

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



Oleh :
TRI OKFIA
NIM: 2317034

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2020

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

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

TRI OKFIA
NIM: 2317034

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tri Okfia

NIM : 2317034

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 bahwa merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

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

Yogyakarta, 01 Juni 2020

Pembuat Pernyataan

Tri Okfia

NIM : 2317034

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

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper “YKY”
Yogyakarta Pada tanggal 01 Juli 2020

Dewan Penguji :	Tanda Tangan
Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep
Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep
Prastiwi Puji Rahayu, S.Kep.Ns.M.Kep.Sp.Kep.J

Mengesahkan
Direktur Akper “YKY” Yogyakarta

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

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN KEASLIAN TULISAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR ISI	Error! Bookmark not defined.
MOTTO	vii
PERSEMBAHAN	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Ruang Lingkup.....	5
E. Manfaat Studi Kasus.....	5
1. Aspek Teoritis.....	5
2. Aspek Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Teori Dasar.....	7
1. Gambaran Umum <i>Skizofrenia</i>	7
2. Gambaran Umum Defisit Perawatan Diri.....	10
3. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri	20
B. Kerangka Teori.....	322
BAB III METODE PENELITIAN	333
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	333
B. Objek Penelitian.....	333
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	333
D. Definisi Operasional.....	333
E. Instrumen Penelitian.....	344
F. Metode Pengumpulan Data.....	344
G. Analisa Data.....	344

H. Etika Studi Kasus.....	355
I. Kerangka Alur Penelitian.....	355
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	366
A. Hasil.....	366
B. Pembahasan.....	400
BAB V PENUTUP	49
A. Kesimpulan.....	49
B. Saran.....	50
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

MOTTO

Jika anda melihat ada seseorang sedang mengeluh, artinya orang tersebut sedang dalam masa kesulitan, maka hiburilah dengan memberikan sebuah semangat dan dukungan. Perihal ikhlas atau tidak nya hanya Allah yang mengetahui, yang orang ketahui anda sedang merasakan dan memperhatikan dalam kesulitan yang sedang di alami nya. Hal ini bukan masalah mengenai berharap kepada manusia untuk mendapatkan sebuah dukungan, namun untuk belajar memahami arti sebuah keluhan. Seperti yang telah di katakan dalam (QS.Al-Insyirah, 6-8) mengatakan “Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap”.

PERSEMBAHAN

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, dan baginda Rasul Muhammad SAW, berkat rahmat dan karunia-Mu yaAllah, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Dari semua yang penulis kerjakan dan penulis peroleh tidak luput dari do'a dan dukungan dari banyak pihak, maka dari itu penulis persembahkan hasil Karya Tulis Ilmiah ini kepada :

1. Kedua orang tua saya Bapak Suparmin dan Ibu Sri Gustiniawati tercinta, serta keluarga yang tidak pernah lelah memberikan dukungan beserta do'a dan pengorbanan yang luar biasa.
2. Pembimbing tugas akhir saya Ibu Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep dan Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep yang telah sabar membimbing saya serta dewan penguji Ibu Prastiwi Puji Rahayu, Ns.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.J sehingga dapat terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Sahabat-sahabatku Lela Fulaela, Ike Erlita, Arlita, Zami'ah Elfa Rini, Venti Nur Khasanah, Mita Vika Ningrum, Nurul Atifah, Yessi Cahya A, dan Ummi Nadhiroh yang selalu mendukung satu sama lain dan memberi semangat.
4. Teman berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini Ade Tri Kurnia, Kola Ramada, Yahya, serta Karen Meilani yang selalu membantu dan menguatkan.
6. Keluarga besar kelas A dan teman seperjuangan Akper YKY angkatan ke-23, terimakasih atas kenangan yang sudah dilalui selama 3 tahun ini.
7. Almamater tercinta Akper "YKY" Yogyakarta yang telah menuntutku sehingga mempunyai ilmu yang bermanfaat.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Studi Dokumentasi pada Pasien *Skizofrenia* dengan Defisit Perawatan Diri”.

Karya Tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi Tugas Akhir Program Ahli Madya Keperawatan. Tidak lupa, penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Tri Arini S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan karya tulis ini.
2. Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep selaku dosen penguji dan dosen pembimbing 1 yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep selaku dosen penguji dan dosen pembimbing 2 yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Prastiwi Puji Rahayu, Ns.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.J selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Suparmin dan Sri Gustiniawati selaku orang tua penulis yang tiada henti selalu memberikan dukungan, do’a dan semangat kepada penulis.

6. Seluruh dosen Akper YKY Yogyakarta yang telah memberikan ilmunya kepada penulis selama 3 tahun ini.

7. Teman-teman seperjuangan dan semua pihak yang telah membantu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembacanya.

Yogyakarta, 01 Juni 2020

Penulis

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon Masalah.....	22
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	32
Gambar 3.2 Alur Penelitian.....	35

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	33
-------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Bukti Bimbingan

Lampiran 3 Data Asuhan Keperawatan Tahun 2017

Tri Okfia. (2020). Studi Dokumentasi pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*

Pembimbing : Nunung Rachmawati dan Tenang Aristina

ABSTRAK

Fenomena gangguan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius untuk di cermati. Terdapat sekitar 21 juta orang mengalami gangguan jiwa berat. Pasien dengan gangguan jiwa cenderung akan mengalami masalah pada kebersihan diri nya. Masalah ini jangan di anggap remeh karena akan menimbulkan dampak yang dapat di alami oleh pasien. Dampak yang akan terjadi jika pasien tidak tertangani yaitu berupa dampak fisik dan psikososial. Contoh dampak fisiknya yaitu rusak nya membran mukosa bibir, gangguan integritas kulit, infeksi pada mata maupun telinga. Sedangkan dampak psikososialnya yaitu gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan di cintai mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan pada interaksi sosial. Tujuan penulisan studi dokumentasi dalam Karya tulis Ilmiah ini yaitu untuk mengetahui gambaran pada pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia* dan mengetahui mengenai pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi keperawatan pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan Skizofrenia. Pada studi dokumentasi ini menggunakan metode deskriptif kualitatif yang menggambarkan suatu kasus dan memanfaatkan laporan asuhan keperawatan Defisit Perawatan Diri pada Pasien dengan Skizofrenia pada tahun 2017, karena dokumen yang dipilih di sesuaikan dengan masalah defisit perawatan diri dan Skizofrenia. Hasil yang di dapatkan dari studi dokumentasi ini yaitu pada setiap proses keperawatan yang di lakukan oleh Sdr O sudah sesuai dengan teori yang telah ada. Kesimpulan dari studi dokumentasi ini yaitu di dapatkan gambaran defisit perawatan diri dan proses asuhan keperawatan dengan hasil pasien sudah mampu menggunakan peralatan mandi yang di sediakan dan pasien mengatakan sudah lebih percaya diri karena mampu berhias dan berpakaian dengan benar.

Kata Kunci : Defisit Perawatan Diri, Skizofrenia, Studi Dokumentasi.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Fenomena gangguan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius untuk di cermati. Menurut data WHO pada tahun 2016 secara keseluruhan sekitar 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang mengalami gangguan bipolar, 47,5 juta orang mengalami demensia, dan 21 juta orang mengalami gangguan jiwa berat.

Berdasarkan data Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan bahwa gangguan jiwa berat yang cukup banyak berada di Indonesia dengan prevelensi 7,1%. Kemudian, prevalensi jumlah penduduk di Daerah Istimewa Yogyakarta yang menderita gangguan jiwa berat sebesar 15,3%. Secara rinci jumlah tertinggi penderita pada gangguan jiwa berat berada di daerah Kabupaten Kulon Progo dengan jumlah sebesar 10,20%, Kabupaten Bantul 2,53%, Kota Yogyakarta 3,22%, Kabupaten Gunungkidul 2,89%, dan terendah berada di daerah Kabupaten Sleman sebesar 6,91%. Dari data prevelensi di atas maka dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa harus menjadi sorotan bagi kita semua (petugas kesehatan, masyarakat, bahkan keluarga) terutama di Daerah Istimewa Yogyakarta. Masalah gangguan jiwa yang menjadi permasalahan kesehatan di seluruh dunia salah satunya adalah *Skizofrenia* (Sutinah, 2019).

Skizofrenia merupakan suatu penyakit neurologis yang dapat mempengaruhi persepsi, emosi, cara berfikir, bahasa, dan perilaku sosial pasien (Suryana, 2011). Gejala pasien pada *skizofrenia* seperti, suka berbicara sendiri, jalan mondar mandir, sering tersenyum sendiri, mata melihat kekanan dan kekiri, sering mendengar suara-suara bahkan sering mengabaikan untuk melakukan perawatan diri atau bisa di sebut juga dengan defisit perawatan diri (Madalie, 2015).

Defisit perawatan diri merupakan keadaan seseorang yang mengalami kesulitan dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian/berhias, makan, dan BAB/BAK (*toileting*) (Pinedendi, 2016). Pasien dengan gangguan jiwa cenderung akan mengalami masalah pada kebersihan dirinya, hal ini di karenakan kurangnya respon terhadap *personal hygiene*. Pasien yang mengalami masalah pada defisit perawatan diri akan menimbulkan dampak.

Menurut Dermawan & Rusdi (2013), dampak yang terjadi pada pasien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri yaitu gangguan pada fisik dan psikososial. Contoh dampak fisik yaitu terjadinya kerusakan pada integritas kulit, kuku, dan membran mukosa bibir. Sedangkan contoh dari dampak psikososial yaitu gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan di cintai mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan pada interaksi sosial seperti pengucilan oleh masyarakat.

Oleh sebab itu, dibutuhkan peran perawat dalam menangani pasien dengan masalah defisit perawatan diri. Perawat dapat mengajarkan dan memberikan pengetahuan terhadap pasien mengenai pentingnya melakukan perawatan diri secara bertahap. Kemudian pasien di jelaskan cara melakukan aktivitas perawatan diri nya seperti, mandi, berhias, makan, dan BAB/BAK (*toileting*) secara benar (Keliat & Pawirowiyono, 2015).

Tidak hanya perawat, keluarga juga memiliki peran penting pada klien *skizofrenia* dengan masalah perawatan diri. Selain biaya perawatan yang tinggi, klien juga membutuhkan perhatian dan dukungan dari masyarakat terutama keluarga, sedangkan pengobatan gangguan jiwa membutuhkan waktu yang relatif lama, dengan resiko kekambuhan jika putus obat (Suhita, 2016). Menurut Friedman (2010), menyatakan bahwa tugas kesehatan keluarga meliputi, dapat mengenal masalah kesehatan, mampu membuat keputusan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dengan ini keluarga di harapkan dapat memberikan dukungan, rasa aman dan kehangatan bagi klien *skizofrenia* terutama klien dengan masalah defisit perawatan diri. Dengan melalui penerimaan terhadap anggota keluarga yang sakit, dan tanpa unsur menyalahkan, mengkritik, membanding-bandingkan, atau mengucilkan, maka keluarga akan menjadi kontributor utama pada proses pemulihan klien (Hartanto, 2018).

Dari penjelasan di atas maka dapat disimpulkan bahwa, klien gangguan jiwa membutuhkan kebutuhan seperti mandi, makan, berpakaian, dan kebutuhan toileting. Jika keluarga ikut berperan serta dalam defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa, maka kondisi pasien lambat laun akan membaik, karena pasien mendapatkan perhatian dari anggota keluarganya.

Berdasarkan latar belakang dan tingkat *urgentitas* di atas maka, penulis tertarik untuk meneliti dan mengangkat masalah ini dalam studi kasus dengan judul “Studi Dokumentasi pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dirumuskan perumusan masalah “Bagaimana Gambaran pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*?”.

C. Tujuan Studi Kasus

Tujuan dari studi kasus ini terbagi menjadi dua, yaitu :

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran pada Pasien *Skizofrenia* dengan Defisit Perawatan Diri.

2. Tujuan Khusus

Mengetahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*.

- b. Hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosis keperawatan pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*.
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*.
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*.
- e. Hasil studi dokumentasi mengenai Evaluasi dan pendokumentasian pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*.

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Jiwa. Materi yang dibahas adalah Gambaran Studi Dokumentasi pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia* yang menggunakan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus tahun 2017.

E. Manfaat Studi Kasus

1. Aspek Teoritis

Memberikan informasi ilmiah tentang Gambaran Studi Dokumentasi pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*.

2. Aspek Praktis

a. Bagi Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Menjadi sebagai referensi untuk menambah pengetahuan dan pengalaman nyata khususnya dalam bidang ilmu keperawatan jiwa.

b. Bagi Penulis Selanjutnya

Mendapatkan pengalaman nyata dalam mengaplikasikan teori asuhan keperawatan pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Dasar

1. Gambaran Umum *Skizofrenia*

a. Definisi

Skizofrenia berasal dari kata “*Skizo*” artinya retak atau pecah, dan “*frenia*” artinya jiwa. Dengan demikian orang yang mengalami gangguan jiwa *Skizofrenia* merupakan orang yang mengalami keretakan dalam jiwa atau kepribadiannya (Hawari, 2014). Sedangkan menurut Suryana (2011), *skizofrenia* merupakan penyakit neurologis yang dapat mempengaruhi persepsi, emosi, cara berfikir, bahasa, dan perilaku sosialnya klien.

b. Etiologi

Menurut Hawari (2014), faktor penyebab dari skizofrenia adalah terjadi karena adanya faktor genetik/pembawa sifat dari keluarga, virus atau infeksi selama kehamilan yang mengganggu perkembangan otak janin, menurunnya auto-antibody yang disebabkan infeksi selama kehamilan. Dan kekurangan gizi berat pada kehamilan trimester pertama.

c. Tanda dan Gejala

Menurut Julianto (2008) dalam Purwanti (2017), tanda awal pada klien dengan *skizofrenia* adalah mudah curiga, depresi, cemas, tegang,

mudah marah, mudah tersinggung, gangguan tidur, gangguan makan dan perasaan mudah berubah.

Adapun gambaran perilaku *skizofrenia* yang lainnya antara lain, klien merasa kehilangan akal, tidak memperdulikan kerapian dirinya, berpakaian atau berdandan *eksentrik*, tampak mondar mandir, berdiam diri (apati), bahkan terkadang ada yang menunjukkan alat kelaminnya.

Menurut Hawari (2014), gejala pada klien dengan *skizofrenia* dapat di bagi menjadi 2 kelompok, yaitu:

1) Gejala Positif

a) Delusi atau Waham

Merupakan suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah di buktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, tetapi penderita tetap meyakini kebenarannya.

b) Halusinasi

Merupakan pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar suara-suara /bisikan di telinga nya padahal tidak ada sumber dari suara.

c) Kekacauan alam pikir

Dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misal bicara nya kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.

d) Gaduh gelisah, tak dapat diam, agresif, mondar mandir, gembira berlebihan dan bicara dengan semangat.

- e) Pikiran penuh dengan kecurigaan, seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
 - f) Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu dan serba hebat.
 - g) Menyimpan rasa permusuhan.
- 2) Gejala Negatif
- a) Alam perasaan (*affect*), dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
 - b) Kehilangan dorongan kehendak, tidak ada inisiatif, tidak ada upaya usaha dan usaha, monoton, tidak ada spontanitas, serta tidak ingin apa-apa dan malas (kehilangan nafsu).
 - c) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
 - d) Menarik diri atau mengasingkan diri, tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.
 - e) Sukar diajak bicara dan pendiam.
 - f) Sulit dalam berfikir abstrak.
 - g) Pola pikir stereotip.

d. Tipe atau Kelompok *Skizofrenia*

Menurut Hawari (2014), tipe atau kelompok *skizofrenia* terdiri dari:

1) *Skizofrenia* Hebefrenik

Di tandai dengan gejala *inkoherensi* (jalan pikir yang kacau), alam perasaan datar tanpa ekspresi serta tidak serasi, tertawa kekanak-

kanakan merasa puas sendiri, senyum yang di hayati sendiri, waham, halusinasi, dan perilaku aneh.

2) *Skizofrenia Katatonik*

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

3) *Skizofrenia Paranoid*

Gejalanya meliputi waham, halusinasi, gangguan alam perasaan dan perilaku.

4) *Skizofrenia Residual*

Tipe ini merupakan gejala *skizofrenia* yang tidak begitu menonjol. Gelajanya misal alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi, penarikan diri dari pergaulan sosial.

5) *Skizofrenia* tak tergolongkan

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

2. Gambaran Umum Defisit Perawatan Diri

a. Definisi

Menurut Dermawan & Rusdi (2013), Perawatan diri merupakan kemampuan dasar individu untuk memenuhi kebutuhannya dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kesehatannya. Individu atau klien dapat di nyatakan terganggu

pada perawatan diri nya jika tidak dapat melakukan perawatan diri secara mandiri.

Defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang mengalami kelainan dalam kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri (Sutejo, 2018).

b. Etiologi

Menurut Tarwanto & Wartolah (2003) dalam Dermawan & Rusdi (2013), penyebab dari kurangnya perawatan diri adalah akibat kelelahan pada fisik dan penurunan kesadaran.

Penyebab dari kurangnya perawatan diri menurut Depkes (2002) dalam Dermawan & Rusdi (2013) adalah sebagai berikut:

1) Faktor predisposisi

a) Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

b) Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.

c) Kemampuan realitas turun

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

d) Sosial

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

2) Faktor presipitasi

Faktor perisipitasi pada defisit perawatan diri merupakan kurang penurunan motivasi, kurang kognisi atau perceptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

Menurut Depkes (2000) dalam Dermawan & Rusdi (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* adalah sebagai berikut:

a) *Body image*

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

b) Praktik sosial

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

c) Status sosial ekonomi

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakan.

d) Pengetahuan

Pengetahuan pada *personal hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dan dapat meningkatkan kesehatan.

e) Budaya

Pada pandangan sebagian masyarakat bahwa jika individu sakit tidak boleh untuk di mandikan.

f) Kondisi fisik atau psikis

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

g) Kebiasaan seseorang

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

c. Dampak Defisit Perawat Diri

Dampak yang terjadinya pada masalah defisit perawatan diri menurut Dermawan & Rusdi (2013), adalah sebagai berikut:

1. Dampak fisik

Gangguan fisik/dampak dari seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan diri dengan baik, maka yang sering terjadi adalah: gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

2. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

d. Jenis-jenis Perawatan Diri

Menurut Nurjanah (2004) dalam Dermawan & Rusdi (2013), menyebutkan bahwa defisit perawatan diri mempunyai beberapa jenis, yaitu:

1) Kurang perawatan diri: mandi/kebersihan

Kurang perawatan diri mandi merupakan gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas/kebersihan diri.

2) Kurang perawatan diri mengenakan pakaian/berhias

Merupakan gangguan kemampuan untuk memakai pakaian dan aktivitas berdandan sendiri.

3) Kurang perawatan diri: makan

Kurang perawatan diri makan merupakan gangguan kemampuan seseorang untuk menunjukkan aktivitas makan.

4) Kurang perawatan diri: toileting

Adalah gangguan ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas toileting sendiri.

e. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada pasien dengan defisit perawatan diri adalah sebagai berikut Depkes (2000) dalam Dermawan & Rusdi (2013).

1) Fisik

- a) Badan bau, pakaian kotor
- b) Rambut dan kulit kotor
- c) Kuku panjang dan kotor
- d) Gigi kotor di sertai dengan mulut bau
- e) Penampilan tidak rapi

2) Psikologis

- a) Menarik diri, isolasi sosial
- b) Merasa tak berdaya, merasa hina, dan merasa rendah diri
- c) Menjadi malas dan tidak ada inisiatif

3) Sosial

- a) Dalam melakukan kegiatan menjadi kurang
- b) Interaksi kurang
- c) Tidak mampu berperilaku sesuai norma
- d) Cara makan menjadi tidak teratur, gosok gigi dan mandi tidak dapat secara mandiri, *toileting* seperti: BAB dan BAK di sembarang tempat (Dermawan & Rusdi, 2013).

f. Lingkup Defisit Perawatan Diri

Menurut Sutejo (2018) lingkup defisit perawatan diri ada 4, yaitu:

1) Kebersihan diri

Klien tidak ada keinginan untuk melakukan mandi secara teratur pakaian jadi kotor sehingga akan menyebabkan bau badan, bau napas, dan penampilan menjadi tidak rapi.

2) Berdandan atau berhias

Kurang minat memilih pakaian yang sesuai untuk dipakai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.

3) Makan

Klien/individu mengalami kesulitan untuk mengambil makanan, serta ketidakmampuan untuk membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap dari piring.

4) *Toileting*

Tidak ada keinginan atau kemauan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan.

g. Batasan karakteristik

NANDA (2018), Batasan karakteristik pada tiap lingkup meliputi:

1) Defisit perawatan diri: mandi

Defisit perawatan diri: mandi merupakan ketidakmampuan melakukan pembersih diri secara mandiri.

Batasan karakteristiknya meliputi:

- a) Ketidakmampuan mengakses kamar mandi
- b) Ketidakmampuan menjangkau sumber air
- c) Ketidakmampuan mengeringkan tubuh
- d) Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi
- e) Ketidakmampuan mengatur air mandi
- f) Ketidakmampuan membasuh tubuh

2) Defisit perawatan diri: berpakaian

Defisit perawatan diri: berpakaian merupakan ketidakmampuan untuk mengenakan atau melepas pakaian secara mandiri.

Batasan karakteristik :

- a) Hambatan memilih pakaian
- b) Ketidakmampuan mengancingkan pakaian
- c) Ketidakmampuan memadupadankan pakaian
- d) Hambatan mempertahankan penampilan
- e) Hambatan mengambil pakaian
- f) Hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah
- g) Hambatan mengenakan atribut pakaian
- h) Ketidakmampuan melepaskan atribut pakaian
- i) Hambatan menggunakan alat bantu
- j) Hambatan menggunakan retsleting

3) Defisit perawat diri: makan

Defisit perawat diri: makan merupakan ketidakmampuan makan secara mandiri

Batasan karakteristik defisit perawatan diri: makan meliputi:

- a) Ketidakmampuan memasukkan makanan ke mulut
- b) Ketidakmampuan mengunyah makanan
- c) Ketidakmampuan menempatkan makanan ke alat makan
- d) Ketidakmampuan memanipulasi makanan di dalam mulut
- e) Ketidakmampuan membuka wadah makan

- f) Ketidakmampuan mengambil cangkir
- g) Ketidakmampuan menyiapkan makanan
- h) Ketidakmampuan menghabiskan makanan secara mandiri
- i) Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang diterima
- j) Ketidakmampuan menelan makanan
- k) Ketidakmampuan menelan makanan dalam jumlah memadai
- l) Ketidakmampuan menggunakan alat bantu

4) Defisit perawatan diri: eliminasi

Defisit perawatan diri: eliminasi merupakan ketidakmampuan untuk melakukan secara mandiri tugas yang berkaitan dengan eliminasi fekal dan urine.

Batasan karakteristik dalam gangguan defisit perawatan diri ini meliputi gangguan:

- a) Ketidakmampuan melakukan *hygiene* eliminasi secara komplit
- b) Ketidakmampuan menyiram toilet
- c) Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi
- d) Ketidakmampuan mencapai toilet
- e) Ketidakmampuan naik ke toilet
- f) Ketidakmampuan untuk duduk di toilet

h. Mekanisme koping

Mekanisme koping menurut Dermawan & Rusdi (2013), meliputi regresi, penyangkalan, isolasi diri, menarik diri, dan intelektualisasi.

i. Rentang respon kognitif

Asuhan yang dapat dilakukan keluarga untuk klien yang tidak dapat merawat dirinya sendiri merupakan (Dermawan & Rusdi, 2013):

- 1) Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
 - a) Bina hubungan saling percaya
 - b) Bicarakan tentang pentingnya kebersihan diri
 - c) Kuatkan kemampuan klien untuk merawat diri
- 2) Membimbing dan menolong klien untuk merawat diri
 - a) Bantu klien merawat diri
 - b) Ajarkan ketrampilan secara bertahap
 - c) Buatlah jadwal kegiatan setiap hari
- 3) Ciptakan lingkungan yang dapat mendukung pasien
 - a) Sediakan perlengkapan untuk mandi
 - b) Dekatkan peralatan mandi supaya mudah dijangkau oleh klien
 - c) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi klien misal, kamar mandi tertutup dan yang dekat atau yang dapat dijangkau oleh pasien.

j. Peran Keluarga pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Menurut Ratna (2010), keluarga merupakan sistem pendukung utama dalam memberikan perawatan pada setiap keadaan sehat maupun sakit. Dukungan sangat penting bagi klien dengan masalah defisit perawatan diri. Ada 4 jenis dukungan dalam keluarga yaitu:

a) Dukungan secara Instrumental/fasilitas yang di perlukan pada pasien defisit perawatan diri, seperti sabun, shampo, odol, sikat gigi, handuk dan sebagainya.

b) Dukungan secara Emosional

Dukungan ini memberikan informasi dan arahan kepada klien, sehingga dapat di gunakan dalam mengatasi permasalahan yang di hadapinya seperti kebutuhan dalam kebersihan diri.

c) Dukungan secara Informasi

Dukungan ini dapat memberikan informasi kepada klien cara melakukan kebersihan diri secara benar.

d) Dukungan secara Penghargaan

Keluarga memberikan dorongan dan penghargaan kepada pasien dalam mempertahankan upaya perawatan diri pasien.

3. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

a. Pengkajian

Defisit perawatan diri pada pasien terjadi akibat adanya perubahan pada proses pikir, dan menyebabkan menurunnya kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri. Ketidakmampuan klien/individu untuk merawat kebersihan diri, seperti berhias, makan, dan eliminasi (buang air besar atau buang air kecil) secara mandiri.

Keperawatan kesehatan jiwa adalah suatu bentuk bidang spesialis keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmu dan menggunakan diri secara terapeutik. Proses keperawatan merupakan

sarana kerjasama dengan pasien, yang pada tahap awal peran perawat lebih baik dari peran perawat, sehingga kemandirian pasien dapat dicapai (Direja, 2011).

1) Data subyektif

Data yang diperoleh dari pasien, data ini dapat melalui wawancara oleh perawat kepada klien dan keluarga.

2) Data objektif

Data yang ditemukan secara nyata, data ini diperoleh melalui observasi dan pemeriksaan fisik.

Menurut Stuart dan Sundeen (2002) dalam Yusuf (2015), menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping, dan kemampuan coping yang di miliki klien merupakan aspek yang harus di gali selama proses pengkajian.

b. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data yang di peroleh, diagnosis masalah keperawatan pada masalah defisit perawatan diri meliputi, kebersihan diri mandi, berhias, makan, dan eliminasi (Sutejo, 2018).

Berikut merupakan pohon masalah pada defisit perawatan diri:



Gambar 2.1 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri

Ada tipe diagnosa keperawatan menurut Carpenito (2009) dan Herdman (2012), yaitu:

1) Aktual

Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.

2) Resiko

Menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika dilakukan intervensi.

3) Kemungkinan

Menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan.

4) *Wellness*

Keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat yang lebih tinggi.

5) *Syndrom*

Diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan aktual dan risiko tinggi yang diperkirakan muncul/timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

c. Rencana Keperawatan

Rencana dalam keperawatan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, dan mengurangi masalah pasien (Hidayat, 2010).

Perencanaan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri menurut Sutejo (2018) adalah sebagai berikut:

1) Tujuan (Tuk/Tum)

TUM: pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan sendiri

2) TUK 1: pasien dapat membina hubungan saling percaya

a) Kriteria Evaluasi: pasien menunjukkan tanda tanda dapat membina

hubungan saling percaya dengan perawat yaitu:

i. Pasien menunjukkan rasa senang

ii. Pasien bersedia berjabat tangan

iii. Pasien bersedia menyebutkan nama

iv. Ada kontak mata

v. Pasien bersedia duduk berdampingan dengan perawat

vi. Ekspresi wajah bersahabat

vii. Pasien bersedia mengutarakan masalah yang di hadapinya

b) Intervensi

Bina hubungan saling percaya (BHSP) kepada pasien dengan prinsip komunikasi terapeutik, yaitu:

i. Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal

ii. Perkenalkan diri dengan sopan

iii. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan

iv. Jelaskan tujuan pertemuan

v. Jujur dan menepati janji

vi. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya

vii. Beri perhatian pada pemulih kebutuhan dasar pasien

c) Rasional:

Kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap pasien.

3) TUK 2: Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri

a) Kriteria Evaluasi: Pasien dengan aman melakukan (kemampuan maksimum) aktivitas perawatan diri secara mandiri.

b) Intervensi:

Melatih pasien cara-cara perawatan diri dengan cara:

- i. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
- ii. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
- iv. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
- v. Melatih pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.

c) Rasional

- i. Pengetahuan dan pendidikan mengenai pendidikan yang diberikan kepada klien dapat meningkatkan motivasi klien untuk melakukan aktivitas kebersihan pada dirinya.
- ii. Menyiapkan untuk meningkatkan ke mandirian.
- iii. Bimbingan perawat akan mempermudah pasien melakukan perawatan diri secara mandiri

4) TUK 3: pasien mampu melakukan tindakan perawatan berupa berhias atau berdandan secara baik.

a) Kriteria Evaluasi:

- i. Pasien dengan aman melakukan (kemampuan maksimum) atau mempertahankan aktivitas perawatan diri berupa berhias dan berdandan.
- ii. Pasien berusaha untuk memelihara kebersihan diri, seperti mandi pakai sabun dan di siram dengan air sampai bersih, mengganti pakaian bersih sehari-hari, dan merapikan pakaian.

b) Intervensi:

- i. Melatih pasien berdandan, dengan rincian:
Untuk pasien laki –laki latihan meliputi: berpakaian, menyikat rambut, dan bercukur. Sedangkan untuk pasien wanita meliputi: berpakaian, berhias, dan menyisir rambut.
- ii. Memantau kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias.
- iii. Memonitor atau mengidentifikasi adanya kemunduran sensori kognitif dan psikomotor yang dapat menyebabkan pasien mempunyai kesulitan dalam berpakaian dan berhias.
- iv. Diskusikan dengan pasien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias.
- v. Menggunakan komunikasi /instruksi yang mudah di mengerti oleh pasien untuk mengakomodasi keterbatasan kognitif pasien.

c) Rasional

- i. Membiasakan diri untuk melakukan perawatan diri sendiri.

- ii. Bimbingan perawat akan mempermudah pasien melakukan perawatan diri secara mandiri.
 - iii. Penguatan berupa *reinforcement* dapat meningkatkan motivasi pasien.
- 5) TUK 4: Pasien mampu melakukan kegiatan makan dengan baik
- a) Kriteria Evaluasi
 - i. Kebutuhan *personal hygiene* pasien terpenuhi.
 - ii. Pasien mampu melakukan kegiatan makan secara mandiri dan tepat dengan mengungkapkan kepuasan makan.
 - b) Intervensi:
 - i. Memantau kemampuan pasien makan.
 - ii. Identifikasi bersama pasien faktor-faktor penyebab pasien tidak mau makan.
 - iii. Identifikasi adanya hambatan makan seperti pada fisiknya meliputi: kelemahan, isolasi, keterbatasan ekstermitas, emosi: depresi, manik, penurunan nafsu makan, intelektual: curiga, dan spiritual: adanya waham
 - iv. Diskusikan dengan pasien akibat kurang/tidak mau makan.
 - v. Diskusikan dengan pasien fungsi makanan bagi kesehatan.
 - vi. Menjelaskan cara mempersiapkan makan kepada pasien.
 - vii. Menjelaskan tentang *personal hygiene* tentang pola makan.
 - viii. Menjelaskan cara makan yang tertib.
 - ix. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan.

- x. Praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
 - xi. Evaluasi perasaan pasien setelah makan.
 - xii. Berikan penguatan (*reinforcement*) terhadap kemajuan pasien (misalnya: peningkatan porsi makan).
- c) Rasional
- i. Identifikasi mengenai penyebab pasien tidak mau makan dapat menentukan intervensi perawat selanjutnya.
 - ii. Pengertian tentang pentingnya melakukan perawatan diri dapat meningkatkan motivasi pasien.
 - iii. Pasien mungkin kesulitan dalam mempersiapkan, mengambil makanan sendiri, dan merapikan peralatan.
 - iv. Menambah wawasan pasien tentang *personal hygiene* makan.
 - v. Penguatan atau *reinforcement* dapat meningkatkan motivasi pasien untuk melakukan perawatan diri.
- 6) TUK 5: Mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri
- a) Kriteria Evaluasi:
- Pasien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri dalam hal BAB/BAK, seperti:
- i. mampu duduk dan turun dari toilet.
 - ii. mampu membersihkan diri setelah eliminasi secara mandiri
- b) Intervensi:
- i. Mengkaji budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.

- ii. Bantu pasien ke toilet.
- iii. Berikan pengetahuan tentang *personal hygiene* dalam kaitannya dengan *toileting*.
- iv. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai.
- v. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK.
- vi. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK.

c) Rasional:

- i. Mengetahui kebiasaan pasien dalam toileting dapat membantu perawat melakukan intervensi selanjutnya.
- ii. Hambatan mobilitas menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.
- iii. Mengetahui pentingnya *personal hygiene* bagi pasien.
- iv. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk membantu pasien.

7) TUK 6: Keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah kurang perawatan diri.

a) Kriteria Evaluasi:

- i. Keluarga dapat mengetahui defisit perawatan diri pasien dengan cara memberikan dukungan pada pasien dalam melakukan perawatan diri.

b) Intervensi

- i. Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang di butuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien.
- ii. Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat diri pasien dan membantu mengingatkan pasien dalam merawat diri (sesuai dengan yang telah pasien yang telah di sepakati).
- iii. Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri.

c) Rasional

- i. Memberikan kesempatan kepala keluarga untuk membantu pasien dan memberikan motivasi.
- ii. Keluarga sebagai sistem pendukung berperan penting dalam membantu pasien.

d. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai kondisi pasien saat ini (Damayanti & Iskandar, 2014).

e. Evaluasi

Format evaluasi untuk menilai kemampuan pasien keluarga dan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri (Dermawan dan Rusdi, 2013). Yusuf, (2015) yaitu evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi proses yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP:

S (*Subjective*): respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O (*Objective*): respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A (*Analisis*): analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P (*Planning*): tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut:

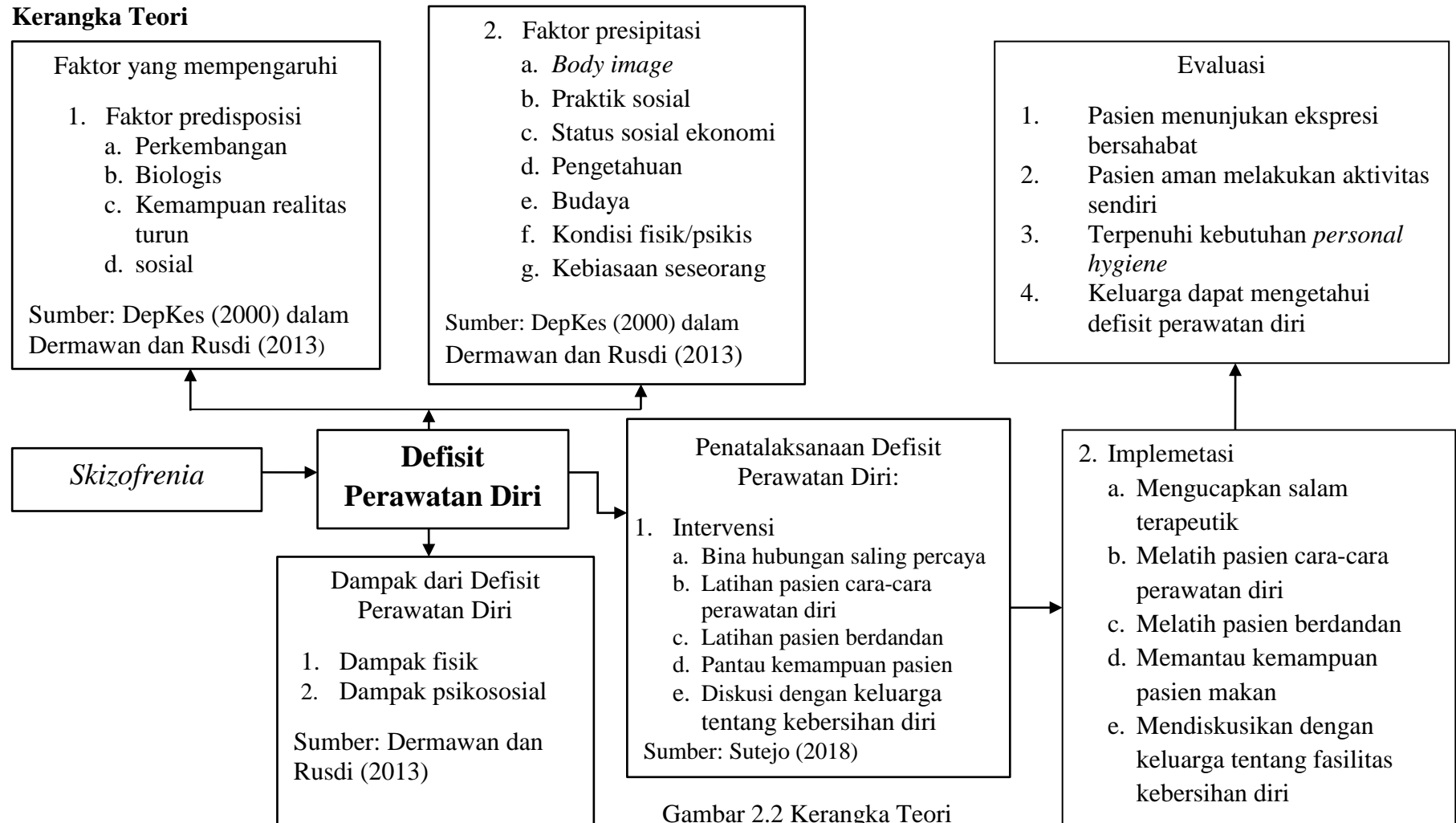
- 1) Rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah).
- 2) Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).

- 3) Rencana di batalkan (jika di temukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada).
- 4) Rencana telah selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru.

f. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat informasi yang dibutuhkan untuk menemukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan secara sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral maupun hukum (Nurjanah, 2010).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis dan rancangan dalam penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yang menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan studi dokumentasi laporan asuhan keperawatan Defisit Perawatan Diri pada Pasien Sdr O dengan *Skizofrenia* di Wisma Arjuna Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta pada tahun 2017 yang dilakukan oleh Sdr Putri Wahyuning Utami.

B. Objek Penelitian

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang telah lulus pada tahun 2017 yang dilakukan oleh Sdr Putri Wahyuning Utami.

C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari 2020 sampai dengan bulan Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1	Defisit Perawatan Diri	Adalah ketidakmampuan individu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian/berhias, <i>toileting</i> , makan.
2	<i>Skizofrenia</i>	Adalah keadaan gangguan jiwa atau keadaan proses pikir yang tidak teratur dan biasanya disertai dengan gangguan pada psikososial.

E. Instrumen Penelitian

Menurut Sugiyono (2015), penelitian kualitatif instrument nya adalah peneliti itu sendiri, dan sama hal nya pada penelitian kualitatif ini yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai human instrument yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan kemudian membuat kesimpulan atas temuannya.

F. Metode Pengumpulan Data

Adapun teknik pengumpulan data yang di gunakan 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

Tekhnik analisa data menggunakan tekhnik 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 dalam studi kasus ini meliputi:

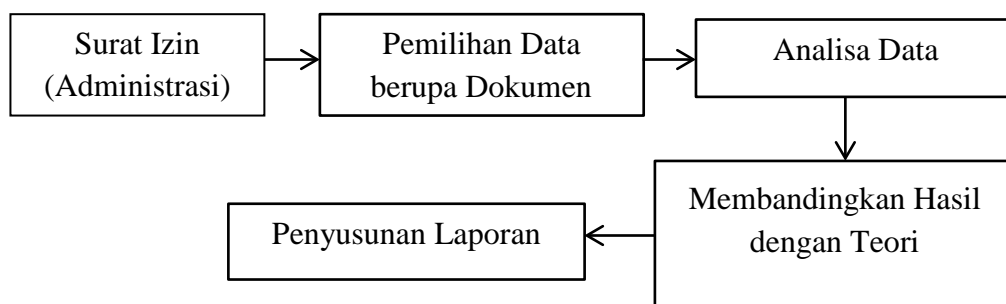
1. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang di cantumkan)

Dalam pencantuman nama pasien maupun penanggung jawab (PJ) studi kasus ini, penulis menggunakan nama dan alamat dengan inisial.

2. *Confidentially* (kerahasiaan)

Informasi dari pasien dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Peneliti mencantumkan alamat partisipan tidak secara lengkap. Informasi-informasi mengenai partisipan/klien akan digunakan hanya untuk pendidikan dan apa bila di perlukan untuk proses hukum. Kemudian untuk penyimpanan data di laptop, hardisk, maupun setelah data di print peneliti simpan dengan sebaik-baiknya (tidak di perjual belikan), hal ini peneliti lakukan untuk menjamin supaya kerahasiaan mengenai pasien maupun keluarga tetap terlindungi dan terprivasi.

I. Kerangka Alur Penelitian



Gambar 3.2 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Hasil data studi dokumentasi yang di peroleh oleh peneliti pada studi kasus yang telah di lakukan oleh Sdri Putri Wahyuning Utami berupa asuhan keperawatan Defisit Perawatan Diri pada Sdr O dengan *Skizofrenia* di Wisma Arjuna Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta selama 3 shift dalam 3 hari pada tanggal 06 Juli 2017-08 Juli 2017.

Pada hasil yang di dapatkan menggunakan 5 proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Kemudian metode pengumpulan data yang di gunakan meliputi tahap wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Pada tahap wawancara di ketahui hasil yang di dapat adalah mengenai identitas pasien yang bernama Sdr O berjenis kelamin laki-laki dan berusia 28 tahun. Sdr O menganut agama Islam, berpendidikan SMA, status perkawinannya belum menikah, Suku Bangsa Jawa Indonesia dan beralamat di Jetis Yogyakarta. Kemudian Sdr O di bawa oleh keluarga nya ke Rumah Sakit Jiwa Grhasia pada tanggal 11 Juni 2017, karena suka mengamuk di rumah, menyerang orang, tidak mau mandi, dan untuk perawatan dirinya jelek. Pasien sendiri mengatakan bahwa diri nya di bawa ke Rumah Sakit karena memiliki kebiasaan buruk seperti menumpuk sampah di rumah, sehingga keluarga menginginkan supaya bisa merubah kebiasaan buruknya. Faktor presipitasi nya adalah tekanan waktu skripsi

yang tinggal satu bulan dan pasien takut tidak bisa menyelesaikannya. Dari hasil data tersebut pasien di anjurkan untuk rawat inap dengan diagnosa medis F.20.0.

Dilihat dari dokumen, saat Sdri Putri Wahyuning Utami melakukan pengkajian mengenai perawatan diri, pasien mengatakan mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap selesai mandi kadang menyisir rambut kadang tidak, pasien mengatakan ganti pakaian sehari sekali setelah mandi dan belum mencukur jenggot, kemudian pasien tampak pakaiannya tidak rapi, gigi kotor dan bau mulut, rambut tidak rapi dan berminyak, kuku dan jenggot pasien panjang. Setelah data yang di dapat dari hasil pengkajian tersebut Sdri Putri Wahyuning Utami mendapatkan masalah diagnosa keperawatan yaitu Defisit Perawatan Diri.

Kemudian hasil dari perencanaan diagnosa yang telah di angkat tersebut mengacu pada tujuan yang akan di capai. Ada tujuan panjang dan tujuan pendek, tujuan panjangnya adalah pasien mampu melakukan dan memenuhi perawatan dirinya secara mandiri: mandi/berpakaian-berhias dan untuk tujuan pendeknya adalah pasien dapat melakukan perawatan diri/*personal hygiene*, menyebutkan manfaat kebersihan diri/mandi, memutuskan untuk mandi atau melakukan kebersihan diri, bersedia mandi (dengan atau tanpa bantuan), tubuh pasien tidak bau, kebersihan kulit terjaga, mampu menggunakan pakaian dan berhias dengan tepat (misal: mampu memasang kancing sendiri, menyisir rambut), mengungkapkan kepuasannya dalam berpakaian dan berhias, dan berpenampilan rapi.

Rencana tindakan yang sudah ditetapkan meliputi 2 point. Pada point yang pertama adalah bantu perawatan diri: mandi (*Self Care Assistance: Bathing*) yang meliputi: monitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara mandiri, identifikasi bersama pasien kemungkinan hambatan yang dialami pasien dalam melakukan perawatan diri, diskusikan bersama pasien keuntungan/manfaat kebersihan diri, bantu klien menentukan tindakan untuk mandi/memenuhi kebersihan dirinya, fasilitasi/sediakan peralatan mandi, berikan bantuan sampai klien mandiri dalam perawatan dirinya, berikan *reinforcement* terhadap keberhasilan klien melakukan/kebutuhan mandinya, dan evaluasi perasaan klien setelah mandi. Kemudian pada point kedua nya yaitu bantu perawatan diri: berpakaian-berhias (*Self Care Assistance: Grooming*) yang meliputi: kaji kemampuan klien dalam berpakaian dan berhias, monitor atau identifikasi adanya kemunduran sensori, kognitif, dan psikomotor yang menyebabkan klien kesulitan dalam berpakaian dan berhias, diskusikan dengan klien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias, gunakan komunikasi/instruksi yang mudah dimengerti klien untuk mengakomodasi keterbatasan kognitif pasien. Selanjutnya sediakan (baju bersih, sisir, bedak dan parfum) jika memungkinkan, dorong klien untuk menggunakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar, berikan bantuan pada klien jika diperlukan, evaluasi perasaan klien setelah mampu berhias-berpakaian, beri *reinforcement* atas keberhasilan klien dalam berhias dan berpakaian.

Implementasi yang sudah di laksanakan terkait dengan Defisit Perawatan Diri yang di angkat pada studi dokumentasi kasus ini adalah hari pertama di lakukan pada Jum'at tanggal 07 Juli 2017 pukul 07.30 wib yaitu memonitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara mandiri, mengidentifikasi pasien hambatan yang di alami dalam perawatan diri, mendiskusikan dengan pasien keuntungan atau manfaat kebersihan diri, dan membantu pasien tindakan untuk mandi. Kemudian hari kedua dilakukan pada hari yang sama yaitu Jum'at 07 Juli 2017 namun pada jam yang berbeda 15.30 wib Sdri Putri Wahyuning Utami melakukan strategi pelaksanaan pada pasien Sdr O dengan memfasilitasi atau menyediakan peralatan mandi dan mengevaluasi perasaan pasien setelah mandi. Pada hari ketiga atau terakhir Sabtu, 08 Juli 2017 pukul 08.00 wib strategi pelaksanaan yang di lakukan yaitu, mengkaji kemampuan pasien berhias dan berpakaian, menggunakan komunikasi instruksi yang mudah dipahami, menyediakan potong kuku, sisir rambut dan bercukur kumis, mendiskusikan dengan pasien adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias, kemudian mengevaluasi perasaan klien setelah mampu berpakaian dan berhias.

Evaluasi keperawatan pada data dokumen terkait masalah keperawatan yang telah di angkat dan di observasi selama 3 shift dalam 3 hari yaitu, pada hari pertama masalah tupen 1 sudah tercapai di tandai dengan pasien sudah mampu mengatakan mandi sehari 2 kali, sikat gigi setiap madi, keramas 2 kali sehari, dan mengatakan keuntungan mandi

serta dapat menyebutkan lebih percaya diri, wangi, segar dan bersih. Hasil observasi saat mengevaluasi di dapatkan data bahwa pasien tampak tidak rapi, bau (badan, mulut dan gigi), serta rambut tampak kotor. Selanjutnya pada hari kedua masalah tercapai di tandai dengan pasien mengatakan sudah mandi dengan peralatan mandi yang tadi sudah disediakan dan pasien sudah tampak bersih, bau wangi, dan tidak bau mulut. Hari ketiga masalah tercapai di tandai dengan pasien mengatakan tidak ada hambatan dalam berpakaian dan berhias, pasien juga sudah mampu berpakaian secara rapi.

B. Pembahasan

Pada tahap pengkajian ini penulis mengumpulkan data berdasarkan dokumen yang telah ada meliputi identitas pasien dan penanggung jawab yaitu keluarga, kemudian riwayat kesehatan, faktor predisposisi, faktor presipitasi, genogram, pemeriksaan fisik, psikososial, konsep diri, hubungan sosial, spiritual, status mental, kebutuhan perencanaan pulang, dan mekanisme koping. Dilihat dari hasil data yang ada di dokumen tersebut metode yang di gunakan adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Hal ini sudah sesuai dengan teori yang di kemukakan oleh Stuart dan Sundeen (2002) dalam Yusuf (2015), menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan kemampuan koping yang di miliki pasien merupakan aspek yang harus di gali selama proses pengkajian.

Data yang di dapatkan dari hasil pengkajian pada point faktor presipitasi menunjukkan bahwa keluarga pasien mengatakan pasien masuk Rumah Sakit karena tekanan waktu skripsi yang tinggal satu bulan dan pasien takut tidak bisa menyelesaikannya. Pada point tersebut penulis berasumsi bahwa faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah defisit perawatan diri pada Sdr O di akibatkan oleh faktor presipitasi yang berupa terdapat gangguan pada kondisi psikisnya karena merasa tertekan sehingga mengakibatkan nya cemas. Hal ini sudah sesuai berdasarkan dengan teori yang di kemukakan oleh Depkes (2000) dalam Dermawan & Rusdi (2013), bahwa faktor presipitasi pada pasien dengan masalah defisit perawatan diri merupakan kurang penurunan motivasi, kurang kognisi atau perceptual, cemas, lelah atau lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

Adapun faktor lain yang dapat mempengaruhi *personal hygiene* adalah *body image*, praktik sosial, status ekonomi sosial, pengetahuan, budaya, kondisi fisik atau psikis, dan kebiasaan seseorang (Depkes, 2000) dalam (Dermawan & Rusdi, 2013). Hal ini juga di dukung oleh jurnal penelitian yang di lakukan Setyawan (2012), dengan hasil menunjukkan bahwa sebanyak 38 (60,3%) responden yang mengalami masalah defisit perawatan diri di sebabkan karena *body image* dengan *p value* 0,001, sebanyak 39 (61,9%) responden di sebabkan karena praktik sosail dengan *p vaule* 0,000, sebanyak 47 (74,6%) responden di sebabkan karena status

sosial ekonomi dengan *p value* 0,005, sebanyak 45 (71,4%) responden di sebabkan karena pengetahuan dengan *p value* 0,003.

Data yang di dapatkan dari hasil pengkajian pada point faktor presipitasi menunjukkan bahwa keluarga pasien mengatakan pasien masuk Rumah Sakit karena tekanan waktu skripsi yang tinggal satu bulan dan pasien takut tidak bisa menyelesaikannya. Hal ini juga sudah sesuai dengan teori yang di kemukakan oleh Depkes (2000) dalam Dermawan & Rusdi (2013), bahwa faktor presipitasi pada pasien dengan masalah defisit perawatan diri merupakan kurang penurunan motivasi, kurang kognisi atau perceptual, cemas, lelah atau lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Dengan demikian dapat di simpulkan bahwa pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, ketika data di gali dan di kumpulkan dari data hasil pengkajian tersebut maka perawat akan mengetahui masalah-masalah yang di hadapi oleh klien.

Menurut Depkes (2000) dalam Dermawan & Rusdi (2013), bahwa pasien dengan defisit perawatan diri memiliki tanda dan gejala yang terjadi pada fisik nya, seperti badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor di sertai dengan mulut bau dan penampilan tidak rapi. Data subjektif yang di dapatkan pada dokumen saat di lakukan pengkajian adalah Sdr O mengatakan mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap selesai mandi kadang menyisir rambut kadang tidak, ganti pakaian sehari sekali setelah mandi

dan belum mencukur jenggot. Hasil observasi yang di dapat data objektif nya pada dokumen tersebut adalah Sdr O tampak pakaian nya tidak rapi, gigi tampak kotor dan bau mulut, rambut tidak rapi dan berminyak, kuku dan jenggot pasien panjang. Kesimpulan nya adalah hasil yang di dapatkan dari Sdr O sudah sesuai dengan teori yang ada, dengan demikian pasien yang mengalami masalah pada perawatan diri jangan di anggap remeh karena jika pasien sudah memiliki tanda dan gejala tersebut bisa saja akan mengakibatkan gangguan pada membran mukosa bibir, gatal-gatal bahkan integritas kulitnya rusak, dengan begitu ketika perawat sudah mengenali dan mengetahui apa saja yang di dapat dari hasil pengkajian seperti data subjektif maupun objektif, perawat bisa mengumpulkan dan menegakkan sebuah diagnosa sesuai dengan hasil pengkajian yang telah di dapatkan tersebut.

Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data-data yang di peroleh dari dokumen pada Sdr O salah satu nya adalah defisit perawatan diri mandi/berpakaian-berhias. Berdasarkan teori SDKI (2016), defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Data yang di dapatkan dari dokumen berisi pasien mengatakan mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap selesai mandi kadang menyisir rambut kadang tidak, ganti pakaian sehari sekali setelah mandi dan belum mencukur jenggot dan pasien tampak tampak tidak rapi, gigi pasien kotor dan bau mulut, rambut pasien tidak rapi dan berminyak, pakaian tampak tidak rapi, kemudian

kuku dan jenggot pasien tampak panjang. Hal ini sesuai dengan batasan karakteristik NANDA dalam Sutejo (2018), yaitu ketidakmampuan mempertahankan penampilan yang memuaskan. Perumusan diagnosa pada Sdr O ini telah di lakukan analisa data dalam tahap pengkajian. Menurut Herman dan Kamitsuru (2015), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan defisit perawatan diri ada 5 yaitu: defisit perawatan diri, gangguan sensori persepsi: halusinasi, risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan isolasi sosial.

Perencanaan pada data dokumen terhadap Sdr O selama 3 shift 3 hari yang di lakukan mengacu pada tujuan yang telah di tetapkan dengan kriteria hasil pasien menyebutkan manfaat kebersihan diri/mandi , pasien memutuskan untuk mandi/melakukan kebersihan diri, pasien bersedia mandi (dengan atau tanpa bantuan), tubuh pasien tidak bau, kebersihan kulit terjaga. Hal ini sesuai dengan teori SLKI (2018), bahwa kriteria hasil yang dapat di capai yaitu: meningkat dalam mempertahankan kebersihan diri dan meningkat dalam kemampuan mandi. Perencanaan pada diagnosa keperawatan yang di buat sudah sesuai dengan teori SIKI (2018), monitor tingkat kemandirian , siapkan keperluan pribadi (parfum, sikat gigi, dan parfum mandi), berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian.

Menurut Sutejo (2018), bahwa intervensi perawatan diri yang akan di lakukan untuk pasien dengan defisit perawatan diri adalah, BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya), melatih pasien cara-cara perawatan diri, latih pasien berdandan, pantau kemampuan pasien, dan diskusi dengan keluarga

tentang kebersihan diri. Kemudian pada intervensi data dokumen tersebut tidak menyantumkan keterlibatan keluarga dalam kebersihan diri pasien, sedangkan menurut Ratna (2010), keluarga merupakan sistem pendukung utama dalam memberikan perawatan pada setiap keadaan sehat maupun sakit. Hal ini dapat di dukung juga oleh penelitian yang telah dilakukan Sundari, dkk dengan hasil menunjukkan bahwa 28 responden (80%) mendapatkan dukungan keluarga nya baik dan mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, 2 responden (5,7%) mendapatkan dukungan keluarga cukup dan melakukan kemampuan perawatan dirinya membutuhkan alat bantu, dan 1 responden (2,9%) mendapatkan dukungan keluarga kurang, tetapi pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri. Di dukung juga oleh penelitian Samudra (2018), diketahui bahwa dukungan keluarga kategori baik dengan kemandirian perawatan diri tergolong baik sebanyak 36,6%. Dengan demikian dapat di simpulkan bahwa peran keluarga dalam perawatan diri sangat berpengaruh, karena ketika pasien merasa ada yang memperdulikan nya dan mendapatkan perhatian maka lambat laut kondisi pasien akan membaik dalam kemandirian perawatan diri nya.

Implementasi yang di lakukan pada diagnosa defisit perawatan diri pada data dokumen yang di lakukan selama 3 shift dalam 3 hari sudah sesuai dengan rencana tindakan yang di buat. Hal ini sama dengan teori yang di kemukakan oleh Damayati & Iskandar (2014), bahwa dalam melaksanakan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan

keperawatan yang telah di buat. Pada tahap ini terdapat empat kali interaksi yang di lakukan, interaksi yang pertama di lakukan adalah memonitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara mandiri, yang kedua mengidentifikasi pasien hambatan yang di alami dalam perawatan diri, ketiga mendiskusikan dengan pasien keuntungan atau manfaat kebersihan diri, dan yang keempat membantu pasien dalam tindakan untuk mandi. Kesimpulan dari implementasi ini adalah, komunikasi merupakan hal yang di butuhkan untuk melakukan interaksi terhadap pasien dengan masalah defisit perawatan diri, seperti hal nya penelitian yang telah di lakukan oleh Khaeriyah (2013), dengan hasil bahwa ada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kemauan *personal hygiene* (makan dan mandi) dengan masing-masing *p value* 0,000 dan kemampuan *personal hygiene* (mandi, makan, dan eliminasi) dengan masing-masing *p value* 0,000.

Dengan demikian penulis berasumsi bahwa jika perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan mampu melakukan interaksi atau berdiskusi mengenai keuntungan dari kebersihan diri menggunakan komunikasi terapeutik maka pasien akan ada keinginan untuk mengungkapkan perasaanya baik hambatan yang di alami maupun perasaan yang di rasakan setelah mengetahui keuntungan dari melakukan kebersihan diri. Seperti hal nya yang di kemukakan oleh Muhith (2018), bahwa komunikasi terapeutik merupakan hubungan perawat dengan klien di rancang untuk memenuhi atau memfasilitasi tujuan dari *therapy* dalam

pencapaian tingkatan kesembuhan yang optimal dan efektif. Suasana yang dapat menggambarkan komunikasi terapeutik adalah ketika dalam berkomunikasi dengan klien, perawat mendapatkan gambaran yang jelas tentang kondisi klien yang sedang di rawat mengenai tanda dan gejala yang di tampilkan serta keluhan yang di rasakan oleh klien. Hal ini supaya terpenuhi nya tujuan dari komunikasi terapeutik yaitu kesadaran diri, penerimaan diri dan meningkatkan kehormatan diri dari klien.

Pada evaluasi tindakan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri terlihat bahwa tindakan yang di lakukan sudah tercapai semua, namun jika di bandingkan dengan teori pada tahap evaluasi sumatif (hasil) di bagian poin A (analisis) terlihat bahwa masalah TUPEN 1 sudah teratasi, namun pada bagian P (planning) tidak melanjutkan TUPEN untuk selanjutnya, sedangkan seharusnya ketika sudah membandingkan hasil tindakan yang di lakukan dan masalah yang terjadi sudah teratasi maka seharusnya pendokumen melanjutkan TUPEN yang selanjutnya dengan catatan tetap mempertahankan TUPEN sebelumnya, hal ini di lakukan untuk mencapai terpenuhinya kubutuhan pasien, sesuai yang di kemukakan oleh Yusuf, (2015), yaitu evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi proses yang di lakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil di lakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah di tetapkan.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Mager, (1994) dalam Mahardik, (2015), mengemukakan bahwa tujuan jangka pendek (TUPEN) merupakan perilaku atau respon klien yang diharapkan dalam jangka waktu pendek, biasanya dalam 1 minggu dan diperlukan 3 sampai 6 tujuan jangka pendek setiap tujuan jangka panjangnya. Sasaran ini diharapkan tercapai dalam periode waktu yang singkat atau diarahkan untuk rencana perawatan yang mendesak. Sedangkan pada tujuan panjang (TUPAN), merupakan perilaku atau respon pasien yang diharapkan dalam waktu yang lebih lama, biasanya beberapa minggu atau bulan. Sifat pada tujuan panjang ini bergantung pada diagnosa keperawatan yang mencerminkan pemulihan, pemeliharaan atau peningkatan kesehatan.

Dengan demikian penulis berasumsi bahwa tujuan jangka pendek ini sifatnya dibuat lebih segera atau mendesak karena dalam penyusunan tujuan jangka pendek ini dapat memberikan cara bagi perawat dan pasien untuk mengorganisasikan upaya penyembuhan dan sebagai alat yang sangat berguna dalam mendesain, menerapkan dan mengevaluasi asuhan berupa kondisi pasien yang dialami. Kemudian tujuan panjang dibuat dengan periode lama karena mengarah pada pasien seperti yang sedang mengalami perubahan respon fisiologi dan psikologis sehingga hal ini dapat menggambarkan hasil pasien sebagai dasar untuk mengevaluasi kemajuan pasien.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berikut kesimpulan dari hasil studi dokumentasi pada pasien Sdr O berdasarkan proses keperawatan:

1. Pengkajian

Data utama yang di dapatkan pada saat di lakukan pengkajian pada Sdr O dengan masalah defisit perawatan diri yaitu pasien mengatakan bahwa diri nya di bawa ke Rumah Sakit karena memiliki kebiasaan buruk seperti menumpuk sampah di rumah, sehingga keluarga menginginkan supaya bisa merubah kebiasaan buruknya. Pasien mengatakan mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap selesai mandi kadang menyisir rambut kadang tidak, pasien mengatakan ganti pakaian sehari sekali setelah mandi dan belum mencukur jenggot, kemudian pasien tampak pakaian nya tidak rapi, gigi kotor dan bau mulut, rambut tidak rapi dan berminyak, kuku dan jenggot pasien panjang.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data-data yang di peroleh dari kasus Sdr O salah satu nya adalah diagnosa defisit perawatan diri mandi/berpakaian-berhias.

3. Intervensi

Perencanaan pada diagnosa keperawatan defisit perawatan diri mandi/berpakaian-berhias memiliki 1 tujuan jangka panjang dan 2 tujuan jangka pendek. Pada tahap perencanaan ini terlihat bahwa rencana yang di buat tidak menyantumkan kolaborasi atau melibatkan keluarga dalam perawatan diri pasien.

4. Implementasi

Pada tahap pelaksanaan pada Sdr O dengan defisit perawatan diri semua tindakan sudah di lakukan.

5. Evaluasi

Evaluasi yang di dapatkan selama 3 shift dalam 3 hari pada pasien Sdr O yaitu masalah keperawatan dengan defisit perawatan diri sudah tercapai. Namun, terlihat pada TUPEN 1 sudah tercapai namun pendokumen melanjutkan planning untuk selanjutnya kembali ke TUPEN 1, seharusnya pendokumen melanjutkan TUPEN yang selanjutnya dengan tetap mempertahankan TUPEN yang sudah tercapai. Kemudian dari semua proses yang telah di lakukan belum tercapai dalam melibatkan keluarga karena terlihat bahwa pendokumen tidak merencanakan tindakan untuk berkolaborasi dengan keluarga pasien.

B. Saran

Berdasarkan pengalaman dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah tentang studi dokumentasi pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*

maka penulis mencoba untuk memberikan saran yang bersifat membangun sebagai berikut:

1. Bagi Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Diharapkan media ini dapat dijadikan sebagai pembelajaran maupun referensi dan memberi wadah untuk menambah pengetahuan tentang ilmu keperawatan khususnya dalam bidang ilmu keperawatan jiwa.

2. Bagi Penulis Selanjutnya

Di harapkan penulis selanjutnya dalam melakukan pengkajian sampai dengan evaluasi lebih baik lagi, dan ketika menggali masalah-masalah yang di alami oleh pasien lebih dalam lagi, sehingga mendapatkan data-data yang lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- Bawaulu, T. (2012). Tipe-tipe Diagnosa Keperawatan Yang Penting Diketahui oleh Perawat dan Mahasiswa Keperawatan. *Trinitas Bawaulu*. Diakses pada 22 Februari 2020. <http://osf.io/ha3bz/download/?format=pdf>.
- Damaiyanti, & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Direja. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hartanto, A. E. (2018). Model Peran Keluarga Dalam Perawatan Diri Pasien Skizofrenia. *Ir-Perpustakaan Universitas Airlangga*, 4-5.
- Hawari, D. (2014). *Skizofrenia Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Herdman, H. T. (2012). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: ECG.
- Khaeriyah, U., Sujarwo, Supriyadi. (2013). Pengaruh Komukiasi Terapeutik (SP 1-4) Terhadap Kemauan dan Kemampuan Personal Hygiene pada Klien Defisit Perawatan Diri di RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Semarang. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. 1-7.
- Keliat, B. A., & Pawirowiyono, A. (2015). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Mahardika, S., et al. (2015). Perencanaan Keperawatan. Retrieved from situs sumber : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jakarta 1 Jurusan Keperawatan
website: https://www.academia.edu/22283709/PERENCANAAN_KEPERAWATAN_Disusun_oleh_Mahasiswa_Kelompok_6A.
- Marselina, M., & Khomsiyah, N. (2016). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Personal Hygiene pada Pasien Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokerto 1 Kabupaten Pekalongan. *Program Studi S1 Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan* , 1-11.
- Maulana, I., Suryani, Sriati, A., Sutini, T., Widiyanti, E., Rafiah, I., et al. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Indra Maulana, MKK : Volume 2 No 218-225*.

- Muhith, A., & Sandu, S. (2018). *Aplikasi Komunikasi Terapeutik Nursing & Health*. Yogyakarta: ANDI (Anggota IKAPI).
- PPNI (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Riskedas. (2018). *Laporan Provinsi Di Yogyakarta Riskedas 2018*. Yogyakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Samudra, A. D. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Perawatan Diri Pasien Skizofrenia di Kecamatan Geger Kabupaten Madiun*. Skripsi starata satu. Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun.
- Setyawan, E. A. (2012). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Defisit Perawatan Diri pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.Amino Gondo Hutomo Semarang*. Undergraduate thesis, Fakultas Keperawatan UNISSULA.
- Sundari, R. H., Azizah, L., Triwibowo, H. (2019). Hubungan Dukungan Kemampuan Perawatan Diri (Self-Care Agency) pada Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Gedongan Kota Mojokerto. *Jurnal Keperawatan Jiwa.*, 1-8.
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sutinah. (2019). Pengaruh Terapi Psikoreligi Terhadap Mekanisme Koping Klien Skizofrenia. *E-ISSN - 2477-6521 Vol 4(2)*, 311-318. Disrahan : 11-02-2019, Diulas : 01-03-2019, Diterima : 18-04-2019 DOI : <http://doi.org/10.22216/jen.v4i.3953>
- Utami, P. W. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Sdr O dengan Isolasi Sosial di Wisma Arjuna RSJ Grhasia DIY*. Yogyakarta: Perpustakaan Akper YKY.
- Yusuf, Ah., Fitriyasari, PK, R., Nihayati, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

LAMPIRAN

Lampiran 1

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

Lampiran 2



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Tri Okfia
 NIM : 2317034
 Nama Pembimbing 1 : Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep
 Judul KTI : Studi Dokumentasi pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan *Skizofrenia*

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	05 Februari 2020	Pengajuan Judul/Acc judul proposal	Offline	Acc Judul		
2	11 Februari 2020	BAB I	Offline	<ul style="list-style-type: none"> - Kerangka latar belakang - Peran keluarga - Tujuan umum (prolog) - Manfaat studi kasus praktis 		
3	19 Februari 2020	BAB I-III	Offline	<ul style="list-style-type: none"> - Latar belakang masalah - Referensi atau sumber - Alur penelitian atau kerangka penelitian 		
4	19 Februari 2020	BAB I-III	Online/daring	<ul style="list-style-type: none"> - Latar belakang masalah - Referensi atau sumber - Alur penelitian atau kerangka penelitian 		
5	27 Maret 2020	BAB I-III	Online/daring	ACC Proposal		

6	20 Mei 2020	BAB I-V	Online/daring	<ul style="list-style-type: none"> - Masukkan BAB III (jadi 3.2) - Gunakan kalimat aktif seperti pada tujuan umum - Alur penelitian perhatikan di bab berapa - Fokus pada masalah keperawatan yang anda angkat - Tidak perlu di buat point-point - Membandingkan dengan teori atau menambahkan dengan opini - Perbaiki cara penulisan 		
7	14 juni 2020	BAB IV-V dan Naskah publikasi	Online/daring	<ul style="list-style-type: none"> - Kata pengantar tulis bulannya - Cek pengulangan kalimat pada hasil maupun pembahasan - Paragraph terlalu panjang - Implementasi pada data dokumen apakah sudah sesuai dengan perencanaan yang di buat - Tambahkan opini anda pada pembahasan - Cek penulisan daftar pustaka 		
8	18 Juni 2020	Naskah publikasi	Online/daring	<ul style="list-style-type: none"> - Tuliskan email anda - Bikin menjadi beberapa paragraph 		
9	19 Juni 2020	BAB IV-V	Online/daring	-		
10	28 Juni 2020	BAB I-V dan Naskah publikasi	Online/daring	ACC BAB 1-V dan Naskah Publikasi		
11	11 Juli	Post usid:	Online/daring	- Judul urutannya		

	2020	KTI BAB I-V dan Naskah Publikasi		diagnosa keperawatan kemudian diikuti dengan diagnosa medis - Cek penulisan sesuai EYD		
12	13 Juli 2020	ACC KTI dan Naskah Publikasi	Online/daring	Cek lagi ada paragraph yang terlalu panjang		

Yogyakarta, 13 Juli 2020

Pembimbing 1

(.....)



LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Tri Okfia
NIM : 2317034
Nama Pembimbing 2 : Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep
Judul KTI : Studi Dokumentasi pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan
Skizofrenia

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	05 Februari 2020	Pengajuan Judul/Acc judul proposal	Offline	ACC Judul Proposal		
2	18 Februari 2020	BAB I-III	Offline	- Latar belakang - Kerangka alur penelitian - Referensi atau sumber		
3	20 Februari 2020	BAB I-III	Offline	- Kerangka teori - Alur penelitian atau kerangka penelitian		
4	22 Februari 2020	BAB I-III	Offline	ACC Proposal BAB 1-III		
5	20 Mei 2020	BAB I-V	Online/daring	Bagian BAB III - Rancang penelitian: tambahkan tahun dokumen yang dianalisa - Objek penelitian: tuisankan langsung tahun pada dokumen yang di dapatkan Bagian BAB IV - Aspek pengkajian-evaluasi bandingkan dengan teori - Tambahkan sumber dari artikel penelitian minimal 3 Bagian BAB V - Kesimpulan		

				menjawab tujuan: pengkajian- evaluasi		
6	15 Juni 2020	BAB I-V	Online/daring	ACC BAB I-V		
7	19 Juni 2020	Naskah Publikasi	Online/daring	ACC Naskah Publikasi		
8	11 Juli 2020	Post Usid: BAB I-V dan Naskah Publikasi	Online/daring	<ul style="list-style-type: none"> - Urutan judul diagnose keperawatan dulu baru diagnose medis - Lembar persetujuan diganti dg lembar pengesahan 3 penguji - Abstrak bagian hasil: tambahkan paparan hasil tentang analisa - Pembahasan yakni paparan evaluasi keperawatan: Ditambahkan: tupen2 tercapai membutuhkan berapa x pertemuan kemudian bandingkan standar sesuai dengan sumber/hasil riset yg ada - Dapus tambahkan identitas dokumen askep: nama_thn_judul askep_penerbit (Perpus yky) 		
9	15 Juli 2020	BAB 1-V	Online/daring	ACC KTI		

Yogyakarta, 11 Juli 2020

Pembimbing 2

(.....)

Lampiran 3

A. Pengkajian

Hari/tanggal	: Kamis, 6 Juli 2017-Sabtu, 8 Juli 2017
Pengkaji	: Putri Wahyuning Utami
Ruang	: Wisma Arjuna RSJ Grahsia
Jam	: 08.30
Sumber data	: Pasien, Keluarga Pasien, Perawat, Rekam Medik
Metode	: Observasi, Wawancara, Pemeriksaan Fisik, Studi Dokumentasi

B. IDENTITAS

1. Identitas pasien

Nama	: Sdr. O
Umur	: 28 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Belum Menikah
Pendidikan	: SMA
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Alamat	: Karangwaru Lor TR.II 234D Rt.55/2 Jetis Yogyakarta

Diagnosa medis : F.20.0
No RM : 00904XX
Tanggal Masuk : 11 Juni 2017

2. Identitas Pengganggu Jawab

Nama : Sdr.V
Umur : 35 Tahun
Pendidikan : S1
Pekerjaan : -
Alamat : Sangatta Utara, Kutai Kalimantan Timur
Hubungan Dengan Pasien : Kakak Kandung

C. Riwayat Penyakit

1. Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan dari rumah di bawa kesini karena memiliki kebiasaan buruk menumpuk sampah di rumah, sehingga di bawa ke rumah sakit agar bisa merubah kebiasaan buruk.

Rekam Medik:

Keluarga pasien mengatakan pasien mengamuk di rumah, menyerang orang, tidak mau mandi, untuk perawatan dirinya jelek.

Home Visit:

Keluarga pasien (ayah pasien) mengatakan jika pasien mengalami perubahan perilaku sudah sangat lama sejak SMP , menurut kelurga tidak tahu pasti penyebabnya. Perubahan perilaku sangat terlihat kurang lebih 5 tahun terakhir saat mulai kuliah di Jogja. Sebab masuk

RSJ Grhasia DIY karena pasien tertekan waktu skripsi yang tinggal satu bulan, takut jika tidak bisa menyelesaikannya.

Keluarga pasien juga mengatakan pasien memang kurang bagus interaksi dengan orang lain atau sosialisasi. Pasien tidak pernah mengikuti organisasi atau acara yang ada di rumah sakit.

2. Faktor Presipitasi

Keluarga pasien mengatakan ini pertama kalinya pasien masuk RSJ Grhasia dan belum pernah dirawat sebelumnya di rumah sakit lain atau rawat jalan. Pasien sebelum masuk ke rumah sakit pasien menumpuk sampah, mengamuk, menyerang orang, tidak mau mandi dan perawatan pada dirinya jelek.

Pasien masuk karena tekanan waktu skripsi yang tinggal satu bulan dan pasien takut tidak bisa menyelesaikannya. Pasien sekarang mahasiswa tingkat akhir di salah satu Universitas di Yogyakarta.

Keluarga pasien mengatakan pasien kurang lebih 5 tahun mengalami perubahan sikap. Pernah sekali sebelum masuk rumah sakit periksa ke dokter jiwa praktek untuk kondisinya tetapi tidak ada obat rutin yang diminum.

3. Faktor Predisposisi

Rekam Medik:

Tidak ada riwayat pengobatan sebelumnya.

Home Visist:

Hal terebut dibernarkan oleh keluarga bahwa pasien belum pernah ada riwayat pengobatan atau rawat jalan. pernah sekali periksa ke dokter praktek jiwa tetapi tidak ada obat rutin yang di minum.

D. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital

TD : 110/70

S : 36,2 °C

RR : 20X/menit

N : 80X/menit

2. Status Gizi

TB : 162 cm

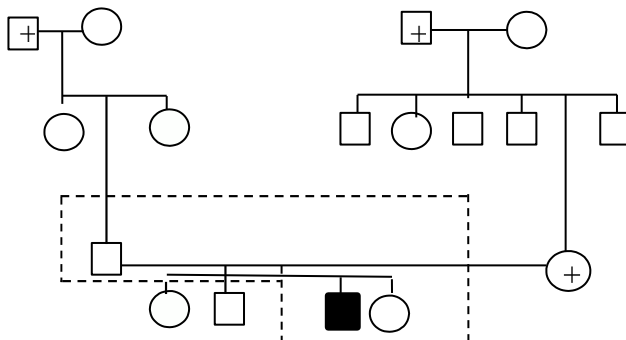
BB : 60 kg

IMT : $\frac{BB}{TB^2}$: $\frac{60}{162^2}$: 22,86 (normal)

3. Keluhan fisik

Pasien mengatakan tidak ada keluhan dengan fsiknya.

E. Psikososial



Gambar3.1 Genogram

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien
- : Tinggal serumah
- | : Garis keturunan
- : Menikah
- + : Meninggal

2. Konsep diri

a) Citra Tubuh

Pasien mengatakan paling menyukai bagian mata dari semua bagian tubuhnya. Pasien mensyukuri semua yang ada pada tubuhnya.

b) Identitas

Pasien mengatakan anak ke3 dari 4 bersaudara. Pasien mengatakan menganut agama islam. Dirinya belum menikah dan menyadari dirinya sebagai laki-laki.

c) Peran diri

Pasien mengatakan seorang anak yang dapat membahagiakan orang tuanya.

d) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh agar dapat pulang kerumah dan bertemu dengan keluarga.

Pasien mengatakan ingin segera menyelesaikan skripsinya agar bisa wisuda dan menyelesaikan kuliahnya.

e) Harga diri

Pasien mengatakan malu dengan teman atau orang sekitar karena

belum dapat menyelesaikan skripsinya.

3. Hubungan sosial

a) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah ibunya karena ibunya perhatian dan sering berbincang dengannya.

b) Peran serta kelompok

Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan merasa malu karena skripsi belum selesai dan merasa selesai dan merasa sulit berhubungan dengan orang lain. Pasien mengatakan merasa sulit ber hubungan dengan orang lain karena sulit berkomunikasi sehingga pasien tidak punya teman dekat . Dibangsai pasien hanya memiliki teman dekat yaitu teman sekamarnya. Pasien lebih suka menyendiri dan menghabiskan waktu dikamar, jarang berinteraksi dengan teman bangsai dan aktivitas pasien pasif.

4. Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan dirinya beragama islam.

b) Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan jarang sholat sehingga sholat 5 waktu terkadang tidak terpenuhi.

F. Status Mental

2. Penampilan

Pasien memakai baju seragam RS, akan tetapi penampilannya kurang rapi karena kancing baju tidak dikancing, rambut hitam, lebat sebauh akan tetapi tidak rapi karena rambut tidak disisir.

3. Pembicaraan

Pasien dapat berbicara sesuai dengan topik pembicaraan dan dapat menjawab secara spontan.

4. Aktivitas motorik

Saat dilakukan pengkajian pasien tampak tenang dan kooperatif. Pada saat membahas tentang ibunya perubahan mimik muka spontan berubah sedih.

5. Alam perasaan

Pasien saat dikaji pasien merespon dengan baik saat menjawab pertanyaan yang bersangkutan dengan keadaan yang dialami pasien. Pasien tampak sedih saat bercerita tentang ibunya.

6. Afek

Pada saat dilakukan pengkajian afek tumpul dibuktikan dengan tidak ada perubahan emosi selama wawancara, jika tidak diberikan stimulus yang kuat, tetapi pandangan mata pasien kedepan dan ada kontak mata.

7. Interaksi selama wawancara

Pasien bersikap kooperatif, ada kontak mata dan menunjukkan sikap terbuka.

8. Persepsi

Pasien mengatakan tidak ada suara-suara maupun bayangan yang

mengganggu pasien.

9. Isi pikir

Isi pikir pasien saat interaksi tidak ditemukannya obsesi, pasien tidak merasa asing terhadap dirinya, pasien tidak merasa ada gangguan dalam tubuhnya dan pasien tidak ada pikiran magis.

10. Proses pikir

Pasien mampu mengucapkan pembicaraan tanpa memutar-mutar perkataan, semua pembicaraan sampai tujuan apa yang ditanyakan.

11. Tingkat kesadaran

Pasien mampu mengenal orang sekitar, waktu, tempat dan dapat membedakan antara teman bangsal dan perawat

12. Memori

Pasien mampu mengingat kejadian yang baru saja terjadi dan yang kemarin terjadi, pasien juga mampu mengingat kejadian dimasa lalu dengan jelas.

13. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Kemampuan pasien untuk konsentrasi kurang baik, mudah untuk dialihkan. Mampu mengenal angka dan menjawab pertanyaan soal perhitungan penambahan dan perkalian ($5+8=13$, $6 \times 3=18$)

14. Kemampuan penilaian

Gangguan bermakna pada kemampuan penilaian dibuktikan dengan pasien tidak dapat mengambil keputusan ringan seperti pasien tidak dapat memutuskan apakah harus makan atau mandi terlebih dahulu.

15. Daya tilik diri

Pasien menyadari bahwa dia di rawat di RSJ Grhasia di Bangsal Arjuna, akan tetapi pasien menyangkal jika dirawat karena gangguan jiwa. Pasien mengatakan dirawat disini agar kebiasaan buruk menumpuk sampah dirumah bisa berubah.

G. Kebutuhan Persiapan Pulang

2. Makan

Di Rumah Sakit:

Pasien mengatakan menyukai semua menu yang disediakan oleh

rumah sakit, tidak ada makanan pantangan.

Pasien mampu makan sendiri tanpa bantuan orang lain. Frekuensi makan 3 X sehari. Pasien makan menggunakan piring dan sendok.

Di Rumah:

Home visite: keluarga pasien mengatakan dirumah pasien makan 3X sehari dengan nasi, sayur dan lauk. Minum air putih sekitar 6 gelas perhari, terkadang ditambah satu gelas susu.

3. BAB/BAK

Di Rumah Sakit:

Pasien mengatakan BAB/BAK dikamar mandi di dekat tempat tidur dan pasien dapat melakukannya sendiri.

4. Mandi

Pasien mengatakan selama di RS dapat mandi sendiri, sehari kadang dua kali kadang sekali. Jika mandi pasien mengatakan mandi sebelum jam makan sore atau pagi.

5. Berpakaian dan berhias

Pasien mampu menggunakan pakaian yang disediakan di RS tapi saat menggunakan kurang rapi karena kancing baju tidak dikancingkan. Rambut pasien tidak rapi dan bersih karena jarang pakai sampo dan

disisir setelah mandi. Kuku pasien panjang dan bulu jengot belum dipotong.

6. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidur siang kadang 1-2 jam, tidur malam biasanya jam 20.00-05.00 dan langsung mandi saat bangun.

7. Penggunaan obat

Pasien mengatakan setiap hari minum obat yang diberikan oleh perawat ruangan. Pasien mengatakan baru minum obat jika sudah diberikan oleh perawat.

8. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan kalau sudah sembuh akan pulang dan akan minum obat teratur sesuai anjuran dokter serta rutin minum obat.

9. Aktivitas di dalam rumah

Pasien mengatakan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri, pasien mampu makan sendiri dan mandi sendiri tanpa bantuan orang lain.

10. Aktivitas diluar rumah

Pasien mengatakan tidak ada kegiatan yang dilakukan paling sekedar berjalan-jalan saja.

H. Mekanisme Koping

Mekanisme koping maladaptif, karena setiap ada masalah pasien jarang bercerita kepada teman dekat atau keluarga, pasien lebih memilih berjalan jalan untuk menghibur diri.

I. Masalah Psikologis dan Sosial

Pasien mengatakan jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar rumah atau mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat.

J. Aspek Medik

Axis I : F.20.0 Skizofrenia paranoid

Axis II : -

Axis III : -

Axis IV : -

Axis V : GAF 41-56

K. Terapi

Terapi yang diberikan:

2. Risperidon 2 mg waktu pemberian 1-0-1
3. Chlorpromazine 25 mg waktu pemberian 0-0-1/2

ANALISA DATA

No	DATA	MASALAH
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “malas untuk berinteraksi dengan orang lain karena merasa kesulitan memulai komunikasi dengan orang lain” - Pasien mengatkan “lebih suka menghabiskan waktu didalam kamar sendiri dari pada harus berinteraksi dengan orang lain” - Pasien mengatakan “dibangsal hanya mengenal teman dekat, teman sekamarnya dan dirumah pasien mengatakan tidak memiliki teman dekat”. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat tidur-tiduran didalam kamar saat akan dilakukan pengkajian - Pasien tampak lebih suka menghabiskan waktu didalam kamar sendiri. 	Isolasi Sosial
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap slesai mandi kadang menyisir rambut kadang tidak” - Pasien mengatakan “ganti pakaian sehari sekali setelah mandi dan belum mencukur jenggot” <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak rapi - Gigi pasien kotor dan bau mulut - Rambut pasien tidak rapi dan berminyak - Pakaian tampak tidak rapi - Kuku dan jenggot pasien panjang 	Sindrom Defisit Perawatan Diri Mandi/Berpakaian-Berhias
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ”malu karena skkrpsinya belum slesai sehingga membuat pasien tidak ingin berinteraksi dengan yang lain” <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien pasif saat di ajak berbincang bincang - Pasien tampak hipoaktif dalam berinteraksi 	Harga Diri Rendah

DIAGNOSA KEPERAWATAN SESUAI PRIORITAS

1. Isolasi Sosial

DS:

- Pasien mengatakan” malas untuk berinteraksi dengan orang lain karena merasa kesulitan memulai komunikasi dengan orang lain.”
- Pasien mengatakan” lebih suka menghabiskan waktu didalam kamar sendiri dari pada harus berinteraksi dengan orang lain.”
- Pasien mengatakan “dibangsal hanya mengenal teman dekat, teman sekamarnya dan dirumah pasien mengatakan tidak memiliki teman dekat.”

DO:

- Pasien terlihat tidur-tiduran didalam kamar saat akan dilakukan pengkajian
- Pasien tampak lebih suka menghabiskan waktu didalam kamar sendiri
- Afek pasien tumpul

2. Harga Diri Rendah

DS:

- Pasien mengatakan “malu karena sekripsinya belum slesai sehingga membuat pasien tidak ingin berinteraksi dengan yang lain.

DO:

- Pasien pasif saat di ajak berbincang bincang
- Pasien tampak hipoaktif dalam berinteraksi.

3. Sindrom Defisit Perawatan Diri Mandi/Berpakaian-Berhias

DS:

- Pasien mengatakan “mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap selesai mandi kadang menyisir rambut kadang tidak”
- Pasien mengatakan “ganti pakaian sehari sekali setelah mandi dan belum mencukur jenggot”

DO:

- Pasien tampak tidak rapi
- Gigi pasien kotor dan bau mulut
- Rambut pasien tidak rapi dan berminyak
- Pakaian tampak tidak rapi
- Kuku dan jenggot pasien panjang.

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama : Sdr.O
 No RM : 00904XX
 Wisma : Arjuna

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis, 6 Juli 2017 Jam 07.30 WIB	Isolasi Sosial di tandai dengan : DS: - Pasien mengatakan “malas untuk berinteraksi dengan orang lain karena merasa kesulitan memulai komunikasi dengan orang lain”. - Pasien mengatakan “lebih suka menghabiskan waktu didalam kamar dari pada harus berinteraksi dengan orang lain”.	TUPAN: Pasien mampu mendemonstrasikan keterlibatan sosial secara mandiri dan mempunyai sistem pendukung yang dapat membantu mengekspresikan perasaan dan pikirannya. TUPEN: 1. Setelah dilakukan interaksi selama 1X, pasien dapat memulai hubungan/interaksi dengan orang lain, dengan indikator/kriteria hasil:	1. Tingkatkan Sosialisasi (Socialization Enhancement) a.BHBS (prinsip komunikasi terapeutik, mempertahankan sikap	Kamis, 6 Juli 2017 jam 07.30 WIB Tupen1 Tingkatkan sosiali 1. Mempertahankan sikap terbuka dan hindari sikap negatif 2. Mengobservasi perilaku menarik diri pasien 3. Mengkaji pengetahuan klien tentang perilaku mengisolasi diri	Jumat, 7 Juli 2017 jam 07.15 S: S: - Pasien mengatakan, “Saya menarik diri dan tidak suka berkenalan karena merasa malu skripsinya belum selesai dan lebih suka di kamar” - Pasien mengatakan, “ Saya akan mencoba untuk berkenalan dengan teman sebangsal”

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “dibangsal hanya mengenal teman dekat, teman sekamarnya dan dirumah pasien mengatakan tidak memilikiteman dekat.” <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat tidur-tiduran didalam kamar saat akan dilakukan pengkajian - Pasien tampak lebih suka menghabiskan waktu 	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu memperkenalkan dirinya dengan berjabat tangan, menjawab salam, ada kontak mata dan meluangkan waktu untuk duduk berdampingan dengan orang lain/perawat b. Pasien mampu menyebutkan alasan menarik diri/isolasi sosial c. Pasien mampu mengutarakan masalahnya <p style="text-align: center;">(Putri W.U)</p>	<ul style="list-style-type: none"> konsisten, terbuka, tepat janji dan hindari kesan Negatif d. Observasi perilaku menarik diri pasien e. Kaji pengetahuan pasien tentang perilaku mengisolasi dirinya f. Diskusikan dengan klien hal-hal yang menyebabkan pasien mengisolasi diri g. Berikan kesempatan 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Mendiskusikan dengan klien hal-hal yang menyebabkan isolasi diri 5. Memberikan kesempatan pada pasien untuk menceritakan perasaan yang terkait isolasi diri 6. Mendorong pasien untuk membagi masalah yang dihadapi 7. Mendorong pasien untuk menunjukkan dirinya dengan orang lain 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien saat didatangi sedang menyendiri di kamar - Pasien mau diajak berkenalan dengan sikap terbuka - Pasien tampak mengerti bagaimana cara berkenalan dengan orang lain - Pasien tampak rileks dan kooperatif saat berbicara <p>A: Masalah tupen 1 selesai</p> <p>P: Lanjut tupen 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat Jelaskan kepada klien manfaat berinteraksi kepada orang lain dan kerugian tidak berinteraksi

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			<p>pada pasien untuk menceritakan perasaannya terkait dengan Isolasi diri</p> <p>h. Dorong pasien untuk membagi masalah yang dihadapi atau dimiliki</p> <p>i. Dukung pasien untuk jujur dan menunjukkan identitas dirinya dengan orang lain</p> <p>j. Libatkan dalam TAKS</p>	(Putri W. U.)	<p>- Pasien paham manfaat berinteraksi dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain</p> <p>(Putri W. U.)</p>

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<p>2. Setelah dilakukan interaksi selama 1X, pasien mampu mengungkapkan Perasaannya dengan indikator/kriteria hasil:</p> <p>a. Pasien mampu mengungkapkan perasaan setelah berinteraksi dengan orang lain</p> <p>b. Pasien dapat mengungkapkan manfaat dan keuntungan berinteraksi dengan orang lain</p>	<p>(Putri W.U)</p> <p>2. Management Kestabilan Mood Perasaan Aman dan Nyaman (Mood Management)</p> <p>a. Observasi antara kesesuaian antar afek dan ungkapan secara verbal pasien</p> <p>b. Berikan perasaan aman dan</p>		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<p>c. Pasien mampu menyebutkan kerugian mengisolasi diri/tidak berinteraksi dengan orang lain</p> <p>d. Pasien dapat mempertahankan keinginan dan kebutuh-nya berinteraksi dengan orang lain</p> <p>(Putri W.U)</p>	<p>nyaman pada pasien</p> <p>c. Dorong pasien mengungkapkan perasaanya dan mengekspre-sikannya secara tepat</p> <p>d. Bantu pasien mengidentifi- kasi perasaan yang mendasari Keinginan pasien untuk tidak melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>e. Dorong pasien mngungkap-</p>		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			<p>kan hambatan dan kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain</p> <p>f. Diskusikan dengan pasien manfaat berinteraksi dengan orang lain</p> <p>g. Diskusikan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain</p> <p>h. Kelola pemberian obat untuk menjaga kestabilan mood/mood stabilizing</p>		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			(antidepres- sant, lithium, hormon dan vitamin) i. Monitor efek samping obat dan dampak terhadap mood pasien j. Libatkan pasien dalam TAK SS, SP umum k. Lakukan kolaborasi dengan psikiater bila diperlukan (mis:ETC) (Putri W.U)		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<p>3. Setelah dilakukan interaksi selama 1X, pasien dapat mengembangkan hubungan /interaksi sosial dengan indikator/kriteria hasil:</p> <p>a. Klien mampu melakukan interaksi dengan perawata/pe- tugas, teman/pasien lain, dan/atau keluarga</p> <p>b. Pasien berpartisipasi dalam aktivitas di ruang perawatan</p> <p>(Putri W.U)</p>	<p>3. Tingkatkan sosialisasi (socialization Enhancement)</p> <p>a. Bantu pasien mengidentifik asi kelebihan, hambatan dan kesulitan dalam berkomunika- si dengan orang lain</p> <p>b. Tingkatkan kesadaran pasien terhadap kelebihan dan keterbatasan dalam berkomunika- si tersebut</p>		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			<ul style="list-style-type: none"> c. Dukung pasien mengembangkan hubungan /interaksi yang telah terbina d. Dukung dalam aktivitas di ruang perawatan e. Beri reinforcement atas kemampuan dari keberhasilan pasien f. Libatkan pasien dalam TAK <p style="text-align: right;">(Putri W.U)</p>		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<p>4. Setelah dilakukan interaksi selama 1X, pasien mampu meningkatkan interaksi sosial secara mandiri dengan indikator/kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mau dan mampu bekerja sama dengan orang lain b. Bersikap ramah c. Perhatian terhadap orang lain d. Menepati janji e. Mau membantu orang lain 	<p>4. Modifikasi Perilaku: Keterampilan Sosial (Behavior Modification: Social Skills)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bantu pasien mengidentifikasi masalah-masalah interpersonal yang menyebabkan menurunnya/ku rangnya interaksi dengan orang lain b. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan terkait dengan 		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<p>f. Pasien dapat menggunakan waktu luangnya dengan aktivitas-aktivitas selama dalam perawatan</p> <p>(Putri W.U)</p>	<p>masalah interpersonal</p> <p>c. Bantu pasien mengidentifikasi hasil yang ingin dicapai dari hubungan interpersonal yang dilakukan</p> <p>d. Identifikasi kemampuan/ keterampilan sosial yang ingin difokuskan pada latihan berinteraksi dengan orang lain</p> <p>e. Bantu pasien menetapkan tahapan dan hal-hal yang ingin dicapai</p>		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			<p>dalam melatih hubungan interpersonal/interaksi dengan orang lain</p> <p>f. Dorong pasien meningkatkan interaksi dengan orang lain diskitarnya</p> <p>g. Dorong pasien mengikuti aktivitas di ruang perawatan</p> <p>h. Dorong pasien mengisi waktu luangnya dengan aktivitas</p> <p>i. Libatkan pasien dalam TAK</p>		

Hari/ Tanggal/Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		5. Setelah dilakukan interaksi selama 1 X, pasien mendapat dukungan keluarga dan dapat memanfaatkan dukungan tersebut untuk mengekspresikan perasaannya dan pikirannya dengan indikator/kriteria hasil:	<ul style="list-style-type: none"> j. Rujuk pasien untuk mengikuti aktivitas di ruang rehabilitasi (Putri W.U) 5. Tingkatkan Keterlibatan Keluarga (Family Involvement Promotion) <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemampuan dan keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien 		

Hari/Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mendapat dukungan keluarga selama dalam perawatan b. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya, keinginan dan harapannya dari dukungan keluarganya c. Pasien dan keluarga terlibat aktif dalam upaya perawatan d. Secara periodik/teratur keluarga mampu mengunjungi pasien selama pasien dalam perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> e. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang hal-hal dan situasi-situasi yang berpengaruh f. Identifikasi harapan/expectasi keluarga terhadap kondisi pasien g. Tentukan tingkat ketergantungan klien terhadap keluarga h. Beri informasi tentang kondisi pasien kepada keluarga 		

Hari/Tanggal/Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<p>e. keluarga mengerti dan mampu menjelaskan kembali Cara perawatan pasien dengan isolasi sosial</p> <p>(Putri W.U)</p>	<p>f. Jelaskan kepada keluarga cara merawat pasien dengan isolasi sosial</p> <p>g. Jelaskan pentingnya keterlibatan keluarga dalam merawat pasien</p> <p>h. Dorong keluarga untuk terlibat aktif dalam upaya perawatan yang diberikan</p>		

Hari/Tanggal/Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			i. Fasilitasi pertemuan klien dengan keluarga/teman/orang terdekat pasien secara Periodik/teratur selama pasien di rawat (Putri W.U)		

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama :Sdr.O

No RM : 00904XX

Wisma: Arjuna

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Jumat, 7 Juli 2017 WIB	<p>Harga Diri Rendah ditandai dengan: DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan malu karena sekripsinya belum selesai sehingga membuat pasien tidak ingin berinteraksi dengan yang lain. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien pasif saat diajak berbincang - bincang 	<p>TUPAN:</p> <p>Pasien mampu meningkatkan harga dirinya dan mempunyai sistem pendukung yang dapat membantu mengekspresikan perasaan dan pikirannya secara optimal.</p> <p>TUPEN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah melakukan interaksi dengan klien 1X, pasien mampu mengungkapkan perasaan dengan indikator/kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> a.Pasien mampu membina hubungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan Harga Diri (Self Esteem Enhancement) <ol style="list-style-type: none"> a.Bina hubungan saling percaya Prinsip komunikasi terapeutik (preinteraksi-terminasi). 	<p>Jumat, 7 Juli 2017 Jam 16.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengobservasi perilaku klien 3. Monitor pernyataan klien yang mengkritik dirinya 4. Mendorong pasien mengungkapkan perasaannya 5. Menganjurkan pasien kontak mata dan postur tubuh terbuka. 	<p>Jumat, 7 Juli 2017 Jam 17.10 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “nama saya oki” - Pasien mengatakan “lebih suka di dalam kamar” - Pasien mengatakan “memiliki keburukan jelek menumpuk sampah” - Pasien mengatakan malu “karena belum lulus skripsi”

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
	- Pasien tampak hipoaktif dalam berinteraksi	<p>saling percaya dengan perawat.</p> <p>b. Pasien mampu mempertahankan kontak mata.</p> <p>c. Pasien mampu mempertahankan postur tubuh yang tegak</p> <p>(Putri W.U)</p>	<p>Mempertahankan sikap yang konsisten:</p> <p>menepati janji, sikap terbuka, Kongruen, hindari sikap nonverbal yang dapat menimbulkan kesan negatif</p> <p>b. Observasi perilaku pasien</p> <p>c. Monitor pertanyaan-pertanyaan tentang kritik diri</p> <p>d. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya</p>	(Putri W.U)	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mau tangan - Pasien kooperatif saat diajak bicara, mempertahankan kontak mata dan postur tubuh <p>A: Masalah tupen 1 tercapai</p> <p>P: Lanjut tupen 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat: Yakinkan pasien bahwa pasien dapat menghadapi situasi apapun - Pasien dapat yakin bahwa ia bisa menghadapi <p>(Putri W.U)</p>

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<p>2. Setelah melakukan interaksi dengan klien 1X, pasien mampu mengidentifikasi aspek positif dari dirinya dengan indikator/kriteria hasil:</p> <p>a. Pasien mampu mengungkapkan penerimaan terhadap dirinya</p>	<p>e. Anjurkan pasien mempertahankan kontak mata dan postur terbuka/tegak</p> <p>(Putri W.U)</p> <p>2. Tingkatkan Harga Diri (Self Esteem Enhancement)</p> <p>a. Explorasi alasan pasien mengkritik diri</p> <p>b. Identifikasi kelebihan/hal positif yang dimiliki/yang ada di diri pasien</p>		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<ul style="list-style-type: none"> b. Pasien mampu mengungkapkan aspek positif dari dirinya. c. Pasien mampu mengungkapkan aspek negatif dari dirinya secara wajar d. Pasien mampu mengungkapkan penerimaan terhadap keterbatasan dirinya e. Pasien mampu menerima kritik yang membangun. f. Pasien mampu berpartisipasi dalam hubungan sosial dan bersikap terbuka <p style="text-align: center;">(Putri W.U)</p>	<ul style="list-style-type: none"> c. Explorasi keberhasilan-keberhasilan yang telah dicapai pasien d. Berikan reward/reinforce-ment positif terhadap keberhasilan dan kelebihan pasien. e. Yakinkan pasien bahwa ia mampu menghadapi situasi apapun f. Evaluasi bersama pasien perilaku yang dulu dan sekarang 		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			<ul style="list-style-type: none"> g. Bantu pasien untuk menyusun tujuan hidup yang realistis h. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang dapat meningkatkan harga diri i. Libatkan pasien dalam kegiatan TAK sosialisasi j. Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan/support pada pasien 		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			k. Kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian medikasi atau terapi (Putri W.U)		

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama: Sdr.O

No RM: 00904XX

Wisma: Arjuna

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis, 6 Juli 2017 Jam 07.30 WIB	Sindrom Defisist Perawatan diri Mandi/ Berpakaian- Berhias DS: - Pasien mengatakan “mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap slese mandi kadang menyisir rambut kadang tidak”. - Pasien mengatakan “gantian pakaian sehari sekali setelah mandi dan	TUPAN : Pasien mampu melakukan dan memenuhi perawatan dirinya secara mandiri, meliputi: mandi/berpakaian-berhias TUPEN : 1. Setelah berinteraksi dengan pasien 2X, pasien dapat melakukan perawatan diri/personal hygiene dengan indikator/kriteris hasil: a. Pasien menyebutkan manfaat kebersihan diri/mandi b. Pasien memutuskan	1. Bantu Perawatan Diri:Mandi (Self Care Assistance: Bathing) a. Monitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara mandiri	Jumat, 7 Juli 2017 Jam 07.30 WIB Tupen 1 1. Memonitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara mandiri 2. Mengidentifikasi- kasi pasien hambatan yang di alami dalam perawatan diri 3. Mendiskusika n dengan pasien keuntungan atau manfaat kebersihan diri	Jumat, 7 Juli 2017 Jam 08.30 WIB S: - Pasien mengatakan, “mandi sehari 2 kali, sikat gigi setiap madi, keramas 2 kali sehari” - Pasien mengatakan “keuntungan mandi dan dapat menyebutkan yaitu lebih percaya diri, wangi, segar dan bersih “ O: - Pasien tampak tidak rapi

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
	<p>belum mencukur jenggot”.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak rapi - Gigi pasien kotor dan bau mulut - Rambut pasien tidak rapi dan lepek - Pakaian tampak tidak rapi - Kuku dan jenggot pasien panjang 	<p>untuk mandi/melakukan kebersihan diri</p> <p>c. Pasien bersedia mandi (dengan atau tanpa bantuan)</p> <p>d. Tubuh Pasien tidak bau, kebersihan kulit terjaga</p> <p>(Putri W. U.)</p>	<p>b. Identifikasi bersama pasien kemungkinan hambatan yang dialami pasien dalam melakukan perawatan diri</p> <p>1) Fisik: adanya keterbatasan gerak/aktivitas, penyakit fisik, kelemahan beadres</p> <p>2) Intelektual: penolakan</p> <p>3) Emosi: kondisi labil akut/kronis</p> <p>4) Sosial: ketidakmampuan</p>	<p>4. Membantu pasien tindakan untuk mandi</p> <p>(Putri W.U)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bau mulut dan gigi kotor - Rambut kotor - Bau badan <p>A: Masalah tupen 1 tercapai</p> <p>P: Lanjut tupen 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat Bantu fasilitasi perawatan mandi - Pasien mau dan bisa menggunakan peralatan yang disediakan <p>(Putri W.U)</p>

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			<p>mengendalikan perilaku</p> <p>c. Diskusikan Bersama pasien keuntungan/manfaat kebersihan diri</p> <p>d. Bantu klien menentukan tindakan untuk mandi/memenuhi kebersihan dirinya</p> <p>e. Fasilitasi/sediakan peralatan mandi</p> <p>f. Berikan bantuan sampai klien mandiri dalam perawatan dirinya</p> <p>g. Berikan <i>reinforcemen</i> terhadap</p>		

Hari/Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
		<p>2. Setelah berinteraksi dengan klien selama 2X, klien mampu berpakaian dan berhias dengan indikator/kriteria hasil:</p> <p>a. Klien mampu menggunakan pakaian dan berhias dengan tepat (mis:</p>	<p>keberhasilan klien melakukan/ kebutuhan mandinya</p> <p>h. Evaluasi perasaan klien setelah mandi</p> <p>(Putri W.U)</p> <p>2. Bantu Perawatan Diri: Berpakaian-Berhias (Self Care Assistance: Grooming)</p> <p>a. Kaji kemampuan klien dalam berpakaian</p>		

Hari/ Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			<p>mudah dimengerti klien untuk mengakomodasi keterbatasan kognitif pasien</p> <p>e. Sediakan baju bersih, sisir, (bedak Parfum, jika memungkinkan)</p> <p>f. Dorong klien untuk menggunakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar</p> <p>g. Berikan bantuan pada klien jika diperlukan</p>		

Hari/Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
			<p>h. Evaluasi perasaan klien setelah mampu berhias-berpakaian</p> <p>i. Beri <i>reinforcement</i> atas keberhasilan klien berhias dan berpakaian</p> <p>(Putri W.U)</p>		

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Sdr.O
 Wisma : Arjuna
 No.R. : 00904XX

Hari/Tanggal /jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu, 8 Juli 2017 pagi	Harga Diri Rendah	<p>Jam 13.30 Tupen 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kelebihan /hal positif yang dimiliki/hal yang ada di diri klien 2. Memberikan reward/reinforcement positif terhadap keberhasilan/kelebihan klien 3. Meyakinkan klien mampu menghadapi segala sesuatu 4. Mengevaluasi bersama klien perilaku yang dulu dan sekarang 5. Membantu klien untuk menyusun tujuan hidup yang realistis <p style="text-align: right;">(Putri W.U)</p> <p>Jam 16.30</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Mengelola pemberian obat Resperidon 2 mg Clopromazine 25 mg <p style="text-align: right;">(Putri W.U)</p>	<p>Sabtu, 8 Juli 2017 Jam 14.00 S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “hal positif yang dimiliki pasien memiliki wajah yang tampan” - Pasien mengatakan “mampu dan bisa untuk menyelesaikan skripsi” - Pasien mengatakan “dulu sebelum masuk bangsal mudah untuk berinteraksi dengan orang rumahtapi sekarang sulit karena merasa teman sebangsal sulit diajak berkomunikasi” - Pasien mengatakan “tujuan hidup akan cepat sembuh dan menyelesaikan skripsi” - Pasien mengat kann ”kekurangannya sulit unuk berkomunikasi” <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak senang saat diberi pujian - Pasien tampak yakin dengan apa yang dikatakan <p>Jam 16.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obat pasien sudah

			<p>di minum</p> <p>A: masalah tupen 2 tercapai</p> <p>P: lanjut Tupen 2</p> <p>- Serahkan tindak lanjut kepada perawat pangsal untuk melibatkan pasien dalam TAK sosialisasi</p> <p>(Putri W.U)</p>
--	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Sdr.O
 Wisma : Arjuna
 No.R. : 00904XX

Hari/Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI
Kamis, 6 Juli 2017 Jam 12.30	Isolasi Sosial	Jam 12.30 Tupen 5 1. Mengidentifikasi kemampuan dan keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien 2. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang hal-hal dan situasi-situasi yang berpengaruh 3. Mengidentifikasi harapan keluarga terhadap kondisi pasien 4. Memberikan informasi tentang kondisi pasien 5. Menjelaskan kepada keluarga cara merawat pasien dengan isolasi sosial 6. Menjelaskan pentingnya keterlibatan keluarga dalam merawat pasien 7. Mendorong keluarga untuk terlibat aktif dalam upaya perawatan. (Putri W.U)	Kamis, 6 Juli 2017 Jam.12.45 S: - Keluarga mengatakan “jarang berbincang-bincang dengan pasien” - Keluarga mengtakan “tidak tahu apa yang menyebabkan pasien isolasi sosial” - Keluarga mengatakan “berharap pasien segera sembuh dan bisa menyelesaikan sekeripsinya” - Keluarga mengatakan “akan lebih perhatian dan lebih sering berinteraksi dengan pasien” O: - Kasiem tampak paham dengan penjelasan yang diberikan dan dapat menyebutkannya kembali - Keluarga tampak antusias saat diberiakn menjelaskan tentang kondisi pasien A: Masalah tupen 5 tercapai

			<p>P: lanjut tupen 1</p> <ul style="list-style-type: none">- Perawat Jelaskan pentingnya berinteraksi dengan orang lain- Pasien Pasien dapat mengerti dengan penjelasan yang diberikan <p>(Putri W.U)</p>
--	--	--	--

<p>Jumat, 7 juli 2017 Jam 13.00</p>	<p>Isolasi Sosial</p>	<p>Jam 13.00</p> <p>Tupen 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kesesuaian antara afek dan ungkapan secara verbal 2. Memberikan perasaan aman dan nyaman 3. Mendorong klien mengungkapkan perasaan dan mengekspresikan secara tepat 4. Mendorong pasien mengidentifikasi keinginan klien untuk tidak melakukan interaksi dengan orang lain 5. Mendiskusikan dengan klien manfaat berinteraksi dengan orang lain <p>(Putri W.U)</p>	<p>Jumat, 7 Juli 2017</p> <p>Jam 13.30</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “nama saya oki” - Pasien mengatakan “malu karena skripsi belum slesai” - Pasien mengatakan “tidak ingin berinteraksi dengan orang lain merasa sulit untuk menjalin komunikais dan merasa malu” - Pasien mengatakan “kerugian dengan tidak berinteraksi dengan orang lain adalah teman sedikit dan tidak ada yang membantu saat ada kesulitan” - Pasien mengatakan “manfaat berinteraksi adalah punya banyak teman dan bisa membantu saat sedang susah “ <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak senyum saat berjabat tangan
---	-----------------------	---	--

			<ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak canggung saat mengatakan malu skripsi belum selesai- Afek pasien sesuai dengan ungkapan verbal- Pasien dapat menyebutkan manfaat dan kerugian dari berinteraksi dengan baik <p>A: Masalah tupen 2 tercapai</p> <p>P: lanjut tupen 3</p> <ul style="list-style-type: none">- Perawat jelaskan kelebihan dan keterbatasan komunikasi- Pasien paham dengan penjelasan yang diberikan <p style="text-align: right;">(Putri W.U)</p>
--	--	--	--

<p>Jumat, 7 Juli 2017 Jam 16.00</p>	<p>Isolasi sosial</p>	<p>Jam 16.00 TUPEN 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien mengidentifikasi kelebihan, hambatan dan kesulitan dalam berkomunikasi dengan orang lain 2. Meningkatkan kedarasan pasien dalam terhadap kelebihan dan keterbatasan dalam berkomunikasi tersebut 3. Mendukung pasien mengembangkan hubungan/interaksi yang telah terbuka 4. Mendukung aktivitas dalam ruang perawatan 	<p>Jumat, 7 Juli 2017 Jam 16.20</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “kelebihan dalam berkomunikasi adalah bisa menangani banyak orang” - Pasien mengatakan “hambatan dalam berkomunikasi adalah karena pasien merasa sulit untuk memulai percakapan” - Pasien mengatakan “kesulitan dalam berkomunikasi karena di bangsal temannya sulit
---	-----------------------	--	--

		(Putri W.U)	<p>diajak ngobrol “</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “bersedia menjalin hubungan dan lebih berinteraksi dengan teman sebangsal dan perawat” <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kooperatif - Pasien memperlihatkan sikap terbuka - Pasien dapat menerima masukan dengan baik dan memberikan pendapat dengan baik <p>A: Masalah tupen 3 tercapai</p> <p>P: Lanjut tupen 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat Bantu pasien mengidentifikasi hasil yang ingin dicapai dalam melatih intraksi dengan orang lain - Pasien Pasien dapat mengidentifikasi hasil yang ingin dicapai dalam interaksi <p style="text-align: right;">(Putri W.U)</p>
--	--	-------------	--

<p>Sabtu, 8 Juli 2017 Jam 16.00</p>	<p>Isolasi Sosial</p>	<p>Jam 16.00 TUPEN 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien mengidentifikasi masalah interpersonal yang menyebabkan menurunnya interaksi dengan orang lain 2. Membantu pasien mengidentifikasi hasil yang ingin dicapai dari hubungan 	<p>Sabtu, 8 Juli 2017 Jam 16.20</p> <p>S: - Pasien mengatakan “masalah dalam kesulitan berinteraksi karena pasien merasa sulit memulai komunikasi”</p>
---	-----------------------	--	--

		<p>interaksi yang dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengidentifikasi keterampilan/kemampuan sosial yang ingin difokuskan klien pada latihan interaksi dengan orang lain 4. Mendorong pasien meningkatkan interaksi dengan orang lain 5. Mendorong pasien mengikuti aktivitas didalam ruang perawatan. 6. Mendorong pasien untuk melakukan aktivitas saat waktu luang <p>(PutriW.U)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “ingin mudah mengenal teman, hobi serta alamat teman” - Pasien mengatakan “ingin punya banyak teman dan bisa berinteraksi dengan mereka” - Pasien mengatakan “akan terus mencoba untuk lebih berinteraksi” - Pasien mengatakan “mengikuti aktivitas ruangan seperti menonton tv, TAK” - Pasien mengatakan “saat waktu luang akan mencoba berinteraksi dengan teman” <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih rileks saat diajak berbincang-bincang - Pasien tampak lebih percaya diri - Pasien tampak lebih terbuka untuk berinteraksi dengan teman sebangsal <p>A: Masalah tupen 4 tercapai</p> <p>P: Lanjut tupen 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serahkan tindak lanjut kepada perawat bangsal untuk motivasi pasien meningkatkan interaksi dengan orang sekitar <p>(Putri W.U)</p>
--	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Sdr.O
 Wisma : Arjuna
 No.R. : 00904XX

Hari/Tanggal /Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat, 7 Juli 2017 Jam 16.00	Sindrom Defisit Perawatan Diri Mandi/ Berhias- Berpakaian	Jam 15.30 Tupen 1 1. Memfasilitasi/ menyediakan peralatan mandi 2. Mengevaluasi perasaan pasien setelah mandi (Putri W.U)	Jumat, 7 Juli 2017 Jam 14.45 S: - Pasien mengatakan “sudah mandi dengan peralatan mandi yang tadi sudah disediakan” - Pasien mengatakan tadi saat mandi dengan sabun dan menggosok gigi - Pasien mengatakan “segar setelah mandi” O: - Gigi pasien tampak lebih bersih dan tidak bau mulut - Pasien tampak lebih bersih - Bau badan pasien wangi A: Masalah tupen 1 tercapai P: Lanjut tupen 3 - Perawat jelaskan cara berpakaian dan berdandan yang baik - Pasien memahami dan mengerti cara berpakaian dan berdandan yang baik (Putri W.U)

<p>Sabtu, 8 Juli 2017 Jam 08.00</p>	<p>Sindrom Defisit Perawatan Diri Mandi/ Berhias- Berpakaian</p>	<p>Jam 08.00 Tupen 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemampuan pasien berhias dan berpakaian 2. Menggunakan komunikasi instruksi yang mudah dipahami 3. Menyediakan potong kukur, sisir rambut dan bercukur kumis 4. Mendiskusikan dengan pasien adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias 5. Mengevaluasi perasaan klien setelah mampu berpakaian dan berhias <p>(Putri W.U)</p>	<p>Sabtu,8 Juli 2017 Jam 08.20</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “senang sudah bertambah pengalaman” - Pasien mengatakan “tahu cara berhias dan berpakaian “ - Pasien mengatakan “tahu cara memotong kuku, bersisir dan memotong jenggot” - Pasien mengatakan “tidak ada hambatan dalam berpakaian “ <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat memahami dengan baik instruksi yang di berikan - Pasien mampu menggunakan alat yang disediakan meskipun belum benar cara penggunaanya - Pasien dapat berpakaian secara rapi <p>A: Masalah tupen 3 tercapai</p> <p>P: lanjut tupen 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat ajarkan cara pakaian dan berhias secara benar - Pasien Pasien dapat menggunakan alat scara benar <p>(Putri W.U)</p>
---	--	--	---

<p>Sabtu, 8 juli 2017 Jam 16.00</p>	<p>Sindrom Defisit Perawatan Diri Mandi/ Berhias-Berpakaian</p>	<p>Sabtu, 8 Juli 2017 Jam 16.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemampuan pasien berhias dan berpakaian 2. Menyediakan porong kuku, sisir dan pemotong jenggot 3. Mengevaluasi perasaan pasien setelah mampu berhias dan berpakaian <p>(Putri W.U)</p>	<p>Sabtu, 8 Juli 2017 Jam 16.15</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “sudah dapat memotong kuku, meyisir dan mencukur kumis secara rapi “ - Pasien mengatakn “lebih percaya diri setelah mampu berhias dan berpakaian “ <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat menggunakan alat yang disediakan dengan cara yang benar - Pasien tampak lebih rapi dan bersih <p>A: Masalah tupen 3 tercapai</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>(Putri W.U)</p>
---	---	--	---