

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *SKIZOFRENIA* DALAM
PEMENUHAN KEBUTUHAN *PERSONAL HYGIENE* DI RUANG
DELIMA RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI
SULAWESI TENGGARA**



KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan program
Diploma III Keperawatan

OLEH :

MUH. IRFAN
NIM. P00320015034

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIII
TAHUN 2018**

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *SKIZOFRENIA* DALAM
PEMENUHAN KEBUTUHAN *PERSONAL HYGIENE* DI RUMAH
SAKIT JIWA PROVINSI SULAWESI TENGGARA
TAHUN 2018**

Yang Disusun Oleh :

MUH. IRFAN
NIM. P00320015034

Telah diterima dipertahankan pada Seminar Karya Tulis Ilmiah di depan Tim
Penguji Politeknik Kementerian Kesehatan Kendari Jurusan Keperawatan
Pada Hari/ Tanggal : Kamis/ 29 Maret 2018
Dan telah dinyatakan memenuhi syarat

Tim Penguji :

1. Hj. Nurjannah, B.Sc, S.Pd, M.Kes (.....)
2. Dali, SKM, M.Kes (.....)
3. Asminarsih Z.P, M.Kep, Sp. Kom (.....)
4. Abd. Syukur, S.Kep, Ns, MM (.....)
5. Anita Rosanti, SST, M.Kes (.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kendari


Indriana Hadi, S.Kep, Ns, M.Kes
NIP. 197003301995031001

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **MUH. IRFAN**

NIM : P00320015034

Institusi Pendidikan : Keperawatan

Judul KTI :
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
SKIZOFRENIA DALAM PEMENUHAN
KEBUTUHAN *PERSONAL HYGIENE* DI RUANG
DELIMA RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI
SULAWESI TENGGARA TAHUN 2018**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan pengambilaalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Kendari, Juli 2018

Yang Membuat Pernyataan


MUH. IRFAN

RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS PENULIS

1. Nama : **MUH. IRFAN**
2. Tempat / Tanggal Lahir : Cenranae, 3 Maret 1995
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki
4. Agama : Islam
5. Suku/ Kebangsaan : Bugis/ Indonesia
6. Alamat : Jl. Wayong Poros P2ID
7. No. Telpon : 0853-9535-8237

B. PENDIDIKAN

1. SD : SDN 154 Akkajeng Tamat Tahun 2008
2. SMP : SMP Negeri 1 Sajoangin Tamat 2011
3. SMA : SMA Negeri 1 Penrang Tamat 2014
4. Diploma : Sejak 2015 berkuliah di Poltekkes Kendari

HALAMAN MOTTO

Jangan ingat lelahnya belajar, tapi ingat buah manisnya yang bisa dipetik kelak
ketika sukses.

Tidak ada hal yang sia-sia dalam belajar karena ilmu akan bermanfaat pada
waktunya.

Kegagalan dan kesalahan mengajari kita untuk mengambil pelajaran dan menjadi
lebih baik.

Jadilah orang yang rajin sebelum menyesali kemalasan yang membuat kita melewatkan
kesempatan emas.

Orang yang belajar dari kesalahan adalah orang yang berani sukses.

ABSTRAK

MUH. IRFAN. NIM. P00320015034 "Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Skizofrenia* Dalam Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene* Di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Sulawesi Tenggara Tahun 2018". Pembimbing I : Abd. Syukur, S.Kep, Ns, MM dan Pembimbing II : Anita Rosanty, SST, M.Kes. *Skizofrenia* merupakan suatu gangguan jiwa berat yang akan membebani masyarakat sepanjang hidup penderita, dikarakterisasikan dengan disorganisasi pikiran, perasaan dan mengalami masalah dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berhias, makan dan BAK/BAB (*toileting*). Tujuan studi kasus ini adalah peneliti mampu melakukan asuhan keperawatan pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Desain penelitian ini studi kasus, jumlah responden yaitu pasien *skizofrenia* yang mengalami masalah dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu wawancara, observasi dan dokumentasi, dengan menggunakan format asuhan keperawatan jiwa. Hasil pengkajian yang didapatkan dari pasien *skizofrenia* masalah keperawatan yang muncul adalah defisit perawatan diri. Intervensi yang dilakukan selama 4 hari perawatan kepada kedua klien yaitu sama, memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya merawat kebersihan diri, menjelaskan cara-cara menjaga kebersihan diri, melatih cara menjaga kebersihan diri, dan membimbing memasukkan jadwal kedalam kegiatan harian. Hasil evaluasi pada pasien *skizofrenia* yang didapatkan masalah defisit perawatan diri sebagian besar teratasi dengan bantuan perawat. Pada klien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri hendaknya sering berlatih untuk meningkatkan perawatan diri dan melakukan perawatan kebersihan diri secara mandiri dan teratur.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene*,
Skizofrenia

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena berkat Karunia-Nya jualah, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya yang merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Poltekkes Kemenkes Kendari, dengan Judul : **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Skizofrenia* Dalam Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Sulawesi Tenggara Tahun 2018”**

Tak lupa penulis ucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, secara khusus penulis ucapkan terima kasih kepada **Abd. Syukur, S.Kep, Ns, MM** selaku pembimbing I dan **Anita Rosanty, SST, M.Kes** selaku pembimbing II yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan kepada penulis.

Pada kesempatan ini pula, penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Askrening, SKM, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari.
2. Indriono Hadi, S.Kep, Ns. M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari..
3. Hj. Nurjannah, B.Sc, S.Pd, M.Kes, Dali, SKM, M.Kes dan Asminarsih Z.P, M.Kep, Sp. Kom, selaku penguji I, II dan III yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan ujian kepada penulis demi penyempurnaan Studi Kasus ini.
4. Seluruh dosen dan staf pengajar Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Keperawatan yang telah banyak membantu dan memberikan ilmu

pengetahuan maupun motivasi selama mengikuti pendidikan di Poltekkes Kemenkes Kendari.

5. Dr. Ir. Sukanto Toding, MSP, MA, selaku Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara.
7. Teristimewa kepada ayahanda dan ibunda tersayang yang telah mengasuh, membesarkan dengan cinta dan penuh kasih sayang, serta memberikan dorongan moril, material dan spiritual, serta saudara-saudaraku, terimakasih atas pengertiannya selama ini.
8. Seluruh rekan-rekan mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kendari Jurusan Keperawatan angkatan 2015.

Penulis menyadari bahwa Hasil Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi, bahasa, maupun materi. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang sifatnya membangun. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangan kepada penulis, semoga Hasil Studi Kasus ini dapat bermanfaat kepada kita semua. Amien

Kendari, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
HALAMAN MOTTO	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Studi Kasus	7
D. Manfaat Studi Kasus	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan <i>Personal Hygiene</i>	8
B. Konsep Dasar Tentang <i>Skizofrenia</i>	30
C. Konsep Dasar Tentang <i>Personal Hygiene</i>	42
BAB III METODE STUDI KASUS	
A. Rancangan Studi Kasus	52
B. Subjek Studi Kasus	52
C. Fokus Studi Kasus	53
D. Definisi Operasional Studi Kasus	53
E. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	54
F. Metode Pengumpulan Data	54
G. Instrumen Studi Kasus	55
H. Analisa Data dan Penyajian Data	56
I. Etika Studi Kasus	56
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Gambaran Lokasi Penelitian	58
B. Hasil Studi Kasus	61
C. Pembahasan	73

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	81
B. Hasil Studi Kasus	82

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

- 1 Jadwal Penelitian
- 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- 3 Surat Pernyataan Menjadi Rsponden
- 4 Format Asuhan Keperawatan “Personal Hygiene”
- 5 Satuan Acara Penyuluhan
- 6 Surat Izin Pengambilan Data Awal dari Poltekkes Kendari
- 7 Surat Izin Pengambilan Data Awal dari Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara
- 8 Surat Keterangan Bebas Administrasi
- 9 Surat Keterangan Bebas Pustaka
- 10 Surat Usulan Ijin Penelitian dari Jurusan
- 11 Surat Izin Penelitian dari Poltekkes Kendari
- 12 Surat Izin Penelitian dari Badan LITBANG Provinsi Sulawesi Tenggara
- 13 Surat Izin Penelitian dari Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara
- 14 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- 15 Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut UU Nomor 18 pasal 1 & 3 Tahun 2014, Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan diri sendiri, dapat mengatasi tekanan, bekerja secara produktif serta mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU Kesehatan Jiwa, 2014). Apabila seseorang/ individu tersebut mengalami kesehatan jiwa baik fisik, mental, spiritual, tapi tidak dapat mengendalikan stres dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain maka individu tersebut mengalami gangguan jiwa.

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan, terdapat sekitar 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang menderita skizofrenia, serta 47,5 juta orang terkena demensia. Karena berbagai faktor biologis, psikologis, sosial dan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah serta memberikan dampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang (Kemenkes RI, 2016).

Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia dengan gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di DI Yogyakarta dan Aceh (masing-masing 2,7%), sedangkan yang terendah di Kalimantan Barat (0,7%). Prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 jiwa per mil. Sedangkan di Provinsi Sulawesi Tenggara prevalensi gangguan jiwa berat dalam persentase sekitar

1,9%, dibawah DI Yogyakarta dan Aceh yang mengalami gangguan jiwa berat paling tinggi (Risksedas, 2013).

Berdasarkan data dari Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2015 diperoleh kunjungan gangguan jiwa rawat jalan laki-laki dan perempuan sebanyak 24.548 orang, kunjungan rawat inap laki-laki dan perempuan sebanyak 2.112 orang (Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016).

Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir, kehendak, emosi dan tindakan, di mana individu tidak dapat menyesuaikan diri dengan orang lain dan lingkungan (Marshaly, 2013). Gangguan jiwa terbagi kedalam dua jenis yaitu gangguan jiwa ringan dan gangguan jiwa berat. *Skizofrenia* merupakan gangguan mental kronis yang menyebabkan penderitanya mengalami delusi, halusinasi, pikiran kacau, dan perubahan perilaku. Kondisi yang biasanya berlangsung lama ini sering diartikan sebagai gangguan mental mengingat sulitnya penderita membedakan antara kenyataan dengan pikiran sendiri. Hal ini ditandai dengan disorganisasi pikiran, perasaan dan perilaku *personal hygiene* (Khaeriyah, 2013).

Personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Pemeliharaan kebersihan diri berarti tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya. Pasien dengan gangguan jiwa cenderung mengalami penurunan *personal hygiene*. Hal ini dikarenakan kurangnya respon yang dimiliki terutama dalam perawatan kebersihan diri (*defisit personal hygiene*) (Rani Meisaroh, 2015)

Pasien dengan gangguan jiwa seringkali tidak memperhatikan pola kebersihan diri yang dimiliki. Hal ini dikarenakan menurunnya beberapa fungsi otak yang dimiliki oleh pasien jiwa tersebut. Adanya penurunan fungsi otak yang dimiliki berdampak kepada kurangnya motivasi pasien dengan gangguan jiwa untuk melaksanakan *personal hygiene* secara mandiri dan pada akhirnya akan berakibat kepada rendahnya *personal hygiene* yang dimiliki pada diri masing-masing pasien dengan gangguan jiwa (Rani Meisaroh, 2015)

Tanda dan gejala pada pasien yang *personal hygiene* kurang biasanya tampak seperti rambut kotor, gigi kotor, badan berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor, rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien perempuan tidak berdandan, tidak ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran dan tidak pada tempatnya, buang air besar atau buang air kecil tidak pada tempatnya dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah buang air besar atau buang air kecil (Keliat dan Akemat, 2014)

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

dampak bagi orang lain dan lingkungan sekitarnya adalah terganggunya kenyamanan dan ketentraman masyarakat. Kebutuhan perawatan diri pada pasien *skizofrenia* lebih besar dari kemampuannya melakukan aktifitas perawatan diri. Hal ini terjadi karena klien menderita gejala yang disebabkan penyakit *skizofrenia* yaitu gangguan pada fungsi kognitif, afektif, dan perilaku (Herni Susanti, 2010).

Pasien gangguan jiwa memerlukan suatu bimbingan atau dukungan dari keluarga dan orang lain. Agar pasien gangguan jiwa dapat merawat diri secara mandiri dan meningkatkan kemampuan dalam memecahkan masalah. Penurunan ADL (*Activity of Daily Living*) pada pasien jiwa di sebabkan oleh adanya gangguan mental pada pasien dan kurangnya pendidikan kesehatan/ penyuluhan mengenai perawatan diri pada pasien gangguan jiwa (Hesti Wulandari, 2016)

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* di rumah sakit jiwa yaitu melakukan penerapan asuhan keperawatan berupa penerapan strategi pelaksanaan dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Strategi pelaksanaan pada pasien *skizofrenia* yaitu dengan melatih pasien cara perawatan kebersihan diri/ mandi, melatih pasien berdandan atau berhias, melatih pasien makan dan minum secara mandiri dan mengajarkan pasien melakukan buang air besar dan buang air kecil secara mandiri (Fitria, 2012). Untuk mengoptimalkan kemampuan pasien dalam perawatan diri, maka petugas memberikan *reward* atau *reinforcement* kepada pasien berupa pujian yang dapat memotivasi pasien untuk melakukan kebersihan diri.

Data dari Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara pada tahun 2017, pasien dengan gangguan jiwa sebanyak 11.329 jiwa dengan pasien rawat inap sebanyak 1.054 jiwa dengan *skizofrenia* sebanyak 800 jiwa, sedangkan pasien rawat jalan sebanyak 10.275 jiwa dengan *skizofrenia* sebanyak 3.498 jiwa. Data penderita gangguan jiwa dengan masalah pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* periode Januari-Maret tahun 2018 terbanyak di Ruang Delima didapatkan dari 20 orang pasien *skizofrenia*, 12 orang diantaranya mengalami masalah dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* (RSJ Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2018).

Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara merupakan rumah sakit tipe B Pendidikan yang ada di Kota Kendari dan merupakan satu-satunya Rumah Sakit Jiwa yang ada di Sulawesi Tenggara. Menurut studi pendahuluan peneliti di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara pada tanggal 12 Maret 2018 ditemukan sekitar 6 dari 10 (60%) pasien dengan masalah dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Hasil wawancara dengan salah satu petugas didapatkan sekitar 65% pasien yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Sulawesi Tenggara mengalami masalah dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Masalah yang biasanya timbul pada pasien di ruangan tersebut yaitu badan klien bau, pakaian yang tidak rapi, makan berceceran, dan kadang buang air besar dan buang air kecil tidak pada tempatnya seperti di tempat tidur.

Berdasarkan studi pendahuluan dari 12 orang pasien dilakukan observasi kepada 6 orang pasien (50%) didapatkan gejala seperti, pakaian

yang tidak rapi, makan berceceran dan rambut acak-acakan. Penerapan strategi pelaksanaan komunikasi kebersihan diri pada klien sudah diterapkan di ruangan. Strategi pelaksanaan komunikasi ini dilaksanakan oleh perawat pelaksana dan mahasiswa/mahasiswi yang sedang menjalani praktik klinik di ruangan. Tetapi kesenjangan yang ditemukan adalah belum efektifnya pelaksanaan Strategi Pelaksanaan komunikasi ini karena perawat pelaksana belum melakukan secara berkesinambungan serta kurang maksimalnya pengevaluasian yang dilakukan pada klien setelah diberikan intervensi melalui strategi pelaksanaan komunikasi.

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan diatas maka peneliti tertarik mengangkat kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Skizofrenia* Dalam Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan oleh peneliti diatas, maka perumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan pada pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018 ?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mengidentifikasi pengkajian keperawatan pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018.
- b. Mampu mengidentifikasi diagnosa keperawatan pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018.
- c. Mampu mengidentifikasi rencana keperawatan pasien dengan pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018.
- d. Mampu mengidentifikasi tindakan keperawatan pada pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018.
- e. Mampu mengidentifikasi evaluasi pada pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Rumah Sakit

Masukan dan informasi bagi pelayanan keperawatan Rumah Sakit Jiwa dalam mengambil kebijakan asuhan keperawatan, khususnya pada pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Meningkatkan kemampuan dan kualitas pendidikan mahasiswa dalam melakukan penulisan studi kasus, dan mampu memenuhi standar kompetensi khususnya mahasiswa DIII Keperawatan Kementerian Kesehatan Kendari.

3. Penulis

Sebagai pengembangan kemampuan peneliti dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan bagi peneliti dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*.

4. Peneliti Selanjutnya

Dapat digunakan sebagai perbandingan dan bahan untuk penelitian selanjutnya di bidang keperawatan dan dapat menjadi referensi dan rujukan dalam pembuatan ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan pada pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Tentang *Skizofrenia*

1. Definisi *Skizofrenia*

Skizofrenia berasal dari kata Yunani yang bermakna *schizo* artinya terbagi, terpecah dan *phrenia* artinya pikiran. Jadi pikirannya terbagi atau terpecah (Rudyanto, 2007). *Skizofrenia* adalah penyakit otak *neurobiological* yang serius dan menetap, ditandai dengan kognitif dan persepsi serta afek yang tidak wajar (Laraia, 2009). Penyakit ini bersifat kronik dan melalui 3 fase, yaitu fase prodromal, fase aktif, dan fase residual. Fase prodromal dimulai dengan perubahan perasaan dan mood, fase aktif biasanya disebut dengan psikosis yaitu munculnya gejala halusinasi, delusi, dan ilusi (Sadock & Sadock, 2010)

Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa memandang jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi (Maramis, 2005). *Skizofrenia* dikarakteristikan dengan psikosis, halusinasi, delusi, disorganisasi pembicaraan dan perilaku, afek datar, penurunan kognitif, ketidakmampuan bekerja atau kegiatan dan hubungan sosial yang memburuk (Bustillo, 2008)

Menurut PPDGJ (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa) III ada 6 macam *skizofrenia* yaitu *skizofrenia paranoid*, *skizofrenia hebefrenik*, *skizofrenia katatonik*, *skizofrenia tak terinci (undifferentiated)*, *skizofrenia simpleks*, *skizofrenia residual*. Dalam

penelitian ini peneliti akan mengambil sampel secara keseluruhan tanpa membeda-bedakan tipe *skizofrenia*.

2. Epidemiologi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV Text Revised* (DSM-IV-TR) insidens tahunan *skizofrenia* berkisar antara 0,5-5,0 per 10.000 dengan beberapa variasi geografis. Di Amerika Serikat prevalensi *skizofrenia* seumur hidup dilaporkan secara bervariasi terentang dari 1 sampai 1,5 persen; konsisten dengan rentang tersebut, penelitian *Epidemiological Catchment Area* (ECA) yang disponsori oleh *National Institute of Mental Health* (NIMH) melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 0,025 sampai 0,5 persen populasi total diobati untuk pasien *skizofrenia* dalam 1 tahun. Walaupun duapertiga dari pasien yang diobati tersebut membutuhkan perawatan di rumah sakit, hanya kira-kira setengah dari pasien *skizofrenia* mendapat pengobatan, tidak tergantung pada keparahan penyakit. (Sadock & Sadock, 2010)

3. Etiologi

Menurut Maramis (2009) teori mengenai *skizofrenia* yang saat ini banyak dianut adalah sebagai berikut :

a. Genetik

Faktor genetik turut menentukan timbulnya *skizofrenia*. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita *skizofrenia* dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8 %; bagi saudara kandung 7-15%; bagi anak dengan salah satu orangtua yang

menderita *skizofrenia* 7-16%; bila kedua orangtua menderita *skizofrenia* 40-68%; bagi kembar dua telur (*heterozigot*) 2- 15%; bagi kembar satu telur (*monozigot*) 61-86%.

b. Neurokimia

1) Hipotesis dopamin

Skizofrenia disebabkan oleh neuroaktifitas pada jaras dopamin mesolimbik. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin dapat menginduksi psikosis yang mirip *skizofrenia*; dan obat psikotik (terutama obat tipe tipikal/ klasik) bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin terutama reseptor D2. Keterlibatan neurotransmitter lainnya seperti serotonin, noradrenalin, GABA, glutamat dan neuropeptid lain masih terus diteliti oleh para ahli.

2) Hipotesis perkembangan saraf

Studi autopsi dan pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak penderita *skizofrenia* antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil 6% daripada otak normal dan ukuran anterior-posterior yang 4% lebih pendek; pembesaran ventrikel otak non spesifik; gangguan metabolisme di daerah frontal dan temporal; dan kelainan susunan seluler pada struktur saraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya gliosis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan. Studi neuropsikologis mengungkapkan defisit di bidang atensi, pemilihan konseptual,

fungsi eksekutif dan memori pada penderita *skizofrenia*. Semua bukti tersebut melahirkan hipotesis perkembangan saraf yang menyatakan bahwa perubahan patologis gangguan ini terjadi pada tahap awal kehidupan, mungkin sekali akibat pengaruh genetik dan dimodifikasi oleh faktor maturasi dan lingkungan.

4. Manifestasi Klinis

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 3 yaitu gejala positif, gejala negatif dan gejala kognitif (Maramis, 2005) yaitu :

a. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien *skizofrenia* mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Auditory hallucinations, gejala yang biasanya timbul yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya penderita *skizofrenia*, lampu traffic di jalan raya yang berwarna merah, kuning, hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita *skizofrenia* berubah

menjadi paranoid, mereka selalu merasa sedang di amat-amati, diikuti atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien *skizofrenia* tidak mampu mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita *skizofrenia* tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita *skizofrenia* tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia, juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada dan sebagainya.

b. Gejala negatif

Klien *skizofrenia* kehilangan motivasi dan apatis yaitu kehilangan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang pemalas. Karena klien hanya memiliki minat sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosinya menjadi datar. Klien *skizofrenia* tidak memiliki ekspresi yang baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Mereka mungkin bisa menerima perhatian dari orang lain tapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka. Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari

hidup klien *skizofrenia*. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain.

Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien menarik diri dari lingkungannya dan merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus *skizofrenia* sering menyerang pada usia antara 15-30 tahun dan kebanyakan menyerang saat usia 40 tahun ke atas.

c. Gejala kognitif

Permasalahan yang berhubungan dengan perhatian, tipe-tipe ingatan tertentu dan fungsi yang memungkinkan kita untuk merencanakan mengorganisasikan sesuatu.

5. Kriteria Diagnosis *Skizofrenia*

Sebelum menetapkan diagnosis kepada pasien *skizofrenia*, seorang dokter harus mengetahui dan memahami gejala-gejala khas yang dialami oleh pasien *skizofrenia*. Kriteria diagnostik di Indonesia menurut PPDGJ-III yang menuliskan bahwa walaupun tidak ada gejala-gejala patognomonik khusus, dalam praktek dan manfaatnya membagi gejala-gejala tersebut ke dalam kelompok-kelompok yang penting untuk diagnosis dan yang sering terdapat secara bersama-sama yaitu:

- a. *Thought echo* yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitas berbeda atau *thought insertion or withdrawal* yaitu isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu diluar

dirinya (*withdrawal*) dan *tought broadcasting* yaitu isi pikiran tersiar keluar sehingga orang lain mengetahuinya.

b. Waham atau Delusinas

- 1) *Delusion of control* yaitu waham tentang dirinya sendiri dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu.
- 2) *Delusion of influen* yaitu waham tentang dirinya sendiri dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
- 3) *Delusion of passivity* yaitu waham tentang gerakan tubuh, pikiran maupun tindakan tak berdaya terhadap suatu kekuatan dari luar.
- 4) *Delusion of perception* yaitu pengalaman indrawi yang tidak wajar yang bermakna sangat khas dan biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

c. Halusinasi Auditorik

- 1) Suara halusinasi yang berkomentar terus menerus terhadap perilaku pasien.
- 2) Mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara).
- 3) Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah bagian tubuh.
- 4) Waham-waham menetap jenis lain yang menurut budaya dianggap tidak wajar dan mustahil seperti waham bisa mengendalikan cuaca. Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas.

- 5) Halusinasi yang menetap dari setiap panca indera baik disertai waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas atau ide-ide berlebihan yang menetap atau terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan secara terus menerus.
- 6) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau mengalami sisipan (interpolasi) yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan tidak relevan atau neologisme.
- 7) Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh, gelisah (*excitement*) sikap tubuh tertentu (*posturing*) atau fleksibilitas serea, negativisme, mutisme dan stupor.
- 8) Gejala-gejala negative seperti apatis, bicara jarang serta respon emosional yang menumpul atau tidak wajar biasanya mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau neuroleptika.

Adanya gejala-gejala khas diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase non psikotik prodormal). Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri dan penarikan diri secara social.

6. Tipe-Tipe *Skizofrenia*

Menurut DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) tipe-tipe *skizofrenia* dibagi menjadi 5 yaitu :

a. Tipe paranoid

Suatu tipe *skizofrenia* yang memiliki kriteria yaitu preokupasi dengan satu atau lebih waham atau halusinasi dengar yang menonjol dan tidak ada dari berikut ini yang menonjol: bicara terdisorganisasi, perilaku terdisorganisasi atau katatonik, atau afek datar atau tidak sesuai.

b. Tipe terdisorganisasi

Suatu tipe *skizofrenia* yang memiliki kriteria semua yang berikut ini menonjol: bicara terdisorganisasi, perilaku terdisorganisasi dan afek datar atau tidak sesuai serta tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik.

c. Tipe katatonik

Suatu tipe *skizofrenia* dimana gambaran klinis didominasi oleh sekurangnya dua dan hal-hal berikut :

- 1) Imobilisasi motorik seperti yang ditunjukkan oleh katalepsi (termasuk fleksibilitas lilin) atau stupor.
- 2) Aktivitas motorik yang berlebihan (yang tampaknya tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal).
- 3) Negativisme yang ekstrem atau mutisme.
- 4) Ekolalia atau ekopraksia

d. Tipe tidak tergolongkan

Suatu tipe *skizofrenia* dimana ditemukan gejala yang memenuhi kriteria A tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik, terdisorganisasi, atau paranoid

e. Tipe residual

Suatu tipe *skizofrenia* dimana kriteria berikut ini terpenuhi: tidak adanya waham, halusinasi, bicara terdisorganisasi, dan perilaku katatonik terdisorganisasi atau katatonik yang menonjol serta terdapat terus bukti-bukti gangguan seperti yang ditunjukkan oleh gejala negatif dua atau lebih gejala tertulis dalam kriteria A untuk *skizofrenia* yang lebih lemah (misalnya keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim)

7. Terapi Pasien *Skizofrenia*

Skizofrenia merupakan gangguan yang bersifat kronis sehingga untuk pengobatannya memerlukan waktu yang panjang. Ada berbagai macam terapi yang bisa kita berikan pada pasien *skizofrenia*. Hal ini diberikan dengan kombinasi satu sama lain dengan jangka waktu yang lama. Terapi *skizofrenia* terdiri dari pemberian obat-obatan, psikoterapi dan rehabilitasi. Terapi psikososial pada *skizofrenia* meliputi; terapi keluarga, terapi kelompok, terapi individu, rehabilitasi psikiatri, latihan keterampilan sosial dan manajemen kasus (Hawari, 2001)

a. Farmakoterapi

Pengobatan untuk penderita *skizofrenia* menggunakan obat anti psikotik. Obat antipsikotik dibagi menjadi 2 kelompok yaitu

kelompok atipikal dan kelompok tipikal (Maslim, 2001). Faktor-faktor yang mempengaruhi efek terapeutik obat ini meliputi : usia, perilaku penyalahgunaan zat, kondisi medis, obat penginduksi enzim, obat yang mengubah *clearance* dan perubahan ikatan dalam protein (Benhard,2007)

1) Obat golongan FGA atau tipikal

Obat ini bekerja menghambat jalur dopamin. Neuroleptik yang termasuk golongan ini adalah chlorpomazin, haloperidol, loxapine, dan prolixin. Efek samping golongan ini adalah mulut kering, konstipasi, hipotensi ortostatik, impotensi, kegagalan ejakulasi, Parkinson sindrom, dystonia, amenorrhea, infertilitas dan kegemukan. Clorpomazin memiliki efek antipsikotik yang lemah dan efek sedatif yang kuat. Haloperidol digunakan untuk *skizofrenia* yang kronis dan memiliki efek antipsikotik yang kuat dan efek sedatif yang lemah. Golongan obat ini lebih efektif mengatasi gejala positif dari *skizofrenia* namun kurang efektif untuk gejala negatif. (Saddock and saddock, 2003).

2) Obat golongan SGA atau atipikal

Obat ini adalah antipsikotik generasi kedua yang digunakan untuk mengobati kondisi jiwa. Pada gejala positif seperti halusinasi, delusi, dan inkoherensi, dan negatif seperti hilangnya kemauan dan afek serta bicara yang sangat sedikit dapat diatasi dengan lebih baik pada pemberian SGA. Untuk gejala lain seperti penurunan interaksi sosial, ide bunuh diri dan

defisit kognitif dapat diatasi lebih baik pula dengan golongan SGA (Pantelis & Lambert, 2003).

Hanya saja harga obat-obat yang termasuk dalam SGA jauh lebih mahal dibanding FGA sehingga terkesan keuntungannya hanya sedikit jika dibandingkan dengan harga yang harus dibayar (Leucht S, 2009). Obat ini cenderung untuk memblokir reseptor dalam jalur dopamin otak dan menghambat reseptor serotonin. Antipsikotik atipikal berbeda dari antipsikotik tipikal yang efeknya lebih minimal kecenderungan untuk menyebabkan gangguan ekstrapiramidal pada pasien yang meliputi penyakit gerakan parkinsonisme, kekakuan tubuh dan tremor tak terkontrol. Gerakan-gerakan tubuh yang abnormal bisa menjadi permanen obat bahkan setelah antipsikotik dihentikan. Beberapa contoh obat golongan ini adalah Clozapine, Risperidon, Amisulpride. Clozapine umumnya dipertimbangkan untuk pasien yang telah gagal terapi.

b. Non Farmakoterapi

Beberapa jenis pengobatan yang tidak menggunakan obat-obatan yaitu:

1) ECT (*Electro Convulsive Therapy*)

Dikatakan penggunaan ECT dengan pengobatan antipsikotik akan lebih efektif (Sadock & Sadock, 2007).

2) Terapi Berorientasi Keluarga

Karena pasien dikembalikan dalam keadaan remiten, maka penting untuk mengedukasi keluarga bagaimana cara mengatasi masalah-masalah yang dapat timbul dari pasien. (Sadock & Sadock, 2007)

B. Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene*

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar pertama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat pula berupa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki klien (Stuart dan Sundeen, 1995) cara ini yang akan dipakai pada uraian berikut. Cara pengkajian lain berfokus pada lima dimensi yaitu fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

Biasanya identitas terdiri dari: nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medik, keluarga yang dapat dihubungi.

2) Alasan Masuk

Biasanya apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, atau dirawat dirumah sakit. Biasanya masalah yang di alami pasien yaitu senang menyendiri, tidak mau banyak berbicara dengan orang lain, terlihat murung, penampilan acak-acakan, tidak peduli dengan diri sendiri dan mulai mengganggu orang lain.

3) Faktor Predisposisi.

Pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri ditemukan adanya faktor herediter mengalami gangguan jiwa, adanya penyakit fisik dan mental yang diderita pasien sehingga menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri. Ditemukan adanya faktor perkembangan dimana keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif terganggu, menurunnya kemampuan realitas sehingga menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri serta didapatkan kurangnya dukungan dan situasi lingkungan yang mempengaruhi kemampuan dalam perawatan diri.

4) Pemeriksaan Fisik

Biasanya pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda- tanda vital (TTV), pemeriksaan secara keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang biasanya penampilan klien yang kotor dan acak-acakan.

5) Psikososial

a) Genogram

Biasanya menggambarkan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

b) Konsep diri

(1) Citra tubuh

Biasanya persepsi pasien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

(2) Identitas diri

Biasanya dikaji status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelamin dan posisinya.

(3) Peran diri

Biasanya meliputi tugas atau peran pasien dalam keluarga/ pekerjaan/ kelompok/ masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.

(4) Ideal diri

Biasanya berisi harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan sekitar, serta harapan pasien terhadap penyakitnya

(5) Harga diri

Biasanya mengkaji tentang hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien berubungan dengan orang lain, fungsi peran tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain

(6) Hubungan sosial

Biasanya hubungan pasien dengan orang lain sangat terganggu karena penampilan pasien yang kotor sehingga orang sekitar menghindari pasien. Adanya hambatan dalam behubungan dengan orang lain, minat berinteraksi dengan orang lain.

(7) Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Biasanya nilai dan keyakinan terhadap agama pasien terganggu karna tidak menghirauan lagi dirinya.

b. Kegiatan ibadah

Biasanya kegiatan ibadah pasien tidak dilakukan ketika pasien mengalami gangguan jiwa.

(8) Status mental

a. Penampilan

Biasanya penampilan pasien sangat tidak rapi, tidak tahu cara berpakaian, dan penggunaan pakaian tidak sesuai.

b. Cara bicara/ pembicaraan

Biasanya cara bicara pasien lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatisserta tidak mampu memulai pembicaraan.

c. Aktivitas motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif.

d. Alam perasaan

Biasanya keadaan pasien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina.

e. Afek

Biasanya afek pasien tampak datar, tumpul, emosi pasien berubah-ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih dan cemas.

f. Interaksi selama wawancara

Biasanya respon pasien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga yang menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

g. Persepsi

Biasanya pasien berhalusinasi tentang ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan serta halusinasi perabaan yang membuat pasien tidak mau membersihkan diri dan pasien mengalami depersonalisasi.

h. Proses pikir

Biasanya bentuk pikir pasien otistik, dereistik, sirkumtansial, kadang tangensial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik satu ke topik lainnya dan kadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

(9) Kebutuhan pasien pulang

a. Makan

Biasanya pasien kurang makan, cara makan pasien terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan menyiapkan dan membersihkan alat makan.

b. Berpakaian

Biasanya pasien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa menggunakan pakaian yang sesuai dan tidak bisa berdandan.

c. Mandi

Biasanya pasien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, tidak mencuci rambut, tidak menggunting kuku, tubuh pasien tampak kusam dan badan pasien mengeluarkan aroma bau.

d. BAB/BAK

Biasanya pasien BAB/BAK tidak pada tempatnya seperti di tempat tidur dan pasien tidak bisa membersihkan WC setelah BAB/BAK.

e. Istirahat

Biasanya istirahat pasien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.

f. Penggunaan obat

Apabila pasien mendapat obat, biasanya pasien minum obat tidak teratur.

g. Aktivitas dalam rumah

Biasanya pasien tidak mampu melakukan semua aktivitas di dalam maupun diluar rumah karena pasien selalu merasa malas.

(10) Mekanisme koping

a. Adaptif

Biasanya pasien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, pasien tidak mampu berolahraga karena pasien selalu malas.

b. Maladaptif

Biasanya pasien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan, pasien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

c. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

d. Pengetahuan

Biasanya pasien defisit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

e. Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang.

Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada di lingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang efektif.

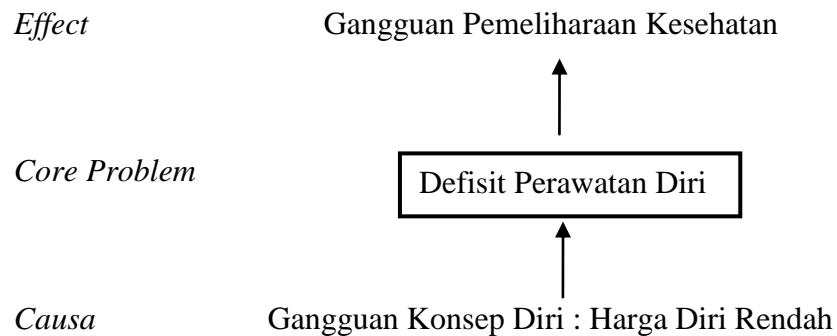
b. Analisis Data

Data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam, seperti berikut ini.

1. Data objektif yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
2. Data subjektif data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer, dan data yang diambil dari hasil pengkajian atau catatan tim kesehatan lain disebut sebagai data sekunder.

Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah klien dari kelompok data yang dikumpulkan. Umumnya, sejumlah masalah klien saling berhubungan serta dapat digambarkan sebagai pohon masalah (FASID, 1983 & INJF, 1996). Agar penentuan pohon masalah dapat dipahami dengan jelas, penting untuk memperhatikan

tiga komponen yang terdapat di pohon masalah, yaitu penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*), dan akibat (*effect*).



Gambar 2.3 Pohon masalah pada pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* (Fitria, 2012)

2. Diagnosa Keperawatan

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

- b. Defisit perawatan diri
- c. Harga diri rendah
- d. Gangguan pemeliharaan kesehatan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan menurut Dalami (2009) adalah rencana dimana perawat akan menyusun rencana yang akan dilakukan pada klien untuk mengatasi masalahnya perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan diagnosa keperawatan diagnosa satu atau masalah utamanya adalah defisit perawatan diri.

- a. Defisit perawatan diri : mandi

NOC

Perawatan diri : mandi

Kriteria hasil :

Masuk dan keluar dari kamar mandi, mengambil alat/bahan mandi, mendapat air mandi, menyalakan keran, mengatur aliran air, mandi di bak mandi, mandi dengan bersiram, mencuci wajah, mencuci badan bagian atas, mandi badan bagian bawah, membersihkan area perineum dan mengeringkan badan

NIC

Bantuan perawatan diri : mandi/ berpakaian

Definisi : membantu pasien melakukan kebersihan diri.

Aktivitas-aktivitas :

- 1) Pertimbangkan budaya pasien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri
- 2) Pertimbangkan usia pasien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri
- 3) Tentukan jumlah dan tipe terkait bantuan yang diperlukan
- 4) Letakkan handuk, sabun, deodoran, alat bercukur, dan asesoris lain yang diperlukan di tepi tempat tidur atau kamar mandi
- 5) Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks, privasi dan pengalaman pribadi
- 6) Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat
- 7) Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat
- 8) Monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien
- 9) Monitor integritas kulit pasien

- 10) Jaga ritual kebersihan
- 11) Fasilitasi untuk mempertahankan rutinitas waktu tidur pasien yang biasanya, tanda sebelum tidur, dan obyek yang familiar untuk pasien
- 12) Dukung orangtua atau keluarga berpartisipasi dalam ritual menjelang tidur yang biasa dilakukan, dengan tepat
- 13) Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri

Memandikan

Aktivitas-aktivitas :

- 1) Bantu memandikan pasien dengan menggunakan kursi untuk mandi, bak tempat mandi, mandi dengan mandiri dengan menggunakan cara yang tepat atau sesuai keinginan pasien.
 - 2) Cuci rambut sesuai dengan kebutuhan atau keinginan
 - 3) Mandi dengan air yang mempunyai suhu yang nyaman
 - 4) Bantu dalam hal perawatan perineal jika memang diperlukan
 - 5) Bantu dalam hal kebersihan
 - 6) Cukur pasien sesuai dengan indikasi
 - 7) Tawarkan mencuci tangan setelah eliminasi dan sebelum makan
 - 8) Monitor kondisi kulit saat mandi
 - 9) Monitor fungsi kemampuan saat mandi
- b. Defisit perawatan diri : berpakaian

NOC

Perawatan diri : berpakaian/ berdandan

Kriteria hasil :

Memilih pakaian, mengambil pakaian dari lemari, mengambil pakaian dari lemari dinding, memakai pakaian bagian atas, memakai pakaian bagian bawah, mengancingkan baju, menggunakan ikat pinggang, menutup resleting, memakai kaos kaki, memakai sepatu, memasang tali sepatu, membuka baju bagian atas, dan membuka baju bagian bawah

NIC

Berpakaian

Definisi : memilih, memakaikan, dan melepaskan pakaian seseorang yang tidak bisa melakukan sendiri

Aktivitas-aktivitas :

- 1) Identifikasi area dimana pasien membutuhkan bantuan dalam berpakaian
- 2) Monitor kemampuan pasien untuk berpakaian sendiri
- 3) Pakaikan pasien setelah membersihkan diri diselesaikan
- 4) Dukung pasien untuk berpartisipasi dalam pemilihan pakaian
- 5) Dukung penggunaan perangkat perawatan diri dengan tepat
- 6) Pakaikan pakaian yang tidak ketat, dengan tepat
- 7) Ganti pakaian pasien pada saat waktu tidur
- 8) Tawari untuk mencuci pakaian, bila perlu
- 9) Berikan bantuan sampai pasien sepenuhnya mampu memikul tanggung jawab untuk berpakaian sendiri

c. Defisit perawatan diri : makan/minum

NOC

Perawatan diri : makan

Kriteria hasil :

Menyiapkan makanan yang akan disantap, membuka tutup makanan, menggunakan alat makan, menaruh makanan pada alat makan, mengambil cangkir atau gelas, memasukkan makanan ke mulut dengan jari, memasukkan makanan ke mulut dengan sendok, memasukkan makanan ke mulut dengan peralatan (makan), minum dengan gelas atau cangkir, menaruh makanan di mulut, memanipulasi makanan di mulut, mengunyah makanan, menelan makanan, menelan minuman dan menghabiskan makanan

NIC

Bantuan perawatan diri: pemberian makan

Definisi : membantu seseorang untuk makan

Aktivitas-aktivitas :

- 1) Monitor kemampuan pasien untuk menelan
- 2) Identifikasi diet yang disarankan
- 3) Atur meja dan nampan makanan agar terlihat menarik
- 4) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama waktu makan
- 5) Pastikan posisi pasien yang tepat untuk memfasilitasi mengunyah dan menelan.
- 6) Berikan bantuan fisik, sesuai kebutuhan

- 7) Berikan penurunan nyeri yang cukup sebelum makan, dengan tepat
- 8) Berikan kebersihan mulut sebelum makan
- 9) Makanan disajikan dengan tepat dalam nampan sesuai kebutuhan, misalnya daging yang sudah dipotong atau telur yang telah dikupas
- 10) Buka bungkus makanan
- 11) Jangan meletakkan makanan pada sisi dimana pandangan seseorang tidak dapat melihat
- 12) Gambarkan lokasi dari makanan yang ada di nampan untuk seseorang yang memiliki gangguan penglihatan
- 13) Posisikan pasien dalam posisi makan yang nyaman
- 14) Berikan pengalas makanan
- 15) Berikan sedotan minuman, sesuai kebutuhan atau sesuai keinginan
- 16) Berikan makanan dengan suhu yang paling sesuai
- 17) Sediakan makanan dan minuman yang disukai, dengan tepat
- 18) Monitor berat badan pasien dengan tepat
- 19) Monitor status hidrasi pasien dengan tepat
- 20) Dukung pasien untuk makan di ruang makan, jika tersedia
- 21) Sediakan interaksi sosial dengan tepat
- 22) Berikan alat-alat yang bisa memfasilitasi pasien untuk makan sendiri
- 23) Gunakan cangkir dengan pegangan yang besar, jika diperlukan

24) Gunakan alat makan dan gelas yang tidak mudah pecah dan tidak berat, sesuai kebutuhan

25) Berikan penanda sesering mungkin dengan pengawasan ketat, dengan tepat

d. Defisit perawatan diri : eliminasi

NOC

Perawatan diri : eliminasi

Kriteria hasil :

- 1) Merespon saat kandung kemih penuh dengan tepat waktu
- 2) Menanggapi dorongan untuk buang air besar secara tepat waktu
- 3) Masuk dan keluar dari kamar mandi
- 4) Membuka pakaian
- 5) Memosisikan diri di toilet atau alat bantu eliminasi
- 6) Sampai ke toilet antara dorongan atau hampir keluarnya urin
- 7) Sampai ke toilet antara dorongan sampai keluarnya feses
- 8) Mengosongkan kandung kemih
- 9) Mengosongkan usus
- 10) Mengelap sendiri setelah buang urin
- 11) Mengelap sendiri setelah buang air besar
- 12) Berdiri setelah eliminasi atau berdiri dari kursi bantu untuk eliminasi
- 13) Merapikan pakaian setelah ke kamar mandi

NIC

Bantuan perawatan diri : eliminasi

Definisi : membantu dalam eliminasi

Aktivitas-aktivitas :

- 1) Pertimbangkan budaya pasien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri
- 2) Pertimbangkan usia pasien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri
- 3) Lepaskan baju yang diperlukan sehingga bisa melakukan eliminasi
- 4) Bantu pasien ke toilet atau tempat lain untuk eliminasi pada interval waktu tertentu
- 5) Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi
- 6) Beri privasi selama eliminasi
- 7) Fasilitasi kebersihan toilet setelah menyelesaikan eliminasi
- 8) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi
- 9) Siram toilet/berdihkan alat-alat untuk eliminasi (kursi toilet/commode, pispot)
- 10) Buatlah jadwal aktivitas terkait eliminasi, dengan tepat
- 11) Instruksikan pasien atau yang lain dalam rutinitas toilet
- 12) Buatlah kegiatan eliminasi, dengan tepat dan sesuai kebutuhan
- 13) Sediakan alat bantu (misalnya, kateter eksternal atau urinal), dengan tepat
- 14) Monitor integritas kulit pasien

Manajemen lingkungan

Aktivitas-aktivitas :

- 1) Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien
- 2) Lindungi pasien dengan pegangan pada sisi/ bantalan disisi ruangan yang sesuai
- 3) Dampingi pasien selama tidak ada perawatan bangsal
- 4) Sediakan tempat tidur dengan ketinggian yang rendah
- 5) Letakkan benda yang sering digunakan dalam jangkauan pasien
- 6) Sediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman
- 7) Sediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik
- 8) Singkirkan bahan-bahan yang dipergunakan selama penggantian pakaian dan eliminasi, serta bau apapun yang tersisa sebelum kunjungan dan waktu makan

4. Tindakan keperawatan pada pasien

Menurut Dermawan (2013), penatalaksanaan defisit perawatan diri dapat dilakukan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan tersebut adalah :

SP 1 pasien :

- a. Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK.
- b. Jelaskan pentingnya kebersihan diri.
- c. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri.
- d. Latih cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku.

- e. Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu).

SP 2 pasien :

- a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian.
- b. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan.
- c. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk perempuan; sisiran, cukuran untuk pria.
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan.

SP 3 pasien :

- a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.
- b. Jelaskan cara dan alat makan dan minum.
- c. Latih cara dan alat makan dan minum.
- d. Latih cara makan dan minum yang baik.
- e. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum yang baik.

SP 4 pasien :

- a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian.
- b. Jelaskan cara buang air besar dan buang air kecil yang baik.
- c. Latih buang air besar dan buang air kecil yang baik.

d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta buang air besar dan buang air kecil.

5. Implementasi

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien didokumentasikan (Prabowo, 2014).

6. Evaluasi

Menurut Direja (2011), evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu: Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai berikut :

- a. S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat di ukur dengan menanyakan kepada pasien langsung.
- b. O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.

- c. A : Analisis ulang atas data subjektif data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada .
- d. P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon pasien yang terdiri dari tindakan lanjut pasien dan tindakan lanjut oleh perawat.

Rencana tindakan lanjut dapat berupa:

- a. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan
- c. Rencanakan dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan
- d. Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

Pasien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar dapat melihat perubahan berusaha mempertahankan dan memelihara. Pada evaluasi sangat diperlukan reinforment untuk menguatkan perubahan yang positif. Pasien dan keluarga juga dimotivasi untuk melakukan self-reinforcement (Prabowo, 2014).

7. Dokumentasi

Dokumentasi implementasi dan evaluasi tindakan keperawatan hendaknya tidak dianggap hal yang sepele oleh perawat maupun peserta

didik keperawatan, dan hal ini dianjurkan menggunakan formulir yang sama seperti dokumentasi proses keperawatan di unit rawat jalan. Gawat darurat, rehabilitasi (Direja, 2011).

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan setiap tahap proses keperawatan, karenanya dokumentasi asuhan dalam keperawatan jiwa berupa dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Dermawan, 2013).

C. Konsep Dasar Tentang *Personal Hygiene*

1. Pengertian

Hygiene adalah ilmu kesehatan. Cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka disebut *hygiene* perorangan. Cara perawatan diri menjadi rumit dikarenakan kondisi fisik atau keadaan emosional klien (Potter & Perry, 2006).

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yang berarti *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Direja, 2011).

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan manusia dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien bisa dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri (Direja, 2011).

2. Tujuan Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene*

Menurut Isro'in (2012) tujuan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* yaitu:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang.
- b. Memelihara kebersihan diri seseorang.
- c. Memperbaiki *personal hygiene*.
- d. Pencegahan penyakit.
- e. Meningkatkan percaya diri seseorang.
- f. Menciptakan keindahan.

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Personal Hygiene*

Menurut Isro'in (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* yaitu :

- a. Praktik sosial

Manusia merupakan makhluk sosial dan karenanya berada dalam kelompok sosial. Kondisi ini akan memungkinkan seseorang untuk berhubungan, berinteraksi dan bersosialisasi satu dengan yang lainnya. *Personal hygiene* atau kebersihan diri seseorang sangat praktik sosial seseorang. Selama masa anakanak, kebiasaan keluarga mempengaruhi praktik *hygiene*, misalnya frekuensi mandi, waktu mandi, dan jenis *hygiene* mulut. Pada masa remaja, *hygiene* pribadi dipengaruhi oleh kelompok teman sebaya. Remaja wanita misalnya, mulai tertarik dengan penampilan pribadi dan mulai memakai riasan wajah. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk harapan tentang penampilan pribadi. Sedangkan pada lansia akan

terjadi beberapa perubahan dalam praktik *hygiene* karena perubahan dalam kondisi fisiknya.

b. Pilihan pribadi

Setiap klien memiliki keinginan dan pilihan tersendiri dalam praktik *personal hygiene*, (misalnya. Kapan dia harus mandi, bercukur, melakukan perawatan rambut), termasuk memilih produk yang digunakan dalam praktik *hygiene*, (misalnya. sabun, sampo deodoran, dan pasta gigi) menurut pilihan dan kebutuhan pribadinya. Pilihan-pilihan tersebut setidaknya harus membantu perawat dalam mengembangkan rencana keperawatan yang lebih kepada individu. Perawat tidak mencoba mengubah pilihan klien kecuali hal itu akan mempengaruhi kesehatan klien.

c. Citra tubuh

Citra tubuh adalah cara pandang seseorang terhadap bentuk tubuhnya, citra tubuh sangat mempengaruhi praktik *hygiene* seseorang. Ketika seorang perawat dihadapkan kepada klien yang tampak berantakan, tidak rapi, atau tidak peduli dengan *hygiene* dirinya, maka dibutuhkan edukasi tentang pentingnya *hygiene* untuk kesehatan, selain itu juga dibutuhkan kepekaan perawat untuk melihat kenapa hal ini bias terjadi, apakah memang kurang/ ketidaktahuan klien akan *hygiene* perorangan atau ketidakmauan klien dalam menjalankan praktik *hygiene* dirinya, hal ini bisa dilihat dari partisipasi klien dalam *hygiene* sehariannya.

d. Status sosial ekonomi

Status ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik *hygiene* perorangan. Sosial ekonomi yang rendah memungkinkan *hygiene* perorangan yang rendah pula. Perawat dalam hal ini harus bisa menentukan apakah klien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting dalam praktik *hygiene* seperti, sabun sampo, sikat gigi dan pasta gigi.

e. Pengetahuan dan motivasi

Pengetahuan tentang *hygiene* akan mempengaruhi praktik *hygiene* perorangan. Namun, hal ini saja tidak cukup, karena motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan *hygiene* tersebut. Permasalahan yang sering terjadi adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan. Sebagai seorang perawat yang bisa dilakukan dalam hal ini adalah mendiskusikannya dengan klien, memeriksa kebutuhan praktik *hygiene* klien dan memberikan informasi yang tepat dan adekuat kepada klien, tetapi bagaimanapun juga kembalinya adalah klien, bahwa klienlah yang berperan penting dalam menentukan kesehatan dirinya.

f. Variabel budaya

Kepercayaan budaya dan nilai pribadi klien akan mempengaruhi perawatan *hygiene* seseorang. Berbagai budaya memiliki praktik *hygiene* yang berbeda. Di Asia kebersihan dipandang penting bagi kesehatan sehingga mandi bisa dilakukan 2-3 kali dalam sehari, sedangkan di Eropa memungkinkan. Beberapa budaya

memungkinkan juga menganggap bahwa kesehatan dan kebersihan tidaklah penting. Dalam hal ini sebagai seorang perawat jangan menyatakan ketidaksetujuan jika klien memiliki praktik *hygiene* yang berbeda dari nilai-nilai perawat, tetapi diskusikanlah nilai-nilai standar kebersihan yang bisa dijalankan oleh klien.

g. Kondisi fisik

Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan *hygiene*. Contohnya pada klien yang terpasang traksi tau gips, atau terpasang infus intravena. Penyakit dengan rasa nyeri membatasi ketangkasan dan rentang gerak. Klien di bawah efek sedasi tidak memiliki koordinasi mental untuk melakukan perawatan diri. Penyakit kronis (jantung, kanker, neurologis, psikiatrik) sering melelahkan klien. Genggaman yang melemah akibat arthritis, stroke, atau kelainan otot menghambat klien dalam pelaksanaan *hygiene* seperti menggunakan sikat gigi, memakai handuk, dan menyisir. Kondisi yang lebih serius akan menjadikan klien tidak mampu dan akan memerlukan kehadiran perawat untuk melakukan perawatan *hygiene* total.

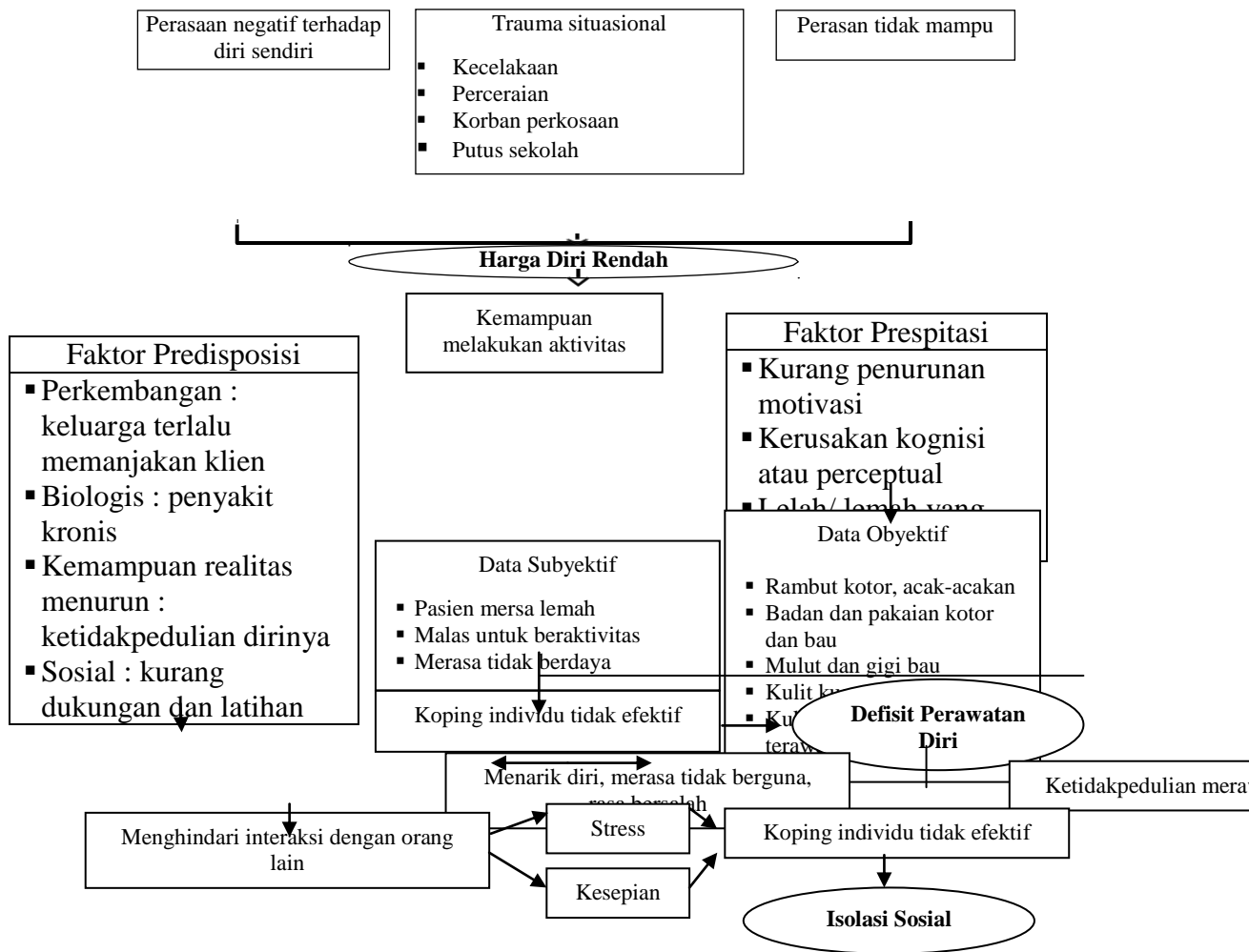
4. Rentang Respon

Menurut Dermawan (2013), adapun rentang respon *personal hygiene* sebagai berikut :

d. Kurang perawatan diri : toileting

Kurang perawatan diri (toileting) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan.

6. Psikodinamika Terjadinya Masalah Dalam Pemenuhan *Personal Hygiene*



Gambar 2.2 Proses terjadinya masalah dalam pemenuhan *personal hygiene* (Dermawan, 2013)

7. Tanda dan Gejala Dalam Pemenuhan *Personal Hygiene*

Menurut Depkes (2000, dalam Dermawan, 2013) tanda dan gejala dalam pemenuhan *personal hygiene* adalah :

- a. Fisik
 - 1) Badan bau, pakaian kotor.
 - 2) Rambut dan kulit kotor.
 - 3) Kuku panjang dan kotor.
 - 4) Gigi kotor disertai mulut bau.
 - 5) Penampilan tidak rapi.
- b. Psikologis
 - 1) Malas, tidak ada inisiatif.
 - 2) Menarik diri, isolasi diri.
 - 3) Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.
- c. Sosial
 - 1) Interaksi kurang.
 - 2) Kegiatan kurang.
 - 3) Tidak mampu berperilaku sesuai norma.
 - 4) Cara makan tidak teratur, BAK dan BAB di sembarangan tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri

Data yang biasa ditemukan dalam pemenuhan *personal hygiene* adalah :

- a. Data subyektif
 - 1) Pasien merasa lemah.
 - 2) Malas untuk beraktivitas.
 - 3) Merasa tidak berdaya.
- b. Data obyektif
 - 1) Rambut kotor, acak-acakan.

- 2) Bdan dan pakaian kotor dan bau.
- 3) Mulut dan gigi bau.
- 4) Kulit kusam dan kotor.
- 5) Kuku panjang dan tidak terawat.

8. Dampak Pemenuhan *Personal Hygiene*

Menurut Dermawan (2013) dampak yang sering timbul pada masalah *personal hygiene* ialah :

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 mencinti, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

9. Mekanisme Koping

Mekanisme koping pada pasien dalam pemenuhan *personal hygiene* adalah sebagai berikut:

- a. Regresi, menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali, seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan

dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengurangi ansietas (Dermawan, 2013).

- b. Penyangkalan (*Denial*), melindungi diri terhadap kenyataan yang tak menyenangkan dengan menolak menghadapi hal itu, yang sering dilakukan dengan cara melarikan diri seperti menjadi “sakit” atau kesibukan lain serta tidak berani melihat dan mengakui kenyataan yang menakutkan (Yusuf dkk, 2015).
- c. Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stresor, misalnya: menjauhi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain. Reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan (Dermawan, 2013).
- d. Intelektualisasi, suatu bentuk penyekatan emosional karena beban emosi dalam suatu keadaan yang menyakitkan, diputuskan, atau diubah (distorsi) misalnya rasa sedih karena kematian orang dekat, maka mengatakan “sudah nasibnya” atau “sekarang ia sudah tidak menderita lagi” (Yusuf dkk, 2015)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

Desain studi kasus yang digunakan adalah deskriptif yang bertujuan untuk menerangkan atau menggambarkan masalah penelitian yang terjadi (Hidayat, 2012). Studi kasus ini ditujukan untuk membuat gambaran tentang studi keadaan secara objektif dan menganalisa lebih mendalam tentang asuhan keperawatan pada pasien *skizofrenia* dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2018.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus ini mengambil subjek satu partisipan yaitu partisipan yang terdiagnosa *skizofrenia* yang mengalami masalah dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

1. Kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2015).

Kriteria Inklusi :

- a. Pasien bersedia menjadi responden
- b. Pasien *skizofrenia* dengan masalah pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*
- c. Pasien *skizofrenia* yang sudah kooperatif dan sudah bisa berkomunikasi verbal dengan cukup baik

- d. Pasien *skizofrenia* dengan masalah pemenuhan *kebutuhan personal hygiene* yang berada di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara
2. Kriteria eksklusi yaitu menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2015). Kriteria eksklusi : Pasien yang mengalami cacat fisik yang dapat mengganggu proses studi kasus.

C. Fokus Studi Kasus

1. Gangguan kebutuhan *personal hygiene* pada pasien *skizofrenia*
2. Penerapan strategi pelaksanaan pada pasien *skizofrenia*

D. Definisi Operasional Fokus Studi

1. Asuhan keperawatan
Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan standar model pendekatan asuhan keperawatan untuk klien dengan *skizofrenia* yang mengalami masalah dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.
2. Pasien *skizofrenia* adalah suatu penyakit gangguan mental kronis yang menyebabkan penderitanya mengalami delusi, halusinasi, pikiran kacau, dan perubahan perilaku. Kondisi yang biasanya berlangsung lama ini sering diartikan sebagai gangguan mental mengingat sulitnya penderita membedakan antara kenyataan dengan pikiran sendiri

3. Kebutuhan *personal hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan diri yang meliputi mandi, berpakaian, makan/ minum dan eliminasi BAB/BAK.

E. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

1. Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini telah dilaksanakan di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara.

2. Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini telah dilaksanakan pada tanggal 6 Juni 2018 s/d 19 Juni 2018.

F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama yaitu dengan menggunakan teknik observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak (Sugiyono, 2014).

1. Observasi

Dalam observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien seperti keadaan umum pasien, ekspresi pasien saat berkomunikasi dan kegiatan pasien di ruangan.

2. Wawancara

Peneliti melakukan wawancara dengan partisipan menggunakan format pengkajian yang telah disediakan mulai dari pengkajian identitas sampai kepada aspek medik.

3. Dokumentasi

Peneliti melakukan pendokumentasian tindakan yang telah dilakukan.

G. Instrumen Studi Kasus

Instrumen studi kasus atau disebut alat pengumpulan data. Dalam pembuatannya mengacu pada variabel penelitian, definisi operasional dan skala pengukuran data yang dipilih (Suyanto, 2011).

Instrumen yang digunakan dalam studi kasus ini adalah format asuhan keperawatan, format skrining dan alat-alat pemeriksaan fisik. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, observasi langsung, dan studi dokumentasi, serta melampirkan satuan acara penyuluhan tentang gangguan kebutuhan *personal hygiene*

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, genogram, psikososial, status mental, dan aspek medik.
2. Format diagnosa keperawatan masalah dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* .
3. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: diagnosa keperawatan, intervensi.

4. Format implementasi keperawatan terdiri dari: hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
5. Format evaluasi keperawatan terdiri dari: hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan

H. Analisa Data dan Penyajian Data

Data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan dengan cara dinarasikan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan teori dan penelitian terdahulu (Nursalam, 2015).

I. Etika Studi Kasus

Sebelum melaksanakan studi kasus, peneliti memandang perlu adanya rekomendasi pihak institusi pendidikan atau pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat pelaksanaan studi kasus, dalam hal ini Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. Setelah mendapat persetujuan, studi kasus dapat dilakukan dengan menekankan masalah etika studi kasus yang meliputi :

1. *Informed Consent* (Lembar persetujuan responden)

Informed Consent diberikan kepada petugas ruangan sebelum meminta persetujuan responden dengan tujuan supaya subyek

mengetahui maksud dan tujuan serta dampak pengumpulan data, jika subyek bersedia diteliti maka subyek harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika subyek tidak bersedia diteliti maka peneliti harus tetap menghormati hak klien.

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan subyek maka tidak dicantumkan identitas dari subyek dengan tidak mencantumkan nama dalam lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan pada hasil penelitian.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara adalah Rumah Sakit Jiwa Khusus Tipe B, milik Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara, terletak diatas tanah seluas 14.000 m² dengan bangunan yang didirikan dan digunakan untuk operasional pelayanan sampai saat ini seluas 5.992 m², berada di Jalan Dr. Sutomo No. 29 Kendari dengan kapasitas 205 tempat tidur. Wilayah jangkauan pelayanan rumah sakit meliputi 12 Kabupaten/ Kota Provinsi Sulawesi Tenggara.

Dalam sejarah perkembangannya Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara pada awal berdirinya merupakan rumah sakit khusus tipe B Non Pendidikan milik pemerintah pusat, dengan semangat otonomi daerah tahun 2001 Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara menjadi milik Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara dipimpin oleh Kepala Rumah Sakit eselon IIIa.

Seiring dengan tuntutan kebutuhan kelembagaan dan semangat peningkatan pelayanan kepada masyarakat khususnya masyarakat Sulawesi Tenggara, pada tahun 2012 Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara dinaikkan eselonnya menjadi eselon IIIb, sesuai dengan Peraturan Gubernur No. 22 Tahun 2012. Meskipun tipe rumah sakit belum berubah namun dengan kerja keras dalam pemerintahan lima tahun kedepan akan menjadi rumah sakit khusus tipe B Pendidikan.

1. Visi

Visi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara ditetapkan dengan memperhatikan visi kepala daerah dan wakil kepala daerah yang ditetapkan sebagai visi pembangunan Provinsi Sulawesi Tenggara sebagaimana terdapat dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2014-2018, yaitu : “Menjadi Rumah Sakit Jiwa Rujukan dan Pendidikan dengan Pelayanan Paripurna Tahun 2018”.

2. Misi

Misi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara adalah :

- a. Meningkatkan kualitas sumber daya rumah sakit yang mendukung upaya peningkatan kualitas pendidikan dan pelayanan kesehatan paripurna kepada masyarakat.
- b. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada lapisan masyarakat secara cepat, tepat, nyaman dan terjangkau dengan dilandasi etika profesi.
- c. Mewujudkan pelayanan yang pro aktif dan perluasan jangkauan pelayanan kepada masyarakat.

3. Sasaran

Berkembangnya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara sebagai rumah sakit pendidikan yang berkualitas dan pelayanan paripurna. Sasaran pelayanan Rumah Sakit Jiwa sampai dengan akhir tahun 2018, sebagai berikut :

- a. Terselenggaranya kerjasama dengan instansi pendidikan kedokteran dan kesehatan lainnya.
 - b. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM (sesuai dengan standar rumah sakit kelas B Pendidikan).
 - c. Meningkatkan pemanfaatan rumah sakit oleh masyarakat potensial :
 - 1) Pelayanan kesehatan kolaborasi, psikiatri, psikologi dan nutrisisionis.
 - 2) Terlaksananya penanganan pasienn rawat jalan oleh dokter spesialis lainnya.
 - d. Meningkatnya jumlah kunjungan pengguna jasa rumah sakit
 - e. Bertambahnya jenis layanan.
 - f. Meningkatnya rasio efektifitas pendapatan.
 - g. Terwujudnya efisiensi belanja.
 - h. Tercapainya standar pelayanan minimal (SPM) rumah sakit.
4. Jenis Pelayanan
- a. Pelayanan intramural
 - 1) IGD psikiatrik
 - 2) Rawat inap
 - 3) Pelayanan geriatri
 - 4) Pelayanan anak dan remaja
 - 5) Pelayanan konsultasi psikologi
 - 6) Pelayanan poliklinik umum
 - 7) Farmasi klinik
 - 8) Radiologi

- 9) Gizi
- 10) Labolatorium
- 11) Rehab medik/ fisioterapi
- b. Pelayanan ektramural
 - 1) Integrasi kesehatan jiwa
 - 2) *Home visite/ job visite*
 - 3) Drouping

B. Hasil Studi Kasus

Penelitian ini telah dilaksanakan dari tanggal 6 Juni 2018 s/d 19 Juni 2018 di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara.

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Inisial	: Ny. H	Tgl. Pengk.	: 9 Juni 2018
Umur	: 30 Th	No. RM	: 02.34.38
Alamat	: Buton	Pendidikan	: SMA
Agama	: Islam	Pekerjaan	: IRT
Status	: Sudah Kawin	Sumber Data	: Primer

b. Alasan Masuk

1) Data Pada saat masuk RS

Klien masuk Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara pada tanggal 2 Februari 2018 melalui IGD karena klien mengamuk di rumah, memecah kaca, melempar

mobil, marah-marah tanpa sebab, emosi labil, bicara-bicara sendiri, baju berlapis-lapis, bau dan kumal.

2) Data pada saat dikaji pada tanggal 9 Juni 2018

Klien mengatakan ada suara-suara yang menyuruhnya untuk tidak melakukan aktivitas, merasa tidak mampu melakukan aktivitas. Klien tampak mondar-mandir dan bicara sendiri, menundukkan kepala. Klien mengeluh kulitnya gatal-gatal, tampak menggaruk-garuk tubuhnya. pakaian tidak rapi, rambut berantakan.

Masalah Keperawatan :

Halusinasi pendengaran, defisit perawatan diri

c. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

Ya Tidak

Masalah Keperawatan : Tidak Ada

d. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda vital TD: 130/70 mmHg N:89 x/m S:36⁰c P: 19 x/m

2) Ukur TB: 158 cm BB: 60

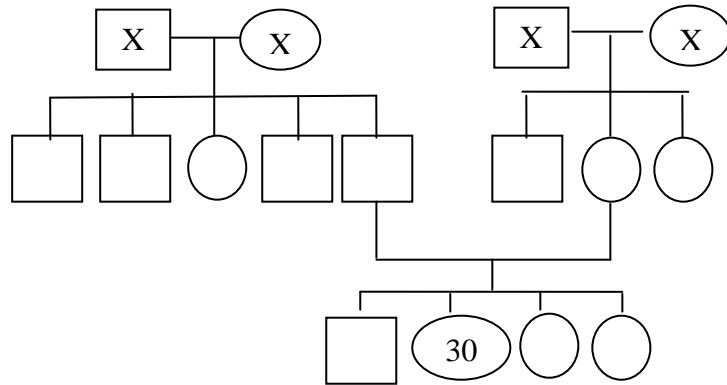
3) Keluhan fisik Ya Tidak

Jelaskan : Klien mengeluh kulitnya gatal-gatal, tampak menggaruk-garuk tubuhnya

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri

e. Keluarga

1) Genogram (Tiga Generasi)



Penjelasan Gambar Genogram : Klien merupakan anak ke 2 dari 4 bersaudara dan mengatakan dirinya sudah menikah. Klien mengatakan tinggal bersama suaminya. Didalam keluarga yang sering mengambil keputusan adalah suaminya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada

f. Psikososial

1) Konsep Diri

- a) Citra tubuh : Klien mengatakan tidak ada anggota tubuh yang klien tidak sukai
- b) Identitas : Klien menyadari seorang perempuan berumur 30 tahun
- c) Peran diri : Klien berperan sebagai IRT dalam keluarganya
- d) Ideal diri : Klien ingin sembuh dan pulang kerumah sendiri

e) Harga diri :

Klien mengatakan malu dengan kondisinya sekarang

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

2) Hubungan Sosial

a) Orang yang berarti : Klien mengatakan suami.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:

Klien mengatakan tidak memiliki peran di dalam masyarakat

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

Klien mengatakan tidak ada orang-orang yang mau menerima keberadaannya

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

g. Status Mental

1) Penampilan

Pada saat dilakukan pengkajian klien tampak berpenampilan tidak rapi, kuku panjang dan kotor, badan bau dan mulut bau, tampak menggaruk-garuk tubuhnya

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri

2) Pembicaraan

Pada saat wawancara klien cukup kooperatif namun tidak mampu memulai pembicaraan. Nada bicara lambat dan pelan. Tampak jarang berbicara dengan pasien lain.

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah

3) Aktivitas motorik

Klien tampak tegang, jalan mondar-mandir dan sering berdiam diri di tempat tidurnya

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah

4) Alam perasaan

Klien mengatakan perasaannya biasa-biasa saja, tidak ada yang perlu dikhawatirkan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

5) Afek

Pada saat dilakukan wawancara klien afeknya labil, kadang tampak tenang

Masalah Keperawatan : Tidak ada

6) Interaksi selama wawancara

Selama poses interaksi klien menjawab pertanyaan dengan suara yang pelan serta kontak mata yang kurang. Namun klien tidak menunjukkan sikap tidak percaya pada orang

Masalah Keperawatan : Tidak ada

7) Persepsi

Klien bingung, bicara tidak jelas (ngawur), bicara-bicara sendiri, mondar-mandir di ruangan. Saat ditanya halusinasinya klien mengatakan mendengar suara-suara.

Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran

8) Proses pikir

Ketika dilakukan wawancara klien menjawab pertanyaan dengan berbelit-belit tapi bisa sampai pada tujuan pembicaraan

Masalah Keperawatan : Tidak ada

9) Isi pikir

Klien terus bertanya kapan pulang, klien juga terus mengatakan ia ingin bekerja dan memiliki banyak uang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

10) Tingkat kesadaran

Klien mengetahui nama, tempat dan waktu pada saat dilakukan wawancara, namun sesekali tampak bingung dengan pertanyaan yang baru pertama kali didengarnya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

11) Memori

Pengkajian memori, klien mengatakan tidak mampu menceritakan tentang pengalaman-pengalaman masa lalunya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada saat dilakukan wawancara klien tidak mampu berkonsentrasi, asik dengan kesibukannya dan cenderung meninggalkan perawat saat berinteraksi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

13) Kemampuan penilaian

Klien mampu memilih salah satu dari dua pilihan yang diajukan.

Klien memilih untuk keluar dari proses bercakap-cakap.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

14) Daya tilik diri

Klien mengatakan menerima bahwa dirinya sedang sakit dan butuh perawatan

Masalah Keperawatan : Tidak ada

h. Kebutuhan Pasien Pulang

1) Makan

Klien makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk dan sayuran dan ada pantangan atau alergi yaitu ikan tongkol dan kacang tanah/kedelai.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

2) BAB/BAK

Klien BAB/BAK secara mandiri pada tempatnya dan membersihkan kamar mandi (wc) setelah menggunakannya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

3) Mandi

Klien mandi 2x sehari dan harus disuruh petugas, sikat gigi kadang ada kadang tidak.

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri

4) Berpakaian/Berhias

Klien sudah bisa berpakaian dengan benar tapi mengganti pakaian harus disuruh petugas. Tidak bisa berhias sendiri.

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri

5) Istirahat/tidur

Klien tidur siang selama 1-2 jam sehari, pada malam hari Ny. H tidur dengan cukup.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

6) Penggunaan obat

Klien minum obat 3 kali sehari dengan bantuan minimal.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

7) Pemeliharaan kesehatan

Klien tidak pernah melakukan pengobatan baik di puskesmas maupun rumah sakit sebelumnya. Sekarang klien mengatakan akan minum obat secara teratur karena ingin sembuh

Masalah Keperawatan : Tidak ada

8) Kegiatan didalam rumah

Klien mandiri dirumah tanpa bantuan orang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

9) Kegiatan/aktivitas di luar rumah

Klien tidak memiliki pekerjaan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

i. Mekanisme Koping

1) Koping adaptif

Klien mengatakan tidak terbuka dengan masalah yang dimilikinya kepada orang lain.

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

2) Koping maldaptif

Klien lebih sering menghindari petugas dan memilih tidur di kamar.

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan tidak didukung oleh kelompok

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan tidak ada lingkungan yang menerima keberadaan klien.

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

3) Masalah dengan pendidikan

Klien tidak menamatkan pendidikan SMA

Masalah Keperawatan : Tidak ada

4) Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

5) Masalah dengan perumahan

Klien tinggal bersama suami.

Masalah Keperawatan : Tidak ada

6) Masalah ekonomi

Klien tidak memiliki pekerjaan

Masalah Keperawatan : Tidak ada

7) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien tidak mampu berobat sendiri.

Masalah Keperawatan : Gangguan pemeliharaan kesehatan

k. Pengetahuan

Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya tetapi dia berharap dapat sembuh dari proses pengobatannya dan dapat mencari pekerjaan.

Masalah Keperawatan : Kurang pengetahuan

l. Aspek Medik

Diagnosa Medik : klien didiagnosa *skizofrenia*

Terapi Medik : Risperidon 2mg dengan dosis pemberian 2x1 mg secara oral, Lorazepam 2mg dengan dosis pemberian 1x2 mg secara oral, dan Ketokonazole 200mg dengan dosis pemberian 1x200 mg secara oral

Daftar Masalah

- a. Defisit perawatan diri
- b. Harga diri rendah
- c. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

- d. Isolasi social
- e. Gangguan pemeliharaan kesehatan
- f. Kurang pengetahuan

Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS : - Klien mengatakan ada suara-suara yang menyuruhnya untuk tidak melakukan aktivitas. - Klien merasa tidak mampu melakukan aktivitas DO : - Klien tampak bicara-bicara sendiri. - Klien tampak mondar-mandir di ruangan. - Klien tampak bingung dan bicara tidak jelas (ngawur).	Gangguan persepsi sensori : halusinasi
2	DS : - Klien mengatakan tidak ada lingkungan yang menerima keberadaan klien - Klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas DO : - Klien tampak bicara-bicara sendiri. - Klien tampak mondar-mandir di ruangan. - Klien tampak bingung dan bicara tidak jelas (ngawur)..	Harga diri rendah

3	DS : - Klien mengatakan tidak bisa bersisir sendiri - Klien mengatakan gatal-gatal di seluruh tubuhnya DO : - Nampak pakaian tidak rapi dan mulut bau, - Tampak menggaruk-garuk tubuhnya. - Rambut berantakan	Defisit perawatan diri: Mandi dan berhias
---	---	--

2. Diagnosa Keperawatan Prioritas

- a. Defisit perawatan diri
- b. Harga diri rendah
- c. Gangguan persepsi sensori : halusinasi

3. Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan prioritas yang diambil adalah defisit perawatan diri. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien yaitu sebagai berikut :

- a. Mengajarkan pasien tentang membersihkan diri dengan cara mandi dengan benar
- b. Mengajarkan pasien cara berhias dan berdandan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh peneliti sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dengan membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien.

Implementasi pada diagnosa keperawatan defisit perawatan diri dilakukan dari tanggal 11 Juni – 14 Juni 2018.

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Melatih klien tentang membersihkan diri dengan cara mandi dengan benar.
- c. Melatih pasien cara berhias dan berdandan.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi defisit perawatan diri pada hari terakhir tanggal 14 Juni 2018 didapatkan, klien telah mampu untuk melakukan kegiatan kebersihan diri yaitu mandi dan gosok gigi tapi belum mandiri. Peneliti sudah menyampaikan kepada perawat ruangan agar mengoptimalkan kemampuan mandi klien, telah mampu memakai baju sendiri tetapi masih belum bisa berhias sendiri,

C. Pembahasan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan jiwa yang di lakukan pada pasien Ny. H dengan masalah defisit perawatan diri yang dilakukan sejak tanggal 6 Juni 2018 s/d 19 Juni 2018 di ruangan Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara.

a. Pengkajian Keperawatan

1) Keluhan utama

Penelitian yang dilakukan pada Ny. H ditemukan data masuk karena klien mengamuk, memecah kaca, melempar mobil, marah-marah tanpa sebab, emosi labil, bicara- bicara sendiri, baju berlapis-lapis, bau dan kumal.

Hal ini sesuai dengan teori Dermawan (2013), menjelaskan bahwa keadaan fisik pasien yaitu badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor/kumal, penampilan tidak rapi, rambut berantakan. Keadaan psikologis dan sosial klien yaitu klien malas, menarik diri, isolasi diri, interaksi kurang, kegiatan kurang dan tidak mampu berperilaku sesuai norma. Disini pasien malu, tidak memiliki kemampuan, penampilan tidak rapi, tatapan tajam dan sering mengepalkan tangan, terdapat gangguan integritas kulit, malas, kegiatan kurang dan tidak sopan.

Asumsi peneliti tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang di temukan dilapangan. Disini sudah didapatkan kesesuaian antara kasus dengan konsep teori bahwa tanda dan gejala yang muncul atau yang dialami oleh Ny. H terdapat dalam teori.

2) Faktor Predisposisi

Penelitian yang dilakukan pada Ny. H didapatkan faktor predisposisi (sosial) yang memperberat terjadinya gangguan jiwa pada klien dimana tidak adanya dukungan keluarga serta lingkungan sekitar. Pada pasien gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri adanya factor predisposisi seperti faktor kemampuan realitas dan faktor sosial.

Hal ini sesuai dengan teori Dermawan (2013), mengatakan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri serta kurangnya dukungan dan latihan kemampuan

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

Asumsi peneliti tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus yang di temukan dilapangan. Responden memiliki faktor predisposisi. Penyebab gangguan jiwa pada Ny. H yaitu faktor social yang merupakan faktor yang memperberat gangguan jiwa pada klien terutama perawatan diri.

3) Hubungan Sosial

Penelitian yang dilakukan pada Ny. H mengatakan orang terdekat adalah suami, responden juga tidak memiliki peran dalam masyarakat, tidak ada orang-orang yang mau menerima keberadaannya. Gangguan pola hubungan sosial pada Ny. H tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Dermawan (2013), menyatakan hubungan pasien dengan orang lain sangat terganggu karena penampilan pasien yang kotor sehingga orang sekitar menghindari pasien. Adanya hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, serta hambatan minat berinteraksi dengan orang lain.

Asumsi peneliti menyatakan bahwa Ny. H terdapat gangguan pada hubungan social. Hal ini disebabkan tidak adanya dukungan baik dari keluarga maupun lingkungan.

4) Status Mental

Penelitian yang dilakukan terhadap Ny. H mengatakan perasaannya biasa-biasa saja, tidak ada yang perlu dikhawatirkan. Asumsi peneliti menyatakan bahwa hasil pengkajian alam perasaan

bertentangan dengan teori Dermawan (2013), yang menyatakan bahwa biasanya keadaan pasien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina.

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan jiwa pada Ny. H, ditemukan diagnosa defisit perawatan diri, harga diri rendah dan gangguan persepsi sensori : halusinasi. Teori Fitria (2012), menyatakan bahwa pohon masalah pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri yaitu harga diri rendah sebagai penyebab, defisit perawatan diri sebagai *coreproblem*, dan isolasi sosial sebagai akibat.

Prioritas diagnosa keperawatan pada Ny. H yaitu gangguan defisit perawatan diri. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa defisit perawatan diri yaitu pada Ny. H didapatkan data gigi tampak kuning, mulut bau, pakaian tidak rapi, terdapat penyakit kulit di seluruh tubuhnya, tampak menggaruk-garuk tubuhnya, rambut berantakan. Pernyataan dan keadaan pasien tersebut sesuai dengan teori menurut Dermawan (2013), dimana kuku klien kotor, gigi kotor disertai mulut bau, penampilan tidak rapi, badan bau dan pakaian kotor, rambut dan kulit kotor.

Asumsi peneliti adalah tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek tentang tanda dan gejala pasien yang yang peneliti temukan di lapangan.

c. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. H yaitu gangguan defisit perawatan diri, harga diri rendah dan halusinasi, perawat membuat rencana keperawatan yang terstandar dengan membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap pasien.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk diagnosa prioritas pertama defisit perawatan diri pada Ny. H yang dilakukan pada klien terdiri dari dua latihan yaitu pertama perawat melatih cara menjaga kebersihan diri : mandi, cuci rambut, kedua melatih cara berdandan : sisiran.

Penyusunan rencana keperawatan pada Ny. H telah sesuai dengan rencana teoritis menurut Dermawan (2013). Namun tetap disesuaikan kembali dengan kondisi pasien serta dievaluasi secara terus menerus sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai. Peneliti juga mengikuti langkah-langkah perencanaan yang telah disusun mulai dari menentukan prioritas masalah sampai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam memprioritaskan masalah dan perencanaan tindakan keperawatan.

Asumsi peneliti bahwa tidak terdapat perbedaan perencanaan tindakan keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan masalah yang dimiliki responden. Selalu memantau kondisi pasien serta dievaluasi secara terus menerus dapat mendukung keberhasilan

perkembangan pasien sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. H disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Hasil penelitian pada Ny. H dengan gangguan defisit perawatan diri sudah peneliti lakukan beberapa tindakan keperawatan diantaranya : pada hari Senin, 11 Juni 2018 dilaksanakan yang pertama membina hubungan saling percaya. Selanjutnya langsung menerapkan latihan 1 defisit perawatan diri dengan cara mengajarkan cara membersihkan diri dengan mandi. Pada hari Rabu, 13 Juni 2018 dilaksanakan latihan 2 defisit perawatan diri dengan mengajarkan cara berhias dan berdandan.

Pada Ny. H peneliti melakukan beberapa tindakan keperawatan diantaranya : pelaksanaan latihan 1 sampai 2 defisit perawatan diri. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*here and now*).

Peneliti menemukan kesulitan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yaitu strategi pelaksanaan defisit perawatan diri. Pasien sudah mampu menyebutkan kedua strategi pelaksanaan saat evaluasi subjektif, hanya saja pasien masih malas untuk melakukan apabila tidak ada kontak antara perawat dengan pasien secara berkesinambungan. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian dilakukan oleh Khaeriyah (2013)

mengenai kemampuan perawatan diri pada 50 orang klien defisit perawatan diri yang diberikan strategi pelaksanaan komunikasi defisit perawatan diri, didapatkan hasil bahwa ada perbedaan kemampuan perawatan diri *pre* dan *post* strategi pelaksanaan komunikasi defisit perawatan diri.

e. Evaluasi Keperawatan

Pada kasus penulis melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan dilakukan dari tanggal 11 Juni 2018 sampai 13 Juni 2018. Evaluasi yang peneliti lakukan pada Ny. H meliputi telah terjalinnya hubungan yang terapeutik dan saling percaya antara perawat dan klien ditandai dengan klien bersedia duduk berhadapan dengan peneliti dan mau berkenalan serta berjabat tangan dengan peneliti. Pada diagnosa keperawatan defisit perawatan diri, pasien menunjukkan perubahan yang cukup signifikan. Pasien sudah mampu melakukan kebersihan diri dan menunjukkan kemajuan. Pasien mengatakan merasa nyaman, pasien juga mampu memperagakan ulang cara yang dilatih dengan benar sehingga diharapkan kebersihan diri pasien dapat terjaga. Evaluasi akhir menurut peneliti setelah dilakukan tindakan strategi pelaksanaan pada Ny. H lebih lambat dalam menangkap atau merespon tindakan yang telah diajarkan hal ini didukung oleh persepsi Ny. H mengalami halusinasi.

Keadaan ini sesuai dengan teori Dermawan (2013), mengatakan bahwa persepsi biasanya terjadi pada pasien yang berhalusinasi seperti tentang ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan serta halusinasi perabaan yang membuat pasien tidak mau membersihkan diri dan pasien mengalami dipersonalisasi

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus dan pembahasan, maka dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada Ny. H ditemukan klien sering mondar-mandir, tampak bicara sendiri, klien mendengar suara-suara yang tak berwujud yang mengatakan dirinya untuk tidak melakukan aktivitas, mulut bau, tidak rapi, rambu berantakan. Peneliti berpendapat bahwa faktor predisposisi yang memperberat terjadinya gangguan jiwa pada Ny. H adalah faktor sosial dimana tidak adanya dukungan keluarga serta lingkungan sekitarnya untuk melakukan kebersihan diri

2. Diagnosa keperawatan

Dalam menegakkan diagnosa keperawatan gangguan defisit perawatan diri berhubungan dengan halusinasi pendengaran, peneliti mengumpulkan data dan menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan pohon masalah yang ada pada teori. Asumsi peneliti terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang peneliti temukan dilapangan. Penulis tidak menemukan hambatan karena Ny. H cukup kooperatif saat berinteraksi dengan penulis.

3. Intervensi keperawatan

Pada perencanaan peneliti menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang ditemukan untuk diagnosa keperawatan jiwa. Dalam

menyusun perencanaan keperawatan, peneliti telah membuat perencanaan sesuai teoritis yang ada dan diharapkan dapat mengatasi masalah pasien. Disini peneliti berusaha memprioritaskan masalah sesuai dengan pohon masalah yang telah ada baik itu dari penyebab maupun akibat yang muncul.

4. Implementasi keperawatan

Tahap ini tindakan keperawatan disesuaikan dengan perencanaan yang telah peneliti susun yang didapat dari teoritis. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah diagnosa gangguan defisit perawatan diri, yang dilaksanakan sampai strategi pelaksanaan sesuai dengan pelaksanaan yang telah direncanakan.

5. Evaluasi keperawatan

Pada evaluasi untuk masalah keperawatan, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, Ny. H mampu melakukan kebersihan diri. Faktor pendukung bagi penulis dalam mengumpulkan data dimana Ny. H cukup kooperatif dalam memberi informasi yang dibutuhkan untuk kelengkapan data. Untuk pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ny. H, maka penulis dapat melakukannya sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilakukan.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*

bahwa perawat tidak hanya terfokus melakukan implementasi pada diagnosa defisit perawatan diri.

2. Bagi Institusi pendidikan

Sebagai bahan bacaan dan referensi studi kasus perpustakaan untuk menambah khasanah ilmu pengetahuan tentang keperawatan jiwa bagi mahasiswa yang bersangkutan di Poltekkes Kemenkes Kendari khususnya pada pasien dengan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*.

3. Bagi Penulis

Agar dapat menambah wawasan mahasiswa dan pengalaman mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh dibangku perkuliahan khususnya pada pasien dengan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti lain yang akan melanjutkan dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai data dan informasi dasar untuk melaksanakan penelitian lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Riset Kesehatan Dasar (2013)*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Bustillo, J.R. (2008). *Schizophrenia*. <http://www.schizophrenia.com>. Diakses pada tanggal 24 Maret 2018
- Dalami, Ernawati, dkk. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*, Jakarta : Trans Info Media
- Dermawan, Deden dan Rusdi. (2013). *Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta, Gosyan Publishing.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. (2016). *Data Kunjungan Pasien Gangguan Jiwa*. Kendari
- Direja, Ade Herman Surya. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*, Yogyakarta : Nuha Medika
- RSJ Provinsi Sulawesi Tenggara. (2018). *Laporan Rekam Medik Pasien Gangguan Jiwa*. Kendari
- Fitria, Nita. (2012). *Prinsip dasar dan aplikasi penulisan laporan pendahuluan dan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (LP dan SP) untuk 7 diagnosis keperawatan jiwa berat*, Jakarta : Salemba Medika.
- Gloria Bulechek, Howard Butcher, dkk. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Singapore : Elsevier Global Rights.
- Hesti Wulandari. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Gangguan Jiwa Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Jalak Rsj Dr. Radjiman Wediodiningrat* Lawang Malang. [file:///C:/Users/Sufi%20Indokom/Downloads/818-2671-1-SM%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Sufi%20Indokom/Downloads/818-2671-1-SM%20(2).pdf). Diakses tanggal 20 Maret 2018.
- Hidayat, Aziz Alimul. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah Ed.* Jakarta : Salemba Medika.
- Keliat, BA dan Akemat. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC
- Kemenkes RI. (2016). *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*. <http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html>. Diakses tanggal 20 Maret 2018.

- Khaeriyah, Uswatun, dkk. (2013). *Pengaruh Komunikasi Terapeutik (SP 1-4) Terhadap Kemauan dan Kemampuan Personal Higiene pada Klien dengan Defisit Perawatan Diri di RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO Semarang.. L. Ratumbuysang Propinsi Sulawesi Utara.* <http://id.portalgaruda.org/?ref=browse&mod=viewarticle&article=183497>. Diakses pada tanggal 10 Maret 2018..
- Madalise, Seniaty, dkk. (2015). *Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan Pada Pasien Gangguan Jiwa (Defisit Perawatan Diri) Terhadap Pelaksanaan Adl (Activity Of Dayli Living) Kebersihan Gigi Dan Mulut Di Rsj Prof.Dr. V. L Ratumbuysang Ruang Katrili.* <http://id.portalgaruda.org/?ref=browse&mod=viewarticle&article=331817>. Diakses pada tanggal 10 Maret 2018.
- Makaghe, Marshaly, dkk. (2013). *Hubungan Pengetahuan, Nilai dan Sikap Keluarga dengan Pemberian Dukungan pada Pasien Gangguan Jiwa di Poliklinik Psikiatri RSJ Prof. DR. V.* <http://id.portalgaruda.org/?ref=browse&mod=viewarticle&article=81504>. Diakses pada tanggal 10 Januari 2017 pukul 23:52 WIB.
- Maramis, W F. (2005). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis Ed. 3*. Jakarta : Salemba Medika.
- Poltekkes Kendari. (2018). *Pedoman Penulisan Skripsi*. Kendari.
- Prabowo, Eko. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rani Meisaroh, (2015). *Personal Hygiene Pada Penderita Gangguan Jiwa Di Poli RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.* [file:///C:/Users/Sufi%20Indokom/Downloads/571-2119-1-PB%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/Sufi%20Indokom/Downloads/571-2119-1-PB%20(1).PDF). Diakses tanggal 20 Maret 2018.
- Rudyanto. (2007). *Skizofrenia & Diagnosa Banding*. Jakarta: FKUI.
- Sadock, BJ., Sadock, V.A., (2010). *Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta: EGC
- Stuart G.W dan Laraia M.T. (2005). *Prinsip dan Praktek Keperawatan Psikiatri. Edisi 8*. St. Louis: Mosby Book INC
- Sue Moorhead, Marion Johnson, dkk. (2016). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. Singapore : Elsevier Global Rights.

Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Suyanto. (2011). *Metodologi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

UU Nomor 18 Tahun 2014 pasal 1 (ayat 1 & 3) Tentang Kesehatan Jiwa. Yusuf, AH, dkk. 2015. *Buku Ajar Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN PERSONAL
HYGIENE DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI SULAWESI TENGGARA TAHUN 2018**

NO	KEGIATAN PENELITIAN	BULAN																			
		MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	PENYUSUNAN PROPOSAL		■	■	■																
2.	SEMINAR PROPOSAL				■																
3.	PERBAIKAN PROPOSAL				■	■															
4.	IZIN PENELITIAN				■	PKL															
5.	PENGAMBILAN DATA													■	■	■	■				
6.	ANALISA DATA & KONSULTASI																	■	■	■	■
7.	SEMINAR HASIL																		■	■	■
8.	PERBAIKAN																			■	■
9.	PENYUSUNAN DAN PENGGANDAAN																			■	■

Lampiran 2

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :
Yth. Saudara Responden
Di-
Tempat

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir di Program Studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari, maka saya:

Nama : MUH. IRFAN
NIM : P00312015034

Sebagai Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kendari Program Studi D III Keperawatan, Akan melakukan penelitian dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018**".

Sehubungan dengan hal itu, saya mohon kesediaan saudara untuk berkenan menjadi subyek penelitian. Identitas dan informasi yang berkaitan dengan saudara dirahasiakan oleh peneliti. Atas partisipasi dan dukungannya disampaikan terima kasih.

Kendari, Juni 2018

Hormat Saya,


MUH. IRFAN

Lampiran 3

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONCENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, tidak keberatan untuk menjadi responden dalam penelitian ini yang dilakukan oleh Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kendari Program Studi D III Keperawatan, dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara tahun 2018**".

Demikian pernyataan ini, secara sadar dan suka rela serta tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun, semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, Juni 2018



Responden

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN “PERSONAL HYGIENE”

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Ruang Rawat:

Tanggal Dirawat:

I. Identitas Klien

Inisial : Ny. H	Tgl. Pengk. : 9/6/2018
Umur : 18/8/1988 (30 Th)	No. RM : 02.34.38
Alamat : Buton	Pendidikan : SMA
Agama : Islam	Pekerjaan : IRT
Status : Sudah Menikah	Sumber Data : Primer

II. Alasan Masuk

- a. Data Pada saat masuk RS
Klien masuk Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara pada tanggal 2 Februari 2018 melalui IGD karena klien mengamuk di rumah, memecah kaca, melempar mobil, marah-marah tanpa sebab, emosi labil, bicara-bicara sendiri, baju barlapis-lapis, bau dan kumal
- b. Data pada saat dikaji
Klien mengatakan ada suara-suara yang menyuruhnya untuk tidak melakukan aktivitas, merasa tidak mampu melakukan aktivitas. Klien tampak mondar-mandir dan bicara sendiri, menundukkan kepala. Klien mengeluh kulitnya gatal-gatal, tampak menggaruk-garuk tubuhnya. pakaian tidak rapi, rambut berantakan.

Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran, defisit perawatan diri

III. Faktor Predisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?
 Ya Tidak

Masalah keperawatan : Tidak Ada

IV. Pemeriksaan Fisik

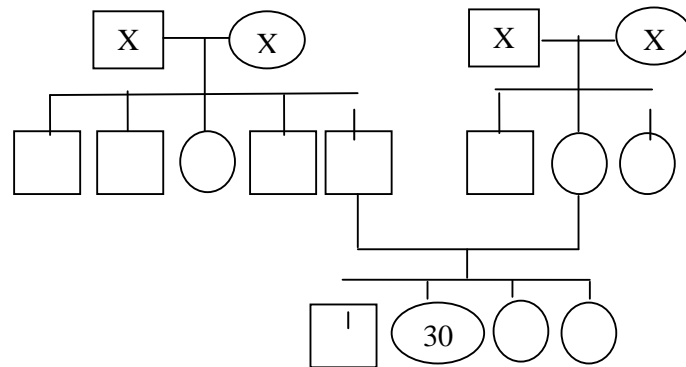
1. Tanda vital TD: 130/70 mmHg N:89x/m S: 36⁰C P: 19 x/m
2. Ukur TB: 158 BB: 60
3. Keluhan fisik Ya Tidak

Jelaskan : Klien mengeluh kulitnya gatal-gatal, tampak menggaruk-garuk tubuhnya

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

V. Keluarga

1. Genogram (Tiga Generasi)



Penjelasan Gambar Genogram :

Klien merupakan anak ke 2 dari 4 bersaudara dan mengatakan dirinya sudah menikah. Klien mengatakan tinggal bersama suaminya. Didalam keluarga yang sering mengambil keputusan adalah suaminya

Masalah Keperawatan : Tidak ada

VI. Psikososial

1. Konsep Diri

- Citra tubuh : Klien mengatakan tidak ada anggota tubuh yang klien tidak sukai
- Identitas : Klien menyadari seorang perempuan berumur 30 tahun
- Peran diri : Klien berperan sebagai IRT dalam keluarganya
- Ideal diri : Klien ingin sembuh dan pulang kerumah sendiri
- Harga diri : Klien mengatakan malu dengan kondisinya sekarang

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

2. Hubungan Sosial

- Orang yang berarti : Klien mengatakan suami
- Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: Klien mengatakan tidak memiliki peran di dalam masyarakat
- Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: Klien mengatakan tidak ada orang-orang yang mau menerima keberadaannya

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

VII. Status Mental

1. Penampilan

Tidak rapi Penggunaan pakaian tidak sesuai Cara berpakaian tidak seperti biasa

Jelaskan : Pada saat dilakukan pengkajian klien tampak berpenampilan tidak rapi, kuku panjang dan kotor, badan bau dan mulut bau, tampak menggaruk-garuk tubuhnya

Masalah keperawatan: Defisit perawatan diri

2. Aktivitas motorik

Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan : Pada saat wawancara klien cukup kooperatif namun tidak mampu memulai pembicaraan. Nada bicara lambat dan pelan. Tampak jarang berbicara dengan pasien lain.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

3. Alam perasaan

Sedih Ketakutan Putus asa
 Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan : Klien tampak tegang, jalan mondar-mandir dan sering berdiam diri di tempat tidurnya

Masalah keperawatan : Tidak ada

4. Afek

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan : Pada saat dilakukan wawancara klien afeknya labil, kadang tampak tenang

Masalah keperawatan : Tidak ada

5. Interaksi selama wawancara

Bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata kurang Defensif Curiga

Jelaskan : Selama poses interaksi klien menjawab pertanyaan dengan suara yang pelan serta kontak mata yang kurang. Namun klien tidak menunjukkan sikap tidak percaya pada orang

Masalah keperawatan : Tidak ada

6. Persepsi

Halusinasi

Pendengaran Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Penghidup

Jelaskan : Klien bingung, bicara tidak jelas (ngawur), bicara-bicara sendiri, mondar-mandir di ruangan. Saat ditanya halusinasinya klien mengatakan mendengar suara-suara.

Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran

7. Proses pikir
 Sirkumstansial Tangensial Kehilangan asosiasi
 Flight of ideas Blocking Perseverasi
 Jelaskan : Ketika dilakukan wawancara klien menjawab pertanyaan dengan berbelit-belit tapi bisa sampai pada tujuan pembicaraan
Masalah keperawatan : Tidak ada
8. Isi pikir
 Obsesi Fobia Hipokondria
 Depersonalisasi Ide terkait Pikiran magis
 Waham
 Agama Somatik Kebesaran Curiga
 Nihilistik Sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir
 Jelaskan : Ketika dilakukan wawancara klien menjawab pertanyaan dengan berbelit-belit tapi bisa sampai pada tujuan pembicaraan
Masalah keperawatan : Tidak ada
9. Tingkat kesadaran
 Bingung Sedasi Stupor
 Disorientasi tmpt Disorientasi wkt Disorientasi org
 Jelaskan : Klien terus bertanya kapan pulang, klien juga terus mengatakan ia ingin bekerja dan memiliki banyak uang.
Masalah keperawatan : Tidak ada
10. Memori
 Gangguan daya ingat jangka panjang Gangguan daya ingat jangka pendek
 Gangguan daya ingat saat ini Konfabulasi
 Jelaskan : Pengkajian memori, klien mengatakan tidak mampu menceritakan tentang pengalaman-pengalaman masa lalunya
Masalah keperawatan : Tidak ada
11. Tingkat konsentrasi dan berhitung
 Mudah beralih Tidak mampu berkonsentrasi Tidak mampu berhitung sederhana
 Jelaskan : Pada saat dilakukan wawancara klien tidak mampu berkonsentrasi, asik dengan kesibukannya dan cenderung meninggalkan perawat saat berinteraksi.
Masalah keperawatan : Tidak ada

12. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan : Klien mampu memilih salah satu dari dua pilihan yang diajukan. Klien memilih untuk keluar dari proses bercakap-cakap.

Masalah keperawatan : Tidak ada

13. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : Klien mengatakan menerima bahwa dirinya sedang sakit dan butuh perawatan

Masalah keperawatan : Tidak ada

VIII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Kegiatan hidup sehari-hari

A. Perawatan diri

- a. Makan Bantuan minimal Bantuan total
- b. BAB/BAK Bantuan minimal Bantuan total
- c. Mandi Bantuan minimal Bantuan total
- d. Berpakaian Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan : Klien tidak dapat melakukan sendiri perawatan diri

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

B. Nutrisi

Apakah anda puas dengan pola makan anda Ya Tidak

Apakah anda memisahkan diri saat makan Ya Tidak

Frekuensi makan sehari 3 x sehari

Nafsu makan :

meningkat menurun berlebihan sedikit-sedikit

Berat badan : 158 kg

Jelaskan : Klien makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk dan sayuran dan ada pantangan atau alergi yaitu ikan tongkol dan kacang tanah/kedelai

Masalah keperawatan : Tidak ada

C. Tidur

Apakah ada gangguan tidur :

Sulit untuk tidur Bangun terlalu pagi Sonambulisme

Terbangun saat tidur Gelisah saat tidur

Jelaskan : Klien tidur siang selama 1-2 jam sehari, pada malam hari Ny. H tidur dengan cukup.

Masalah keperawatan : Tidak ada

2. Kemampuan klien dalam :

Mengantisipasi kebutuhan sendiri [] Ya [] Tidak

Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri [] Ya [] Tidak

Mengatur penggunaan obat [] Ya [] Tidak

Melakukan pemeriksaan kesehatan [] Ya [] Tidak

Jelaskan : Klien tidak dapat melakukan pemeliharaan kesehatan sendiri

Masalah Keperawatan : Gangguan pemeliharaan kesehatan

3. Aktivitas di dalam rumah

a. Menyajikan makanan [] Ya [] Tidak

b. Merapihkan rumah [] Ya [] Tidak

c. Mencuci pakaian [] Ya [] Tidak

Jelaskan : Klien tidak dapat melakukan aktivitas didalam rumah

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

IX. Kurang Pengetahuan Tentang

[] Penyakit jiwa [] Sistem pendukung

[] Faktor presipitasi [] Penyakit fisik

[] Koping [] Obat-obatan

Jelaskan : Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya tetapi dia berharap dapat sembuh dari proses pengobatannya dan dapat mencari pekerjaan.

Masalah keperawatan : Kurang pengetahuan

X. Aspek Medik

Diagnosa Medik : Klien didiagnosa *skizofrenia*

Terapi Medik : Risperidon 2mg dengan dosis pemberian 2x1 mg secara oral, Lorazepam 2mg dengan dosis pemberian 1x2 mg secara oral, dan Ketokonazole 200mg dengan dosis pemberian 1x200 mg secara oral

XI. Daftar Masalah Keperawatan

1. Isolasi social
2. Defisit perawatan diri
3. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
4. Gangguan pemeliharaan kesehatan
5. Kurang pengetahuan

XII. Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS : <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan ada suara-suara yang menyuruhnya untuk tidak melakukan aktivitas.- Klien merasa tidak mampu melakukan aktivitas DO : <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak bicara-bicara sendiri.- Klien tampak mondar-mandir di ruangan.- Klien tampak bingung dan bicara tidak jelas (ngawur).	Gangguan persepsi sensori : halusinasi
2	DS : <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan tidak ada lingkungan yang menerima keberadaan klien- Klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas DO : <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak bicara-bicara sendiri.- Klien tampak mondar-mandir di ruangan.- Klien tampak bingung dan bicara tidak jelas (ngawur).	Harga diri rendah
3	DS : <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan tidak bisa bersisir sendiri- Klien mengatakan gatal-gatal di seluruh tubuhnya DO : <ul style="list-style-type: none">- Nampak pakaian tidak rapi dan mulut bau,- Tampak menggaruk-garuk tubuhnya.- Rambut berantakan	Defisit perawatan diri: Mandi dan berhias

DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1 Defisit perawatan diri
- 2 Harga diri rendah
- 3 Gangguan persepsi sensori : halusinasi

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Defisit Perawatan Diri	<p>Pasien mampu: Menjaga kebersihan diri sesuai strategi pelaksanaan tindakan keperawatan sehingga klien merasa nyaman dan rapi</p>	<p>Setelah 2-4x pertemuan: Klien mampu menjaga kebersihan diri dengan cara: a. Membersihkan diri dengan cara mandi b. Mampu berhias dan berdandan</p>	<p>SP 1 Pasien : pengkajian dan melatih cara menjaga kebersihan diri : mandi, cuci rambut, sikat gigi, potong kuku Identifikasi masalah perawatan diri: kebersihan diri, berdandan, a. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. b. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri c. Latih cara menjaga membersihkan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi dan sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu) potong kuku (satu kali per minggu)</p> <p>SP 2 Pasien: melatih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk perempuan a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian b. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan c. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, cukuran untuk pria d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan.</p>

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Senin, 11 Juni 2018	Defisit Perawatan Diri	SP 1 Pasien: pengkajian dan melatih cara menjaga kebersihan diri : cuci rambut, sikat gigi, potong kuku a. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri. b. Menjelaskan alat dan cara kebersihan diri c. Melatih cara menjaga membersihkan diri: mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku d. Memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi dan sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu) potong kuku (satu kali per minggu)	S : Klien mengatakan sudah mengeti cara kebersihan diri tetapi masih malas melakukannya sendiri O : Klien masih tampak enggan dan sedikit harus dipaksa untuk mandi A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
Rabu, 13 Juni 2018	Defisit Perawatan Diri	SP 2 Pasien: melatih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien b. Menjelaskan cara berdandan c. Membantu pasien mempraktekkan cara berdandan d. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	S : - Klien mengatakan tidak perlu untuk berdandan karena tidak akan pergi kemana-mana. - Klien mengatakan akan berdandan jika di jemput suaminya O : Klien tidak mau sisiran setelah mandi, dan masih belum rapi A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	

Lampiran 5

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Defisit Perawatan Diri
Hari/Tanggal	: Senin, 11 Juni 2018
Tempat	: Ruang Delima RSJ Prov. Sulawesi Tenggara
Sasaran	: Pasien Skizofrenia
Waktu	: 10.00-11.00

A. Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah menerima pendidikan kesehatan tentang defisit perawatan diri, pasien gangguan jiwa di Ruang Delima RSJ Prov. Sulawesi Tenggara serta keluarga pasien mampu memahami dan menyadari bahaya defisit perawatan diri.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah menerima pendidikan kesehatan, diharapkan pasien gangguan jiwa di Ruang Delima RSJ Prov. Sulawesi Tenggara serta keluarga pasien mampu :

- Menjelaskan pengertian defisit perawatan diri
- Menyebutkan penyebab defisit perawatan diri
- Menyebutkan tanda dan gejala defisit perawatan diri
- Menyebutkan komponen kebersihan diri
- Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
- Menjelaskan akibat dari defisit perawatan diri
- Menjelaskan cara perawatan kebersihan diri

B. Materi

- Pengertian defisit perawatan diri
- Penyebab defisit perawatan diri
- Tanda dan gejala defisit perawatan diri
- Komponen kebersihan diri
- Pentingnya kebersihan diri
- Akibat dari defisit perawatan diri
- Cara perawatan kebersihan diri

C. Metode

- Ceramah
- Tanya jawab
- Diskusi

D. Media atau Alat Bantu

Leaflet berisi gambar dan tulisan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta akibat dari defisit perawatan diri

E. Evaluasi Pembelajaran

- Tes awal cara mengajukan pertanyaan lisan.
 - Apakah pernah mengenal istilah defisit perawatan diri?
 - Apa saja penyebab defisit perawatan diri?
 - Apa saja tanda dan gejala defisit perawatan diri?
 - Apa saja komponen kebersihan diri?

- e. Apa pentingnya kebersihan diri?
 - f. Apa akibat defisit perawatan diri?
 - g. Bagaimana perawatan kebersihan diri?
2. Tes akhir dengan cara mengajukan pertanyaan lisan yang sama dengan pertanyaan pada tes awal.

F. Proses Penyuluhan

No	Fase	Kegiatan	Kegiatan Sasaran
1.	Pembukaan: 3 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi salam pembuka • Memperkenalkan diri • Menjelaskan pokok bahasan dan tujuan penyuluhan 	Menjawab salam Memperhatikan Memperhatikan
2.	Pelaksanaan: 30 menit	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan pengertian defisit perawatan diri • Menyebutkan penyebab defisit perawatan diri • Menyebutkan tanda dan gejala defisit perawatan diri • Memberi kesempatan untuk bertanya • Menyebutkan komponen kebersihan diri • Menjelaskan pentingnya kebersihan diri • Menjelaskan akibat dari defisit perawatan diri • Menjelaskan cara perawatan kebersihan diri • Memberi kesempatan untuk bertanya 	Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Bertanya dengan penuh antusias Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan Bertanya dengan penuh antusias
3.	Evaluasi: 5 menit	Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan dan memberi reinforcement kepada sasaran yang dapat menjawab pertanyaan	Menjawab pertanyaan
4.	Terminasi: 2menit	<ul style="list-style-type: none"> • Mengucapkan terima kasih atas peran serta peserta • Mengucapkan salam penutup 	Mendengarkan Menjawab salam

G. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - a. Pasien/sasaran hadir dalam kegiatan penyuluhan
 - b. Penyelenggaraan penyuluhan diadakan di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara

- c. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelumnya (SAP, Leaflet)
- 2. Evaluasi Proses
 - a. Pasien antusias terhadap materi penyuluhan
 - b. Pasien tidak meninggalkan tempat penyuluhan sebelum penyuluhan selesai
 - c. Pasien mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar
- 3. Evaluasi Hasil
 - a. Pasien mengenal istilah defisit perawatan diri
 - b. Pasien mengetahui penyebab defisit perawatan diri
 - c. Pasien mengetahui tanda dan gejala defisit perawatan diri
 - d. Pasien mengetahui komponen kebersihan diri
 - e. Pasien mengetahui pentingnya kebersihan diri
 - f. Pasien mengetahui akibat dari defisit perawatan diri
 - g. Pasien mengetahui cara perawatan kebersihan diri

MATERI DEFISIT PERAWATAN DIRI

A. Pengertian

Kebersihan adalah salah satu tanda dari keadaan hygiene yang baik. Manusia perlu menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan diri agar sehat, tidak bau, tidak malu, tidak menyebarkan kotoran, atau menularkan kuman penyakit bagi diri sendiri maupun orang lain. Kebersihan badan meliputi kebersihan diri sendiri, seperti mandi, menyikat gigi, mencuci tangan, dan memakai pakaian yang bersih. Mencuci adalah salah satu cara menjaga kebersihan dengan memakai air dan sejenis sabun atau deterjen. Mencuci tangan dengan sabun atau menggunakan produk kebersihan tangan merupakan cara terbaik dalam mencegah penularan influenza dan batuk-pilek. Orang yang memiliki penampilan serta gaya yang jorok akan dijauhi dari pergaulan sehari-hari dan akan sulit mendapat teman, pacar, jodoh, pekerjaan, kepercayaan dan lain-lain.

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatannya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes: 2000). Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting) (Nurjannah, 2004).

Menurut Potter Perry (2005), personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya (Tarwoto dan Wartonah 2000).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa, defisit perawatan diri ialah suatu kondisi seseorang dimana seseorang yang mengalami kelemahan melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting) secara mandiri.

B. Penyebab

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2000), penyebab kurang perawatan diri adalah kelelahan fisik dan penurunan kesadaran. Menurut Depkes (2000), penyebab kurang perawatan diri adalah:

1. Faktor predisposisi
 - a. Perkembangan: keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.
 - b. Biologis: penyakit kronis yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.
 - c. Kemampuan realitas turun: pasien 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 penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau perseptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

C. Tanda dan Gejala

1. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor/kumal dan banyak kutu, badan bau, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor, serta tubuh dipenuhi dengan penyakit kulit (jamur, koreng, borok, dll)
2. Ketidakmampuan berhias/berpakaian, ditandai dengan rambut acak-acakan, penampilan dekil/kumal, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak mampu bercukur, pada pasien perempuan tidak berdandan.
3. Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai oleh ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makana tidak pada tempatnya
4. Ketidakmampuan eliminasi secara mandiri, ditandai dengan buang air besar atau buang air kecil tidak pada tempatnya, dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK

Menurut Depkes (2000: 20) 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. Psikologis
 - a. Malas, tidak ada inisiatif.
 - b. Menarik diri, isolasi diri.
 - 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
 - e. BAK dan BAB di sembarang tempat

D. Komponen Kebersihan Diri

1. Kebersihan rambut dan kulit kepala
2. Kebersihan mata, telinga, dan hidung
3. Kebersihan gigi dan mulut
4. Kebersihan badan
5. Kebersihan kuku tangan dan kaki
6. Kebersihan pakaian

E. Pentingnya Kebersihan Diri

Kebersihan diri merupakan langkah awal mewujudkan kesehatan diri. Dengan tubuh yang bersih meminimalkan resiko seseorang terhadap kemungkinan terjangkitnya suatu penyakit, terutama penyakit yang berhubungan dengan kebersihan diri yang buruk.

F. Akibat

Defisit perawatan diri berdampak pada fisik maupun psikis pada diri seseorang.

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang sering diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit (badan gatal-gatal dan terkena penyakit kulit), rambut dipenuhi kutu atau ketombe, gangguan membran mukosa mulut (karies gigi, gigi berlubang, sakit gigi dan bau mulut), infeksi pada mata, gangguan pendengaran akibat penumpukan kotoran telinga dan dapat menimbulkan infeksi pada telinga, serta gangguan fisik pada kuku yang dapat menjadi penyebab kuman penyakit (seperti, penyakit saluran pencernaan, diare/sakit perut).

2. Dampak psikososial

Masalah yang muncul pada personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan di cintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi dan gangguan interaksi sosial (dijauhi orang).

G. Cara Perawatan Kebersihan Diri

1. Cara perawatan rambut dan kepala

- a. Bersihkan rambut dengan shampo secara rutin (min. 2x/mg)
- b. Potong dan sisir rambut agar terlihat rapi

2. Cara menjaga kebersihan muka dan mata

- a. Cuci muka minimal 3x/hari
- b. Bersihkan daerah mata dari arah luar ke dalam (bersihkan kotoran mata yang menempel pada sudut kelopak mata)
- c. Bila mata kemasukan benda segera keluarkan menggunakan kain atau tissue yang lembut, lakukan dengan hati-hati
- d. Bila mata terkena air sabun segera cuci menggunakan air bersih

3. Cara menjaga kebersihan telinga dan hidung

Bersihkan hidung dan telinga secara rutin (1-2 mg/1x) lakukan dengan hati-hati menggunakan alat yang bersih dan aman.

4. Cara menjaga kebersihan gigi dan mulut

Sikat gigi minimal 2 kali sehari yaitu, setiap selesai makan dan sebelum tidur dengan cara yang benar dan teratur

5. Cara menjaga kebersihan badan

- a. Mandi menggunakan sabun mandi secara rutin minimal 2 kali sehari (bila perlu lakukan lebih sering bila kerja ditempat kotor/banyak berkeringat)
- b. Gunakan pakaian yang bersih dan rapi (pakaian diganti 1 x/hr atau bila pakaian sudah kotor/basah)
- c. Bila terkena jamur kulit, lakukan mandi seperti biasa. Hindari penggunaan pakaian, handuk, selimut, sabun mandi, dan sarung secara berjamaah. Hindari penggunaan pakaian yang lembab/basah

(karena keringat/sebab lain). Gunakan obat anti jamur kulit (bila perlu).

6. Cara menjaga kebersihan tangan dan kaki
 - a. Bersihkan tangan dan kaki sehari minimal 2x/hari atau setiap kotor.

Menjaga kebersihan diri, mencegah penyakit diare/mencret-mencret, mencegah penyakit cacangan, mencegah penyakit typhus, dan mencegah penyakit flu burung. Cuci tangan bisa dilakukan pada waktu sebelum dan setelah makan, sebelum melakukan kegiatan apapun yang memasukkan jari ke dalam mulut atau mata, setelah BAK dan BAB, setelah membuang ingus, setelah membuang sampah, setelah bermain dengan hewan/unggas dan hewan peliharaan, sebelum memasukkan dan mengeluarkan lensa kontak, dan sebelum mengobati luka.
 - b. Potong kuku 1 kali/minggu atau saat terlihat panjang (gunakan pemotong kuku dan setelah dipotong ujung kuku dihaluskan/dikikir)
 - c. Gunakan alas kaki yang lembut, aman, dan nyaman.

7. Cara menjaga alat kelamin

Wanita:

- a. Jaga kebersihan selama menstruasi, Kebersihan pada saat siklus menstruasi sangatlah penting untuk menghindari masalah vagina. Hindari menggunakan pembalut yang beraroma (parfum) dan mengandung gel, karena dapat menimbulkan iritasi dan gatal pada vagina. Selain itu, selalu menjaga daerah vagina tetap bersih dan kering. Ganti pembalut jika terdapat gumpalan darah di atas pembalut, yang dapat menjadi tempat perkembangbiakan bakteri dan jamur.
- b. Basuh vagina dengan air bersih dan mengalir, Untuk menghindari masuknya bakteri dan jamur, basuhlah organ intim dengan air bersih dari arah depan ke belakang (vagina ke anus). Selain itu, selalu gunakan air yang mengalir atau berasal dari kran jika berada di toilet umum.
- c. Keringkan setelah buang air kecil atau besar, Setelah Anda selesai buang air kecil atau besar, biasakan selalu mengeringkan organ intim dengan tisu atau handuk. Hal ini dapat menghindari perkembangbiakan bakteri di dalam dan sekitar vagina.
- d. Setelah BAB dan BAK, bersihkan alat kelamin dengan air bersih dan sabun. Saat membersihkan daerah anus, maka sebaiknya dari arah depan ke belakang.

Pria:

- a. Jaga daerah kelamin tetap kering, bersih dan menggunakan pakaian yang longgar
- b. Jangan memakai pakaian basah



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. 14 Anduomahu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Nomor DL 11 02/1/ 741 /2018
Lampiran -
Perihal Izin Pengambilan Data Awal Penelitian

Yang Terhormat,
Direktur RSJ Kota Kendari

di-

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari :

Nama : MUH SULFIKAR, dkk
NIM : P00320014078
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Jend. A.H. Nasution No. G-14
Jumlah Peserta : 15 Orang (*terlampir*)
Lokasi : Rumah Sakit Jiwa Kota Kendari

Untuk diberikan izin pengambilan data awal penelitian di RSJ Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 13 Maret 2018

Pih. Direktur, f



A k h m a d., SST., M.Kes
NIP. 196802111990031003



KEMENTERIAN KESEHATAN R I
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G 14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp (0401) 3190492 Fax (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com

Lampiran 1.

Nama – nama Mahasiswa yang akan melakukan pengambilan data Awal

NO	NAMA	NIM	INSTITUSI
1.	MUH. SULFIKAR	P00320014078	RSJ. KOTA KENDARI
2.	MUH. MUSLIH FAUZI	P00320015080	RSJ. KOTA KENDARI
3.	SERNI	P00320015094	RSJ. KOTA KENDARI
4.	NOPRIADI S. RAMBA	P00320015086	RSJ. KOTA KENDARI
5.	ISNAWATI	P00320015072	RSJ. KOTA KENDARI
6.	APRILIANSI	P00320015055	RSJ. KOTA KENDARI
7.	MUH. IRFAN	P00320015034	RSJ. KOTA KENDARI
8.	MERYANTI	P00320015030	RSJ. KOTA KENDARI
9.	AAT NUGRAHA UTAMI	P00320015001	RSJ. KOTA KENDARI
10.	HERA NURLIANINGSI T.P.	P00320015017	RSJ. KOTA KENDARI
11.	YUNIAR INRIANI	P00320013033	RSJ. KOTA KENDARI
12.	BAYU M. PAMUNGKAS	P00320015010	RSJ. KOTA KENDARI
13.	NURWAHYU PRATIWI	P00320015041	RSJ. KOTA KENDARI
14.	WIKA AL RAJAB	P00320015049	RSJ. KOTA KENDARI
15.	APRIANDI	P00320015006	RSJ. KOTA KENDARI

Kendari, 13 Maret 2018



A.k.h.m.a.d., SST., M.Kes
NIP/196802111990031003



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA

RUMAH SAKIT JIWA

Email: rsjsultra@yahoo.com

Jl. Dr. Sutomo No 29 Telp. (0401) 3122470 Fax. (0401) 3122591 Kendari 93115

Nomor : 890/c.26/III/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data Awal

K e p a d a
Yth. Kepala Bidang Keperawatan
Di -
T e m p a t

Dengan hormat,

Berdasarkan surat Direktur Poltekkes Kendari No. DL.11.02/1/741/2018 tanggal 13 Maret 2018 tentang izin pengambilan data awal, maka dengan ini kami sampaikan untuk dapat dibantu memperoleh data dimaksud dalam rangka penelitian sesuai dengan arahan dan persetujuan yang telah diberikan kepada mahasiswa:

Nama : **MUH.IRFAN**
Nomor Pokok : P00320015034
Program Studi : D III Keperawatan
Instansi : Poltekkes Kendari

Demikian surat ini kami buat atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima

Kats...

Kendari, 15 Maret 2018

An. Direktur RS.Jiwa Prov. Sultra
Kepala Bidang Penunjang Medik.



La Saeng, S.P., SKM., M. Si
NIP. 19600412 198203 1 021

Asw/20/2018
3

Mp.
Kabid Keperawatan



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution, No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

SURAT KETERANGAN BEBAS ADMINISTRASI

Nomor: DL.09.02/5/ 307 / 2018

Dengan ini menyatakan bahwa:

Nama : Muh. Irfan
Nim : P00320015034

Benar-benar telah telah melunasi SPP Semester I s.d VI yang terkait dengan Jurusan Keperawatan, dengan bukti sebagai berikut:

1. Slip Pembayaran SPP Semester I s.d Semester VI

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 16 Juli 2018
Bendahara Jurusan Keperawatan

Edi R. S. Kep. Ns
NIP. 1986504 20101 2 1001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI

Jl. Jend. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota kendari 93232
Telp. (0401) 390492.Fax(0401) 393339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA

NO: 157/PP/2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

Nama : Muh Irfan
NIM : P00320015034
Tempat Tgl. Lahir : Cenranae, 03 Maret 1995
Jurusan : D.III Keperawatan
Alamat : Jln Wayong Poros P2ID

Benar-benar mahasiswa yang tersebut namanya di atas sampai saat ini tidak mempunyai sangkut paut di Perpustakaan Poltekkes Kendari baik urusan peminjaman buku maupun urusan administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Jurusan D.III Keperawatan Tahun 2018

Kendari, 12 Juli 2018



NIP. 19611231198203103



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI



Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari 93232
Telp. (0401) 3190492 Fax. (0401) 3193339 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com

Nomor : DL.09/6/ 265/2018
Lampiran : -
Perihal : Surat Pengantar Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur Poltekeks Kemenkes Kendari
Cq. Kepala PPM Poltekkes Kemenkes Kendari
Di -
Tempat

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa poltekkes kemenkes kendari jurusan keperawatan:

Nama : Muh. Irfan
Nim : P00320015034

Akan melakukan penelitian karya tulis ilmiah di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien *Skizofrenia* dalam Pemenuhan Kebutuhan *Personal Hygiene* di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara" sebagai bahan penyelesaian tugas akhir di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari, maka dengan ini kami memohon untuk diberikan surat izin penelitian untuk maksud tersebut.

Demikian permohonan ini, atas bantuannya di ucapkan terima kasih.

Kendari, 23 Mei 2018
Ketua Jurusan Keperawatan

Indriano Hadi, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19700330 199503 1 001



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KENDARI**



*Jl. Jend. A.H. Nasution No. G.14 Anduonohu, Kota Kendari
Telp. (0401) 3190492 Fax (0401) 3193339 e-mail: poltekkes_kendari@yahoo.com*

Nomor : DL.11.02/1/ 2639 /2018
Lampiran : 1 (satu) eks.
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sultra
di-
Kendari

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari.

Nama : Muh. Irfan
NIM : P00320015034
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Pasien *Skizofrenia* dalam Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara

Untuk diberikan izin penelitian oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kendari, 25 Mei 2018

R.Pih. Direktur,



A k l i n a d, SST., M.Kes
NIM 196802111990031003



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Kompleks Bumi Praja Anduonohu Telp. (0401) 395690 Kendari 93121
Website : balitbang.sulawesitenggara prov.go.id Email: badan.litbang.sultra01@gmail.com

Kendari, 28 Mei 2018

Nomor : 070/3546/Balitbang/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
Yth. Direktur RS Jiwa Prov. Sultra
di -
KENDARI

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kendari Nomor : DL.11.02/1/2639/2018 tanggal 25 Mei 2018 perihal tersebut di atas, Mahasiswa di bawah ini

Nama : Muh. Irfan
NIM : P00320015034
Prog. Studi : D-III Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa
Lokasi Penelitian : Ruang Delima RS. Jiwa Prov. Sultra

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data di Daerah/Kantor Saudara dalam rangka penyusunan KT1/Skripsi/Tesis/Disertasi, dengan judul :

" ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN PERSONAL HYGIENE DI RUANG DELIMA RS. JIWA PROV. SULTRA".

Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 28 Mei 2018 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan :

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Tidak mengadakan kegiatan lain yang bertentangan dengan rencana semula.
3. Dalam setiap kegiatan dilapangan agar pihak Peneliti senantiasa koordinasi dengan pemerintah setempat.
4. Wajib menghormati Adat Istiadat yang berlaku di daerah setempat.
5. Menyerahkan 1 (satu) exampilar copy hasil penelitian kepada Gubernur Sultra Cq. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Sulawesi Tenggara.
6. Surat izin akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin ini tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian Surat Izin Penelitian diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

an. GUBERNUR SULAWESI TENGGARA
KEPALA BADAN PENELITIAN DAN
PENGEMBANGAN PROVINSI
BALITBANG
Dr. Ir. SUKANTO TODING, MSP, MA
Pegawai Utama Muda, Gol. IV/c
NIP. 19680720 199301 1 003

T e m b u s a n

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari,
2. Direktur Poltekkes Kendari di Kendari,
3. Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kendari di Kendari,
4. Kepala Dinkes Prov. Sultra di Kendari,
5. Kepala Ruang Delima RS Jiwa Prov. Sultra di Kendari
6. Mahasiswa yang bersangkutan



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA

RUMAH SAKIT JIWA

Email: rs.sultra@yahoo.com

Jl. Dr. Sutomo No 29 Telp. (0401) 3122470 Fax (0401) 3122591 Kendari 93115

Nomor : 890/664/VI/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
Yth Kepala Bidang Keperawatan
Di -
T e m p a t

Berdasarkan Surat Kepala Balitbang Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 070/3546/Balitbang/2018 tanggal 28 Mei 2018 perihal tersebut diatas, mahasiswa dibawah ini

Nama : **MUH.IRFAN**
Nomor Pokok : P00320015034
Jurusan : D-III Keperawatan
Instansi : Poltekkes Kendari

Bermaksud untuk melakukan Penelitian di Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara dalam rangka penyusunan Skripsi dengan judul. "**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Di Ruang Delima RS. Jiwa Prov. Sultra**"

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kiranya dapat diberi izin untuk melakukan kegiatan penelitian dimaksud mulai tanggal **05 Juni 2018** sampai dengan selesai

Adapun syarat dan ketentuan yang harus dipenuhi saat melakukan penelitian adalah sebagai berikut

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku
2. Menggunakan pakaian yang rapi dan sesuai dengan ketentuan
3. Dalam setiap kegiatan yang dilakukan senantiasa melakukan koordinasi dengan bidang/sub bidang/ruangan atau instalasi terkait di lingkup RS Jiwa Prov Sultra
4. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian ke Sub Bidang Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan Pengembangan Profesi RS Jiwa Prov Sultra

Demikian surat izin penelitian ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya

Kendari, 05 Juni 2018

Direktur RS Jiwa Prov. Sultra
Pj Kepala Bidang Penunjang Medik,



Kej/6/6-2018

mohon disinkes untuk penelitian

Kaloro perawat

Tembusan disampaikan Kepada Yth

1. Direktur RS Jiwa Prov Sultra
2. Pj Kepala Bidang Penunjang Medik RS Jiwa Prov Sultra
3. Mahasiswa yang bersangkutan
4. Arsip



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA

RUMAH SAKIT JIWA

Email: rsjkendari@gmail.com

JL. Dr. Sutomo No.29 Telp. (0401) 3122470 Fax. (0401) 3122591 Kendari 93115

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor: 445/785

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa :

Nama : MUH. IRFAN
Nomor Pokok : P00320015034
Program Studi : DIII Keperawatan
Instansi : Politeknik Kesehatan Kendari

Benar - benar telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara dari tanggal : 06 - 19 Juni 2018, dengan judul :

"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene di Ruang Delima Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 10 Juli 2018

Ata Ditektur RS. Jiwa Prov. Sultra
Plt. Kepala Penunjang Medik



Amirudin, SKM., M.Kes

NIP. 19660315 198703 1 019

DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1. Peneliti melakukan pengkajian pada Ny. H



Gambar 2. Peneliti pada saat melakukan intervensi keperawatan



Gambar 3. Peneliti membantu responden bersisir



Gambar 4. Peneliti membantu responden berhias diri