

MANAJEMEN KASUS SPESIALIS JIWA DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA KLIEN GANGGUAN JIWA DI RW 02 DAN RW 12 KELURAHAN BARANANGSIANG KECAMATAN BOGOR TIMUR

Dwi Heppy Rochmawati¹, Budi Anna Keliat², Ice Yulia Wardani³

1. Program Spesialis Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, Jakarta 10430, Indonesia
2. Guru Besar, Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta
3. Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta

Email : piyut_2008@yahoo.co.id

ABSTRAK

Jumlah klien gangguan jiwa yang ditemukan adalah 18 orang (2,44%) dari total penduduk dewasa 737 orang. Angka ini menunjukkan peningkatan dari estimasi gangguan jiwa di Jawa Barat (0,22%). Defisit perawatan diri adalah salah satu bentuk gangguan jiwa dan dialami oleh seluruh klien gangguan jiwa yang ditemukan. Tujuan penulisan karya ilmiah akhir ini adalah menggambarkan *management of care* kasus spesialis terhadap klien defisit perawatan diri dengan pendekatan *Self Care Orem*. Metode yang digunakan adalah studi serial kasus defisit perawatan diri pada klien gangguan jiwa dengan pemberian terapi spesialis keperawatan jiwa. Paket terapi yang diberikan : 1 *Behaviour therapy*, 2 *Behaviour therapy* dan *Supportif Therapy*, 3 *Behaviour therapy*, *Supportif Therapy* dan *Self Help Group*. Terapi diberikan kepada 17 klien (9 skizofrenia, 4 retardasi mental dan 4 demensia). Hasil pelaksanaan terapi adalah paket terapi ketiga sangat efektif untuk meningkatkan kemampuan dan menurunkan tanda gejala klien defisit perawatan diri dengan diagnosa medis skizofrenia dan retardasi mental. Terapi-terapi tersebut kurang efektif bagi klien demensia. Berdasarkan hasil di atas perlu direkomendasikan bahwa *behaviour therapy*, *supportif therapy* dan *self help group* dapat dijadikan standar terapi spesialis keperawatan jiwa bagi klien defisit perawatan diri khususnya dengan skizofrenia dan perlu dilakukan penelitian lanjut tentang terapi spesialis keperawatan jiwa yang tepat untuk klien defisit perawatan diri dengan demensia.

Kata kunci :
Behaviour therapy, *Self Care Orem*, defisit perawatan diri.

ABSTRACT

The amount of clients of mental disorders found were 18 people (2.44%) of the total adult population of 737 people. This amount shows an increase from an estimate of mental disorder in West Java (0.22%). Self-care deficit is one form of mental disorder and is experienced by all clients of mental disorders was found. The purpose of this paper is to describe management of care the scientific end case specialists to client self-care deficit with Orem's Self Care approach. The method used is the serial case study of self-care deficits in psychotic clients with life-giving therapy nursing specialists. Therapy are : first package of Behavior Therapy, second package of Behavior Therapy and Supportive Therapy, third package of Behavior Therapy, Supportive Therapy and Self Help Group. Therapy was given to the 17 client (9 schizofrenia, 4 mental retardation, and 4 dementia). The results of the implementation of these therapies is that the package of three highly effective therapy to improve coping mechanism and reduce the symptoms signs on the client's self-care deficit with a medical diagnosis of schizofrenia and mental retardation in performing self-care. These therapies are less effective for clients with dementia. Based on the above results need to be recommended that the behavior therapy, supportive therapy and self help group can be made standard of therapy of nursing specialist self-care deficit of clients and schizofrenia in particular, and have done research about nursing specialist mental therapy is right for the client self-care deficits with dementia.

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain (UU No 36, 2009). Kesehatan jiwa menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2001 yaitu kondisi sejahtera dimana individu menyadari kemampuan yang dimilikinya, dapat mengatasi stress dalam kehidupannya, dapat bekerja secara produktif dan mempunyai kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dari Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kemenkes Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2008), prevalensi gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 11,6% dari populasi orang dewasa dengan prevalensi tertinggi di Jawa Barat yaitu 20,0%. Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 0,46 %, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat. Prevalensi gangguan jiwa berat di Jawa Barat sebesar 0,22 % dan angka tersebut meningkat menjadi 0,40% di kota Bogor.

Penelitian yang dilakukan oleh Parendrawati (2008) terhadap 110 klien gangguan jiwa yang mengalami defisit perawatan diri di RSMM Bogor menunjukkan hasil bahwa dengan pemberian terapi spesialis keperawatan jiwa token ekonomi menunjukkan peningkatan kemampuan. Kemampuan klien merawat diri diukur dan diobservasi secara statistik dan menunjukkan hasil bahwa pada klien defisit perawatan diri yang diberikan terapi token ekonomi mengalami peningkatan kemampuan dibandingkan dengan klien defisit perawatan diri yang tidak diberikan terapi token ekonomi.

Dari sejumlah 1.168 penduduk, ditemukan jumlah penduduk dewasa adalah 817 jiwa. Angka gangguan mental emosional sebanyak 148 jiwa dari 200 jiwa yang

diperkirakan, angka gangguan jiwa yang ditemukan 18 jiwa dari 4 jiwa berdasarkan estimasi jumlah penduduk dewasa. Angka tersebut meningkat hampir 450% dari angka gangguan jiwa tingkat nasional yaitu 0,46%. Masalah keperawatan pada klien gangguan jiwa yaitu halusinasi, harga diri rendah, isolasi sosial, waham, resiko bunuh diri, perilaku kekerasan/risiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Dari tujuh masalah keperawatan tersebut yang paling sering ditemukan adalah masalah defisit perawatan diri, sebanyak 18 orang (100%) klien mengalami defisit perawatan diri. Penulis melakukan manajemen asuhan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri dengan pendekatan CMHN.

Tindakan keperawatan yang tepat, di tatanan masyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi masalah defisit perawatan diri ini. Tindakan yang sudah dikembangkan dalam mengatasi defisit perawatan diri ini terdiri dari tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan yaitu klien diajarkan dan dilatih untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri yang meliputi mandi, berhias, makan dan minum dengan benar serta toileting (BAK dan BAB secara benar). Tindakan keperawatan spesialis yang tepat dan dapat dilakukan untuk klien dengan defisit perawatan diri antara lain adalah terapi perilaku, terapi suportif, terapi kelompok swa bantu dan terapi psiko edukasi keluarga. Hasil manajemen asuhan keperawatan spesialis jiwa ini menunjukkan hasil yang signifikan dalam mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri dan meningkatkan kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri serta menurunkan tanda dan gejala klien. Berdasarkan hal tersebut penulis akan mencoba menganalisis manajemen asuhan keperawatan spesialis jiwa dan melaporkannya dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir.

METODE PENULISAN

Responden berjumlah 18 orang klien gangguan jiwa (9 skizofrenia, 5 retardasi

mental dan 4 demensia) dengan defisit perawatan diri yang ada di komunitas. Penulisan karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi serial kasus dengan pemberian tiga paket terapi spesialis keperawatan jiwa. Terapi diberikan kepada 17 orang klien (8 skizofrenia, 5 retardasi mental dan 4 demensia) dengan defisit perawatan diri. Paket terapi yang pertama adalah tindakan keperawatan generalis (klien dan keluarga) dan behaviour therapy. Paket terapi yang kedua adalah tindakan keperawatan generalis (klien dan keluarga) dan behaviour therapy dikombinasi dengan supportif therapy. Paket terapi yang ketiga adalah tindakan keperawatan generalis (klien dan keluarga) dan behaviour therapy dikombinasi dengan supportif therapy dan self help group therapy.

HASIL

Persentase terbesar jenis kelamin klien adalah laki-laki, yaitu 11 orang klien (61,1%) yang terdiri dari 8 orang klien (44,4%) skizofrenia dan 3 orang klien (16,7%) retardasi mental. Usia klien yang mengalami defisit perawatan diri terbanyak adalah 21-40 tahun, yaitu 10 orang klien (55,6%), yang terdiri dari 8 orang klien (44,4%) skizofrenia dan 2 orang klien (11,1%) retardasi mental. Sebagian besar klien tidak menikah, yaitu 11 orang klien (61,1%), yaitu 6 orang klien (33,3%) skizofrenia dan 5 orang klien (27,8%) retardasi mental. Sebagian besar klien berpendidikan dasar (SD), yaitu sebanyak 6 orang klien (33,3%), yang terdiri dari 2 orang klien (11,1%) skizofrenia, 1 orang klien (5,6%) retardasi mental dan 3 orang klien (16,7%) demensia. Klien tidak bekerja sebanyak 11 orang klien (61,1%), yaitu 3 orang klien (16,7%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Lama menderita sakit < 10 tahun, sebanyak 11 orang klien (61,1%), yang terdiri dari 7 orang klien (38,9%) skizofrenia, 1 orang klien retardasi mental dan 3 orang klien (16,7%) demensia, dan sebanyak 15 orang klien (83,3%) dirawat selama 3 bulan, yaitu 8 orang klien (44,4%) skizofrenia, 3 orang klien (16,7%)

retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia.

Stressor predisposisi, aspek biologi didapatkan hasil bahwa masalah defisit perawatan diri terbanyak disebabkan oleh faktor genetik yang dialami oleh 8 orang klien (44,4%), yang terdiri dari 3 orang klien (16,7%), 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 1 orang klien (5,6%) demensia. Stressor predisposisi psikologis, seluruh klien yang mengalami masalah defisit perawatan diri memiliki masalah dengan komunikasi secara verbal, yaitu ketidakmampuan mengungkapkan keinginan dengan baik 18 orang (100%), terdiri dari 9 orang klien (50%) skizofrenia, 5 orang klien (27,8%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Stressor predisposisi sosio kultural, sebagian besar faktor sosio kultural klien mengalami defisit perawatan diri adalah terkait dengan masalah perekonomian atau ekonomi rendah sebanyak 15 orang (83,3%), terdiri dari 9 orang klien (50%) skizofrenia, 3 orang klien (16,7%) retardasi mental dan 3 orang klien (16,7%) demensia.

Stressor presipitasi biologis sebagian besar berupa riwayat putus obat sebanyak 10 orang klien (55,6%), terdiri dari 6 orang klien (33,3%) skizofrenia, 2 orang klien (11,1%) dan 2 orang klien (11,1%) demensia. Stressor presipitasi psikologis sebagian besar disebabkan karena pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu sebanyak 14 orang klien (77,8%), 7 orang klien (38,9%) skizofrenia, 3 orang klien (16,7%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Stressor presipitasi sosio kultural sebagian besar karena adanya masalah ekonomi yaitu sebanyak 16 orang klien (88,9%), 9 orang klien (50%) skizofrenia, 3 orang klien (16,7%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Asal stresor sebagian besar berasal dari individu itu sendiri yaitu sebanyak 16 orang klien (88,9%), 9 orang klien (50%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) dan 3 orang klien (16,7%) demensia. Waktu dan lamanya klien terpapar stresor sebagian besar < 10 tahun yaitu sebanyak 10 orang

klien (55,6%), terdiri dari 7 orang klien (38,9%) skizofrenia, 1 orang klien (5,6%) retardasi mental dan 3 orang klien (16,7%) demensia. Jumlah stresor lebih dari 3 stressor yaitu sebanyak 18 orang klien (100%), yaitu 9 orang klien (50%) skizofrenia, 5 orang klien (27,8%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia.

Respon kognitif klien adalah tidak mampu mengambil keputusan yaitu sebanyak 16 orang klien (88,9%), terdiri dari 8 orang klien (44,4%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Respon afektif klien yaitu merasa tidak mampu merawat diri sebanyak 12 orang (66,7%), terdiri dari 6 orang klien (33,3%) skizofrenia, 2 orang klien (11,1%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Respon fisiologis klien adanya kelelahan, kelemahan dan keletihan sebanyak 13 orang klien (72,2%), terdiri dari 5 orang klien (27,8%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Respon perilaku klien yaitu tidak toileting dengan benar sebanyak 13 orang klien (72,2%), yaitu 5 orang klien (27,8%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Respon sosial klien adalah dengan mengurung diri yaitu 15 orang (83,3%), terdiri dari 7 orang klien (38,9%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia.

Kemampuan klien, berupa ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri mandi, berhias, makan minum dan toileting yang tersebar secara merata yaitu 12 orang klien (66,7%), yaitu 5 orang klien (27,8%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 3 orang klien (16,7%) demensia; 13 orang klien (72,2%), yaitu 6 orang klien (33,3%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 3 orang

klien (16,7%) demensia; 12 orang klien (66,7%), yaitu 5 orang klien (27,8%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 3 orang klien (16,7%) demensia ; dan 13 orang klien (72,2%), yaitu 5 orang klien (27,8%) skizofrenia, 4 orang klien (22,2%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Keyakinan positif, sebanyak 16 orang klien (88,9%) merasa tidak yakin terhadap tenaga kesehatan, terdiri dari 7 orang klien (38,9%) skizofrenia, 5 orang klien (27,8%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia. Dukungan berasal dari keluarga dan kelompok. Sebanyak 17 orang klien (94,4%) tidak mendapat dukungan keluarga, terdiri dari 8 orang klien (44,4%) skizofrenia, 5 orang klien (27,8%) retardasi mental dan 4 orang klien (22,2%) demensia; dan sebanyak 11 orang klien (61,1%), yaitu 4 orang klien (22,2%) skizofrenia, 3 orang klien (16,7%) retardasi mental dan 4 orang klien demensia, tidak mendapat dukungan dari kelompok.

Pemberian tiga paket terapi spesialis keperawatan jiwa dilakukan kepada klien defisit perawatan diri. Terapi diberikan kepada 17 orang klien (8 skizofrenia, 5 retardasi mental dan 4 demensia) dengan defisit perawatan diri. Paket terapi yang pertama adalah tindakan keperawatan generalis (klien dan keluarga) dan behaviour therapy. Paket terapi yang kedua adalah tindakan keperawatan generalis (klien dan keluarga) dan behaviour therapy dikombinasi dengan supportif therapy. Paket terapi yang ketiga adalah tindakan keperawatan generalis (klien dan keluarga) dan behaviour therapy dikombinasi dengan supportif therapy dan self help group therapy. Tabel 4.1 sampai 4.6 menunjukkan distribusi pemberian ketiga paket terapi pada klien defisit perawatan diri.

**Tabel 1 Distribusi Hasil Evaluasi
Respon terhadap Stressor Pre dan Post Terapi Keperawatan
Klien Skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri**

No	Respon terhadap Stressor	<i>Behaviour Therapy (n=9)</i>				<i>Behaviour Therapy Supportif Therapy (n=6)</i>				<i>Behaviour Therapy Supportif Therapy Self Help Group (n=3)</i>			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Respon Kognitif												
	a. Tidak mampu mengambil keputusan	8	3	5	62,5	6	1	5	83,3	3	0	3	100
	b. Tidak tahu cara merawat diri	5	0	5	100	3	0	3	100	2	0	2	100
2	Respon Afektif												
	a. Perasaan negatif terhadap diri	5	3	2	40	3	1	2	66,7	1	0	1	100
	b. Sedih	5	1	4	80	3	0	3	100	2	0	2	100
	c. Merasa tidak mampu merawat diri	6	2	4	66,7	4	1	3	75	2	0	2	100
	d. Tidak ada motivasi merawat diri	5	2	3	60	3	1	2	66,7	2	0	2	100
3	Respon Fisiologis												
	a. Lelah/letih/lemah	5	2	3	60	3	0	3	100	2	0	2	100
	b. Penurunan muskuloskeletal	6	1	5	83,3	3	0	3	100	2	0	2	100
4	Respon Perilaku												
	a. Tidak mandi	5	2	3	60	3	1	2	66,7	2	0	2	100
	b. Tidak berhias setelah mandi	6	2	4	66,7	4	0	4	100	2	0	2	100
	c. Tidak makan dan minum teratur	5	1	4	80	3	0	3	100	2	0	2	100
	d. Toileting tidak tepat	5	0	5	100	3	0	3	100	1	0	1	100
5	Respon Sosial												
	a. Mengurung diri	7	1	6	85,7	4	0	4	100	2	0	2	100
	b. Menghindari dari orang lain	5	0	5	100	2	0	2	100	0	0	0	0
	c. Menolak interaksi	5	0	5	100	2	0	2	100	0	0	0	0
	MEAN	5,5	1,3	4,2	76,3	3,3	0,3	2,9	90,6	1,7	0,0	1,7	86,7

**Tabel 4.2 Distribusi Hasil Evaluasi
Kemampuan Klien Pre dan Post Terapi Keperawatan
Klien Skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri**

No	Kemampuan Klien	<i>Behaviour Therapy (n=9)</i>				<i>Behaviour Therapy Supportif Therapy (n=6)</i>				<i>Behaviour Therapy Supportif Therapy Self Help Group (n=3)</i>			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Kemampuan klien												
	a. Tidak mampu untuk mandi	5	1	4	80	3	0	3	100	2	0	2	100
	b. Tidak mampu untuk berhias	6	1	5	83,3	4	0	4	100	2	0	2	100
	c. Tidak mampu makan minum teratur	5	1	4	80	3	0	3	100	2	0	2	100
	d. Tidak mampu toileting dengan benar	5	0	5	100	3	0	3	100	2	0	2	100
2	Keyakinan positif												
	a. Tidak yakin akan sembuh	4	4	0	0	1	0	1	100	0	0	0	0
	b. Tidak yakin terhadap tenaga kesehatan	5	2	3	60	3	1	2	66,7	1	0	1	100
	c. Tidak yakin terhadap pelayanan kesehatan	5	5	0	0	3	1	2	66,7	1	0	1	100
	MEAN	5,0	2,0	3,0	57,6	2,9	0,3	2,6	90,5	1,4	0,0	1,4	85,7

Berdasarkan tabel 1 dan 2 klien defisit perawatan diri dengan diagnosa medis skizofrenia, respon kognitif efektif meningkat dengan pemberian *Behaviour Therapy* (100%) dan akan lebih efektif untuk semua kemampuan dengan perpaduan *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* sebesar (100 %). Respon afektif, efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara terapi *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Respon fisiologis, juga efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara terapi *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Respon perilaku, efektif meningkat

setelah diberikan perpaduan antara *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Respon sosial, meningkat setelah pemberian *Behaviour Therapy* (100%) dan lebih efektif lagi setelah diberikan perpaduan antara terapi *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Kemampuan klien skizofrenia juga mengalami peningkatan dengan pemberian *Behaviour Therapy* (63%-88%) dan lebih meningkat lagi prosentasenya setelah diberikan perpaduan terapi *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* yaitu sebesar 100%.

Tabel 3 Distribusi Hasil Evaluasi Respon terhadap Stressor Pre dan Post Terapi Keperawatan Klien Retardasi Mental dengan Defisit Perawatan Diri

No	Respon terhadap Stressor	<i>Behaviour Therapy</i> (n=4)				<i>Behaviour Therapy Supportif Therapy</i> (n=2)				<i>Behaviour Therapy Supportif Therapy Self Help Group</i> (n=1)			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Respon Kognitif												
	a. Tidak mampu mengambil keputusan	4	2	2	50	2	2	0	0	1	0	1	100
	b. Tidak tahu cara merawat diri	4	1	3	75	2	0	2	100	1	0	1	100
2	Respon Afektif												
	a. Perasaan negatif terhadap diri	3	1	2	66,7	2	0	2	100	1	0	1	100
	b. Sedih	1	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
	c. Merasa tidak mampu merawat diri	2	0	2	100	2	0	2	100	1	0	1	100
	d. Tidak ada motivasi merawat diri	2	0	2	100	2	0	2	100	1	0	1	100
3	Respon Fisiologis												
	a. Lelah/letih/lemah	4	1	3	75	2	0	2	100	1	0	1	100
	b. Penurunan musculoskeletal	4	1	3	75	2	0	2	100	1	0	1	100
4	Respon Perilaku												
	a. Tidak mandi	4	1	3	75	2	0	2	100	1	0	1	100
	b. Tidak berhias setelah mandi	4	1	3	75	2	0	2	100	1	0	1	100
	c. Tidak makan dan minum teratur	4	2	2	50	2	0	2	100	1	0	1	100
	d. Toileting tidak tepat	4	1	3	75	2	0	2	100	1	0	1	100
5	Respon Sosial												
	a. Mengurung diri	4	1	3	75	2	0	2	100	1	0	1	100
	b. Menghindari dari orang lain	1	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
	c. Menolak interaksi	1	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
	MEAN	3,1	0,8	2,3	79,4	1,6	0,1	1,5	73,3	0,8	0,0	0,8	80,0

**Tabel 4 Distribusi Hasil Evaluasi
Kemampuan Klien Pre dan Post Terapi Keperawatan
Klien Retardasi Mental dengan Defisit Perawatan Diri**

No	Kemampuan Klien	Behaviour Therapy (n=4)				Behaviour Therapy Supportif Therapy (n=2)				Behaviour Therapy Supportif Therapy Self Help Group (n=1)			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
1	Kemampuan klien												
	a. Tidak mampu untuk mandi	4	1	3	75	2	1	1	50	1	0	1	100
	b. Tidak mampu untuk berhias	4	1	3	75	2	0	2	100	1	0	1	100
	c. Tidak mampu makan minum teratur	4	1	3	75	2	1	1	50	1	0	1	100
	d. Tidak mampu toileting dengan benar	4	1	3	75	2	0	2	100	1	0	1	100
2	Keyakinan positif												
	a. Tidak yakin akan sembuh	3	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
	b. Tidak yakin terhadap tenaga kesehatan	3	0	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0
	c. Tidak yakin terhadap pelayanan kesehatan	3	1	2	66,7	0	0	0	0	0	0	0	0
	MEAN	3,6	0,7	2,9	81,0	1,1	0,3	0,9	42,9	0,6	0,0	0,6	57,1

Berdasarkan tabel 3 dan 4 di atas klien defisit perawatan diri dengan diagnosa medis retardasi mental, respon kognitif efektif meningkat dengan pemberian *Behaviour Therapy* (100%) dan akan lebih efektif untuk semua kemampuan dengan perpaduan *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* sebesar (100 %). Respon afektif, efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara terapi *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Respon fisiologis, juga efektif meningkat setelah diberikan perpaduan antara terapi *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Respon perilaku, efektif meningkat

setelah diberikan perpaduan antara *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Respon sosial, meningkat setelah pemberian *Behaviour Therapy* (100%) dan lebih efektif lagi setelah diberikan perpaduan antara terapi *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* (100%). Kemampuan klien retardasi mental juga mengalami peningkatan dengan pemberian *Behaviour Therapy* (63%-88%) dan lebih meningkat lagi persentasenya setelah diberikan perpaduan terapi *Behaviour Therapy, Supportif Therapy dan Self Help Group Therapy* yaitu sebesar 100%.

**Tabel 5 Distribusi Hasil Evaluasi
Respon terhadap Stressor Pre dan Post Terapi Keperawatan
Klien Demensia dengan Defisit Perawatan Diri**

No	Respon terhadap Stressor	<i>Behaviour Therapy</i> <i>Behaviour Therapy (n=4)</i>				<i>Behaviour Therapy</i> <i>Supportif Therapy (n=0)</i>				<i>Behaviour Therapy</i> <i>Supportif Therapy</i> <i>Self Help Group (n=0)</i>			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
		1 Respon Kognitif											
a.	Tidak mampu mengambil keputusan	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b.	Tidak tahu cara merawat diri	4	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
2 Respon Afektif													
a.	Perasaan negatif terhadap diri	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b.	Sedih	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c.	Merasa tidak mampu merawat diri	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d.	Tidak ada motivasi merawat diri	4	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
3 Respon Fisiologis													
a.	Lelah/letih/lemah	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b.	Penurunan muskuloskeletal	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 Respon Perilaku													
a.	Tidak mandi	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b.	Tidak berhias setelah mandi	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c.	Tidak makan dan minum teratur	3	0	3	75	0	0	0	0	0	0	0	0
d.	Toileting tidak tepat	4	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
5 Respon Sosial													
a.	Mengurung diri	4	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
b.	Menghindari dari orang lain	3	0	3	75	0	0	0	0	0	0	0	0
c.	Menolak interaksi	2	1	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0
	MEAN	3,3	1,8	1,5	38,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

**Tabel 6 Distribusi Hasil Evaluasi
Kemampuan Klien Pre dan Post Terapi Keperawatan
Klien Demensia dengan Defisit Perawatan Diri**

No	Kemampuan Klien	<i>Behaviour Therapy</i> <i>Behaviour Therapy (n=4)</i>				<i>Behaviour Therapy</i> <i>Supportif Therapy (n=0)</i>				<i>Behaviour Therapy</i> <i>Supportif Therapy</i> <i>Self Help Group (n=0)</i>			
		Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%	Pre	Post	Selisih	%
		1 Kemampuan klien											
a.	Tidak mampu untuk mandi	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b.	Tidak mampu untuk berhias	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c.	Tidak mampu makan minum teratur	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d.	Tidak mampu toileting dengan benar	4	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
2 Keyakinan positif													
a.	Tidak yakin akan sembuh	4	0	4	100	0	0	0	0	0	0	0	0
b.	Tidak yakin terhadap tenaga kesehatan	1	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
c.	Tidak yakin terhadap pelayanan kesehatan	1	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
	MEAN	2,7	1,3	1,4	57,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Berdasarkan tabel 5 dan 6 di bawah klien defisit perawatan diri dengan diagnosa medis demensia, respon kognitif, afektif, perilaku dan sosial efektif meningkat dengan pemberian terapi *Behaviour Therapy* (100%). Sedangkan respon fisiologis, dengan pemberian *Behaviour Therapy* tidak terbukti bisa menurunkan respon fisiologis kelelahan/kelelahan dan penurunan muskuloskeletal. Peningkatan kemampuan klien demensia dengan pemberian *Behaviour Therapy* efektif meningkat pada kemampuan toileting dan keyakinan positif, tidak bisa diukur efektifitas bila diberikan perpaduan beberapa terapi karena tidak mampu untuk diberikan terapi-terapi lain.

PEMBAHASAN

Klien yang dirawat dengan masalah defisit perawatan diri sebagian besar berada pada rentang usia 21 sampai dengan 40 tahun. Menurut Erikson (2000, dalam Stuart & Sundeen, 1995), pada usia ini individu mulai mempertahankan hubungan saling ketergantungan, memilih pekerjaan, memilih karir, melangsungkan perkawinan. Usia tersebut merupakan usia perkembangan dewasa pertengahan, yaitu usia dimana individu mendapatkan tuntutan dari lingkungan sekitar (keluarga dan masyarakat) untuk mengaktualisasikan dirinya. Kegagalan untuk memenuhi tuntutan dari lingkungan sekitar dan melaksanakan tugas perkembangannya sering diartikan sebagai ketidakmampuan yang akan mengakibatkan perhatian hanya tertuju pada diri sendiri, perhatian pada orang lain berkurang, menyalahkan diri dan orang lain yang akhirnya ditunjukkan dengan penurunan motivasi untuk merawat diri atau defisit perawatan diri

Pendidikan klien sebagian besar SD sebanyak 6 orang klien (33,33%). Menurut Stuart (2009) bahwa aspek intelektual merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa karena berhubungan dengan kemampuan seseorang dalam menyampaikan ide atau pendapatnya, selanjutnya akan berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk

memenuhi harapan dan keinginan yang ingin dicapai dalam hidupnya sehingga akan lebih minimal untuk terjadinya defisit perawatan diri. Potter & Perry (2005) mengatakan bahwa defisit perawatan diri biasanya banyak terjadi pada klien yang mempunyai latar belakang pendidikan rendah.

Sebagian besar klien tidak mempunyai pekerjaan (menganggur) yaitu sebanyak 11 orang klien (61,1%). Menurut Townsend (2005) banyak hal yang telah dicoba untuk dikaitkan dengan masalah defisit perawatan diri, salah satunya akan terkait dengan masalah status sosial. Faktor status sosial ekonomi yang rendah lebih banyak mengalami gangguan jiwa yang menyebabkan kurangnya motivasi untuk melakukan perawatan diri dibandingkan pada tingkat sosial ekonomi tinggi.

Klien sebagian besar belum menikah yaitu 11 orang klien (61,1%). Salah satu faktor predisposisi defisit perawatan diri, menurut Stuart (2009) adalah ketidakmampuan mengungkapkan keinginan, termasuk keinginan hidup berumah tangga. Berdasarkan pendapat ini dapat dikatakan klien merasa frustrasi dengan kondisinya yang sendiri dan merasa iri jika melihat orang pacaran dan menikah, Klien merasa malu dan marah pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Jika dikaitkan dengan usia, klien berada dalam rentang dewasa muda dimana klien mempunyai tugas perkembangan yang harus dilalui yaitu mengembangkan hubungan intim dengan lawan jenis dalam ikatan pernikahan. Tidak terpenuhinya atau kegagalan dalam memenuhi tugas perkembangan ini merupakan stresor bagi individu yang berujung pada defisit perawatan diri.

Stressor predisposisi biologis pada klien defisit perawatan diri sebagian besar karena faktor genetik (44,4%). Faktor biologis ini terkait dengan adanya neuropatologi dan ketidakseimbangan dari neurotransmiternya. Dampak yang dapat dinilai sebagai manifestasi adanya gangguan adalah pada perilaku maladaptif klien (Townsend, 2005). Secara biologi

riset neurobiologikal memfokuskan pada tiga area otak yang dipercaya dapat melibatkan defisit perawatan diri yaitu sistem limbik, lobus frontalis dan hipotalamus. Kondisi lain yaitu adanya kondisi patologis dan ketidakseimbangan dari beberapa neurotransmitter. Neurotransmitter tersebut adalah dopamin, serotonin, norepineprin dan asetilkolin.

Stressor presipitasi psikologis pada klien didapatkan memiliki riwayat psikologis berupa mengalami kejadian yang kurang menyenangkan yaitu (77,8%) berupa pengalaman-pengalaman kegagalan dan kehilangan, seperti kegagalan dalam membina hubungan dengan lawan jenis, kehilangan orang yang dicintai atau berarti, kegagalan dalam pekerjaan, pola asuh yang tidak tepat dan kehilangan orang yang berarti. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart (2009) bahwa faktor psikologis, yang meliputi konsep diri, intelegualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, koping dan ketrampilan komunikasi secara verbal mempengaruhi perilaku seseorang dalam hubungannya dengan orang lain.

Terapi perilaku terbukti efektif untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif yaitu dengan meningkatnya respon terhadap stressor dan kemampuan klien defisit perawatan diri dalam melakukan perawatan diri khususnya dengan diagnosa medis skizofrenia yang menderita sakit kurang dari 10 tahun. Pada klien defisit perawatan diri dengan diagnosa medis skizofrenia yang menderita sakit lebih dari 10 tahun terapi perilaku bisa diberikan tetapi dikombinasi dengan terapi suportif dan terapi kelompok swa bantu.

Pada klien defisit perawatan diri khususnya dengan diagnosa medis retardasi mental, pemberian terapi perilaku juga efektif untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif, yaitu dengan meningkatnya respon terhadap stressor dan kemampuan klien defisit perawatan diri dalam melakukan perawatan diri, tetapi hasil akan terlihat lebih efektif bila

pemberian terapi dipadukan dengan terapi suportif dan swa bantu. Ketidakikutsertaan seluruh klien retardasi mental dalam terapi kelompok suportif dan swa bantu membuat efektifitas pemberian terapi tidak bisa diukur dengan maksimal.

Sedangkan pada klien defisit perawatan diri khususnya dengan diagnosa medis demensia, pemberian terapi perilaku belum cukup efektif untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif. Peningkatan kemampuan klien juga tidak bisa ditunjukkan dengan hasil yang memuaskan. Hal ini menurut penulis, karena adanya keterbatasan kemampuan kognitif pada klien demensia. Klien demensia mengalami kemunduran dalam hal kognitif sehingga untuk menyerap informasi dan mempraktikkannya merupakan suatu upaya yang berat dilakukan dalam jangka waktu yang singkat.

SIMPULAN DAN SARAN

Seluruh klien dan keluarga dengan anggota keluarga mengalami defisit perawatan diri telah mendapatkan paket terapi secara tuntas. Hasil evaluasi pelaksanaan terapi menunjukkan bahwa paket terapi yang memberikan efek khususnya untuk lebih mengurangi respon terhadap stressor pada klien dengan defisit perawatan diri dan meningkatkan kemampuan klien untuk merawat diri adalah *Behaviour Therapy* (100%), *Behaviour Therapy* dan *Supportif Therapy* (100%) serta *Behaviour Therapy*, *Supportif Therapy* dan *Self Help Group* (100%). Dari ketiga paket terapi tersebut, paket terapi ketiga terbukti paling efektif untuk mengatasi masalah klien defisit perawatan diri, yaitu *Behaviour Therapy*, *Supportif Therapy* dan *Self Help Group*. Sedangkan terapi untuk keluarga, terapi yang efektif untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien defisit perawatan diri adalah pemberian terapi *Family Psychoeducation*, *Family Psychoeducation* dan *Supportif Therapy* serta *Family Psychoeducation*, *Supportif Therapy* dan *Self Help Group*. Dari ketiga paket terapi yang diberikan

pada keluarga tersebut, terapi yang terbukti paling efektif untuk meningkatkan kemampuan keluarga adalah pemberian paket terapi yang ketiga, yaitu *Family Psychoeducation, Supportif Therapy* dan *Self Help Group*.

Saran dari penelitian ini adalah bagi Departemen Kesehatan agar menyusun kebijakan terkait dengan program pelayanan keperawatan jiwa spesialistik bagi klien di tatanan komunitas. Bagi Dinas Kesehatan Kota Bogor untuk bekerja sama, memfasilitasi jalannya program *Community Mental Health Nursing* dan mengembangkan program CMHN di wilayah lain seperti Bogor Utara, Bogor Selatan dan Tanah Sereal. Bagi Puskesmas Bogor Timur, khususnya perawat CMHN hendaknya menindaklanjuti dan mengevaluasi perkembangan kemampuan klien, keluarga dan kader yang sudah dilatih dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri. Bagi program spesialis keperawatan jiwa, hasil temuan pada Karya Ilmiah Akhir ini bisa digunakan sebagai *evidence based* dalam mengembangkan terapi spesialis keperawatan jiwa. Bagi perkembangan riset keperawatan, perlunya dikembangkan penelitian tentang efektifitas beberapa paket terapi spesialis pada klien dengan defisit perawatan diri.

DAFTAR ACUAN

- American Nurses Association. (2000). *Scope and Standard of Psychiatric Mental Health Nursing Practice*. Washington, D.C: American Nurses Association.
- American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anonim. (2008). *Self Help Group*. <http://www.minddisorder.com>. diperoleh tanggal 27 Mei 2012
- Badudu, J.S. & Zain, S. (1995). *Kamus Bahasa Indonesia*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Bastaman, T. K. (2010). *Kasus Gangguan Jiwa Ringan Semakin Meningkat*. [http : //www.duniapustaka.org/](http://www.duniapustaka.org/). diperoleh pada tanggal 27 Mei 2012.
- Boyd, M.A. & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. USA: Lippincott Raven Publisher
- _____. (2002). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. USA: Lippincott Raven Publisher
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The Nurse Patient Journey*. (2th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chien, W.T. ; Chan, S.W.C. & Thompson, D.R. (2006). *Effects of a Mutual Support Group for Families of Chinese People with Schizophrenia : 18-Months Follow Up*. [http : //bjp.repsych.org](http://bjp.repsych.org). Diperoleh tanggal 27 Mei 2012.
- Citron, et.all. (1999). *Self Help Groups for Families of Persons with Mental Illness: Perceived Benefits of Helpfulness*. <http://www.proquest.com>. diperoleh tanggal 30 Januari 2008
- Corey, G. (2003). *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*. Bandung: Refika Aditama.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. <http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanRKD/IndonesiaNasional.pdf>, diperoleh tanggal 27 Mei 2012.
- Dinkes Kota Bogor. (2010). *Profil Puskesmas Bogor Timur*. Bogor

- Friedman, M. M., 2003. *Family Nursing: Research, Theori & Practice*. (5nd ed). Connecticut: Appleton & Lange.
- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006) *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.). Canada: Thompson corporation
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing Management : A System Approach*. (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Hawari, D. (2001). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*, Jakarta : FKUI
- Herdman, T. (2012). *Nursing Diagnosis : Definition & Classification 2012–2014*. Indianapolis: Willey – Balckwell.
- Hunt. (2004). *A Resource Kit for Self Help/Support Group for People Affected by An Eating Disorder*.
- Isaacs, A. (2005). *Lippincott's Review Series : Mental Health and Psychiatric Nursing* (3rd ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaplan , H.I. ; Saddock, B.J. & . Grebb,J.A. (1997). *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jilid I. (7th ed.). Jakarta : Bina Rupa Aksara. Jakarta
- _____ (2007). *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di RSMM Bogor*. Disertasi. Jakarta. FKM UI. tidak dipublikasikan
- Keliat, B.A. & Akemat. (2007). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Keliat, B.A., Akemat, Susanti, H. (2011). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- _____ (2011). *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- _____ (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- _____ (2011). *Manajemen Keperawatan Psikososial & Kader Kesehatan Jiwa CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran : EGC
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga Universitas Press.
- Maslim, R. (2003). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Direktorat Kesehatan Jiwa. Jakarta
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A. & Perry, A. G. (2005). *Fundamental of Nursing : Concepts, Process and Practice*. Philadelphia : Mosby Year Book Inc.
- Parendrawati, D.,P. (2008). *Pengaruh Terapi Token Ekonomi pada Klien Defisit Perawatan Diri di RSMM Bogor*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Rawlin, William & Beck. (1998) *Mental Health Psychiatric Nursing a Holistic Life Cycle Approach*. 2nd edition. St Louis: Mosby Year Book.Inc

- Shives, L.R. (1998). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. (4th ed), Philadelphia : Lippincott.
- _____. (2005). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. (6th ed). Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins
- Smith & Segal. (2011). *Coping with Grief and Loss. Support fot Grieving and Breavement*.
http://www.helpguide.org/mental/grief_loss.htm. Diperoleh tanggal 27 Mei 2012.
- Stuart, G.W & Sundeen. (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (5th edition). St. Louis : Mosby
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7th edition). St Louis : Mosby
- Stuart, G.W (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (9th edition). St Louis : Mosby
- Suliswati, dkk. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Cetakan I. EGC. Jakarta.
- Tomey, M.A (2001). *Nursing Theories and Their Work*. The C.V. Mosby Company St.Louis : Mosby Years Book Inc.
- Tomey, A.M & Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theories and Their Work*. (6th ed). St. Louis : Mosby Years Book Inc.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- Universitas Indonesia. 2008. *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa*
Universitas Indonesia. Jakarta: UI
- Utami, T.W. (2008). Pengaruh Self Help Group terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa di Kelurahan Sindang Barang Bogor, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Varcarolis, E.M. (2003), *Psychiatric Nursing Clinical Guide; Assesment Tools and Diagnosis* . Philadelphia: W.B Saunders Co
- Varcarolis, E.M, Carson, V. B, Shoemaker, N. C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: a Clinical Approach*. (5th ed). St. Louis: Saunders Elseviers.
- Videbeck, S.,L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- _____. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Wilkinson, J.M. (2005). *Prentice Hall Nursing Diagnosis Handbook with Nic Intervention and Noc Outcomes*. (8th ed). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- _____. (2007). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*. Edisi 7. Alih bahasa: Widyawati, dkk. Jakarta: EGC
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001*. World Health Organization
- _____. (2006). *The Lancet*. London : Elseiver Properties SA. Publication Data.

_____. (2009). *Improving Health System and Service for Mental Health : WHO Library Cataloging-in-*

_____. (2011). *Skizofrenia*.
http://www.who.int/mental_health/entity/. diperoleh tanggal 27 Mei 2012

¹ Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep. : Mahasiswa Spesialis Ilmu Keperawatan, Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

² Prof. Dr. Budi Anna Keliat, M.App. Sc. : Guru Besar, Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta

³ Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep., Sp. Kep J. : Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta
