

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI DEFISIT PERAWATAN

DIRI : BERPAKAIAN DAN BERHIAS PADA

PASIEN DENGAN BIPOLAR



Oleh :

DIVARA WAHYU RAHMAWATI

NIM : 2317048

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA

AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

YOGYAKARTA

2020

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI DEFISIT PERAWATAN

DIRI : BERPAKAIAN DAN BERHIAS PADA

PASIEN DENGAN BIPOLAR

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

DIVARA WAHYU RAHMAWATI
NIM : 2317048

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Divara Wahyu Rahmawati
NIM : 2317048
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 16 April 2020

Pembuat Pernyataan



Divara Wahyu Rahmawati

NIM : 2317048

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI DEFISIT PERAWATAN

DIRI : BERPAKAIAN DAN BERHIAS PADA

PASIEN DENGAN BIPOLAR

OLEH :

DIVARA WAHYU RAHMAWATI

NIM : 2317048

Telah diperthankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah

Akper "YKY" Yogyakarta pada tanggal 4 Juli 2020

Dewan Penguji :

Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.,M.Kep

Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J

Tenang Aristina, S.Kep.Ns.,M.Kep

Tanda Tangan

.....
.....
.....

Mengetahui

Direktur Akper "YKY"

Yogyakarta



Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep

NIK : 1141 03 052

MOTTO

Banyak kegagalan dalam hidup ini dikarenakan orang-orang tidak menyadari
betapa dekatnya mereka dengan keberhasilan saat mereka menyerah.

(Thomas Alva Edison)

PERSEMBAHAN

Sebagai ucapan terimakasih yang begitu banyak tidak terucap, maka Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya beserta ijin-Nya maka Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
2. Seluruh keluarga tak terkecuali yang selalu memberikan dukungan, membesarkan hati saya untuk yakin bahwa ini adalah jalan menuju kesuksesan dan telah memberikan doa dalam menempuh kuliah selama 3 tahun.
3. Seseorang yang selalu ada untuk memberikan dukungannya agar saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya.
4. Teman yang selalu ada di saat suka maupun duka Erma Afrianti, Eva Kumala Sari, Novita Tri Utari, dan Qonitah Wahid Ra'fiati.
5. Teman seperjuangan yang selalu berbagi saran Raden Kola Ramada.
6. Semua teman yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberi semangat.
7. Bagi orang yang sengaja atau tidak sengaja membaca karya tulis ini.
8. Almamater tercinta Akper YKY Yogyakarta.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Studi Dokumentasi Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias Pada Pasien Dengan Bipolar”. Karena Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi Tugas Akhir Program Ahli Madya Keperawatan.

Tidak lupa penulis ucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, secara khusus penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta.
2. dr. Etty Kumolwati, M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta
3. Perawat dan Staf RSJ Grhasia Yogyakarta
4. Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep selaku dosen pembimbing dan dosen penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing dan dosen penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
6. Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep selaku dosen penguji.
7. Seluruh saudara dan rekan-rekan yang telah memberikan motivasi dan bantuan selama penyusunan karya tulis ilmiah.

Penulis menyadari bahwa hasil studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi, bahasa, maupun materi. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang sifatnya membangun. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan kepada semua pihak yang telah

memberikan sumbangan kepada penulis. Semoga hasil studi dokumentasi ini dapat bermanfaat kepada kita semua. Amin.

Yogyakarta, 20 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
MOTTO	v
PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Khusus.....	6
2. Tujuan Umum	6
D. Ruang Lingkup	6
E. Manfaat Penelitian.....	6
1. Manfaat Teoritis	6
2. Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Bipolar.....	8
1. Pengertian Bipolar	8
2. Klasifikasi Bipolar.....	9
3. Epidemiologi Bipolar	10
4. Penatalaksanaan Bipolar	11
B. Konsep Defisit Perawatan Diri.....	15
1. Pengertian Defisit Perawatan Diri.....	15

2. Etiologi.....	15
3. Dampak Defisit perawatan Diri.....	18
4. Rentang Respon.....	18
5. Manifestasi Klinis	19
6. Asuhan Keperawatan Jiwa	19
7. Peran Keluarga	25
C. Kerangka Teori.....	28
BAB III METODE PENELITIAN	30
A. Rancangan Penelitian	230
B. Objek Penelitian	30
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	30
D. Definisi Operasional.....	30
E. Instrumen Penelitian.....	30
F. Teknik Pengumpulan Data	31
G. Analisa Data	31
H. Etika Penelitian	32
I. Kerangka Alur Penelitian	34
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	34
A. Hasil	34
B. Pembahasan	37
BAB V PENUTUP.....	41
A. Kesimpulan.....	42
B. Saran.....	43

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	30
--------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Siklus suasana hati pasien bipolar	9
Gambar 2.2 Rentang Respon.....	18
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	28
Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Lembar Bimbingan Pembimbing 1

Lampiran 3 Lembar Bimbingan Pembimbing 2

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan Jiwa Tahun 2017

Studi Dokumentasi Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Bipolar. Divara Wahyu Rahmawati. (2020).

Pembimbing: Nunung Rachmawati , Sutejo

ABSTRAK

Bipolar adalah gangguan perasaan dengan dua kutub yang bertolak belakang. Dua kutub yang dimaksud adalah depresi dan manik. Salah satu gangguan yang dialami pasien dengan bipolar ditunjukkan kehilangan ketertarikan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti mengabaikan *hygiene* atau perawatan dirinya secara mandiri (defisit perawatan diri). Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Masalah defisit perawatan diri jika tidak ditangani juga akan menimbulkan masalah yang lain seperti harga diri rendah, isolasi sosial, halusinasi, risiko perilaku kekerasan, dan perilaku kekerasan. Tujuan dari studi dokumentasi ini adalah untuk mengetahui gambaran defisit perawatan diri : berpakaian dan berhias pada pasien Sdr. A dengan bipolar serta untuk mengetahui gambaran tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada pasien Sdr. A dengan bipolar. Penelitian pada pasien Bipolar ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan metode studi dokumentasi yang memaparkan dan membandingkan masalah keperawatan pada pasien Bipolar dengan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi. Dari hasil studi dokumentasi diperoleh bahwa setiap proses keperawatan yang dilakukan pada Sdr. A sesuai dengan teori. Setelah dilakukan studi kasus penulis mendapatkan gambaran defisit perawatan diri, mengetahui mengenai pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi defisit perawatan diri pada pasien dengan bipolar.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Jiwa, Bipolar, Defisit Perawatan Diri

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) kesehatan jiwa adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa.

Gangguan jiwa menurut *American Psychiatric Association* (APA dalam Prabowo, 2014) adalah sindrom atau pola psikologis atau pola perilaku yang penting secara klinis, yang terjadi pada individu dan sindrom itu dihubungkan dengan adanya distress (misalnya: gejala nyeri, menyakitkan) atau disabilitas (ketidakmampuan pada salah satu bagian atau beberapa fungsi penting) atau disertai peningkatan resiko secara bermakna untuk mati, sakit, ketidakmampuan, atau kehilangan kebebasan. Gangguan jiwa yang menjadi salah satu masalah utama adalah bipolar.

Bipolar adalah gangguan perasaan dengan dua kutub yang bertolak belakang (Panggabean & Rona, 2015). Dua kutub yang dimaksud adalah depresi dan manik. Depresi didefinisikan sebagai keadaan emosional yang ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, dan kehilangan minat dalam aktivitas yang biasanya dilakukan (Davison dkk, 2010). Manik didefinisikan sebagai keadaan emosional dengan kegembiraan yang berlebih, mudah tersinggung,

disertai hiperaktivitas, berbicara lebih banyak dari biasanya, serta pikiran dan perhatian yang mudah teralih (Davison dkk, 2010).

Dari sekian banyak penyakit kejiwaan dan mental, lembaga internasional yang bergerak di bidang kesehatan yaitu *World Health Organization* atau WHO menyebutkan bahwa gangguan bipolar berada dalam urutan ke-6 dalam penyakit utama yang dapat menyebabkan disabilitas di seluruh dunia. Sekitar 5,7 juta dari 7,3 miliar orang di seluruh dunia menderita gangguan bipolar, hal ini setara dengan kurang lebih 1% dari populasi. Jumlah kejadian setiap tahun dari gangguan bipolar dalam populasi diperkirakan antara 10-15 per 100.000 di antara manusia. Angka ini lebih tinggi di kalangan wanita dan bahkan dapat mencapai 30 per 100.000. kondisi ini dapat mempengaruhi orang dari hampir semua usia, dari anak-anak sampai usia lanjut. Prevalensi serupa terjadi pada pria maupun wanita (Ketter, 2010).

Salah satu gangguan yang dialami pasien dengan bipolar ditunjukkan merasa terlalu bahagia dan bersemangat, sangat sensitif, kurang tidur, halusinasi, merasa sangat bersedih, malas, dan kehilangan ketertarikan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti mengabaikan *hygiene* atau perawatan dirinya secara mandiri (defisit perawatan diri). Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau nafas dan penampilan tidak rapi (Yusuf, 2015).

Apabila pemenuhan kebutuhan personal hygiene tidak ditangani, maka akan berakibat buruk baik bagi dirinya sendiri, orang lain serta lingkungan sekitarnya. Dampak fisik bagi dirinya sendiri yaitu banyaknya gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan diri dengan baik seperti gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku. Sedangkan untuk dampak psikososial yaitu gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial (Dermawan, 2013).

Menurut Kemenkes, dalam Undang-Undang No.18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang agar dapat mencapai kualitas hidup yang baik, serta memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Menurut UU No.18 Pasal 22 Tahun 2014 menyebutkan bahwa dalam hal ODGJ menunjukkan pikiran dan / atau perilaku yang dapat membahayakan dirinya, orang lain, atau sekitarnya, maka tenaga kesehatan yang berwenang dapat melakukan tindakan medis atau pemberian obat psikofarmaka terhadap ODGJ sesuai standar pelayanan kesehatan jiwa yang ditujukan untuk mengendalikan perilaku berbahaya.

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene di rumah sakit jiwa yaitu melakukan penerapan asuhan keperawatan berupa penerapan strategi pelaksanaan dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene. Strategi pelaksanaan pada pasien

deficit perawatan diri yaitu dengan melatih pasien cara perawatan kebersihan diri atau mandi, melatih pasien berdandan atau berhias, melatih pasien makan dan minum secara mandiri dan mengajarkan pasien melakukan buang air besar dan buang air kecil secara mandiri (Fitria, 2012).

Dukungan yang berasal dari keluarga dapat mempengaruhi perilaku individu itu sendiri. Keluarga memiliki lima fungsi dalam dukungan keluarga, yakni dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan jaringan, sosial, dukungan emosional dan instrumental.

Berdasarkan dari hasil observasi dan wawancara di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta (RSJ Grhasia DIY) pada 1 Januari 2017 hingga 3 Februari 2020 defisit perawatan diri merupakan gangguan terbanyak nomor 4 setelah Resiko Perilaku Kekerasan, Halusinasi, dan Perilaku Kekerasan dengan jumlah 2141 pasien. Selain itu, masalah Defisit Perawatan Diri jika tidak ditangani juga dapat menimbulkan masalah yang lainnya seperti harga diri rendah, isolasi sosial, halusinasi, resiko perilaku kekerasan, dan perilaku kekerasan.

Berdasarkan hal tersebut di atas penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan masalah “Studi Dokumentasi Defisit Perawatan Diri Pada Pasien dengan Bipolar”.

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana studi dokumentasi defisit perawatan diri pada pasien dengan bipolar”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran defisit perawatan diri pada pasien dengan bipolar.

2. Tujuan Khusus

Mengetahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian defisit perawatan diri pada pasien dengan bipolar.
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosis keperawatan defisit perawatan diri pada pasien dengan bipolar.
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan defisit perawatan diri pada pasien dengan bipolar.
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan defisit perawatan diri pada pasien dengan bipolar.
- e. Hasil studi dokumentasi mengenai Evaluasi dan pendokumentasian defisit perawatan diri pada pasien dengan bipolar.

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Jiwa. Materi yang dibahas adalah studi dokumentasi defisit perawatan diri pada pasien dengan bipolar dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus pada tahun 2017.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam peningkatan perawatan diri pada pasien bipolar.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi pasien Defisit Perawatan Diri

Pasien dapat meningkatkan perawatan diri secara mandiri baik di rumah sakit maupun dirumah.

b. Bagi Keluarga Dengan Pasien Defisit Perawatan Diri

Keluarga pasien dapat mengetahui tentang gambaran defisit perawatan diri beserta perawatan yang benar agar pasien mendapat perawatan yang tepat dalam keluarganya.

c. Bagi Perawat

Perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien defisit perawatan diri dengan bipolar.

d. Bagi RSJ Grhasia

Dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien khususnya dengan defisit perawatan diri pada bipolar dan melakukan pencegahan dengan memberi penyuluhan kesehatan kepada pasien bipolar yang beresiko menjadi defisit perawatan diri.

e. Bagi AKPER YKY

Dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan dengan defisit perawatan diri pada bipolar

BAB II

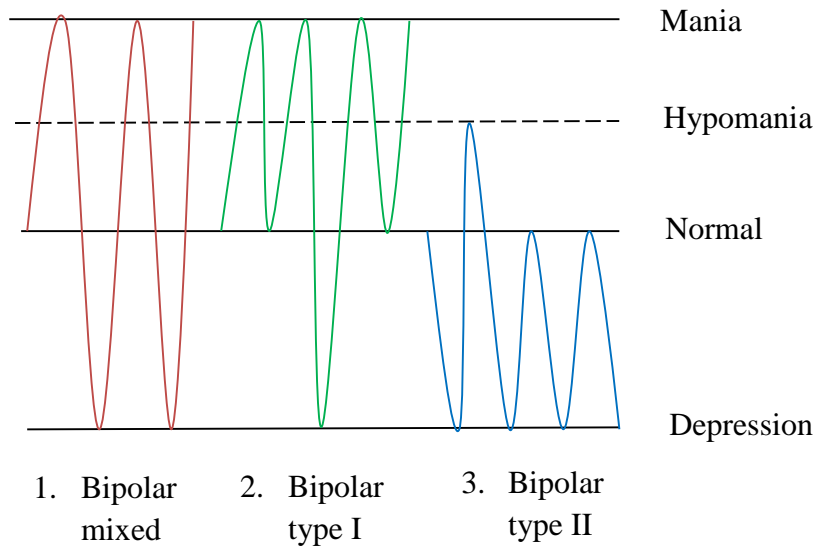
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Bipolar

1. Pengertian Bipolar

Gangguan Bipolar merupakan salah satu diantara gangguan mental yang serius dan dapat menyerang seseorang, sifatnya melumpuhkan disebut mania-depresi (Parks, 2014). Gangguan bipolar sering dikaitkan dengan gangguan yang memiliki ciri yaitu naik turunnya mood, aktifitas dan energi (Mintz, 2015). Kekambuhan sering terjadi dan akan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, perkawinan bahkan meningkatkan risiko bunuh diri. Keadaan emosional orang dengan gangguan bipolar ekstrim dan intens yang terjadi pada waktu yang berbeda, atau bisa disebut mood. Episode ini dikategorikan sebagai mania, hipomania, episode campuran dan depresi (Ahuja, 2011).

Menurut Aliansi Gangguan Kejiwaan Nasional (NAMI), bipolar adalah gangguan yang ditandai oleh perubahan mood atau suasana perasaan yang parah. Gangguan bipolar ini juga sering disebut gangguan unipolar (depresi berat), dimana perubahan suasana hati hanya di satu kutub saja namun dibandingkan dengan bipolar adalah perubahan suasana hati terjadi diantara dua kutub yang tinggi dan rendah (Parks, 2014).



Gambar 2.1 Siklus suasana hati pasien bipolar (Videback, 2011)

Keterangan :

- a. Bipolar Campuran (Bipolar Mixed) : siklus yang bergantian antara episode mania, suasana hati normal, depresi, dan sebagainya.
- b. Bipolar Tipe I : Episode mania dengan setidaknya satu episode depresi.
- c. Bipolar Tipe II : Episode depresi berulang dengan setidaknya satu episode hipomania.

Episode mania berlangsung secara tiba-tiba dan dalam jangka waktu 2 minggu sampai 4-5 bulan, sedangkan episode depresi cenderung berlangsung lebih lama (rata-rata sekitar 6 bulan) namun tidak sampai satu tahun kecuali pada orang usia lanjut (Depkes RI, 2012).

2. Klasifikasi Bipolar

Bipolar tipe I ditandai dengan episode mania berat dan depresi (Ahuja, 2011). Gangguan bipolar tipe I ini ketika kondisi mania, penderita

ini sering dalam kondisi “berat” dan berbahaya. Bipolar tipe II, pada kondisi ini penderita masih bisa berfungsi melaksanakan kegiatan harian rutin dan tidak separah tipe I. Namun penderita bipolar tipe II ini mudah tersinggung. Kondisi depresinya berlangsung lebih lama dibandingkan dengan kondisi hipomania-nya. Kondisi hipomania muncul ketika terjadi kenaikan emosi. *Syclothymic disorder* ialah bentuk ringan dari gangguan Jiwa Bipolar (Jiwo, 2012). *Syclothymic disorder* (disebut juga *cyclothymia*) didefinisikan dengan banyak periode gejala hipomania dan periode gejala depresi yang berlangsung minimal selama 2 tahun (1 tahun pada anak-anak dan remaja) (NIMH, 2015). Kondisi mania dan depresi bisa mengganggu, tetapi tidak seberat pada gangguan bipolar tipe I dan tipe II (Jiwo, 2012).

3. Epidemiologi Bipolar

Data WHO (2017) menunjukkan gangguan bipolar mempengaruhi sekitar 60 juta orang di seluruh dunia. Sekitar 1 dari setiap 100 orang dewasa terkena gangguan bipolar pada beberapa titik dalam kehidupan mereka. Biasanya dimulai antara usia 15 sampai 19 tahun dan jarang terjadi setelah usia 40 tahun. Pada laki-laki dan perempuan mempunyai kemungkinan sama untuk terkena gangguan bipolar. Anak-anak juga dapat mengalami gangguan bipolar, penyakit ini biasanya berlangsung seumur hidup (WHO, 2017).

Prevalensi gangguan bipolar tipe I menunjukkan data yang sama besar antara laki-laki dan perempuan. Sedangkan pada gangguan bipolar

tipe II, menunjukkan prevalensi pada perempuan lebih besar daripada laki-laki. Depresi atau distimia yang terjadi pertama kali pada prapubertas memiliki risiko untuk menjadi gangguan bipolar (Kusumawardhani, 2012).

Gangguan depresi berat masih berada di urutan prevalensi seumur hidup tertinggi dari gangguan psikiatri (Kaplan & Sadock's, 2010). Usaha bunuh diri terjadi hingga 50% pasien dengan gangguan bipolar dan 10 hingga 19% individu dengan gangguan bipolar I bunuh diri (Wells *et al.*, 2015). Tingkat prevalensi seumur hidup untuk depresi berat adalah 5 sampai 17%.

4. Penatalaksanaan Bipolar

Menurut data dari Kemenkes (2015) ada 6 penatalaksanaan untuk pasien dengan gangguan bipolar yaitu :

a. Terapi Gangguan Bipolar, Agitasi Akut

1) Lini I

a) Injeksi IM Aripiprazol, dosis adalah 9,75 mg/mL injeksi, maksimum adalah 29,25mg/hari (tiga kali injeksi per hari dengan interval dua jam).

b) Injeksi IM Olanzapin, dosis 10 mg/injeksi, maksimum adalah 30 mg/hari. Interval pengulangan injeksi adalah dua jam.

2) Lini II

a) Injeksi IM Haloperidol yaitu 5 mg/injeksi, maksimum adalah 15 mg/hari. Interval pengulangan injeksi adalah 30 menit.

b) Injeksi IM Diazepam yaitu 10 mg/injeksi, maksimum adalah 20-30 mg/hari. Dapat diberikan bersamaan dengan injeksi haloperidol IM. Jangan dicampur dalam satu jarum suntik.

b. Terapi Gangguan Bipolar, Episode Mania Akut

1) Lini I

Litium, divalproat, olanzapin, risperidon, quetiapin, quetiapin XR, aripiprazol, litium atau divalproat + risperidon, litium atau divalproat + quetiapin, litium atau divalproat + olanzapin, litium atau divalproat + aripiprazol.

2) Lini II

Karbamazepin, terapi kejang listrik (TKL), litium + divalproat, paliperidon.

3) Lini III

Haloperidol, klorpromazin, litium atau divalproat + haloperidol, litium + karbamazepin, klozapin.

Tidak Direkomendasikan : Gabapentin, topiramet, lamotrigin, risperidon + karbamazepin, olanzapin + karbamazepin.

c. Terapi Gangguan Bipolar, Episode Depresi Akut

1) Lini I

Litium, lamotrigin, quetiapin, quetiapin XR, litium atau divalporat + SSRI, olanzapin + SSRI, litium + divalporat.

2) Lini II

Quetiapin + SSRI, divalproat, litium atau divalproat + lamotrigin.

3) Lini III

Karbamezepin, olanzapin, litium + karbamazepin, litium atau divalproat + venlafaksin, litium + MAOI, TKL, litium atau divalproat atau AA + TCA, litium atau divalproat atau karbamazepin + SSRI + lamotrigin, penambahan topiramet.

Tidak Direkomendasikan : Gabapentin monoterapi, aripirazol monoterapi.

d. Terapi Rumatan pada Gangguan Bipolar I

1) Lini I

Litium, lamotrigin monoterapi, divalproat, olanzapin, quetiapin, litium atau divalproat + quetiapin, Risperidon Injeksi Jangka Panjang (RIJP), penambahan RIJP, aripirazol.

2) Lini II

Karbamezepin, litium + divalproat, litium + karbamazepin, litium atau divalproat + olanzapin, litium + risperidon, litium + lamotrigin, olanzapin + fluoksetin.

3) Lini III

Penambahan fenitoin, penambahan olanzapin, penambahan ECT, penambahan topiramet, penambahan asam lemak omega-3, penambahan okskarbazepin.

Tidak Direkomendasikan : Gabapentin, topiramet atau antidepresan monoterapi.

e. Terapi Gangguan Bipolar II, Episode Depresi Akut

1) Lini I

Quetiapin

2) Lini II

Litium, lamotrigin, divalproat, litium atau divalproat + antidepresan, litium + divalproat, antipsikotika atipik + antidepresan.

3) Lini III

Antidepresan monoterapi (terutama untuk pasien yang jarang mengalami hipomania).

f. Terapi Rumatan Gangguan Bipolar

1) Lini I

Litium, lamotrigin

2) Lini II

Divalproat, litium atau divalproat atau antipsikotika atipik + antidepresan, kombinasi dua dari : litium, lamotrigin, divalproat, atau antipsikotika atipik.

3) Lini III

Karbamazepin, antipsikotika atipik, ECT.

Tidak Direkomendasikan : Gabapentin

B. Konsep Defisit Perawatan Diri

1. Pengertian Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada seseorang yang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (SDKI, 2017). Menurut Casto (2010) defisit perawatan diri adalah gangguan persepsi tentang suatu objek atau gambaran.

Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh pelaksanaan standar asuhan keperawatan deficit perawatan diri akan mempengaruhi kemampuan kognitif dan psikomotor pasien dalam merawat diri. Sedangkan menurut Thomas (2012) defisit perawatan diri merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa.

2. Etiologi

Kurang perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, dan toileting (buang air besar atau buang air kecil) secara mandiri (Purba dkk, 2011).

Menurut Depkes (2000) dalam Deden Dermawan dan Rusdi (2013) faktor kurangnya perawatan diri adalah :

a. Faktor Predisposisi

1) Perkembangan

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) Sosial

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

b. Faktor Presipitasi

1) Body Image

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.

2) Praktik Sosial

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

3) Status Sosial Ekonomi

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, 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 penderita diabetes mellitus ia harus menjaga kebersihan kakinya.

5) Budaya

Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

6) Kebiasaan Seseorang

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

7) Kondisi Fisik atau Psikis

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

3. Dampak Defisit Perawatan Diri

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene (Azizah, 2016) :

a. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpelihara kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah : gangguan integritas kulit, gangguan

- b. Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.
- c. Ketidakmampuan BAB/BAK secara mandiri, ditandai dengan BAB/BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK

6. Asuhan Keperawatan Jiwa

- a. Pengkajian (Direja, 2017)

Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan 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 secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan eliminasi/toileting (buang air besar/buang air kecil) secara mandiri.

Untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah defisit perawatan diri maka tanda dan gejala dapat diperoleh melalui observasi pada pasien yaitu:

- 1) Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.
- 2) Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.

- 3) Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
- 4) Ketidakmampuan defekasi/berkemih secara mandiri, ditandai dengan defekasi/berkemih tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah defekasi/berkemih.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien bipolar dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene menurut Fitriya (2012), adalah sebagai berikut :

- 1) Defisit Perawatan Diri : (kebersihan diri, makan, berdandan, defekasi/berkemih).
- 2) Harga Diri Rendah
- 3) Gangguan Pemeliharaan Kesehatan

c. Intervensi Keperawatan

Menurut Direja (2017), tujuan dan tindakan yang diberikan yaitu :

Tujuan Tindakan :

- 1) Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.
- 2) Pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik.
- 3) Pasien mampu melakukan makan dengan baik.
- 4) Pasien mampu melakukan defekasi/berkemih secara mandiri.

Tindakan Keperawatan:

1) Melatih pasien tentang cara-cara perawatan kebersihan diri.

Rasional : Dengan secara mandiri mampu merawat diri dan dapat meningkatkan kebersihan diri pasien.

Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri, dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:

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

2) Melatih pasien berdandan/berhias.

Rasional : Meningkatkan kebersihan dan kerapian pasien.

Sebagai perawat dapat melatih pasien berdandan. Untuk pasien laki-laki tentu harus dibedakan dengan wanita. Untuk pasien laki-laki:

- a) Berpakaian
- b) Menyisir rambut
- c) Bercukur

Untuk pasien wanita, latihannya meliputi:

- a) Berpakaian
- b) Menyisir rambut
- c) Berdandan

3) Melatih pasien makan secara mandiri.

Rasional : Dengan secara mandiri mampu memenuhi kebutuhan makan secara baik akan memperbaiki pola makan pasien.

Untuk melatih makan pasien, dapat melakukan tahapan sebagai berikut:

- a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan.
 - b) Menjelaskan cara makan yang tertib.
 - c) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan.
 - d) Praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
- 4) Mengajarkan pasien melakukan defekasi/berkemih secara mandiri.

Rasional : Meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan defekasi/berkemih sehari-hari.

Untuk melatih defekasi dan berkemih pasien, dapat melakukan tahapan sebagai berikut:

- a) Menjelaskan tempat defekasi/berkemih yang sesuai.
- b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah defekasi dan berkemih.
- c) Menjelaskan cara membersihkan tempat defekasi dan berkemih.

Untuk memantau kemampuan pasien dalam melakukan cara perawatan diri yang baik, maka harus melakukan tindakan kepada keluarga agar keluarga dapat meneruskan melatih pasien dan mendukung agar kemampuan pasien dalam perawatan dirinya meningkat. Tindakan yang dapat dilakukan adalah:

- 1) Diskusikan dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Jelaskan pentingnya perawatan diri untuk mengurangi stigma.
- 3) Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien.
- 4) Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat diri pasien dan membantu mengingatkan pasien dalam merawat diri (sesuai jadwal yang telah disepakati).
- 5) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri.
- 6) Latih keluarga tentang cara merawat pasien defisit perawatan diri.

d. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawatan perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini (Kusumawati dan Hartono, 2010).

e. Evaluasi Keperawatan

Menurut Direja (2017), evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan

keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi 2, sebagai berikut :

- 1) Evaluasi Proses (Formatik) yang dilakukan setiap setelah melaksanakan tindakan keperawatan.
- 2) Evaluasi Hasil (Sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respons pasien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S :Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

O :Respon objektif pasien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan.

A :Analisa terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien.

Evaluasi yang diharapkan setelah memberikan asuhan keperawatan adalah agar pasien dapat mengetahui dan bisa melakukan perawatan diri sendiri (Kusumawati dan Hartono, 2010)

7. Peran Keluarga

a. Upaya Kebersihan Diri

1) Kebersihan Diri

Kebersihan diri yang dimaksud adalah menganjurkan kebersihan secara mandiri maupun memandikan langsung apabila

diperlukan. Kebersihan yang dimaksud adalah memandikan, menyikat gigi, membersihkan rambut, cuci tangan, BAB dan BAK pada tempatnya, dan mencuci pakaian.

b. Dukungan Keluarga

1) Finansial

Bentuk dukungan finansial keluarga pasien dengan defisit perawatan diri berupa membiayai pengobatan dan membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari. Menurut Iklima (2010) mengungkapkan dukungan dalam bentuk materi yang dapat memberikan langsung berupa kebutuhan, memberikan barang, makanan, membiayai dapat mengurangi kecemasan dan mengatasi masalahnya terkait masalah ekonomi.

Lebih lanjut Ruspawan dkk (2010) mengatakan dukungan keluarga yang memiliki anggota keluarga gangguan jiwa salah satunya melalui dukungan materi, khususnya biaya perawatan Rumah Sakit.

2) Emosional

Dukungan emosional dalam penelitian ini antara lain : memotivasi dan memberi semangat. Hal tersebut diungkapkan Yulia (2009) mengungkapkan dalam penelitiannya dukungan emosional dapat berupa kasih sayang, menghargai, dan pemberian

semangat sangat diperlukan. Dukungan emosional berdampak pada pasien yaitu merasa dihargai dan dicintai sehingga pasien gangguan jiwa lebih kooperatif.

c. Pengawasan Minum Obat

1) Persiapan

Peran keluarga dalam pengawasan minum obat diungkapkan Prinda (2010) dalam penelitiannya bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan keberfungsian sosial pada pasien gangguan jiwa pasca perawatan di Rumah Sakit. Hal itu juga dapat diartikan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat. Semakin tinggi dukungan keluarga terhadap pengawasan minum obat maka kepatuhan pasien dalam minum obat juga semakin tinggi.

2) Dosis

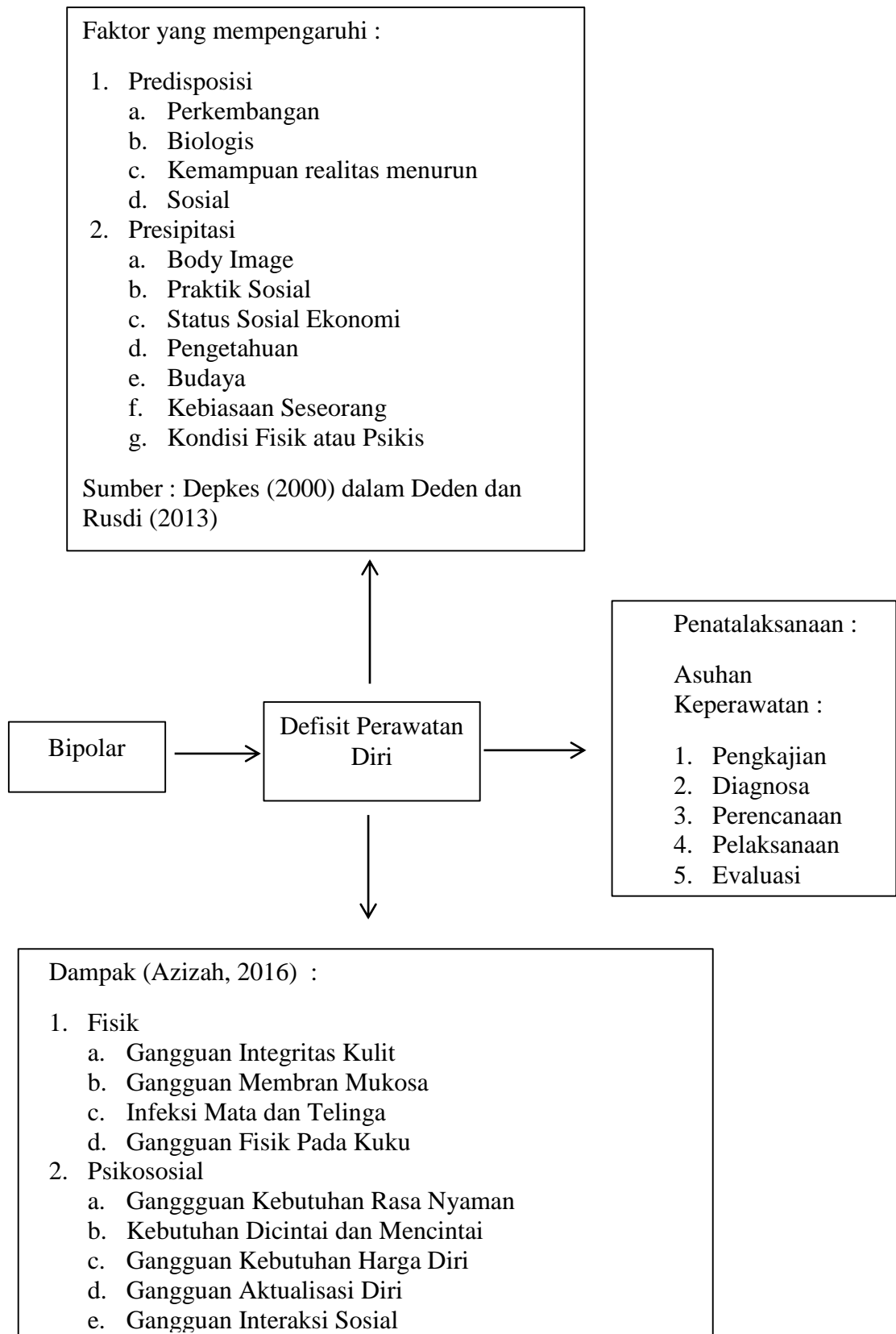
Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga dalam memberikan obat sesuai dengan jenis dosis yang dianjurkan tenaga kesehatan. Menurut Permatasari (2012) mengungkapkan dalam penelitiannya bahwa efek samping yang ditimbulkan penyakit tidak lah terasa apabila obat diminum sesuai dosis dan takaran tepat. Dosis sudah disesuaikan dengan berat badan dan usia. Perhatikan etiket dan penjelasan obat terlebih dahulu sebelum pemakaian.

Lebih lanjut Nurdiana (2010) mengatakan dosis obat antipsikotik pasien jiwa dimulai dengan dosis rendah kemudian dinaikkan perlahan-lahan. Dapat juga diberikan dosis tinggi tergantung kondisi pasien dan efek samping.

3) Ketepatan Waktu

Ketepatan pemberian obat mendapatkan efek yang optimal, obat harus diminum tepat waktu, beberapa obat dapat diminum kapan saja, akan tetapi ada obat lain yang harus diminum sesuai jadwal. Obat apabila diminum tepat dapat berefek baik apabila salah dapat meracuni. Berbeda dengan pendapat sebelumnya bahwa obat harus diberikan tepat waktu sehingga kadar obat dapat dipertahankan.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan defisit perawatan diri dengan bipolar pada pasien Sdr. A di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta.

B. Objek Penelitian

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus antara tahun 2010 sampai dengan 2019.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah) dengan menggunakan asuhan keperawatan pada pasien yang dirawat di RSJ Grhasia Yogyakarta

D. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian kualitatif adalah mengenai istilah-istilah kunci untuk mempertegas, memberikan arah, dan menghindari kesalahpahaman. Menurut Sugiyono, 2010 definisi operasional variable adalah definisi yang didasarkan pada sifat yang mudah diamati, mempunyai rumusan yang jelas dan pasti serta tidak membingungkan.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional
1.	Defisit Perawatan Diri	Suatu keadaan saat seseorang tidak bisa memenuhi kebutuhan dirinya seperti mandi, berhias, makan, dan toileting.
2.	Bipolar	Pasien yang menderita gangguan mood dengan ditandai dengan afek yang meningkat dan aktivitas yang berlebih (manik), dan dalam jangka waktu yang berbeda terjadi penurunan afek disertai dengan penurunan aktivitas (depresi).

E. Instrumen Penelitian

Pada penelitian studi kasus ini, instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI mahasiswa yang sudah lulus pada tahun 2017.

G. Analisa Data

Analisa data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain dilakukan dengan pengumpulan data, triangulasi, penyajian data dan kesimpulan. (Sugiyono, 2013).

Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori dan artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

H. Etika Penelitian

1. *Anonymity*

Anonymity yaitu dengan tidak menyebutkan secara jelas nama responden/pasien. Melainkan hanya disebutkan inisialnya saja.

2. *Confidentiality*

Confidentiality yaitu dapat menjaga kerahasiaan. Kerahasiaan pasien, perawat, dokter dan semua yang berhubungan dengan tempat yang dilakukan penelitian kecuali untuk kepentingan penelitian.

3. *Beneficence*

Beneficence yaitu bermanfaat bagi pasien dan keluarga pasien. Serta bermanfaat bagi dunia pendidikan karena dapat mengembangkan ilmu keperawatan melalui penelitian tersebut.

4. *Justice*

Justice yaitu keadilan, perawat harus dapat memberlakukan keadilan kepada seluruh pasien yang ada di tempat penelitiannya tersebut.

5. *Non-maleficence*

Non-maleficence yaitu tidak merugikan. Tidak merugikan pasien, perawat, maupun RS yang menjadi tempat penelitian.

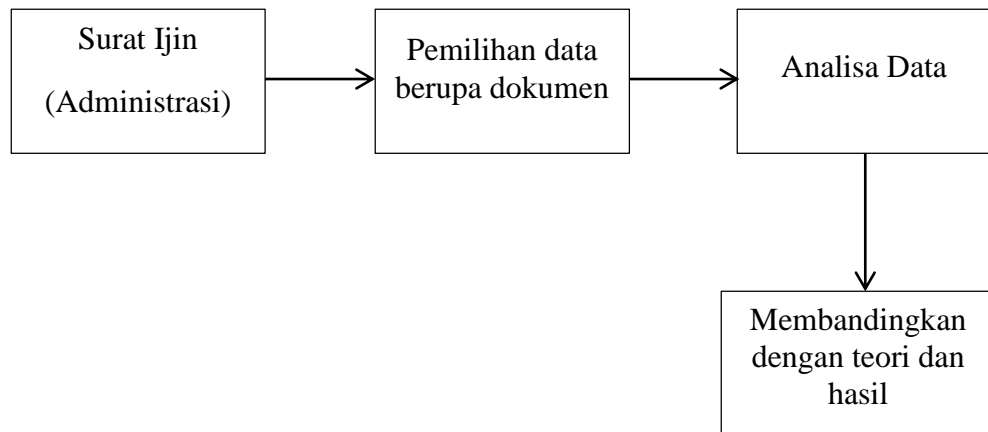
6. *Veracity*

Veracity berarti jujur. Kejujuran sangat diperlukan dalam sebuah penelitian. Karena, jika kejujuran tidak digunakan ketika melakukan penelitian, maka hasil penelitian tersebut belum bisa dikatakan valid.

7. *Fidelity*

Fidelity yaitu menepati janji. Jika dalam kontrak awal akan dilakukan penelitian selama 3 hari, maka waktu tersebut harus pas dan tidak boleh bertambah. Karena itu akan berdampak kepada peneliti, karena responden akan berkurang kepercayaannya kepada kita apabila kita tidak menepati janji sesuai yang sudah disepakati

I. Kerangka Alur Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Berdasarkan hasil studi dokumentasi pada penelitian yang dilakukan oleh Ika Saras tahun 2017 didapatkan data hasil pengkajian pasien berinisial Sdr. A yang tinggal di Ngrenak Lor, Sidomoyo, Godean, Sleman. Pasien beragama islam, pendidikan SMA dan tidak pernah bekerja sebelumnya. Masuk ruang perawatan tanggal 18 Juni 2017 dengan alasan masuk mengamuk, merusak barang dirumah, berusaha mencekik adik dan ibunya, dan putus obat karena merasa sudah sembuh. Sdr. A satu tahun yang lalu (2016) pernah dirawat di RSJ Grhasia Yogyakarta karena berusaha bunuh diri dengan meminum cairan pembersih lantai. Pasien tinggal bersama ibu, kakak, dan adiknya karena ayahnya sudah meninggal. Dalam keluarganya, tidak ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Sekarang pasien berada di ruang perawatan dengan keadaan tenang, pembicaraan jelas dan dapat berkomunikasi dengan lancar, dapat menjaga kontak mata, kooperatif dan ADL mandiri.

Dari pengkajian status mental didapatkan hasil penampilan pasien tidak sesuai dalam berhias, pasien menggunakan pakaian dan berhias dengan baju dan celana yang dilipat sampai keatas, rambut berantakan, baju basah, pembicaraan pasien jelas, keras, tidak meloncat-loncat dari tema yang dibicarakan, dapat berkomunikasi dengan lancar dan selalu mendominasi saat

berinteraksi. Pasien mendapatkan terapi dari RSJ Grhasia Yogyakarta yaitu Risperidone 2 mg dan Clozapine 100 mg, masing-masing di minum 1 tablet setiap 12 jam yaitu setelah makan pagi dan sore. Dari data yang sudah didapatkan hasil analisa data yang sesuai dengan data subjektif dari pasien Sdr. A yaitu pasien mengatakan malas untuk merapikan bajunya, jarang menyisir rambutnya, dan tidak peduli dengan penampilannya sedangkan data objektif dari pasien Sdr. A yaitu penampilan pasien tidak rapi, rambut pasien berantakan dan basah, pasien jarang menyisir rambutnya, dan baju pasien tampak dilipat serta celana pasien dilipat sampai ke atas lutut. Adapun dari masalah keperawatan yang muncul pada Sdr. A adalah Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias, Resiko Perilaku Kekerasan, Resiko Bunuh Diri, dan Koping Individu Tidak Efektif.

Berdasarkan diagnosa yang menjadi prioritas utama yaitu Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias, dengan kriteria hasil pasien dapat menggunakan pakaian dan berhias dengan tepat, misalnya mampu memasang kancing sendiri, menyisir rambut, pasien mengungkapkan kepuasannya dalam berpakaian dan berhias, serta berpenampilan rapi. Maka intervensi keperawatan yang dapat disusun yaitu membantu perawatan diri pasien. Membantu perawatan diri pasien yang dilakukan pada pasien Sdr. A yaitu antara lain monitor kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias, monitor/identifikasi adanya kemunduran sensori, kognitif dan psikomotor yang menyebabkan pasien mempunyai kesulitan dalam berpakaian dan berhias, diskusikan dengan pasien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian

dan berhias, gunakan komunikasi/instruksi yang mudah dimengerti pasien untuk mengakomodasi keterbatasan kognitif pasien, sediakan baju bersih dan sisir bila mungkin, dorong pasien mengenakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar, berikan bantuan kepada pasien, evaluasi perasaan pasien setelah mampu berpakaian dan berhias, dan berikan reinforcement atas keberhasilan berhias.

Adapun implementasi yang dilakukan penulis pada studi kasus ini dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Implementasi kepada Sdr. A pada hari pertama yaitu memonitor kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias, memonitor penyebab klien untuk sulit dalam berpakaian dan berhias, dan mendiskusikan dengan klien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian. Dengan hasil evaluasi, pasien mengatakan tidak begitu peduli dengan penampilannya, pasien mengatakan jarang menyisir rambut, penampilan pasien tidak rapi, celana pasien tampak dilipat sampai keatas, dan rambut pasien terlihat berantakan dan basah. Kriteria hasil belum tercapai dan mengulangi intervensi di hari kedua yaitu memonitor kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias, memonitor penyebab pasien untuk sulit dalam berpakaian dan berhias, mendiskusikan dengan pasien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian, menjelaskan manfaat berhias, memfasilitasi dan bantu pasien berhias, mengobservasi kemampuan pasien dalam berhias, memotivasi pasien untuk berhias dengan rapi, dan memfasilitasi dan membantu pasien berhias.

Hasil evaluasi pada hari kedua yaitu, pasien mengatakan malas untuk merapikan bajunya karena gerah, pasien mengatakan tidak peduli dengan penampilannya, pasien mengatakan sudah mandi dan sudah menyisir rambutnya, penampilan pasien tidak rapi, pasien sudah mau menyisir rambutnya, rambut dan baju pasien kering, pasien mampu menyisir rambutnya setelah mandi, dan baju pasien masih di lipat sampai keatas karena panas. Kriteria hasil belum tercapai dan ulangi intervensi di hari ketiga yaitu memonitor kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias, menjelaskan manfaat berhias, dan memfasilitasi dan membantu pasien berhias. Dengan hasil evaluasi, pasien mengatakan sudah mandi pagi dan menyisir rambutnya dengan rapi, pasien mengatakan akan menjaga penampilannya, pasien mengatakan mengerti manfaat berpakaian rapi dan bersih, penampilan pasien rapi, pasien mampu menyisir rambutnya setelah mandi. Kriteria hasil tercapai dan hentikan intervensi.

Setelah 3 hari implementasi pada Sdr. A masalah defisit perawatan diri teratasi. Hasil implementasi pada Sdr. A yaitu pasien sudah mandi dan menyisir rambut dengan rapi, sudah mengerti manfaat berpakaian rapi dan bersih, dan penampilan pasien rapi.

B. Pembahasan

Dari pengkajian yang didapatkan alasan masuk pasien yaitu mengamuk, merusak barang dirumah, berusaha mencekik adik dan ibunya, dan putus obat karena merasa sudah sembuh. Sedangkan data yang didapatkan yaitu penampilan pasien tidak sesuai dalam berhias, pasien menggunakan

pakaian dan berhias dengan baju dan celana yang dilipat sampai keatas, rambut berantakan, baju basah, pembicaraan pasien jelas, keras, tidak meloncat-loncat dari tema yang dibicarakan, dapat berkomunikasi dengan lancar dan selalu mendominasi saat berinteraksi. Menurut data yang sudah didapatkan hasil analisa data yang sesuai dengan data subjektif dari pasien Sdr. A yaitu pasien mengatakan malas untuk merapikan bajunya, jarang menyisir rambutnya, dan tidak peduli dengan penampilannya sedangkan data objektif dari pasien Sdr. A yaitu penampilan pasien tidak rapi, rambut pasien berantakan dan basah, pasien jarang menyisir rambutnya, dan baju pasien tampak dilipat serta celana pasien dilipat sampai ke atas lutut. Adapun dari masalah keperawatan yang menjadi prioritas Sdr. A adalah Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias.

Berdasarkan hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian di atas maka didapatkan hasil data sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (2017) salah satu kondisi yang terkait dengan defisit perawatan diri adalah skizofrenia dan gangguan psikotik lain. Menurut Depkes 2000(dalam Deden Dermawan dan Rusdi, 2013) salah satu faktor predisposisi yang menyebabkan defisit perawatan diri adalah kemampuan realitas yang turun yaitu pasien mengatakan tidak memperdulikan penampilannya. Sedangkan menurut Fitria (2012) defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian dan berhias, makan, dan BAB/BAK (*toileting*).

Menurut dari hasil pengkajian didapatkan data pasien mengatakan malas untuk merapikan bajunya, pasien mengatakan jarang menyisir rambutnya, pasien mengatakan cuek dengan penampilannya, penampilan pasien tampak tidak rapi, rambut pasien tampak berantakan dan basah, baju pasien tampak dilipat dan celana pasien dilipat sampai keatas lutut. Hal tersebut sesuai dengan teori Purba dkk (2011), bahwa tanda-tanda defisit perawatan diri adalah rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor, rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, BAB/BAK tidak pada tempatnya dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK. Sdr. A memiliki tanda-tanda defisit perawatan diri yang sesuai dengan teori Purba dkk (2011) yaitu rambut acak-acakan, pakaian tidak rapi, dan pakaian tidak sesuai.

Menurut data hasil dari pengkajian, diagnosa yang muncul yaitu Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias, Resiko Perilaku Kekerasan, Resiko Bunuh Diri, dan Koping Individu Tidak Efektif. Pada masalah keperawatan yang muncul pada Sdr. A maka masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama adalah Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias. Hal tersebut sudah sesuai dengan teori Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu dalam penegakan diagnosa keperawatan Defisit Perawatan Diri terdapat tanda dan gejala mayor yang dibagi menjadi dua yaitu subjektif dan objektif. Dalam tanda dan gejala subjektif yaitu menolak melakukan perawatan diri sedangkan di tanda dan gejala objektif yaitu tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara

mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang. Dalam penegakan diagnosa, teori tersebut sudah sesuai dengan diagnosa yang muncul pada pasien. Hal tersebut juga sesuai dengan teori Fitria (2012) yaitu diagnosa yang mungkin muncul pada pasien bipolar dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene adalah Defisit Perawatan Diri : (kebersihan diri, makan, berdandan, defekasi/berkemih), Harga Diri Rendah, dan Gangguan Pemeliharaan Kesehatan.

Data yang didapatkan dari pengkajian dan penegakan diagnosa keperawatan maka intervensi keperawatan yang dapat disusun yaitu membantu perawatan diri pasien. Intervensi tersebut sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Direja (2017) yaitu intervensi yang dapat disusun yaitu membantu dan melatih perawatan diri pada pasien.

Menurut analisa penulis, pasien defisit perawatan diri dapat menjaga kebersihan dirinya jika pasien tersebut dibantu serta diarahkan bagaimana cara menjaga kebersihan dirinya secara baik dan benar. Karena jika pasien tidak dibantu dan diarahkan maka pasien tidak akan mengerti bagaimana cara menjaga kebersihan dirinya secara baik dan benar. Jika pasien sudah bisa menjaga kebersihan dirinya secara mandiri, tugas perawat hanya memantau bagaimana perkembangan kemandirian pasien dalam menjaga kebersihan dirinya. Hasil studi dokumentasi terkait asuhan keperawatan dan dokumentasi, ditemukan data yang tidak sesuai yaitu hasil pengkajian data tidak muncul pasien mengatakan malas untuk merapikan bajunya dan baju pasien tampak dilipat serta celana pasien dilipat sampai keatas lutut, tetapi dalam analisis data

dimunculkan data pasien mengatakan malas untuk merapikan bajunya dan baju pasien tampak dilipat serta celana pasien dilipat sampai keatas lutut.

Setelah menyusun intervensi yang sudah disusun sebelumnya, pelaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan kepada Sdr. A yaitu sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Kusumawati dan Hartono (2010) yaitu pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan/intervensi. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Menurut Damaiyanti (2012) pasien defisit perawatan diri yang telah dibantu perawatan dirinya pasien tersebut mampu menjaga kebersihan dirinya dan mengetahui pentingnya kebersihan diri. Menurut analisa penulis, dalam data studi dokumentasi Ika Saras rencana keperawatan dan tindakan keperawatan sudah sesuai namun masih ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan dalam tindakan keperawatan.

Setelah implementasi membantu perawatan diri pada Sdr. A masalah defisit perawatan diri teratasi. Hasil implementasi selama 3x pertemuan pada Sdr. A yaitu pasien sudah mandi dan menyisir rambut dengan rapi, sudah mengerti manfaat berpakaian rapi dan bersih, dan penampilan pasien rapi. Hal tersebut sesuai dengan teori Sutejo (2017) bahwa perencanaan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri, tujuan jangka pendek yaitu setelah dilakukan interaksi selama 2x, pasien mampu melakukan kebersihan diri secara

mandiri. Hal tersebut juga sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Kusumawati dan Hartono (2010) bahwa evaluasi yang diharapkan setelah memberikan asuhan keperawatan adalah agar pasien dapat mengetahui dan bisa melakukan perawatan diri secara mandiri. Menurut asumsi penulis, alangkah baiknya jika hasil evaluasi dilakukan triangulasi data kepada perawat untuk memastikan bahwa pasien benar-benar sudah melakukan perawatan dirinya dengan baik dan benar.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan studi dokumentasi pada kasus pasien Sdr. A dengan masalah Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta maka dapat disimpulkan :

1. Hasil pengkajian pada Sdr. A didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak memperdulikan penampilannya sedangkan data objektif dari pasien Sdr. A yaitu rambut pasien tampak berantakan dan penampilan pasien tampak tidak sesuai dengan menggunakan baju dan celana yang dilipat sampai ke atas serta baju basah.
2. Masalah keperawatan yang didapat dari hasil pengkajian Sdr. A adalah Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias.
3. Intervensi keperawatan dari masalah Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias adalah membantu perawatan diri pasien dengan monitor kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias, monitor/mengidentifikasi adanya kemunduran sensori, kognitif dan psikomotor yang menyebabkan pasien mempunyai kesulitan dalam berpakaian dan berhias, diskusikan dengan pasien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias, gunakan komunikasi/instruksi yang mudah dimengerti pasien untuk mengakomodasi keterbatasan kognitif pasien, sediakan baju bersih dan sisir bila mungkin, dorong pasien mengenakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar, berikan

bantuan kepada pasien, evaluasi perasaan pasien setelah mampu berpakaian dan berhias, dan berikan reinforcement atas keberhasilan berhias.

4. Pelaksanaan tindakan dari pasien Sdr. A dengan membantu perawatan diri pasien Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Implementasi Sdr. A berlangsung 3 hari dalam kondisi pasien tidak memperdulikan penampilannya, rambut berantakan, dan baju dan celana dilipat sampai keatas.
5. Pada evaluasi yang dilakukan selama 3 hari dengan diagnosa keperawatan jiwa yaitu Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias, perawatan diri pada pasien telah teratasi dan tercapai dibuktikan dengan pasien sudah dapat menyisir rambutnya dengan rapi, pasien mengatakan akan menjaga penampilannya, pasien mengerti manfaat berpakaian rapi dan bersih, dan penampilan pasien rapi.

B. Saran

1. Bagi Pasien

Diharapkan pasien mampu melakukan perawatan diri yang diajarkan oleh perawat dan pasien mampu dengan cepat melakukan perawatan diri dengan mandiri, baik, dan benar.

2. Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga pasien mampu mengetahui cara perawatan yang benar agar pasien mendapat perawatan yang tepat dalam keluarganya.

3. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien defisit perawatan diri dengan bipolar.

4. Bagi RSJ Grhasia

Diharapkan studi dokumentasi ini dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien khususnya dengan defisit perawatan diri.

5. Bagi AKPER YKY

Diharapkan studi dokumentasi ini dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan dengan defisit perawatan diri pada bipolar.

6. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat sebagai referensi lain serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahuja, N. (2011). *A Short Textbook Psychiatry Seventh Edition*. India: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.
- Casto. (2010). Pengaruh Pelaksana Standar Asuhan Keperawatan Diri Di Ruang Pusk Buhit Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatra Utara Medan. <http://media.neliti.go.id/media/publications/110204-ID-Pengaruh-Penerapan-Asuhan-Keperawat-de.pdf>
- Damaiyanti & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika.Aditama
- Davidson, G.M., Neale, J.M., & King, A.M. (2010). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Depkes RI. (2014). Undang-Undang Kesehatan Jiwa. <http://yankes.kemendes.go.id>
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyan Publishing
- Dian.S.H ., Suksmi.Y. (2014). Terapi Elektrokonvulsi (TEK). *Journal UNAIR*, (1-7).
- Direja. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Fathonah.N. (2016). *Perancangan Multimedia Interaktif Berupa E-Book Mengenai Penyakit Bipolar Disorder (Gangguan Bipolar)*. Program Studi Disain Komunikasi Visual, Fakultas Seni Rupa. Institut Seni Indonesia, Yogyakarta.
- Fitria, N. (2012). Prinsip Dasar dan Apikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP) Untuk 7 Diagnosis Keperawatan Jiwa Berat. Jakarta: Salemba Medika.
- Furi.M.L. (2014). Bipolar Affective Disorder And Manic Episode With Psychotic Symptoms In A 39 Years Old Man. *Jurnal Agromed Unila Volume 1 Nomor 3*, (211-215).
- Herni.S, (2010). Defisit Perawatan Diri Pada Klien Skizofrenia: Aplikasi Teori Keperawatan Orem. *Jurnal Keperawatan Indonesia Volume 13 Nomor 2*, (87-97).
- Iklima. (2010). *Peran Orang Tua Dalam Proses Penyembuhan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Harjan Jakarta*. Naskah Publikasi. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Irfan, (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygine Di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi*

Sulawesi Tenggara. Program Studi Diploma III Keperawatan. Politeknik Kesehatan Kendari, Sulawesi Tenggara.

Jiwo.T. (2012). *Gangguan Jiwa Bipolar : Panduan Bagi Pasien, Keluarga, dan Teman Dekat*. Jawa Tengah: Tirto Jiwo

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A., (2010). *Sinopsis Psikiatri*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Kemenkes. (2015). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*.

Ketter, T.A. (2010). Diagnostic Features, Prevalence, And Impact of Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*; 71(6).

Kusumawardhani, A.A.A.A. (2012). *Diagnosis Banding Gangguan Bipolar*. Dalam: *Kumpulan Makalah Konasi Gangguan Bipolar*. Surabaya: Airlangga University Press. 29-36.

Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Leni.I.A, (2019). *Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta*. Program Studi Diploma Keperawatan. Akademi Keperawatan YKY, Yogyakarta.

Lina.R. (2019). Peran Keluarga Pada Proses Recovery Pasien Jiwa Dengan Defisit Perawatan Diri Di Puskesmas Balongan Indramayu. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Medisina Akper YPIB Majalengka Volume V Nomor 10, (1-8)*.

Mintz, D. (2015). *Bipolar Disorder : Overview, Diagnostic Evaluation and Treatment*. MD And Austen Riggs Center.

Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, shigemi kamitsuru*. Jakarta: EGC

Nells, B.G., DiPiro, J.T., Schwinghammer, T.L., & DiPiro, C.V. (2015). *Pharmacotherapy Handbook Ninth Edition*. United States: Mc Graw-Hill Education.

NIMH (National Institute of Mental Health). (2012). *Bipolar Disorder in Adults*. United States: Departement of Health And Human Service National Institute of Health.

Nurarif, Huda ., Kusuma, Hardhi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediacion.

Nurdiana, S.U. (2012). Peran Serta Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan Klien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Kesehtan Keperawatan*.

- Panggabean, L.M., & Rona, D. (2015). *Apakah Aku Bipolar? : 100 Tanya Jawab Dengan Psikiater*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Permatasari, L. (2012). Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Kelurahan Sading. *Jurnal Psikologi Udayana Volume 2 Nomor 2, (70-71)*.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prinda, K.M.A. (2010). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Gangguan Jiwa.
- Purba.A.R ., Kahija.L.F.Y. (2017). Pengalaman Terdiagnosis Bipolar : Sebuah *Interpretative Phenomenological Analysis*. *Jurnal Empati Volume 7 Nomor 3, (323-329)*
- Purba, dkk. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa*. Medan: Usu Press.
- Reny.T.H, (2017). *Pengaruh Terapi Kognitif dan Perilaku Terhadap Peningkatan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo*. Program Studi Pendidikan Ners. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Rezkiyah.H, (2010). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Perawatan Diri Pada Pasien Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan Di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan*. Jurusan Fakultas Ilmu Kesehatan. UIN Alauddin, Makassar.
- Ruspawan, dkk. (2011). Peran Keluarga Dengan Resiko Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Bali*.
- Saraswati, Y.I. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Klien Sdr. A dengan RPK di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah, Akademi Keperawatan YKY, Yogyakarta.
- Sholikah.N.L ., Sardjuningsih ., Sa'adati.I.M. (2017). Penyesuaian Diri Keluarga Penderita Bipolar Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Kediri. *Jurnal Happiness Volume 1 Nomor 1, (1-11)*
- Sugiyono. (2013). *Metodelogi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: ALFABETA.
- Sutejo. (2017). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Perss
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta:Pustaka Baru Pres

- Syafwan.F.A ., Sedjahtera.K ., Asterina. (2014). Gambaran peningkatan Angka Kejadian Gangguan Afektif dengan gejala Psikotik pada Pasien Rawat Inap di RSJ Prof. Dr. HB. Sa'anin Padang pada Tahun 2010-2011. *Jurnal Kesehatan Andalas Volume 3 Nomor 2, (106-109)*
- Thomas. (2013). Asuhan Keperawatan Jiwa. Edisi 1. Yogyakarta
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat
- Videbeck, S.L. (2011). *Psychiatric-Mental Health Nursing Fifth Edition*. China: Wolters Kluwer Health & Lippincott Williams & Wilkins.
- WHO (World Health Organization). (2017). *Mental Disorder*.
- Yulia, E.W. (2009). Skripsi Hubungan Antara Tingkat Ekspresi Emosi Keluarga Dengan Kekambuhan Penderita Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- Yusuf, Ah ., Fitryasari, PK ., Nihayati. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika

LAMPIRAN

RANCANGAN JADWAL KEGIATAN

No.	Jadwal Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Studi Pendahuluan																
2.	Pengajuan Judul Proposal																
3.	Penyusunan Proposal																
4.	Seminar Hasil Proposal KTI																
5.	Studi Kasus																
6.	Penyusunan KTI																
7.	Sidang KTI																



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Divara Wahyu Rahmawati
 NIM : 2317048
 Nama Pembimbing 1 : Nunung rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep
 Judul KTI : Studi Dokumentasi Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias Pada Pasien Dengan Bipolar.

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	27-04-20	Konsul Hasil dan Pembahasan	Daring / Online melalui email	Perbaiki dan perdalam pembahasan	Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M. Kep	Divara Wahyu Rahmawati
2.	04-07-20	Konsul BAB 4 dan BAB 5	Daring / Online melalui email	Perbaiki BAB 4 dan Sesuaikan kesimpulan dengan tujuan	Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M. Kep	Divara Wahyu Rahmawati
3.	04-07-20	Revisi BAB 4 dan BAB 5	Daring / Online melalui email	Perbaiki BAB 4 dan Sesuaikan kesimpulan dengan tujuan	Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M. Kep	Divara Wahyu Rahmawati
4.	07-07-20	Revisi BAB 4 dan ACC	Daring / Online melalui email	ACC tetapi tetap ada sedikit revisi	Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M. Kep	Divara Wahyu Rahmawati

Yogyakarta, 27 April 2020

Pembimbing 1

(Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Divara Wahyu Rahmawati
 NIM : 2317048
 Nama Pembimbing 2 : Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J
 Judul KTI : Studi Dokumentasi Defisit Perawatan Diri : Berpakaian dan Berhias Pada Pasien Dengan Bipolar

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	04-07-2020	Bimbingan BAB 4 dan BAB 5	Daring / Online melalui Video Call	Perdalam BAB 4 dan sesuaikan kesimpulan dengan tujuan	Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J	Divara Wahyu Rahmawati
2.	30-07-2020	Bimbingan KTI, PowerPoint, dan ACC KTI	Daring / Online melalui Video Call	KTI ACC namun diperbaiki lagi	Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J	Divara Wahyu Rahmawati

Yogyakarta, 27 April 2020

Pembimbing 2

(Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J)

No.RM : 008xxx

Tanggal masuk : 18 Juni 2107

b. Penanggung Jawab

Nama : Ny."S"

Umur : 46 tahun

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Ngrenak Lor, Rt.01, Rw.03, Sidomoyo, Godean,
Sleman

Hubungan : Ibu

Alasan Masuk Rumah Sakit/Faktor Presipitasi

Data dari status klien :

Didapatkan data dari rekam medis, klien mengamuk, merusak perabotan rumah, dan berusaha mencekik adik dan ibunya.

Data dari klien :

Klien mengatakan dulu ada masalah dengan pacarnya dan berusaha bunuh diri, merusak barang-barang dirumah, klien mengatakan tidak suka jika dibahas tentang pacarnya, gampang emosi jika di singgung oleh temannya.

Data dari keluarga :

Ibu klien mengatakan klien mengamuk dan merusak barang dirumah, dikarena klien putus obat dan mempunyai masalah dengan pacarnya. Klien ingin

mencekik adik dan ibunya karena merasa melihat buto, ibu klien tidak lapor jika klien putus obat atau tidak mau meminum obat karena klien sudah merasa sembuh.

Faktor Predisposisi

Keluarga klien mengatakan klien mengalami gangguan jiwa sejak 1 tahun yang lalu (2016) karena berusaha bunuh diri meminum cairan pembersih lantai, ibu klien mengatakan tidak tau penyebab klien mencoba bunuh diri. Kemudian klien dibawa ke RSJ Ghrasia, disana dirawat kurang lebih 2 minggu, lalu oleh RS klien dipulangkan karena kondisinya sudah membaik, klien jarang meminum obat teratur dan kemudian berhenti meminumnya karena merasa sudah sembuh. Klien mulai terjadi perubahan tingkah laku yaitu marah-marah membanting perabotan, dan mencoba mencekik adik dan ibunya, klien ada masalah dengan pacarnya.. Klien tidak mengalami penganiayaan, keluarga tidak ada yang memiliki gangguan jiwa.

Pemeriksaan Fisik

a. Tanda – tanda Vital

TD : 130/90 mmHg

S : 36° C

HR : 82 x / menit

RR : 22 x / menit

b. Status Gizi

BB : 60 kg

TB : 159 cm

IMT: $BB (kg)$

$$\frac{(TB)^2(m)^2}{}$$

60

$$\frac{1,59 \times 1,59}{}$$

$$60 = 23.25 \text{ (Normal)}$$

$$\frac{2.58}{}$$

Nilai standar :

< 20 : under weight

20-25 : normal

25 : over weight

>30 : obesitas / gemuk

Status gizi : over weight

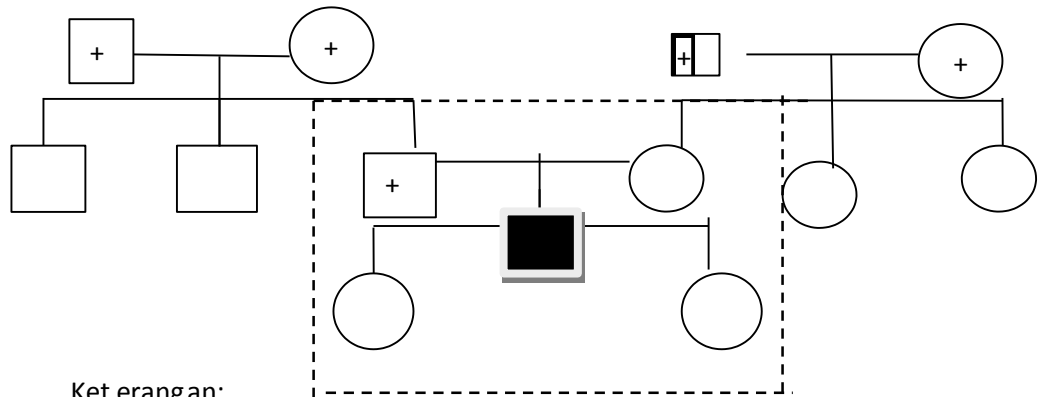
c. Keluhan Fisik

Klien mengatakan sehat dan tidak ada yang dikeluhkan dengan keadaan

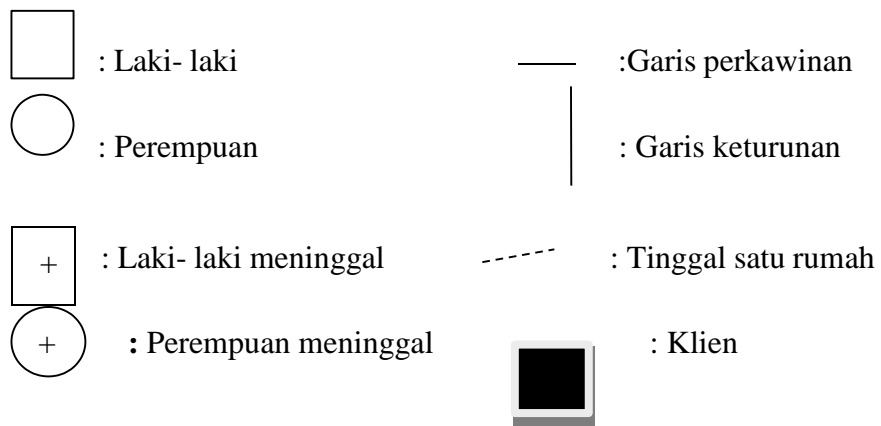
klien saat ini.

Psikososial

1. Genogram



Keterangan:



Gambar 2. Genogram Sdr.A

Tidak ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

2. Konsep Diri

a. Gambaran Diri / Citra Tubuh

Klien berkulit kuning langsung, anggota tubuh lengkap, klien mengatakan menyukai semua bagian tubuh, rambut klien

berantakan, klien jarang menyisir rambut. Klien mengatakan tidak peduli dengan penampilannya.

b. Identitas diri

Sebelum dirawat

Klien mengatakan sebelum dirawat klien tidak bekerja, klien sadar bahwa dirinya seorang laki – laki, klien dapat menyebutkan identitas dirinya dengan baik itu di buktikan klien dapat menyebutkan nama lengkapnya, alamat, dan umur. Selama dirawat klien mengatakan sebagai pasien. Kepuasan klien terhadap status dan posisinya klien mengatakan menerima apa yang dimilikinya sekarang.

c. Ideal diri

Harapan klien terhadap dirinya klien ingin menjadi orang yang bermanfaat bagi diri sendiri dan orang lain. Klien ingin segera pulang dan mendirikan usaha pakan ikan (pelet).

d. Peran diri

Di dalam keluarga klien berperan sebagai anak dan klien rutin mengikuti kegiatan sosial seperti karangtaruna dan kerjabakti.

e. Harga diri

Klien mengatakan tidak minder/malu dengan keadaanya Klien mengatakan pernah gagal dalam percintaannya tetapi sekarang

klien menerima apa yang sudah terjadi dan berusaha mengikhlaskan.

Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibunya, apabila ada masalah klien memilih diam dan memendamnya. Didalam keluarganya ibu dan adiknya adalah orang yang dipercaya oleh klien.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok

Klien mengatakan dalam masyarakat klien sering mengikuti kegiatan gotong royong, dan pemuda, setelah dirumah sakit klien juga mengikuti kegiatan sosial seperti bersosialisasi dengan teman-temannya satu bangsal.

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, setelah di rumah sakit hubungan klien dengan salah satu klien yang lain kurang baik karena klien sering di singgung oleh temannya.

Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien beragama islam

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan selalu sholat tepat waktu dan berjamaah dengan teman sebangsalnya.

Status Mental

a. Penampilan

Klien berpenampilan tidak sesuai, klien menggunakan pakaian dan berhias dengan baju dan celana yang dilipat sampai keatas, rambut berantakan, baju basah.

b. Pembicaraan

Klien berbicara jelas, keras, tidak meloncat-loncat dari tema yang dibicarakan, dapat berkomunikasi dengan lancar dan selalu mendominasi saat berinteraksi.

c. Aktifitas motorik

Klien mengatakan sering bersih bersih kamar setiap hari, klien kompulsif sering mondar – mandir untuk mencuci tangan dan rambutnya karena gerah.

d. Alam perasaan

Klien mengatakan selama di RSJ Grhasia tenang, tidak ada masalah dengan sesama klien, hanya gampang emosi jika di singgung oleh temannya, klien rindu dengan ibunya.

e. Afek

Afek klien sesuai, yaitu klien dapat berespon sesuai dengan stimulus.

Klien tersenyum jika diajak bergurau.

f. Interaksi selama wawancara

Saat diajak wawancara klien kooperatif, kontak mata klien ada, pembicaraan mendominasi, klien banyak bicara.

g. Persepsi

Klien mengatakan tidak pernah mendengar bisikan yang orang lain tidak dengar, klien juga tidak melihat bayangan/ cahaya saat sedang sendirian. Klien mengatakan tidak merasakan rasa nyeri tanpa ada sebabnya, klien juga mengatakan tidak mencium bau yang busuk maupun mencecap rasa darah yang tidak hilang – hilang dimulut.

h. Isi pikir

Klien tidak ada gangguan pada isi pikirnya. Dan tidak ada waham, dalam berbincang-bincang klien tidak menunjukkan adanya gangguan isi pikir : obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait maupun pikiran magis. Klien tidak menunjukkan pengulangan verbal tentang keyakinan waham: agama, somatik, kebesaran, curiga, nihilistik, sisip pikir, siar pikir, dan kontrol pikir.

i. Proses pikir

Klien tidak ada gangguan proses pikir. Pembicaraan klien normal, biasa tidak berbelit-belit, tidak meloncat-loncat dan sampai pada tujuan karena klien kooperatif.

j. Tingkat kesadaran

Klien mengetahui bahwa dirinya sekarang berada di bangsal Arjuna RSJ Grahasia. Klien dapat membedakan mana perawat dan yang mana klien dan dapat membedakan pagi, siang, malam itu dibuktikan dengan ungkapan klien “ini sudah siang mbk”.

k. Memori

- 1) Memori jangka panjang klien baik, itu dibuktikan dengan klien dapat menceritakan kejadian pada saat ayahnya meninggal satu tahun yang lalu.
- 2) Memori jangka pendek klien baik, itu dibuktikan dengan klien masih ingat ketika klien dibawa ke RSJ Grahasia yaitu setelah lebaran tahun ini. Saat ini klien mengetahui bahwa dirinya sedang berada di Arjuna.
- 3) Tingkat konsentrasi dan berhitung
Pada saat dilakukan wawancara konsentrasi baik klien mendengarkan dengan seksama, klien dapat berhitung perhitungan sederhana.
- 4) Kemampuan penilaian

Klien tidak mengalami gangguan penilaian ringan atau gangguan bermakna sewaktu diberi pilihan cuci tangan dulu sebelum makan atau sebaliknya klien menjawab cuci tangan dulu sebelum makan.

Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Klien mampu makan sendiri dan mampu ganti pakaian sendiri, penampilan klien masih berantakan, rambut dan baju terlihat basah, dan berantakan. Tetapi klien belum bisa memenuhi kebutuhan transportasi, perawatan kesehatan dan uang, itu dibuktikan klien masih tinggal dengan orang tua.

b. Kegiatan hidup sehari – hari

1) Perawatan diri

Klien mandi 3x sehari. Cuci rambut 1x sehari, mengganti baju 1x sehari, menggosok gigi 2x sehari.

2) Nutrisi

Klien makan dengan teman – teman lainnya makan 3x sehari nafsu makan tidak ada masalah, tiap makan habis 1 porsi.

3) Tidur

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam tidurnya, klien mengatakan bisa tidur siang kurang lebih 2 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam dari jam 21.00- – 05.00 WIB

4) Pengguna obat

Selama di RSJ Grahasia klien mendapat obat sesuai jadwal dan dosis yang diberikan.obat di berikan oleh perawat. Klien mengatakan minum obat 2x, waktunya pagi dan malam.

5) Pemeliharaan

System pendukung : klien mengatakan selama di rawat di RSJ Grahasia klien dikunjungi oleh keluarganya, klien tidak menghitung berapa kalinya.

6) Aktivitas di dalam rumah

Klien mengatakan sering mencuci baju sendiri, menonton tv, bersih-bersih.

7) Aktivitas di luar rumah

Kegiatan di luar rumah klien berkumpul dengan teman – teman di kolam pemancingan, di RSJ Grahasia klien di perbolehkan ikut rehab.

Mekanisme Koping

Klien mengatakan jika dirumah ada masalah klien jarang bercerita dan melampiaskannya dengan minum obat-obatan atau pil koplo tanpa resep dokter dimulai dari klien SMP dan berhenti lulus SMA.

Masalah Psikososial Dan Lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan selama dirawat hubungan dengan teman-teman dibangsal baik, klien hanya gampang tersinggung dan cepat marah jika temannya mengejeknya.

b. Masalah hubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan hubungan dengan orang lain baik, di bangsal klien mampu berinteraksi, bersosialisasi dengan teman – teman yang lain.

c. Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan lulus sma masih dirumah belum mempunyai pekerjaan.

d. Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan ingin cepat pulang dan bekerja membuat pelet dirumah.

e. Masalah dengan rumah

Klien tinggal dengan ibunya, klien sangat menyayangi ibunya, hubungan dengan ibunya baik.

f. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Masalah dengan pelayanan kesehatan, klien pernah mengalami gangguan jiwa 1 tahun yang lalu (2016) dan pernah dirawat di RSJ Ghrasia di Ruang Bima.

Aspek Medis

AXIS I : F.31.2 (Gangguan afektif bipolar, manik psikotik)

AXIS II : pendiam

AXIS III : belum ada diagnosa

AXIS IV : Masalah dengan pacar

AXIS V : GAF 39

Terapi Medik

Klien di RSJ Ghrasia rutin minum obat yang diberikan RS, diminum saat makan pagi dan sore.

Risperidone 2mg 1 – 0 – 1 tiap 12 jam

Clozapine 100mg 1 – 0 - 1 tiap 12 jam

Di minum 1 tablet setelah makan pagi dan sore

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 18 Juni 2016

Obat- obatan Napza

Benzodiazepine Kualitatif : Positif

Methamphetamine Kualitatif : Negatif

Amphetamine Kualitatif : Negatif

THC Kualitatif : Negatif

B. ANALISA DATA

Tabel 2. Analisa Data

Klien Sdr.A di Ruang Arjuna RSJ Ghrasia
Yogyakarta

No	Data	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Klien mengatakan dulu ada masalah dengan pacarnya dan berusaha bunuh diri, merusak barang-barang dirumah2. Klien mengatakan tidak suka jika dibahas tentang pacarnya3. Klien mengatakan gampang emosi jika disinggung oleh temannya.4. Keluarga klien mengatakan klien sempat ingin mencekik adik dan ibunya5. Keluarga klien mengatakan klien putus obat DO: <ol style="list-style-type: none">1. Klien berkata kasar dengan temannya ketika disinggung2. Klien kooperatif saat diajak bicara3. Kontak mata kurang4. Muka klien merah	Risiko Perilaku Kekerasan

2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan malas untuk merapikan bajunya 2. Klien mengatakan jarang menyisir rambutnya 3. Klien mengatakan tidak peduli dengan penampilannya DO : <ol style="list-style-type: none"> 1. Penampilan klien tidak rapi 2. Rambut klien berantakan dan basah 3. Klien jarang menyisir rambutnya 4. Baju klien tampak dilipat, celana klien dilipat sampai keatas lutut 	Defisit Perawatan Diri (Berpakaian-Berhias)
----	---	---

ANALISA DATA

No	Data	Masalah
3.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan jika ada masalah dengan keluarga atau pacarnya klien banyak diam 2. Klien mengatakan dulu jika ada masalah klien meminum pil koplo yaitu Trihexyphenidhyl, alprazolam, rixlona yang diminum tidak sesuai dosis 3. Klien mengatakan mengkonsumsi obat karena diajak oleh teman-temannya DO : <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dulu mengkonsumsi obat-obatan benzodiazepine 2. Data hasil laboratorium pada tanggal 18 Juni 2017 Didapatkan bahwa Benzodiazepine kualitatif positif 	Koping Individu Tidak Efektif

C. (PRIORITAS)

1. Risiko Perilaku Kekerasan ditandai dengan :

DS :

1. Klien mengatakan dulu ada masalah dengan pacarnya dan berusaha bunuh diri, merusak barang-barang dirumah
2. Klien mengatakan tidak suka jika dibahas tentang pacarnya
3. Klien mengatakan gampang emosi jika disinggung oleh temannya.
4. Keluarga klien mengatakan klien sempat ingin mencekik adik dan ibunya
5. Keluarga klien mengatakan klien putus obat

DO:

1. Klien berkata kasar dengan temannya ketika disinggung
2. Klien kooperatif saat diajak bicara
3. Kontak mata kurang
4. Muka klien merah

2. Defisit Perawatan Diri (Berpakaian-Berhias) ditandai dengan :

DS :

1. Klien mengatakan malas untuk merapikan bajunya
2. Klien mengatakan jarang menyisir rambutnya
3. Klien mengtakan cuek dengan penampilannya

DO :

1. Penampilan klien tidak rapi
 2. Rambut klien berantakan dan basah
 3. Klien jarang menyisir rambutnya
 4. Baju klien tampak dilipat, celana klien dilipat sampai keatas lutut
3. Koping Individu Tidak Efektif ditandai dengan :

DS :

1. Klien mengatakan jika ada masalah dengan keluarga atau pacarnya klien jarang bercerita
2. Klien mengatakan dulu jika ada masalah klien meminum pil koplo yaitu Trihexyphenidhyl, alprazolam, riklona.
3. Klien mengatakan mengkonsumsi obat karena diajak oleh teman- temannya

DO :

1. Klien dulu mengkonsumsi obat-obatan benzodiazepine
2. Data hasil laboratorium pada tanggal 18 Juni 2016 didapatkan bahwa Benzodiazepine kualitatif positif

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Sdr. A
 NO CM : 008xxx
 Ruang : Arjuna

Hari /Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan
		Tujuan	Rencana Tindakan	
Kamis 06 juli 2017 Jam : 08.00 WIB (shift pagi)	Defisit Perawatan Diri: berpakaian-berhias ditandai dengan : DS : 1. Klien mengatakan malas untuk merapikan bajunya 2. Klien mengatakan jarang menyisir rambutnya 3. Klien mengatakan jarang menyisir rambut 4. Klien mengatakan cuek dengan penampilannya DO :	TUPAN: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien mempertahankan penampilannya dan mampu memenuhi kebutuhan berpakaian berhias secara mandiri TUPEN: Setelah dilakukan interaksi selam 2 X, klien dapat dengan criteria hasil: 1. Klien dapat menggunakan pakaian dan berhias dengan tepat,misalnya mampu memasang kancing	1. Bantu Perawatan Diri Berpakaian dan berhias(<i>self care assistance :grooming</i>) 1. Monitor kemampuan klien dalam berpakaian dan berhias 2. Monitor/identifikasi adanya kemunduran sensori, kognitif dan psikomotor yang menyebabkan klien mempunyai kesulitan dalam berpakaian dan	Senin, 08 Jam 08.00 1. Memo keman dalam dan be 2. Memo penyeb untuk berpak berhias 3. Mendi dengan kemun adanya dalam (I

Hari /Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan
		Tujuan	Rencana Tindakan	

Hari /Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaks
		Tujuan	Rencana Tindakan	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penampilan klien tidak rapi 2. Celana klien tampak dilipat keatas 3. Rambut klien terlihat berantakan 4. Klien tidak mau menyisir rambutnya 	<ol style="list-style-type: none"> sendiri menyisir rambut dsb 2. Klien mengungkapkan kepuasannya dalam berpakaian/berhias 3. Berpenampilan rapi <p style="text-align: center;">(Ika)</p>	<ol style="list-style-type: none"> berhias 3. Diskusikan dengan klien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias 4. Gunakan komunikasi/instruksi yang mudah dimengerti klien untuk mengakomodasi keterbatasan kognitif klien 5. Sediakan baju bersih dan sisir bila mungkin 6. Dorong klien mengenakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar 7. Berikan bantuan kepada klien 8. Evaluasi perasaan 	
			<ol style="list-style-type: none"> klien setelah mampu berpakaian dan berhias 9. Berikan reinforcement atas keberhasilan berhias <p style="text-align: center;">(Ika)</p>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien : Sdr.A No CM : 008xxx

Ruang : Arjuna

Hari/ Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
------------------	---------------------------------	------------	---------------------	------------------------

<p>Jum'at, 07 Juli 2017 Jam : 07.30 WIB</p>	<p>Defisit Perawatan Diri : berpakaian-Berhias</p>	<p>07.30 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias 2. Memonitor penyebab pasien untuk sulit dalam berpakaian dan berhias 3. Mendiskusikan dengan pasien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian 4. Menjelaskan manfaat berhias 5. Memfasilitasi dan bantu pasien berhias <p>(Ika)</p>	<p>Jum'at, 07 Juli 2017 Jam : 08.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan "malas untuk merapikan bajunya". 2. Pasien mengatakan "tidak peduli dengan penampilannya". 3. Pasien mengatakan "sudah mandi dan sudah menyisir rambutnya". <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penampilan pasien tidak rapi 2. Pasien mampu menyisir rambutnya setelah mandi <p>A: Tupen 1 belum tercapai P : Ulangi Tupen 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias 2. Monitor penyebab pasien untuk sulit dalam berpakaian dan
---	--	------------------	--	--

				berhias 3. Diskusikan dengan pasien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian 4. Fasilitasi dan bantu pasien berhias (Ika)
Jum'at 07 Juli 2017 Jam : 14.00 WIB	Defisit Perawatan Diri	Jam : 14.00 WIB	1. Mengobservasi kemampuan pasien dalam berhias 2. Memotivasi pasien untuk berhias dengan rapi 3. Memfasilitasi dan bantu pasien berhias (Ika)	Jum'at 07 Juli 2017 Jam : 14.20 WIB S : 1. Pasien mengatakan "sudah mandi dan menyisir rambutnya". 2. Pasien mengatakan "masih malas merapikan bajunya karena gerah". O : 1. Pasien sudah mau menyisir rambutnya 2. Rambut dan baju pasien kering 3. Baju pasien masih di lipat sampai keatas karena panas A : Tupen belum teratasi P : Ulangi Tupen 1. Memotivasi pasien untuk berhias dengan rapi 2. Memfasilitasi dan bantu pasien berhias (Ika)

<p>Sabtu, 08 Juli 2017 Jam : 07.30 WIB</p>	<p>Defisit Perawatan Diri : berpakaian- Berhias</p>	<p>07.30 WIB</p>	<p>1. Memonitor kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias 2. Menjelaskan manfaat berhias 3. Memfasilitasi dan bantu pasien berhias</p> <p>(Ika)</p>	<p>Jum'at,07 Juli 2017 Jam : 08.00 wib S : 1. Pasien mengatakan “sudah mandi pagi dan menyisir rambutnya dengan rapi”. 2. Pasien mengatakan “akan menjaga penampilannya” 3. Pasien mengatakan “mengerti manfaat berpakaian rapi dan bersih”. O : 1. Penampilan pasien rapi 2. Pasien mampu menyisir</p>	<p>Sabtu,08 Juli 2017 Jam : 08.00 WIB</p>
--	---	----------------------	---	---	---

				rambutny a setelah mandi A: Tupen tercapai P : Hentikan Intervensi (Ika)	
--	--	--	--	---	--