



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KLIEN SKIZOFRENIA  
DENGAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI  
DI RUANG RAWAT INAP PSIKIATRI WANITA  
RUMAH SAKIT MARZOEKI MAHDI BOGOR**

**SKRIPSI**

**SRI ANDAYANI  
NPM. 1006823545**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI SARJANA  
DEPOK, JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK KLIEN SKIZOFRENIA  
DENGAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI  
DI RUANG RAWAT INAP PSIKIATRI WANITA  
RUMAH SAKIT MARZOEKI MAHDI BOGOR**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Keperawatan**

**SRI ANDAYANI  
NPM. 1006823545**

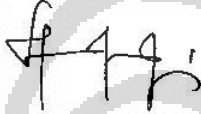
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI SARJANA  
DEPOK, JULI 2012**

**Universitas Indonesia**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Sri Andayani**  
**NPM : 1006823545**

**Tanda Tangan :** 

**Tanggal : 27 Juni 2012**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Sri Andayani

NPM : 1006823545

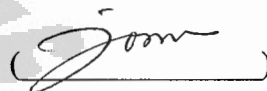
Program Studi : Sarjana Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Hubungan Karakteristik Klien Skizofrenia dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor

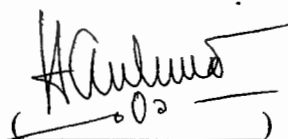
**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

**DEWAN PENGUJI**

Pembimbing : Yossie Susanti Eka Putri, SKp, MN



Penguji : Novy Helena C, D., SKp, MSc



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 02 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah saya panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “*Hubungan Karakteristik Klien Skizofrenia dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi tugas akhir Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

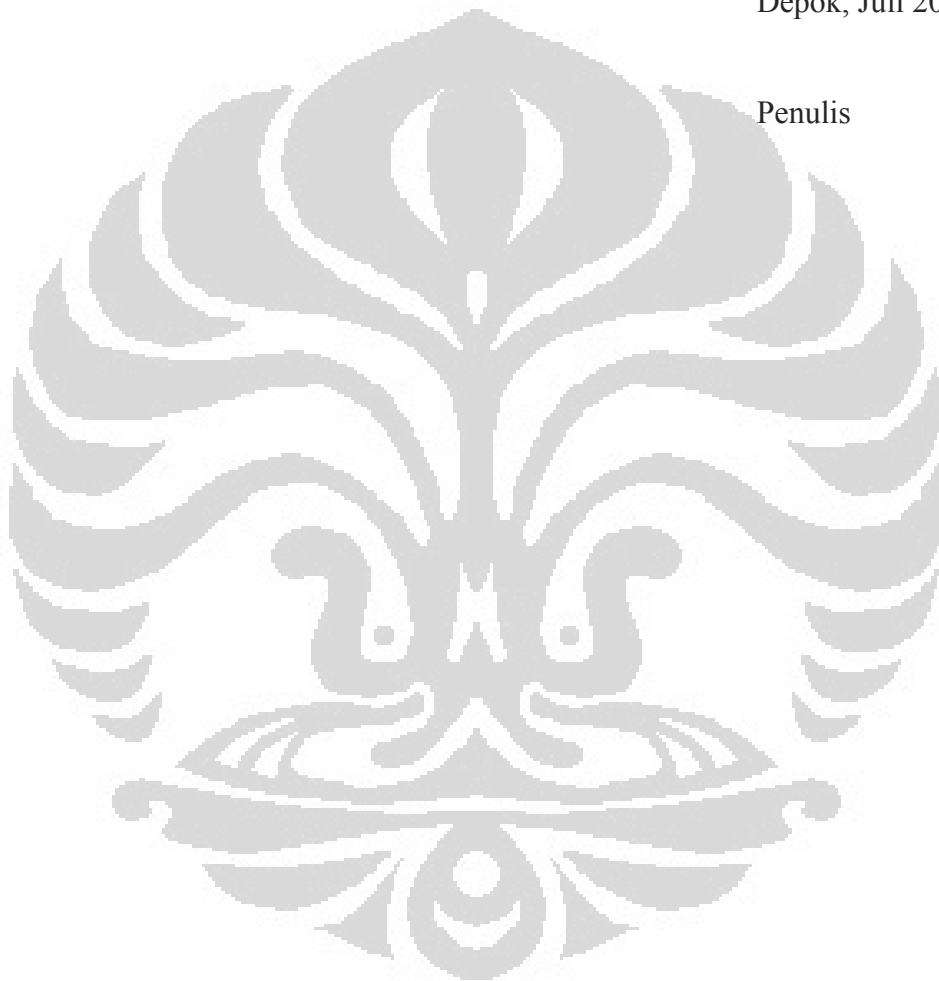
Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Yossie Susanti Eka Putri, SKp., MN., selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam pembuatan skripsi ini;
2. Ibu Novy Helena C. D., SKp., MSc., selaku dosen penguji yang telah mengarahkan saya dan memberikan masukan dalam perbaikan skripsi ini;
3. Pihak Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, khususnya Bagian Diklat, Rekam Medis, Kepala Ruangan dan staf Ruang Utari, Arimbi, dan Kresna Wanita yang telah membantu dalam memperoleh data yang saya perlukan;
4. Suami tersayang; Omar Syarief dan anak-anakku tercinta; Arya Auliatunisa, Arya Maulana, dan Arya Seikha Aliima yang telah memberikan dukungan moral dan material untuk tetap semangat dalam mengikuti perkuliahan;
5. Sahabat istimewa yang selalu memberi inspirasi dan warna dalam hidup;
6. Sahabat Ekstensi 2010, khususnya sahabat seperjuangan dari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, yang telah banyak membantu dan selalu memberikan dukungan kepada saya dalam menyelesaikan skripsi ini;
7. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Saya berharap Allah SWT berkenan membalas kebaikan dari semua pihak yang telah membantu. Saya menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangannya, untuk itu saya sangat mengharapkan masukan dan saran yang baik untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Depok, Juli 2012

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:


Nama : Sri Andayani  
NPM : 1006823545  
Program Studi : Sarjana Ilmu Keperawatan  
Departemen : Kesehatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Skripsi

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty- Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul ***“Hubungan Karakteristik Klien Skizofrenia dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor”*** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 02 Juli 2012

Yang menyatakan.



(Sri Andayani)

**PROGRAM STUDI SARJANA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Skripsi, Juli 2012

Sri Andayani

**Hubungan Karakteristik Klien Skizofrenia dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor**

xxi + 76 halaman + 13 tabel + 1 skema + 5 lampiran

**Abstrak**

Skizofrenia adalah gangguan jiwa atau gangguan otak kronis yang mempengaruhi individu sepanjang kehidupannya. Defisit perawatan diri merupakan salah satu perilaku klien skizofrenia dimana seseorang mengalami gangguan atau hambatan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang meliputi defisit: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik klien skizofrenia dengan tingkat kemampuan perawatan diri. Desain penelitian yang digunakan adalah desain *cross-sectional* melalui metode observasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik klien skizofrenia pada umumnya tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan tingkat kemampuan perawatan dirinya, kecuali variabel frekuensi dirawat ( $P$  value  $< 0,05$ ). Rekomendasi penelitian ini dapat dijadikan dasar dalam penerapan tindakan keperawatan yang tepat dan pembuatan modul-modul terapi keperawatan pada klien skizofrenia sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan secara optimal dan mengurangi tingkat ketergantungan klien skizofrenia dalam perawatan dirinya.

Kata Kunci: Skizofrenia, Klien, Defisit Perawatan Diri

Daftar Pustaka: 72 (1967-2011)



**GRADUATE PROGRAM  
FACULTY OF NURSING  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2012

Sri Andayani

**Relationship of The Schizophrenia Client Characteristics with Self Care Ability in Women Psychiatric Inpatient Room – Marzoeki Mahdi Hospital of Bogor**

xxi + 76 pages + 13 tables + 1 scheme + 5 appendics

Abstract

Schizophrenia is a mental disorder or chronic brain disorder that affects human individuals throughout their lives. Self-care deficit is one of the schizophrenia client behaviour in which a person susceptible to interference or hindrance to perform or complete daily activities which include deficit on: bathing, dressing, eating, and elimination. The study aimed to determine the relationship between characteristic of schizophrenia clients with their self-care ability. The study was conducted by using cross-sectional design through direct observation. Results of the study had display generally there are no relationships or any significant difference between characteristic of schizophreniaa client with self-care level, except for the factor of treatment frequency (P value < 0,05). Recommendations suggested by the study can be used as guideline in applying appropriate nursing actions through the production of therapeutic modules on schizophrenia client to increase an optimum nursing care and finally to reduce client dependency on self care ability.

Keywords: Schizophrenia, Client, Self-Care Deficit

References: 72 (1967-2011)

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Skizofrenia.....	8
2.2 Karakteristik Klien Skizofrenia.....	10
2.3 Defisit Perawatan Diri.....	13
2.4 Tingkat Kemampuan Perawatan Diri.....	20
3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	24
3.1 Kerangka Konsep.....	24
3.2 Hipotesis Penelitian.....	25
3.3 Definisi Operasional.....	26
4. METODOLOGI PENELITIAN.....	29
4.1 Desain Penelitian.....	29
4.2 Lokasi Penelitian.....	29
4.3 Populasi dan Sampel.....	29
4.4 Prosedur Pengumpulan Data.....	31
4.5 Instrumen Penelitian.....	32
4.6 Pengolahan dan Analisis Data.....	32
4.7 Etika Penelitian.....	35
4.8 Waktu Penelitian.....	37
5. HASIL PENELITIAN.....	38
5.1 Pelaksanaan Penelitian.....	38
5.2 Hasil Analisa Data.....	38

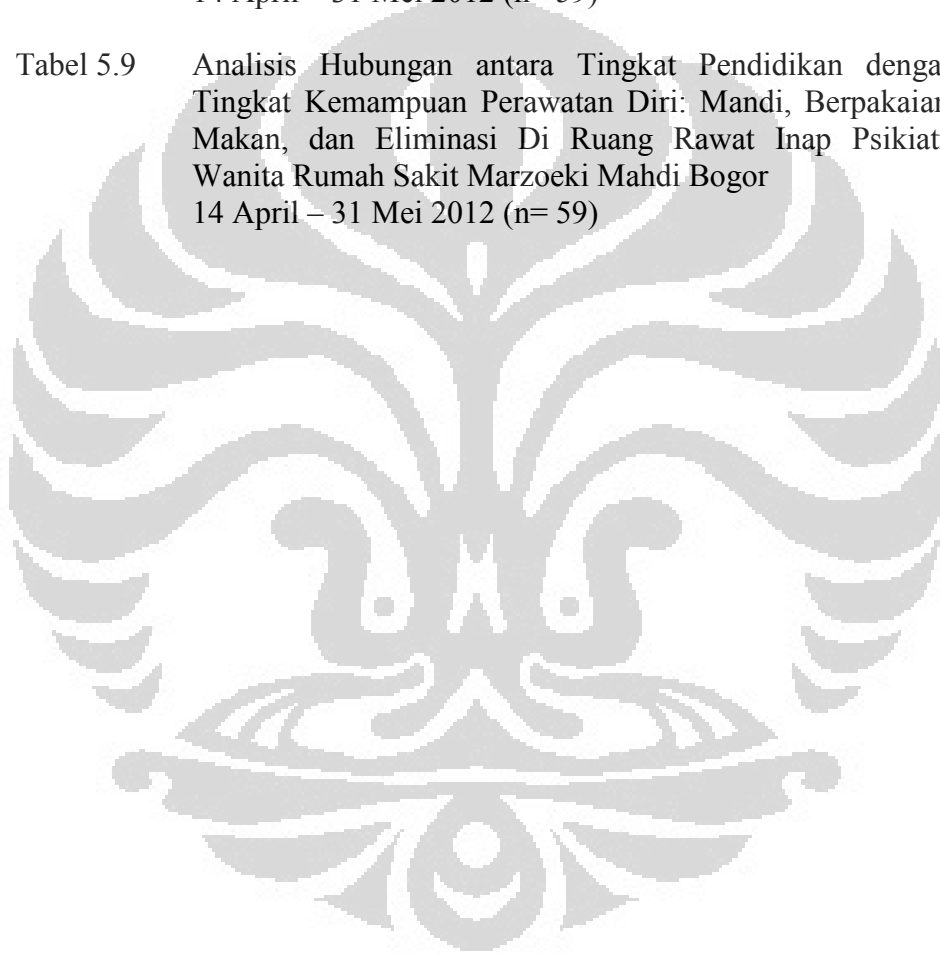
6. PEMBAHASAN.....	59
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	59
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	70
6.3 Implikasi Penelitian.....	72
7. KESIMPULAN DAN SARAN.....	73
7.1 Kesimpulan.....	73
7.2 Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....	xvi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	xxi
LAMPIRAN.....	xviii



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Faktor–faktor yang mempengaruhi perawatan diri (Kozier, 2004)	14
Tabel 2.2	Faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri (Potter & Perry, 2009)	15
Tabel 2.3	Klasifikasi tingkat kemampuan klien dalam perawatan diri (Wilkinson, 2000; NANDA, 2009)	21
Tabel 3.1	Definisi operasional penelitian	26
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Umur, Frekuensi Dirawat, Lama Hari Rawat, dan Lama Sakit Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)	39
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan dan Tingkat Pendidikan Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)	40
Tabel 5.3	Distribusi Responden Menurut Kemampuan Perawatan Diri: Mandi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)	41
Tabel 5.4	Distribusi Rerata Umur Responden Menurut Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)	44
Tabel 5.5	Distribusi Rerata Frekuensi Dirawat Responden Menurut Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)	46
Tabel 5.6	Distribusi Rerata Lama Hari Rawat Responden Menurut Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)	48

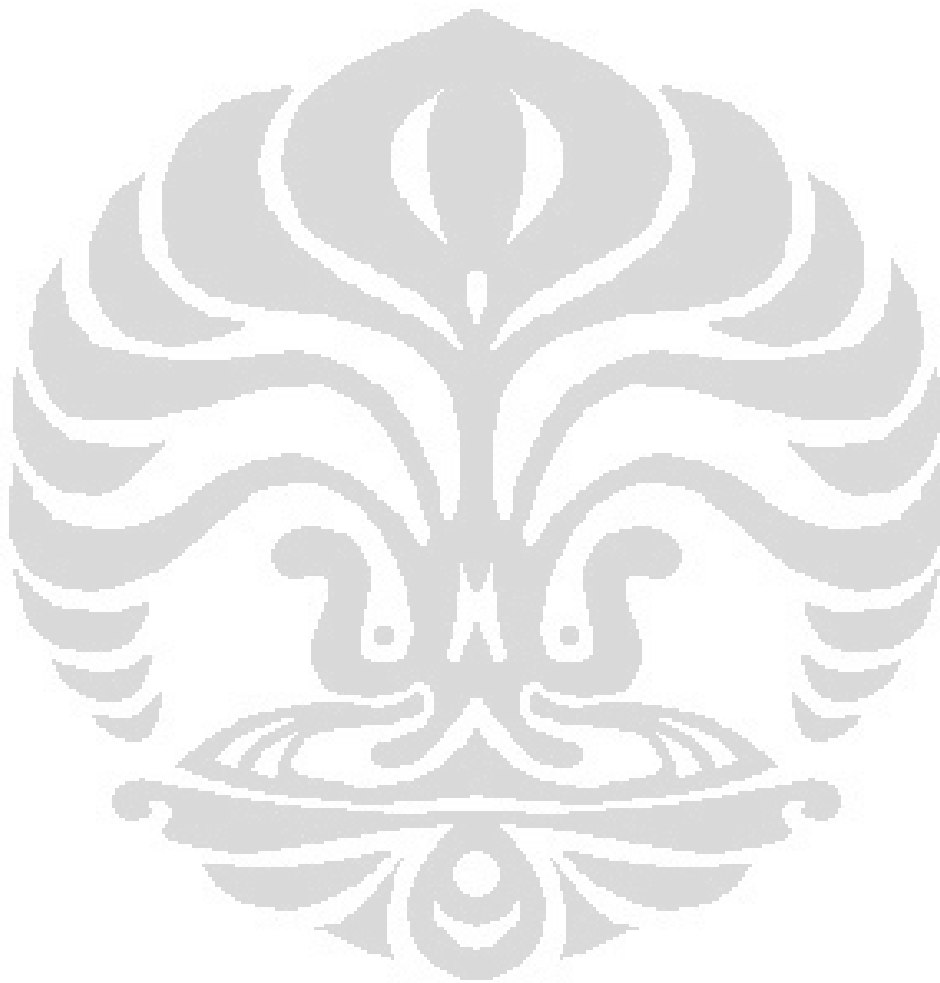
Tabel 5.7	Distribusi Rerata Lama Sakit Responden Menurut Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)	50
Tabel 5.8	Analisis Hubungan antara Status Perkawinan dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)	53
Tabel 5.9	Analisis Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)	56



## DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian

25



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2 Lembar persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian
- Lampiran 3 Lembar observasi tingkat kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor
- Lampiran 4 Surat izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Lampiran 5 Surat izin penelitian dari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Kesehatan bersifat komprehensif yang meliputi seluruh aspek kehidupan untuk mencapai suatu keadaan sejahtera baik fisik, mental/jiwa, sosial, atau spiritual. Kesehatan didefinisikan sebagai suatu keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial yang optimal dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (*World Health Organization*, 2005). Kesehatan secara holistik mempertimbangkan individu secara keseluruhan, bertanggung jawab atas kesejahteraannya sendiri dan pengaruh keseluruhan baik sosial, psikologis, dan lingkungan terhadap kesehatannya (Dorland, 2000). Pandangan tentang kesehatan mencakup kesejahteraan mental, sosial, dan spiritual, serta memiliki fokus pada kesehatan di tingkat keluarga dan komunitas (Pender, et al., 2006).

Faktor–faktor yang mempengaruhi kesehatan, meliputi: usia, jenis kelamin, ras, dan budaya (Pender, et al., 2006). Hal ini dijelaskan pula oleh Potter dan Perry (2009) mengenai adanya faktor internal dan eksternal yang berpengaruh terhadap kesehatan individu yang terdiri atas: tingkat perkembangan, latar belakang intelektual, persepsi tentang fungsi, emosional, spiritual, perilaku keluarga, dan sosioekonomi. Semua faktor–faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan tersebut harus saling berkesinambungan sesuai tugas dan fungsinya agar tercapai derajat kesehatan yang lebih baik.

Kesehatan jiwa sangat erat kaitannya dengan konsep tentang kesehatan secara umum. Individu yang sehat jiwa dapat beradaptasi dari lingkungan internal dan eksternal sesuai norma dan budayanya. Kesehatan jiwa didefinisikan sebagai suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif, dan kestabilan emosional (Videbeck, 2008). Sedangkan Stuart dan Sundeen (1998) menjelaskan tentang kesehatan jiwa yang didefinisikan sebagai



suatu sikap positif terhadap diri sendiri, pertumbuhan, perkembangan, aktualisasi diri, integrasi dan ketanggapan emosional, otonomi dan kemandirian diri, persepsi realistis yang akurat, penguasaan lingkungan dan kompetensi sosial.

Kesehatan jiwa dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi, saling melengkapi, dan bersifat dinamis. Respon masing-masing individu sangat unik, baik terhadap penyakit maupun terapi. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa adalah otonomi, kemandirian, memaksimalkan potensi diri, mentoleransi ketidakpastian hidup, harga diri, menguasai lingkungan, orientasi realita, dan manajemen stress (Johnson, 1997). Stuart dan Sundeen (1995) menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa, yaitu sikap positif diri, aktualisasi diri, integrasi, tingkat perkembangan, ketanggapan emosional, dan otonomi. Hal yang sama dijelaskan secara global oleh Videbeck (2008) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa tersebut adalah faktor individual, interpersonal, dan sosial/budaya.

Penderita gangguan jiwa di seluruh dunia diperkirakan sekitar 450 juta jiwa. Penderita gangguan jiwa di Indonesia berjumlah sekitar 15 % dari populasi penduduk di Indonesia yang terdeteksi mengalami gangguan kesehatan jiwa (Kongres Nasional V Skizofrenia, 2008). Penderita gangguan jiwa rata-rata nasional dengan gangguan mental emosional ringan, seperti: cemas dan depresi pada penduduk berusia 15 tahun ke atas mencapai 19 juta jiwa (11,6 %). Penderita gangguan jiwa dengan gangguan mental berat, seperti: psikosis, skizofrenia, dan depresi berat berjumlah sekitar 1 juta jiwa (0,46 %). Penderita gangguan jiwa ringan pada perempuan terjadi dua kali lebih banyak dibanding laki laki dan sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi. Penderita gangguan jiwa berat lebih banyak diderita laki-laki daripada perempuan (Riskesdas-Depkes, 2007).

Individu dapat mengalami gangguan jiwa karena disebabkan oleh berbagai faktor. Gangguan jiwa ini bisa membuat individu tersebut tidak mampu berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-harinya. Gangguan jiwa menurut Stuart dan Sundeen (1998) adalah keyakinan individu terhadap faktor penyebabnya, yang

meliputi: faktor biologis (disfungsi anatomi dan fisiologi), pembelajaran (perilaku maladaptif yang dipelajari), kognitif (defisit pengetahuan atau kesadaran), psikodinamika (konflik intrapsikis dan defisit perkembangan), dan lingkungan (respon terhadap stressor dan penolakan lingkungan). Depkes RI (2003) mengartikan gangguan jiwa sebagai gangguan pikiran, perasaan, dan atau tingkah laku sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari.

Salah satu jenis gangguan jiwa pada pasien psikiatri adalah skizofrenia. Skizofrenia bersifat kronis dan dapat menyebabkan terjadinya disorganisasi pikiran, perasaan, dan perilaku. Tanda-tanda pasien skizofrenia diantaranya adalah penurunan/ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesulitan melakukan aktifitas sehari-hari (Keliat, 2006). *National Institute of Mental Health* (2009) dan Videbeck (2008) mendefinisikan skizofrenia sebagai gangguan otak kronis yang dapat mempengaruhi individu sepanjang hidupnya dan kemudian menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu.

Perilaku-perilaku pada pasien skizofrenia yang sering muncul dapat mempengaruhi fungsi dalam kehidupan sehari-hari klien. Perilaku-perilaku pada pasien skizofrenia meliputi gejala positif (halusinasi, delusi, gangguan pikiran, gangguan perilaku), dan gejala negatif (afek datar, defisit perawatan diri, menarik diri (Videbeck, 2008). *National Institute of Mental Health* (2009) menambahkan tentang perilaku-perilaku yang terjadi pada pasien skizofrenia dengan gejala kognitif, yaitu kurangnya kemampuan memahami dan menggunakan informasi dan sulit fokus. Sedangkan Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa pasien skizofrenia dapat berperilaku seperti kurangnya motivasi, isolasi sosial, perilaku makan, tidur yang buruk, sulit menyelesaikan tugas, kurang perhatian, penampilan tidak rapi/bersih, bicara sendiri, sering bertengkar, dan tidak teratur minum obat.

Defisit perawatan diri merupakan salah satu perilaku klien skizofrenia dimana seseorang mengalami gangguan atau hambatan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang yang mengalami hambatan atau gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk diri sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008). Pengukuran defisit perawatan diri didasarkan pada tingkat kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan batasan karakteristik menurut NANDA (2009) dan Wilkinson (2008). Klasifikasi penggolongan tingkat kemampuan perawatan diri pasien dibagi menjadi mandiri total, perlu menggunakan alat bantu, semi mandiri, ketergantungan sebagian, dan ketergantungan total (Wilkinson, 2008).

Pasien skizofrenia berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Buchanan dan Carpenter (2000) menunjukkan bahwa jaringan otaknya relatif lebih sedikit, yang diperlihatkan oleh suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan otak, yaitu terjadinya pembesaran ventrikel otak dan atrofi otak. Volume otak terjadi penurunan dan fungsi otak abnormal pada area temporal dan frontal yang berkorelasi dengan tidak adanya kemauan atau motivasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penelitian yang dilakukan oleh Holmberg dan Kane (1999) pada 22 pasien rawat jalan yang menderita skizofrenia bertujuan untuk melihat perawatan diri dan kesehatan pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien psikiatri kurang melakukan perawatan diri atau kegiatan aktivitas kesehatan.

Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor adalah Badan Layanan Umum yang memiliki kapasitas rawat inap sebanyak 718 tempat tidur, terdiri dari 580 tempat tidur untuk rawat inap psikiatri dan 138 tempat tidur untuk rawat inap non psikiatri. Pada tahun 2010, kunjungan rawat inap pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor berjumlah 1.800 orang. Pasien jiwa dengan diagnosa skizofrenia yang masuk ke ruang rawat inap menempati posisi tertinggi, yaitu berjumlah 1.219 orang (67,7 %). Pasien jiwa yang berada di ruang rawat inap wanita, yaitu berjumlah 396 orang (22 %) dan terdapat 244 orang (61,6 %)

yang berdiagnosa skizofrenia. Pasien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita tersebar di ruang Kresna wanita berjumlah 28 orang (11,5 %), ruang Utari berjumlah 80 orang (32,8 %), dan ruang Arimbi berjumlah 136 orang (55,7 %).

Pasien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor berdasarkan Laporan Akuntabilitas (2011), bahwa pasien yang mengalami defisit perawatan diri pada bulan Januari–Juni 2011 sebanyak 23,7 %. Angka tersebut cukup tinggi mengingat telah banyak dilakukannya terapi perilaku yang sudah dilakukan oleh perawat dan mahasiswa residensi yang berpraktek di ruangan tersebut. Penulis, berdasarkan data–data yang diperoleh, menjadi tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hubungan antara karakteristik klien skizofrenia dengan tingkat kemampuan perawatan diri di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor dengan tujuan hasil penelitian ini dapat menjadi acuan untuk meningkatkan pelayanan sehingga masalah defisit perawatan diri klien skizofrenia menjadi berkurang.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Penderita gangguan jiwa dengan angka gangguan mental berat, seperti: psikotis, skizofrenia, dan gangguan depresi berat, terjadi pada sekitar 1 juta jiwa. Pasien jiwa dengan diagnosa skizofrenia yang masuk ke ruang rawat inap psikiatri di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi menempati posisi tertinggi dibandingkan dengan diagnosa medis yang lain. Pasien skizofrenia yang masuk ke ruang rawat inap wanita, tersebar di ruang Kresna wanita, Utari, dan Arimbi dengan jumlah yang bervariasi dengan angka defisit perawatan diri sebanyak 23,7 % pada Januari–Juni 2011. Penelitian yang dilakukan oleh Holmberg dan Kane (1999) menunjukkan bahwa pasien psikiatri kurang melakukan perawatan diri atau kegiatan aktivitas kesehatan. Berdasarkan uraian tersebut, dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “Adakah hubungan antara karakteristik klien skizofrenia dengan tingkat kemampuan perawatan diri di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor”.

### **1.3 TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan penelitian ini terdiri dari dua bagian, yaitu tujuan umum dan khusus.

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai hubungan antara karakteristik klien skizofrenia dengan tingkat kemampuan perawatan diri.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Penelitian ini bertujuan untuk :

- 1.3.2.1** Mengetahui gambaran karakteristik klien skizofrenia, yaitu: umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, frekuensi dirawat, lama hari rawat, dan lama sakit di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- 1.3.2.2** Mengetahui gambaran tingkat kemampuan perawatan diri pada klien skizofrenia dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- 1.3.2.3** Mengetahui hubungan antara umur yang dapat mempengaruhi kemampuan perawatan diri klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- 1.3.2.4** Mengetahui hubungan antara status perkawinan yang dapat mempengaruhi kemampuan perawatan diri klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- 1.3.2.5** Mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan yang dapat mempengaruhi kemampuan perawatan diri klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- 1.3.2.6** Mengetahui hubungan antara frekuensi dirawat yang dapat mempengaruhi kemampuan perawatan diri klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- 1.3.2.7** Mengetahui hubungan antara lama hari rawat yang dapat mempengaruhi kemampuan perawatan diri klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

**1.3.2.8** Mengetahui hubungan antara lama sakit yang dapat mempengaruhi kemampuan perawatan diri pasien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor.

#### **1.4 MANFAAT PENELITIAN**

Manfaat yang diperoleh dari hasil penelitian ini adalah:

##### **1.4.1 Manfaat praktis atau aplikatif**

Hubungan karakteristik klien skizofrenia dengan tingkat kemampuan pasien skizofrenia dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi dapat diketahui, sehingga diharapkan pelayanan keperawatan dapat ditingkatkan. Peningkatan pelayanan keperawatan ini dapat dilihat melalui indikator mutu tentang tingkat kemandirian (*total care, partial care, mandiri care*) dan angka infeksi nosokomial (*scabies, pediculus*). Tingkat kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia akan dicapai secara maksimal dan angka infeksi nosokomial (*scabies, pediculus*) tidak terjadi.

##### **1.4.2 Manfaat teoritis atau akademis**

Peningkatan kemampuan perawatan diri pada klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor akan meningkat sehingga akan memberikan gambaran bagi perkembangan ilmu pengetahuan tentang tingkat kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri. Hasil penelitian ini diharapkan akan lebih memperkaya pengetahuan keperawatan, sehingga mahasiswa/i akan lebih memperhatikan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada klien skizofrenia sesuai dengan karakteristiknya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Tinjauan pustaka penelitian memaparkan teori dan konsep yang terkait dengan masalah penelitian sebagai bahan rujukan. Tinjauan pustaka ini membahas tentang tingkat kemampuan perawatan diri berdasarkan karakteristik klien skizofrenia. Uraian meliputi tinjauan pustaka tentang skizofrenia, karakteristik klien skizofrenia, defisit perawatan diri, dan tingkat kemampuan perawatan diri.

#### **2.1 SKIZOFRENIA**

Skizofrenia adalah gangguan jiwa/gangguan otak kronis yang mempengaruhi individu sepanjang kehidupannya yang ditandai dengan penurunan kemampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesulitan melakukan aktifitas sehari-hari (*National Institute of Mental Health, 2009; Keliat, 2006*). Pengaruh gangguan jiwa pada skizofrenia meliputi faktor kognisi, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial (*Videbeck, 2008*).

Pasien skizofrenia berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Buchanan dan Carpenter (2000) menunjukkan bahwa jaringan otaknya relatif lebih sedikit, yang diperlihatkan oleh suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan otak, yaitu terjadinya pembesaran ventrikel otak dan atrofi otak. Volume otak terjadi penurunan dan fungsi otak abnormal pada area temporal dan frontal yang berkorelasi dengan tidak adanya kemauan atau motivasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penelitian yang dilakukan oleh Holmberg (1999) pada 22 pasien rawat jalan yang menderita skizofrenia bertujuan untuk melihat perawatan diri dan kesehatan pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien psikiatri kurang melakukan perawatan diri atau kegiatan aktivitas kesehatan.

Skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda dan berdampak pada semua aspek kehidupan (Videbeck, 2008). Derajat gangguan pada fase akut atau psikotik dan fase kronis sangat bervariasi tiap individu. Strategi pelaksanaan jangka panjang dan ketrampilan coping sangat dibutuhkan oleh pasien skizofrenia. Perilaku-perilaku pada pasien skizofrenia yang sering muncul dapat mempengaruhi fungsi dalam kehidupan sehari-hari klien. Perilaku abnormal tersebut dijelaskan Stuart dan Laraia (2005) sebagai kurangnya motivasi, isolasi sosial, perilaku makan dan tidur buruk, sulit menyelesaikan tugas, kurang perhatian, penampilan tidak rapi/bersih, bicara sendiri, sering bertengkar, dan tidak teratur minum obat.

Perilaku-perilaku pada pasien skizofrenia menurut Videbeck (2008) meliputi: gejala positif (halusinasi, delusi, gangguan pikiran, gangguan perilaku), dan gejala negatif (afek datar, defisit perawatan diri, menarik diri). *National Institute of Mental Health* (2009) menjelaskan hal yang sama seperti dijelaskan Videbeck (2001) ditambah dengan gejala kognitif, yaitu kurangnya kemampuan memahami dan menggunakan informasi dan sulit fokus. Sedangkan Stuart dan Sundeen (1995) menguraikan perilaku-perilaku pada pasien skizofrenia secara umum yaitu: apraksia (kesulitan melaksanakan tugas yang kompleks), deteriorasi penampilan, agresi/agitasi, perilaku stereotipik atau berulang, avolisi (kurang energi dan dorongan), dan kurang tekun dalam bekerja.

Pasien skizofrenia dengan gejala positif dapat dikontrol dengan pengobatan, sedangkan gejala negatif seringkali bersifat menetap dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari (Videbeck, 2008; *National Institute of Mental Health*, 2009). Pasien lebih sulit untuk mengakui bahwa mereka adalah penderita skizofrenia. Mereka akan memerlukan bantuan untuk menyelesaikan tugasnya sehari-hari terutama dalam hal perawatan diri sehingga membuatnya terlihat malas atau tidak mau membantu diri sendiri. Pasien skizofrenia dengan gejala defisit kognisi berhubungan dengan masalah-masalah proses informasi yang mencakup aspek ingatan, perhatian, komunikasi, dan kesulitan dalam pengambilan keputusan.



Pasien skizofrenia pada episode psikotik dapat menjadi sangat preokupasi dengan ide-ide waham atau halusinasi, sehingga ia gagal melaksanakan aktivitas dasar dalam kehidupan sehari-hari (Videbeck, 2008). Pasien menjadi kurang memiliki perasaan emosi, minat atau kepedulian dan dapat mengalami defisit perawatan diri (Stuart & Sundeen, 1995). Mereka tidak memperhatikan kebutuhan kebersihan diri, berhias dan juga dapat gagal untuk mengenali sensasi seperti rasa haus dan lapar. Pasien mungkin tidak mendapat asupan makanan atau cairan yang adekuat yang dapat menyebabkan malnutrisi dan konstipasi. Kebutuhan pasien terhadap eliminasi dapat kurang terpenuhi, beberapa diantaranya buang air besar/buang air kecil di sembarang tempat.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi skizofrenia, yaitu: faktor genetik, neuroanatomi, dan neurokimia, dan faktor imunovirologi, gen dan lingkungan, perawatan psikososial, keterampilan manajemen penyakit, rehabilitasi, pendidikan keluarga, terapi perilaku kognitif, kelompok-kelompok swadaya dan kelompok *self-help* (National Institute of Mental Health, 2009).

## **2.2 KARAKTERISTIK KLIEN SKIZOFRENIA**

Klien skizofrenia mempunyai karakteristik menurut umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, dan lama dirawat, yang dijelaskan sebagai berikut:

### **2.2.1 Umur**

Umur berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping (Stuart & Laraia, 2005). Tingkat kemampuan perawatan diri seseorang dipengaruhi oleh umur, tahap perkembangan, pengalaman hidup, latar belakang sosiokultural, kesehatan, dan sumber-sumber yang tersedia (Marriner, 2001). Penelitian yang dilakukan Siagian (1995, dalam Parendrawati, 2008) mengemukakan bahwa semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pola kedewasaan teknis dan kedewasaan psikologis dengan menunjukkan kematangan jiwa, semakin bijaksana, mampu berfikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain.

Pertumbuhan dan perkembangan normal sesuai umur meliputi perubahan biologis, kognitif, dan sosioemosional yang terjadi selama masa kehidupan individu (Santrock, 2007). Pertumbuhan mencakup perubahan fisik yang terjadi sejak periode prenatal sampai masa dewasa lanjut yang dapat berupa kemajuan atau kemunduran. Perkembangan bersifat dinamis dan melibatkan progresifitas dan penurunan (Berger, 2005). Keberhasilan dan kegagalan dalam suatu fase akan mempengaruhi kemampuannya untuk menyelesaikan fase berikutnya. Jika individu mengalami kegagalan perkembangan yang berulang akan terjadi kecacatan, tetapi jika individu mengalami keberhasilan yang berulang akan meningkatkan kesehatannya.

Berdasarkan teori interpersonal, skizofrenia muncul akibat hubungan disfungsional pada masa kehidupan awal dan masa remaja. Hal ini terjadi akibat ibu cemas berlebihan, terlalu protektif, tidak perhatian secara emosional, atau ayah yang jauh dan suka mengontrol (Potter & Perry, 2009). Teori ini sesuai dengan penelitian DSM IV TR, 2000 yang mengungkapkan bahwa skizofrenia terjadi pada masa remaja akhir dan dewasa awal, untuk laki-laki rata-rata umur 15-25 tahun, dan perempuan 12-35 tahun. Dantas, et. al. (2011) dan Folsom, et. al. (2009) dan Tek, Kirkpatrick, dan Buchanan (2001) mengemukakan tentang angka kejadian individu yang mengalami skizofrenia umumnya terjadi pada masa usia produktif.

### **2.2.2 Jenis Kelamin**

Jenis kelamin adalah ciri-ciri fisik, karakter dan sifat yang berbeda yang mempengaruhi kebersihan seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Penderita gangguan jiwa ringan pada perempuan terjadi dua kali lebih banyak dibanding laki laki dan sangat dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi. Penderita gangguan jiwa berat lebih banyak diderita laki-laki daripada perempuan (Risksedas–Depkes, 2007).

### **2.2.3 Status Perkawinan**

Pada individu yang tidak memiliki pasangan atau mengalami perceraian berisiko tinggi mengalami gangguan jiwa yang dapat menghambat kemampuan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri (Stuart & Sundeen, 2005). Widya (2007) mengungkapkan bahwa gangguan jiwa sering dialami oleh individu yang bercerai dibandingkan dengan yang sudah menikah. Hal ini berbeda dengan pendapat Dantas, et. al. (2011) dan Folsom, et. al. (2009) yang menunjukkan klien skizofrenia umumnya terjadi pada individu yang belum menikah.

Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan. Adanya masalah kesehatan pada salah satu anggotanya akan memungkinkan munculnya faktor resiko pada yang lain. Keluarga merupakan sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya. Friedman (1998) mengungkapkan bahwa kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Keluarga merawat anggota keluarga yang mempunyai gangguan kesehatan. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan mempengaruhi tingkat kesehatan keluarga dan individu. Tingkat pengetahuan keluarga tentang sehat sakit mempengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan (Friedman, 2004; Maglaya, 2010)

### **2.2.4 Pendidikan**

Pendidikan adalah status resmi tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh oleh pasien. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan klien untuk berinteraksi secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Menurut Potter dan Perry (2005), keikutsertaan klien dalam belajar secara tidak langsung dipengaruhi oleh keinginan untuk mendapatkan pengetahuan dan kemampuan. Wibowo (1997) dalam penelitiannya tentang karakteristik penderita skizofrenia menunjukkan bahwa individu banyak terjadi gangguan jiwa pada tingkat pendidikan SMA. Hal ini senada dengan yang diungkapkan oleh Tek, Kirkpatrick & Buchanan (2001), Folsom, et. al. (2009) bahwa skizofrenia terjadi setelah individu telah berpendidikan selama 11,5 tahun dan 12,7 tahun.

### **2.2.5 Lama Dirawat**

Lama dirawat adalah waktu atau lamanya pasien terpapar stresor, yakni terkait sejak kapan, sudah berapa lama, dan berapa frekwensi, akan berdampak pada pencapaian kemampuan perawatan diri (Stuart & Laraia, 2005). Aspek stresor yang dapat mempengaruhi respon stres adalah intensitas, jangkauan, durasi, jumlah dan sifat stresor lain, prediktabilitas. Karakteristik individual yang dapat mempengaruhi respon stress adalah tingkat pengontrolan personal, ketersediaan dukungan sosial, perasaan mampu/kompetensi, penghargaan kognitif (Potter & Perry, 2010).

### **2.3 DEFISIT PERAWATAN DIRI**

Hygiene adalah bagian dari kesehatan dan dipengaruhi oleh sosiokultural, keluarga dan faktor-faktor yang dimiliki oleh individu, meliputi pengetahuan tentang kesehatan dan persepsi tentang kebutuhan hygiene (Potter & Perry, 2005). Sedangkan personal hygiene didefinisikan sebagai kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri yang terdiri dari makan, mandi, toilet, dan kebersihan pakaian tanpa dibantu orang lain (Craven & Hirnle, 2007). Perawatan diri yang dimaksud adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya dengan tujuan mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya.

Perawatan diri adalah perawatan sendiri yang dilakukan setiap orang dan ditentukan oleh nilai-nilai dan praktek-praktek individu, seperti: hygiene tubuh secara umum, mandi, eliminasi, dan berhias (Kozier, 2004). Perawatan diri mempunyai tujuan dan berperan terhadap integritas struktural, fungsi, dan perkembangan manusia (Orem, 1985). Hygiene pribadi dapat mempengaruhi kenyamanan, keamanan, dan kesejahteraan pasien (Potter & Perry, 2009). Kebutuhan perawatan diri adalah kebutuhan yang dimiliki setiap individu untuk memenuhi dan menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang ditentukan oleh nilai-nilai dan praktek-praktek individu yang bertujuan dan berperan terhadap integritas struktural, fungsi, dan perkembangan manusia.

Pilihan perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor sehingga individu memiliki variasi dalam praktiknya. Perawatan diri bukanlah suatu rutinitas, hal ini membutuhkan kontak intim antara perawat dengan klien dan komunikasi untuk mewujudkan hubungan terapeutik. Faktor–faktor yang mempengaruhi perawatan diri menurut Koziar (2004) adalah budaya, agama, lingkungan, tahap perkembangan, kesehatan/energi, dan pilihan personal. Sedangkan Potter dan Perry (2009) menjelaskan bahwa faktor–faktor yang mempengaruhi perawatan diri meliputi praktik sosial, pilihan pribadi, citra tubuh, status sosial ekonomi, kepercayaan dan motivasi kesehatan, variabel budaya, dan kondisi fisik.

Faktor–faktor yang mempengaruhi perawatan diri menurut Koziar (2004) dijelaskan dalam tabel 2.1 sebagai berikut:

**Tabel 2.1**  
**Faktor–faktor yang mempengaruhi perawatan diri**

<b>Faktor</b>	<b>Keterangan</b>
Budaya	Budaya Amerika Utara memberi nilai yang tinggi pada kebersihan diri yaitu sehari 1-2 kali sehari, sementara budaya yang lain mandi sekali setiap minggu. Beberapa budaya menganggap privasi harus diberikan saat mandi, sementara budaya yang lain mempraktikkan mandi bersama atau komunal. Bau badan dianggap sebagai sesuatu yang menjijikkan pada beberapa budaya dan diterima sebagai sesuatu yang normal pada budaya lain.
Agama	Seremoni pembersihan dipraktikkan oleh beberapa agama.
Lingkungan	Kondisi keuangan dapat mempengaruhi ketersediaan fasilitas untuk mandi. Sebagai contoh para tunawisma mungkin tidak memiliki ketersediaan air hangat; sabun, shampoo, losion pencukur, dan deodoran mungkin terlalu mahal untuk orang–orang yang memiliki keterbatasan sumber dana.

---

Tahap perkembangan	Anak-anak belajar hygiene di rumah. Praktik hygiene bervariasi sesuai usia individu; sebagai contoh anak usia prasekolah dapat didorong untuk melakukan sebagian besar praktik hygiene secara mandiri.
--------------------	--

---

Kesehatan dan energi	Orang sakit mungkin tidak memiliki motivasi atau tenaga untuk melakukan praktik hygiene. Beberapa klien yang memiliki gangguan neuromuskular mungkin tidak mampu melakukan perawatan hygiene.
----------------------	---

---

Pilihan personal	Beberapa orang memilih untuk mandi pancuran daripada dengan bak mandi.
------------------	--

---

**Sumber:** Kozier, B. & Erb, G. (2004). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice*. 7<sup>th</sup> Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Inc.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri menurut Potter dan Perry (2009) dijelaskan dalam tabel 2.2 sebagai berikut:

**Tabel 2.2**

**Faktor faktor yang mempengaruhi perawatan diri**

---

<b>Faktor</b>	<b>Keterangan</b>
Praktik sosial	Kelompok sosial mempengaruhi pilihan hygiene, termasuk produk dan frekuensi perawatan pribadi. Selama masa kanak-kanak, kebiasaan keluarga mempengaruhi hygiene, misalnya frekuensi mandi, waktu mandi, dan jenis hygiene mulut. Pada masa remaja, hygiene pribadi dipengaruhi oleh kelompok teman. Remaja wanita misalnya menjadi tertarik pada penampilan pribadi dan mulai memakai riasan wajah. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk harapan tentang penampilan pribadi. Beberapa praktik hygiene pada lansia berubah karena kondisi dan sumber yang tersedia.

---

Pilihan pribadi	Tiap klien memiliki keinginan sendiri dalam menentukan waktu bercukur, mandi, dan mengurus rambut. Pilihan produk didasarkan pada penilaian pribadi, kebutuhan dan dana pengetahuan tentang pilihan klien akan membantu perawatan yang terindividualisasi. Selain itu bantu klien untuk membangun praktik hygiene baru jika ada penyakit. Contoh: perawat harus mengajarkan hygiene kaki pada klien penderita diabetes.
Citra tubuh	Citra tubuh mempengaruhi cara seseorang memelihara hygiene. Jika klien tampak rapi, mempertimbangkan detail kerapian saat merencanakan keperawatan dan berkonsultasi dengan klien sebelum memberikan perawatan hygiene. Klien yang tampak berantakan dan tidak peduli dengan hygiene dirinya akan membutuhkan edukasi tentang kepentingan hygiene atau pemeriksaan lebih lanjut untuk melihat kemampuan klien berpartisipasi dalam hygiene harian. Penampilan umum klien menggambarkan pentingnya hygiene bagi dirinya. Citra tubuh adalah konsep subyek seseorang tentang tubuhnya, termasuk penampilan, struktur atau fungsi fisik. Citra ini sering berubah; saat klien menjalani operasi, menderita penyakit, atau perubahan status fungsional, citra tubuh akan berubah dramatis. Perawat berusaha untuk meningkatkan kenyamanan dan penampilan hygiene klien.
Status sosial ekonomi	Status ekonomi akan mempengaruhi jenis dan sejauh mana praktik hygiene dilakukan. Perawat harus sensitif terhadap status ekonomi klien dan pengaruhnya terhadap kemampuan pemeliharaan hygienenya. Jika klien mengalami masalah ekonomi, dirinya akan sulit berpartisipasi dalam aktivitas promosi kesehatan seperti hygiene dasar. Jika barang untuk perawatan diri tidak dapat dibeli oleh klien, carilah alternatifnya. Pelajari juga apakah penggunaan produk tersebut merupakan bagian kebiasaan yang dilakukan oleh kelompok sosial klien. Contohnya tidak semua klien menggunakan deodoran atau kosmetik.
Kepercayaan atau motivasi kesehatan	Pengetahuan akan hygiene mempengaruhi praktik hygiene. Motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan hygiene. Kesulitan internal yang mempengaruhi praktik hygiene adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan. Klien berperan penting dalam menentukan kesehatan dirinya karena perawatan diri merupakan hal yang paling dominan pada kesehatan masyarakat kita. Banyak keputusan pribadi yang dibuat tiap hati yang membentuk gaya hidup dan lingkungan sosial/fisik (Pender,

---

	Murdaugh, & Parson, 2002). Penting untuk mengetahui apakah klien merasa dirinya memiliki risiko. Jika klien mengetahui memiliki risiko dan dapat bertindak tanpa konsekuensi negatif, mereka lebih cenderung menerima konseling oleh perawat.
Variabel budaya	Kepercayaan budaya dan nilai pribadi klien akan mempengaruhi perawatan hygiene. Berbagai budaya memiliki praktik hygiene yang berbeda. Beberapa budaya tidak menganggap kesehatan sebagai hal yang penting.
Kondisi fisik	Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan hygiene. Contoh klien dengan traksi, penyakit dengan rasa nyeri membatasi ketangkasan dan rentang gerak, klien dibawah efek sedasi tidak memiliki koordinasi mental untuk melakukan perawatan diri, penyakit kronis, jantung, kanker, neurologis, atau psikiatrik. Genggaman yang melemah akibat stroke atau kelainan otot akan menghambat klien untuk menggunakan sikat gigi, handuk basah, atau sisir.

---

**Sumber:** Potter, P. A. & Perry, A. G. (2009). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice*. 7<sup>th</sup> Ed. Singapore: Elsevier, Inc.

Defisit perawatan diri merupakan salah satu perilaku pasien skizofrenia dimana seseorang mengalami gangguan atau hambatan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang meliputi defisit mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi. Definisi dari defisit perawatan diri diartikan sebagai suatu keadaan seseorang yang mengalami gangguan/hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti: mandi, berganti pakaian, makan, eliminasi untuk diri sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008).

Defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia disebabkan oleh adanya gangguan kognitif atau persepsi yang menyebabkan ketergantungan terhadap kebutuhan perawatan dirinya. Defisit perawatan diri menurut Wilkinson (2008) seringkali disebabkan oleh intoleransi aktivitas, hambatan mobilitas fisik, nyeri, ansietas, dan gangguan kognitif atau persepsi. Penyebab defisit perawatan diri menurut Koziar (2004) adalah penurunan atau tidak ada motivasi, kelemahan, kelelahan, nyeri/ketidnyamanan, gangguan kognitif atau persepsi, ketidakmampuan untuk



merasakan bagian tubuh atau hubungan spasial, gangguan neuromuskular/muskuloskeletal, pembatasan yang diindikasikan secara medis, prosedur terapeutik yang membatasi mobilitas, ansietas berat, dan kendala lingkungan.

Tanda dan gejala defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia adalah gangguan kebersihan diri yang ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor; ketidakmampuan berdandan/berhias yang ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan; ketidakmampuan makan secara mandiri yang ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, makan tidak pada tempatnya; ketidakmampuan untuk buang air besar/kecil secara mandiri yang ditandai dengan buang air besar/kecil tidak pada tempatnya, atau tidak membersihkan diri dengan baik setelah buang air besar/kecil (Keliat, 2006).

Tanda dan gejala defisit perawatan diri pada klien skizofrenia menurut Depkes, (2000) adalah secara fisik klien menunjukkan badan bau tidak sedap, pakaian kotor, rambut tidak rapi, kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor disertai mulut berbau tidak sedap, dan penampilan tidak rapi. Tanda dan gejala secara psikologis adalah klien terlihat malas, tidak adanya inisiatif, menarik diri, merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina, sedangkan secara sosial ditunjukkan dengan interaksi yang kurang, aktivitas kurang, tidak mampu berperilaku sesuai norma, makan dan minum tidak teratur, buang air kecil dan buang air besar di sembarang tempat, serta tidak mampu mandi dan menggosok gigi secara mandiri.

Holmberg dan Kane (1999) dalam penelitiannya yang berjudul “*Health and Self-care Practice of Persons with Schizophrenia*” mengidentifikasi beberapa faktor resiko penyakit yang mengakibatkan kematian, diantaranya penilaian yang buruk terhadap kesehatan, status sosial ekonomi yang rendah, dan tidak memadainya deteksi penyakit oleh rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien psikiatri kurang dapat melakukan perawatan diri atau kegiatan aktivitas kesehatan, dibandingkan dengan populasi non psikiatri.

Defisit perawatan diri terdiri dari empat aktivitas, yaitu: mandi, berpakaian, makan, eliminasi yang akan dijelaskan sebagai berikut:

### **2.3.1 Defisit perawatan diri: mandi**

Defisit perawatan diri: mandi adalah hambatan/gangguan kemampuan untuk melakukan atau memenuhi aktivitas mandi/hygiene untuk diri sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008). Batasan karakteristik defisit perawatan diri: mandi adalah: ketidakmampuan pasien untuk mengakses kamar mandi (masuk dan keluar kamar mandi), mengeringkan tubuh, mengambil perlengkapan mandi, menjangkau sumber air, mendapatkan atau menyediakan air, mengatur suhu dan aliran air mandi, mengatur air mandi, dan membersihkan tubuh/anggota tubuh.

### **2.3.2 Defisit perawatan diri: berpakaian**

Defisit perawatan diri: berpakaian adalah suatu hambatan kemampuan untuk memenuhi/menyelesaikan aktivitas berpakaian lengkap dan berhias untuk diri sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008). Batasan karakteristik defisit perawatan diri: berpakaian adalah ketidakmampuan pasien untuk memilih pakaian, mengambil pakaian, mengambil atau menggantikan pakaian, mengenakan atau melepas pakaian pada bagian atas/bawah tubuh, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengenakan dan melepas sepatu atau kaus kaki, menggunakan alat bantu, menggunakan resleting, hambatan kemampuan untuk mengancingkan pakaian; hambatan kemampuan pasien untuk mengambil pakaian, mengenakan atau melepas atribut penting pakaian, mengenakan atau melepas sepatu atau kaus kaki.

### **2.3.3 Defisit perawatan diri: makan**

Defisit perawatan diri: makan adalah suatu hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan/memenuhi aktivitas makan sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008). Batasan karakteristik defisit perawatan diri: makan adalah ketidakmampuan pasien untuk menyuap, mengunyah, atau menghabiskan makanan, menempatkan makanan ke perlengkapan makan, menggunakan perlengkapan makan, memakan makanan dengan cara yang dapat diterima oleh

sosial, memakan makanan dengan aman dan jumlah memadai, memanipulasi makanan dalam mulut, membuka wadah makanan, mengambil gelas/cangkir, menyiapkan makanan, menelan makanan, atau menggunakan alat bantu.

#### **2.3.4 Defisit perawatan diri: eliminasi**

Defisit perawatan diri: eliminasi adalah suatu hambatan kemampuan untuk melakukan, menyelesaikan, atau melengkapi kegiatan/aktivitas eliminasi sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008). Batasan karakteristik defisit perawatan diri: eliminasi adalah ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat, menyiram toilet, naik ke toilet, melepas atau menggunakan pakaian untuk eliminasi, turun dari toilet atau untuk duduk/bangun dari toilet, membersihkan diri sehabis eliminasi.

#### **2.4 TINGKAT KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI**

Tingkat kemampuan perawatan diri seseorang dipengaruhi oleh usia, tahap perkembangan, pengalaman hidup, latar belakang sosiokultural, kesehatan, dan sumber-sumber yang tersedia (Marriner, 2001). Kemampuan perawatan diri dijelaskan oleh Swanburg & Swanburg (1999) dan Dorothea Orem (2001) untuk mengidentifikasi kebutuhan bantuan yang dapat terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri. Swanburg & Swanburg (1999) mengelompokkan tingkat ketergantungan menjadi perawatan mandiri, minimal, moderat, ekstensif (semi total), dan intensif (total). Orem membagi tiga tipe, yaitu *wholly compensatory system/total care*, *partly compensatory system/partial care*, dan *supportive-educative system/self care*.

*Wholly compensatory system* (sistem pengganti keseluruhan) diperlukan ketika perawat membantu ketidakmampuan total seorang pasien dalam hubungan kegiatan merawat yang membutuhkan penyembuhan. *Partly compensatory system* (sistem pengganti sebagian) diperlukan ketika perawat dan pasien menjalankan ukuran-ukuran perawatan atau tindakan-tindakan lain yang melibatkan tugas-tugas manipulatif atau penyembuhan. *Supportive-educative system* (sistem pendukung-pendidik) adalah situasi dimana pasien tidak dapat melakukan tanpa

bantuan dengan menampilkan atau belajar menjalankan ukuran–ukuran yang dibutuhkan secara eksternal atau internal melalui metode–metode bantuan yaitu: tindakan, panduan, pelajaran, dukungan, dan lingkungan yang baik.

Lee Gurel dan John E. Davis (1967) melakukan penelitian dengan judul “*Survey of Self-care Dependency in Psychiatric Patient*” untuk melihat tingkat ketergantungan perawatan diri pasien psikiatri. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien defisit perawatan diri biasanya membutuhkan bantuan untuk memenuhi satu kebutuhan dari lima aktivitas perawatan diri: makan, berpakaian, mandi, eliminasi, dan aktivitas sehari-hari; paling tidak satu dalam empat hari yang berbeda dalam satu minggu kalender terdapat tiga dari lima aktivitas perawatan diri.

Kemampuan pasien dalam memenuhi perawatan diri digambarkan berdasarkan skala tingkat ketergantungan menurut NANDA dalam Wilkinson (2000) sebagai berikut: tingkat 0 merupakan tingkatan tertinggi yang ditandai dengan kemandirian penuh dalam kegiatan sehari-hari; tingkat 1 ditandai dengan penggunaan alat-alat atau bahan pembantu meskipun dilakukan secara mandiri dan tanpa ketergantungan pada orang lain; tingkat 2 ditandai dengan diperlukannya bantuan orang lain untuk pengawasan; tingkat 3 ditandai dengan diperlukannya alat-alat dan bahan bantu serta pengawasan dari orang lain; tingkat 4 adalah tingkatan terendah dimana klien sepenuhnya tergantung pada bantuan orang lain.

Penjelasan tentang kemampuan perawatan diri dapat dilihat dalam tabel 2.3 sebagai berikut:

**Tabel 2.3**  
**Klasifikasi tingkat kemampuan klien dalam perawatan diri**

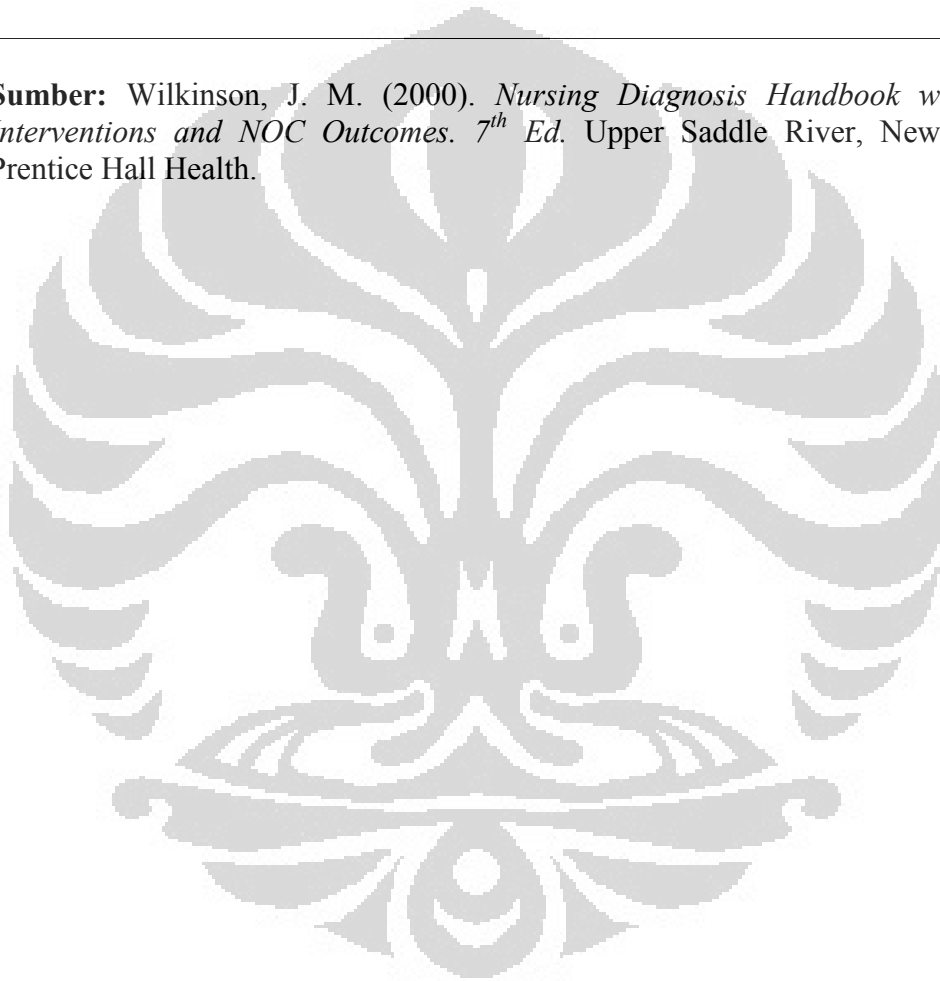
<b>Faktor</b>	<b>(0)</b>	<b>(+1)</b>	<b>Semi mandiri (+2)</b>	<b>Ketergantungan Sebagian (+3)</b>	<b>Ketergantungan Total (+4)</b>
	Man diri total	Perlu menggunakan alat bantu	Perlu bantuan dari orang lain untuk membantu, mengawasi atau mengajarkan	Perlu bantuan dari orang lain dan alat bantu	Perlu bantuan orang lain, tidak berpartisipasi dalam aktivitas
Mandi			Perawat memberikan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien di tempat tidur/kamar mandi. Pasien dapat sendiri, untuk punggung dan kaki.	Perawat menyediakan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien, membersihkan punggung, tungkai, perineum, dan semua bagian tubuh lain sesuai keperluan. Pasien dapat membantu.	Pasien membutuhkan mandi lengkap, tidak dapat membantu sama sekali.
Berpakaian			Perawat mempersiapkan pakaian, dapat mengancingkan, merisleting, atau mengikat pakaian. Pasien dapat mengenakan pakaian sendiri.	Perawat menyisir rambut pasien, membantu mengenakan pakaian, mengancingkan, merisleting pakaian dan mengikat sepatu.	Pasien perlu dikenakan pakaian dan tidak dapat membantu. Perawat menyisir rambut pasien.
Makan			Perawat mengatur posisi pasien, mengambil makanan, memantau makan.	Perawat memotong makanan, membuka wadah, mengatur posisi, mendorong dan memantau makan.	Pasien perlu dibantu makan secara total.

---

Eliminasi	Perawat dapat berjalan ke kamar mandi/ <i>commode</i> dengan bantuan. Perawat membantu mengenakan atau melepas pakaian.	Perawat menyediakan pispot, menempatkan pasien di pispot atau mengambil pispot tersebut, menempatkan pasien di <i>commode</i> .	Pasien inkontinensia. Perawat menempatkan pasien pada pispot atau <i>commode</i> .
-----------	---	---	--

---

**Sumber:** Wilkinson, J. M. (2000). *Nursing Diagnosis Handbook with NIC Interventions and NOC Outcomes*. 7<sup>th</sup> Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall Health.



## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Bab III menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian, dan definisi operasional yang akan dijelaskan sebagai berikut:

#### **3.1 KERANGKA KONSEP**

Kerangka konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep–konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep ini dikembangkan atau diacukan kepada tujuan penelitian yang telah dirumuskan dan didasari oleh kerangka teori yang telah disajikan dalam tinjauan kepustakaan sebelumnya. Kerangka konsep terdiri dari variabel–variabel serta hubungan variabel yang satu dengan yang lain. Variabel–variabel yang dimaksud adalah sebagai berikut:

##### **3.1.1 Variabel terikat (*dependent*)**

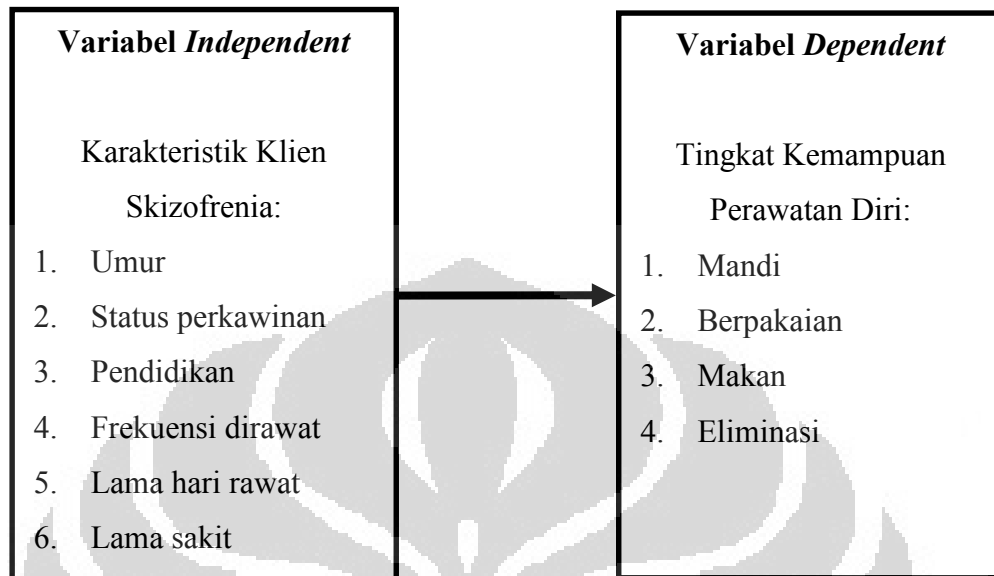
Variabel terikat pada penelitian ini adalah tingkat kemampuan perawatan diri klien skizofrenia yang meliputi: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi.

##### **3.1.2 Variabel bebas (*independent*)**

Variabel bebas pada penelitian ini adalah karakteristik klien skizofrenia yang meliputi: umur, status perkawinan, pendidikan, frekuensi dirawat, lama hari rawat, dan lama sakit.

Hubungan antara variabel–variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1 sebagai berikut:

**Skema 3.1**  
**Kerangka Konsep Penelitian**



### 3.2 HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis penelitian berdasarkan kerangka konsep adalah:

- Ada hubungan yang signifikan antara umur dengan tingkat kemampuan perawatan diri klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- Ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan tingkat kemampuan perawatan diri klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- Ada hubungan yang signifikan antara frekuensi dirawat dengan tingkat kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.



- Ada hubungan yang signifikan antara lama hari rawat frekuensi dirawat dengan tingkat kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
- Ada hubungan yang signifikan antara lama sakit frekuensi dirawat dengan tingkat kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

### 3.3 DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional penelitian diperlukan agar pengukuran variabel konsisten antara responden yang satu dengan responden yang lain (Notoatmodjo, 2010). Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada tabel 3.1:

**Tabel 3.1**  
**Definisi Operasional Penelitian**

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
<b>A Variabel Independent</b>					
1.	Umur	Lama hidup klien sampai hari ulang tahun terakhir saat di observasi	Satu item pertanyaan dalam lembar observasi I tentang umur klien	Dinyatakan dalam rentang umur 20-60 tahun, dengan indikator: 20-30: Dewasa awal 31-60: Dewasa tengah	Interval
2.	Status perkawinan	Status pernikahan klien secara resmi	Satu item pertanyaan dalam lembar observasi I tentang status perkawinan klien	1. Belum kawin 2. Kawin 3. Janda	Nominal

3.	Pendidikan	Pendidikan yang ditempuh secara formal	yang klien	Satu item pertanyaan dalam lembar observasi I tentang pendidikan klien	1. Tidak Sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMU 5. Perguruan Tinggi	Ordinal
4.	Frekuensi dirawat	Berapa kali dirawat di RS	klien	Satu item pertanyaan dalam lembar observasi I tentang berapa kali klien dirawat di Rumah Sakit	Dinyatakan dalam rentang hitungan 1-15 kali, dengan indikator: 1-5 : Jarang 6-10: Sedang 11-15: Sering	Interval
5.	Lama rawat	Lama hari dirawat di Rumah sakit	klien dirawat di Rumah sakit	Satu item pertanyaan dalam lembar observasi I tentang lama klien dirawat di Rumah sakit	Dinyatakan dalam rentang 2-32 minggu, dengan indikator: 2-12: Baru 13-22: Sedang 23-32: Lama	Interval
6.	Lama sakit	Lama menderita gangguan jiwa	klien	Satu item pertanyaan dalam lembar observasi I tentang lama klien menderita gangguan jiwa	Dinyatakan dalam rentang hitungan 0-30 tahun, dengan indikator: 0-10: Baru 11-20: Sedang 21-30: Lama	Interval

## B Variabel *Dependent*

Tingkat Kemampuan Perawatan Diri	Tingkat kemampuan perawatan diri klien untuk melakukan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, eliminasi	Menggunakan lembar observasi II dari NANDA dalam Wilkinson (2000) dengan jumlah	0: Mandiri total 1-4: Perlu alat bantu 5-8: Semi mandiri 9-12: Ketergantungan sebagian	Ordinal
----------------------------------	--	---	---	---------

			keseluruhan 16 item terdiri dari:	13-16: Ketergantungan total	
1. Mandi	Tingkat kemampuan perawatan diri klien menyediakan peralatan mandi dan membersihkan tubuh	Menggunakan lembar observasi II yang terdiri dari 5 item tentang kemampuan mandi klien		1. Mandiri total 2. Perlu alat bantu 3. Semi mandiri 4. Ketergantungan sebagian 5. Ketergantungan total	Ordinal
2. Berpakaian	Tingkat kemampuan perawatan diri klien menyiapkan pakaian dan melakukan perawatan berpakaian	Menggunakan lembar observasi II yang terdiri dari 5 item tentang kemampuan berpakaian klien		1. Mandiri total 2. Perlu alat bantu 3. Semi mandiri 4. Ketergantungan sebagian 5. Ketergantungan total	Ordinal
3. Makan	Tingkat kemampuan perawatan diri klien melakukan aktivitas makan	Menggunakan lembar observasi II yang terdiri dari 5 item tentang kemampuan makan klien		1. Mandiri total 2. Perlu alat bantu 3. Semi mandiri 4. Ketergantungan sebagian 5. Ketergantungan total	Ordinal
4. Eliminasi	Tingkat kemampuan perawatan diri klien melakukan kegiatan eliminasi: buang air besar dan buang air kecil	Menggunakan lembar observasi II yang terdiri dari 5 item tentang kemampuan buang air besar dan buang air kecil klien		1. Mandiri total 2. Perlu alat bantu 3. Semi mandiri 4. Ketergantungan sebagian 5. Ketergantungan total	Ordinal

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

Bab IV ini diuraikan tentang metodologi penelitian, meliputi: desain penelitian, lokasi penelitian, populasi dan sampel, prosedur pengumpul data, instrumen penelitian, pengolahan dan analisis data, etika penelitian, dan waktu penelitian.

#### **4.1 DESAIN PENELITIAN**

Desain penelitian ini meliputi identifikasi masalah tentang perawatan diri, identifikasi variabel, mengembangkan teori dan definisi operasional dari variabel. Jenis desain penelitian yang digunakan adalah penelitian *cross-sectional*. Penelitian dilakukan apa adanya dan lebih menekankan pada faktual. Peneliti mengumpulkan informasi dari tindakan seseorang, pengetahuan, kemauan, dan perilaku. Peneliti melakukan observasi atau pengukuran data variabel *independent* dan *dependent* hanya pada satu saat tertentu secara bersamaan. Tiap subyek diobservasi satu kali dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut, tidak ada tindak lanjut. Dalam penelitian ini, diperoleh prevalensi variabel independen yang dihubungkan dengan variabel dependen. Metode yang digunakan adalah observasi (Sastroasmoro & Ismael, 2011).

#### **4.2 LOKASI PENELITIAN**

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, yaitu: Ruang Kresna Wanita, Ruang Arimbi, dan Ruang Utari.

#### **4.3 POPULASI DAN SAMPEL**

##### **4.3.1 POPULASI**

Populasi adalah keseluruhan objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010; Arikunto, 2006). Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien skizofrenia yang dirawat di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

### 4.3.2 SAMPEL

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Teknik pengambilan sampel merupakan cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel melalui proses menyeleksi proporsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi agar diperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Nursalam, 2009). Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan cara *purposive sampling*, yaitu suatu teknik penetapan sampel jenis *non probability sampling* yang dilakukan dengan cara memilih sampel diantara populasi, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah penderita skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri, berusia 20-60 tahun, lama hari rawat minimal 1 minggu, dan bersedia menjadi subyek penelitian. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien pulang sebelum penelitian selesai dilakukan (pasien belum di observasi) dan pasien yang menolak atau mengundurkan diri untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini ditetapkan dengan rumus Lemeshow dan David (1997) sebagai berikut:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot 1-\alpha/2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot \alpha/2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan : n = Perkiraan besar sampel  
 N = Perkiraan besar populasi  
 Z = Nilai standar normal untuk  $\alpha = 0,1$  (1,65)  
 p = Perkiraan proporsi (50 %) q = 1 – p atau (100 % – p)  
 d = Tingkat signifikansi (0,1)

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot 1-\alpha/2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot \alpha/2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

$$n = \frac{244 (1,65)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,1)^2 (244 - 1) + (1,65)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{244 \cdot (2,7225) \cdot 0,25}{0,01 \cdot (243) + (2,7225) \cdot 0,25}$$

$$n = \frac{244 (0,68)}{2,43 + 0,68}$$

$$n = \frac{165,92}{3,11}$$

$$n = 53,35$$

= dibulatkan menjadi 53 sampel

Koreksi besar sampel untukantisipasi *drop out* adalah: (Sastroasmoro & Ismael, 2011)

$$n'' = \frac{n}{(1 - f)}$$

Keterangan:

$n''$  = Besar sampel yang direncanakan

$n$  = Besar sampel yang dihitung

$f$  = Perkiraan proporsi *drop out*

$$n'' = \frac{n}{(1 - f)}$$

$$n'' = \frac{53}{(1 - 0,1)}$$

$$n'' = 58,89 \text{ sampel}$$

= dibulatkan menjadi 59 sampel

#### 4.4 PROSEDUR PENGUMPULAN DATA

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dalam dua tahap, yaitu: tahap persiapan dan pelaksanaan. Pada tahap persiapan, peneliti menyiapkan instrumen berupa lembar observasi yang digunakan sebagai alat pengumpulan data. Peneliti mengurus perijinan tempat penelitian dengan mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari Koordinator Tugas Akhir Program Sarjana Keperawatan Ekstensi 2010 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia ke Direktur Rumah Sakit

Marzoeki Mahdi Bogor. Pada tahap pelaksanaan, peneliti memilih responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, memberikan informasi penelitian kepada responden secara jelas, meminta persetujuan (*informed consent*) klien skizofrenia untuk menjadi responden yang diwakili Perawat Primer dan diketahui oleh Kepala Ruangan, dan melakukan kontrak dengan responden untuk dilakukan penelitian mengenai tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi.

#### **4.5 INSTRUMEN PENELITIAN**

Instrumen penelitian ini menggunakan lembar observasi NANDA dalam Wilkinson (2000) untuk melihat tingkat kemampuan klien skizofrenia dalam merawat diri. Lembar observasi ini terdiri dari dua bagian. Bagian pertama berisi tentang karakteristik klien skizofrenia yang meliputi umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, frekuensi dirawat, lama hari rawat, dan lama sakit. Bagian kedua berisi tentang format pelaksanaan kemampuan perawatan diri pasien dalam aktivitas mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi. Agar instrumen "*valid*" dan "*reliable*" maka sebelum digunakan akan dilakukan uji instrumen terlebih dahulu. Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Reliabilitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat memperoleh hasil konsisten dan dapat dipercaya (Polit & Beck, 2006; Notoatmodjo, 2010). Uji instrumen dilakukan pada klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri yang sesuai dengan kriteria sampel penelitian sebanyak 30 orang yang dilaksanakan di ruang Utari dan ruang Arimbi Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

#### **4.6 PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA**

##### **4.6.1 PENGOLAHAN DATA**

Proses pengolahan data meliputi proses *editing*, *coding*, *data entry* dan *cleaning* (Notoatmodjo, 2010). *Editing* dilakukan Peneliti untuk melihat kelengkapan data, data yang belum lengkap segera dilengkapi. *Coding* adalah tindakan Peneliti dengan cara memberi kode pada lembar observasi yang berisi nomor responden dan nomor-nomor pertanyaan. *Data entry* adalah kegiatan Peneliti dalam

memasukkan data ke dalam program komputer untuk dilakukan analisis menggunakan software statistik. *Cleaning* adalah kegiatan Peneliti dengan mengecek kembali apakah masih terdapat kesalahan atau tidak. Setelah semua data dipastikan benar maka dilanjutkan dengan analisis data untuk melakukan uji statistik dengan menggunakan komputer.

#### **4.6.2 ANALISIS DATA**

Analisis data penelitian yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat menggambarkan karakteristik dari setiap variabel independen dan variabel dependen penelitian. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara satu variabel *independent* dengan satu variabel *dependent*. Analisis univariat dan bivariat ini akan dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut:

##### **4.6.2.1 Analisis Univariat**

Analisis Univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010; Sastroasmoro & Ismael, 2011). Analisis data digambarkan secara deskriptif dan ilmiah dalam bentuk tabel (analisis deskriptif). Variabel yang diteliti meliputi umur, status perkawinan, pendidikan, frekuensi dirawat, lama dirawat, lama sakit, kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, eliminasi, dan kemampuan perawatan diri secara umum. Analisis deskriptif data kategorik bertujuan untuk menjelaskan nilai jumlah dan persentasi masing-masing kelompok. Variabel yang diteliti adalah: status perkawinan, pendidikan, kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, eliminasi, dan kemampuan perawatan diri secara umum bertujuan untuk melihat variasi dan konsentrasi datanya. Analisis deskriptif untuk data numerik dilakukan pada variabel umur, frekuensi dirawat, lama hari rawat, dan lama sakit bertujuan untuk melihat ukuran tengah (*mean, median, modus*) dan sebarannya (*range, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum*) (Hastono, 2007).



#### 4.6.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menyatakan analisis terhadap dua variabel yaitu satu variabel *independent* dan satu variabel *dependent* (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Uji statistik pada dua kelompok data antara data kategorik dan kategorik dilakukan dengan uji *Pearson Chi-Square*. Tujuan uji *Pearson Chi-Square* adalah untuk menguji perbedaan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data. Proses pengujian dilakukan dengan membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi). Bila nilai frekuensi observasi dengan nilai frekuensi harapan sama, maka dikatakan tidak ada perbedaan yang signifikan. Sebaliknya, bila nilai frekuensi observasi dengan nilai frekuensi harapan berbeda, maka dikatakan ada perbedaan yang signifikan (Hastono, 2007). Uji *Pearson Chi-Square* ini dilakukan pada variabel status perkawinan dan tingkat pendidikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum yang meliputi: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi.

Uji statistik pada dua kelompok data antara data numerik dan kategorik dilakukan dengan uji beda lebih dari dua mean yaitu uji F atau uji ANOVA. Uji F dilakukan karena standar deviasi populasi tidak diketahui. Tujuan pengujian ini adalah untuk mengetahui perbedaan mean lebih dari dua kelompok data. Prinsip pengujian adalah dengan melihat variabilitas data menjadi dua sumber variasi yaitu kelompok (*within*) dan variasi antar kelompok (*between*). Bila variasi *within* dan *between* sama (nilai perbandingan kedua varian sama dengan 1) maka mean-mean yang dibandingkan tidak ada perbedaan, sebaliknya bila hasil perbandingan tersebut menghasilkan lebih dari 1, maka mean yang dibandingkan menunjukkan ada perbedaan. Uji F ini dilakukan untuk menghubungkan variabel umur, frekuensi dirawat, lama hari rawat, dan lama sakit dengan kemampuan perawatan diri secara umum yang meliputi: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi.

## 4.7 ETIKA PENELITIAN

Peneliti dalam melakukan penelitian memegang teguh sikap ilmiah, memperhatikan dan menjunjung tinggi etika penelitian, meliputi: penerapan prinsip-prinsip etik dan *informed consent*. Prinsip yang harus dipegang teguh dalam etika penelitian adalah: (Miller, 1999 dalam Notoatmodjo, 2010; Polit & Beck, 2006).

### 4.7.1 Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Sebelum penelitian dilakukan, subyek diberi penjelasan untuk mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan dan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan. Peneliti mempersiapkan formulir *informed consent* yang ditandatangani oleh Perawat Primer sebagai wakil dari responden yang diketahui oleh Kepala Ruangan di ruang Arimbi, Utari, dan Kresna Wanita. Alasan penandatanganan oleh Perawat Primer ini karena klien skizofrenia secara kognitif memiliki keterbatasan dalam hal kesulitan mengambil keputusan. Formulir *informed consent* ini berisi tentang penjelasan manfaat penelitian, penjelasan kemungkinan resiko yang ditimbulkan, penjelasan manfaat yang didapatkan, persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian, persetujuan subyek dapat mengundurkan diri sebagai obyek penelitian kapan saja, jaminan anonimitas dan kerahasiaan terhadap identitas dan informasi yang diberikan oleh responden. Subyek berhak untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden dengan menandatangani *informed consent* yang diwakili oleh Perawat Primer dan diketahui Kepala Ruangan (Miller, 1999 dalam Notoatmodjo, 2010; Polit & Beck, 2006).

### 4.7.2 Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Subyek mempunyai hak privasi dan kebebasan dalam memberikan informasi. Peneliti tidak menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan subyek. Peneliti hanya menggunakan *coding* sebagai pengganti identitas responden dari nomor 1–59 sesuai dengan jumlah sampel responden penelitian. *Coding* ini

digunakan Peneliti bertujuan untuk menjaga privasi dan kerahasiaan dari subyek penelitian dan untuk memudahkan proses analisis uji statistik (Miller, 1999 dalam Notoatmodjo, 2010).

#### **4.7.3 Keadilan dan inklusivitas/keterbukaan (*respect for justice an inclusiveness*)**

Peneliti memegang prinsip kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Peneliti dalam prinsip keterbukaan menjelaskan prosedur penelitian. Penjelasan penelitian ini dilakukan Peneliti dalam prinsip keadilan menjamin semua subyek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama (Miller, 1999 dalam Notoatmodjo, 2010). Penjelasan yang diberikan berisi manfaat penelitian, penjelasan kemungkinan resiko yang ditimbulkan, penjelasan manfaat yang didapatkan, persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian, persetujuan subyek dapat mengundurkan diri sebagai obyek penelitian kapan saja, jaminan anonimitas dan kerahasiaan terhadap identitas dan informasi yang diberikan oleh responden. Hasil dari penelitian ini akan diberikan untuk dipublikasikan kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor

#### **4.7.4 Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*)**

Manfaat penelitian ini dapat diperoleh untuk memberikan gambaran tentang tingkat kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia. Kerugian penelitian ini tidak berdampak apa pun bagi subyek penelitian (Miller, 1999 dalam Notoatmodjo, 2010).

#### 4.8 WAKTU PENELITIAN

Jadual waktu penelitian ini dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

**Rencana Jadual Penelitian dalam Minggu**

Kegiatan	Feb			Mar				April				Mei				Juni				Juli		
	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	
Penyelesaian bab 1-4	V	V	V	V	V	V	V	V	V													
Perijinan Penelitian								V	V													
Pengumpulan data										V	V	V	V	V	V							
Analisis data																V	V					
Penulisan laporan																V	V	V				
Sidang skripsi																					V	
Perbaikan skripsi																					V	V
Jilid <i>hard cover</i>																						V
Pengumpulan laporan																						V

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan penelitian dan hasil analisa data yang meliputi analisa univariat dan bivariat. Uraian pelaksanaan penelitian dan hasil analisa data tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

#### **5.1 PELAKSANAAN PENELITIAN**

Pengumpulan data dilaksanakan di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 14 April – 31 Mei 2012. Penelitian ini dilaksanakan di tiga ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, yaitu Ruang Kresna wanita, Arimbi, dan Utari. Jumlah klien yang menjadi responden adalah 59 orang; 30 orang dari Ruang Utari, 25 orang dari Ruang Arimbi, dan 4 orang dari Ruang Kresna wanita.

#### **5.2 HASIL ANALISA DATA**

##### **5.2.1 ANALISA UNIVARIAT**

Analisa univariat bertujuan untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti, yaitu umur, status perkawinan, pendidikan, frekuensi dirawat, lama dirawat, lama sakit, kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, eliminasi, dan kemampuan perawatan diri secara umum. Analisis deskriptif untuk data kategorik bertujuan untuk melihat variasi dan konsentrasi datanya. Analisis deskriptif ini dilakukan untuk variabel status perkawinan, pendidikan, kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, eliminasi, dan kemampuan perawatan diri secara umum. Analisis deskriptif untuk data numerik bertujuan untuk melihat ukuran tengah (*mean*, *median*, *modus*) dan sebarannya (*range*, standar deviasi, minimum dan maksimum). Pada analisis ini dilihat estimasi parameter populasi dengan melakukan estimasi interval. Untuk mengetahui suatu data berdistribusi normal dilakukan uji kenormalan data. Analisis deskriptif data numerik ini dilakukan untuk variabel umur, frekuensi dirawat, lama hari rawat, dan lama sakit.

Hasil analisis univariat yang dilakukan pada sampel responden sebanyak 59 orang adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.1**

**Distribusi Responden Menurut Umur, Frekuensi Dirawat, Lama Hari Rawat, dan Lama Sakit Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeke Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)**

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Minimal-Maksimal	95% CI
Umur	35,39	7,788	20-52	33,36-37,42
Frekuensi Dirawat	3,58	3,752	1-15	2,60-4,55
Lama Hari Rawat	5,69	4,928	2-32	4,41-6,98
Lama Sakit	5,99	5,424	0-28	4,57-7,40

Hasil analisis didapatkan rerata umur responden adalah 35,39 tahun (95% CI: 33,36 – 37,42), dengan standar deviasi 7,788 tahun. Umur termuda 20 tahun dan umur tertua 52 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa umur responden adalah diantara 33,36 sampai dengan 37,42 tahun. Frekuensi dirawat responden adalah 3,58 kali (95% CI: 2,60-4,55), dengan standar deviasi 3,752 kali. Rerata frekuensi dirawat responden paling sedikit 1 kali dan tersering 15 kali. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa frekuensi dirawat responden adalah diantara 2,60 sampai dengan 4,55 kali. Rerata lama hari rawat responden adalah 5,69 minggu (95% CI: 4,41-6,98), dengan standar deviasi 4,928 minggu. Lama hari rawat terpendek 2 minggu dan terpanjang 32 minggu. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa lama hari rawat responden adalah diantara 4,41 sampai dengan 6,98 minggu. Rerata lama sakit responden adalah 5,99 tahun (95% CI: 4,57-7,40), dengan standar deviasi 5,424 tahun. Lama sakit terpendek 0 tahun dan lama sakit terpanjang 18 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa lama sakit responden adalah diantara 4,57-7,40 tahun.

Tabel 5.2

**Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan dan Tingkat Pendidikan  
Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor  
14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)**

Variabel	Frekuensi	Persentasi
<b>Status Perkawinan</b>		
Belum Kawin	31	52.5
Kawin	22	37.3
Janda	6	10.2
<b>Total</b>	<b>59</b> □	<b>100.0</b>
<b>Pendidikan</b>		
Tidak Sekolah	5	8,5
SD	14	23,7
SMP	6	10,2
SMA	27	45,8
Perguruan Tinggi	7	11,9
<b>Total</b>	<b>59</b> □	<b>100,0</b>

Distribusi status perkawinan responden bervariasi. Status perkawinan paling banyak adalah belum kawin sebanyak 31 orang (52,5%), kemudian kawin sebanyak 22 orang (37,3%) dan yang paling sedikit adalah dengan status perkawinan janda yaitu 6 orang (10,2%). Distribusi tingkat pendidikan responden bervariasi untuk masing-masing tingkat pendidikan. Paling banyak adalah berpendidikan SMA sebanyak 27 orang (45,8%), kemudian responden berpendidikan SD sebanyak 14 orang (23,7%), sedangkan responden yang berpendidikan Tidak Sekolah, SD, dan Perguruan Tinggi hampir merata masing-masing 8,5%, 10,2%, dan 11,9%.

Tabel 5.3

**Distribusi Responden Menurut Kemampuan Perawatan Diri: Mandi  
Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor  
14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)**

Tingkat Kemampuan Perawatan Diri	Mandi		Berpakaian		Makan		Eliminasi		Secara umum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mandiri penuh	4	6,8	5	8,5	5	8,5	4	8,5	4	6,8
Membutuhkan peralatan atau alat bantu	24	40,7	24	40,7	36	61,0	39	66,1	22	37,3
Membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	14	23,7	13	22,0	9	15,3	6	10,2	21	35,6
Membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	8	13,6	8	13,6	9	15,3	9	15,3	4	6,8
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	9	15,3	9	15,3	0	0,0	0	0,0	8	13,6
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

Distribusi tingkat kemampuan perawatan diri: mandi responden bervariasi untuk masing-masing tingkat kemampuan perawatan diri: mandi. Paling banyak adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu sebanyak 24 orang (40,7%), kemudian responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan sebanyak 14 orang (23,7%). Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu dan responden dengan tingkat ketergantungan yang tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas hampir sama masing-masing 13,6% dan 15,3%. Sedangkan responden yang mandiri penuh sebanyak 4 orang (6,8%).

Distribusi tingkat kemampuan perawatan diri: berpakaian responden bervariasi untuk masing-masing tingkat kemampuan perawatan diri: berpakaian. Paling banyak adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu sebanyak 24 orang (40,7%), kemudian responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan sebanyak 13 orang (22,0%). Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat



bantu dan responden dengan tingkat ketergantungan yang tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas hampir sama masing-masing 13,6% dan 15,3%. Sedangkan responden yang mandiri penuh sebanyak 5 orang (8,5%).

Distribusi tingkat kemampuan perawatan diri: makan responden bervariasi untuk masing-masing tingkat kemampuan perawatan diri: makan. Paling banyak adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu sebanyak 36 orang (61,0%), kemudian responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan dan responden yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu dengan jumlah sama yaitu 15,3%. Responden dengan tingkat kemandirian penuh sebanyak 5 orang (8,5%) dan tidak ada responden dengan tingkat ketergantungan yang tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas.

Distribusi tingkat kemampuan perawatan diri: eliminasi responden bervariasi untuk masing-masing tingkat kemampuan perawatan diri: eliminasi. Paling banyak adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu sebanyak 39 orang (66,1%), kemudian hampir merata pada responden dengan tingkat kemandirian penuh, responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan, dan responden yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu masing-masing 8,5%, 10,2%, dan 15,3%. Sedangkan responden dengan tingkat ketergantungan yang tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas tidak ada.

Distribusi tingkat kemampuan perawatan diri responden bervariasi. Paling banyak adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu dan responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan, masing-masing 37,2% dan 35,6%, kemudian responden dengan tingkat ketergantungan yang tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas yaitu 13,6%. Responden dengan kemandirian penuh dan yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu merata yaitu 6,8%.

### 5.2.2 ANALISA BIVARIAT

Analisis bivariat digunakan untuk menyatakan analisis terhadap dua variabel yaitu satu variabel *independent* dan satu variabel *dependent*. Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui untuk membuktikan hipotesis penelitian, apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel. Uji statistik pada dua kelompok data antara data kategorik dan kategorik dilakukan dengan uji *Pearson Chi-Square*. Tujuan uji *Pearson Chi-Square* adalah untuk menguji perbedaan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data. Proses pengujian dilakukan dengan membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi). Bila nilai frekuensi observasi dengan nilai frekuensi harapan sama, maka dikatakan tidak ada perbedaan yang signifikan. Sebaliknya, bila nilai frekuensi observasi dengan nilai frekuensi harapan berbeda, maka dikatakan ada perbedaan yang signifikan (Hastono, 2007). Uji ini dilakukan pada variabel status perkawinan dan tingkat pendidikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum yang meliputi: mandi, berpakaian, makan, eliminasi.

Uji statistik pada dua kelompok data antara data numerik dan kategorik dilakukan dengan uji beda lebih dua mean yaitu uji F atau uji ANOVA. Uji F dilakukan karena standar deviasi populasi tidak diketahui. Tujuan pengujian ini adalah untuk mengetahui perbedaan mean lebih dari dua kelompok data. Prinsip pengujian dengan melihat variabilitas data menjadi dua sumber variasi yaitu kelompok (*within*) dan variasi antar kelompok (*between*). Bila variasi *within* dan *between* sama (nilai perbandingan kedua varian sama dengan 1) maka mean-mean yang dibandingkan tidak ada perbedaan, sebaliknya bila hasil perbandingan tersebut menghasilkan lebih dari 1, maka mean yang dibandingkan menunjukkan ada perbedaan (Hastono, 2007). Uji F ini dilakukan untuk menghubungkan variabel umur, frekuensi dirawat, lama hari rawat, dan lama sakit dengan kemampuan perawatan diri secara umum yang meliputi: mandi, berpakaian, makan, eliminasi.

Hasil uji bivariat yang dilakukan peneliti pada sampel responden sebanyak 59 orang adalah sebagai berikut:

Tabel 5.4

**Distribusi Rerata Umur Responden Menurut Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)**

Tingkat Kemampuan Perawatan Diri	Mean	Standar Deviasi	Standar Error	P Value	N
<b>Mandi</b>					
Mandiri penuh	42,75	3,304	1,652	0,327	4
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	35,54	6,672	1,362		24
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	34,79	8,405	2,246		14
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	32,63	9,471	3,348		8
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	35,11	8,880	2,960		9
<b>Total</b>	<b>35,39</b> □	<b>7,788</b>	<b>1,014</b>		<b>59</b> □
<b>Berpakaian</b>					
Mandiri penuh	43,20	3,033	1,356	0,128	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	34,92	6,814	1,391		24
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	34,15	8,224	2,281		13
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	32,25	8,259	2,920		8
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	36,89	9,320	3,107		9
<b>Total</b>	<b>35,39</b> □	<b>7,788</b>	<b>1,014</b>		<b>59</b> □
<b>Makan</b>					
Mandiri penuh	43,20	3,033	1,356	0,076	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	35,14	7,372	1,229		36
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	32,00	8,367	2,789		9
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	35,44	8,719	2,506		9
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	0	0	0		0
<b>Total</b>	<b>35,39</b> □	<b>7,788</b>	<b>1,014</b>		<b>59</b> □
<b>Eliminasi</b>					
Mandiri penuh	43,20	3,033	1,356	0,126	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	34,64	7,404	1,186		39
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	33,67	9,438	5,853		6

Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	35,44	8,719	2,906	9
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>35,39</b> □	<b>7,788</b>	<b>1,014</b>	<b>59</b> □
<b>Secara Umum</b>				
Mandiri penuh	42,75	3,304	1,652	0,235 4
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	35,55	6,843	1,459	22
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	33,24	8,348	1,822	21
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	37,75	7,500	3,750	4
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	35,75	9.270	3,277	8
<b>Total</b>	<b>35,39</b> □	<b>7,788</b>	<b>1,014</b>	<b>59</b> □

Rerata umur responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi dialami oleh responden dengan mandiri penuh berturut-turut adalah 42,75 (SD= 3,304), 43,20 (SD= 3,033), 43,20 (SD= 3,033), 43,20 (SD= 3,033) tahun. Responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 35,54 (SD= 6,672), 34,92 (SD= 6,814), 35,14 (SD= 7,372), 34,64 (SD= 7,404) tahun. Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 34,79 (SD= 8,405), 34,15 (SD= 8,224), 32,00 (SD= 8,367), 33,67 (SD= 9,438) tahun,. Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 32,63 (SD= 9,471), 32,25 (SD= 8,259), 35,44 (SD= 8,719), 35,44 (SD= 8,719) tahun. Responden yang mengalami ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas hanya terjadi pada tingkat kemampuan perawatan diri: mandi dan berpakaian yaitu 35,11 (SD= 8,880), 36,89 (SD= 9,320) tahun.

Rerata umur responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum dialami oleh responden dengan mandiri penuh adalah 42,75 (SD= 3,304) tahun, yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 35,55 (SD= 6,843) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 33,24 (SD= 8,348) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 37,75 (SD= 7,500) tahun, dan ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas 35,75 (SD= 9.270) tahun.

Hasil analisis didapatkan nilai p value = 0,05, berarti pada alpha 5% dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, eliminasi dan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum.

**Tabel 5.5**

**Distribusi Rerata Frekuensi Dirawat Responden Menurut Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)**

Tingkat Kemampuan Perawatan Diri	Mean	Standar Deviasi	Standar Error	P Value	N
<b>Mandi</b>					
Mandiri penuh	9,00	5,831	2,915	<b>0,013</b>	4
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	4,13	4,121	0,841		24
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	2,14	1,956	0,523		14
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	3,00	3,423	1,210		8
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	2,44	2,740	0,580		9
<b>Total</b>	<b>3,58</b>	<b>3,752</b>	<b>0,488</b>		<b>59</b> □
<b>Berpakaian</b>					
Mandiri penuh	9,20	5,070	2,267	<b>0,002</b>	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	3,83	3,931	0,802		24
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	2,08	2,019	0,560		13
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	1,88	1,126	0,398		8
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	3,44	3,321	1,107		9
<b>Total</b>	<b>3,58</b>	<b>3,752</b>	<b>0,488</b>		<b>59</b> □
<b>Makan</b>					
Mandiri penuh	9,20	5,070	2,267	<b>0,003</b>	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	3,31	3,495	0,583		36
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	2,67	3,202	1,067		9
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	2,44	1,740	0,580		9

Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>3,58</b>	<b>3,752</b>	<b>0.488</b>		<b>59</b> □
<b>Eliminasi</b>					
Mandiri penuh	9,20	5,070	2,267	<b>0,004</b>	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	3,15	3,399	0,544		39
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	3,33	3,830	1,563		6
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	2,44	1,740	0,580		9
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	0	0	0		0
<b>Total</b>	<b>3,58</b>	<b>3,752</b>	<b>0.488</b>		<b>59</b> □
<b>Secara Umum</b>					
Mandiri penuh	9,00	5,831	2,915	<b>0,008</b>	4
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	4,18	4,239	0,904		22
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	2,14	1,931	0,421		21
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	4,50	4,359	2,179		4
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	2,50	1,852	0,655		8
<b>Total</b>	<b>3,58</b>	<b>3,752</b>	<b>0.488</b>		<b>59</b> □

Rerata frekuensi dirawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi dialami oleh responden dengan mandiri penuh berturut-turut adalah 9,00 (SD= 5,831) kali, 9,20 (SD= 5,070) kali, 9,20 (SD= 5,070) kali, 9,20 (SD= 5,070) kali. Responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 4,13 (SD= 4,121) kali, 3,83 (SD= 3,931) kali, 3,31 (SD= 3,495) kali, 3,15 (SD= 3,399) kali. Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 2,14 (SD= 1,956) kali, 2,08 (SD= 2,019) kali, 2,67 (SD= 3,202) tahun, 3,33 (SD= 3,830) kali. Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 3,00 (SD= 3,423) kali, 1,88 (SD= 1,126) kali, 2,44 (SD= 1,740) kali, 2,44 (SD= 1,740) kali. Responden yang mengalami ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas hanya terjadi pada tingkat kemampuan perawatan diri: mandi dan berpakaian yaitu 2,44 (SD= 2,740) kali, 3,44 (SD= 3,321) kali.

Rerata frekuensi dirawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum dialami oleh responden dengan mandiri penuh adalah 9,00 (SD= 5,831) kali, yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 4,18 (SD= 4,239) kali, yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 2,14 (SD= 1,931) kali, yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 4,50 (SD= 4,359) kali, dan ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas 2,50 (SD= 1,852) kali.

Hasil analisis didapatkan nilai p value < 0,05, berarti pada alpha 5% dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara frekuensi dirawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, eliminasi dan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum.

**Tabel 5.6**

**Distribusi Rerata Lama Hari Rawat Responden Menurut Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)**

Tingkat Kemampuan Perawatan Diri	Mean	Standar Deviasi	Standar Error	P Value	N
<b>Mandi</b>					
Mandiri penuh	4,50	1,000	0,500	0,566	4
Membutuhkan peralatan atau alat bantu	6,38	6,486	1,324		24
Membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	5,64	2,590	0,692		14
Membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	6,88	5,866	2,074		8
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	3,44	2,218	0,709		9
<b>Total</b>	<b>5,69</b>	<b>4,28</b>	<b>0,642</b>		<b>59</b>
<b>Berpakaian</b>					
Mandiri penuh	4,40	0,894	0,400	0,647	5
Membutuhkan peralatan atau alat bantu	6,38	6,337	1,294		25
Membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	5,15	2,703	0,750		13
Membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	7,13	6,198	2,191		8

Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	4,11	2,804	0,935		9
<b>Total</b>	<b>5,69</b>	<b>4,928</b>	<b>0,642</b>		<b>59</b>
<b>Makan</b>					
Mandiri penuh	4,40	0,894	0,400	0,626	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	6,33	5,472	0,912		36
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	4,22	2,108	0,703		9
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	5,33	5,895	1,965		9
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	0	0	0		0
<b>Total</b>	<b>5,69</b>	<b>4,928</b>	<b>0,642</b>		<b>59</b>
<b>Eliminasi</b>					
Mandiri penuh	4,40	0,894	0,400	0,765	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	6,15	5,289	0,847		39
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	4,33	2,658	1,085		6
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	5,33	5,895	1,965		9
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	0	0	0		0
<b>Total</b>	<b>5,69</b>	<b>4,928</b>	<b>0,642</b>		<b>59</b>
<b>Secara Umum</b>					
Mandiri penuh	4,50	1,000	0,500	0,501	4
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	6,27	6,635	1,414		22
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	5,62	2,801	0,611		21
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	8,50	8,266	4,133		4
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	3,50	2,268	0,802		8
<b>Total</b>	<b>5,69</b>	<b>4,928</b>	<b>0,642</b>		<b>59</b>

Rerata lama hari rawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi dialami oleh responden dengan mandiri penuh berturut-turut adalah 4,50 (SD= 1,000) minggu, 4,40 (SD= 0,894) minggu, 4,40 (SD= 0,894) minggu, 4,40 (SD= 0,894) minggu. Responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 6,38 (SD= 6,486) minggu, 6,38 (SD= 6,337) minggu, 6,33 (SD= 5,472) minggu, 6,15 (SD= 5,289) minggu. Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 5,64 (SD= 2,590) minggu, 5,15 (SD= 2,703) minggu, 4,22 (SD=



2,108) minggu, 4,33 (SD= 2,658) minggu. Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 6,88 (SD= 5,866) minggu, 7,13 (SD= 6,198) tahun, 5,33 (SD= 5,895) minggu, 5,33 (SD= 5,895) minggu. Responden yang mengalami ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas hanya terjadi pada tingkat kemampuan perawatan diri: mandi dan berpakaian yaitu 3,44 (SD= 2,218) minggu, 4,11 (SD= 2,804) minggu.

Rerata lama hari rawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum dialami oleh responden dengan mandiri penuh adalah 4,50 (SD= 1,000) tahun, yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 6,27 (SD= 6,635) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 5,62 (SD= 2,801) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 8,50 (SD= 8.266) tahun, dan ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas 3,50 (SD= 2,268) tahun.

Hasil analisis didapatkan nilai p value = 0,05, berarti pada alpha 5% dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara lama hari rawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, eliminasi dan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum.

**Tabel 5.7**

**Distribusi Rerata Lama Sakit Responden Menurut Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)**

Tingkat Kemampuan Perawatan Diri	Mean	Standar Deviasi	Standar Error	P Value	N
<b>Mandi</b>					
Mandiri penuh	8,25	2,217	1,109	0,171	4
Membutuhkan peralatan atau alat bantu	5,30	4,720	0,963		24
Membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	4,50	3,995	1,068		14
Membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	5,38	4,926	1,742		8

Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	9,67	8,761	2,920	9	
<b>Total</b>	<b>5,99</b> □	<b>5,424</b>	<b>0,706</b>	<b>59</b>	
<b>Berpakaian</b>					
Mandiri penuh	8,60	2,074	0,927	0,102	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	5,01	4,499	0,918		24
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	4,92	4,271	1,185		13
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	4,63	5,208	1,841		8
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	9,89	8,594	2,865		9
<b>Total</b>	<b>5,99</b> □	<b>5,424</b>	<b>0,706</b>	<b>59</b>	
<b>Makan</b>					
Mandiri penuh	8,60	2,074	0,927	0,003	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	5,06	4,451	0,742		36
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	3,11	1,900	0,633		9
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	11,11	8,594	2,865		9
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	0	0	0		0
<b>Total</b>	<b>5,99</b> □	<b>5,424</b>	<b>0,706</b>	<b>59</b>	
<b>Eliminasi</b>					
Mandiri penuh	8,60	2,074	0,927	0,004	5
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	4,88	4,347	0,696		39
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	3,33	1,966	0,803		6
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	11,11	8,594	2,865		9
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas					
<b>Total</b>	<b>5,99</b> □	<b>5,424</b>	<b>0,706</b>	<b>59</b>	
<b>Secara Umum</b>					
Mandiri penuh	8,25	2,217	1,109	0,081	4
Mebutuhkan peralatan atau alat bantu	5,28	4,740	1,011		22
Mebutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan	4,52	3,750	0,818		21
Mebutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu	6,25	6,702	3,351		4
Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas	10,50	8,976	3,174		8
<b>Total</b>	<b>5,99</b> □	<b>5,424</b>	<b>0,706</b>	<b>59</b>	

Rerata lama sakit responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi dialami oleh responden dengan mandiri penuh berturut-turut adalah 8,25 (SD= 2,217) tahun, 8,60 (SD= 2,074) tahun, 8,60 (SD= 2,074) tahun, 8,60 (SD= 2,074) tahun. Responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 5,30 (SD= 4,720) tahun, 5,01 (SD= 4,499) tahun, 5,06 (SD= 4,451) tahun, 4,88 (SD= 4,347) tahun. Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 4,50 (SD= 3,995) tahun, 4,92 (SD= 4,271) tahun, 3,11 (SD= 1,900) tahun, 3,33 (SD= 1,966) tahun. Responden yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 5,38 (SD= 4,926) tahun, 4,63 (SD= 5,208) tahun, 11,11 (SD= 8,594) tahun, 11,11 (SD= 8,594) tahun. Responden yang mengalami ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas hanya terjadi pada tingkat kemampuan perawatan diri: mandi dan berpakaian yaitu 9,67 (SD= 8,761) tahun, 9,89 (SD= 8,594) tahun.

Rerata lama sakit responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum dialami oleh responden dengan mandiri penuh adalah 8,25 (SD= 2,217) tahun, yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 5,28 (SD= 4,740) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 4,52 (SD= 3,750) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 6,25 (SD= 6,702) tahun, dan ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas 10,50 (SD= 8,976) tahun.

Hasil analisis didapatkan nilai p value = 0,05, berarti pada alpha 5% dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara lama sakit responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, eliminasi dan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum.

Tabel 5.8

**Analisis Hubungan antara Status Perkawinan dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoekei Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n= 59)**

Status Perkawinan	Kemampuan Perawatan Diri										Total	P Value	
	Mandiri penuh		Membutuhkan peralatan atau alat bantu		Membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan		Membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu		Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
<b>Mandi</b>													
Belum Kawin	3	9,7	9	29,0	9	29,0	5	16,1	5	16,1	31	100,0	0,294
Kawin	1	4,5	14	63,6	3	13,6	2	9,1	2	9,1	22	100,0	
Janda	0	0,0	1	16,7	2	33,3	1	16,7	2	33,3	6	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>4</b>	<b>6,8</b>	<b>24</b>	<b>40,7</b>	<b>14</b>	<b>23,7</b>	<b>8</b>	<b>13,6</b>	<b>9</b>	<b>15,3</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	
<b>Berpakaian</b>													
Belum Kawin	4	12,9	9	29,0	7	22,6	6	19,4	5	16,1	31	100,0	0,374
Kawin	1	4,5	13	59,1	5	22,7	1	4,5	2	9,1	22	100,0	
Janda	0	0,0	2	33,3	1	16,7	1	16,7	2	33,3	6	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>8,5</b>	<b>24</b>	<b>40,7</b>	<b>13</b>	<b>22,0</b>	<b>8</b>	<b>13,6</b>	<b>9</b>	<b>15,3</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	
<b>Makan</b>													
Belum Kawin	4	12,9	16	51,6	16	51,6	6	19,4	5	16,1	31	100,0	0,452
Kawin	1	4,5	16	72,7	16	72,7	3	13,6	2	9,1	22	100,0	
Janda	0	0,0	4	66,7	4	66,7	0	0,0	2	33,3	6	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>8,5</b>	<b>36</b>	<b>61,0</b>	<b>36</b>	<b>61,0</b>	<b>9</b>	<b>15,3</b>	<b>9</b>	<b>15,3</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	
<b>Eliminasi</b>													
Belum Kawin	4	12,9	17	54,8	5	16,1	5	16,1	0	0,0	31	100,0	0,297
Kawin	1	4,5	18	81,8	1	4,5	2	9,1	0	0,0	22	100,0	
Janda	0	0,0	4	66,7	0	0,0	2	33,3	0	0,0	6	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>8,5</b>	<b>3</b>	<b>66,1</b>	<b>6</b>	<b>10,2</b>	<b>9</b>	<b>15,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	
<b>Secara Umum</b>													
Belum Kawin	3	9,7	8	25,8	12	38,7	4	12,9	4	12,9	31	100,0	0,148
Kawin	1	4,5	13	59,1	6	27,3	0	0,0	2	9,1	22	100,0	
Janda	0	0,0	1	16,7	3	50,0	0	0,0	2	33,3	6	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>4</b>	<b>6,8</b>	<b>22</b>	<b>37,3</b>	<b>21</b>	<b>35,6</b>	<b>4</b>	<b>6,8</b>	<b>8</b>	<b>13,6</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan: belum kawin dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi diperoleh bahwa ada sebanyak 9 orang (29,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu dan membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Pada status perkawinan: kawin, ada 14 orang (63,6%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Sedangkan pada status perkawinan: janda, ada 2 orang (33,3%) membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan dan ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,294 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara status perkawinan dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi.

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan: belum kawin dengan tingkat kemampuan perawatan diri: berpakaian diperoleh bahwa ada sebanyak 9 orang (29,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada status perkawinan: kawin, ada 13 orang (59,1%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Sedangkan pada status perkawinan: janda, ada 2 orang (33,3%) membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan dan ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,374 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara status perkawinan dengan tingkat kemampuan perawatan diri: berpakaian.

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan: belum kawin dengan tingkat kemampuan perawatan diri: makan diperoleh bahwa ada sebanyak 16 orang (51,6%) membutuhkan peralatan atau alat bantu dan membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Pada status perkawinan: kawin, ada 16 orang (72,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu dan membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Sedangkan pada status perkawinan: janda, ada 4 orang (66,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu dan membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,452 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara status perkawinan dengan tingkat kemampuan perawatan diri: makan.

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan: belum kawin dengan tingkat kemampuan perawatan diri: eliminasi diperoleh bahwa ada sebanyak 17 orang (54,8%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada status perkawinan: kawin, ada 18 orang (81,8%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Sedangkan pada status perkawinan: janda, ada 4 orang (66,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,297 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara status perkawinan dengan tingkat kemampuan perawatan diri: eliminasi.

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan: belum kawin dengan tingkat kemampuan perawatan diri diperoleh bahwa ada sebanyak 12 orang (38,7%) membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Pada status perkawinan: kawin, ada 13 orang (59,1%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Sedangkan pada status perkawinan: janda, ada 3 orang (50,0%) membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,148 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara status perkawinan dengan tingkat kemampuan perawatan diri.

Tabel 5.9

**Analisis Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri: Mandi, Berpakaian, Makan, dan Eliminasi Di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeke Mahdi Bogor 14 April – 31 Mei 2012 (n=50)**

Tingkat Pendidikan	Kemampuan Perawatan Diri										Total	P Value	
	Mandiri penuh		Membutuhkan peralatan atau alat bantu		Membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan		Membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu		Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
<b>Mandi</b>													
Tidak Sekolah	1	20,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	5	100,0	0,585
SD	2	14,3	3	21,4	5	35,7	1	7,1	3	21,4	14	100,0	
SMP	1	16,7	3	50,0	1	16,7	1	16,7	0	0,0	6	100,0	
SMA	0	0,0	11	40,7	6	22,2	5	18,5	5	18,5	27	100,0	
PT	0	0,0	5	71,4	1	14,3	1	14,3	0	0,0	7	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>4</b>	<b>6,8</b>	<b>24</b>	<b>40,7</b>	<b>14</b>	<b>23,7</b>	<b>8</b>	<b>13,6</b>	<b>5</b>	<b>15,3</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	
<b>Berpakaian</b>													
Tidak Sekolah	2	40,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	5	100,0	0,294
SD	2	14,3	3	21,4	4	28,6	2	14,3	3	21,4	14	100,0	
SMP	1	16,7	3	50,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	6	100,0	
SMA	0	0,0	13	48,1	4	14,8	5	18,5	5	18,5	27	100,0	
PT	0	0,0	4	57,1	2	28,6	1	14,3	0	0,0	7	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>8,5</b>	<b>24</b>	<b>40,7</b>	<b>13</b>	<b>22,0</b>	<b>8</b>	<b>13,6</b>	<b>5</b>	<b>15,3</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	
<b>Makan</b>													
Tidak Sekolah	2	40,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0	0,230
SD	2	14,3	7	50,0	2	14,3	3	21,4	0	0,0	14	100,0	
SMP	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	6	100,0	
SMA	0	0,0	17	63,0	6	22,2	4	14,8	0	0,0	27	100,0	
PT	0	0,0	6	85,7	0	0,0	1	14,3	0	0,0	7	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>8,5</b>	<b>36</b>	<b>61,0</b>	<b>5</b>	<b>15,3</b>	<b>5</b>	<b>15,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	
<b>Eliminasi</b>													
Tidak Sekolah	2	40,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0	0,178
SD	2	14,3	7	50,0	2	14,3	3	21,4	0	0,0	14	100,0	
SMP	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	6	100,0	
SMA	0	0,0	17	63,0	6	22,2	4	14,8	0	0,0	27	100,0	
PT	0	0,0	6	85,7	0	0,0	1	14,3	0	0,0	7	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>8,5</b>	<b>36</b>	<b>61,0</b>	<b>5</b>	<b>15,3</b>	<b>5</b>	<b>15,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	
<b>Secara Umum</b>													
Tidak Sekolah	1	20,0	2	40,0	1	20,0	0	0,0	1	20,0	5	100,0	0,480
SD	2	14,3	2	14,3	7	50,0	0	0,0	3	21,4	14	100,0	
SMP	1	16,7	3	50,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	6	100,0	
SMA	0	0,0	11	40,7	9	33,3	3	11,1	4	14,8	27	100,0	
PT	0	0,0	4	57,1	2	28,6	1	14,3	0	0,0	7	100,0	
<b>Jumlah</b>	<b>4</b>	<b>6,8</b>	<b>22</b>	<b>37,3</b>	<b>21</b>	<b>35,6</b>	<b>4</b>	<b>6,8</b>	<b>8</b>	<b>13,6</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan: Tidak Sekolah dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi diperoleh bahwa ada sebanyak 2 orang (40,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SD, ada 5 orang (35,7%) membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Pada tingkat pendidikan: SMP, ada 3 orang (50,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SMA, ada 11 orang (40,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: PT, ada 5 orang (71,4%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,585 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi.

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan: Tidak Sekolah dengan tingkat kemampuan perawatan diri: berpakaian diperoleh bahwa ada sebanyak 2 orang (40,0%) mandiri penuh. Pada tingkat pendidikan: SD, ada 4 orang (28,6%) membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Pada tingkat pendidikan: SMP, ada 3 orang (50,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SMA, ada 13 orang (48,1%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: PT, ada 4 orang (57,1%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,294 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri: berpakaian.

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan: Tidak Sekolah dengan tingkat kemampuan perawatan diri: makan diperoleh bahwa ada sebanyak 2 orang (40,0%) mandiri penuh dan membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SD, ada 7 orang (50,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SMP, ada 4 orang (66,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SMA, ada 17 orang (63%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: PT, ada 6 orang (85,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,230 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri: makan.



Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan: Tidak Sekolah dengan tingkat kemampuan perawatan diri: eliminasi diperoleh bahwa ada sebanyak 2 orang (40,0%) mandiri penuh dan membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SD, ada 7 orang (50,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SMP, ada 4 orang (66,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SMA, ada 17 orang (63,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: PT, ada 6 orang (85,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,178 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri: eliminasi.

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan: Tidak Sekolah dengan tingkat kemampuan perawatan diri diperoleh bahwa ada sebanyak 2 orang (40,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SD, ada 7 orang (50,0%) membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Pada tingkat pendidikan: SMP, ada 3 orang (50,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SMA, ada 11 orang (40,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: PT, ada 4 orang (57,1%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Hasil uji statistik diperoleh nilai P value= 0,480 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan tentang pembahasan interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian keperawatan. Uraian pembahasan-pembahasan tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

#### **6.1 INTERPRETASI HASIL PENELITIAN**

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran adanya hubungan karakteristik klien skizofrenia terhadap tingkat kemampuan perawatan diri. Tingkat kemampuan perawatan diri yang dihubungkan meliputi: kemampuan perawatan diri mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi. Hasil analisis yang dilakukan peneliti menunjukkan bahwa dari enam variabel independen yang diduga mempunyai hubungan dengan tingkat kemampuan klien dalam merawat diri ternyata hanya variabel frekuensi dirawat yang mempunyai hubungan signifikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri pada klien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor periode 14 April – 31 Mei 2012. Interpretasi hasil penelitian ini akan dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut:

##### **6.1.1 Kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi pasien skizofrenia**

Hasil analisis menunjukkan bahwa tingkat kemampuan perawatan diri: mandi dan berpakaian responden 40,7% membutuhkan peralatan atau alat bantu sedangkan pada tingkat kemampuan perawatan diri makan dan eliminasi masing-masing 61,0% dan 66,1%. Hasil analisis tingkat kemampuan perawatan diri secara umum 37,2% responden membutuhkan peralatan atau alat bantu dan 35,6% membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan.

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan: belum kawin dan janda dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum, responden membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, dan pendidikan masing-masing 38,7% dan 50,0%. Pada status perkawinan: kawin, 59,1% membutuhkan peralatan atau alat bantu. Hubungan antara tingkat pendidikan Tidak Sekolah, SMP, SMA, dan PT dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum, responden membutuhkan peralatan atau alat bantu masing-masing 40,0%, 50,0%, 40,7%, dan 57,1%. Pada tingkat pendidikan: SD, 50,0% membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara frekuensi dirawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri, sedangkan untuk umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, lama hari rawat, dan lama sakit tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan tingkat kemampuan perawatan dirinya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Lee Gurel dan John E. Davis (1967) yang menunjukkan bahwa pasien skizofrenia dengan defisit perawatan diri membutuhkan bantuan untuk memenuhi salah satu kebutuhan dari lima aktivitas perawatan diri: makan, berpakaian, mandi, eliminasi, dan aktivitas sehari-hari, paling tidak satu dalam empat hari yang berbeda dalam satu minggu terdapat tiga dari lima aktivitas perawatan diri. Hal yang sama juga diungkapkan Holmberg dan Kane (1999) bahwa pasien psikiatri kurang dapat melakukan kegiatan perawatan diri atau kegiatan aktivitas kesehatan, dibandingkan dengan populasi pasien non psikiatri. Hasil penelitian yang sama dibuktikan oleh Parendrawati (2008) yang mengungkapkan bahwa karakteristik klien gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri mempunyai hubungan signifikan pada variabel frekuensi dirawat.

Hubungan karakteristik klien terhadap tingkat kemampuan perawatan diri walaupun pada variabel yang lain menunjukkan hubungan yang lemah tetapi dapat mempengaruhi individu sepanjang kehidupannya karena dapat mengalami kesulitan untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Perilaku sulit melakukan aktivitas ini akibat kurangnya motivasi, perhatian, sulit menyelesaikan tugas, sering bertengkar, deteriorasi penampilan, agresi/agitasi, perilaku stereotipik atau berulang, avolisi (kurang energi dan dorongan), dan kurang tekun dalam bekerja. Klien skizofrenia dengan gejala positif (halusinasi, delusi, gangguan pikiran, gangguan perilaku), gejala negatif (afek datar, defisit perawatan diri, menarik diri), atau gejala kognitif (kurangnya kemampuan memahami dan menggunakan informasi dan sulit fokus) mempengaruhi perilaku kemampuan klien dalam merawat dirinya

Individu adalah makhluk biopsikososialspiritual yang utuh dan unik, memiliki norma dan nilai yang dipengaruhi oleh perkembangan, kepercayaan, dan lingkungan dengan berbagai variasi tingkat kemampuan keperawatan mandiri. *Self care* merupakan refleksi untuk mengkaji kebutuhan dan pilihan yang diteliti bagaimana untuk memenuhi kebutuhan individu (Mubarak, 2005). *Self care* dalam teori Orem (1971, dalam Potter & Perry, 2009) berfokus pada kebutuhan pelayanan diri sebagai sesuatu yang dipelajari, kegiatan yang bertujuan membantu diri untuk mengelola kehidupan yang diinginkan, kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan. Tujuan keperawatannya adalah untuk membantu klien merawat dirinya sendiri dengan meningkatkan kemampuan klien untuk mendapatkan kebutuhannya. Dalam praktik keperawatan dibutuhkan pengetahuan teoritis dan praktis sebagai refleksi dari nilai-nilai dasar, prinsip petunjuk, elemen, dan fase dari sebuah konsep keperawatan dan merupakan seni dari keperawatan dan dasar pengalaman perawat dalam memberikan pelayanan kepada klien (Meleis, 2006).

Perawatan diri dilakukan setiap orang dan ditentukan oleh nilai-nilai dan praktek-praktek individu, seperti: hygiene tubuh secara umum, mandi, eliminasi, dan berhias. Perawatan diri mempunyai tujuan dan berperan terhadap integritas struktural, fungsi, dan perkembangan manusia (Orem, 1985, dalam Potter & Perry,

2009). Kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri yang terdiri dari makan, mandi, toilet, dan kebersihan pakaian tanpa dibantu orang lain (Craven & Hirnle, 2000). Perawatan diri yang dimaksud adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya dengan tujuan mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya.

Pasien skizofrenia memerlukan bantuan untuk menyelesaikan tugasnya sehari-hari terutama dalam hal perawatan diri sehingga membuatnya terlihat malas atau tidak mau membantu diri sendiri. Pada episode psikotik dapat menjadi sangat preokupasi dengan ide-ide waham atau halusinasi, sehingga ia gagal melaksanakan aktivitas dasar dalam kehidupan sehari-hari. Pasien kurang memiliki perasaan emosi, minat atau kepedulian dan dapat mengalami defisit perawatan diri. Mereka tidak memperhatikan kebersihan diri, berhias dan dapat gagal untuk mengenali sensasi seperti rasa haus dan lapar. Pasien dapat terjadi malnutrisi dan konstipasi. Kebutuhan pasien terhadap eliminasi dapat kurang terpenuhi, beberapa diantaranya buang air besar/buang air kecil di sembarang tempat yang dapat dipengaruhi oleh fisiologis, budaya, dan psikologis.

Defisit perawatan diri klien skizofrenia dengan gejala negatif terjadi pada seseorang mengalami gangguan atau hambatan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang meliputi defisit mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi. Defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia disebabkan oleh adanya gangguan kognitif atau persepsi, penurunan atau tidak ada motivasi dan ansietas berat yang menyebabkan ketergantungan terhadap kebutuhan perawatan dirinya. Pilihan perawatan diri membutuhkan kontak intim antara perawat dengan klien dan komunikasi untuk mewujudkan hubungan terapeutik. Faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri adalah budaya, agama, lingkungan, tahap perkembangan, kesehatan/energi, dan pilihan personal, praktik sosial, citra tubuh, status sosial ekonomi, kepercayaan dan motivasi kesehatan, dan kondisi fisik (Kozier, 2004; Potter & Perry, 2009).

### **6.1.2 Pengaruh umur terhadap kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi**

Hasil analisis menunjukkan bahwa rerata umur responden yang mempengaruhi tingkat kemampuan perawatan diri adalah 35,39 tahun (standar deviasi 7,788 tahun) dengan estimasi interval diantara 33,36 - 37,42 tahun. Kesimpulan analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan tingkat kemampuan perawatan dirisecara umum yang meliputi: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi.

Berdasarkan hasil analisis tersebut dapat disimpulkan bahwa umur terjadinya gangguan tingkat kemampuan perawatan diri dialami pada masa dewasa. Masa dewasa muda telah memiliki kematangan secara fisik, mereka harus terus menggali dan mematangkan hubungan emosional, sedangkan masa dewasa tengah terdapat perubahan fisiologis dan menghadapi relitas kesehatan tertentu, persepsinya tentang kesehatan, dan perilaku sehat. Usia dewasa menuruti pengajaran kesehatan karena klien takut tentang akibatnya karena itu perawat mendorong untuk berpartisipasi dan belajar mandiri.

Tingkat kemampuan perawatan diri seseorang dipengaruhi oleh umur, tahap perkembangan, pengalaman hidup, latar belakang sosiokultural, kesehatan, dan sumber-sumber yang tersedia (Marriner, 2001). Piaget mengungkapkan bahwa individu berpindah dari satu tahap ke tahap lainnya untuk mendapatkan keseimbangan kognitif atau keseimbangan mental yang stabil (Santrock, 2007). Perawat belajar mengenali kegagalan individu dalam mencapai tahapan perkembangan yang sesuai umur, atau penurunan individu, pada tahapan awal dalam suatu periode krisis, pemahaman tentang ini membuat perawat mampu memberikan pelayanan individual dan menentukan intervensi keperawatan yang sesuai untuk tercapainya pelayanan keperawatan yang optimal..

Umur berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan ketrampilan dalam mekanisme koping. Menurut Marriner (2001) bahwa tingkat kemampuan

perawatan diri seseorang dipengaruhi oleh umur, tahap perkembangan, pengalaman hidup, latar belakang sosiokultural, kesehatan, dan sumber-sumber yang tersedia. Penelitian yang dilakukan Siagian (1995 dalam Parendrawati, 2008) mengemukakan bahwa semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pola kedewasaan teknis dan kedewasaan psikologis dengan menunjukkan kematangan jiwa, semakin bijaksana, mampu berfikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain.

Pertumbuhan dan perkembangan normal sesuai umur meliputi perubahan biologis, kognitif, dan sosioemosional yang terjadi selama masa kehidupan individu (Santrock, 2007). Pertumbuhan mencakup perubahan fisik yang terjadi sejak periode prenatal sampai masa dewasa lanjut yang dapat berupa kemajuan atau kemunduran. Perkembangan bersifat dinamis dan melibatkan progresifitas dan penurunan (Berger, 2005). Umur menunjukkan perkembangan kemampuan untuk belajar dan bentuk perilaku pengajaran yang dibutuhkan. Tanpa perkembangan biologis yang sesuai maka perkembangan motorik, bahasa, dan sosial pribadi, banyak bentuk pembelajaran tidak dapat dilakukan, pengajaran akan berjalan jika perilaku berubah akibat dari pengalaman dan pertumbuhan (Wong, 2009). Keberhasilan dan kegagalan dalam suatu fase akan mempengaruhi kemampuannya untuk menyelesaikan fase berikutnya. Jika individu mengalami kegagalan perkembangan yang berulang akan terjadi kecacatan, tetapi jika individu mengalami keberhasilan yang berulang akan meningkatkan kesehatannya.

Berdasarkan teori interpersonal, skizofrenia muncul akibat hubungan disfungsional pada masa kehidupan awal dan masa remaja. Hal ini terjadi akibat ibu cemas berlebihan, terlalu protektif, tidak perhatian secara emosional, atau ayah yang jauh dan suka mengontrol. Teori ini sesuai dengan penelitian DSM IV TR, 2000 yang mengungkapkan bahwa skizofrenia terjadi pada masa remaja akhir dan dewasa awal, untuk laki-laki rata-rata umur 15-25 tahun, dan perempuan 12-35 tahun. Sedangkan Dantas, et. al. (2011), Folsom, et. al. (2009) dan Tek, Kirkpatrick, dan Buchanan (2001) menunjukkan tentang angka kejadian individu dengan skizofrenia umumnya terjadi pada masa usia produktif.

### **6.1.3 Pengaruh status perkawinan terhadap kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi**

Status perkawinan yang mempengaruhi tingkat kemampuan perawatan diri terjadi pada populasi yang belum kawin sebanyak 52,5%. Hasil analisis hubungan antara status perkawinan: belum kawin dengan tingkat kemampuan perawatan diri diperoleh bahwa ada sebanyak 38,7% membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Pada status perkawinan: kawin, 59,1% membutuhkan peralatan atau alat bantu. Sedangkan pada status perkawinan: janda, 50,0% membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara status perkawinan dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Dantas, et. al. (2011) bahwa angka kejadian terbanyak pada klien skizofrenia yang mengalami defisit terjadi pada populasi yang dengan status perkawinan: belum menikah (93,1%). Begitu juga menurut Folsom, et. al. (2009) bahwa hubungan kesehatan fisik dan mental dengan kualitas hidup menyebutkan bahwa 83% terjadi pada populasi ini. Tek, Kirkpatrick, dan Buchanan (2001) menunjukkan bahwa perawatan diri individu pada pasien skizofrenia dan diabetes militus terjadi pada individu yang belum menikah (73%). Hal yang sama juga dibuktikan oleh Wibowo (2003) bahwa karakteristik penderita terbanyak pada populasi dengan status perkawinan: belum menikah sebesar 77,9%. Hal ini dapat disimpulkan bahwa karakteristik klien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri rerata terjadi pada populasi dengan status perkawinan: belum menikah.

Usia dewasa muda berkaitan dengan keintiman dan seksualitas. Apakah mereka melakukan hubungan seks, tetap memilih hidup sendiri, menjadi homoseksual, atau menjadi janda. Hidup sendiri berdampak pada individu tersebut dan keluarga. Kehadiran keluarga inti mempengaruhi konseling dan pelayanan kesehatan, mempengaruhi waktu keluarga. dan sumber ekonomi. Perawat mengkaji kemungkinan realistis untuk mengurangi jumlah dan luasnya tekanan yang



diterima dengan menggunakan teknik *biofeedback*. Pada klien skizofrenia perilaku yang terjadi meliputi: gejala positif (halusinasi, delusi, gangguan pikiran, gangguan perilaku), gejala negatif (afek datar, defisit perawatan diri, menarik diri), dan gejala kognitif (kurangnya kemampuan memahami dan menggunakan informasi dan sulit fokus). Perilaku lainnya adalah kurangnya motivasi, perhatian, sering bertengkar, dan tidak teratur minum obat, apraksia (kesulitan melaksanakan tugas yang kompleks), deteriorasi penampilan, agresi/agitasi, perilaku stereotipik atau berulang, avolisi (kurang energi dan dorongan), dan kurang tekun dalam bekerja. Perilaku-perilaku tersebut menyebabkan individu sulit melakukan aktivitas sehari-hari akibat kurangnya motivasi, perhatian, dan sulit menyelesaikan tugas.

Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, terutama untuk membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri klien skizofrenia. Adanya masalah kesehatan pada salah satu anggotanya akan memungkinkan munculnya faktor resiko pada yang lain. Keluarga merupakan sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya. Tingkat pengetahuan keluarga tentang sehat sakit mempengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan (Friedman, 2004; Maglaya, 2009). Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan mempengaruhi tingkat kesehatan individu dan status kesehatan keluarga. Keluarga merawat anggota keluarga yang mempunyai gangguan kesehatan sebagai kekuatan keluarga dalam ketrampilan komunikasi, berbagai paradigma keluarga, dukungan intra keluarga, kemampuan merawat diri sendiri dan ketrampilan menyelesaikan masalah (Power & Dell Orto, 1988, dalam Friedman 2010).

#### **6.1.4 Pengaruh tingkat pendidikan terhadap kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan dan eliminasi**

Tingkat pendidikan yang mempengaruhi tingkat kemampuan perawatan diri terjadi pada populasi SMA sebanyak 45,8%. Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan: Tidak Sekolah dengan tingkat kemampuan perawatan diri diperoleh bahwa ada sebanyak 2 orang (40,0%) membutuhkan peralatan atau alat

bantu. Pada tingkat pendidikan: SD, ada 7 orang (50,0%) membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan. Pada tingkat pendidikan: SMP, ada 3 orang (50,0%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: SMA, ada 11 orang (40,7%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Pada tingkat pendidikan: PT, ada 4 orang (57,1%) membutuhkan peralatan atau alat bantu. Kesimpulan analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemampuan perawatan dirinya

Hasil penelitian ini sesuai dengan Wibowo (1997) tentang karakteristik penderita skizofrenia yang menyebutkan bahwa individu banyak terjadi gangguan jiwa pada tingkat pendidikan SMA. Hal yang sama diungkapkan oleh Tek, Kirkpatrick & Buchanan (2001), Folsom, et. al. (2009) bahwa skizofrenia terjadi setelah individu telah berpendidikan selama 11,5 tahun dan 12,7 tahun.

Pengetahuan akan hygiene mempengaruhi praktik hygiene. Motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan hygiene. Kesulitan internal yang mempengaruhi praktik hygiene adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan. Klien berperan penting dalam menentukan kesehatan dirinya karena perawatan diri merupakan hal yang paling dominan pada kesehatan masyarakat kita. Banyak keputusan pribadi yang dibuat tiap hari yang membentuk gaya hidup dan lingkungan sosial/fisik (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002). Penting untuk mengetahui apakah klien merasa dirinya memiliki risiko. Jika klien mengetahui memiliki risiko dan dapat bertindak tanpa konsekuensi negatif, mereka lebih cenderung menerima konseling oleh perawat.

Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan klien untuk berinteraksi secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Keikutsertaan klien dalam belajar secara tidak langsung dipengaruhi oleh keinginan untuk mendapatkan pengetahuan dan kemampuan. Kebersihan diri adalah bagian dari kesehatan dan dipengaruhi oleh sosiokultural, keluarga, dan faktor-faktor yang dimiliki oleh individu, meliputi pengetahuan tentang kesehatan dan persepsi tentang kebutuhan hygiene. Teori

interdisiplin menjelaskan suatu tinjauan sistematis dari fenomena pada disiplin ilmu yang diperlukan. Perkembangan kognitif dikemukakan oleh Piaget yang menjelaskan bagaimana individu berfikir, menganalisis, dan mengenal dunia. Teori perkembangan Peplau berfokus pada individu, perawat, dan proses interaktif.

Virginia Henderson mendefinisikan keperawatan sebagai penolong individu saat sehat atau sakit yang bertujuan untuk kesehatan, pemulihan atau kematian yang damai dan individu akan dapat melakukannya sendiri jika mereka mempunyai kekuatan, keinginan dan pengetahuan (Harmer & Henderson, 1955; Henderson 1966, dalam Potter & Perry, 2009). Tujuan keperawatan adalah untuk mendidik klien dan keluarganya serta membantu klien mencapai kematangan perkembangan personal (Chinn & Kramer, 2004). Kesimpulan teori-teori tersebut adalah bahwa pengetahuan seseorang akan mempengaruhi kemampuan dalam merawat diri untuk membantu meningkatkan kesehatan dan kualitas hidupnya.

#### **6.1.5 Pengaruh frekuensi dirawat terhadap kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan dan eliminasi**

Hasil analisis menunjukkan bahwa rerata frekuensi dirawat responden adalah 3,58 kali (standar deviasi 3,752 kali) dengan estimasi interval 2,60 - 4,55 kali. Rerata frekuensi dirawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum dialami oleh responden dengan mandiri penuh adalah 9,00 (SD= 5,831) kali, yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 4,18 (SD= 4,239) kali, yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 2,14 (SD= 1,931) kali, yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 4,50 (SD= 4,359) kali, dan ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas 2,50 (SD= 1,852) kali. Kesimpulan analisis menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara frekuensi dirawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dilakukan Parendrawati (2008) yang menunjukkan bahwa frekuensi dirawat ada hubungannya dengan kemampuan perawatan diri. Waktu dan lamanya klien skizofrenia terpapar stressor memberi dampak dalam mencapai kemandirian *self care* (Stuart & Laraia, 2005). Apabila individu baru pertama kali terkena masalah/stressor maka membutuhkan upaya yang intensif sebagai tindakan pencegahan primer, tetapi apabila sudah beberapa kali maka individu tersebut dapat belajar dari pengalamannya dalam menangani dan mengatasi masalahnya, terutama untuk meningkatkan kemampuannya dalam aktivitas perawatan diri.

#### **6.1.6 Pengaruh lama hari rawat terhadap kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan dan eliminasi**

Hasil analisis didapatkan rerata lama hari rawat responden adalah 5,69 minggu (standar deviasi 4,928 minggu) dengan estimasi interval 4,41 - 6,98 minggu. Rerata lama hari rawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum dialami oleh responden dengan mandiri penuh adalah 4,50 (SD= 1,000) tahun, yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 6,27 (SD= 6,635) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 5,62 (SD= 2,801) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 8,50 (SD= 8.266) tahun, dan ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas 3,50 (SD= 2,268) tahun. Kesimpulan analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lama hari rawat responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan dan eliminasinya.

Lama dirawat adalah waktu atau lamanya pasien terpapar stresor, yakni terkait sejak kapan, sudah berapa lama, dan berapa frekwensi, akan berdampak pada pencapaian kemampuan perawatan diri (Stuart & Laraia, 2005). Aspek stresor yang dapat mempengaruhi respon stres adalah intensitas, jangkauan, durasi, jumlah dan sifat stresor lain, prediktabilitas. Karakteristik individual yang dapat mempengaruhi respon stress adalah tingkat pengontrolan personal, ketersediaan dukungan sosial, perasaan mampu/kompetensi, penghargaan kognitif.

### **6.1.7 Pengaruh lama sakit terhadap kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan dan eliminasi**

Hasil analisis didapatkan rerata lama sakit responden adalah 5,99 tahun (standar deviasi 5,424 tahun) dengan estimasi interval 4,57 - 7,40 tahun. Rerata lama sakit responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri secara umum dialami oleh responden dengan mandiri penuh adalah 8,25 (SD= 2,217) tahun, yang membutuhkan peralatan atau alat bantu 5,28 (SD= 4,740) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan 4,52 (SD= 3,750) tahun, yang membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu 6,25 (SD= 6,702) tahun, dan ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas 10,50 (SD= 8,976) tahun. Kesimpulan analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lama sakit responden dengan tingkat kemampuan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan dan eliminasi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dilakukan Parendrawati (2008) yang menunjukkan bahwa lama sakit tidak ada hubungan yang signifikan dengan tingkat kemampuan perawatan diri. Seperti yang sudah dijelaskan dalam variabel frekuensi dirawat bahwa waktu dan lamanya klien skizofrenia terpapar stressor memberi dampak dalam mencapai kemandirian *self care*, dalam hal ini terkait juga sejak kapan dan sudah berapa lama klien sakit. Aspek stressor yang dapat mempengaruhi respon stres adalah intensitas, jangkauan, durasi, jumlah dan sifat stresor lain. Karakteristik individual yang dapat mempengaruhi respon stress adalah tingkat pengontrolan personal, ketersediaan dukungan sosial, perasaan mampu/ kompetensi, penghargaan kognitif.

## **6.2 KETERBATASAN PENELITIAN**

Penelitian ini memiliki keterbatasan–keterbatasan dalam hal instrumen penelitian, rancangan penelitian, dan sampel penelitian yang akan dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut:

### **6.2.1 Instrumen Penelitian**

Lembar observasi yang digunakan dalam penelitian ini dikembangkan peneliti berdasarkan teori dalam tinjauan pustaka yang bersumber dari NANDA dalam Wilkinson (2000). Instrumen ini sudah digunakan sebelumnya dan sudah dilakukan uji validitas dan reabilitas oleh Surilesmana (2010). Instrumen perawatan diri ini bukan instrumen baku yang digunakan untuk mengukur tingkat kemampuan perawatan diri, karena instrumen yang biasa digunakan adalah instrumen tingkat ketergantungan dari Orem. Alasan instrumen Orem tidak digunakan dalam penelitian ini karena kriteria pengukurannya kurang sesuai untuk mengukur tingkat perawatan diri klien skizofrenia, lebih mengarah kepada tingkat ketergantungan secara fisik. Instrumen penelitian ini hanya berlaku untuk populasi ini saja dan belum tentu bisa digunakan untuk populasi yang lain.

### **6.2.2 Rancangan Penelitian**

Desain penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah non eksperimental, proses pengumpulan data menggunakan metode *cross sectional* dengan menggunakan lembar observasi. Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam menentukan hubungan sebab akibat, sehingga hanya menggambarkan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen saja.

### **6.2.3 Sampel Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada pasien yang dirawat di ruang rawat inap wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti membutuhkan waktu dua minggu dalam mengurus perijinan penelitian. Pengumpulan sampel penelitian dilakukan di tiga ruangan, yaitu Ruang Kresna Wanita, Arimbi, dan Utari dan membutuhkan waktu yang lama (enam minggu) karena saat ini Rumah Sakit mengalami penurunan jumlah pasien yang dirawat. Pada proses pengambilan data dilakukan oleh peneliti sendiri untuk melakukan observasi. Waktu observasi dilakukan terbatas pada pagi untuk mengobservasi kemampuan perawatan diri mandi dan berpakaian dan sore hari dihari sabtu dan minggu karena peneliti harus mengikuti perkuliahan di hari kerja. Informasi mengenai pasien baru diperoleh peneliti dari perawat di ruangan.

### **6.3 IMPLIKASI PENELITIAN**

Implikasi penelitian meliputi implikasi pelayanan keperawatan dan implikasi dalam penelitian dan implikasi terhadap pengembangan keilmuan yang akan diuraikan hal-hal sebagai berikut:

#### **6.3.1 Implikasi Pelayanan Keperawatan**

Dengan diketahuinya hubungan tingkat kemampuan perawatan diri klien skizofrenia dengan tingkat kemampuan perawatan diri dapat memberikan masukan kepada Rumah Sakit dapat dijadikan sebagai salah satu bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan intervensi untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan di Rumah Sakit Marzoeke Mahdi Bogor. Peningkatan pelayanan keperawatan ini dapat dilihat melalui indikator mutu tentang tingkat kemandirian (*total care, partial care, mandiri care*) dan angka infeksi nosokomial (*scabies, pediculus*). Tingkat kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia akan dicapai secara maksimal dan angka infeksi nosokomial (*scabies, pediculus*) tidak terjadi.

#### **6.3.2 Implikasi Penelitian**

Penelitian ini mencerminkan kesesuaian antara kejadian defisit perawatan diri klien skizofrenia dengan intervensi yang telah dilaksanakan perawat. Penelitian ini dapat dijadikan rujukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien sehingga asuhan keperawatan yang diberikan lebih maksimal agar kemampuan perawatan diri meningkat menjadi kemandirian penuh sesuai dengan yang diharapkan.

#### **6.3.3 Implikasi terhadap Pengembangan Keilmuan**

Penelitian ini memberikan gambaran bagi perkembangan ilmu pengetahuan tentang hubungan karakteristik klien skizofrenia tingkat kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri. Hasil penelitian diharapkan akan lebih memperkaya pengetahuan keperawatan, sehingga mahasiswa/i akan lebih memperhatikan tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri pada klien skizofrenia sesuai dengan karakteristiknya.

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dan saran-saran dari peneliti sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Peneliti. Kesimpulan dan saran-saran ini akan dijelaskan sebagai berikut:

#### **7.1 KESIMPULAN**

Skizofrenia adalah gangguan jiwa/gangguan otak kronis yang mempengaruhi individu sepanjang kehidupannya yang ditandai dengan penurunan kemampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesulitan melakukan aktifitas sehari-hari. Defisit perawatan diri merupakan salah satu perilaku pasien skizofrenia dimana seseorang mengalami gangguan atau hambatan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang meliputi defisit mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi. Karakteristik klien skizofrenia dilihat dari umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, frekuensi dirawat, lama dirawat dan lama sakit.

Metode penelitian yang digunakan menggunakan desain penelitian *cross sectional* melalui wawancara langsung dan observasi. Lokasi penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, yaitu: Ruang Kresna Wanita, Ruang Arimbi, dan Ruang Utari. Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien skizofrenia yang dirawat di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini ditetapkan dengan rumus Lemeshow dan David (1997) dan melakukan koreksi besar sampel untukantisipasi *drop out* sehingga dibutuhkan sampel sebanyak 59 orang. Cara pengambilan sampel menggunakan jenis *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling* sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.



Analisis data penelitian yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat menggambarkan karakteristik dari setiap variabel independen dan variabel dependen penelitian. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara satu variabel independen dengan satu variabel dependen yang bertujuan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Uji statistik pada dua kelompok data antara data kategorik dan kategorik dilakukan dengan uji *Pearson Chi-Square*. Uji statistik pada dua kelompok data antara data numerik dan kategorik dilakukan dengan uji F atau ANOVA. Waktu penelitian dilakukan sejak 13 februari – 13 juli 2012.

Hasil penelitian didapatkan umur responden adalah 35,39 tahun (SD= 7,788 tahun), frekuensi dirawat sebanyak 3,58 kali (SD= 3,752 kali), lama hari rawat adalah 5,69 minggu (SD= 4,928 minggu), dan lama sakit responden adalah 5,99 tahun (SD= 5,424 tahun). Distribusi status perkawinan terbanyak adalah belum kawin sebanyak 31 orang (52,5%), tingkat pendidikan adalah SMA sebanyak 27 orang (45,8%). Pada tingkat kemampuan perawatan diri: mandi terbanyak adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu sebanyak 24 orang (40,7%), tingkat kemampuan perawatan diri: berpakaian adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu sebanyak 24 orang (40,7%), tingkat kemampuan perawatan diri: makan adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu sebanyak 36 orang (61,0%), tingkat kemampuan perawatan diri: eliminasi adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu sebanyak 39 orang (66,1%).

Secara umum tingkat kemampuan perawatan diri responden terbanyak adalah responden yang membutuhkan peralatan atau alat bantu dan responden yang membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan, masing-masing 37,2% dan 35,6%. Pada karakteristik klien skizofrenia, hanya variabel frekuensi dirawat yang mempunyai hubungan signifikan terhadap tingkat kemampuan perawatan diri, sedangkan untuk umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, lama hari rawat, dan lama sakit tidak menunjukkan adanya hubungan atau perbedaan yang signifikan dengan tingkat kemampuan perawatan dirinya.

## **7.2 SARAN**

Berdasarkan kesimpulan yang telah dipaparkan, ada beberapa hal yang dapat disarankan untuk keperluan pengembangan penelitian dan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan terhadap klien skizofrenia dengan defisit perawatan diri yang dirawat di Rumah Sakit. Saran-saran ini meliputi saran untuk aplikasi keperawatan, perkembangan keilmuan, dan metodologi penelitian yang akan dijelaskan sebagai berikut:

### **7.2.1 Aplikasi Keperawatan**

- 7.2.1.1 Pihak Rumah Sakit menetapkan tindakan-tindakan keperawatan yang tepat untuk mengurangi tingkat ketergantungan klien skizofrenia dalam hal kemampuan perawatan diri yang meliputi: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi sehingga infeksi nosokomial (*scabies, pediculus*) tidak terjadi.
- 7.2.1.2 Pihak Rumah Sakit meningkatkan pelayanan dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien gangguan jiwa terutama pada klien skizofrenia agar dapat mencapai kemandirian yang optimal yang dapat dilihat melalui indikator mutu.
- 7.2.1.3 Pihak Rumah Sakit memberi kesempatan kepada perawat untuk dapat melanjutkan pendidikan formal keperawatan. Pendidikan berkelanjutan ini bertujuan untuk pengembangan diri agar perawat dapat mengaplikasikan ilmu yang dimiliki dan tepat dalam pemberian asuhan keperawatan, serta dapat mengajarkannya kepada perawat yang lain.

### **7.2.2 Perkembangan Keilmuan**

- 7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan mengembangkan cara-cara/tindakan yang dapat meningkatkan kemampuan perawatan diri untuk mengurangi angka defisit perawatan diri pada klien gangguan jiwa terutama klien skizofrenia.
- 7.2.2.2 Pihak pendidikan tinggi keperawatan menetapkan modul-modul terapi yang dapat digunakan untuk praktik keperawatan pada klien gangguan jiwa yang mengalami defisit perawatan diri.

### **7.2.3 Metodologi Penelitian**

- 7.2.3.1 Instrumen penelitian untuk klien gangguan jiwa yang mengalami defisit perawatan diri yang sudah digunakan oleh peneliti sebelumnya hendaknya dapat dijadikan alat ukur penelitian di masa yang akan datang.
- 7.2.3.2 Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut seperti penelitian kualitatif untuk melengkapi informasi yang terkait tingkat kemampuan klien skizofrenia dalam perawatan diri.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi 6. Jakarta: Rineka Cipta.
- Berger, K. (2005). *The Developing Person: Through The Life Span*. New York: Worth.
- Buchanan, R. W. & Carpenter, W. T. (2000). Schizophrenia: Introduction and Overview. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2004). *Integrated Knowledge: Analysis and Evaluation of Conceptual models of Nursing*. 6<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Mosby.
- Craven, R. F. & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*, 3<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*, 5<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dantas, et. al. (2011). *Insight Controlled for Cognition in Deficit and Nondeficit Schizophrenia*. Schizophrenia Research 128 (2011) p. 124-126. In Science Direct. <http://www.elsevier.com/locate/schres>
- Dempsey, P. A. & Dempsey, A. D. (2002). *Riset Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan RI. (2000). *Standar Pedoman Perawatan Jiwa*. Jakarta.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Riset Kesehatan Dasar Departemen Kesehatan Tahun 2007*.  
<http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Indonesia%20country%20Profile%202008.pdf>
- Dorland, W. A. N. (2000). *Dorland Illustrated Medical Dictionary*. 29/E. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Folsom, et. al. (2009). *Physical and Mental Health-Related Quality of Life Among Older People with Schizophrenia*. Schizophrenia Research 108 (2009) p. 207-213. In Science Direct. <http://www.elsevier.com/locate/schres>

- Friedman. (1998). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice*. 4<sup>th</sup> Ed. California: Appletone & Lange.
- Friedman, M. M., Bowder, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Family Nursing: Research, Theory, & Practice*. (Alih Bahasa: Hamid, A. Y.). Jakarta: EGC.
- Gurel, L. & Davis, J. E. (1967). *A Survey of Self-Care Dependency in Psychiatric Patients*. Journal in Psychiatric Services May 01, 1967;18:135-138. <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=18&page=135&journalID=18>
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hastono, S. P. & Sabri, L. (2010). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Henderson, V. (1966). *The Nature Nursing*. New York: Macmilan.
- Harmer, D. & Henderson, V. (1955). *Textbook of The Principles and Practice of Nursing*. 5<sup>th</sup> Ed. Riverside, NJ: Macmilan.
- Holmberg, S. K. & Kane, C. (1999). *Health and Self-Care Practices of Persons with Schizophrenia*. Journal in Psychiatric Services June 01, 1999;50:827-829. <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=83005>
- Johnson, B.S. (1997). *Psychiatric Mental Health Nursing: Adaptation and Growth*. Philadelphia: Lippincott Raven.
- Keliat, B. A. & Akemat. (2005). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., Panjaitan, R. U., & Helena, N. (2006). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., dkk. (2006). *Modul Manajemen Praktek Keperawatan Profesional*. WHO-FIK UI.
- \_\_\_\_\_ (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Kozier, B. & Erb, G. (2004). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice*. 7<sup>th</sup> Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Inc.
- \_\_\_\_\_ (2010). *Fundamental keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik*. (Alih Bahasa: Karyuni, P. E., dkk.). Jakarta: EGC.

*Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional 2007.*  
[http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-\(RISKESDAS\)-Nasional-2007](http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-(RISKESDAS)-Nasional-2007)

Lemeshow, S. & David, W. H. J. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjahmada University Press.

Maglaya, A. (2009). *Nursing Practice in The Community*. 5<sup>th</sup> Ed. Marikina City: Argonauta Corporation.

Marriner, A. (2001). *Nursing Theorist and Their Work*. (Alih Bahasa: Ekawijaya, I. & Riyono, R.). India: Mosby Company.

Meleis, A. I. (2006). *Theoretical Basis for Nursing*. 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Wiliams and Wilikins.

Miller, A.C. (1995). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practice*. 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: WB. Saunders Company.

Mubarak, dkk. (2005). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Komunitas*. Jakarta: Sagung Seto.

NANDA International. (2009). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2009-2011*. Editor: T. Heather Herdman.

\_\_\_\_\_ (2011). *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2009-2011*. (Alih Bahasa: Sumarwati, M., Widiarti, D., & Tiar, E.). Jakarta: EGC.

National Institute of Mental Health. (2009). *Schizophrenia National Institute of Mental Health. Booked.* nimh. Pdf.  
<http://www.nimh.nih.gov/health/trials/index.shtml>

Notoatmodjo, S. (2003). *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Yogyakarta: Andi Offset.

\_\_\_\_\_ (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2009). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.

Orem, D. E. (1985). *Nursing Concept of Practice*. New York: McGraw-Hill.

\_\_\_\_\_ (1971). *Nursing Concept of Practice*. New York: McGraw-Hill.

\_\_\_\_\_ (2001). *Nursing Concept of Practice*. New York: McGraw-Hill.

- Parendrawati, D. P. (2008). *Thesis: Pengaruh Terapi Token Ekonomi pada Klien Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion and Nursing Practice*. 3<sup>th</sup> Ed. Stamford, Conn: Appleton & Lange.
- \_\_\_\_\_ (2006). *Health Promotion and Nursing Practice*. 5<sup>th</sup> Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion and Nursing Practice*. 4<sup>th</sup> Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). *Essential of Nursing research: Method Appraisal and Utilization*. 6<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Wiliams & Wilkins.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice*. Mosby Year Book, Inc.
- \_\_\_\_\_ (2009). *Fundamental of Nursing. Concept, Process, and Practice*. Singapore: Elsevier, Inc.
- \_\_\_\_\_ (2009). *Fundamental keperawatan. Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- \_\_\_\_\_ (2010). *Fundamental Keperawatan. Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. (2011). *Laporan Akuntabilitas Akhir Tahun 2011*. Bogor: Tidak dipublikasikan.
- Santrock, J. (2007). *Life Span Development*. 9<sup>th</sup> Ed. New York: McGraw–Hill.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi 4*. Jakarta: Sagung Seto.
- Shives, C. R. (1998). *Basic Concept psychiatric Mental health Nursing*. 4<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Wiliams & Wilkins.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2003). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. 8<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Mosby Years Book.
- \_\_\_\_\_ (2005). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. 6<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Mosby Inc.
- Stuart, G. W. & Sundeen, S. J. (1995). *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*. 3/E. Mosby Years Book, Inc.

- \_\_\_\_\_ (1998). *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*. 4/E. Mosby Years Book, Inc.
- \_\_\_\_\_ (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 3 (Alih Bahasa: Hamid, A. Y.). Jakarta: EGC.
- Surilesmana, R. (2010). *Skripsi: Perbedaan Kemampuan Perawatan Diri Pre dan Post Strategi Pelaksanaan Komunikasi Defisit Perawatan Diri di Ruang Kamboja Rumah Sakit Jiwa Daerah Propinsi Sumatra Utara Medan*. Sumatra Utara: Universitas Sumatra Utara.
- Swanburg, R. C. & Swanburg, R. J. (1999). *Introductory Management and Leadership for Nurses*. Canada: Jones & Barlett Publishers.
- Tek, C., Kirkpatrick, B., & Buchanan, R. W. (2001). *A Five-Year Followup Study of Deficit and Nondeficit Schizophrenia*. *Schizophrenia Research* 49 (2001) p. 253-260. In Science Direct. <http://www.elsevier.com/locate/schres>
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa*. Depok: Universitas Indonesia.
- Videbeck, S. L. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*. USA: Lippincott William & Wilkins, Inc.
- Wilkinson, Judith M. (2000). *Nursing Diagnosis Handbook with NIC Interventions and NOC Outcomes*. 7<sup>th</sup> Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall Health.
- \_\_\_\_\_ (2008). *Nursing Diagnosis Handbook with NIC Interventions and NOC Outcomes*. 8<sup>th</sup> Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall Health.
- Wong, et. al. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.
- World Health Organization Interim Commission. (1947). *Chronicle of World Health Organization*. Geneva: The Organization.
- World Health Organization. (2005). *Human Resources and Training in Mental Health: Mental Health Policy and Service Guide Package*. China: WHO Publishing.



**DAFTAR RIWAYAT HIDUP****Biodata**

Nama : Sri Andayani  
Tempat, Tanggal Lahir : Cirebon, 14 April 1981  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Perawat Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor  
Alamat Instansi : Jl. Dr. Sumeru No. 114 Bogor 16111  
Telp. 0251.8320467  
Alamat Rumah : Komp. Bumi Menteng Asri Blok. BI No. 23-24  
Bogor 16111  
Telp. 0251.8335786

**Riwayat Pendidikan**

SDN Cipta Karya I : Lulus tahun 1992  
SMP Negeri 1 Cirebon : Lulus tahun 1995  
SMU Negeri 2 Cirebon : Lulus tahun 1998  
Akper Depkes Cirebon : Lulus Tahun 2001

**Riwayat Pekerjaan**

Perawat Rumah Sakit Marzoeki Mahdi bogor : Tahun 2002 - sekarang

## LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah saya mendengar keterangan dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan dari saudari Sri Andayani, mahasiswa Program Ekstensi 2010 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang melaksanakan penelitian tentang “*Hubungan Karakteristik Klien Skizofrenia dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*” maka saya mengetahui tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak dari responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya dan responden. Saya mengerti bahwa partisipasi saya dan keikutsertaan responden dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit. Saya bersedia mewakili responden dan mengizinkan peneliti dengan menandatangani lembar persetujuan ini untuk melaksanakan observasi tingkat kemampuan perawatan diri.

Bogor, .....2012

Mengetahui,  
Kepala Ruangan

Perawat Primer,

.....

Nama jelas

.....

Nama jelas

## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul penelitian : Hubungan Karakteristik Klien Skizofrenia dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor

Peneliti : Sri Andayani

NPM : 1006823545

Saya Sri Andayani (Mahasiswa Program Ekstensi 2010 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian dengan judul "*Hubungan Karakteristik Klien Skizofrenia dengan Tingkat Kemampuan Perawatan Diri di Ruang Rawat Inap Psikiatri Wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.*" Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai hubungan karakteristik pasien skizofrenia dengan tingkat kemampuan perawatan diri pada pasien skizofrenia di ruang rawat inap psikiatri wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program peningkatan pelayanan keperawatan jiwa di Rumah Sakit. Responden penelitian terdiri atas pasien skizofrenia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Proses pelaksanaan penelitian ini dilaksanakan melalui observasi terhadap responden.

Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya digunakan untuk penelitian. Peneliti menghargai keinginan responden untuk berpartisipasi atau tidak terlibat dalam penelitian ini. Jika saudara tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi saudara, keluarga atau siapapun. Jika telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang memungkinkan saudara untuk mengundurkan diri, maka saudara diperbolehkan untuk mengundurkan diri dan tidak berpartisipasi dalam penelitian ini. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan saudara untuk menjadi responden. Atas kesediaannya, saya ucapkan terimakasih.

Peneliti  
(Sri Andayani)

## INSTRUMEN PENELITIAN

### LEMBAR OBSERVASI TINGKAT KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUANG RAWAT INAP PSIKIATRI WANITA RUMAH SAKIT MARZOEKI MAHDI BOGOR

Nomor Responden: ..... (diisi oleh peneliti)

#### I. Data Demografi

Diisi oleh perawat/peneliti berdasarkan hasil wawancara dan rekam medis responden. Beri tanda ( ) pada kotak yang tersedia.

1. Inisial nama : \_\_\_\_\_
2. Usia : ..... tahun
3. Agama :  Islam  Kristen  
 Katholik  Hindu  
 Budha
4. Status perkawinan :  Belum Kawin  Kawin  
 Janda
5. Pendidikan terakhir :  Tidak Sekolah  SMA  
 SD  Perguruan Tinggi  
 SMP
6. Frekuensi dirawat : ..... Kali
7. Lama dirawat : ..... Bulan ..... Minggu
8. Lama sakit : ..... Tahun ..... Bulan

## II. Format Pelaksanaan Perawatan Diri

Penilaian hasil observasi kemampuan diri berdasarkan tingkat fungsional pasien diklasifikasikan berdasarkan NANDA menggunakan skala berikut:

- 0 = Mandiri penuh
- 1 = Membutuhkan peralatan atau alat bantu
- 2 = Membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan
- 3 = Membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu
- 4 = Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas

### Petunjuk penilaian:

Diisi oleh perawat/peneliti berdasarkan hasil wawancara dan catatan rekam medis responden. Beri tanda ( ) pada kotak yang tersedia.

#### 1. Kemampuan perawatan diri: mandi

- Mandiri penuh, pasien menyediakan peralatan mandi dan dapat melakukan perawatan mandi sendiri.
- Pasien hanya membutuhkan peralatan mandi. Pasien dapat melakukan perawatan mandi sendiri.
- Perawat memberikan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien di tempat tidur/kamar mandi. Pasien dapat mandi sendiri, kecuali untuk bagian punggung dan kaki.
- Perawat menyediakan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien, membersihkan punggung, tungkai, perineum, dan semua bagian tubuh lain sesuai keperluan. Pasien dapat membantu.
- Pasien membutuhkan mandi lengkap, tidak dapat membantu sama sekali.

**2. Kemampuan perawatan diri: berpakaian**

- Mandiri penuh, pasien mempersiapkan pakaian dan dapat melakukan perawatan berpakaian sendiri.
- Pasien hanya membutuhkan pakaian. Pasien dapat mengenakan pakaian sendiri.
- Perawat mempersiapkan pakaian, dapat mengancingkan, merisleting, atau mengikat pakaian. Pasien dapat mengenakan pakaian sendiri.
- Perawat menyisir rambut pasien, membantu mengenakan pakaian, mengancingkan, merisleting pakaian dan mengikat sepatu.
- Pasien perlu dikenakan pakaian dan tidak dapat membantu. Perawat menyisir rambut pasien.

**3. Kemampuan perawatan diri: makan**

- Mandiri penuh, pasien menyediakan peralatan makan dan dapat melakukan perawatan makan sendiri.
- Pasien hanya membutuhkan peralatan makan. Pasien dapat melakukan perawatan makan sendiri
- Perawat mengatur posisi pasien, mengambil makanan, memantau makan.
- Perawat memotong makanan, membuka wadah, mengatur posisi pasien, memantau dan mendorong untuk makan.
- Pasien perlu dibantu untuk makan secara total

**4. Kemampuan perawatan diri: eliminasi**

- Mandiri penuh, pasien menyediakan pispot dan dapat melakukan perawatan eliminasi sendiri.
- Pasien hanya membutuhkan pispot. Pasien dapat berjalan ke kamar mandi dan dapat melakukan perawatan eliminasi sendiri.

- Pasien dapat berjalan ke kamar mandi/*commode* dengan bantuan. Perawat membantu mengenakan atau melepas pakaian
- Perawat menyediakan pispot, menempatkan pasien di pispot atau mengambil pispot tersebut, menempatkan pasien di *commode*.
- Pasien inkontinensia. Perawat menempatkan pasien pada pispot atau *commode*.

**Skore:**

- 0             Mandiri penuh
- 1 - 4         Membutuhkan peralatan atau alat bantu
- 5 - 8         Membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan,  
pengawasan, pendidikan
- 9 - 12       Membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat  
bantu
- 13 - 16      Ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124  
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

Nomor : *1228*/H2.F12.D1/PDP.04.0 4/2012

19 Maret 2012

Lamp : --

Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth.  
Direktur Utama  
RS Marzoecki Mahdi  
Bogor


Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Program Studi Sarjana (S1) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI):

No.	Nama Mahasiswa	NPM	Judul Penelitian
1.	Sri Andayani	1006823545	"Tingkat Kemampuan Perawatan Diri pada Pasien Skizofrenia di Ruang Rawat Inap Wanita RS Marzoecki Mahdi Bogor"
2.	Yuyun Yusnipah	1006823671	"Tingkat Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Pasien Halusinasi di Poliklinik Psikiatri RS Marzoecki Mahdi"

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu mengizinkan mahasiswa FIK-UI tersebut untuk melakukan pengumpulan data di **RS Marzoecki Mahdi** pada bulan Maret - Mei 2012.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan.

  
Dra. Jumaiti Sahar, Ph.D

NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan:

1. Direktur Yan.Med dan Keperawatan RS Marzoecki Mahdi Bogor
2. Direktur SDM dan Pendidikan RS Marzoecki Mahdi Bogor
- 3.- Bagian Pendidikan dan Penelitian RS Marzoecki Mahdi Bogor
4. Dekan FIK UI
5. Sekretaris FIK UI
6. Manajer Pendidikan dan Riset FIK UI