

KARYA TULIS ILMIAH
GAMBARAN DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA PASIEN
DENGAN SKIZOFRENIA DI WISMA SADEWARSJ GRHASIA
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA



OLEH :
LENI INDI ASTUTI
NIM : 2216060

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2019

KARYA TULIS ILMIAH
GAMBARAN DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA PASIEN
DENGAN SKIZOFRENIA DI WISMA SADEWA RSJ
GRHASIA DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

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

LENI INDI ASTUTI

NIM : 2216060

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Leni Indi Astuti

NIM : 2216060

Program studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

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

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

Yogyakarta, 24 Mei2019

Pembuat Pernyataan



Leni Indi Astuti

NIM : 2216060

KARYA TULIS ILMIAH
GAMBARAN DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA PASIEN
DENGAN SKIZOFRENIA DI WISMA SADEWA
RSJ GRHASIA DAERAH ISTIMEWA
YOGYAKARTA

OLEH :
LENI INDI ASTUTI
NIM : 2216060

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan

Disetujui pada tanggal

23 Mei 2019

Pembimbing I



Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep
NIK : 1141 13 165

Pembimbing II



Prastiwi Puji R, M.Kep.Ns.Sp.Kep.J
NIDK : 887 2540017

KARYA TULIS ILMIAH
GAMBARAN DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA PASIEN
DENGAN SKIZOFRENIA DI WISMA SADEWA
RSJ GRHASIA DAERAH ISTIMEWA
YOGYAKARTA

OLEH :
LENI INDI ASTUTI
NIM : 2216060

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji KTI
Akper "YKY" Yogyakarta Pada tanggal 25 Mei 2019

Dewan Penguji :

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

Prastiwi Puji R, M.Kep.Ns.Sp.Kep.J

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

Tanda Tangan



.....

.....

.....

Mengesahkan
Direktur Akper "YKY"
Yogyakarta




Tri Atini, S.Kep., Ns., M.Kep

NIK : 114103052

MOTTO

Tidak ada pekerjaan yang tidak indah, tidak ada pekerjaan yang tidak nyaman.
Tergantung bagaimana cara kita mengerjakan dan menikmatinya.

(Leni Indi Astuti)

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.

(QS.Al-Insyirah,6-8)

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

(Thomas Alva Edison)

Kebanyakan dari kita tidak mensyukuri apa yang sudah kita miliki, tetapi kita selalu menyesali apa yang belum kita capai.

(Schopenhauer)

PERSEMBAHAN

Dari semua yang penulis kerjakan dan penulis peroleh tidak luput dari doa dan dukungan banyak pihak, maka dari itu penulis ingin mempersembahkan karya tulis ilmiah ini untuk :

1. Kedua orang tua saya Bapak Sunarya dan Ibu Sumiyem tercinta yang tidak pernah lelah memberikan dukungan, doa, serta pengorbanan yang luar biasa.
2. Kakak tersayang, Desi Ria Puspita yang selalu memberi motivasi dan dukungan, serta Adik tersayang, Vicko Pradana Putra yang selalu menghibur.
3. Pembimbing tugas akhir saya Ibu Nunung Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Prastiwi Puji, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J yang telah sabar membimbing saya serta dewan penguji Bapak Sutejo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J sehingga dapat terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Sahabat-sahabatku Lilik Prabawati, Siti Muyasaroh, Umi Fathonah, Wahyu Galih saputri, Isnanda Karimah, Fenida Susilawati yang selalu mendukung satu sama lain dan memberi semangat.
5. Teman berjuang satu kelompok Lilik Prabawati dan Refian Arga Pramudi Winata yang selalu menguatkan dan kompak.
6. Semua teman-teman kelas B dan teman seperjuangan Akper YKY angkatan ke 22 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 kehadiran Allah SWT atas berkat rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta”**.

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. Dr. Akhmad Akhadi S,MPH selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan karya tulis ini.
3. Nunung Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji dan dosen pembimbing yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini.
4. Prastiwi Puji Rahayu, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J selaku dosen penguji dan dosen pembimbing yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini.
5. Sutejo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.

6. Suharti S.ST selaku pembimbing sekaligus penguji praktik di lapangan yang telah membantu dan membimbing kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Sdr.H dan Tn.S yang telah bersedia menjadi responden untuk belajar melakukan asuhan keperawatan secara nyata kepada pasien.
8. Sunarya dan Sumiyem selaku orang tua penulis yang tiada henti selalu memberikan dukungan, doa dan semangat kepada penulis.
9. Seluruh dosen Akper YKY Yogyakarta yang telah memberikan ilmunya kepada penulis selama 3 tahun ini.
10. Teman-teman seperjuangan dan semua pihak yang telah membantu.

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

Yogyakarta, Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN MOTTO	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR DAFTAR LAMPIRAN	xv
ABSTRAK	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Ruang Lingkup.....	4
E. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Landasan Teori	6
1. Gambaran Umum Skizofrenia	6
a. Pengertian	6
b. Etiologi	6
c. Tanda & Gejala.....	10
d. Jenis-Jenis Skizofrenia	11
e. Penatalaksanaan.....	12
2. Gambaran Umum Defisit Perawatan Diri	16
a. Pengertian	16
b. Rentang Respon Kognitif	17
c. Etiologi	17
d. Tanda & Gejala.....	20
e. Jenis Defisit Perawatan Diri	21
f. Mekanisme Koping	22
g. Penatalaksanaan.....	23
h. Pohon Masalah	23
3. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri	23
a. Pengkajian	24
b. Diagnosa Keperawatan	24
c. Rencana Keperawatan	25
d. Pelaksanaan Keperawatan	32

e. Evaluasi	33
f. Dokumentasi.....	34
B. Kerangka Teori.....	35
C. Kerangka Konsep	36
BAB III METODE STUDI KASUS	
A. Rancangan Studi Kasus	37
B. Subyek Studi Kasus.....	37
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	37
D. Definisi Operasional.....	38
E. Instrumen Studi Kasus	38
F. Teknik Pengumpulan Data.....	38
G. Analisa Data	39
H. Etika Studi Kasus	39
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	41
1. Gambaran Lokasi Studi Kasus	41
2. Karakteristik Partisipan.....	42
3. Gambaran Asuhan Keperawatan.....	42
4. Gambaran Data Partisipan.....	46
B. Pembahasan.....	49
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	52
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	53
B. Saran	54

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon.....	17
Gambar 2.2 Pohon Masalah.....	23
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	35
Gambar 2.4 Kerangka Konsep.....	36

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	38
Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan.....	42
Tabel 4.2 Gambaran Data Partisipan	46

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Studi Kasus
- Lampiran 2 Informed Consent
- Lampiran 3 Format Asuhan Keperawatan
- Lampiran 4 Surat Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 5 Berita Acara Pelaksanaan Bimbingan
- Lampiran 6 Laporan Home Visit
- Lampiran 7 Asuhan Keperawatan
- Lampiran 8 Strategi Pelaksanaan

Leni Indi Astuti. (2019). Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia Di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta

Pembimbing : Nunung Rachmawati dan Prastiwi Puji Rahayu

ABSTRAK

Karya Tulis Ilmiah ini dilatar belakangi oleh kasus skizofrenia dengan defisit perawatan diri. Berdasarkan data rekam medik di RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta khususnya di Wisma Sadewa didapatkan data tiga bulan terakhir dari bulan November 2018 sampai Januari 2019 data yang diperoleh diagnosa keperawatan gangguan defisit perawatan diri sebanyak 3%. Masalah kurangnya perawatan diri pada gangguan jiwa tidak boleh dianggap remeh karena keadaan fisiknya akan terganggu seperti integritas kulitnya, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku. Metode yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu deskriptif yang memaparkan keadaan dua pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi. Tujuan penulis Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengetahui gambaran defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta, mengetahui gambaran lokasi studi kasus dan gambaran karakteristik partisipan. Studi kasus ini menggunakan pendekatan deskriptif yang memaparkan keadaan pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi. Pada pasien Sdr.H dan Tn.S memiliki tanda dan gejala yang sama dan memiliki diagnosa sama yaitu defisit perawatan diri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 shift didapatkan hasil evaluasi bahwa pasien mampu membina hubungan saling percaya dan mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut *World Health Organization* (WHO) adalah keadaan dimana setiap individu menyadari potensinya, dapat mengatasi stress yang normal dalam kehidupan sehari-hari, dapat bekerja dengan produktif dan bermanfaat, sebagai keadaan sehat fisik, mental, dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan. Kemampuan individu dalam kelompok dan lingkungannya untuk berinteraksi dengan yang lain dengan cara untuk mencapai kesejahteraan, perkembangan yang optimal, dengan menggunakan kemampuan mentalnya memiliki prestasi individu serta kelompoknya konsisten dengan hukum yang berlaku (Yosep & Sutini, 2014). Kesehatan jiwa didefinisikan sebagai kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU Nomor 18 Tahun 2014, tentang kesehatan jiwa). Dalam kesehatan jiwa seseorang bisa mengalamigangguan jiwa.

Gangguan jiwa adalah sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan disetres atau penderitaan dan menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia.

Gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik maupun mental yang meliputi gangguan jiwa (Keliat, 2011). Dalam gangguan jiwa terdapat salah satu gangguan jiwa berat yaitu Skizofrenia. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang lebih banyak dialami oleh beberapa orang dibanding penderita gangguan jiwa lainnya yang umumnya menyerang pada usia produktif dan merupakan penyebab utama disabilitas kelompok usia 15-44 tahun (Davidson, 2010).

Data statistik yang dikemukakan oleh WHO (2016) menunjukkan terdapat sekitar 21 juta orang terkena skizofrenia. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2013 menyimpulkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400 juta orang atau sebanyak 1,7 ‰ penduduk. Jumlah gangguan jiwa berat atau psikosis skizofrenia di Indonesia ada sekitar 20 juta atau 22 ‰ sedangkan pada Riskesda (2018) ada 7 ‰ yang mengidap gangguan kejiwaan dari tingkat rendah hingga berat. Prevalensi jumlah penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta yang sudah menderita gangguan jiwa berat sebesar 2,7 ‰ sedangkan pada 2018 ada 10 ‰. Secara rinci jumlah tertinggi penderita gangguan jiwa berada di daerah Kabupaten Kulon Progo 4,67%, Kabupaten Bantul 4%, dan Kota Yogyakarta 2,14% dan Kabupaten Gunungkidul 2,05%, untuk penderita skizofrenia terendah ada di Kabupaten Sleman 1,52%. Gejala skizofrenia dibagi menjadi dua kelompok yaitu gejala negatif dan gejala positif, yang termasuk gejala negatif yaitu salah satunya defisit perawatan diri (Maramis, 2009).

Defisit perawatan diri merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa (Thomas, 2012). Dari seluruh skizofrenia, 70% diantaranya mengalami defisit perawatan diri (Hardiyah, 2010). Masalah kurangnya perawatan diri pada gangguan jiwa tidak boleh dianggap remeh karena keadaan fisiknya akan terganggu seperti integritas kulitnya, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku. Peran perawat untuk penderita defisit perawatan diri yaitu dengan mengajarkan dan memberikan pengetahuan pentingnya keperawatan diri pada penderita secara bertahap. Penderita akan dijelaskan mengenai tata cara melakukan kegiatan perawatan diri seperti mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, mengganti pakaian, memotong kuku, berdandan, makan dan minum dengan benar serta cara buang air kecil dan besar dengan benar (Keliat & Pawirowiyono, 2015)

Hasil studi pendahuluan pada tanggal 13 Februari 2019 khususnya di Wisma Sadewa didapatkan data tiga bulan terakhir dari bulan November 2018 sampai Januari 2019 data yang diperoleh diagnosa keperawatan gangguan defisit perawatan diri sebanyak 3% . Dari hasil wawancara dengan perawat ruangan bahwa kasus terbanyak yaitu gangguan sensori persepsi halusinasi, resiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Hasil observasi penulis, pasien yang mengalami defisit perawatan diri penampilan tampak tidak rapi, rambut acak-acakan, dan badan bau. Upaya yang dilakukan di Wisma Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta dengan

menggunakan Standar Asuhan Keperawatan (SAK). Setelah pasien dirawat sesuai SAK dan kondisi membaik selanjutnya dilakukan rehabilitasi.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam membuat proposal studi kasus dengan judul “Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dirumuskan perumusan masalah Bagaimana Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta ?

C. Tujuan Studi Kasus

Tujuan studi kasus dibagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus :

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada pasien skizofrenia di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

Tujuan dilakukan studi kasus ini adalah :

- a. Mengetahui gambaran lokasi studi kasus
- b. Mengetahui gambaran karakteristik partisipan

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pada studi kasus merupakan bagian dari mata ajar keperawatan jiwa dan telah dilaksanakan selama 3 shift yaitu pada tanggal 15

April 2019 sampai 17 April 2019 bertempat di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

E. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat bagi :

1. Pasien Defisit Perawatan Diri

Meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi masalah Defisit Perawatan Diri.

2. Perawat di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta

Sebagai acuan untuk meningkatkan pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan terutama pada pasien dengan Defisit Perawatan Diri.

3. Akper YKY Yogyakarta

Menjadi wacana pembelajaran, sekaligus pengalaman langsung khususnya dalam bidang keilmuan keperawatan jiwa.

4. Penulis

Mendapatkan pengalaman nyata dalam mengaplikasikan teori asuhan keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Gambaran Umum Skizofrenia

a. Pengertian Skizofrenia

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

Skizofrenia adalah jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan.

b. Etiologi

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

1) Faktor genetik

Dapat dipastikan bahwa terdapat kontribusi genetik pada beberapa, atau seluruh bentuk skizofrenia. Sebagai contoh, pada individu yang memiliki saudara dengan kelainan skizofrenia akan memiliki kemungkinan yang lebih tinggi untuk terpapar skizofrenia juga daripada individu yang tidak memiliki saudara dengan skizofrenia. Kemungkinan tersebut berhubungan dengan tingkat kedekatan individu dan saudaranya yang menderita skizofrenia. Pada kasus kembar monozigotik yang memiliki gen identik, terdapat kemungkinan 50% untuk menderita skizofrenia jika saudaranya menderita skizofrenia. Tingkat ini 4 sampai 5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kemungkinan yang ditemukan di saudara tingkat perlama lainnya (saudara, orang tua, keturunan “tiri”). Peran faktor genetik ini lebih jauh merefleksikan penurunan angka kejadian skizofrenia pada saudara tingkat kedua dan ketiga. Pada studi terhadap kembar monozigotik yang diadopsi, kembar yang dibesarkan orang tua asuh tampak mengalami skizofrenia dalam jumlah yang sama dengan kembarnya yang dibesarkan oleh orang tua biologisnya. Temuan ini mengemukakan bahwa pengaruh genetik berparuh besar dalam kemungkinan terjadinya skizofrenia, namun faktor

lingkungan juga harus terlibat dalam menentukan terjadinya skizofrenia.

Beberapa penemuan juga menunjukkan usia ayah memiliki hubungan dalam kemungkinan terjadinya skizofrenia. Pada penelitian pasien skizofrenia tanpa riwayat sakit baik dalam garis keturunan ayah ataupun ibu, ditemukan fakta bahwa mereka yang lahir dari ayah dengan usia lebih tua dari 60 tahun memiliki kemungkinan menderita skizofrenia juga. Mungkin spermatogenesis yang buruk ditemukan pada pria yang lebih tua daripada pria yang lebih muda.

2) Faktor Biokimia

a) Hipotesis Dopamin

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

hipersensitivitas reseptor dopamin terhadap dopamin, atau kombinasi mekanisme tersebut.

Jalur dopamin di otak yang terlibat juga tidak dirinci dalam teori ini, meski jalur mesokortikal dan mesolimbik paling sering disebut. Peran signifikan dopamin dalam patofisiologi skizofrenia sejalan dengan studi yang mengukur konsentrasi plasma metabolit utama dopamin, asam homovalinat. Studi melaporkan adandengan studi yang mengukur konsentrasi plasma metabolit utama dopamin, asam homovalinat. Studi melaporkan adanya korelasi positif antara konsentrasi asam homovanilat dan tingkat keparahan gejala yang timbul pada pasien. Penurunan asam homovalinat berkorelasi dengan perbaikan gejala pada setidaknya beberapa pasien (Sadock, et al., 2015)

b) Norepinefrin

Sejumlah penelitian melaporkan bahwa pemberian obat antipsikotik jangka panjang menurunkan aktivitas neuron noradrenergik di lokus seruleus dan bahwa efek terapeutik beberapa obat antipsikotik mungkin melibatkan aktivitasnya pada reseptor adrenergik alfa-1 dan adrenergik alfa-2. Meski hubungan antara aktivitas dopaminergik dalam suatu cara sehingga abnormalitas sistem noradrenergik

mempredisposisikan pasien untuk mengalami relaps yang sering (Sadock, et al., 2015).

c) Glutamat

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

d) Asetilkolin dan Nikotin

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

c. Tanda dan Gejala

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

1) Gejala Negatif

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

2) Gejala Positif

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

d. Jenis-jenis Skizofrenia

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

1) Skizofrenia Paranoid

Gejala utama kecurigaan (halusinasi), kemarahan dan waham

2) Skizofrenia Hebefrenik

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

3) Skizofrenia Katatonik

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

4) Skizofrenia Tak Terinci

Gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe skizofrenia tertentu.

5) Skizofrenia Psiko-afektif

Adanya gejala umum emosi berlebihan dan kemunduran kemauan.

6) Skizofrenia Simplek

Adanya gejala skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresitau mania.

e. Penatalaksanaan Skizofrenia

Digunakan obat antipsikotik untuk mengatasi gejala psikotik (perubahan perilaku, agitasi, agresif, sulit tidur, halusinasi, waham, dan proses pikir kacau). Macam obat antipsikotik ada dua yaitu peridon, dan Ziprasperidon, Quetiapin, Riantipsikotik tipikal atau generasi pertama (Amitriptilin, Kloromazin, Flufenazin, Haloperadol, Thiotiksen, dan Trifluoperazin) dan antipsikotik atipikal atau generasi kedua (Aripiprazol, Klozapin, Olanzapin, Paliperidon, Quetiapin, Risperidon, dan Ziprasidon)(Keliat, 2011). Pengobatan harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan lebih besar penderita menuju kemunduran mental. Walaupun pasien mungkin tidak sembuh sempurna, tetapi dengan pengobatan dan bimbingan yang baik, pasien dapat ditolong untuk dapat berfungsi terus, bekerja sederhana di rumah ataupun diluar serta dapat membesarkan dan menyekolahkan anaknya (Maramis, 2009). Adapun jenis

pengobatan pada pasien skizofrenia (Maramis, 2009), adalah sebagai berikut :

1) Farmakologi

Menurut Maramis (2012) indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan.

Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah.

Pemilihan obat lebih banyak berdasarkan profil efek samping dan respons pasien pada pengobatan sebelumnya. Ada beberapa kondisi khusus yang perlu diperhatikan, misalnya wanita hamil lebih dianjurkan haloperidol, karena obat ini mempunyai data keamanan yang paling baik. Pada pasien yang sensitif terhadap efek samping ekstrapiramidal lebih baik diberi antipsikotik atipikal, demikian pula pada pasien yang menunjukkan gejala kognitif atau gejala negatif menonjol.

Untuk pasien yang baru pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping, karena pengalaman yang buruk dengan pengobatan akan mengurangi ketaatan berobat

(*compliance*) atau ketidaksejahteraan (*adherence*). Dianjurkan menggunakan antipsikotik atipikal atau antipsikotik tipikal, tetapi dengan dosis yang rendah.

2) Terapi elektro-konvulsi (TEK)

Terapi elektro-konvulsi (TEK) baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terdapat skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.

3) Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada pasien dengan skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan autisme. Psikoterapi suportif individual atau kelompok dapat membantu pasien serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan pasien ke masyarakat. Teknik terapi perilaku kognitif (Cognitive Behaviour Therapy) dicoba pada pasien skizofrenia dengan hasil yang menjanjikan.

4) Lobotomy prefrontal

Dapat dilakukan bila terapi lain secara intensif tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya.

5) Psikoterapi Islam

Psikologi islami, dalam *Jurnal Psikologi Islam*, juga memberikan metode terapi untuk mengatasi gangguan kejiwaan berat. Psikoterapi doa sebenarnya dilakukan oleh klien yang mengalami gangguan kecemasan. Namun dalam kontes skizofrenia, keluarga harus senantiasa memberikan terapi doa untuk penderita skizofrenia. Doa diyakini sebagai cara yang ampuh untuk mengalirkan energi positif dari alam kepada manusia (Urbayatun, 2009).

6) Terapi Modalitas

a) Terapi *Guided Imagery*

Berdasarkan hasil penelitian Hudaya et.al, (2015) yang dilakukan di rumah sakit jiwa daerah Surakarta, terapi *guide imagery* dapat menurunkan tingkat kecemasan pada pasien skizofrenia. Terapi (*guide imagery*) dilakukan dengan menggunakan imajinasi individu dengan terarah untuk mengurangi stress. Teknik relaksasi tersebut digunakan untuk mengalihkan perhatian dan mengurangi rasa cemas pada pasien (Hudaya, 2015).

b) Terapi Perilaku

Terapi perilaku yang dapat digunakan yaitu terapi perilaku kognitif. Terapi perilaku kognitif dapat merubah pola pikir yang negatif menjadi positif sehingga perilaku maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah dapat berubah

menjadi perilaku adaptif, Martin (2010). Jenis terapi lain yang dapat digunakan adalah penerapan ekonomi mata uang, dengan cara ini perilaku yang baik dihargai dengan mata uang yang dapat ditukar dengan bentuk penghargaan atau barang tertentu (Muttaqin & Dany, 2011).

c) Terapi Gerak

Terapi gerak merupakan terapi rehabilitasi sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan pasien agar dapat hidup mandiri di masyarakat dan melatih pasien agar terbiasa dalam menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Salah satu terapi gerak yang dapat diterapkan yaitu berolahraga, dimana kegiatan tersebut dapat merangsang pertumbuhan neuron di daerah tertentu yang mengalami kerusakan pada saat depresi dan menghilangkan kekakuan otot pada pasien sehingga pasien tidak malas dalam melakukan aktivitas (Maryatun, 2015).

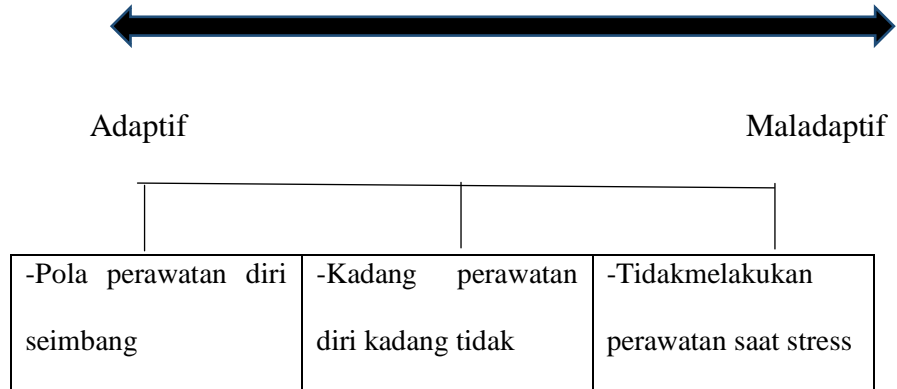
2. Gambaran Umum Defisit Perawatan Diri

a. Pengertian Defisit Perawatan Diri

Menurut Casto (2010) defisit perawatan diri adalah gangguan persepsi tentang suatu objek atau gambaran. Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh pelaksanaan standar asuhan keperawatan defisit perawatan diri akan mempengaruhi kemampuan kognitif dan psikomotor pasien dalam merawat diri. Sedangkan menurut

Thomas (2012) defisit perawatan diri merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa.

b. Rentang Respon Kognitif



Gambar 2.1 Rentang Respon Kognitif

Sumber : Keliat, (2009)

c. Etiologi

Menurut Dep Kes (2000) dalam Deden Dermawan 2013, penyebab kurang perawatan diri adalah :

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

d) Sosial

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

2) Faktor presipitasi

Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

Menurut Depkes (2000) dalam Deden Dermawan 2013 faktor-faktor yang mempengaruhi personal *hygiene* adalah :

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 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 menyediakannya.

d) Pengetahuan

Pengetahuan personal *hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien penderita diabetes mellitus ia harus menjaga kebersihan kakinya.

e) Budaya

Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

f) Kebiasaan seseorang

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

g) Kondisi fisik atau psikis

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

Dampak yang sering timbul pada masalah personal *hygiene*.

a) Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

b) Dampak psikososial

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

d. Tanda dan Gejala

Menurut Depkes (2000) dalam Deden Dermawan 2013 tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah :

1) Fisik

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

2) Psikologi

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

3) Sosial

- a) Interaksi kurang
- b) Kegiatan kurang
- c) Tidak mampu berperilaku sesuai norma
- d) Cara makan tidak teratur, BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.

Data yang biasa ditemukan dalam defisit perawatan diri adalah

1) Data subyektif

- a) Pasien merasa lemah
- b) Malas untuk beraktivitas
- c) Merasa tidak berdaya

2) Data obyektif

- a) Rambut kotor, acak-acakan
- b) Badan dan pakaian kotor dan bau
- c) Mulut dan gigi bau
- d) Kulit kusam dan kotor
- e) Kuku panjang dan tidak terawat

e. Jenis defisit perawatan diri

Menurut (Damayanti, 2012) jenis perawatan diri terdiri dari :

1) Defisit perawatan diri : mandi

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

2) Defisit perawatan diri : berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias unrtuk diri sendiri

3) Defisit perawatan diri : makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan aktivitas makan sendiri

4) Defisit perawatan diri : eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.

f. Mekanisme koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongan dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan. Kategori ini adalah klien bisa memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.

2) Mekanisme koping maladaptif

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung

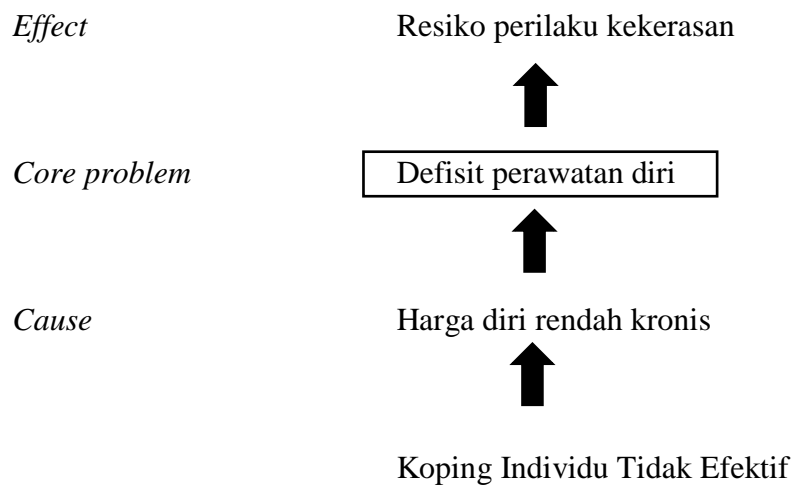
menguasai lingkungan. Kategorinya adalah tidak mau merawat diri (Damayanti, 2012).

g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Herman Ade (2010) sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
- 2) Membimbing dan menolong klien merawat diri
- 3) Ciptakan lingkungan yang mendukung

h. Pohon masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah

Sumber : Herman Ade (2011)

3. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri

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

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

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, terhadap ini terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data ini terdiri dari data biologis, psikologis, sosial, spiritual (Sutejo, 2017).

Pengumpulan data

Menurut Nikmatur & Syaiful, (2016) data dibedakan menjadi dua, yaitu :

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.

b. Diagnosa keperawatan

Merupakan suatu masalah keperawatan klien mencakup baik respon adaptif maupun maladaptif serta stressor yang yang menunjang (Herman & Kamitsuru, 2015).

Diagnosa yang muncul pada defisit perawatan diri :

1) Defisit perawatan diri

- 2) Gangguan sensori persepsi : halusinasi
- 3) Resiko perilaku kekerasan
- 4) Harga diri rendah
- 5) Isolasi sosial

Ada tipe diagnosa keperawatan 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

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

Menurut Sutejo (2017)

1) Perencanaan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri yaitu :

a) Tujuan jangka panjang

Pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan secara mandiri.

(1) Bina hubungan saling percaya

Rasional kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawatan dalam melakukan pendekatan keperawatan.

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan interaksi selama 3 kali, pasien mampu menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat dengan kriteria hasil :

(a) Ekspresi wajah bersahabat

(b) Menunjukkan rasa senang

(c) Bersedia berjabat tangan

(d) Bersedia menyebutkan nama

(e) Ada kontak mata

(f) Bersedia duduk berdampingan

(g) Bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi

Intervensi

Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik :

- (a) Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal
- (b) Perkenalkan diri dengan sopan
- (c) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan
- (d) Jelaskan tujuan pertemuan
- (e) Jujur dan menepati janji
- (f) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
- (g) Beri perhatian pada pemenuhan kebutuhan dasar pasien.

(2) Latih pasien cara-cara perawatan diri

Rasional :pengetahuan tentang pentingnya perawatan diri dapat meningkatkan motivasi pasien

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan interaksi selama 2 kali,pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri dengan kriteria hasil :

- (a)pasien dengan aman melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri.

Intervensi

Melatih pasien cara-cara perawatan diri dengan cara :

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

(3) Latih pasien berdandan

Rasional : Membiasakan diri untuk melakukan perawatan diri sendiri

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan interaksi selama 2 kali, pasien mampu melakukan tindakan perawatan, berupa berhias dan berdandan secara baik dengan kriteria hasil :

- (a) pasien dengan aman melakukan atau mempertahankan aktivitas perawatan diri berupa berhias dan berdandan
- (b) pasien berusaha untuk memelihara kebersihan diri.

Intervensi

Melatih pasien berdandan, dengan rincian :

- (a) untuk pasien laki-laki, latihan meliputi : berpakaian, menyikat rambut, bercukur.
- (b) Memantau kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias

- (c) Memonitor atau mengidentifikasi adanya kemunduran sensori, kognitif, dan psikomotor yang menyebabkan pasien mempunyai kesulitan dalam berpakaian dan berhias.
 - (d) Diskusikan dengan pasien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias.
 - (e) Menggunakan komunikasi/instruksi yang mudah dimengerti.
 - (f) Sediakan baju bersih, sisir, dsb.
 - (g) Dorong pasien untuk mengenakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar.
 - (h) Memberikan bantuan kepada pasien jika perlu.
 - (i) Evaluasi perasaan pasien setelah mampu berpakaian dan berhias.
 - (j) Berikan reinforcement atau pujian atas keberhasilan pasien berpakaian.
- (4) Diskusikan dengan pasien akibat kurang/ tidak mau makan.

Rasional : identifikasi mengenai penyebab pasien tidak mau makan menentukan intervensi perawat selanjutnya.

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan interaksi selama 3 kali, pasien mampu melakukan kegiatan makan dengan baik dengan kriteria hasil :

- (a) kebutuhan personal hygiene pasien terpenuhi.
- (b) Pasien mampu melakukan kegiatan makan secara mandiri dan tepat dengan mengungkapkan kepuasan.

Intervensi

- (a) Memantau kemampuan pasien makan.
 - (b) Identifikasi bersama pasien faktor-faktor penyebab pasien tidak mau makan.
 - (c) Identifikasi adanya hambatan makan.
 - (d) Diskusikan dengan pasien akibat kurang/tidak mau makan .
 - (e) Diskusikan dengan pasien fungsi makanan bagi kesehatan.
 - (f) Menjelaskan cara mempersiapkan makanan kepada pasien.
 - (g) Menjelaskan personal hygiene tentang pola makan.
 - (h) Menjelaskan cara makan yang tertib
- (5) Kaji budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.

Rasional : mengetahui kebiasaan pasien dalam toileting dalam membantu perawat melakukan intervensi selanjutnya.

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan interaksi selama 3 kali, pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri dengan kriteria hasil :

- (a) Mampu duduk dan turun dari toilet
- (b) Mampu membersihkan diri setelah eliminasi secara mandiri/dibantu.

Intervensi :

- (a) Bantu pasien ke toilet
 - (b) Berikan pengetahuan tentang personal hygiene dalam kaitannya dengan toileting
 - (c) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai.
 - (d) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK
 - (e) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK
- (6) Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien

Rasional : memberikan kesempatan kepada keluarga untuk membantu pasien dan member motivasi

Tujuan jangka pendek : setelah interaksi selama 4 kali, keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah kurang perawatan diri dengan kriteria hasil :

(a) Keluarga dapat mengetahui defisit perawatan diri pasien dan cara memberikan dukungan dalam memberikan dukungan pada pasien dalam melakukan perawatan diri.

Intervensi

(a) Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat diri pasien dan membantu mengingatkan pasien dalam merawat diri.

(b) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri

d. Pelaksanaan keperawatan

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

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

Menurut Kusumawati dan Hartono, (2010) evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat di bagi menjadi 2, sebagai berikut :

- 1) Evaluasi proses (formatik) yang dilakukan setiap setelah melaksanakan tindakan keperawatan.
- 2) Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respons pasien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan.

O :Respon objektif pasien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan.

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

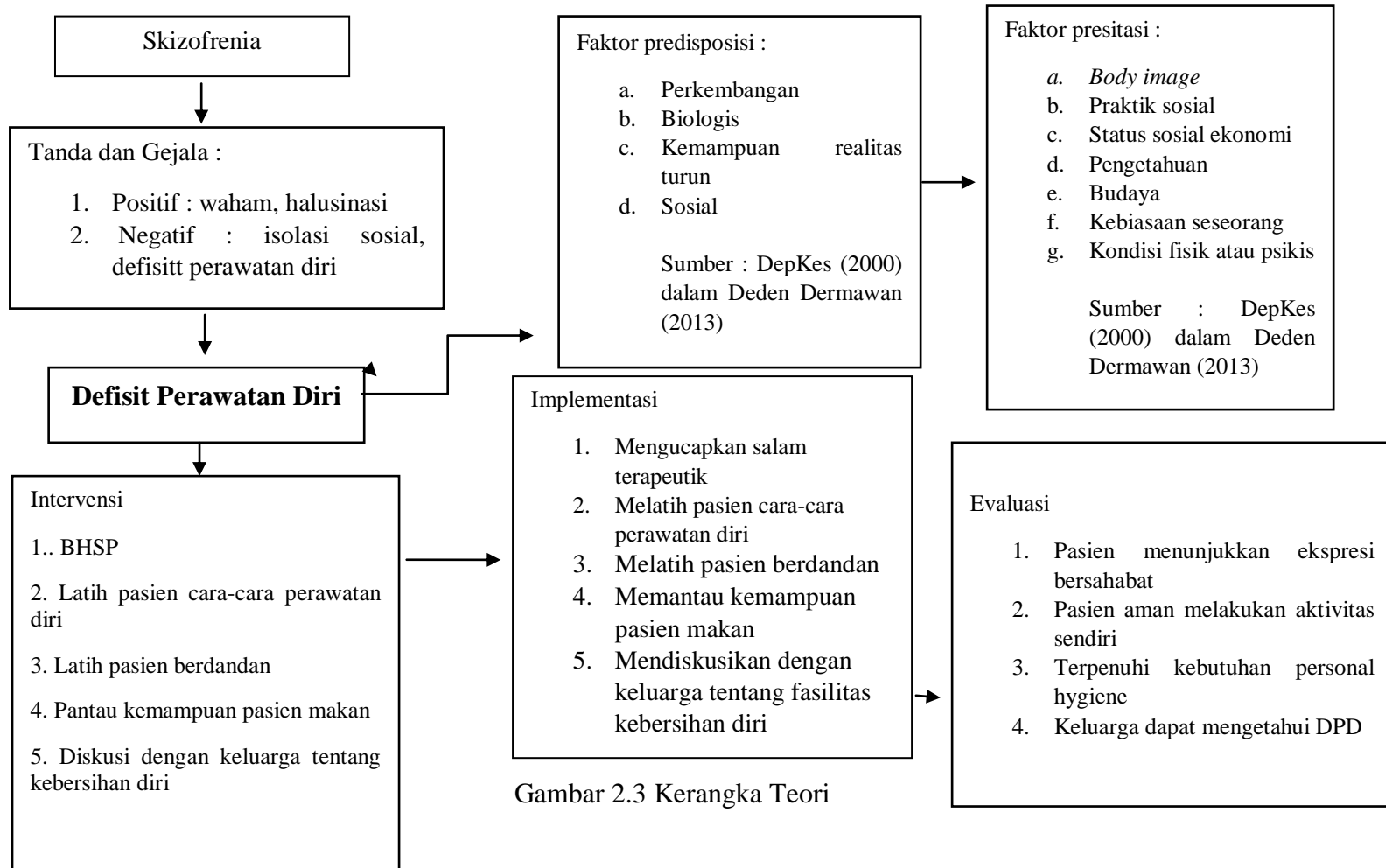
P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien.

Evaluasi yang diharapkan setelah memberikan asuhan keperawatan adalah agar pasien dapat mengetahui dan bisa melakukan perawatan diri sendiri.

f. Dokumentasi

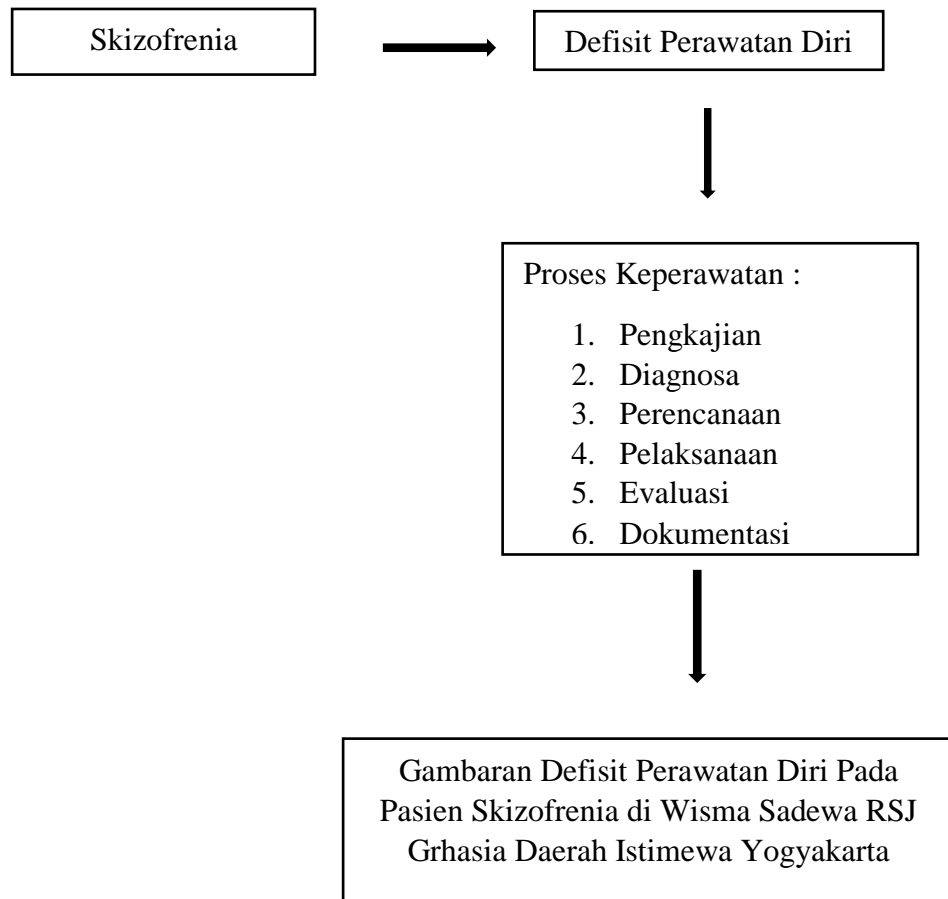
Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menemukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan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

B. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar2.4 Kerangka Konsep

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

Studi kasus ini adalah studi yang menggambarkan defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia yang diobservasi di Wisma Sadewa Rumah Sakit Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus ini adalah dua pasien dengan kriteria inklusi :

1. Dirawat di Wisma Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta
2. Mengalami defisit perawatan diri
3. Bersedia menjadi partisipan

Dan kriteria eklusi :

1. Pasien meninggal dunia pada hari kedua pagi
2. Pasien pulang pada hari kedua pagi
3. Pasien tidak stabil

C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Lokasi studi kasus ini di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta dengan sasaran pasien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri. Untuk waktunya telah dilaksanakan selama 3 shift pada tanggal 15 April 2019 sampai tanggal 17 April 2019.

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi
1.	Studi kasus	Metode yang digunakan dalam melakukan pengamatan, pengumpulan data, analisis informasi, pelaporan hasil kedua pasien dan hasilnya di bandingkan dengan teori
2.	Skizofrenia	Penyakit mental kronis yang menyebabkan terganggunya proses berpikir.
3.	Defisit perawatan diri	Kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas perawatan diri (mandi, berhias, makan dan toileting)

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen dalam proses studi kasus ini menggunakan format-format yang telah ditetapkan oleh institusi. Berikut instrumen yang digunakan dalam studi kasus ini :

1. Format pengkajian asuhan keperawatan jiwa dan format lainnya (pengkajian sampai dengan evaluasi) (lampiran 4)
2. Alat *Vital Sign* :
 - a. Stetoskop
 - b. Spigomanometer

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode penulisan data yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga) sumber data adalah dari pasien, keluarga dan perawat.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik *vital sign*
3. Studi dokumentasi dari hasil rekam medis pasien

G. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya melakukan triangulasi data. Teknik analisa data yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi data dengan wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus. Teknik analisa data digunakan dengan cara observasi oleh studi kasus dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpestasikan oleh penulis dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

H. Etika Penulisan

Etika yang harus di perhatikan dalam studi kasus adalah :

1. *Informed Consend* (lembar persetujuan menjadi partisipan)

Informed Consend merupakan bentuk persetujuan individu terhadap pelaksanaan suatu tindakan yang ditanda tangani dan diketahui oleh perawat ruangan atau CI, pasien dan penulis.

2. *Anonimity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

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

3. *Confidentially* (kerahasiaan)

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

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Pengambilan data untuk studi kasus ini dilaksanakan di Wisma Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta dan dilaksanakan selama 3 shift pada tanggal 15 April 2019 sampai 17 April 2019. Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta terletak di jalan Kaliurang Km 17, Pakembinangun Duwet Sari, Sleman, Yogyakarta. RSJ Grhasia memiliki fasilitas-fasilitas pelayanan seperti Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan Poliklinik yang terdiri dari Klinik Jiwa, Umum, Gigi, Penyakit Dalam, Saraf, Anak, Pelayanan Penunjang Medis terdiri dari Instalasi Farmasi, Laboratorium, Rehabilitasi Medik, Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan Pengembangan, Pemeliharaan sarana Prasarana RS, Pemulasaraan Jenazah, dan Rawat Inap seperti Wisma Abimanyu, Arimbi, Arjuna, Bima, Drupadi, Gatot Kaca, Kresna, Nakula, Sadewa, Sembodro Srikandi, dan Yudistira.

Wisma Sadewa sendiri itu adalah kelas III berkapasitas 24tempat tidur pasien khusus laki-laki dan rata-rata jumlah pasien tiap bulannya yaitu sebanyak 14 pasien dan jumlah perawatnya ada 11 orang. Fasilitas di Wisma Sadewa sendiri, meliputi *nurse station*, 2 kamar mandi perawat, 2 ruang isolasi, 3 ruang pasien, ruang obat, 4 kamar mandi pasien, ruang makan pasien. Di Wisma Sadewa perawat sudah melaksanakan SAK

dengan baik dan sudah melakukan asuhan keperawatan dari mulai pengkajian sampai dengan dokumentasi di rekam medis.

2. Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan meliputi data terkait identitas pasien/partisipan yang diambil dalam studi kasus ini terdiri dari umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan diagnosa medis yang diuraikan seperti dalam tabel berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan

No	Karakteristik	Pasien Sdr.H	Pasien Tn.S
1	Umur	31 th	56 th
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
3	Agama	Islam	Islam
4	Pendidikan	SLTA	SD
5	Pekerjaan	Tidak bekerja	Tidak bekerja
6	Status Perkawinan	Belum Kawin	Belum Kawin
7	Diagnosa Medis	F20.3 Skizofrenia tak terinci	F20.3 Skizofrenia tak terinci

Sumber : Rekam Medis Pasien 2019

3. Gambaran Asuhan Keperawatan

a. Pasien Sdr.H

Pasien pada tanggal 10 April 2019 masuk Rumah Sakit Jiwa Grhasia karena gelisah dan bingung, ibu pasien mengatakan pasien masuk RSJ karena di rumah sering meresahkan warga, pasien di rumah sering merusak alat rumah tangga. Dari hasil tersebut pasien dianjurkan untuk rawat inap di Wisma Sadewa dengan diagnosa F20.3. Saat dilakukan pengkajian mengenai perawatan diri pasien mengatakan mandi satu kali sehari, saat mandi pasien tidak gosok gigi dan tidak menggunakan sabun. Perawat mengatakan pasien tidak

mandi jika tidak disuruh oleh perawat. Pakaian pasien tampak tidak rapi pakaian tampak acak-acakan, rambut tampak kotor dan kuku tampak kotor. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis mendapatkan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri.

Perencanaan dari diagnosa tersebut mengacu pada tujuan. Tujuan panjangnya adalah pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan secara mandiri. Tujuan pendeknya adalah pasien mampu menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat, melakukan kebersihan diri secara mandiri, melakukan tindakan perawatan berupa berhias dan berdandan secara baik, melakukan kegiatan makan dengan baik, melakukan BAB/BAK secara mandiri, keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah kurang perawatan diri. Perencanaan tindakan yang akan dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, identifikasi (kebersihan diri, berdandan, makan dan BAB/BAK), jelaskan pentingnya kebersihan diri, jelaskan alat dan cara kebersihan diri, masukkan dalam jadwal kegiatan klien sampai dengan strategi pelaksanaan yang terakhir yaitu evaluasi strategi pelaksanaan 1, 2 dan 3, latih cara BAB/BAK yang baik.

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis pada hari pertama yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi kebersihan diri dan menjelaskan pentingnya kebersihan diri. Hari kedua strategi pelaksanaan dua yaitu menjelaskan berdandan (berpakaian, menyisir rambut, bercukur) dan hari ketiga

melakukan strategi pelaksanaan tiga yaitu mengevaluasi strategi pelaksanaan satu dan dua, kemudian menjelaskan cara makan yang benar.

Hasil pelaksanaan tersebut didapatkan hasil evaluasi bahwa pasien sudah baik dalam membina hubungan saling percaya dan mampu melakukan perawatan diri. Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian.

b. Pasien Tn.S

Pasien pada tanggal 10 April 2019 masuk Rumah Sakit dengan panti sosial karena pasien menggelandang selama 9 tahun dan perawat mengatakan bahwa pasien tersebut selama di rawat di Wisma Sadewa pasien mandi hanya satu kali sehari, saat mandi pasien tidak gosok gigi, tidak pakai sabun. Pakaian pasien tidak rapi, kumis dan jenggotnya tampak panjang dan rambut pasien tampak kotor, kuku tampak panjang dan kotor. Perawat mengatakan pasien mandi saat disuruh. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis mendapatkan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri.

Perencanaan dari diagnosa tersebut mengacu pada tujuan. Tujuan panjangnya yaitu pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan secara mandiri. Tujuan pendeknya adalah pasien mampu menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat, melakukan kebersihan diri secara mandiri, melakukan tindakan perawatan, berupa berhias dan berdandan secara baik, melakukan kegiatan makan dengan

baik, melakukan BAB/BAK secara mandiri, keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah kurang perawatan diri. Perencanaan tindakan yang akan dilakukan adalah yaitu strategi pelaksanaan yang pertama bina hubungan saling percaya, identifikasi (kebersihan diri, berdandan, makam dan BAB/BAK), jelaskan pentingnya kebersihan diri, jelaskan alat dan cara kebersihan diri, masukkan dalam jadwal kegiatan klien sampai dengan strategi pelaksanaan yang terakhir yaitu evaluasi strategi pelaksanaan 1, 2 dan 3, latih cara BAB/BAK yang baik.

Pelaksanaan yang dilakukan penulis pada hari pertama yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengidentifikasi kebersihan diri. Hari kedua menjelaskan pentingnya kebersihan diri dan mengevaluasi strategi pelaksanaan satu, kemudian hari ketiga menjelaskan pentingnya berdandan (berpakaian, menyisir, bercukur).

Hasil pelaksanaan tersebut didapatkan hasil evaluasi bahwa pasien dapat membina hubungan saling percaya. Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian.

4. Gambaran Data Partisipan

Tabel 4.2 Gambaran Data Partisipan

No	Proses Keperawatan	Pasien Sdr.H	Pasien Tn.S
1	Pengkajian		
	a. Alasan Masuk	- gelisah dan bingung, ibu pasien mengatakan pasien masuk RSJ karena di rumah sering meresahkan warga, pasien di rumah sering merusak alat rumah tangga.	- pasien menggelandang selama 9 tahun dan perawat mengatakan bahwa pasien tersebut selama di rawat di Wisma Sadewa pasien mandi hanya 1x sehari, saat mandi pasien tidak gosok gigi, tidak pakai sabun.
	b. Faktor Presipitasi	- Pasien kurang motivasi dari orang sekitar.	- Pasien mengalami penurunan motivasi dari orang sekitarnya.
	c. Penampilan	- Penampilan tidak rapi, rambut tampak kotor, kuku tampak kotor.	- Pakaian tidak rapi, kumis dan jenggot pasien tampak panjang, rambut kotor.
2	Diagnosa Keperawatan	Defisit Perawatan Diri	Defisit Perawatan Diri
3	Perencanaan	Tupan	Tupan
		Pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan secara mandiri.	Pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan secara mandiri.
		Tupen 1 Pasien mampu menunjukkantanda-tanda percaya kepada perawat.	Tupen 1 Pasien mampu menunjukkantanda-tanda percaya kepada perawat.
		Tupen 2 Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.	Tupen 2 Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.
			Tupen 3

Tupen 3 Pasien mampu melakukan tindakan perawatan, berupa berhias dan berdandan secara baik.	Pasien mampu melakukan tindakan perawatan, berupa berhias dan berdandan secara baik.
Tupen 4 Pasien mampu melakukan kegiatan makan dengan baik.	Tupen 4 Pasien mampu melakukan kegiatan makan dengan baik.
Tupen 5 : pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri.	Tupen 5 : pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri.
Tupen 6 : keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah kurang perawatan diri.	Tupen 6 : keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah kurang perawatan diri.
SP 1 1. BHSP 2. Identitas - Kebersihan diri - Berdandan - Makan - BAB/BAK 3. Jelaskan pentingnya kebersihan diri 4. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri 5. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien	SP 1 1. BHSP 2. Identitas - Kebersihan diri - Berdandan - Makan - BAB/BAK 3. Jelaskan pentingnya kebersihan diri 4. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri 5. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien
SP 2 1. Evaluasi SP 1 2. Jelaskan pentingnya berdandan 3. Latih cara berdandan - Berpakaian - Menyisir rambut - Bercukur	SP 2 1. Evaluasi SP 1 2. Jelaskan pentingnya berdandan 3. Latih cara berdandan - Berpakaian - Menyisir rambut - Bercukur
SP 3 1. Evaluasi SP 1 & SP 2 2. Jelaskan cara makan yang benar	SP 3 1. Evaluasi SP 1 & SP 2 2. Jelaskan cara makan yang benar

		SP 4	SP 4
		1. Evaluasi SP 1, 2 & 3	1. Evaluasi SP 1, 2 & 3
		2. Latih cara BAB/BAK yang baik	2. Latih cara BAB/BAK yang baik
4	Pelaksanaan		
	Hari pertama	- SP 1 1. BHSP 2. Mengidentifikasi kebersihan diri	- SP 1 1. BHSP 2. Mengidentifikasi kebersihan diri
	Hari kedua	3. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri SP 2 1. Menjelaskan berdandan - Berpakaian - Menyisir rambut - Mencukur	3. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
	Hari ketiga	SP 3 1. Mengevaluasi SP 1 & 2 2. Menjelaskan cara makan yang benar	4. Mengevaluasi SP 1 SP 2 1. Menjelaskan pentingnya berdandan - Berpakaian - Menyisir rambut - Mencukur
5	Evaluasi	Hasil dari evaluasi perawatan selama 3 shift Tupen 1 Pasien mampu menunjukkantanda-tanda percaya kepada perawat. Tupen 2 Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian. Tupen 3 sampai tupen 6 belum teratasi	Hasil dari evaluasi perawatan selama 3 shift Tupen 1 Pasien mampu menunjukkantanda-tanda percaya kepada perawat. Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian. Tupen 2 sampai tupen 6 belum teratasi

Sumber : Data Pasien 2019

B. Pembahasan

Pada karakteristik partisipan pasien Sdr.H berumur 31 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, pendidikan terakhir SLTA, belum menikah, pasien dengan diagnosa skizofrenia tak terinci. Sedangkan pasien Tn.S berumur 56 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, pendidikan terakhir SD, belum menikah, pasien dengan diagnosa skizofrenia tak terinci. Penelitian yang sejalan adalah penelitian yang dilakukan oleh Parendrawati (2008) yang menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan antara faktor usia terhadap peningkatan kemandirian pada pasien defisit perawatan diri.

Data pengkajian yang didapatkan dari keluarga pasien Sdr.H bahwa keluarga mengatakan pasien masuk RSJ karena di rumah sering meresahkan warga, pasien di rumah sering merusak alat rumah tangga dan pasien mengatakan saat di rumah sakit mengatakan mandi satu kali sehari dan tidak gosok gigi saat mandi pasien juga tidak menggunakan sabun. Setelah mandi pasien juga tidak berdandan, sebelum dan sesudah makan pasien pun tidak cuci tangan. Sedangkan data yang diperoleh dari Tn.S adalah pasien mengatakan mandi satu kali sehari, saat mandi pasien tidak melakukan gosok gigi dan tidak menggunakan sabun. Sesuai dengan data yang dikatakan perawat bahwa Sdr.H dan Tn.S mandi satu kali sehari, tidak gosok gigi dan tidak menggunakan sabun. Hasil observasi penulis pada pasien Sdr.H pakaian yang digunakan tidak rapi. Sedangkan pada pasien Tn.S yaitu pakaian yang digunakan tidak rapi, kumis dan jenggotnya panjang, rambut klien tampak

kotor. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Depkes (2000) dalam Dermawan (2013) bahwa tanda dan gejala defisit perawatan diri yaitu badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor dan disertai mulut bau.

Berdasarkan data yang diperoleh penulis merumuskan diagnosis defisit perawatan diri. Menurut NANDA (2012) batasan karakteristik untuk menegakkan masalah defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan mengakses kamar mandi, ketidakmampuan mengeringkan tubuh, ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi, ketidakmampuan menjangkau sumber air, ketidakmampuan mengatur air mandi, ketidakmampuan membasuh. Hal tersebut sesuai pada pasien Sdr.H dan Tn.S.

Perencanaan yang dilakukan oleh penulis terhadap partisipan Sdr.H dan Tn.S selama 3 hari 3 shift yang mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan oleh penulis. Tujuan panjangnya adalah pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan secara mandiri. Tujuan pendeknya adalah pasien mampu membina hubungan saling percaya, melakukan kebersihan diri secara mandiri, melakukan tindakan perawatan, berupa berhias dan berdandan secara baik, melakukan kegiatan makan dengan baik, melakukan BAB/BAK secara mandiri, keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah kurang perawatan diri. Perencanaan yang dibuat kedua pasien sesuai dengan perencanaan defisit perawatan diri menurut Sutejo (2017) yaitu sebagai berikut : 1) Bina hubungan saling percaya; 2) latih pasien cara-cara perawatan diri; 3) Latih pasien berdandan; 4) Diskusikan dengan pasien

akibat kurang / tidak mau makan; 5) Kaji budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri; 6) Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien.

Pelaksanaan yang dilakukan pada partisipan Sdr.H dan Tn.S sesuai perencanaan yang dibuat menurut Sutejo (2017). Menurut Damayati & Iskandar (2014) bahwa dalam melaksanakan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang dibuat. Sdr.H juga dilakukan home visit untuk mendapatkan validasi dari keluarga pasien dan melatih keluarga untuk merawat Sdr.H dalam perawatan diri. Sedangkan pada Tn.S tidak dilakukan home visit. Penelitian yang dilakukan oleh Keliatet al. (2009) dengan judul Efektivitas Penerapan Model Community Mental Health Nursing (CMHN) Terhadap Kemampuan Hidup Pasien Gangguan Jiwa dan Keluarganya di Wilayah DKI Jakarta, setelah dilakukan kunjungan rumah oleh perawat penanggung jawab kesehatan jiwa yang didalamnya terdapat pelatihan ADL training untuk keluarga didapatkan peningkatan kemandirian pada pasien gangguan jiwa dalam melakukan perawatan diri.

Hasil evaluasi yang diperoleh dari partisipan Sdr.H dan Tn.S selama 3 hari 3 shift, dengan masalah defisit perawatan diri yaitu teratasi sebagian. Untuk pasien Sdr.H dan Tn.S dalam satu pertemuan mampu membina hubungan saling percaya, pada Sdr.H dalam tiga kali pertemuan pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri (mandi) sedangkan Tn.S dalam tiga kali pertemuan belum mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri. Hasil studi kasus bahwa setiap pasien memiliki kemampuan berbeda.

Menurut Kusumawati dan Hartono (2010) bahwa evaluasi proses yang berkelanjutan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan studi kasus di Wisma Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta selama 3 hari 3 shift penulis mengalami hambatan yaitu dalam komunikasi dengan pasien, komunikasi pasien kooperatif tetapi kurang jelas dan saat akan dilakukan home visit pada pasien Tn.S petugas panti yang bertanggung jawab tidak bisa dihubungi sehingga tidak dilakukannya home visit untuk mendapatkan validasi data yang diberikan pasien. Penulis hanya mendapatkan data melalui rekam medis pasien dan perawat yang bertugas di Wisma Sadewa.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari karya tulis ilmiah didapatkan kesimpulan seperti yang disebutkan di bawah ini, diantaranya :

1. Studi kasus ini dilaksanakan di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta dan perawat sudah melaksanakan SAK dengan baik dan sudah melakukan Asuhan Keperawatan dari mulai pengkajian sampai dengan dokumentasi di Rekam Medis.

2. Karakteristik partisipan

Karakteristik partisipan pada studi kasus ini pasien Sdr.H dan Tn.S memiliki karakteristik yang sama yaitu jenis kelamin laki-laki, agama islam, pekerjaan tidak bekerja, status perkawinan belum kawin, dan diagnosa medis F20.3 (Skizofrenia tak terinci). Kedua pasien ini memiliki perbedaan karakteristik yaitu Sdr.H umur 31 tahun sedangkan Tn.S umur 56 tahun, Sdr.H pendidikan SLTA sedangkan Tn.S SD.

3. Gambaran Asuhan Keperawatan

Hasil pengkajian yang didapat dari pasien Sdr.H dan Tn.S dalam hal ini Sdr.H mengatatakan mandi satu kali sehari, tidak gosok gigi dan tidak pakai sabun.Setelah mandi pasien juga tidak berdandan, sebelum dan sesudah makan pasien pun tidak cuci tangan. Hal ini sama dengan Tn.S yang mandi satu kali sehari, tidak gosok gigi dan tidak menggunakan sabun saat mandi. Diagnosa dari kedua pasien tersebut sama-sama defisit

perawatan diri. Implementasi yang sudah dilakukan penulis pada Sdr.H yaitu SP 1 sampai SP 3 sedangkan pada Tn.S dilakukan SP 1 sampai SP 2. Evaluasi bahwa kedua pasien mampu membina hubungan saling percaya dan pasien Sdr.H mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri sedangkan Tn.S belum mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.

B. Saran

Berdasarkan pengalaman nyata yang didapatkan oleh penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Sdr.H dan Tn.S dengan defisit perawatan diri maka penulis mencoba untuk memberikan saran yang bersifat membangun sebagai berikut :

1. Bagi Pasien

Diharapkan pasien mempertahankan perkembangan kondisi, mempraktikkan hal-hal yang sudah diajarkan dan aktif mengikuti berbagai aktivitas maupun terapi selama dirawat di RSJ Grhasia DIY

2. Bagi Perawat di Wisma Sadewa RSJ Grhasia DIY

Diharapkan bagi perawat khususnya di Wisma Sadewa RSJ Grhasia DIY ditingkatkan dalam mendampingi pada pasien defisit perawatan diri.

3. Bagi Akper YKY Yogyakarta

Diharapkan Akper YKY Yogyakarta tetap menjadi sumber pustaka dan dapat memberi wadah untuk menambah pengetahuan tentang ilmu keperawatan khususnya dalam hal ini yaitu asuhan keperawatan jiwa.

4. Bagi Penulis

Penulis harus lebih baik lagi dalam interaksi dengan pasien dan dapat menggali masalah-masalah yang dialami oleh pasien lebih dalam sehingga mendapatkan data-data yang lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- Casto. (2010). Pengaruh Pelaksana Standar asuhan Keperawatan Diri Di Ruang
Pusuk Buhit Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara Medan.
Dilihat Pada Tanggal 14 Februari 2019 dari
<http://media.neliti.go.id/media/publications/110204-ID-pengaruh-penerapan-asuhan-keperawat-de.pdf>.
- Damayanti & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.
- Davidson,G.,C.(2010), *Psikologi Abnormal*. Jakarta : PT Rajagrafindo permai.
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publishing
- Direja, A. H.S. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Fidiansyah. (2016). *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*. Jakarta: KEMEKES RI Diakses Pada Tanggal 14 Februari 2019 dari
www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.
- Herman & Kamitsuru. (2014). *Diagnosa Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi NANDA*. Jakarta : EGC
- Hudaya *et.al*, (2015). *Riset Kualitatif & Aplikasi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta: Trans Info Media
- Kaplan & Sadock, (2015) *Synopsis Of Psychiatry : Behavioral Scienes/Clinical/Psychiatri.Eleven Edition*
- Keliat, B.A., Riasmini. N.M. dan Helena, N. (2009). *Efektivitas Penerapan Model Community Mental Health Nursing (CMHN) Terhadap Kemampuan Hidup Pasien Gangguan Jiwa dan Keluarganya di Wilayah DKI Jakarta*. Jakarta: FIK Universitas Indonesia. Dalam
<http://kebijakankesehatanindonesia.net/component/content/article/1970.htm>. Diakses tanggal 5 Desember 2013.
- Keliat, B.A. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Keliat, B.A. & Pawirowiyono, A. (2015). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Kemenkes RI (2018). *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Kusumawati, F & Hartono.Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba

- Maramis, (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga
- Maryatun, S (2015). Peningkatan Kemandirian Perawatan Diri Pasien Skizofrenia Melalui Rehabilitasi Terapi Gerak. *Artikel Penelitian*. Jurnal Keperawatan Sriwijaya, Volume 2, Nomor 2 Juli 2015. Palembang: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya
- Muttaqin, Arif. (2011). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nikmatur, R & Saiful, W. (2016). *Proses keperawatan : teori dan aplikasi*. Yogyakarta : Ar-ruzz. Medika
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Wolters Kluwers (2015)
- Sutejo. (2017). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Thomas. (2013). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Edisi I. Yogyakarta. Diakses Pada Tanggal 14 Februari 2019 dari <http://media.neliti.go.id/media/publications/110204-ID-pengaruh-penerapan-asuhan-keperawat-de.pdf>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun (2014) Tentang Kesehatan Jiwa. Diakses 14 Februari 2019 dari <http://ditjenpp.kumham.go.id/arsip/In/2014/uu18-2014bt.pdf>
- Urbayatun, S. (2009). *Peran dukungan sosial, coping religius-islami dan stress terhadap pertumbuhan pasca trauma (post traumatic growth) pada penyintas gempa yang mengalami cacat fisik. (Disertai tidak terpublikasi). Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.*
- Yosep, I. & Sutini,T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung : PT RefikaAditama

LAMPIRAN

JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	Februari			Maret				April				Mei			
		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Studi Pendahuluan															
2.	Pengajuan Judul KTI															
3.	Penyusunan Proposal															
4.	Seminar Proposal															
5.	Revisi proposal															
6.	Orientasi Ruangan															
7.	Studi Kasus															
8.	Ujian Praktik															
9.	Penyusunan KTI															
10.	Uji Sidang KTI															

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang dilakukan oleh

Leni Indi Astuti


Dengan judul

Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia Di Wisma Sadewa
RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta


Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yogyakarta, 15 April2019


Penulis


(.....
Leni Indi Astuti

Responden


(.....
Hendy Ferdian

Pembimbing Klinik


(.....
Pembimbing Klinik

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang dilakukan oleh

Leni Indi Astuti

Dengan judul

Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia Di Wisma Sadewa
RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara suka rela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yogyakarta, 15 April 2019

Penulis



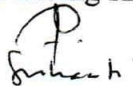
(..... Leni Indi Astuti)

Responden



(..... Suhardito)

Pembimbing Klinik



(.....)

Format Pengkajian Keperawatan Jiwa

A. Identitas Klien

Nama :

(L / P)

No. CM : Umur :

th

Tanggal Masuk :

B. Alasan Masuk

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

Data Triangulasi (dari keluarga/perawat/dokter)

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

C. Faktor Presipitasi

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

D. Faktor Predisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

- Ya
- Tidak

2. Pengobatan sebelumnya

- Berhasil
- Kurang Berhasil
- Tidak berhasil

3. Trauma	Usia	Pelaku	Korban
Saksi			
○ Aniaya fisik	.....	.....	.....
○ Aniaya seksual	.....	.....	.....
.....			
○ Penolakan	.....	.....	.....
.....			
○ Kekerasan dalam rumah tangga	.....	.....	.....
.....			
○ Tindakan kriminal	.....	.....	.....
.....			

Jelaskan

.....

.....

.....

.....

4. Anggota keluarga yang gangguan jiwa

- Ada
- Tidak ada

Jika ada :

Hubungan keluarga :
.....

Gejala :
.....

Riwayat pengobatan :
.....

.....

Genogram (Tiga generasi)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?

.....

.....

.....

.....

6. Data Triangulasi (dari keluarga/perawat/dokter)

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

E. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda vital : TD = mmHg HR =x/mnt S =C RR =
x/mnt
2. Ukur : BB =Kg TB =cm IMT =
3. Keluhan fisik

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

F. Psikososial

1. Konsep Diri
 - a. Citra tubuh/Gambaran diri

.....
.....
.....
Pengaruhnya dalam kehidupan bermasyarakat
.....
.....
.....

- b. Identitas diri
- Sebelum dirawat

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

Selama dirawat

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

Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah,tempat
kerja,kelompok/masyarakat,
sebagai laki-laki/perempuan)

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

- c. Ideal diri

Terhadap diri sendiri

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

Terhadap lingkungan

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

d. Peran diri (dalam keluarga dan masyarakat)

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

e. Harga diri

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

Data Triangulasi (dari keluarga/perawat/dokter)

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

2. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti

.....

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

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

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

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

3. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

.....
.....
.....
b. Kegiatan ibadah
.....
.....
.....

G. Status Mental

1. Penampilan

- Rapi
- Tidak rapi
- Penggunaan pakaian/berhias tidak sesuai

Jelaskan

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

2. Pembicaraan

- Cepat
- Keras
- Gagap
- Inkoheren
- Apatis
- Lambat
- Membisu
- Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan

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

3. Aktifitas motorik

- Lesu
- Tegang
- Gelisah
- Agitasi
- Tik
- Grimasem
- Tremor
- Kompulsif

Jelaskan

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

4. Alam perasaan
- Sedih
 - Ketakutan
 - Putus Asa
 - Khawatir
 - Gembira berlebihan

Jelaskan

.....

.....

.....

.....

.....

5. Afek
- Datar
 - Tumpul
 - Labil
 - Tidak sesuai

Jelaskan

.....

.....

.....

6. Interaksi selama wawancara
- Bermusuhan
 - Tidak kooperatif
 - Mudah tersinggung
 - Kontak mata kurang
 - Curiga

Jelaskan

.....

.....

.....

7. Persepsi Halusinasi/Ilusi
- Pendengaran

- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidung

Jelaskan

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

8. Isi pikir

- Obsesi
- Phobia
- Hipokondria
- Depersonalisasi
- Ide yang terkait
- Pikiran magis

Jelaskan

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

Waham :

- Agama
- Somatik
- Kebesaran
- Curiga
- Nihilistik
- Sisip pikir
- Siar pikir
- Kontrol pikir

Jelaskan

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

9. Proses pikir

- Sirkumstansial
- Tangensial
- Kehilangan asosiasi
- Flight of idea
- Blocking
- Pengulangan pembicaraan/perseverasi

10. Tingkat kesadaran

- Bingung
- Sedasi
- Stupor
- Disorientasi waktu
- Disorientasi orang
- Disorientasi tempat

Jelaskan

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

11. Memori

Jangka panjang

.....

Jangka pendek

.....

Saat ini

.....

..

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung

Jelaskan

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

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan

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

14. Daya tilik diri

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

H. Kebutuhan Perencanaan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

- Makanan
- Keamanan
- Perawatan kesehatan
- Pakaian
- Transportasi
- Tempat tinggal
- Uang

Jelaskan

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

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri

- Mandi
- Kebersihan
- Makan
- BAK / BAB
- Ganti pakaian

Jelaskan

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

b. Nutrisi

Frekuensi makan sehari : x

Nafsu makan

- Meningkatkan
- Menurun
- Berlebihan
- Sedikit-sedikit

Berat Badan :

- Meningkatkan
- Menurun

BB terendah : Kg BB tertinggi : Kg

Jelaskan

.....

c. Tidur

Gangguan tidur		ada / tidak
Kebiasaan tidur siang		ada / tidak
lama tidur siang	: jam	
lama tidur malam	: jam	

Jelaskan

.....

3. Penggunaan obat / Terapi obat

.....

4. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan	ada / tidak
Sistem pendukung	ada / tidak

5. Aktifitas di dalam rumah

Memasak	ya / tidak
Mempersiapkan makanan	ya / tidak
Menjaga kerapian rumah	ya / tidak
Mencuci pakaian	ya / tidak

Jelaskan

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

6. Aktifitas di luar rumah

Belanja

ya / tidak

Berpergian

ya / tidak

Jelaskan

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

I. Mekanisme Koping

Adaptif :

- Bicara dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah lambat/berlebihan
- Teknik relokasi
- Aktifitas konstruktif
- Olah raga
- Lainnya.....
.....

Maladaptif :

- Minum alkohol
- Reaksi
- Bekerja berlebihan
- Menghindar
- Mencederai diri
- Lainnya

J. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Dengan lingkungan,

Jelaskan

.....

Dengan pendidikan,

Jelaskan

.....

Dengan pekerjaan,

Jelaskan

.....

Dengan dukungan kelompok/masyarakat,

Jelaskan

.....

.....

.....

K. Aspek Medis

.....

.....

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

.....,

Perawat

()

ANALISA DATA

No	Data	Masalah

I. DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS)

1.
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6.
.....
.....
.....

STRATEGI PELAKSANAAN (SP)

DEFISIT PERAWATAN DIRI

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

Orientasi

“Selamat pagi, perkenalkan saya perawat Leni”

“Namanya siapa ? senang di panggil siapa ?

“Saya dinas pagi di ruangan ini pukul 07.00 – 14.00. selama di rumah sakit ini saya yang akan merawat bapak.” Dari tadi saya lihat bapak menggaruk-garuk badannya, gatal ya ? “ bagaimana kalau kita bicara tentang kebersihan diri ? “berapa lama kita bicara ? 20 menit ya ? mau dimana ? disini saya ya ?”

Kerja

“Berapa kali bapak mandi dalam sehari ? Apakah bapak sudah mandi hari ini ? menurut bapak apa kegunaan mandi ? Apa alasan bapak sehingga tidak bisa merawat diri ? menurut bapak apa manfaatnya kalau kita menjaga kebersihan diri ? kira-kira tanda-tanda orang yang tidak merawat diri dengan baik seperti apa ya ? badan gatal, mulut bau, apa lagi ? kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut bapak yang bisa muncul ?” betul, ada kutu,.. dsb.

“Apa yang bapak lakukan untuk merawat rambut dan muka ? kapan saja bapak menyisir rambut ? Apa maksud atau tujuan sisiran dan berdandan ?”

“Berapa kali bapak cukuran dalam seminggu ? kapan bapak cukuran terakhir ?” apa guna cukuran ? apa alat-alat yang diperlukan ?” Iya, sebaiknya cukuran 2x perminggu, dan ada alat cukurnya, nanti bisa minta ke perawat ya.

“Apa pula yang dilakukan setelah makan ?” Betul, kita harus sikat gigi setelah makan.”

“Dimana biasanya bapak berak/kencing ? bagaimana membersihkannya ?” Iya, kita berak dan kencing harus di WC, nah itu WC di ruangan ini, lalu jangan lupa membersihkan pakai air dan sabun.

“Menurut bapak kalau mandi itu kita harus bagaimana ? sebelum mandi apa yang perlu kita persiapkan ? Benar sekali, bapak perlu menyiapkan pakaian ganti, handuk, sikat gigi, pasta gigi, shampo dan sabun serta sisir”.

“Bagaimana kalau sekarang kita ke kamar mandi, saya akan membimbing bapak melakukannya. Sekarang bapak siram seluruh tubuh bapak termasuk rambut lalu ambil shampo gosokkan pada kepala bapak sampai bersih, jangan lupa sikat gigi pakai odol, giginya di sikat mulai dari atas ke bawah. Gosok seluruh gigi bapak mulai dari depan ke belakang. Bagus, lalu kumur-kumur sampai bersih. Terakhir siram lagi seluruh tubuh bapak sampai bersih lalu keringkan dengan handuk. Bapak bagus sekali melakukannya. Selanjutnya bapak pakai baju dan sisit rambutnya dengan baik”.

Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah mandi dan mengganti pakaian ? coba bapak sebutkan lagi apa saja cara-cara mandi yang baik yang sudah bapak lakukan tadi ?” Bagaimana perasaan bapak setelah mandi perawasaan bapak setelah yang sudah bapak lakukan tadi ? sekarang coba bapak ulangi lagi tanda-tanda bersih dan rapi. “Bagus sekali mau berapa kali bapak mandi dan sikat gigi? Dua kali pagi dan sore, mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan aktivitas harian. Nah lakukan ya pak, dan beri tanda kalau sudah dilakukan ya. Seperti M (mandiri) kalau dilakukan tanpa disuruh, B (bantuan) kalau diingatkan baru dilakukan dan T (tidak) tidak melakukan. Baik besok lagi kita latihan berdandan. Oke ? “pagi-pagi sehabis makan.

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

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

Orientasi

“Selamat pagi pak ?”

“Bagaimana perasaan bapak hari ini ?”

“Bagaimana mandinya ? sudah dilakukan ? sudah ditandai di jadwal hariannya ?

“Hari ini kita akan latihan berdandan, mau dimana latihannya ? Bagaimana kalau di ruang tamu ? waktunya kurang lebih setengah jam”

Kerja

“Apa yang bapak lakukan setelah selesai mandi ? apa bapak sudah ganti baju ? “ untuk berpakaian, pilihlah pakaian yang bersih dan kering. Bergantian pakaian yang bersih 2x / hari. Sekarang coba bapak ganti baju. Ya, bagus seperti itu”

“Apakah bapak menyisir rambut ? Bagaimana cara bersisir ? Coba kita praktekan, lihat ke cermin, bagus sekali.”

“Apakah bapak suka bercukur ? Berapa hari sekali bercukur ? betul 2 kali perminggu.”

“Tampaknya kumis dan janggut bapak sudah panjang. Mari pak dirapikan. Ya bagus.

Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah berdandan.”

“Coba pak, sebutkan cara berdandan yang baik sekali lagi.”

“Selanjutnya bapak setiap hari setelah mandi berdandan dan pakai baju seperti tadi ya, mari kita masukkan pada jadwal kegiatan harian, pagi jam berapa, lalu sore jam berapa ?

“Nanti siang kita latihan makan yang baik. Di ruang makan bersama dengan pasien yang lain.”

SP 3 Pasien : Percakapan melatih pasien makan secara mandiri

- a. Menjelaskan cara mempersiapkan makan
- b. Menjelaskan cara makan yang tertib
- c. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan
- d. Praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang baik

Orientasi

“Selamat siang pak”

“Wow, masih rapi deh”.

“Siang ini kita akan latihan bagaimana cara makan yang baik. Kita latihan langsung di ruang makan ya, mari itu sudah datang makanannya.

Kerja

“Bagaimana kebiasaan sebelum, saat, maupun setelah makan ? Dimana bapak makan ?

“Sebelum makan kita harus cuci tangan memakai sabun. Ya, mari kita praktikkan. Sebelum disantap kita berdoa dulu. Silahkan bapak yang pimpin. Bagus. “ Mari kita makan, saat makan kita harus menyuap makanan satu-satu dengan pelan-pelan. Ya. Ayo sayurnya dimakan. “Setelah makan kita bereskan piring dan gelas yang kotor. Ya betul dan kita akhiri dengan cuci tangan. Ya bagus, itu suster sedang bagi obat, coba bapak minta sendiri obatnya”.

Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah makan bersama-sama”.

“Apa saja yang harus kita lakukan pada saat makan. (Cuci tangan, duduk yang baik, ambil makanan, berdoa, makan yang baik, cuci piring dan gelas, lalu cuci tangan).

“Nah, coba bapak lakukan seperti tadi setiap makan, mau kita masukkan dalam jadwal ? Besok kita ketemu lagi untuk latihan BAB/BAK yang baik, bagaimana kalau jam 10.00 disini saja ya.

SP 4 Pasien : Percakapan mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri.

- a. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
- b. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK
- c. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK

Orientasi

“Selamat pagi pak”. Bagaimana perasaan bapak hari ini ? “ baik, sudah dijalankan jadwal kegiatannya ?”

“Kita akan membicarakan tentang cara berak dan kencing yang baik”. Kira-kira 20 menit ya pak dan dimana kita duduk ? Disini saja ? Baik.

Kerja

“Dimana biasanya bapak berak dan kencing ?” Benar pak, berak atau kencing yang baik itu di WC, kamar mandi atau tempat lain yang tertutup dan ada saluran pembuangan kotorannya. Jadi kita tidak berak/kencing di sembarang tempat ya”.

“Sekarang, coba bapak jelaskan kepada saya bagaimana cara bapak cebok ?”

“Sudah bagus ya pak, yang perlu diingat saat bapak cebok adalah bapak membersihkan anus atau kemaluan dengan air yang bersih dan pastikan tidak ada tinja / air kencing yang masih tersisa di tubuh bapak. “Setelah bapak selesai cebok, jangan lupa tinja / air kencing yang ada di WC dibersihkan. Caranya siram tinja / air kencing itu tidak tersisa di WC. Jika bapak membersihkan tinja / air kencing seperti ini, berarti bapak ikut mencegah menyebarnya kuman yang berbahaya yang ada pada kotoran / air kencing”.

“ Setelah selesai membersihkan tinja / air kencing, bapak perlu merapihkan pakaian kembali sebelum keluar dari WC / kamar mandi. Pastikan resleting celana telah tertutup rapi, lalu cuci tangan dengan menggunakan sabun.

Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita membicarakan tentang cara berak / kencing yang baik ?”.

“Coba bapak jelaskan ulang tentang cara BAB/BAK yang baik”. Bagus.

“Untuk selanjutnya bapak bisa melakukan cara-cara yang telah dijelaskan tadi”.

“Nah, besok kita ketemu lagi, untuk melihat sudah sejauh mana bapak bisa melakukan jadwal kegiatannya”.

SP 1 Keluarga : Memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang masalah perawatan diri dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri.

Orientasi

“Selamat pagi pak/bu, saya leni, perawat yang merawat bapak ..”

“Apa pendapat bapak/bu tentang pak ... ?”

“Hari ini kita akan berdiskusi tentang apa masalah yang dialami pak ... an bantuan apa yang dapat diberikan”.

“Berapa lama waktu bapak/ibu yang tersedia ? Bagaimana kalau 20 menit ? Mari kita duduk di ruang diskusi”.

Kerja

“Apa saja masalah yang bapak/ibu rasakan dalam merawat pak ... ?” Perawatan diri yang utama adalah kebersihan diri, berdandan, makan dan BAB/BAK”.

“Perilaku yang ditunjukkan oleh pak ... itu di karenakan gangguan jiwa yang membuat pasien tidak mempunyai minat untuk mengurus diri sendiri. Baik, akan saya jelaskan : untuk kebersihan diri, kami telah melatih pak .. untuk mandi, keramas, gosok gigi, cukuran ganti baju, dan potong kuku. Kami harapkan bapak/ibu dapat menyediakan alat-alatnya. Pak ... juga telah mempunyai jadwal pelaksanaannya untuk berdandan, karena anak bapak/ibu, kami harapkan di motivasi sehabis mandi untuk sisiran yang rapi, untuk makan, sebaiknya makan bersama keluarga di rumah. Pak .. telah mengetahui langkah-langkahnya : cuci tangan, ambil makanan, berdoa, makan yang rapi, cuci piring dan gelas, lalu cuci tangan. Sebaiknya makan pas jam makan obat, agar sehabis makan langsung makan obat. Dan untuk BAB/BAK, di rumah ada WC pak/buk ? iya. Pak...juga sudah belajar BAB/BAK yang bersih. Kalau pak ..kurang motivasi dalam merawat diri apa yang bapak lakukan ? bapak juga perlu mendampingi pada saat merawat diri sehingga dapat diketahui apakah pak ..sudah bisa mandiri atau mengalami hambatan dalam melakukannya.

“Ada yang bapak?ibu tanyakan ?”

Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita bercakap-cakap ?” coba pak/ibu sebutkan lagi apa saja yang harus diperhatikan dalam membantu anak bapak, pak .. sdalam merawat diri”.

“Baik nanti kalau bapak/ibu besok bisa ditanyakan pada pak ..”

“Dan di rumah nanti, cobalah bapak/ibu mendampingi dan membantu pak..saat membersihkan diri.

“Dua hari lagi kita akan ketemu dan bapak/ibu akan saya dampingi untuk memotivasi pak.. dalam merawat diri.

SP 2 Keluarga : Melatih keluarga cara merawat pasien

Orientasi

“Selamat pagi pak/bu sesuai janji kita dua hari yang lalu kita sekarang ketemu lagi”

“Bagaimana bapak/ibu, ada pertanyaan tentang cara merawat yang kita bicarakan dua hari yang lalu ?”

“Sekarang kita akan latihan cara-cara merawat tersebut ya pak ?”

“Kita akan coba disini dulu, setelah itu baru kita coba langsung ke pak..ya ?”

“Waktunya 30 menit ya pak/bu”.

Kerja

“Sekarang anggap saya adalah pak .. coba bapak praktekan cara memotivasi untuk mandi, berdandan, buang air dan makan “. Bagus, betul begitu caranya.

“Sekarang coba praktekan cara memberikan pujian kepada pak..”

“Bagus, bagaimana kalau cara memotivasi pak..minum obat dan melakukan kegiatan positifnya sesuai jadwal ?”

“Bagus sekali, ternyata bapak/ibu sudah mengerti cara merawat pak ...”

“Bagaimana kalau sekarang kita mencobanya langsung kepada pak ..?”

(ulangi lagi semua cara diatas langsung kepada pasien)

Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak/ ibu setelah kita berlatih cara merawat pak..?”

“Setelah ini coba bapak dan ibu lakukan apa yang sudah dilatih tadi setiap kali bapak/ibu membesuk pak ..”

“Baiklah bagaimana kalau dua hari lagi bapak dan ibu datang kembali kesini dan kita akan mencoba lagi cara merawat pak .. sampai bapak/ibu lancar melakukannya”.

“Jam berapa bapak dan ibu bisa kesini ?”

“Baik saya tunggu, kita ketemu lagi di tempat ini ya pak buk.

SP 3 Keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

Orientasi

“Selamat siang bapak/ibu hari ini pak.. sudah boleh pulang, untuk ini perlu dibicarakan jadwal pak..selama di rumah”.

“Bagaimana pak, bu selama bapak dan ibu membesuk apakah sudah terus dilatih cara merawat pak ..?”

“Nah sekarang mari kita bicarakan jadwal di rumah tersebut disini saja ?”

“Berapa lama bapak/ibu punya waktu ?”

Kerja

“Pak, bu .. ini jadwal kegiatan pak.. di rumah sakit, coba perhatikan apakah dapat dilaksanakan di rumah ?”

“Pak/Bu jadwal yang telah dibuat selama pak..di rumah sakit tolong dilanjutkan di rumah, baik jadwal aktivitas maupun jadwal minum obatnya”

“Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh anak bapak & ibu selama di rumah. Kalau misalnya pak .. menolak terus menerus untuk makan, minum, dan mandi serta minum obat segera hubungi RSJ Grhasia, selanjutnya RSJ akan membantu perkembangan pak.. selama di rumah”.

Terminasi

“Bagaimana pak,bu ada yang belum jelas ? ini jadwal harian pak .. untuk dibawa pulang”. Dan ini surat kontrolnya. Jangan lupa kontrol ke RSJ Grhasia sebelum obat habis, atau ada gejala-gejala yang tampak”.

“Silahkan selesaikan administrasinya.


**HOME VISITE MAHASISWA PRAKTIK
DI RUMAH SAKIT JIWA GRHASIA DIY**

A IDENTITAS MASISWA	
1	Nama Mahasiswa (tuliskan semua nama mahasiswa)
	Leni Indi Astuti
	NIM 2216060
	NIM.....
	NIM.....
	NIM.....
	NIM.....
2	Fakultas & Perguruan
	AKPER YKY YOGYAKARTA
3	Tgl Praktik di RSJ Grhasia
	15 - 17 April 2019

B IDENTITAS PASIEN YANG VISITE	
1	Nama Lengkap
	Hendy Ferdian
	No. Rm
2	Umur 33 th
	1. 5-14 (anak) ③ 21-35 (dewasa Muda) 5. 51-64 (tua) 2. 15-20 (remaja) 4. 36-50 (dewasa) 6. ≥65 (Lansia)
3	Jenis Kelamin
	① Pria 2. Wanita
4	Alamat Lengkap
	Bleberan, pedukuhan XI RT 042 RW 021 Barisan Galur KP
5	Wilayah
	1. Sleman 3. Gunungkidul 5. Yogyakarta 2. Bantul ④ Kulon Progo 6. Luar DIY
6	Agama
	① Islam 3. Katholik 5. Hindu 2. Kristen 4. Budha 6. Lainnya
7	Pendidikan
	1. Tidak Sekolah 3. SMP 5. D1-D2-D3-D4 2. SD ④ SMU 6. S1-S2-S3
8	Status Nikah
	1. Menikah ② Tidak Menikah
9	Pekerjaan
	1. PNS/TNI/Polri 3. Wiraswasta 5. Lainnya 2. Pegawai Swasta 4. Petani/Buruh ⑥ Tidak Bekerja
10	Status Pasien
	1. Umum ② Askes Gakin
11	Jenis Pasien
	1. Baru ② Lama
12	Rawat inap terakhir
	Tanggal s.d
13	Diagnosa pasien
	Defisit Perawatan Diri
14	Penanggungjawab
	Ibu Titis Tri Harjanti

C RENCANA KEGIATAN YANG AKAN DILAKUKAN DALAM HOME VISITE	
1	validasi Mengkaji keluarga tentang keadaan pasien.
2	Mengedukasi keluarga tentang perawatan diri
3	

D LAPORAN HASIL HOME VISITE	
1	Tanggal home visite
	2 Mei 2019
2	Nama keluarga yang ditemui
	Ibu Titis Tri Harjanti
3	Hubungan dengan pasien
	Ibu
4	Sikap/penerimaan keluarga
	① Baik 2. Biasa 3. Menolak
5	Hasil home visite
	Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya sering membuat warga resah, saat di rumah pasien sering merusak alat-alat rumah tangga.

Praktikan

 (Leni Indi Astuti)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA

AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

**BERITA ACARA PELAKSANAAN BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Leni Indi Astuti



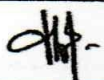

















NIM : 2216060

Nama Pembimbing 1 : Nunung Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Nama Pembimbing 2 : Prastiwi Puji R, M.Kep.,Sp.Kep.J

Judul KTI : **Gambaran Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia Di Wisma Sadewa RS Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta**

NO	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda tangan / Nama	
			Pembimbing	Mahasiswa
1.	04 Februari 2019	Konsultasi Judul proposal		
2.	13 Februari 2019	Hasil Studi Pendahuluan		
3.	19 Februari 2019	Konsul BAB I,II dan III		
4.	23 Februari 2019	Konsul BAB I,II dan III		
5.	25 Februari 2019	Konsul BAB I,II dan III		
6.	25 Februari 2019	Konsul BAB I,II dan III		
7.	26 Februari 2019	Revisi BAB I,II dan III		
8.	13 Maret 2019	ACC Proposal		
9.	13 Maret 2019	ACC Proposal		

NO	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda tangan / Nama	
			Pembimbing	Mahasiswa
10.	15 Maret 2019	ACC Proposal		
11.	13 Mei 2019	Konsul BAB IV dan V		
12.	14 Mei 2019	Konsul BAB IV dan V		
13.	17 Mei 2019	ACC		
14.	20 Mei 2019	Revisi BAB IV dan V		
15.	23 Mei 2019	ACC		
16.	12 Juni 2019	Konsul BAB I - V		
17.	14 Juni 2019	ACC		
18.	21 Juni 2019	ACC		
19.	21 Juni 2019	ACC		

Pembimbing I



Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep
NIK : 1141 13 163

Pembimbing II



Prastiwi Puji R, M.Kep.Ns.Sp.Kep.J
NIDK : 887 2540017