

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S DENGAN PENERAPAN  
*ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) TRAINING* DI DUSUN  
TANGGULANGIN DESA PAGERSARI KECAMATAN MUNGKID**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai Gelar

Ahli Madya Keperawatan Pada Prodi D3 Keperawatan



Disusun Oleh:

Febriana Yosanti

NPM: 15.0601.0090

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2018

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S DENGAN PENERAPAN  
*ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) TRAINING* DI DUSUN  
TANGGULANGIN DESA PAGERSARI KECAMATAN MUNGKID**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai Gelar

Ahli Madya Keperawatan Pada Prodi D3 Keperawatan



Disusun Oleh:

Febriana Yosanti

NPM: 15.0601.0090

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG**

2018

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S DENGAN  
PENERAPAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL)  
*TRAINING* DI DUSUN TANGGULANGIN DESA  
PAGERSARI KECAMATAN MUNGKID**

Telah direvisi dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji KTI  
Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 01 Agustus 2018

Pembimbing I



Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep

NIK. 047806007

Pembimbing II



Ns. M. Khoirul Amin, M.Kep

NIK. 108006043

ii

Universitas Muhammadiyah Magelang

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S DENGAN  
PENERAPAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL) TRAINING DI  
DUSUN TANGGULANGIN DESA PAGERSARI KECAMATAN  
MUNGKID**

Disusun Oleh:  
Febriana Yosanti  
NPM: 15.0601.0090

Telah dipertahankan di depan Penguji pada tanggal 21 Agustus 2018  
Susunan Penguji:

Penguji I

Ns. Sambodo Sriadi P., M.Kep.

NIK. 047606006

Penguji II

Ns. Retna Tri Astuti, M.kep.

NIK. 047806007

Penguji III

Ns. M. Khoirul Amin, M.Kep.

NIK. 108006043

Magelang, 21 Agustus 2015  
Program Diploma III Keperawatan  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Magelang  
Dekan,



Pugh Widiyanto, S.Kp., M.Kep  
NIK. 947308063

iii

Universitas Muhammadiyah Magelang

iii

Universitas Muhammadiyah Magelang

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullah Wabarakatuh.

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah Subhanahu wa Ta'ala, karena berkat rahmat dan hidayahNya, penulis dapat menyelesaikan tugas pembuatan Karya Tulis Ilmiah khususnya Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Jiwa. Karya Tulis Ilmiah merupakan sebagai salah satu bagian dalam proses akhir fase mahasiswa dalam bidang akademik yang nantinya sebagai syarat untuk pembuatan Karya Tulis Ilmiah. Meskipun dirasa penulis belum maksimal dalam menyusun tugas akhir ini, tetapi penulis masih bersyukur atas kelacaran yang di dapatkan selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Dengan melihat kondisi yang ada pada lahan praktik pengambilan sampel, penulis mengangkat judul "ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S DENGAN PENERAPAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) TRAINING DI DUSUN TANGGULANGIN DESA PAGERSARI KECAMATAN MUNGKID". Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari masih banyak yang sebenarnya perlu diperbaiki. terselesaikannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak luput dari berbagai pihak yang senantiasa memberikan semangat, dorongan dan bantuan yang membangun demi keberlangsungan penulisan tugas akhir ini. Untuk itu penulis mengucapkan terimakasih yang diberikan kepada:

1. Puguh Widiyanto, S.Kep, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Reni Mareta, M.Kep, selaku Kaprodi Diploma III Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, selaku pembimbing I yang telah memberikan arahan terkait konsep materi terkait judul hingga aplikasi dalam asuhan keperawatan.

4. Ns. M. Khoirul Amin, M.Kep, selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan terkait sistematika dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Staff karyawan FIKES UMM yang telah memberikan fasilitas untuk mendukung kelancaran dari proses bimbingan hingga pelaksanaan penulisan Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak dan Bunda yang selalu dan senantiasa memberikan semangat, do'a, dan dukungan materi untuk kelancaran penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
7. Teman-teman mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang memberikan dukungan bagi sesama yang sedang sama-sama menyusun Karya Tulis Ilmiah.

Penulis berharap masukan serta saran yang membangun demi kemajuan yang lebih baik bagi Karya Tulis Ilmiah ini dan semoga bermanfaat bagi pembaca, penulis, Instansi Keperawatan, profesi keperawatan dan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Magelang, 18 Agustus 2018

Penyusun

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR TABEL.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah.....	3
1.3 Pengumpulan Data .....	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	6
2.1 Konsep Skizofrenia .....	6
2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri .....	8
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Defisit Perawatan Diri.....	13
2.4 Konsep Aplikasi Terapi <i>Activity of Daily Living</i> (ADL).....	21
2.5 Patopsikologi.....	33
2.6 Tahapan Pelaksanaan Karya Tulis Ilmiah.....	35
2.7 Penerapan Prinsip Etik .....	36
BAB 3 LAPORAN KASUS .....	37
3.1 Pengkajian Dan Diagnosa .....	37
3.2 Intervensi dan Implementasi .....	38
3.3 Inovasi Yang Diterapkan .....	40

3.4	Evaluasi.....	43
BAB 4 PEMBAHASAN .....		<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1	Pengkajian.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2	Diagnosa.....	50
4.3	Intervensi Implementasi.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.4	Evaluasi.....	52
BAB 5 PENUTUP .....		47
5.1	Kesimpulan.....	47
5.2	Saran .....	48
DAFTAR PUSTAKA .....		49

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 1.1 Skoring Kartz Index

Tabel 1.2 Kuisisioner Penilaian Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 1.3 Skor Kartz Index Pre Pemberian *ADL Training*

Tabel 1.4 Skor Kartz Index Post Pemberian *ADL Training*

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Infrom Concent

Kuisisioner Hasil Penilaian Kemampuan Perawatan Diri

Modul Penerapan ADL *Training*

Asuhan Keperawatan Tertulis

## **DAFTAR GAMBAR**

1.1 Gambar dokumentasi selama pemberian inovasi

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Salah satu tantangan terbesar Indonesia pada abad 21 ialah meningkatnya penderita skizofrenia hingga mencapai 1% dari total populasi warga negara Indonesia. Pemerintah telah mencanangkan program Indonesia sehat mental 2014, namun hingga saat ini jumlah penderita kesehatan jiwa terus naik. Pada tahun 2011 terdapat 2.450 pasien, setahun kemudian jumlahnya bertambah menjadi 2.582 pasien. Tahun ini, hingga semester I (Januari-Juni) sudah terdapat 1.350 pasien (Shidqi, 2016).

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang perjalanan penyakitnya berlangsung kronis. *American Psychiatric Association* (2013), menyebutkan, satu persen populasi penduduk dunia menderita skizofrenia. Penelitian serupa oleh *World Health Organization* (WHO) menyebutkan, prevalensi skizofrenia di masyarakat berkisar 1-3 permil penduduk, sedangkan di Indonesia sendiri, menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (2013) diperkirakan prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia adalah 1,7 orang per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak yaitu di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Barat (Myra, 2015). *Skizofrenia* menduduki peringkat 4 dari 10 besar penyakit yang membebankan di seluruh dunia. Jumlah penduduk Indonesia jika mencapai 200.000.000 jiwa, maka diperkirakan sekitar 2.000.000 mengalami (Maryatun, 2015).

Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2015, penderita gangguan jiwa berjumlah 34.571 orang dari 33.246.339 penduduk. Sedangkan di Kabupaten Magelang, berjumlah 731 orang dari 1.176.681 penduduk. Jumlah penderita gangguan jiwa di Kabupaten Magelang lebih besar dari jumlah penderita di Kota Magelang sebanyak 638 orang dengan gangguan jiwa (Pinilih, 2017).

Meskipun skizofrenia tersebut tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat kehidupan penderitannya sehingga mereka tidak produktif dan tidak efisien serta tidak mampu lagi berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-harinya termasuk kemandirian dalam perawatan dirinya. Kemandirian dasar yang bisa dilakukan pasien seperti kebutuhan dasar sehari-hari (makan, minum, buang air besar, buang air kecil, dan mandi) serta bersosialisasi dengan lingkungan dimana pasien berada. Pasien gangguan jiwa akan mengalami kurangnya perawatan diri yang terjadi akibat perubahan proses pikir sehingga aktivitas perawatan diri ikut menurun. Hasil penelitian Trihardani (2009) mengenai perawatan diri yang terdiri dari makan, mandi, *toileting* dan kebersihan pribadi pasien skizofrenia di rumah sakit menunjukkan bahwa 38% penderita skizofrenia berada dalam kategori ketergantungan ringan, 28% dalam kategori ketergantungan menengah, 13% berada dalam kategori ketergantungan tinggi, 13% berada pada kategori ketergantungan total dan 3% berada dalam kategori mandiri (Maryatun, 2015).

Pendekatan secara menyeluruh untuk pasien penderita skizofrenia sangatlah dibutuhkan untuk kesembuhannya. Hal ini bertujuan memberikan treatment atau terapi dari berbagai sisi yang pada akhirnya akan menampakkan hasil ke arah positif. Selain pendekatan dari sisi medis, dengan pemberian obat-obatan secara rutin, juga dilakukan pendekatan psikososial yaitu ketrampilan merawat diri. Dengan memberikan aktivitas-aktivitas positif, pasien mendapatkan pembelajaran tentang perilaku dan aktivitas sehari-hari melalui *Activity of Daily Living (ADL) Training*, untuk meningkatkan ketrampilan merawat diri, sehingga mereka mampu mandiri dalam kesehariannya. Keterbatasan pasien skizofrenia khususnya dalam hal perawatan diri mampu menghambat proses dalam penyembuhan sehingga membutuhkan terapi khusus untuk bisa menanamkan kemandirian pada perawatan dirinya (A. S. Rini, 2016).

Kegiatan pada *ADL training* meliputi diskusi tentang pentingnya ADL, alat yang digunakan dan cara melakukan ADL. Melalui *training* seseorang dapat menjadi tahu, kemudian setelah tahu individu tersebut akan merespon terhadap stimulus yang ada yang dinyatakan dengan peningkatan sikap. Apabila individu tersebut merespon positif terhadap stimulus maka akan terjadi perubahan perilaku, dalam hal ini perubahan perilaku dinyatakan dengan peningkatan kemandirian dalam perawatan diri. Hal tersebut didukung oleh penelitian Keliat et al. (2009), yang menyatakan bahwa intervensi *ADL training* yang dilakukan melalui *home visit* dapat meningkatkan kemandirian pasien gangguan jiwa dalam melakukan perawatan diri. Penelitian lain yang sejalan yaitu penelitian yang dilakukan oleh Rahmasari (2013), yang menunjukkan bahwa pada kelompok eksperimen setelah diberikan intervensi *ADL training* sebagian besar mengalami peningkatan dalam kemandiriannya.

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, penulis tertarik untuk ikut mengaplikasikan metode *Activity of Daily Living (ADL) Training* untuk menjadi karya tulis ilmiah dengan “ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. S DENGAN PENERAPAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) TRAINING* DI DUSUN TANGGULANGIN DESA PAGERSARI KECAMATAN MUNGKID” dengan harapan melalui pemberian modifikasi terapi tersebut dapat meningkatkan kemandirian pasien dalam merawat dirinya.

## **1.2 Tujuan Karya Tulis Ilmiah**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah memberikan asuhan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri dengan memberikan modifikasi terapi aktifitas pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

### **1.2.2 Tujuan Khusus .**

1.2.2.1 Mengetahui gambaran tentang aplikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

1.2.2.2 Mengetahui efektifitas *Activity of Daily Living (ADL) Training* pada pasien dengan defisit perawatan diri.

### **1.3 Pengumpulan Data**

Deskripsi pasien yang digunakan untuk metode pengambilan data oleh penulis dalam karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

#### **1.3.1 Observasi dan Partisipasif**

Merupakan teknik pengumpulan data dengan cara pengamatan yang dilakukan pada kebiasaan pasien dalam melakukan ADL untuk diberikannya ADL *training*.

#### **1.3.2 Interview**

Merupakan satu metode untuk memperoleh data dengan berhadapan langsung, bercakap-cakap dengan pasien terkait kebiasaan pasien dalam memenuhi kebiasaan perawatan dirinya.

#### **1.3.3 Pustaka dan Dokumentasi**

Yaitu metode pengumpulan data menggunakan sumber literasi atau catatan medis yang sudah di legalkan, jurnal yang relevan dengan rentang 10 tahun terakhir.

#### **1.3.4 Demonstrasi**

Metode demonstrasi adalah cara pengumpulan data dengan menganalisa respon seseorang dari mempraktikkan terapi ADL *training* yang diberikan.

### **1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

#### **1.4.1 Bagi Penulis**

Penyusunan karya tulis ilmiah memiliki manfaat bagi penulis diantaranya adalah mampu mengevaluasi keefektifan modifikasi perawatan pada pasien defisit perawatan diri terkait peningkatan perawatan dirinya.

#### **1.4.2 Bagi Perawat Spesialis Jiwa**

Diharapkan pemberi asuhan keperawatan jiwa mampu ikut mengaplikasikan terapi modifikasi yang sudah teruji keefektifannya dalam menyelesaikan masalah defisit perawatan diri.

#### **1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan**

Manfaat bagi instansi pelayanan kesehatan terkait penyusunan karya tulis ilmiah adalah mampu memberikan rekomendasi pada profesi keperawatan untuk menerapkan metode yang sudah teruji keefektifannya.

#### 1.4.4 Bagi Masyarakat

Manfaat bagi masyarakat terkait keefektifan metode ini adalah untuk menambah pengetahuan terutama terhadap keluarga dengan pasien yang sedang di rawat di lembaga kesehatan atau dengan pasien yang berada dirumah.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang mempengaruhi fungsi otak dan menyebabkan munculnya gangguan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku (Susanti, 2001). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang sering terjadi. Skizofrenia yaitu gangguan jiwa ditandai dengan keterbatasan komunikasi, aktivitas, tidak sesuai realita, tidak berespon, dan kemampuan berfikir (Sutinah, 2017). *Schizophrenia* adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Matheus, 2016). Skizofrenia adalah bentuk gangguan jiwa berat multifaktorial, yang dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan serta ditandai dengan gejala positif, negatif, defisit kognitif, emosional dan agresivitas (Jones et al, 2011). Skizofrenia merupakan salah satu psikosis yang dimanifestasikan dengan perubahan berfikir, persepsi, afek tumpul, dan penurunan fungsi sosial (Putri et al., 2011) dalam (Jalil, 2015).

##### **2.1.2 Penyebab Skizofrenia**

Sumber penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh beberapa unsur yang saling mempengaruhi yaitu somatik (somatogenik) atau organobiologis, dari lingkungan sosial (sosiogenik) dan psikologi (psikogenik). Berikut adalah faktor yang termasuk dalam ketiga unsur di atas:

2.1.2.1 Faktor yang terdapat dalam unsur somatik adalah neuroanatomi, neurofisiologi, neurokimia, tingkat kematangan dan perkembangan organik dan faktor pre dan peri natal.

2.1.2.2 Faktor yang termasuk pada unsur psikogenik adalah interaksi ibu dan anak, ketidakefektifannya peran ayah, persaingan saudara kandung,

2.1.2.3 inteligensi, tingkat perkembangan emosi, perasaan kehilangan, depresi, cemas, dan rasa malu.

2.1.2.4 Faktor yang mempengaruhi dalam unsur sosial budaya (sosiogenik) adalah kestabilan keluarga, pola asuh anak, tingkat ekonomi, fasilitas masyarakat yang tidak memadai, pengaruh keagamaan dan kelompok sosial (Yosep, 2016).

### **2.1.3 Tanda dan Gejala**

Memiliki kepribadian skizotipal (pendiam, pasif, introvert), pada masa anak-anak hanya punya sedikit teman, pada masa remaja tidak punya sahabat, tidak punya pacar, tidak menjadi anggota tim olahraga dan lebih suka menonton tv, mendengarkan musik serta bermain “*game*” daripada terlibat dalam aktivitas sosial, beberapa penderita, ketika remaja bisa memperlihatkan gejala obsesif-kompulsif pada masa prodromal. Tampilan bervariasi, berteriak-teriak, banyak bicara agitatif-agresif tanpa provokasi yang jelas, membisu, mematung, sikap tubuh yang aneh, canggung, taks, stereotipi, mannerime, kadang-kadang ekhopraksia, perawatan diri pada umumnya buruk, rasa cemas-takut yang hebat (disintegrasi jiwa, dunia kiamat), isolasi, ambivalensi, depresi, gangguan isi pikiran, menyangkut ide, keyakinan dan interpretasi terhadap stimulus (waham, preokupasi, ide-ide esoterik, abstrak, filosofis, psikologis yang aneh-aneh (Ike, 2008)

### **2.1.4 Proses Perjalanan Penyakit**

Proses perjalanan penyakit biasanya timbul dari masa awal remaja atau dewasa awal hingga dewasa tengah dengan melalui beberapa tahapan fase antara lain:

2.1.4.1 Fase prodromal yang berlangsung 6 bulan sampai 1 tahun yang ditandai dengan gangguan berupa self care, gangguan akademik, gangguan pekerjaan, gangguan fungsi sosial, gangguan pikiran dan persepsi.

2.1.4.2 Lalu diikuti fase aktif yang berlangsung selama 1 bulan yang ditandai dengan gangguan berupa gejala psikotik; halusinasi, delusi, disorganisasi proses berpikir, gangguan bicara, dan gangguan perilaku.

2.1.4.3 Dan fase terakhir ada fase residual dimana pasien mengalami 2 gejala yaitu gangguan afek dan gangguan peran yang biasanya serangannya beruang.

Menurut Clack (1962) dalam Yosep (2016) pasien yang mengalami gangguan jiwa sebagian besar disertai halusinasi dan delusi yang meliputi beberapa tahapan berikut ini antara lain:

2.1.4.4 Tahap *comforting*, yaitu timbul rasa cemas ringan yang disertai dengan kesepian, perasaan berdosa, suka berimajinasi untuk mengelabui stresornya sehingga merasa senang dan terhindar dari ancaman.

2.1.4.5 Tahap *condeming*, yaitu kecemasan moderat yang ditandai dengan kecemasan yang semakin meninggi selanjutnya pasien disertai dengan mendengar sesuatu, dan timbul perilaku menarik diri.

2.1.4.6 Tahap *controlling*, yaitu tahap kecemasan yang berat yang ditandai dengan pasien berusaha melawan suara yang datang tetapi suara tak kunjung hilang sehingga menyebabkan pasien mengalami kerusakan dalam bersosial terhadap orang lain.

2.1.4.7 Tahap *conquering*, yaitu pasien merasa panik yang ditandai dengan pasien merasa jika suara yang datang mengancam bila tidak diikuti perilaku pasien dapat bersifat meusak atau dapat timbul perilaku *suicide*.

## **2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri**

### **2.2.1 Definisi**

Herdman (2012) mendefinisi defisit perawatan diri sebagai suatu gangguan didalam melakukan aktifitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan,

toileting). Sedangkan perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia untuk memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat.

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri, tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi, defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada klien gangguan jiwa, pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri, keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan klien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat (Ramdhani, 2016).

### **2.2.2 Basic dalam Activity of Daily Living (ADL)**

ADL merupakan keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya. Terdapat 6 *basic* ADL yang harus terpenuhi menurut (Potter, 2005) antara lain:

#### **2.2.2.1 Bathing (Mandi)**

Mandi meliputi kemampuan untuk menggosok atau membersihkan sendiri seluruh bagian tubuh pasien dengan benar.

#### **2.2.2.2 Dressing (Berpakaian)**

Berpakaian meliputi pasien mengambil pakaian sendiri dalam lemari atau laci, mengenakan baju sendiri, dan memasang kancing atau resleting.

### 2.2.2.3 Toileting

Berpindah meliputi keluar masuk toilet, beranjak dari kloset, merapikan pakaian, dan membersihkan area perineal.

### 2.2.2.4 Transferring (Berpindah)

Berpindah meliputi naik turun sendiri baik dari maupun menuju ke tempat tidur atau kursi roda.

### 2.2.2.5 Continence (Kontinensia)

Kontinensia meliputi kemampuan membuang hajat sendiri baik urinal maupun defekasi.

### 2.2.2.6 Eating (Makan)

Makan meliputi menyuap makanan, dan mengambil makanan dan piring.

## 2.2.3 Proses Terjadinya Masalah

Berikut ini adalah faktor-faktor yang menyebabkan individu mengalami defisit perawatan diri, yaitu:

### 2.2.3.1 Faktor Predisposisi

- a. Biologis, seringkali defisit perawatan diri disebabkan karena adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri dan adanya faktor herediter yaitu ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b. Psikologis, faktor perkembangan memegang peranan yang tidak kalah penting hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu sehingga perkembangan inisiatif terganggu. Pasien gangguan jiwa mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.
- c. Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan pasien mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri.

### 2.2.3.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan defisit perawatan diri adalah penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah, lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

### 2.2.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala defisit perawatan diri dapat dinilai dari pernyataan pasien tentang kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, BAB dan BAK dan didukung dengan data hasil observasi.

#### 2.2.4.1 Data Subjektif

Menurut Ahmad et. al. (2014) terdapat tanda subjektif yang menjadi ciri dari pasien defisit perawatan diri sebagai berikut:

- a. Malas mandi
- b. Tidak mau menyisir rambut
- c. Tidak mau menggosok gigi
- d. Tidak mau memotong kuku
- e. Tidak mau/tidak bisa menggunakan alat mandi
- f. Tidak mau berdandan/berhias
- g. Tidak mau menggunakan alat makan/minum
- h. BAB dan BAK sembarangan
- i. Tidak mengetahui cara merawat diri (Ahmad, 2014).

#### 2.2.4.2 Data Objektif

Menurut Ahmad et. al. (2014) terdapat tanda objektif yang menjadi ciri dari pasien defisit perawatan diri sebagai berikut:

- a. Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang.

- b. Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar dan tidak menggunakan alat-alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar
- c. Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan berhias.
- d. Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju atau celana.
- e. Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misal memakai pakaian berlapis-lapis, penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, misalnya telajang.
- f. Makan dan minum sembarangan serta berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan (dari panci ke piring atau mangkok, tidak mampu menggunakan sendok dan tidak mengetahui fungsi alat-alat makan), memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan)
- g. BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu (menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB atau BAK).

### **2.2.5 Mekanisme Koping**

Pada pasien defisit perawatan diri terdapat mekanisme koping yang dapat dijadikan perkiraan rentang terhadap respon pasien sebagai berikut:

#### **2.2.5.1 Mekanisme Koping Adaptif**

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

#### 2.2.5.2 Mekanisme Koping Maladaptif

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah tidak mau merawat diri (Damaiyanti, 2012).

#### 2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Herman dalam Ade (2011) adalah sebagai berikut:

2.2.6.1 Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri

2.2.6.2 Membimbing dan menolong klien untuk merawat diri

2.2.6.3 Ciptakan lingkungan yang mendukung

### 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Defisit Perawatan Diri

#### 2.3.1 Pengkajian

Sistem pengkajian pada pasien menggunakan metode wawancara dan observasi menurut Nurhalimah (2016):

##### 2.3.1.1 Pengkajian Wawancara

- a. Pasien mengatakan pernah mandi
- b. Pasien mengatakan BAB/BAK sembarangan
- c. Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri
- d. Pasien mengatakan penampilan dirinya sudah baik
- e. Pasien mengatakan jika keluar rumah dengan baju yang dipakai
- f. Pasien mengatakan tidak bisa menggunakan alat mandi
- g. Pasien mengatakan mandi jika dipaksa dan tidak merapikan rambut

##### 2.3.1.2 Pengkajian Observasi

- a. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.

- b. Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.
- c. Ketidakmampuan makan dan minum secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan dan minum sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
- d. Ketidakmampuan BAB dan BAK secara mandiri, ditandai dengan BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB dan BAK (Nurhalimah, 2016).

### 2.3.1.3 Skoring pengkajian kebutuhan ADL dengan Kartz Index

Tabel 1.1 Tabel Skoring Kartz Index

NO	Aktifitas	Mandiri	Tergantung
1	<p><b>Mandi</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya, atau tidak mampu dalam mengenali bagian dalam mandi.</p> <p><b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.</p>		
2	<p><b>Berpakaian</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, memilih pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p> <p><b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.</p>		

3	<p><b>Ke Kamar Kecil</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		
4	<p><b>Berpindah</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		
5	<p><b>Kontinen</b></p> <p><b>Mandiri :</b> BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b> Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut ( pampers)</p>		
6	<p><b>Makan</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral ( NGT )</p>		

Sumber: Potter and Pery (2005)

Keterangan: beri poin 1 untuk mandiri dan poin 0 untuk ketergantungan.

Analisis Hasil :

- a. Nilai A: Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.
- b. Nilai B: Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- c. Nilai C: Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- d. Nilai D: Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- e. Nilai E: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
- f. Nilai F: Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- g. Nilai G: Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

### **2.3.2 Diagnosa yang Muncul Pada Defisit Perawatan Diri**

Menurut buku (NANDA, 2015) pasien dengan defisit perawatan diri dapat memperoleh diagnosa sebagai berikut:

#### **2.3.2.1 Defisit Perawatan Diri: mandi**

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas mandi secara mandiri

#### **2.3.2.2 Defisit Perawatan Diri: berpakaian**

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas berpakaian secara mandiri

#### 2.3.2.3 Defisit Perawatan Diri: makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas makan mandiri.

#### 2.3.2.4 Defisit Perawatan Diri: eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas eliminasi secara mandiri.

### **2.3.3 Rencana Keperawatan**

Berikut ini adalah rencana keperawatan menurut (Maas, 2014) adalah sebagai berikut:

#### 2.3.3.1 Tujuan Keperawatan

- a. Makan, memakai baju, ke toilet, mandi, berpakaian, dan berhias mampu dilakukan secara mandiri atau tidak terganggu.

#### 2.3.3.2 Intervensi

- a. Peningkatan latihan
- b. Penajaran: individu
- c. Perawatan kuku
- d. Pemeliharaan kesehatan mulut

#### 2.3.3.3 Tujuan

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

#### 2.3.3.4 Tindakan Keperawatan

Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri. Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan berikut.

- a. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.

- b. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri.
- c. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
- d. Melatih pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.
- e. Melatih pasien berdandan/berhias.

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

- a. Untuk pasien laki-laki latihan meliputi: berpakaian, menyisir rambut, bercukur
- b. Untuk pasien wanita, latihannya meliputi: berpakaian, menyisir rambut, berhias.

Melatih pasien makan secara mandiri. Untuk melatih makan pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut.

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

Pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut.

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

#### **2.3.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Berikut adalah kemampuan yang diharapkan setelah diberikan tindakan keperawatan menurut (Yusuf, 2014):

Pasien dapat menyebutkan hal berikut.

- a. Penyebab tidak merawat diri.
- b. Manfaat menjaga perawatan diri.
- c. Tanda-tanda bersih dan rapi.
- d. Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan.

Pasien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri dalam hal berikut:

- a. Dapat melakukan kebersihan diri
- b. Dapat berdandan mandiri
- c. Mampu memenuhi kebutuhan makan mandiri
- d. Mampu memenuhi kebutuhan eliminasi.

### 2.3.4 Kuisisioner Penilaian Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 1.2 Kuisisioner penilaian kemampuan perawatan diri

PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI			
		Nama Pasien :	
		Ruangan :	
		Nama Perawat :	
<b><i>Petunjuk Penggunaan</i></b>			
1. Beri tanda "v" jika pasien mampu melakukan			
2. Tuliskan tanggal di setiap pelaksanaan			
N O	Kemampuan	Tangga I	
1	Menyebutkan pentingnya kebersihan diri		
2	Menyebutkan cara membersihkan diri		
3	Mampu mandiri mempraktikkan mandi		
4	Mampu komitmen mandi 2x sehari		
5	Mampu mandiri mempraktikkan keramas		
6	Mampu mandiri mempraktikkan menyikat gigi		
7	Mampu komitmen menyikat gigi 2x sehari		
8	Mampu memilih pakaian yang sesuai		
9	Mampu memakai pakaian mandiri		
10	Mampu komitmen ganti baju 2x sehari		
11	Mampu memilih alat berhias dengan benar		
12	Mampu berhias dengan benar		
13	Mampu mandiri mengambil alat makan dan minum		
14	Mampu mandiri mengambil menu makanan		
15	Mampu mandiri mengambil minuman		
16	Benar mengaplikasikan tata cara makan minum		
17	Komitmen dalam tata cara BAB dan BAK		
18	Mandiri dalam BAB dan BAK		

Sumber : (Keliat, 2011)

## **2.4 Konsep Aplikasi Terapi *Activity of Daily Living* (ADL)**

### **2.4.1 Definisi**

Istilah ADL (*Activity of Daily Living*) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari. ADL merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. Pelatihan (*training*) ADL adalah salah satu asuhan keperawatan yang dapat meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri. ADL *training* merupakan suatu terapi aktifitas yang termasuk pada terapi modalitas dengan sistem strategi membentuk pola (*shaping*) dan *new behaviour with modeling*. Strategi membentuk pola (*shaping*) dan *new behaviour with modeling* adalah teknik untuk mengubah perilaku dengan memberi contoh perilaku adaptif untuk ditiru klien. Dengan teknik ini klien akan mencontoh dan mempelajari serta meniru perilaku tersebut (Nurhalimah, 2016).

### **2.4.2 Tujuan Penerapan Terapi ADL *Training***

Tujuan dari dilakukannya terapi ADL adalah meningkatkan keterampilan atau kemampuan merawat diri pada subjek dengan gangguan skizofrenia, melalui pemberian intervensi ADL *training* ini subjek dapat meningkatkan kemandiriannya dalam melakukan perawatan diri. Didukung oleh teori dari Ibid (2009), yang menyatakan bahwa pelatihan merupakan suatu tujuan untuk mencapai sesuatu yang diharapkan dan diinginkan. Pelatihan yang diberikan dapat mengubah perilaku, kebiasaan, sikap, kemampuan, keahlian dan pengetahuan sehingga mereka dapat menerapkan sesuatu yang diberikan. Teori lain yang menyatakan bahwa dengan pelatihan dapat mengubah perilaku seseorang adalah teori Roger bahwa, dengan adanya pengkondisian pembelajaran akan terjadi perubahan perilaku yang dimulai dengan perubahan pada tingkat pengetahuan yaitu timbul pemahaman dan kesadaran (*awareness*) (S. A. Rini, 2016). Dengan kemandirian yang terbangun, kualitas hidup pada pasien skizofrenia dengan defisit perawatan diri akan meningkat sehingga memiliki perasaan jika mereka berguna bagi masyarakat, memiliki aktifitas seperti kehidupan normal dan dapat bersosialisasi (Matheus, 2016).

### **2.4.3 Komponen Dalam ADL Training**

Kebutuhan yang harus dilakukan pasien dalam ADL meliputi antara lain: ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat (Madalis, 2015).

### **2.4.4 Indikasi Pasien**

Pasien yang mendapatkan *ADL training* merupakan semua jenis gangguan jiwa yang mengalami masalah utama defisit perawatan diri, sudah, mengalami penurunan atau hambatan dalam perawatan dirinya.

### **2.4.5 Alat dan Bahan Yang Digunakan**

Dalam pelaksanaan *ADL training* terdapat fasilitas yang diperlukan untuk menunjang kelancaran dari aktifitas terapi. Alat dan bahan yang digunakan dalam *ADL training* adalah sabun, sikat gigi, handuk, pasta gigi, shampo, sisir, *body lotion*, minyak rambut, baju ganti dan bedak, parfum, kerudung, set pakaian pria dan wanita.

### **2.4.6 Kegiatan Pada ADL Training**

Kegiatan dalam pelatihan kemandirian pasien meliputi diskusi tentang pentingnya ADL, alat yang digunakan dan cara melakukan ADL. Melalui *training* seseorang dapat menjadi tahu, kemudian setelah tahu individu tersebut akan merespon terhadap stimulus yang ada yang dinyatakan dengan peningkatan sikap. Apabila individu tersebut merespon positif terhadap stimulus maka akan terjadi perubahan perilaku, dalam hal ini perubahan perilaku dinyatakan dengan peningkatan kemandirian dalam perawatan diri (Madalis, 2015).

### **2.4.7 Setting Lingkungan**

*Setting* lingkungan yang digunakan berhubungan dengan sesi yang sedang dilaksanakan seperti kamar mandi, ruangan yang santai/ruang diskusi, di ruang makan, dan di WC.

#### **2.4.8 Mekanisme Dalam Melaksanakan ADL Training**

ADL *training* yang bersifat sederhana, sistematis dan konsisten, membuat subjek yang memiliki gangguan skizofrenia lebih bisa memahami dan mengikuti sesuai dengan perilaku yang diharapkan. Kemudian dengan dilakukannya pengulangan-pengulangan materi yang sama pada setiap sesi membuat subjek mengingat dan mendorong terciptanya pola perilaku tertentu yaitu di sini adalah pola perilaku merawat diri terdiri dari mandi, keramas, gosok gigi, menyisir rambut, memakai *hand body lotion*, memakai bedak dan minyak rambut. Dengan terapi perilaku yang memiliki cara kerja sederhana, mampu menghentikan perilaku yang tidak diinginkan (dengan cara mengilangkan penguat) dan menggantikannya dengan perilaku yang diinginkan dengan memakai penguat atau *reinforcement*. (S. A. Rini, 2016)

#### **2.4.9 Tahapan Pada Pelaksanaan ADL Training**

Pada 6 sesi latihan dalam 14 hari, subjek melakukan mandi yaitu dengan urutan menggosokkan badan terlebih dahulu dari rambut sampai seluruh badan, kemudian keramas dengan shampo secara merata di seluruh permukaan kepala, kemudian menggosokkan sabun ke badan dari urutan tangan badan bagian atas, tengah dan bawah. Kemudian menggosokkan badan dengan air sampai bersih dan tidak ada sabun tersisa di kepala dan badan. Selanjutnya menggosok gigi dengan urutan bawah, atas, dalam, depan belakang gigi, lidah dan berkumur dengan air sampai bersih. Setelah itu mengeringkan badan memakai handuk dan berganti baju yang bersih, kemudian bereskan peralatan mandi, memotong kuku dan berhias. Berikut adalah tahapan pelaksanaan ADL *training* yang dibagi menjadi 6 sesi menurut (S. A. Rini, 2016).

2.4.9.1 Sesi 1, diajarkan tentang perawatan diri mandi, menyikat gigi, dan keramas.

2.4.9.2 Sesi 2, subjek diajak membersihkan kuku atau memotong kuku

2.4.9.3 Sesi 3, subjek diajak berpakaian rapi dan pengelolaan pakaian kotor.

2.4.9.4 Sesi 4, subjek diajak berhias diri

2.4.9.5 Sesi 5, subjek diajak makan dan minum sesuai dengan tata caranya

2.4.9.6 Sesi 6, subjek diajak simulasi penerapan BAB dan BAK dengan benar.

#### **2.4.10 Metode Pelaksanaan**

Dalam kemandirian pasien perlu tahapan, arahan, dan bimbingan untuk mencapai sebuah perilaku mandiri. Berikut ini adalah tahapan pelaksanaan ADL *training* menurut (Keliat, 2014) adalah:

##### 2.4.10.1 Sesi 1

###### a. Tujuan

- 1) Pasien memahami pentingnya mandi, menyikat gigi dan keramas.
- 2) Pasien memahami cara mandi dan dapat mempraktikkan cara mandi, keramas dan menyikat gigi yang benar.
- 3) Pasien memahami manfaat keramas, mandi dan menyikat gigi.

###### b. Setting

Setting yang digunakan dalam pelaksanaannya adalah diskusi dengan pasien di ruang diskusi dan mempraktikkan di kamar mandi.

###### c. Alat

Alat yang digunakan dalam pelaksanaan sesi 1 diantaranya, ember, gayung, handuk, sabun mandi, air bersih, sampo, sikat gigi, pasta gigi

###### d. Metode

Metode yang digunakan dalam sesi 1 adalah diskusi dan demonstrasi.

###### e. Langkah Kegiatan

- 1) Persiapkan tempat dan alat yang akan digunakan.
- 2) Persiapkan pasien sesuai dengan indikasi.
- 3) Mengucap salam dan memperkenalkan diri

- 4) Tanyakan perasaan pasien hari ini
- 5) Jelaskan mekanisme kegiatan yang akan dilakukan
- 6) Tanyakan kebiasaan perawatan diri pasien yang biasa dilakukan
- 7) Tanyakan metode pelaksanaan pasien dalam merawat dirinya
- 8) Memberikan penjelasan terkait pentingnya mandi, menyikat gigi, dan keramas.
- 9) Menjelaskan alat yang digunakan dalam mandi, menyikat gigi dan keramas
- 10) Lakukan demonstrasi dengan mempraktikkan pada pasien
  - a) Cara menyikat gigi
    - (1) Berkumur
    - (2) Ambil sikat gigi dan oleskan pasta gigi di permukaan sikat gigi
    - (3) Gosok gigi 8x gosokan pada setiap sisi gigi
    - (4) Berkumur setelah menyikat
    - (5) Bersihkan sikat gigi
  - b) Cara mandi dan keramas
    - (1) Basahi seluruh badan dan kepala dengan air yang tersedia
    - (2) Ambil dan gosokkan sabun ke permukaan tubuh mulai badan, anggota badan, wajah, daerah perineal dan kelamin.
    - (3) Ambil sampo secukupnya, gosok merata di seluruh permukaan kepala.
    - (4) Bilas badan dan kepala hingga bersih
    - (5) Keringkan badan dan rambut
    - (6) Berikan pujian terhadap tindakan pasien
- 11) Evaluasi subjektif: tanyakan perasaan pasien setelah diberikan tindakan.
- 12) Evaluasi objektif: beri penilaian terkait tindakan pasien.
- 13) Tindak lanjut: anjurkan pasien untuk mandi dan menyikat gigi 2x sehari serta keramas 2 hari sekali.

#### 2.4.10.2 Sesi 2

##### a. Tujuan

Tujuan dari pelaksanaan sesi 2 adalah pasien membiasakan diri untuk memotong kuku dan memahami cara memotong kuku

##### b. Setting

Setting pada sesi 2 yaitu berada di ruangan yang nyaman untuk pasien.

##### c. Alat

Alat yang digunakan dalam pelaksanaan sesi 2 diantaranya, gunting kuku, tisu, air hangat, kom bersih, sabun.

##### d. Metode

Metode yang digunakan yaitu demonstrasi dan pasien mempraktikkan langsung

##### e. Langkah Kegiatan

- 1) Persiapkan tempat
- 2) Persiapkan alat bersama pasien yang dibutuhkan
- 3) Tanyakan kebiasaan pasien dalam memotong kuku
- 4) Tanyakan cara pasien dalam memotong kuku
- 5) Jelaskan cara memotong kuku dengan pasien mempraktikkan langsung
- 6) Cara memotong kuku
  - a) Rendam kuku di air hangat dalam kom selama  $\pm$  10 menit dan keringkan dengan tisu
  - b) Potong kuku dari ujung kanan ke kiri
  - c) Mencuci tangan setelah memotong kuku
  - d) Keringkan tangan dengan tisu.
- 7) Evaluasi subjektif: tanyakan perasaan pasien setelah mengerti perawatan kuku yang benar

- 8) Evaluasi objektif: beri saran pada pasien terkait percobaan pasien dalam memotong kuku
- 9) Tindak lanjut: anjurkan pasien dalam memotong kuku minimal 1x dalam seminggu.

#### 2.4.10.3 Sesi 3

##### a. Tujuan

- 1) Pasien membiasakan dalam berpakaian rapi dan sesuai
- 2) Mampu mengelola pakaian kotor

##### b. Setting

Setting yang digunakan adalah di ruang ganti pasien

##### c. Alat Yang Digunakan

- 1) Set pakaian dalam pria atau wanita
- 2) Set pakaian dalam pria atau wanita
- 3) Cermin

##### d. Metode

Metode yang digunakan dalam sesi 3 adalah demonstrasi dan pengaplikasian langsung

##### e. Langkah Kegiatan

- 1) Persiapan alat dan tempat bersama pasien
- 2) Tanyakan kebiasaan pasien dalam berpakaian dan pengelolaanya
- 3) Demonstrasi dan aplikasikan pada pasien langsung terkait berpakaian
- 4) Pasien di usahakan memilih sendiri pakaian yang ingin digunakan dengan arahan dari perawat
- 5) Beri kesempatan pasien memakai sendiri pakaian dalamnya dengan arahan perawat
- 6) Beri kesempatan pasien untuk memakai pakaian luar.

- 7) Beri arahan pada pasien untuk meletakkan pakaia kotor di tempat yang telah di sediakan.
- 8) Beri tanggapan postif terkait pakaian yang dipilih dan cara pasien dalam memakai pakaiannya.
- 9) Evaluasi subjektif: minta pendapat pasien terkait berpakaian rapi dan sesuai
- 10) Evaluasi objektif: beri tanggapan pada cara pasien dalam berpakaian

#### 2.4.10.4 Sesi 4

##### a. Tujuan

- 1) Pasien mampu membiasakan diri dalam berhias diri
- 2) Pasien mengetahui tentang berhias diri yang tepat
- 3) Beri tindak lanjut berupa pembiasaan diri dalam berpakaian rapi setiap hari setelah mandi.

##### b. Setting

Setting yang digunakan pada sesi 4 adalah di ruang ganti

##### c. Alat Yang Digunakan

- 1) Alat rias wanita: sisir, bedak, lipstik, *hand body lotion*, ikat rambut, kerudung
- 2) Alat rias pria: sisir, alat cukur kumis, parfum, mi nyak rambut
- 3) Cermin

##### d. Metode

Cara penyampaian yang digunakan pada sesi 4 yaitu demonstrasi dengan pengaplikasian labgsung pada pasien

##### e. Langkah Kegiatan

- 1) Persiapkan dengan pasien tempat dan alat yang diperlukan
- 2) Tanyakan kebiasaan pasien dalam berhias diri

- 3) Cara berhias
  - a) Untuk wanita
    - (1) Pakai bedak
    - (2) Pakai lipstik
    - (3) Pakai *hand body lotion*
    - (4) Menyisir rambut dan mengikat rambut
    - (5) Memakai kerudung
  - b) Berhias pria
    - (1) Rapikan kumis atau cukur kumis
    - (2) Pastikan rapi
    - (3) Sisir rambut
    - (4) Gunakan minyak rambut dan parfum
- 4) Beri tanggapan positif terhadap tindakan pasien

2.3.4.1 Evaluasi subjektif: tanyakan pada pasien terkait berhias diri yang telah di ajarkan

- 5) Evaluasi objektif: beri saran dan tanggapan terhadap berhias pasien yang telah diaplikasikan
- 6) Tindak lanjut: anjurkan pasien untuk berhias setiap setelah mandi dan berpakaian rapi

#### 2.4.10.5 Sesi 5

##### a. Tujuan

- 1) Pasien mampu mengaplikasikan tata cara makan dan minum yang baik
- 2) Pasien mampu membiasakan diri untuk makan dan minum dengan tata cara yang telah di sesuaikan.

##### b. Setting

Setting tempat yang dilakukan dalam pembiasaan makan dan minum adalah di ruang makan

a. Alat yang Digunakan

- 1) Piring
- 2) Sendok
- 3) Gelas
- 4) Air minum
- 5) Garpu
- 6) Tisu
- 7) Wastafel dan sabun cuci tangan

b. Metode

Metode yang digunakan dalam pembiasaan makan dan minum adalah dengan demonstrasi dan pengaplikasian langsung pada pasien

c. Langkah Kegiatan

- 1) Persiapkan tempat dan alat dengan pasien
- 2) Tanyakan pada pasien terkait kebiasaan makan dan minum serta kebiasaan setelahnya.
- 3) Demonstrasi dan aplikasikan langsung pada pasien terkait tata cara makan dan minum
- 4) Cuci tangan
- 5) Ambil makanan yang tertib
- 6) Ambil gelas milik pribadi dan ambil minum yang sudah disediakan.
- 7) Duduk yang nyaman
- 8) Minum dengan tenang.
- 9) Makan dan kunyah dengan tenang serta tertib
- 10) Minum kembali setelah makan
- 11) Kumpulkan alat makan yang sudah digunakan
- 12) Berikan pada tempat yang sudah di siapkan
- 13) Cuci tangan dan keringkan

- 14) Beri tanggapan positif terhadap tindakan pasien
- 15) Evaluasi subjektif: tanyakan tanggapan pasien terhadap tata cara yang telah di aplikasikan
- 16) Evaluasi objektif: beri saran untuk membiasakan diri dalam tata cara makan minum
- 17) Tindak lanjut: membiasakan untuk mandiri dan tertib dalam tata cara makan dan minum.

#### 2.4.10.6 Sesi 6

##### a. Tujuan

- 1) Pasien mampu mandiri ketika BAB dan BAK
- 2) Pasien mampu menggunakan peralatan untuk BAB dan BAK

##### c. Setting

Setting yang digunakan adalah demonstrasi dan simulasi di WC

##### d. Alat yang Digunakan

- 1) Ember
- 2) Air bersih
- 3) Gayung mandi
- 4) Sabun
- 5) Handuk

##### e. Metode

Metode yang digunakan adalah demonstrasi dan simulasi

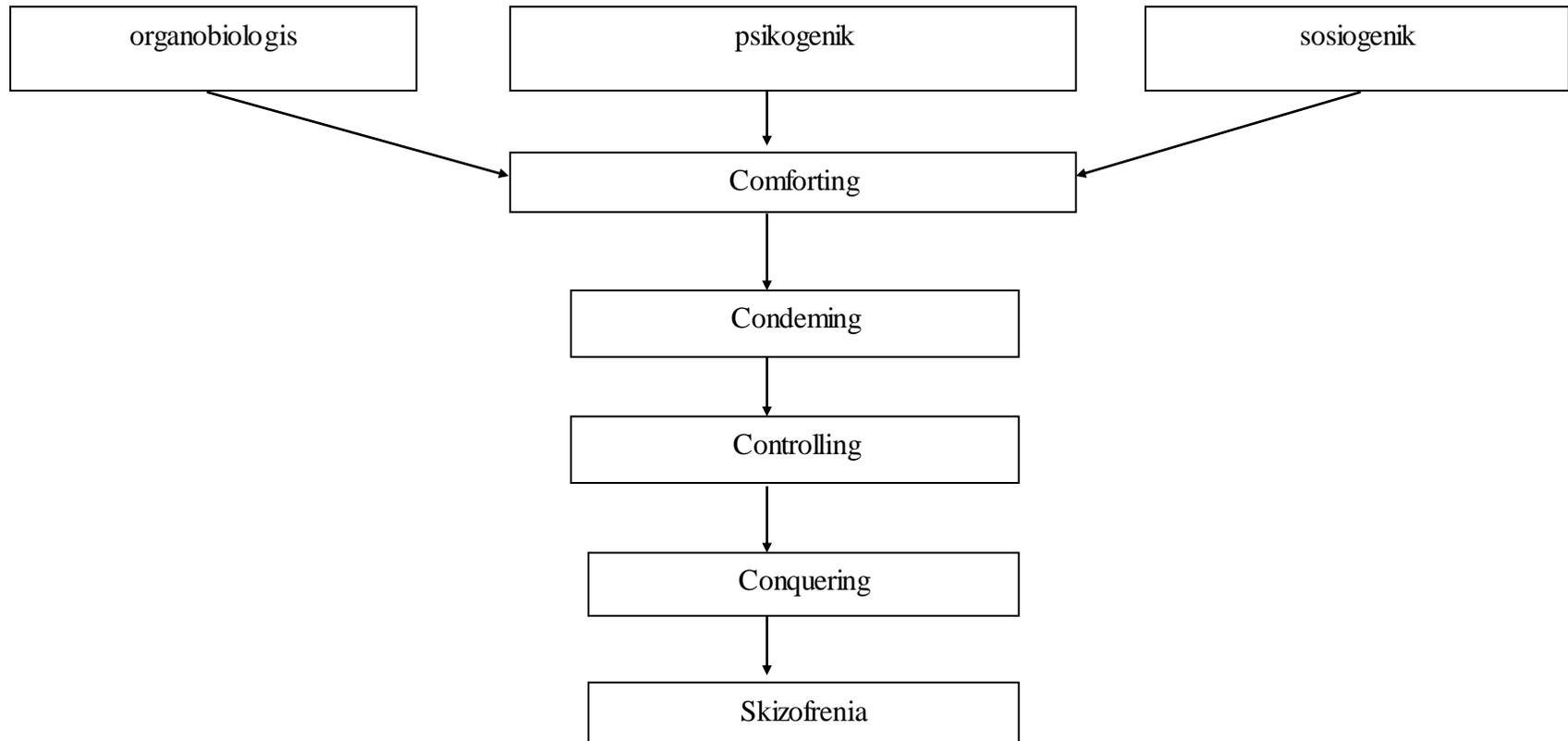
##### f. Langkah Kegiatan

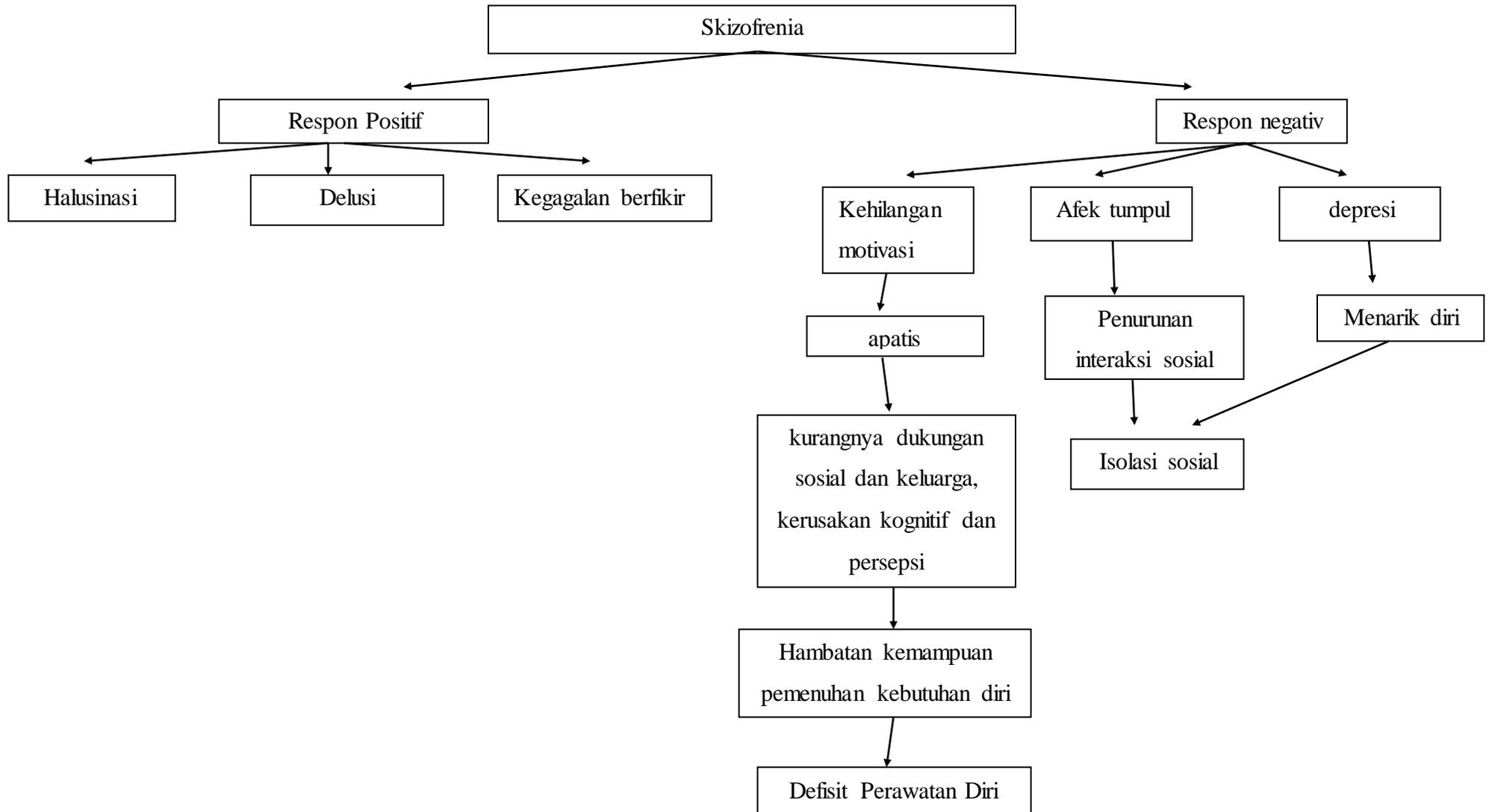
- 1) Persiapkan alat yang digunakan bersama pasien
- 2) Tanyakan kebiasaan pasien ketika BAB dan BAK
- 3) Demonstrasi dan beri simulasi dengan pasien

- a) Cara BAB
  - (1) Siram kloset
  - (2) Buka pakaian bawah
  - (3) Lakukan BAB
  - (4) Siram kloset sampai bersih
  - (5) Bersihkan daerah perineal dengan sabun
  - (6) Keringkan menggunakan handuk
- b) Cara BAK
  - (1) Pergi ke WC
  - (2) Siram kloset
  - (3) Mulai BAK
  - (4) Siram kloset hingga bersih
  - (5) Bersihkan perineal
  - (6) Keringkan menggunakan handuk atau tisu.
  - (7) Beri respon positif terkait kemandirian pasien
  - 4) Evaluasi subjektif: tanyakan pendapat pasien terkait cara BAB dan BAK
  - 5) Evaluasi objektif: beri kesempatan pasien untuk mengulang simulasi
  - 6) Tindak lanjut: Anjurkan pasien BAB dan BAK sesuai yang sudah di ajarkan.

## 2.5 Patopsikologi

Berikut adalah perjalanan penyakit dari skizofrenia hingga menjadi defisit perawatan diri menurut (Yosep, 2016):





## **2.6 Tahapan Pelaksanaan Karya Tulis Ilmiah**

### **2.6.1 Perizinan**

Perizinan dalam pengambilan pasien untuk berikan inovasi adalah berawal dari surat izin dan surat tugas dari kampus yang ditujukan pada Puskesmas Mungkid sebagai salah satu syarat pengambilan pasien di wilayah jiwa komunitas Kecamatan Paremono Mungkid. Selain perizinan terkait pihak Puskesmas, pembuatan *inform concent* juga diwajibkan bagi mahasiswa sebagai tanggung jawab awal dari kelangsungan efek terapi yang akan diberikan pada kriteria pasien yang akan dipilih.

### **2.6.2 Seleksi Pasien**

Seleksi pasien yang akan dipilih untuk diberikan inovasi ADL Training adalah menggunakan Indek Kartz yaitu dengan penilaian skor pemenuhan kebutuhan diri pada pasien. Pasien yang akan dipilih yaitu skor 4-5 dari skor maksimal 6 dengan banyak kriteria pada setiap skor yang ada.

### **2.6.3 Tahapan Asuhan Keperawatan**

#### **2.6.3.1 Pengkajian**

Pengkajian pasien defisit perawatan diri tentunya berdasarkan hasil skor yang sudah terpilih kemudian dikaji dengan observasi, wawancara pasien dan keluarga sebagai *care giver*.

#### **2.6.3.2 Diagnosa**

Diagnosa didapatkan dan ditegakkan sesuai dengan hasil dari pengkajian yang sebelumnya sudah dilakukan pada pasien.

#### **2.6.3.3 Inovasi**

Inovasi digunakan sebagai intervensi dan implementasi dari diagnosa yang sudah ditegakkan. Inovasi bertujuan untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam perawatan dirinya yang di dokumentasikan pada evaluasi keperawatan. Pelaksanaan inovasi dilakukan dengan model sesi pada setiap pelaksanaannya.

## **2.7 Penerapan Prinsip Etik**

Dalam pemberian tindakan keperawatan terdapat prinsip etik atau aturan yang berkaitan dengan norma yang harus di tanamkan diantaranya:

### *2.7.1 Beneficence* (Berbuat Baik)

Dalam tahap awal atau tahap pendekatan pasien dibutuhkan kesabaran dan perbuatan yang baik untuk menciptakan suasana trust pada pasien dan perawat. Berbuat baik dapat dilakukan secara bersamaan dengan banyak cara diantaranya dengan mengikuti kegiatan ADL pasien setiap hari dengan tujuan menciptakan trust dan sebagai pengkajian observasi pada pasien.

### *2.7.2 Nonmaleficence* (Tidak Merugikan)

Diharapkan dalam pemberian inovasi dapat memberikan pengaruh positif pada pasien yang ditunjukkan dengan peningkatan aktifitas perawatan diri secara mandiri.

### *2.7.3 Otonomy* (Pemberian Kebebasan)

Prinsip otonomi diterapkan saat pasien menentukan jam atau waktu untuk dilakukan inovasi. Dengan pemberian kebebasan pada pasien memilih waktu pemberian sesi, waktu istirahat pasien tidak terganggu sehingga pemberian inovasi lebih maksimal.

### *2.7.4 Fidelity* (Ketepatan Janji)

Ketepatan janji merupakan prinsip utama dalam inovasi karena pasien merasa bosan jika kontrak waktu yang sudah disepakati sering tidak tepat sasaran dengan begitu pasien tidak akan percaya dengan kontrak waktu yang akan dilakukan untuk sesi selanjutnya.

## **BAB 3**

### **LAPORAN KASUS**

Pada BAB ini penulis akan menguraikan tentang pengelolaan asuhan keperawatan pada Ny. S yang memiliki gangguan jiwa, yang dilakukan selama 2 minggu di Dusun Tanggulangin, Desa Pagersari, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang. Pada proses keperawatan melalui 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan pada pasien dengan gangguan jiwa.

#### **3.1 Pengkajian Dan Diagnosa**

Pada pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan Ny. S berusia 42 tahun yang beralamatkan di Dusun Tanggulangin, Desa Pagersari, Kecamatan Mungkid, Kabupaten Magelang, beragama islam, berjenis kelamin perempuan, dan pendidikan terakhir SD.

Pada pengkajian yang sudah dilakukan didapatkan data jika keluarga Ny. S tidak memiliki riwayat gangguan jiwa. Ny. S mengalami gangguan jiwa kurang lebih semenjak 6 tahun yang lalu hingga sekarang. Awal mula Ny. S terjadi gangguan jiwa adalah ketika adiknya Ny. Sr menikah dan ia merasa terdahului. Pasien mengeluhkan jika sangat kecewa dengan adiknya. Pasien tidak dibawa ke pelayanan kesehatan, pasien pernah diberi obat dari petugas Puskesmas yang datang kerumahnya karena mendapat laporan dari kader setempat dan pengobatan terhenti karena ketidakpatuhan dalam meminum obat, alasan keluarga tidak membawanya dalam pelayanan kesehatan adalah menganggap Ny. S sakit karena hasil dari perbuatannya sendiri. Gangguan jiwa pada Ny. S terdeteksi karena adanya binaan kader kesehatan jiwa di dusun Tanggulangin yang bekerjasama dengan Puskesmas Mungkid sehingga perawat kesehatan jiwa mengunjungi rumah Ny. S

Dalam pengkajian konsep diri dihasilkan jika pasien menjelek-jelekkkan dirinya sendiri, merasa tidak berguna, merasa dikucilkan keluarganya, merasa minder untuk berinteraksi dengan orang lain. Ny. S seorang wanita berumur 42 tahun, belum menikah dan tidak bekerja.

Sebelum pasien mengalami gangguan jiwa, pasien memiliki pengalaman bekerja menjadi asisten rumah tangga di beberapa kota. Pasien pulang setiap 3 bulan sekali, dan mampu mengambil keputusan dalam menentukan pilihan. Setelah mengalami gangguan jiwa pasien cenderung pendiam, lebih suka mengurung diri di kamarnya, tidak memiliki aktifitas fisik ataupun perawatan diri dan ketus jika ditanya anggota keluarganya.

Selama perawatan dirumah klien dibiarkan saja oleh keluarga. Untuk memelakukan perawatan dirinya keluarga sering mengabaikannya. Pasien mandi 1x sehari dan terkadang mandi tidak menggunakan sabun serta keramas tidak menggunakan sampo. Keluarga tidak berusaha mengajarkan pada pasien cara mandi yang benar. Keluarga mengambilkan setiap porsi makan, kulit kepala penuh dengan ketombe, pasien mengatakan gatal seluruh tubuh, setelah BAB dan BAK tidak dibersihkan area vitalnya, serta pakaian yang dipakai tidak sesuai. Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny. S terkait perawatan dirinya yang diukur dengan menggunakan Index Kartz pasien mendapatkan skor 4 atau predikat E yang artinya kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, makan satu fungsi tambahan (kontinensia).

Setelah dilakukan analisa dari pengkajian terhadap Ny. S, penulis dapat menegakan diagnosa keperawatan untuk pasien yaitu gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis, isolasi sosial: menarik diri, dan defisit perawatan diri.

### **3.2 Intervensi dan Implementasi**

Dari pengkajian dan diagnosa yang telah ditetapkan, maka penulis memberikan rencana dan tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa yang diperoleh pada Ny. S.

Pada gangguan konsep diri diagnosa harga diri rendah kronis, Ny. S penulis memberikan tindakan SP 1 (Strategi Pelaksanaan 1) yang meliputi mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif pada pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang mampu dilakukan, membantu pasien memilih kegiatan yang dilatih sesuai dengan kemampuan, melatih kegiatan yang sesuai pilihan, dan menganjurkan memasukkan dalam jadwal kegiatan. Ny. S memiliki riwayat

bekerja sebagai asisten rumah tangga, dan saat diidentifikasi kemampuan dan aspek positifnya Ny. S memilih untuk belajar kembali tentang membersihkan rumah seperti saat Ny. S bekerja dahulu. Dipertemuan yang ke 2 penulis mendemonstrasikan cara merawat rumah, menjadi *role play*, sekaligus melatih Ny. S seperti menyapu, membereskan ruangan, mencuci baju dan piring. Ketika proses demonstrasi dan melatih pasien, tampak Ny. S mampu melakukan kegiatan yang sesuai dengan pilihan dan kemampuan. Ny. S mampu membereskan ruangan untuk tidur, meja makan, dan dapur. Ny. S mampu menyapu dengan memperhatikan bagian sempit di sela-sela prabotan yang ada dirumah.

Sedangkan pada diagnosa isolasi sosial penulis memberikan tindakan berupa SP 1 untuk meningkatkan hubungan sosial yang meliputi menggali penyebab isolasi sosial, mendiskusikan keuntungan dan kerugian berinteraksi, mengajarkan cara berkenalan dan membiasakan untuk berbincang-bincang dengan orang lain terutama keluarga. Pada pertemuan pertama pasien diajak diskusi terkait dengan penyebab isolasi sosial dan Ny. S menjawab karena ia merasa tidak berguna lagi, tidak memiliki penghasilan untuk hidup yang biasanya di beri dari kakak iparnya ketika panen dan merasa di jauhi keluarga. Penulis membantu memperbaiki hubungan sosial antara Ny. S dan keluarga yang diawali dengan keluar dari kamarnya dan duduk di teras rumah. Ketika penulis berhasil mengajak Ny. S duduk di teras rumah terdapat beberapa orang yang lewat di depan dan samping rumah, penulis sekaligus mengajarkan Ny. S untuk menyapa dan memulai pembicaraan pada ibunya yang juga duduk di teras. Ny. S mampu menyapa tetangga yang lewat dan berbicara dengan sedikit ketus dengan ibu Ny. S. Pada pertemuan ke 2 Ny. S mau menyapa tanpa diingatkan lagi sambil menyapu halaman rumah.

Intervensi dan implementasi yang penulis berikan pada pasien dengan diagnosa defisit perawatan diri adalah memberikan latihan perawatan diri dan mengajarkan terhadap Ny. S untuk meningkatkan kemandirian pada pasien. Ny. S diberikan 4 SP yang di bagi menjadi 6 sesi sesuai dengan inovasi yang telah di tentukan. Mulai dari menjelaskan pentingnya merawat diri hingga mempraktikkan dan

mensimulasi cara mandi, berdandan, BAB/BAK, dan makan. Pada kunjungan pertama Ny. S dijelaskan dan di ajarkan 2 sesi sekaligus yaitu sesi 1 dan 2 menjelaskan dan mendemonstrasikan cara mandi, gosok gigi, keramas dan potong kuku serta evaluasi tindakan yang telah di ajarkan. Dikunjungan ke 2 penulis memberikan Ny. S 2 sesi lagi yaitu mengajarkan dan mensimulasikan cara berdandan, berhias, dan berpakaian sesuai. Sebelum memberi 2 sesi baru, penulis mengevaluasi tindakan berupa kegiatan 2 sesi yang sebelumnya sehingga Ny. S di arahkan untuk mengulangi secara mandiri kegiatan 2 sesi yang telah di simulasikan pada kunjungan pertama. Kunjungan ke tiga di 2 sesi terakhir penulis mensimulasikan cara makan dan BAB/BAK yang benar.

Semua intervensi dari tiap diagnosa di lakukan secara bersamaan dalam 3x kunjungan rumah dan 1x evaluasi akhir yang terkait dengan diagnosa defisit perawatan diri.

### **3.3 Inovasi Yang Diterapkan**

Inovasi yang dilakukan yaitu 6 sesi dalam 3x kunjungan adalah memberikan latihan aktifitas pemenuhan kebutuhan diri secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien melalui aktifitas harian yang diharapkan akan menjadi sebuah rutinitas. Inovasi ini hanya diberikan untuk pasien dengan kolaborasi dan dukungan dari keluarga untuk ikut berpartisipasi dalam meningkatkan kemandirian.

Pada kunjungan ke 1 pada tanggal 7 Mei 2018, penulis memberikan 2 sesi, yaitu sesi 1 (mandi, keramas, dan menggosok gigi) dan sesi 2 (memotong kuku). Sesi 1 penulis mengajarkan pasien untuk merawat diri berupa mandi, keramas dan menyikat gigi. *Setting* yang digunakan adalah di kamar mandi. Karena Ny. S tidak memiliki kamar mandi sendiri sehingga terpaksa setiap hari Ny. S harus menumpang di tetangga yang masih saudara. Sebelum simulasi Ny. S di ingatkan kembali terkait dengan alat yang dibutuhkan beserta fungsinya. Penulis mengajarkan cara mandi dan menggosok gigi sendiri dan Ny. S mempraktikkan arahan dari penulis. Penulis mengajarkan Ny. S untuk memulai mandi dan keramas dengan membasuh kepala hingga kaki serta mengajarkan cara

menggunakan shampo, menyabuni badan, hingga membilas. Pada sesi 2 penulis mengajarkan cara memotong kuku yang benar. *Setting* yang digunakan adalah di ruang tamu. Penulis memberi contoh memotong kuku yang benar kemudian mempersilahkan pasien untuk mencoba sendiri memotong kuku hingga selesai dan mengelola kuku yang sudah terpotong untuk di buang. Dari 2 sesi yang diajarkan pasien mampu mengetahui tentang alat yang digunakan untuk mandi, mampu menyebutkan cara mandi yang benar, mampu mempraktikkan mandi, pasien mengatakan gatal berkurang, dan pasien tampak memotong kuku dengan benar.

Pada pertemuan ke 2 pada tanggal 12 Mei 2018, pasien diberikan 2 sesi baru dan mengevaluasi 2 sesi yang di ajarkan pertemuan pada pertemuan ke 1 (mandi, menggosok gigi, dan memotong kuku). Dalam sesi 3 yaitu berpakaian yang sesuai atau memilih pakaian yang sesuai hingga mengelola pakaianyang kotor. *Setting* tempat yang digunakan yaitu kamar pasien. Sesi 3 merupakan lanjutan dari sesi 1 sehingga setelah mandi pasien di arahkan untuk memilih baju yang sesuai dengan kriteria yang di sukai ketika dirumah. Penulis mengajarkan cara memilih baju yang sesuai dengan situasi. Dalam sesi ke 3 pasien di ajarkan untuk memilih baju dalam dan luar hingga memakai secara mandiri. Pada sesi ke 4 pasien diajarkan berdandan sesuai dengan porsinya. *Setting* yang digunakan adalah di kamar pasien serta pasien di kenalkan dengan alat dandan minimal yang sesuai. Pasien di ajarkan cara amenyisir rambut degan benar, mengikat rambut, memberi *lotion* dan bedak. Pasien di simulasikan untuk mandiri dengan arahan dari penulis. Pasien memilih dapat memakai lotion dan perlu dibantu dalam menyisir rambut. Pada pertemuan ke 2 penulis mengevaluasi kemandirian Ny. S dari mandi hingga berdandan. Ny. S sudah mandi 2x dengan memakai sabun, memakai sampo saat keramas dan mampu memilih baju yang sesuai ketika dirumah serta mampu berdandan sendiri.

Kemudian pada pertemuan ke 3 pada tanggal 16 Mei 2018, penulis mengajarkan 2 sesi terkahir dan mengevaluasi 4 sesi dari 2 pertemuan sebelumnya. Pada sesi ke 5 penulis mengajarkan tata cara makan dan minum yang benar, karena kebiasaan

pasien ketika makan adalah di ambikan ibunya dan diantar ke kamar. Penulis mengingatkan kembali alat yang dibutuhkan untuk makan dan minum dan meminta pasien untuk mempraktikkan cara makan dan minum. Setting tempat yang digunakan adalah di ruang makan dan dapur. Penulis memberikan demonstrasi dan simulasi langsung pada pasien terkait tata cara mengambil makanan dan minuman, tata cara ketika makan dan minum, serta tindak lanjut setelah makan dan minum. Dan pada sesi 6 penulis mendemonstrasi dan mensimulasi cara BAB dan BAK dirumah. Setting yang digunakan adalah kamar mandi milik tetangga rumah pasien. Pasien di ingatkan kembali terkait alat yang digunakan ketika BAB dan BAK di kamar mandi. Penulis mendemostrasikan dan mensimulasi langsung pasien terkait cara ketika akan memakai WC, membersihkan alat vital pasien setelah BAB dan BAK, serta membersihkan WC yang sudah digunakan. Dan evaluasi penulis selama 6 sesi yang sudah diajarkan pada pasien adalah pasien mengatakan jika sudah mulai mandiri ketika mandi, sudah mencoba memotong kuku sendiri, pasien sudah bisa menggosok gigi dan rutin menggosok gigi 2x, pasien terlihat memakai baju yang rapi, keluarga pasien mengatakan jika makan sudah mengambil sendiri setelah di ajarkan penulis, rambut pasien tampak lebih rapi, dan sudah memakai sabun setelah BAB dan BAK, pasien mengatakan jika gatal berkurang setelah mandi menggunakan sabun.

Setelah pasien dilakukan tindakan modifikasi keperawatan, Ny. S sudah mandiri dalam melakukan aktifitas perawatan diri dari bangun pagi, membereskan kamar dan membersihkan rumah, sudah mulai menyapa dan keluar rumah untuk membeli keperluan Ny. S, dan merawat diri yang sesuai dengan yang di ajarkan penulis seperti mandi 2x sehari, mengambil makanan sendiri, memakai baju yang rapi dan keluarga mengatakan jika gatal-gatal pada Ny. S sudah berkurang banyak serta menggunakan sabun setelah BAB.

### 3.4 Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan 6 sesi dalam 3x kunjungan masalah pasien teratasi. Pada diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis pasien mampu memilih dan melakukan kegiatan membersihkan rumah sebagai kemampuan positif Ny. S. Sedangkan pada diagnosa isolasi sosial: menarik diri, pasien mampu menyebutkan jika kerugian interaksi adalah di jauhi keluarganya dan keuntungannya adalah diperhatikan oleh keluarganya. Pada diagnosa defisit perawatan diri, pasien mampu melakukan perawatan diri secara rutin seperti mandi 2x sehari, makan mengambil sendiri, berpakaian rapi, berdandan yang sesuai, dan menggunakan sabun setelah BAB. Selain dari penilaian kemampuan pasien dengan defisit perawatan diri, kemandirian perawatan diri juga dapat dinilai dari jumlah skor dalam Kartz Index yang ditandai dengan skor 0 atau predikat A. Planning yang diberikan adalah pendelegasian dan edukasi pada keluarga terkait pengembangan kemandirian pasien dalam perawatan diri.

#### 3.4.1 Penilaian Index Kartz Sebelum Pemberian ADL *Training*

Tabel 1.3 Tabel Skor Kartz Index Pre Pemberian ADL *Training*

NO	Aktifitas	Mandiri	Tergantung
1	<p><b>Mandi</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya, atau tidak mampu dalam mengenali bagian dalam mandi.</p> <p><b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.</p>		0
2	<p><b>Berpakaian</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, memilih pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p>		0

	<p><b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.</p>		
3	<p><b>Ke Kamar Kecil</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		0
4	<p><b>Berpindah</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>	1	
5	<p><b>Kontinen</b></p> <p><b>Mandiri :</b> BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b> Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut ( pampers)</p>		0
6	<p><b>Makan</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral ( NGT )</p>		0

3.4.2 Penilaian Index Kartz Sesudah Diberikan *ADL Training*Tabel 1.4 Tabel Skor Kartz Index Post Pemberian *ADL Training*

NO	Aktifitas	Mandiri	Tergantung
1	<p><b>Mandi</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya, atau tidak mampu dalam mengenali bagian dalam mandi.</p> <p><b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.</p>	1	
2	<p><b>Berpakaian</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, memilih pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p> <p><b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.</p>	1	
3	<p><b>Ke Kamar Kecil</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	1	
4	<p><b>Berpindah</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari</p>	1	

	tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan		
5	<p><b>Kontinen</b></p> <p><b>Mandiri :</b> BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b> Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)</p>	1	
6	<p><b>Makan</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral ( NGT )</p>	1	

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Pada proses keperawatan terdapat 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Dalam proses keperawatan langkah awal yang dilakukan oleh perawat adalah pengkajian pada klien ataupun pada keluarga. Pengkajian dilakukan untuk menentukan diagnosa keperawatan dan intervensi selain itu dapat menentukan masalah dari keluarga dan individu.

Pada pengkajian pasien dengan defisit perawatan diri, pasien memiliki ketergantungan dalam kebutuhan perawatan diri yang masih dalam kategori sedang, memiliki konsep diri yang tidak sesuai dan lebih senang menyendiri.

Dalam diagnosa keperawatan ditegaskan yang disesuaikan dengan data, batasan karakteristik, masalah dan gejala pada pasien. Dari hasil pengkajian pasien di dapatkan diagnosa gangguan konsep diri: harga diri rendah, isolasi sosial: menarik diri, dan defisit perawatan diri (mandi, berpakaian, eliminasi, makan).

Terapi yang direncanakan untuk pasien dengan defisit perawatan diri adalah dengan penggunaan inovasi dengan *ADL training* atau dengan pemberian aktifitas perawatan diri secara rutin untuk meningkatkan kemandiriannya. Pasien diberikan 6 sesi pada 3x kunjungan latihan *ADL training* dapat benar di aplikasikan oleh pasien. Metode dalam penerapan *ADL training* adalah demonstrasi dan simulasi langsung dengan harapan pasien dapat melakukan aktifitas perawatan diri yang sesuai dengan standar dalam indikator *ADL training*. Pasien kooperatif ketika dalam pemberian *ADL training* dan dapat mensimulasikan dengan benar.

Evaluasi pasien kembali dilakukan menggunakan Kartz Index dan penilaian pasien dengan defisit perawatan diri yang mekanisme pengsiannya berdasarkan ketika pasien dapat melakukan ADL sesuai dengan indikator. Pasien mampu melakukan ADL sesuai dengan standar ketika dalam pemantauan yang sudah di

lakukan, ADL training efektif untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri pasien.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Profesi Keperawatan**

Perawat mampu menerapkan ADL training pada pasien dengan masalah keperawatan yang sama.

### **5.2.2 Bagi Institusi Pelayanan**

Bagi petugas yang berkunjung dan menemukan pasien dengan kasus defisit perawatan diri mampu menerapkan metode pengkajian dengan Kartz Index dan ADL *training*.

### **5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Mampu menggunakan Kartz Index dan ADL *training* untuk pembelajaran dalam pengkajian pada kasus gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri pada *setting* komunitas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Fadhia. (2008). Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Kemandirian Dalam Melakukan Activities Of Daily Living (ADL) Pada Lansia DI UPT PLSU Pasuruan.
- Ike, S. (2008). Modul Gangguan Psikiatrik (p. 166).
- Jalil, A. (2015). faktor Yang Mempengaruhi Penurunan Kemampuan Pasien Skizorenia Dalam Melakukan Perawatan, 3(2).
- Keliat. (2011). Keperawatan kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course). In N. H. Keliat Ana Budi, Akemat, Helena Novy (Ed.), *buku kedokteran* (1st ed., p. 417). EGC.
- Keliat. (2014). keperawatan Jiwa: Terapi Aktifitas kelompok. In A. Beasty (Ed.), *Edisi 2* (2nd ed., p. 189). EGC.
- Lestari. (2013). Hubungan Status Kognitif Dengan Status Jurnal Medika Muda.
- Maas. (2014). Nursing Outcomes Classification (NOC). In T. R. D. Nurjanah Intansari (Ed.), *Pengukuran Outcomes Kesehatan* (5th ed., p. 766). Moco media, ELSEVIER.
- Madalis. (2015). Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan pada Pasien Gangguan Jiwa (Defisit Perawatan Diri) terhadap Pelaksanaan ADL (Activity Daily Living) Kebersihan Gigi dan Mulut di RSJ Prof. Dr. V. L Ratumbusang Ruang Katrili. *ejournalKeperawatan*, 3(2), 1–8.
- Maryatun, S. (2015). Peningkatan Kemandirian Perawatan Diri Pasien Skizofrenia Melalui Rehabilitasi Terapi Gerak. *Artikel Penelitian Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(2).
- Matheus. (2016). Hubungan Kemandirian Activity Daily Living ( Adl ) Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Schizophrenia the Correlations Between Self-Sustained Activity Daily Living ( Adl ) and Life Quality Among Patients With Schizophrenia At Psychiatric Polyclinic of, *III*. Retrieved from [http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/149/1/Kualtas Hidup Pasien Schizophrenia.pdf](http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/149/1/Kualtas_Hidup_Pasien_Schizophrenia.pdf)
- Myra. (2015). Pengaruh Olahraga Joging Sebagai Tambahan Terapi Terhadap Perbaikan Gejala Klinis Pasien Skizofrenia. *JST Kesehatan*, April 2015, 5(2).

- NANDA. (2015). Diagnosis Keperawatan. In K. S. Hederman Heather (Ed.), *NANDA International Inc. nursing: definition & classification* (10th ed., pp. 258–262). EGC.
- Nurhalimah. (2016). Keperawatan Jiwa Komprehensif. In P. A. Akbar (Ed.) (1st ed., p. 202). Pusdik SDM Kesehatan.
- Perry Potter. (2008). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik. In D. Yulianti (Ed.), *Vol 1, Edisi 4* (4th ed., p. 1152). Jakarta: EGC.
- Pinilih. (2017). Pengaruh Pelatihan Terapi Suportif Kelompok Terhadap Peningkatan Peran Kader Kesehatan Jiwa di Desa Paremono , 499–512.
- Potter. (2005). Fundamental Keperawatan. In Y. Devi (Ed.), *Perawat Dan Perawatan* (4th ed., p. 1152). EGC.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (1st ed.). Jakarta.
- Ramdhani. (2016). Upaya Peningkatan Personal Hygine Dengan Kemampuan Terapeutik Pada Klien Defisit Perawatan Diri Di RSJ Arif Zainudin Surakarta. *PENELITIAN*.
- Rini, A. S. (2016). Activity of Daily Living ( Adl ) Untuk Meningkatkan Kemampuan Rawat Diri.
- Rini, S. A. (2016). Activity Daily Living (ADL) Untu Meningkatkan Kemampuan Rawat Diri Pada Pasien Skizofrenia Tipe Paranoid. *Dinamika Penelitian*, 16(2), 205.
- Shidqi. (2016). Identifikasi Penyebab Skizofrenia: Studi Kasus Di Kabupaten Trenggalek. *Posding Konfrensi Nasional Peneliti Muda Psikologi Indonesia*, 1(1), 17. Retrieved from irbahshidqi@gmail.com, atus.ratna@gmail.com
- Susanti, H. (2001). DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA KLIEN SKIZOFRENIA ; (1989).
- Sutinah. (2017). Terapi aktivitas kelompok(TAK) stimulasi persepsi berpengaruh terhadap perawatan kebersihan diri klien skizofrenia, 6(2).
- Yosep. (2016). Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing. In W. Dandan (Ed.), 6 (1st ed., p. 450). Pt Refika Aditama.
- Yusuf. (2014). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. In G. Faqihani (Ed.) (1st ed., p. 172). Salemba Medika. Retrieved from info@penerbitsalemba.com

