



A Documentation Study of Self-Care Deficits In Patients With Schizophrenia at The Arjuna Guesthouse In Yogyakarta Grhasia Mental Hospital

Tri Okfia

Mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan, Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta Yogyakarta, Indonesia

Nunung Rachmawati

Program Studi Diploma III Keperawatan, Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta Yogyakarta, Indonesia

Tenang Aristina

Program Studi Diploma III Keperawatan, Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta Yogyakarta, Indonesia

Keywords:

Self-care deficit,

Schizophrenia,

Documentation

Study

ABSTRACT

The phenomenon of mental disorders throughout the world has become a very serious problem to be observed. There are around 21 million people experience severe mental disorders. Patients with mental disorders tend to experience problems with personal hygiene. The purpose of writing this documentation study is to find out the description of self-care deficit in patients with Mr. O schizophrenia at Wisma Arjuna Yogyakarta Grhasia Mental Hospital and to find an overview of nursing assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. This documentation study uses a descriptive qualitative method that describes a case by utilizing a nursing care report in 2017. The result obtained in the case of Mr. O with a diagnosis of self-care deficit have been resolved. The conclusion from these results is that the patient has been able to use the toiletries provided and the patient says he is more confident because he is able to decorate and dress properly.

*corresponding author : triokfia22@gmail.com

PENDAHULUAN

Fenomena gangguan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius untuk di cermati. Menurut data WHO pada tahun 2016 secara keseluruhan sekitar 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang mengalami gangguan bipolar, 47,5 juta orang mengalami demensia, dan 21 juta orang mengalami gangguan jiwa berat. Berdasarkan data Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan bahwa gangguan jiwa berat yang cukup banyak berada di Indonesia dengan prevalensi 7,1%. Kemudian, prevalensi jumlah penduduk di Daerah Istimewa Yogyakarta yang menderita gangguan jiwa berat sebesar 15,3%. Secara rinci jumlah tertinggi penderita pada gangguan jiwa berat berada di daerah Kabupaten Kulon Progo dengan jumlah sebesar 10,20%, Kabupaten Bantul 2,53%, Kota Yogyakarta 3,22%, Kabupaten Gunungkidul 2,89%, dan terendah berada di daerah Kabupaten Sleman sebesar 6,91%. Masalah gangguan jiwa yang menjadi permasalahan kesehatan di seluruh dunia salah satunya adalah *Skizofrenia* (Sutinah, 2019). *Skizofrenia* merupakan suatu penyakit neurologis yang dapat mempengaruhi persepsi, emosi, cara berpikir, bahasa, dan perilaku sosial pasien (Suryana, 2011). Gejala pasien pada *skizofrenia* seperti, suka berbicara sendiri, jalan mondai mandiri, sering tersenyum sendiri, mata melihat kekanan dan kekiri, sering mendengar suara-suara bahkan sering mengabaikan untuk melakukan perawatan diri

atau bisa di sebut juga dengan defisit perawatan diri (Madalie, 2015). Defisit perawatan diri merupakan keadaan seseorang yang mengalami kesulitan dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian/berhias, makan, dan BAB/BAK (*toileting*) (Pinedendi, 2016).

Pasien dengan gangguan jiwa cenderung akan mengalami masalah pada kebersihan dirinya, hal ini di karenakan kurangnya respon terhadap *personal hygiene*. Berdasarkan data yang di dapat dari hasil studi pendahuluan pada tanggal 03 Februari 2020 di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta menunjukkan bahwa terdapat 10 besar pasien gangguan jiwa yang di rawat inap sejak 01 Januari 2017 - 03 Februari 2020 dengan diagnosa masalah keperawatan yang tertinggi adalah resiko perilaku kekerasan dengan jumlah 2.818, gangguan sensori persepsi : halusinasi/ilusi dengan jumlah 2.723, perilaku kekerasan dengan jumlah 2.496, defisit perawatan diri dengan jumlah 2.141, ketidakpatuhan dengan jumlah 1.035, deprivasi tidur dengan jumlah 968, gangguan proses pikir (waham) dengan jumlah 833, kesiapan peningkatan : perawatan diri dengan jumlah klien 654, kerusakan komunikasi verbal dengan jumlah 603, dan yang terakhir adalah isolasi sosial dengan jumlah 586.

Pasien yang mengalami masalah pada defisit perawatan diri akan menimbulkan dampak. Menurut Dermawan & Rusdi (2013), dampak yang terjadi pada pasien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri yaitu gangguan pada fisik dan psikososial. Contoh dampak fisik yaitu terjadinya kerusakan pada integritas kulit, kuku, dan membran mukosa bibir. Sedangkan contoh dari dampak psikososial yaitu gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan di cintai mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan pada interaksi sosial seperti pengucilan oleh masyarakat. Oleh sebab itu, dibutuhkan peran perawat dalam menangani pasien dengan masalah defisit perawatan diri. Perawat dapat mengajarkan dan memberikan pengetahuan terhadap pasien mengenai pentingnya melakukan perawatan diri secara bertahap. Kemudian pasien di jelaskan cara melakukan aktivitas perawatan diri nya seperti, mandi, berhias, makan, dan BAB/BAK (*toileting*) secara benar (Kelial & Pawirowiyono, 2015).

Tidak hanya perawat, keluarga juga memiliki peran penting pada klien *skizofrenia* dengan masalah perawatan diri. Selain biaya perawatan yang tinggi, klien juga membutuhkan perhatian dan dukungan dari masyarakat terutama keluarga, sedangkan pengobatan gangguan jiwa membutuhkan waktu yang relatif lama, dengan resiko kekambuhan jika putus obat (Suhita, 2016). Menurut Friedman (2010), menyatakan bahwa tugas kesehatan keluarga meliputi, dapat mengenal masalah kesehatan, mampu membuat keputusan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Dengan ini keluarga di harapkan dapat memberikan dukungan, rasa aman dan kehangatan bagi klien *skizofrenia* terutama klien dengan masalah defisit perawatan diri. Dengan melalui penerimaan terhadap anggota keluarga yang sakit, dan tanpa unsur menyalahkan, mengkritik, membanding-bandingkan, atau mengucilkan, maka keluarga akan menjadi kontributor utama pada proses pemulihan klien (Hartanto, 2018). Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran Defisit Perawatan Diri pada Pasien Sdr O dengan *Skizofrenia* di Wisma Arjuna Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta dan untuk mengetahui hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi defisit perawatan diri pada pasien Sdr O di Wisma Arjuna Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif yang berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yang menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan studi dokumentasi laporan asuhan keperawatan Defisit Perawatan Diri pada Pasien Sdr O dengan *Skizofrenia* di Wisma Arjuna Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta pada tahun 2017. Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang telah lulus pada tahun 2017. Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper "YKY" Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah). Teknik analisa data yang di lakukan dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Table 1. Data hasil proses keperawatan

No.	Proses keperawatan	Sdr O
1.	Pengkajian a. Alasan Masuk	Keluarga pasien mengatakan pasien mengamuk di rumah, menyerang orang, tidak mau mandi, dan perawatan dirinya jelek tekanan waktu skripsi yang tinggal satu bulan dan pasien takut tidak bisa menyelesaikannya.
	b. Faktor Presipitasi	pakaian nya tidak rapi, gigi kotor dan bau mulut, rambut tidak rapi dan berminyak, kuku dan jenggot pasien panjang.
	c. Penampilan	
2.	Diagnosa Keperawatan	Defisit Perawatan Diri
3.	Perencanaan	Tupan pasien mampu melakukan dan memenuhi perawatan dirinya secara mandiri : mandi/berpakaian-berhias.
		Tupen 1 pasien dapat melakukan perawatan diri/ <i>personal hygiene</i>
		Tupen 2 Pasien mampu berpakaian dan berhias
		- Sp 1 a. Monitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara mandiri b. Identifikasi bersama pasien kemungkinan hambatan yang dialami pasien dalam melakukan perawatan diri c. Diskusika dengan pasien keuntungan manfaat kebersihan diri d. Bantu klien menentukan tindakan untuk mandi atau memenuhi kebersihan diri nya e. Fasilitasi/sediakan peralatan mandi f. Berikan bantuan sampai klien mandiri dalam perawatan dirinya g. Berikan reinforcemen terhadap keberhasilan klien dalam melakukan kebutuhan mandi nya h. Evaluasi perasaan klien setelah mandi
		- Sp 2 a. Kaji kemampuan klien dalam berpakaian dan berhias b. Monitor adanya kemunduran sensori, kognitif, dan psikomotor yang menyebabkan klien kesulitan dalam berpakaian dan berhias c. Diskusikan dengan klien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias d. Gunakan komunikasi/instruksi yang mudah dimengerti klien untuk mengakomodasi keterbatasan kognitif pasien e. Sediakan baju bersih, sisir, bedak parfum, (jika memungkinkan) f. Dorong klien untuk menggunakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar g. Berikan bantuan pada klien jika diperlukan h. Evaluasi perasaan klien setelah mampu berhias-berpakaian

4.	Pelaksanaan Hari ke-1	i. Beri reinforcement atas keberhasilan klien Berhias dan berpakaian - Sp 1 a. Memonitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara mandiri b. Mengidentifikasi pasien hambatan yang di alami dalam perawatan diri c. Mendiskusikan dengan pasien keuntungan dan manfaat kebersihan diri d. Membantu pasien tindakan untuk mandi
	Hari ke-2	 - Sp 2 a. Memfasilitasi/menyediakan peralatan mandi b. Mengevaluasi perasaan pasien setelah mandi
	Hari ke-3	 - Sp 3 a. Mengkaji kemampuan pasien berhias dan berpakaian b. Menggunakan komunikasi instruksi yang mudah dipahami c. Menyediakan potong kukur, sisir rambut dan bercukur kumis d. Mendiskusikan dengan pasien adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias e. Mengevaluasi perasaan klien setelah mampu berpakaian dan berhias
5.	Evaluasi	 Hasil dari evaluasi perawatan selama 3 shift dalam 3 hari Tupen 1 pasien mampu melakukan perawatan diri/ <i>personal hygiene</i> Tupen 2 Pasien mampu berpakaian dan berhias

Sumber : Data pasien 2017

Pada tahap pengkajian ini penulis mengumpulkan data berdasarkan dokumen yang telah ada meliputi identitas pasien dan penanggung jawab yaitu keluarga, kemudian riwayat kesehatan, faktor predisposisi, faktor presipitasi, genogram, pemeriksaan fisik, psikososial, konsep diri, hubungan sosial, spiritual, status mental, kebutuhan perencanaan pulang, dan mekanisme coping. Dilihat dari hasil data yang ada di dokumen tersebut metode yang digunakan adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Hal ini sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Stuart dan Sundein (2002) dalam Yusuf (2015) menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki klien merupakan aspek yang harus di gali selama proses pengkajian. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, ketika data di gali dan di kumpulkan dari data hasil pengkajian tersebut maka perawat akan mengetahui masalah-masalah yang di hadapi oleh klien.

Data pengkajian yang di dapat penulis pada dokumen yang ada adalah pasien atas nama Sdr O berjenis kelamin laki-laki usia 28 tahun agama Islam, pendidikan SMA, belum menikah, dan beralamat Jetis Yogyakarta. Sdr O mengatakan dari rumah di bawa ke Rumah Sakit karena memiliki kebiasaan buruk seperti menumpuk sampah di rumah. Hasil data dari rekam medik keluarga pasien mengatakan pasien ngamuk di rumah, menyerang orang, tidak mau mandi, dan untuk perawatan dirinya jelek. Kemudian Sdr O juga mengatakan mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap selesai mandi kadang menyisir rambut kadang tidak, pasien mengatakan ganti pakaian sehari sekali setelah mandi dan belum mencukur jenggot. Kemudian dilihat hasil observasi yang di dapat pada dokumen tersebut data objektif nya adalah Sdr O tampak pakaian nya tidak rapi, gigi tampak kotor dan bau mulut, rambut tidak rapi dan berminyak, kuku dan jenggot pasien panjang. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Depkes (2000) dalam Dermawan & Rusdi (2013) bahwa pasien dengan defisit perawat diri memiliki tanda dan gejala yang terjadi pada fisik nya, seperti badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor di sertai

dengan mulut bau dan penampilan tidak rapi. Kesimpulan nya adalah pasien yang mengalami masalah pada perawatan diri jangan di anggap remeh karena jika pasien sudah memiliki tanda dan gejala tersebut bisa saja akan mengakibatkan gangguan pada membran mukosa bibir, gatal-gatal bahkan integritas kulitnya rusak, dengan begitu ketika perawat sudah mengenali dan mengetahui apa saja yang dapat dari hasil pengkajian seperti data subjektif maupun objektif, perawat bisa mengumpulkan dan menegakkan sebuah diagnosa sesuai dengan hasil pengkajian yang telah di dapatkan tersebut.

Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data-data yang di peroleh dari dokumen pada Sdr O salah satu nya adalah defisit perawatan diri mandi/berpakaian-berhias. Data nya berisi bahwa pasien mengatakan mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap selesai mandi kadang menyisir rambut kadang tidak, ganti pakaian sehari sekali setelah mandi dan belum mencukur jenggot dan pasien tampak tampak tidak rapi, gigi pasien kotor dan bau mulut, rambut pasien tidak rapi dan berminyak, pakaian tampak tidak rapi, kemudian kuku dan jenggot pasien tampak panjang. Perumusan diagnosa pada Sdr O ini telah di lakukan analisa data dalam tahap pengkajian. Menurut Herman dan Kamitsuru (2015), mengemukakan bahwa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan defisit perawatan diri ada 5 yaitu : defisit perawatan diri, gangguan sensori persepsi : halusinasi, risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan isolasi sosial. Pada data dokumen terdapat dua diagnosa penyerta yang muncul yaitu isolasi sosial dan harga diri rendah. Menurut penelitian yang di lakukan oleh Jalil (2015), faktor yang mempengaruhi penurunan kemampuan perawatan diri klien skizofrenia adalah isolasi sosial ($p=0,001$), waham ($p=0,033$), risiko perilaku kekerasan ($p=0,004$), halusinasi ($p=0,006$). Faktor yang mempengaruhi penurunan kemampuan perawatan diri adalah isolasi sosial ($p=0,001$) dengan OR=2,755. Kemudian jika di lihat menurut teori Herman dan Kamitsuru (2015), terdapat dua diagnosa yang tidak di temukan pada data dokumen pasien Sdr O tersebut yaitu diagnosa gangguan persepsi sensori : halusinasi dan risiko perilaku kekerasan. Dilihat dari data dokumen tidak muncul nya diagnosa gangguan sensori persepsi : halusinasi karena pasien mengatakan tidak ada suara-suara maupun bayangan yang mengganggu pasien. Hal ini bisa di buktikan dengan teori menurut Yusuf (2015), halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Kemudian diagnosa keperawatan kedua yang tidak di munculkan adalah risiko perilaku kekerasan. Sedangkan terlihat bahwa terdapat data pada point rekam medik menunjukkan keluarga pasien (Ayah) mengatakan pasien mengamuk di rumah, menyerang orang. Pada data yang di dapat tersebut alangkah baik nya jika menegakkan diagnosa keperawatan dengan risiko perilaku kekerasan, karena jika pasien sudah mengamuk dan menyerang orang, maka bisa di katakan bahwa pasien termasuk berisiko terhadap perilaku kekerasan. Kesimpulan ini bisa di perkuat dengan melihat pada teori NANDA dalam Sutejo (2018), risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang menunjukkan membahayakan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Hal itu dapat di lakukan baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal.

Perencanaan pada data dokumen terhadap Sdr O selama 3 shift 3 hari yang di lakukan mengacu pada tujuan yang telah di tetapkan. Perencanaan pada diagnosa keperawatan defisit perawatan diri : mandi/berpakaian-berhias terdapat delapan rencana tindakan, yaitu monitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara mandiri, identifikasi bersama pasien kemungkinan hambatan yang di alami, diskusikan bersama pasien keuntungan atau manfaat kebersihan diri, bantu klien menentukan tindakan untuk mandi atau memenuhi kebersihan dirinya, fasilitasi/sediakan peralatan mandi, berikan bantuan sampai klien mandiri dalam perawatan dirinya, berikan reinforcement terhadap keberhasilan klien melakukan kebutuhan mandinya, evaluasi perasaan klien setelah mandi. Berdasarkan intervensi yang di lakukan pada data dokumen terdapat kesenjangan antara konsep dasar teori dengan pembahasan kasus rencana tindakan/perencanaan terhadap pasien Sdr O. Di mana tahapan-tahapan perencanaan yang ada pada kasus Sdr O dengan diagnosa defisit perawatan diri belum sesuai dengan teori yang di kemukakan oleh Sutejo (2018), bahwa intervensi perawatan diri yang akan di lakukan untuk pasien dengan defisit perawatan diri adalah, BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya), melatih pasien cara-cara perawatan diri, latih pasien berdandan, pantau kemampuan pasien, dan diskusi dengan keluarga tentang kebersihan diri. Kemudian pada intervensi data dokumen tersebut tidak menyantumkan keterlibatan keluarga dalam kebersihan diri pasien, sedangkan menurut Ratna (2010), keluarga merupakan sistem pendukung utama dalam memberikan perawatan pada setiap keadaan sehat maupun sakit. Hal ini

dapat di dukung juga oleh penelitian yang telah dilakukan Sundari, dkk (2019), dengan hasil menunjukkan bahwa 28 responden (80%) mendapatkan dukungan keluarga nya baik dan mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, 2 responden (5,7%) mendapatkan dukungan keluarga cukup dan melakukan kemampuan perawatan dirinya membutuhkan alat bantu, dan 1 responden (2,9%) mendapatkan dukungan keluarga kurang, tetapi pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri. Di dukung juga oleh penelitian Samudra (2018), diketahui bahwa dukungan keluarga kategori baik dengan kemandirian perawatan diri tergolong baik sebanyak 36,6%. Dengan demikian dapat di simpulkan bahwa peran keluarga dalam perawatan diri sangat berpengaruh, karena ketika pasien merasa ada yang memperdulikan nya dan mendapatkan perhatian maka lambat laut kondisi pasien akan membaik dalam kemandirian perawatan diri nya.

Menurut Damayati & Iskandar (2014), bahwa dalam melaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah di buat. Implementasi yang di lakukan pada diagnosa defisit perawatan diri terdapat empat kali interaksi. Interaksi yang pertama di lakukan adalah memonitor kemampuan pasien melakukan perawatan diri secara mandiri, yang kedua mengidentifikasi pasien hambatan yang di alami dalam perawatan diri, ketiga mendiskusikan dengan pasien keuntungan atau manfaat kebersihan diri, dan yang keempat membantu pasien dalam tindakan untuk mandi. Seperti hal nya penelitian yang telah di lakukan oleh Khaeriyah, (2013) dengan hasil bahwa ada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kemauan *personal hygiene* (makan dan mandi) dengan masing-masing p value 0,000 dan kemauan *personal hygiene* (mandi, makan, dan eliminasi) dengan masing-masing p value 0,000.

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

KESIMPULAN

Data utama yang di dapatkan pada saat di lakukan pengkajian pada Sdr O dengan masalah defisit perawatan diri yaitu pasien mengatakan mandi sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, jarang keramas dan setiap selesai mandi kadang menyisir rambut kadang tidak, pasien mengatakan ganti pakaian sehari sekali setelah mandi dan belum mencukur jenggot, kemudian pasien tampak pakaian nya tidak rapi, gigi kotor dan bau mulut, rambut tidak rapi dan berminyak, kuku dan jenggot pasien panjang. Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data-data yang di peroleh dari kasus Sdr O salah satu nya adalah diagnosa defisit perawatan diri mandi/berpakaian-berhias. Perencanaan pada diagnosa keperawatan defisit perawatan diri mandi/berpakaian-berhias memiliki 1 tujuan jangka panjang dan 2 tujuan jangka pendek. Pada tahap perencanaan ini terlihat bahwa rencana yang di buat tidak menyantumkan kolaborasi atau melibatkan keluarga dalam perawatan diri pasien. Pada tahap pelaksanaan pada Sdr O dengan defisit perawatan diri semua tindakan sudah di lakukan. Evaluasi yang di dapatkan selama 3 shift dalam 3 hari pada pasien Sdr O yaitu masalah keperawatan dengan defisit prawatan diri sudah tercapai.

REFERENSI

- Damaiyanti, & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosen Publishing.
- Direja. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hartanto, A. E. (2018). Model Peran Keluarga Dalam Perawatan Diri Pasien Skizofrenia. *Ir-Pustakaan Universitas Airlangga*, 4-5.
- Hawari, D. (2014). *Skizofrenia Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Herdman, H. T. (2012). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: ECG.

- Jalil, A. (2015). Faktor Yang Mempengaruhi Penurunan Kemampuan Pasien Skizofrenia dalam Melakukan Perawatan di Rumah Sakit Jiwa, *Jurnal Keperawatan Jiwa*. Volume 3, No. 2, November 2015; 154-161
- Khaeriyah, U., Sujarwo,. Supriyadi. (2013). Pengaruh Komukiasi Terapeutik (SP 1-4) Terhadap Kemauan dan Kemampuan Personal Hygiene pada Klien Defisit Perawatan Diri di RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Semarang. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. 1-7.
- Keliat, B. A., & Pawiroiyono, A. (2015). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Marselina, M., & Khomsiyah, N. (2016). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Personal Hygiene pada Pasien Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokerto 1 Kabupaten Pekalongan. *Program Studi S1 Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan*, 1-11.
- Maulana, I., Suryani, Sriati, A., Sutini, T., Widiani, E., Rafiah, I., et al. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Indra Maulana*, MKK : Volume 2 No 218-225.
- Riskedas. (2018). *Laporan Provinsi Di Yogyakarta Riskesdas 2018*. Yogyakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Penegembangan Kesehatan (LPB).
- Samudra, A. D. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Perawatan Diri Pasien Skizofrenia di Kecamatan Geger Kabupaten Madiun*. Skripsi starata satu. Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun
- Sundari, R. H., Azizah, L. M., Triwibowo, H. (2019). Hubungan Dukungan Kemampuan Perawatan Diri (Self-Care Agency) pada Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Gedongan Kota Mojokerto. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1-8.
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sutinah. (2019). Pengaruh Terapi Psikoreligi Terhadap Mekanisme Koping Klien Skizofrenia. *E-ISSN - 2477-6521 Vol 4(2)*, 311-318. Disahkan : 11-02-2019, Diulas : 01-03-2019, Diterima : 18-04-2019 DOI : <http://doi.org/10.22216/jen.v4i.3953>