrenia. In R. Newell & K. Gournay (Ed), *Mental health nursing: an evidence-based approach* (147-162). London: Churchill Livingstone.
- Humpel, N., & Caputy, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 399-403.
- Jalil, M. (2006). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita skizofrenia di RSJ Prof.*

- Dr. Soeroyo Magelang. (Skripsi, Tidak dipublikasikan).
- Johnson, B.S. (1997). *Psychiatric-mental Health Nursing: Adaptation and Growth* (4th ed). Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (407), 33-37.
- Kozier, B., Erb, G., & Blais, K. (1997). *Professional nursing practice: Concepts & perspectives* (3rd ed). California: Addison Wesley Longman Inc.
- Kruger, A. (2000). Schizophrenia: recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (1), 29-38.
- Lucca, A.M., & Allen, G.J. (2001). A statewide assessment of psychosocial rehabilitation programs: General characteristics and services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 205-213.
- McFarland, G.K., & McFarlane, E.A. (1997). *Nursing diagnosis & intervention: Planning for patient care*. Missouri: Mosby Year Book.
- Moore, J.B., & Pichler, V.H. (1999). Measurement of Orem's basic conditioning factors: A review of published research. *Nursing Science Quarterly*, 13 (2), 137-142.
- Muir-Cochrane, E.C. (1998). The role of the community mental health nurse in the administration of depot neuroleptic medication: 'Not just the needle nurse!'. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 254-260.
- Oermann, M.H. (1992). *Professional nursing practice: A conceptual approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed). Missouri: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (7th ed). St. Louis: Mosby.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing* (3th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- WHO. (2001). *The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Diperoleh dari www.who.int/whr/2001/en.

Sikap bersyukur adalah cara mutlak
untuk mendapat hal-hal baik lebih banyak lagi bagi kehidupanmu.
- Marci shimoff -

Sepuluh kehidupan adalah nasib baik,
sebagian lainnya adalah disiplin dan inilah sebagian yang penting,
karena tanpa disiplin Anda tidak akan mengetahui apa yang harus dilakukan dengan keberuntungan itu.
- Carl Zuckmeyer -