

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA
PASIEEN DENGAN SKIZOFRENIA



Oleh :
DISTA AULIA ROHIMA
NIM : 2317009

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2020

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA
PASIEN DENGAN SKIZOFRENIA

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

DISTA AULIA ROHIMA
NIM : 2317009

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dista Aulia Rohima
NIM : 2317009
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 kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 26 Juni 2020

Pembuat Pernyataan

Dista Aulia Rohima

NIM : 2317009

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA
PASIEEN DENGAN SKIZOFRENIA

Oleh :
DISTA AULIA ROHIMA
NIM : 2317009

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Akper “YKY” Yogyakarta Pada tanggal 29 Juni 2020

Dewan Penguji :	Tanda Tangan
Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep
Sutejo,M.Kep,Ns.Sp.Kep.Jiwa
Nunung Rachmawati,S.Kep.Ns.M.Kep

Mengesahkan
Direktur Akper “YKY”
Yogyakarta

Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK 1141 03 052

MOTTO

Hidup adalah perjuangan tanpa henti – henti, tak ada yang jatuh dari langit dengan cuma – cuma. Semua usaha do'a dari kemenangan hari ini, bukanlah kemenangan esok hari, kegagalan hari ini bukanlah kegagalan esok hari.

(Kahlil Gibran)

Kemenangan yang seindah – indahya dan sesukar-sukarnya yang boleh direbut oleh manusia ialah menundukan diri sendiri.

(Ibu Kartini)

Satu – satunya hal yang harus kita takuti adalah ketakutan itu sendiri.

(Franklin D.Roosevelt)

Manusia tidak merancang untuk gagal, mereka gagal untuk merancang.

(William J. Siegel)

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah kupanjatkan kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan juga kesempatan dalam menyelesaikan tugas akhir dengan segala kekurangannya. Segala syukur penulis ucapkan kepada Mu Ya Rabb, karena sudah menghadirkan orang-orang berarti disekeliling penulis. Dari semua penulis kerjakan dan penulis peroleh tidak luput dari doa dan dukungan banyak pihak, oleh karena itu penulis ingin mempersembahkan karya tulis ilmiah ini untuk :

1. Kedua orang tua saya Bapak Kuwadi dan Ibu Kharuminarti tercinta yang sudah memberikan dukungan, doa dan juga pengorbanan yang begitu banyak dan luar biasa.
2. Adek – adek tersayang Linta Rosyada dan Sessa Qoniatur Najwa yang selalu memberikan motivasi, dukungan serta juga menghibur.
3. Pembimbing tugas akhir saya Ibu Tenang Aristina, S.Kep.,Ns.M.Kep dan Bapak Ns Sutejo, M.Kep.,Sp.Kep.J yang telah sabar membimbing saya dan juga kepada dewan penguji Ibu Nunung Rachmawati,S.Kep.,Ns.,M.Kep sehingga terselesaikan Karta Tulis Ilmiah ini.
4. Pembimbing akademik saya Ibu Dwi Juwartini,S.KM.M.PH yang sudah membimbing penulis selama menjadi mahasiswa di Akper Yky.
5. Sahabat-sahabatku Hafni Yusrina Dewi dan Arifiana Yulianti yang selalu memberikan dukungan dan juga semangat.
6. Teman teman berjuang Fitri Nur Aini, Karen Meilani, Susi Susanti, Erna Dwi Susanti, Azahra Felia Renita Putri, Tri Okfia, Ade Tri K juga teman

kelompok saya Raden Kola Ramada dan Linda Astuti yang selalu menguatkan satu sama lain.

7. Semua teman – teman kelas A dan teman seperjuangan Akper YKY angkatan ke 23
8. Almamater Akper YKY yang menjadi wadah saya menuntut ilmu.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat, rahmat dan juga hidayah – Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “**Studi Dokumentasi Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia**”.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi Tugas Akhir Program Ahli Madya Keperawatan. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Tri Arini S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
2. Tenang Aristina, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku dosen penguji dan dosen pembimbing yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
3. Sutejo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J selaku dosen penguji dan dosen pembimbing yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Nunung Rachmawati,S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Kuwadi dan Kharuminarti selaku orang tua penulis yang tiada henti selalu memberikan dukungan dan doa.

6. Seluruh dosen Akper YKY Yogyakarta yang telah memberikan ilmunya kepada penulis selama 3 tahun ini.
7. Teman-teman seperjuangan angkatan 23 dan semua pihak yang telah membantu.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Yogyakarta, 26 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN MOTTO	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
ABSTRAK	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	5
D. Ruang Lingkup	5
E. Manfaat Studi Kasus	6
1. Manfaat Teoritis	6
2. Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Landasan Teori	8
1. Gambaran Umum Skizofrenia	8
2. Gambaran Umum Peran Keluarga	15
3. Konsep Defisit Perawatan Diri	16
4. Asuhan keperawatan Defisit Perawatan Diri	20
B. Kerangka Teori	25
BAB III METODE PENELITIAN	27
A. Jenis dan Rancangan Studi Kasus	27
B. Subyek Studi Kasus	27
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	28
D. Definisi Operasional	28
E. Instrumen Studi Kasus	28
F. Teknik Pengumpulan Data	29
G. Analisa Data	29
H. Etika Studi Kasus	29
I. Alur Penelitian	30
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	31
A. Hasil	31
B. Pembahasan	34
BAB V PENUTUP	39

A. Kesimpulan	39
B. Saran	39

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	28
--------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	26
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Bukti Bimbingan

Lampiran 3 Data Asuhan Keperawatan Tahun 2017

Dista Aulia Rohima. (2020). Studi Dokumentasi Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia

Pembimbing : Tenang Aristina, Sutejo

Abstrak

Karya tulis ilmiah dilatar belakangi kasus defisit perawatan diri dengan skizofrenia di rawat inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta. Berdasarkan data rekam medik dalam tiga bulan terakhir dari bulan November 2019 sampai bulan Januari 2020 terdapat 115 kasus Skizofrenia dan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri terdapat dua pasien. Keterbatasan perawatan diri pada pasien gangguan jiwa biasanya dikarenakan stressor yang cukup berat dan sulit ditangani oleh pasien itu sendiri. Sehingga pasien tidak mau merawat dirinya sendiri mulai dari makan, minum, berpakaian, berhias, mandi dan toileting. Jika pasien dengan defisit perawatan diri tidak dilakukan penanganan makan akan timbul masalah fisik sampai kemungkinan pasien bisa mengalami masalah risiko tinggi isolasi sosial. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran defisit perawatan diri pada pasien dengan skizofrenia dan asuhan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri. Berdasarkan hasil studi dokumentasi terdapat diagnosa keperawatan antara lain defisit perawatan diri, gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran, ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh, dan ketidakefektifan manajemen kesehatan pada Nn.S. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dua kali pertemuan di dapatkan hasil evaluasi bahwa pasien tampak kooperatif, antusias terhadap penjelasan yang diberikan dan pasien memutuskan untuk melakukan kebersihan diri dan berhias. Kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah setelah melakukan studi dokumentasi, penulis mendapatkan gambaran proses asuhan keperawatan pada defisit perawatan diri dengan skizofrenia.

Kata Kunci : Defisit Perawatan Diri, Jiwa, Studi Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penderita gangguan mental di Indonesia banyak yang menerima perlakuan diskriminatif dan tidak manusiawi. Buruknya penanganan pada penderita gangguan kejiwaan di Indonesia bahkan disoroti oleh badan *Human Right Watch* hingga menerbitkan laporan sebagai bentuk teguran (Darling,2019).*Survei Global Health DataExchange* tahun 2017 menunjukkan ada 27,3 juta orang di Indonesia mengalami masalah kejiwaan. Indonesia jadi negara dengan jumlah pengidap gangguan jiwa tertinggi di Asia Tenggara (Deliandra,2019).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 jutaorang terkena bipolar, 21 juta terkena *skizofrenia*, serta 47,5 juta terkena dimensia.Menurut *National Alliance of Mental Illness* (NAMI) berdasarkan hasil sensuspenduduk Amerika Serikat tahun 2013, di perkirakan 61.5 juta penduduk yang berusia lebihdari 18 tahun mengalami gangguan jiwa, 13,6 juta diantaranya mengalami gangguan jiwa berat seperti *skizofrenia*, gangguan bipolar. Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk; maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang.

Data (Kemenkes, 2018) menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 6.1% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti *skizofrenia* mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk. Jumlah penderita gangguan jiwa dari tahun ketahun mengalami peningkatan.

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia terdapat sekitar 3.564 orang. Di daerah Kulon Progo terdapat 366 orang, di Bantul terdapat 941 orang, di Gunung Kidul terdapat 677 orang, di Sleman terdapat 1.119 orang, dan di Yogyakarta terdapat 460 orang yang mengalami gangguan jiwa (Kemenkes, 2018). Data di RSJ Grhasia Yogyakarta menunjukkan prevalensi gangguan jiwa tertinggi adalah risiko perilaku kekerasan terdapat 2.818 orang, gangguan sensori persepsi: halusinasi/ilusi 2.723 orang, kemudian perilaku kekerasan 2.496 orang dan defisit perawatan diri 2.141 orang.

Keterbatasan perawatan diri pada pasien gangguan jiwa biasanya dikarenakan oleh stressor yang cukup berat dan sulit ditangani oleh pasien itu sendiri, sehingga mengakibatkan pasien tidak mau merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi, berpakaian, berhias, makan, maupun BAK dan BAB. Jika keterbatasan perawatan diri terus terjadi dan tidak dilakukan intervensi oleh perawat, maka kemungkinan pasien pasien bisa mengalami masalah risiko tinggi isolasi sosial (Direja, 2011).

Beberapa dampak menurut (Tarwoto,2011) yang sering muncul pada masalah personal hygiene antara lain dampak fisik (gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku), psikososial (kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan mencintai dan dicintai kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial) seperti pengucilan oleh masyarakat setempat.

Saat ini UU No. 18/2014 tentang Kesehatan Jiwa menjadi pedoman dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa yang komprehensif. Penetapan pelayanan kesehatan jiwa dasar dan rujukan menjadi upaya kesehatan jiwa yang dilaksanakan dengan membangun sistem pelayanan kesehatan jiwa berjenjang dan komprehensif. Selain aspek pelayanan juga ditetapkan sumber daya dalam penyelenggaraan tersebut diantaranya sumber daya manusia, fasilitas pelayanan, perbekalan, teknologi dan produk teknologi, serta pendanaan.

Hasil studi pendahuluan di salah satu rawat inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta pada tanggal 3 Februari 2020 didapatkan data tiga bulan terakhir dari bulan November 2019 sampai Januari 2020 berjumlah 115 pasien dan di diagnosa *skizofrenia*, data yang diperoleh diagnosa keperawatan gangguan defisit perawatan diri sebanyak dua pasien, risiko perilaku kekerasan sebanyak 92 pasien, gangguan sensori persepsi : halusinasi sebanyak satu pasien, dan isolasi sosial sebanyak satu pasien. Pada bulan Februari 2020 terdapat 14 pasien, diantaranya 10 pasien dengan risiko perilaku kekerasan, dua pasien dengan defisit perawatan

diri, satu pasien dengan isolasi sosial, dan satu pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi.

Hasil observasi penulis, pasien yang mengalami defisit perawatan diri penampilan pasien tampak kurang rapi, bau badan, rambut acak – acakan. Upaya yang sudah dilakukan di Wisma Nakula Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta dengan menggunakan Standar Asuhan Keperawatan (SAK), perawat sudah menyediakan jadwal untuk melakukan perawatan diri mandi namun tidak disediakan alat perlengkapan mandi. Setelah pasien diberikan asuhan keperawatan dan kondisi pasien membaik pasien akan dilakukan rehabilitasi. Pasien yang dilakukan rehabilitasi diberikan beberapa keterampilan peminatan yang disukai. Ketika pasien mampu mengikuti kegiatan dan mandiri pasien diperbolehkan pulang. Setelah dinyatakan boleh pulang pasien di bawa oleh keluarganya dan tetap minum obat rutin dan kontrol untuk mencegah kekambuhan.

Kekambuhan pada pasien skizofrenia ada beberapa faktor dan yang menjadi salah satu faktor penyebab kekambuhan pasien skizofrenia adalah hubungan pasien dengan keluarga. Jika hubungan pasien dan keluarga tidak harmonis dan keluarga tidak mengetahui cara merawat anggota keluarganya yang sakit maka akan sering terjadi kekambuhan pada pasien. Angka kekambuhan pasien skizofrenia mengalami kenaikan pada tahun 2017 (Prabowo, 2010). Keluarga yang lengkap dan fungsional akan dapat meningkatkan kesehatan mental para anggota keluarganya. Keluarga lebih

dekat hubungannya dengan anak dibandingkan dengan masyarakat luas. Keluarga merupakan lingkungan yang sangat penting dari keseluruhan sistem lingkungan, karena berpengaruh langsung terhadap individu dan merupakan mikrosistem yang menentukan kepribadian dan kesehatan mental anak.

Walaupun demikian, banyak sekali kondisi-kondisi keluarga yang justru menjadi *hazard* (penyebab/prevalensi) bagi setiap anggota keluarganya dan tentunya beresiko bagi terganggunya mental, diantaranya : perceraian dan perpisahan, keluarga yang tidak fungsional, dan perlakuan atau pengasuhan. Sehingga pada pasien Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) peran keluarga sangat berpengaruh untuk meminimalkan membuat ODGJ kambuh, hal ini dimaksudkan meminimalisir stresor yang menjadi penyebab ODGJ merasa tertekan secara psikologis. Keadaan tertekan secara psikis yang berkepanjangan akan memicu kekambuhan. Perawatan ODGJ sangat diperlukan dan dilakukan secara berkesinambungan.

Peran keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa sangat berpengaruh untuk mengingatkan dan membantu jam minum obat, mengantar dan menemani kontrol rutin, memodifikasi lingkungan. Yang terjadi jika dalam keluarga, keluarga tidak mampu merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa akan mengalami kekambuhan dan harus kembali ke RSJ Grhasia Yogyakarta untuk mendapatkan pengobatan. Di butuhkan peran perawat dalam menangani gangguan jiwa dengan

dilakukan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari pemaparan diatas maka peneliti mengangkat judul “Bagaimana Studi Dokumentasi Defisit Perawatan Diri pada Pasien dengan *Skizofrenia*”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran defisit perawatan diri pada pada pasien dengan *skizofrenia* di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta

2. Tujuan Khusus

Mengetahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian defisit perawatan diri di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta.
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosis keperawatan defisit perawatan diri di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta.
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan defisit perawatan diri di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta.
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan defisit perawatan diri di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta.
- e. Hasil studi dokumentasi mengenai Evaluasi dan pendokumentasian defisit perawatan diri di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta.

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Jiwa. Materi yang dibahas adalah Gambaran defisit perawatan diri Nn.S dengan *Skizofrenia* yang dirawat di RSJ Grhasia Yogyakarta dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus 2017.

E. Manfaat Studi Kasus

1. Teoritis

Dapat menambah informasi tentang gangguan *skizofrenia* serta dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap gangguan tersebut.

2. Praktis

a. Pasien dengan defisit perawatan diri di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta

Mampu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi masalah defisit perawatan diri

b. Keluarga pasien dengan defisit perawatan diri

Dapat menambah pengetahuan mengenai perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa agar dapat merawat dan meminimalkan kekambuhan.

c. Perawat di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta

Dapat memberikan acuan perawat dalam menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien skizofrenia dengan defisit perawatan diri.

d. Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

Dapat digunakan sebagai acuan dalam pembuatan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) bagi pasien khususnya pasien *skizofrenia* dengan defisit perawatan diri.

e. Institusi Akper YKY

Dapat digunakan sebagai bahan memperluas pengetahuan khususnya bagi mahasiswa Akper “YKY” Yogyakarta dalam pelaksanaan proses belajar pada keperawatan jiwa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Gambaran Umum *Skizofrenia*

a. Definisi *Skizofrenia*

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (kerekatan, perpecahan) antara proses pikir, emosi, kemauan dan, psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi – bagi sehingga timbul *inkohersi*. *Skizofrenia* merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana – mana namun faktor penyebabnya belum diidentifikasi secara jelas (Direja,2011).

Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. *Skizofrenia* juga merupakan suatu bentuk *psikosis* yang sering dijumpai sejak zaman dahulu. Meskipun demikian, pengetahuan tentang sebab-musabab dan patogenesisnya sangat kurang (Maramis, 2010). Dalam kasus berat, klien tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal.

Perjalanan penyakit ini secara bertahap akan menuju kearah kronisitas, tetapi sekali – kali bisa timbul serangan. Jarang bisa terjadi pemulihan sempurna dengan spontan, jika tidak diobati biasanya berakhir dengan personalitas yang rusak “cacat”. Menurut penelitian mutakhir, penyebab skizofrenia antara lain : faktor genetik, virus, auto antibodi, dan malnutrisi.

b. Etiologi

Menurut Kaplan & Sadock (2015) *Skizofrenia* didiskusikan seolah – olah sebagai suatu penyakit tunggal namun kategori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan, mungkin dengan kausa yang heterogen, tapi dengan gejala perilaku yang sedikit banyak yang serupa, faktor – faktor yang menyebabkan *skizofrenia*, antara lain :

1) Faktor genetik

Dapat dipastikan bahwa terdapat kontribusi genetik pada beberapa, atau seluruh bentuk *skizofrenia*. Sebagai contoh, pada individu yang memiliki saudara dengan kelainan *skizofrenia* akan memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk terpapar *skizofrenia* juga daripada individu yang tidak memiliki saudara dengan *skizofrenia*. Kemungkinan tersebut berhubungan dengan tingkat kedekatan individu dan saudaranya yang menderita *skizofrenia*. Pada kasus kembar

monozygotik yang memiliki gen identik, terdapat kemungkinan 50% untuk menderita *skizofrenia* jika saudaranya menderita *skizofrenia*. Tingkat ini 4 sampai 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kemungkinan yang ditemukan di saudara tingkat pertama lainnya (saudara, orang tua, keturunan “tiri”). Peran faktor genetik ini lebih jauh merefleksikan penurunan angka kejadian *skizofrenia* pada saudara tingkat kedua dan ketiga. Pada studi terhadap kembar *monozygotik* yang diadopsi, kembar yang dibesarkan orang tua asuh tampak mengalami *skizofrenia* dalam jumlah yang sama dengan kembarnya yang dibesarkan oleh orang tua biologisnya. Temuan ini mengungkapkan bahwa pengaruh genetik berpengaruh besar dalam kemungkinan terjadinya *skizofrenia*, namun faktor lingkungan juga harus terlibat dalam menentukan terjadinya *skizofrenia*.

Beberapa penemuan juga menunjukkan usia ayah memiliki hubungan dengan kemungkinan terjadinya *skizofrenia*. Pada penelitian pasien *skizofrenia* tanpa riwayat sakit baik dalam garis keturunan ayah ataupun ibu, ditemukan fakta bahwa mereka yang lahir dari ayah dengan usia lebih dari 60 tahun memiliki kemungkinan

menderita *skizofrenia* juga. Mungkin *spermatogenesis* yang buruk ditemukan pada pria yang lebih tua daripada pria yang lebih muda.

2) Faktor Biokimia

a) Hipotesis dopamin

Hipotesis ini menyatakan bahwa *skizofrenia* timbul akibat aktivitas fisik yang berlebihan. Teori ini berkembang berdasarkan dua pengamatan. Pertama, kemanjuran serta potensi sebagian besar obat antipsikotik (yaitu, antagonis reseptor dopamin), berkorelasi dengan kemampuannya bertindak sebagai antagonis reseptor dopamin tipe 2 (D2). Kedua, obat yang meningkatkan aktivitas dopaminergik, yang terkenal adalah amfetamin, bersifat psikotomimetik. Teori dasar ini tidak mengurangi apakah hiperaktivitas dopaminergik disebabkan pelepasan dopamin yang berlebihan, reseptor dopamin yang terlalu banyak, hipersensitivitas reseptor dopamin, atau kombinasi mekanisme tersebut.

Jalur dopamin di otak yang terlibat juga tidak dirinci dalam teori ini, meski jalur mesokortikal dan mesolimbik paling sering disebut.

Peran signifikan dopamin dalam patofisiologi *skizofrenia* sejalan dengan studi yang mengukur konsentrasi plasma metabolik utama dopamin, asam homovalinat. Studi melaporkan dan dengan studi yang mengukur konsentrasi plasma metabolit utama dopamin, asam homovalinat. Studi melaporkan adanya korelasi positif antara konsentrasi asam homovanilat dan tingkat keparahan gejala yang timbul pada pasien. Penurunan asam homovalinat berkorelasi dengan perbaikan gejala pada setidaknya beberapa pasien (Sadock, et al., 2015).

b) Norepinefrin

Sejumlah penelitian melaporkan bahwa pemberian obat antipsikotik jangka panjang menurunkan aktivitas neuron noradrenergik di lokus seruleus dan bahwa efek terapeutik beberapa obat antipsikotik mungkin melibatkan aktivitasnya pada reseptor adrenergik alfa-1 dan adrenergik alfa-2. Meski hubungan antara aktivitas dopaminergik dalam suatu cara sehingga abnormalitas sistem noradrenergik mempredisposisikan pasien untuk mengalami relaps yang sering (Sadock, et al., 2015).

c) Glutamat

Glutamat telah terlibat karena konsumsi *phencyclidine*, antagonis glutamat, memproduksi sindrom akut yang serupa antagonis glutamat, memproduksi sindrom akut yang serupa dengan skizofrenia. Hipotesis tentang glutamat termasuk hiperaktifitas, hipoaktifitas, dan *glutamateinduced neurotoxicity* (Sadock, et al., 2015).

d) Asetilkolin dan Nikotin

Pada data *postmortem* (data yang diambil dari orang yang telah meninggal) pasien *skizofrenia* menunjukkan adanya penurunan kadar muskarinik dan reseptor nikotin di daerah putamen bagian kaudal, hipokampus, dan beberapa bagian *prefrontal cortex*. Reseptor-reseptorini berperan penting dalam regulasi neurotransmiter yang berperan dalam kesadaran sebagai individu pada seseorang, yang mengalami gangguan pada pasien *skizofrenia* (Sadock, et al., 2015).

c. Tanda dan Gejala

Menurut Maramis (2009) gejala *skizofrenia* dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

1) Gejala Negatif

Gejala negatif terdiri dari gangguan proses pikir, gangguan emosi, gangguan kemauan serta autisme.

2) Gejala Positif

Gejala positif terdiri dari waham, halusinasi, dan gejala katatonik maupun gangguan psikomotor yang lain.

d. Jenis – jenis *Skizofrenia*

Menurut PPDGJ-III (Maramis, 2013) jenis *skizofrenia* meliputi :

1) *Skizofrenia* Paranoid

Gejala utama kecurigaan (halusinasi), kemarahan dan waham.

2) *Skizofrenia* Hebefrenik

Gejalanya meliputi gangguan proses fikir, gangguan kemauan. Afek klien dangkal tidak wajar, sering disertai oleh cekikikan atau perasaan puas sendiri, senyum sendiri, pembicaraan tak menentu.

3) *Skizofrenia* Katatonik

Gejala utamanya gelisah, gaduh dan stress. Aktivitas motorik yang berlebihan terlihat tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi stimulasi eksternal.

4) *Skizofrenia* Tak terinci

Gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe *skizofrenia* tertentu.

5) *Skizofrenia* Psiko-afektif

Adanya gejala umum emosi berlebihan dan kemunduran kemauan.

6) *Skizofrenia* Simplek

Adanya gejala skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.

e. Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Digunakan obat antipsikotik untuk mengatasi gejala psikotik (perubahan perilaku, agitasi, sulit tidur, halusinasi, waham, dan proses pikir kacau). Macam obat antipsikotik ada dua yaitu peridon, dan Ziprasperidon, Quetiapin, Riantipsikotik tipikal atau generasi pertama (Amitriptilin, Kloromazin, Flufenazin, Haloperadol, Thiotiksen, dan Trifluoperazin) dan antipsikotik atipikal atau generasi kedua (Aripiprazol, Klozapin, Olanzapin, Paliperidon, Quetiapin, Risperidon, dan Ziprasidon) (Keliat, 2011).

Terapi (Monoterapi)

1. Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol
2. Litium, Divalproat.

Terapi Kombinasi

1. Olz +; Li/Dival Olz + Lor; Olz + Li/Dival+Lor
2. Ris + Li/Dival; Ris + Lor; Ris + Li/Dival + Lor
3. Que + Li/Dival
4. Aripip + Li/Dival; Aripip + Lor; Aripip + Li/Dival + Lor

Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi absolut yaitu YMRS \leq 9 atau MADRS \leq 11 dan PANSS-EC \leq 3 per butir PANSS-EC. Psikoedukasi dan terapi Lainnya seperti ECT (untuk pasien refrakter) (Menkes, 2015).

2. Konsep Defisit Perawatan Diri

a. Definisi Defisit Perawatan Diri

Perawatan diri (personal hygiene) mencakup aktivitas yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, yang biasa dikenal dengan aktivitas kehidupan sehari – hari (ADLs). Aktivitas ini dipelajari dari waktu ke waktu dan menjadi kebiasaan seumur hidup. Kegiatan perawatan diri tidak hanya melibatkan apa yang harus dilakukan (kebersihan, mandi, berpakaian, toilet, makan), tetapi juga berapa, kapan, dimana, dengan siapa, dan bagaimana (Miller dalam Carpenito-Moyet, 2009).

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 napas, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pada pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan

ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat (Yusuf, 2015).

Defisit Perawatan Diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (SDKI,2017).

3. Penyebab

- 1) Gangguan muskuloskeletal
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat(SDKI,2017)

4. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Subyektif
 - a) Menolak melakukan perawatan diri
- 2) Objektif
 - a) Tidak mampu mandi /mengenakan pakaian /makan /ke toilet / berhias secara mandiri
 - b) Minat melakukan perawatan diri kurang(SDKI,2017)

5. Kondisi Klinis Terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera medula spinalis
- 3) Depresi
- 4) Arthritis reumatoid
- 5) Retardasi mental

- 6) Delirium
- 7) Demensia
- 8) Gangguan amnestik
- 9) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- 10) Fungsi penilaian terganggu (SDKI,2017).

6. Lingkup Defisit Perawatan Diri

1) Kebersihan Diri

Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

2) Berdandan atau berhias

Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.

3) Makan

Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.

4) *Toileting*

Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan (Yusuf, 2015).

7. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa

Kurangnya 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, berhias diri secara mandiri, dan *toileting* (buang air besar [BAB] atau buang air kecil [BAK] secara mandiri (Yusuf, 2015).

3. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

a. Pengkajian

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, berhias secara mandiri, dan *toileting* : Buang Air Besar (BAB), Buang Air Kecil (BAK) secara mandiri (Yusuf AH, Fitrasari Rizky PK, dan Endang Hanik Nihayati, 2015).

Untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah 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 BAB/BAK secara mandiri, ditandai dengan BAB/BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK (Yusuf, 2015).

b. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data yang didapat ditetapkan diagnosa keperawatan :
Kurang perawatan Diri : (Kebersihan diri, berdandan, makan, BAB/BAK) (Yusuf, 2015).

c. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk pasien (Yusuf, 2015)

1. Tujuan

- a) Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
- b) Pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara mandiri
- c) Pasien mampu melakukan makan dengan baik
- d) Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri

2. Tindakan Keperawatan

a) Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri

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

- 1) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
- 2) Menjelaskan alat – alat untuk menjaga kebersihan diri
- 3) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
- 4) Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri

b) Melatih pasien berdandan/berhias

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

Untuk pasien laki-laki latihannya meliputi :

- 1) Berpakaian
- 2) Menyisir rambut
- 3) Bercukur

Untuk pasien wanita latihannya meliputi :

- 1) Berpakaian
- 2) Menyisir rambut

3) Berhias

c) Melatih pasien makan sendiri

Untuk melatih makan pasien dapat melakukan tahapan sebagai berikut :

- 1) Menjelaskan cara mempersiapkan makanan
 - 2) Menjelaskan cara makan yang tertib
 - 3) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan
 - 4) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
- d) Menganjurkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri

Kita dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:

- 1) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
- 2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
- 3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK

3. Tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 Pasien : Mendiskusikan pentingnya kebersihan diri, cara merawat diri dan melatih pasien tentang cara-cara perawatan kebersihan diri

SP 2 Pasien : Percakapan saat melatih pasien laki-laki berdandan:

- 1) Berpakaian
- 2) Menyisir rambut
- 3) Bercukur

SP 3 Pasien : Percakapan melatih berdandan untuk pasien wanita

- 1) Berpakaian
- 2) Menyisir rambut
- 3) Berhias

SP 4 Pasien : Percakapan melatih pasien makan sendiri

- 1) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
- 2) Menjelaskan cara makan yang tertib
- 3) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan
- 4) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik

SP 5 Pasien : Percakapan mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri

- 1) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
- 2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
- 3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

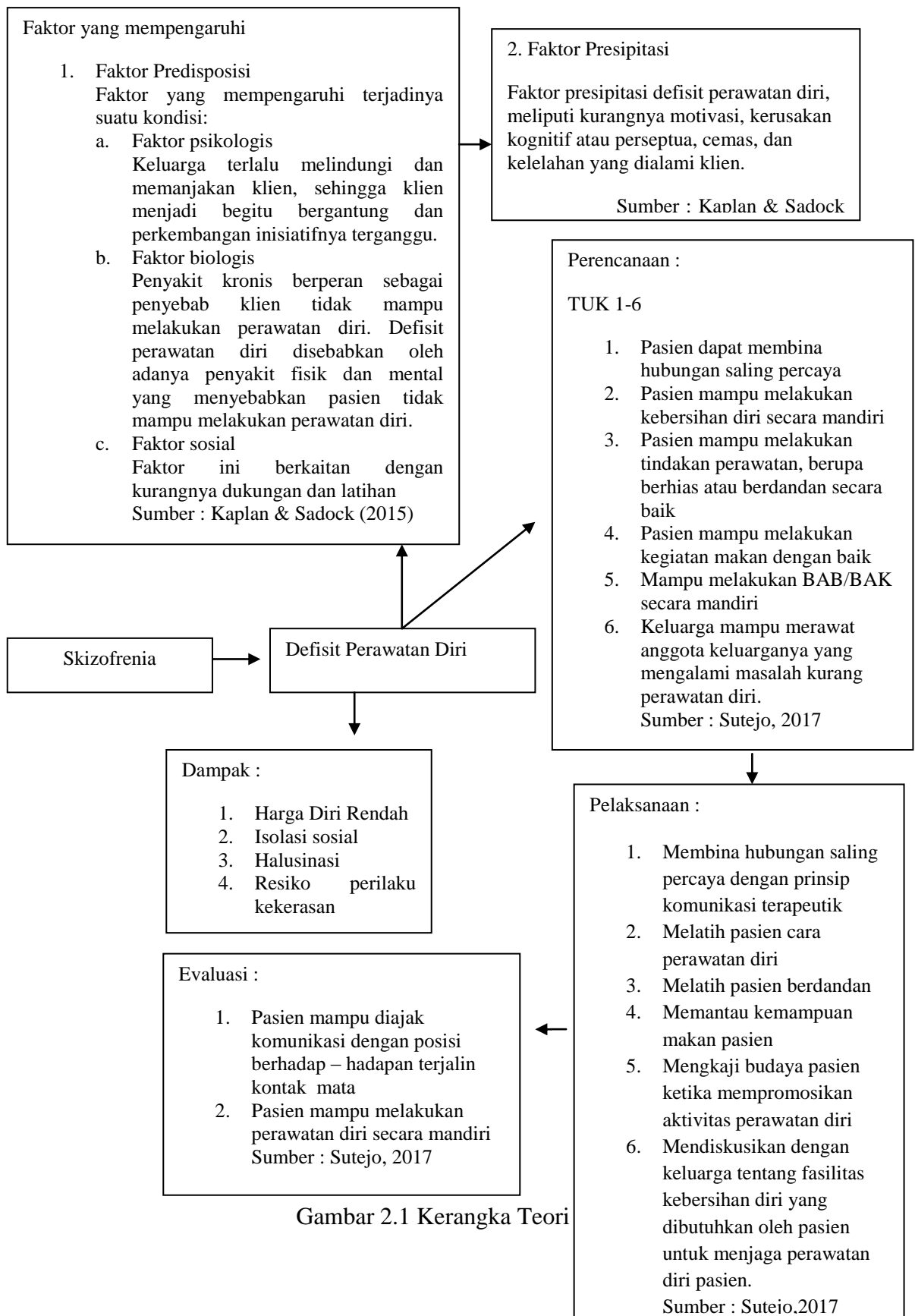
d. Evaluasi

Format evaluasi untuk menilai kemampuan pasien keluarga dan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kurang perawatan diri.

e. Dokumentasi dan asuhan keperawatan

Panduan pengkajian pada pasien yang mengalami masalah kurang perawatan diri.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi asuhan keperawatan defisit perawatan diri pada pasien Nn.S di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta.

B. Subyek Penelitian

Yang dimaksud subyek penelitian adalah orang, tempat, atau benda yang diamati dalam rangka pembumbutan sebagai sasaran (Kamus Bahasa Indonesia, 1989). Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus 2017.

C. Lokasi dan Studi Kasus

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). Dokumen yang didapat adalah asuhan keperawatan di wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta.

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No Variabel	Definisi
1. Defisit Perawatan Diri	Ketidakmampuan seseorang untuk melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri (makan, mandi, berhias, dan toileting).
2. Skizofrenia	Penyakit mental kronis yang menyebabkan gangguan pada proses berpikir dan berperilaku.

E. Instrumen Studi Kasus

Pada penelitian studi kasus ini, instrumen penelitian adalah penelitian itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan focus 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

Tehnik 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 suatu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus pada tahun 2017.

G. Analisa Data

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 atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

H. Etika Studi Kasus

Etika yang harus diperhatikan dalam studi kasus adalah:

- a. *Informed Consent* merupakan bentuk persetujuan individu terhadap pelaksanaan suatu tindakan yang ditanda tangani dan diketahui oleh perawat ruangan atau CI, pasien dan penulis.
- b. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, penulis tidak mencantumkan nama subjek pada lembar asuhan keperawatan, lembar tersebut hanya memakai inisial nama.

- c. *Confidentially* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi dari pasien dijamin oleh penulis, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan, informasi akan untuk pendidikan, dan apabila di perlukan untuk proses hukum.

d. *Beneficence*

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

e. *Justice*

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

f. *Non-maleficence*

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

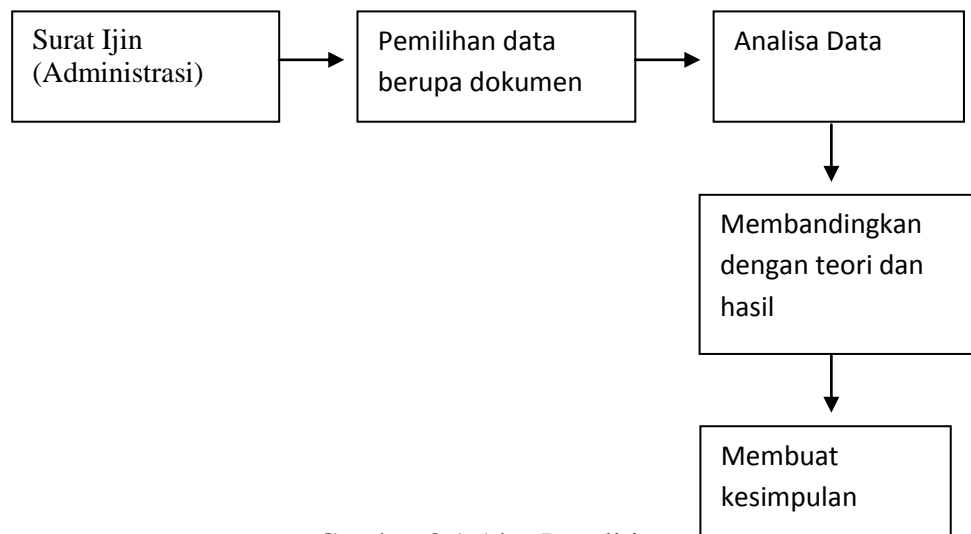
g. *Veracity*

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.

h. *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. Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Berdasarkan hasil studi dokumentasi didapatkan data bahwa responden Nn. S berjenis kelamin perempuan, usia 61 tahun, pendidikan terakhir SMA, agama islam, status perkawinan belum menikah. Pasien masuk ke Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta pada tanggal 5 Juni 2017, alasan masuk keluarga pasien mengatakan pasien putus obat selama 3 hari karena merasa kasihan kepada pasien apabila minum obat pasien hanya tidur terus, setelah itu muncul gejala berkali – kali pasien menyalakan kompor (resiko membakar rumah) dan air, tidak bisa tidur selama 3 hari, mengumpulkan sampah dan mencoret – coret buku, kemudian dibawa oleh keluarga ke Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta. Dari hasil tersebut pasien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta di Wisma Drupadi dengan diagnosa F.20.3 .

Menurut data pengkajian pasien mengatakan mandi 1 kali sehari karena cuacanya dingin, ganti pakaian 1 kali sehari, dan pasien mengatakan jika kaki kanan dan kai kiri serta pergelangan tangan kiri gatal-gatal. Saat pengkajian pasien tampak menggaruk-garuk kulitnya, rambut berantakan, kuku pendek, terdapat hiasan yang tidak sesuai di baju, pakaian tidak rapi, dan memakai 2 baju. Pasien mengatakan suara bisikan yang mengajaknya untuk berdoa, jangan nakal, jangan menangis dan menyuruhnya istirahat jika lelah dan pasien mengikuti

suara – suara yang didengar, pasien mengatakan jika halusiasinya sering muncul tiap waktu terutama saat malam hari, pasien tampak tertawa sendiri saat dilakukan pengkajian. Pasien mengatakan sehari makan 3 kali sesuai porsi yang diberikan rumah sakit dengan berat badan terakhir 87kg, IMT 40,0. Pasien mengatakan sudah masuk RSJ dua puluh enam kali, keluarga pasien mengatakan pasien tidak minum obat karena kasian melihat pasien apabila pasien minum obat pasien hanya bisa tidur terus.

Masalah keperawatan yang muncul pada kasus Nn.S meliputi gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran, ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan management kesehatan, dan defisit perawatan diri mandi : berhias.

Dengan diagnosa defisit perawatan diri diberikan asuhan keperawatan. Perencanaan dari diagnosa tersebut mengacu pada tujuan, tujuan panjangnya adalah klien mampu melakukan perawatan diri/memenuhi kebutuhan personal hygiene. Tujuan pendeknya adalah klien menyebutkan manfaat kebersihan diri/mandi, klien memutuskan untuk mandi/melakukan kebersihan diri, klien bersedia mandi (dengan atau tanpa bantuan), tubuh klien tidak bau, kebersihan kulit terjaga. Perencanaan tindakan yang dilakukan adalah monitor kemampuan klien melakukan perawatan diri secara mandiri, identifikasi bersama klien hambatan yang dialami klien dalam perawatan diri, diskusikan bersama klien keuntungan/manfaat kebersihan diri, bantu klien

menentukan tindakan untuk mandi/kebersihan diri, sediakan peralatan mandi yang cukup, berikan bantuan sampai klien dapat mandiri dalam perawatan dirinya, evaluasi perasaan klien setelah mandi, berikan reinforcement kemajuan klien dalam melakukan kebersihan diri.

Tindakan keperawatan yang pertama bantu perawatan diri dari data hari pertama yang dilakukan yaitu memonitor kemampuan klien melakukan perawatan diri mandi, mengidentifikasi bersama klien hambatan yang dialami klien dalam perawatan diri, mendiskusikan bersama klien keuntungan/manfaat kebersihan diri, membantu klien mandi/kebersihan diri, memonitor/identifikasi hambatan klien dalam berpakaian dan berhias, mengajari klien untuk mengenakan baju dan memasang kancing dengan benar. Pada hari kedua memonitor kemampuan klien melakukan perawatan diri secara mandiri, memberikan bantuan sampai klien dapat mandiri dalam perawatan dirinya, membantu klien dalam berpakaian/berhias dan menyisir rambut, mendorong klien untuk mengenakan baju dan memasang kancing dengan benar, memberikan reinforcement terhadap kemajuan klien dalam melakukan kebersihan diri.

Tindakan keperawatan yang kedua adalah bantu perawatan diri : berpakaian dan berhias meliputi monitor kemampuan klien dalam berpakaian dan berhias, monitor/identifikasi adanya kemunduransensori kognitif, dan psikomotor yang menyebabkan klien mempunyai kesulitan dalam berpakaian dan berhias, diskusikan

dengan klien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias, gunakan komunikasi/instruksi yang mudah dimengerti klien untuk mengakomodasikan keterbatasan kognitif klien, sediakan baju bersih dan sisir jika mungkin bedak, parfume, dll, dorong klien untuk mengenakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar, berikan bantuan kepada klien jika perlu, evaluasi perasaan setelah mampu berpakaian dan berhias, dan berikan reinforcement atas keberhasilan klien berpakaian dan berhias.

Hasil pelaksanaan tersebut mendapatkan hasil evaluasi bahwa pasien mengerti cara melakukan perawatan diri mandi dan pasien akan mandi. Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian.

B. Pembahasan

Dari hasil studi dokumentasi pada bagian pengkajian didapatkan data klien berusia 61 tahun. Menurut penelitian Sri Andayani (2012) tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum yang meliputi : mandi, berpakaian, mandi dan eliminasi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Parendrawati (2008) bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan perawatan diri pada klien dengan defisit perawatan diri.

Data pengkajian penelitian yang sejalan adalah penelitian yang dilakukan oleh Kaunang (2015) bahwa terdapat hubungan kepatuhan

minum obat dengan prevalensi kekambuhan pada pasien skizofrenia yang berobat jalan. Hal ini sesuai dengan data bahwa keluarga Nn.S tidak memberikan obat pada pasien selama 3 hari, sehingga muncul gejala kambuh pada pasien.

Dalam data pengkajian yang didapat terdapat peran keluarga yaitu memberikan obat untuk Nn.S namun selama 3 hari pasien putus obat karena keluarga merasa kasihan pada pasien jika pasien minum obat pasien hanya tidur terus, hal ini sesuai dengan penelitian (Fitra Sandy M, 2013) bahwa terdapat faktor kepatuhan mengkonsumsi obat terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dan terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia. Sehingga terdapat peningkatan tanggung jawab keluarga, tanggung jawab emosioal termasuk berusaha untuk menjaga keluarga utuh, pemantauan yang terus menerus terhadap keadaan mental dari anggota keluarga, dan penyediaan intervensi yang mendukung. Tanggung jawab keluarga meliputi pemantauan keuangan, kepatuhan pengobatan, penyediaan makanan, tempat tinggal, bantuan transportasi, dan biaya kesehatan kunjungan kesehatan mental (McAuliffe, 2009 dalam PH, Hermanto, Pratama,2018).

Sesuai dengan hasil studi dokumentasi bahwa pada pasien tampak rambut berantakan, kuku pendek, pakaian tidak rapi, mandi sehari sekali, ganti pakaian sehari sekali, terdapat hiasan tidak sesuai di baju. hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan Yusuf (2015) bahwa

lingkup defisit perawatan diri meliputi tidak ada keinginan mandi secara teratur, penampilan tidak rapi, tidak menyisir rambut.

Berdasarkan data tersebut penulis merumuskan diagnosis defisit perawatan diri, menurut NANDA (2017) batasan karakteristik untuk menegakkan diagnosis defisit perawatan diri meliputi ketidakmampuan mengakses kamar mandi, ketidakmampuan mengeringkan tubuh, ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi, ketidakmampuan menjangkau sumber air, ketidakmampuan mengatur air mandi, dan ketidakmampuan membasuh tubuh. Berdasarkan (SDKI, 2017) definisi defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Penyebab yang sesuai dengan kasus adalah gangguan psikologis dan/psikotik gejala objektif minat melakukan perawatan diri berkurang. Penyebab defisit perawatan diri pada klien Nn.S sesuai dengan teori menurut (SDKI, 2017) karena klien terdapat gangguan psikologis.

Stres merupakan suatu usaha dari tubuh untuk menyesuaikan diri baik secara fisik maupun jiwa dengan keadaan sekitarnya apabila tidak dapat mengatasinya maka akan timbul gangguan jasmani, perilaku maupun gangguan jiwa (Maramis, 2010). Sehingga pada pasien dengan gangguan jiwa akan muncul diagnosa penyerta lain. Pada klien Nn.S terdapat diagnosa keperawatan penyerta lain meliputi gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran, ketidakseimbangan nutrisi

lebih dari kebutuhan tubuh, dan ketidakefektifan manajemen kesehatan pada Nn.S.

Pada Nn.S terdapat diagnosa lain yaitu gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran (menurut Stuart dan Sudeen, 1998) dalam buku NANDA 2015 seseorang mengalami halusinasi biasanya memperlihatkan gejala – gejala yang khas. Gejala tersebut yaitu : Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menarik diri, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, bertindak seolah-olah dipenuhi sesuatu yang mengasyikkan, respon verbal yang lambat, diam, peningkatan sistem saraf otonom yang menunjukkan ansietas misalnya peningkatan nadi, pernafasan, dan tekanan darah, kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain, perilaku menyerang teror seperti panik, sangat potensial melakukan bunuh diri dan membunuh orang lain.

Diagnosa ketidakefektifan management kesehatan pada Nn.S dibuktikan dengan data sudah dua puluh enam kali Nn.S masuk RSJ dan keluarga mengatakan pasien tidak minum obat karena merasa kasihan pada pasien apabila pasien minum obat pasien hanya tidur terus. Sesuai dengan definisi ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga dalam buku NANDA (2015) bahwa pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelnya tidak tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan tertentu.

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh didapatkan IMT Nn.S 40,4. Dimana ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh adalah kondisi ketika individu mengalami atau berisiko mengalami kenaikan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang melebihi kebutuhan metabolik (Carpenito, 2012). Dengan IMT 40,0 itu masuk ke obesitas berat badan yang sudah melebihi kebutuhan metabolik dan harus dilakukan intervensi keperawatan.

Klien Nn.S mendapatkan terapi obat Risperidone 2 mg, THP 2mg, dan Cholestyramin 25mg. Terdapat banyak faktor kemungkinan klien bisa obesitas salah satu kemungkinannya sesuai dengan penelitian (Indah, 2019) bahwa prevalensi responden yang menjadi obesitas setelah mengkonsumsi antipsikotik atipikal adalah sebanyak 78,9% dan prevalensi responden yang menggunakan antipsikotik atipikal berdasarkan lama penggunaan antipsikotik atipikal tertinggi pada pemakaian lebih dari 12 bulan yaitu 100% .

Perencanaan yang dilakukan kepada partisipan Nn.S selama 5 kali pertemuan yang mengacu pada tujuan yang sudah ditetapkan penulis. Tujuan panjangnya adalah klien mampu melakukan perawatan diri/memenuhi kebutuhan personal hygiene. Tujuan pendeknya adalah klien mampu menyebutkan manfaat kebersihan diri/mandi, klien memutuskan untuk mandi/melakukan kebersihan diri, klien bersedia mandi (dengan atau tanpa bantuan), tubuh klien tidak bau, kebersihan

kulit terjaga. Menyatakan bahwa perencanaan keperawatan adalah metode pemberian perawatan langsung pada pasien (Sutejo, 2017).

Hasil studi dokumentasi tindakan yang dilakukan klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, klien mengetahui hambatannya dalam melakukan perawatan diri, klien dapat mengetahui keuntungan/manfaat kebersihan diri, dan klien dapat mengenakan baju dan memasang kancing dengan benar. Tindakan yang dilakukan Tupen 1 meliputi : memonitor kemampuan klien melakukan perawatan mandi, mengidentifikasi bersama klien dalam perawatan diri, mendiskusikan bersama klien keuntungan/manfaat kebersihan diri, membantu klien untuk mandi/kebersihan diri, memonitor/identifikasi hambatan klien dalam berpakaian dan berhias, mengajari klien untuk mengenakan baju dan memasang kancing dengan benar.

Menurut Damaiyanti, M & Iskandar (2012), evaluasi dilakukan setelah kegiatan implementasi yaitu mengevaluasi kembali yang telah dilakukan oleh perawat kepada pasien. Hasil evaluasi selama 2 kali pertemuan yang diperoleh dari partisipan Nn.S dengan masalah defisit perawatan diri adalah teratasi sebagian bahwa pasien sudah memutuskan untuk melakukan kebersihan diri dan berhias. Menurut Kusumawati dan Hartono (2010) bahwa evaluasi proses yang berkelanjutan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari studi dokumentasi didapatkan hasil meliputi pengkajian utama yakni pasien bernama Nn.S dan Nn.S mengatakan mandi sehari sekali, ganti pakaian sehari sekali dari data tersebut menunjukkan bahwa diagnosis pasien yang muncul adalah defisit perawatan diri diagnosis lain yang menyertai ada tiga diantaranya gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran, ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh, dan ketidakefektifan manajemen kesehatan pada Nn.S . Implementasi yang sudah dilakukan pada Nn.S yaitu SP1. Evaluasi bahwa pasien Nn.S tampak kooperatif, antusias terhadap penjelasan yang diberikan dan pasien memutuskan untuk melakukan kebersihan diri dan berhias.

B. Saran

Berdasarkan hasil studi dokumentasi dalam melakukan asuhan keperawatan pada Nn.S dengan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri maka penulis mencoba untuk memberikan saran yang bersifat membangun, diantaranya sebagai berikut:

1. Pasien

Diharapkan bagi pasien mampu mempertahankan dan meningkatkan perkembangan kondisi saat ini dan mempraktekan yang sudah diajarkan, juga bisa mengikuti semua kegiatan yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta.

2. Keluarga pasien

Diharapkan keluarga pasien dapat mendukung kesembuhan pasien dengan melanjutkan memberikan obat rutin, mengantar kontrol ke rumah sakit.

3. Perawat Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

Diharapkan bagi perawat khususnya di wisma Drupadi dapat meningkatkanmendampingi dan merawat terutama pada pasien dengan defisit perawatan diri.

4. Institusi Akper YKY Yogyakarta

Diharapkan Akper YKY Yogyakarta dapat tetap menjadi wadah untuk menimba ilmu pengetahuan terutama asuhan keperawatan khususnya ilmu keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Direja, Ade Hermawan Surya. (2013). *Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Kementrian Kesehatan. (2018). *Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpulan Data*. Jakarta : Badan Litbangkes, Depkes RI. 2018.
- Eko, P. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Nuha Medika
- Darmawan, Deden. (2013). *Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Sujeto. (2018). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Kaplan & Sadock, (2015). *Synopsis Of Psychiatry : Behavioral Scienes/Clinical/Psychiatri.Eleven Edition*
- Keliat, B.A .(20). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas :CMHN (BASIC COURSE)*. Jakarta :EGC
- Carpenito, L.J.(2012).*Diagnosis Keperawatan : Bukusaku / Lynda juall Carpenitomoyet; alihbahasa, Fruriolina Ariani, EstuTiar; editor edisibahasaIndonesia, Ekaanisa Mardela ... [et al] – Edisi 13 – Jakarta : EGC*
- Damaiyanti, Mukhriyah dan Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.Bandung : Refika Aditama
- Khaeriyah, Sujarwo, Supriyadi. (2013). *Pengaruh Komunikasi Terapeutik (SP 1- Terhadap Kemauan dan Kemampuan Personal Hygiene Pada KlienDefisit Perawatan Diri di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang*.Skripsi. STIKES Tlogorejo Semarang.
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi10* editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik KeperawatanProfesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan IndonesiaDefinisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

Saputri Anita Dwi. (2017). Asuhan Keperawatan pada Klien Nn.S dengan Defisit Perawatan Diri di Wisma Drupadi RSJ Grhasia Yogyakarta

LAMPIRAN

JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Studi Pendahuluan																								
2	Penyusunan Proposal																								
3	Seminar Proposal																								
4	Penyusunan KTI																								
5	Seminar KTI																								

Keterangan :

1. Studi Pendahuluan : 3 Februari 2020
2. Penyusunan Proposal : 4 – 25 Februari 2020
3. Seminar Proposal : 25 Februari 2020
4. Penyusunan KTI : 13 April – 13 Juni 2020
5. Seminar KTI : 29 Juni – 04 Juli 2020

