

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny.D DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH UTAMA DEFISIT
PERAWATAN DIRI DI RUANG FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh :

Sangrila Dwi A., S.Kep

NIM . 223.0094

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

2023

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. D DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH UTAMA DEFISIT
PERAWATAN DIRI DI RUANG FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :

Sangrila Dwi A., S.Kep

NIM . 223.0094

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Desember 2022

Penulis

Sangrila Dwi A, S.Kep.

NIM. 22.30094

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Sangrila Dwi A, S.Kep.

NIM : 223.0094

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.D Diagnosa Medis Skizofrenia Dengan Masalah Utama Defisit Perawatan Diri Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns)

Surabaya, Januari 2022

Pembimbing I

Pembimbing II

Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 04.015

Rochani, S.Kep., Ns
NIP. 197004221991012002

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.009

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Sangrila Dwi A, S.Kep.
NIM : 2230094
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.D Diagnosa Medis Skizofrenia Dengan Masalah Utama Defisit Perawatan Diri Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : **Dini Mei W., S.kep., Ns., M.Kep.**
NIP. 03.011

Penguji 1 : **Dr. A. V. Sri Subardiningsih, S.Kp., M.Kes**
NIP. 04.015

Penguji 2 : **Rochani, S.Kep.,Ns**
NIP. 197004221991012002

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidavatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya dan Pembimbing 1 atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa profesi ners di STIKES HangTuah
2. Drg. Vitria dewi, M.Si selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, yang telah memberi ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.

4. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep, Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Rochani, S.Kep.,Ns., selaku pembimbing II yang senantiasa memberikan ilmu, arahan, inspirasi, kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dalam bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak dan ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Kepada pasien Ny D, yang telah mengizinkan saya untuk dapat melakukan interaksi dalam pengambilan data dan bersedia menjawab semua pertanyaan wawancara yang telah dilontarkan.
8. Kedua orang tua, kakak beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materi dalam menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya sehingga karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan.
9. Teman-teman sealmamater profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya.

Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Akademik STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 20 Desember 2022

Sangrila Dwi A., S.Kep

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penulisan	5
1.4.1. Manfaat Teoritis	5
1.4.2. Manfaat Praktis	5
1.5. Metode Penulisan.....	6
1.6. Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Konsep Skizofrenia	8
2.1.1. Definisi Skizofrenia	8
2.1.2. Etiologi Skizofrenia	8
2.1.3. Tanda dan Gejala	10
2.1.4. Klasifikasi	10
2.2. Konsep Stres	12
2.2.1. Definisi Stres	12
2.2.2. Gejala Stres.....	12
2.2.3. Sumber stres.....	14
2.2.4. Tingkatan stres	14
2.2.5. Model Stres Adaptasi	16
2.3. Konsep Terapeutik	18
2.3.1. Definisi Komunikasi Terapeutik	18
2.3.2. Tujuan Komunikasi Terapeutik	18
2.3.3. Tahapan Komunikasi Terapeutik	19
2.3.4. Karakteristik Komunikasi Terapeutik.....	21
2.4. Konsep Defisit Perawatan Diri	21
2.4.1. Definisi Defisit Perawatan Diri.....	21
2.4.2. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri.....	22
2.4.3. Rentang Respon Defisit Perawatan Diri.....	24
2.4.4. Mekanisme Koping	25
2.4.5. Jenis – Jenis Defisit Perawatan Diri.....	25
2.4.6. Tanda dan Gejala	26
2.4.7. Penatalaksanaan	27

2.5. Konsep Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri	27
2.5.1. Pengkajian Keperawatan	27
2.5.2. Pohon Masalah.....	33
2.5.3. Masalah Keperawatan	33
2.5.4. Tindakan Keperawatan Pasien.....	34
2.5.5. Tindakan Keperawatan Pada Keluarga	37
2.5.6. Evaluasi	38
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	40
3.1. Pengkajian	40
3.1.1. Identitas Pasien	40
3.1.2. Alasan Masuk	40
3.1.3. Faktor Predisposisi	41
3.1.4. Pemeriksaan Fisik	41
3.1.5. Psikososial	42
3.1.6. Status Mental	44
3.1.7. Kebutuhan Pulang	47
3.1.8. Mekanisme Koping	49
3.1.9. Masalah Psikososial Dan Lingkungan	49
3.1.10. Pengetahuan Kurang Tentang	50
3.1.11. Data Lain-Lain	50
3.1.12. Aspek Medis	51
3.1.13. Daftar Masalah Keperawatan	52
3.1.14. Daftar Diagnosa Keperawatan	53
3.2. Pohon Masalah.....	53
3.3. Analisa Data.....	54
3.4. Rencana Keperawatan	57
3.5. Implementasi Keperawatan	66
BAB 4 PEMBAHASAN	78
4.1. Pengkajian	78
4.2. Diagnosa Keperawatan.....	79
4.3. Rencana Keperawatan	81
4.4. Tindakan Keperawatan.....	83
4.5. Evaluasi	86
BAB 5 PENUTUP	88
5.1. Kesimpulan	88
5.2. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA.....	92

DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar Rentang Respon.....	24
2.2 Gambar Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri.....	33
3.1 Gambar Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri.....	53

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Analisa data Pada Pasien Defisit Perawatan Diri.....	54
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	94
Lampiran 2	95
Lampiran 3	97
Lampiran 4	112
Lampiran 5	119

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan diri sendiri, dapat mengatasi tekanan, bekerja secara produktif serta mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Jamila Kasim, 2019). Apabila seseorang/individu tersebut mengalami kesehatan jiwa baik fisik, mental, spiritual, tapi tidak dapat mengendalikan stres dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain maka individu tersebut mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa yaitu gangguan dalam cara berpikir, kehendak, emosi dan tindakan, di mana individu tidak dapat menyesuaikan diri dengan orang lain dan lingkungan. Dalam gangguan jiwa terdapat salah satu gangguan jiwa berat yaitu Skizofrenia. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang lebih banyak dialami oleh beberapa orang dibanding penderita gangguan jiwa lainnya yang umumnya menyerang pada usia produktif dan merupakan penyebab utama disabilitas kelompok usia 15-44 tahun (Davidson, 2015).

Data World Health Organization (WHO) menunjukkan, terdapat sekitar 350 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang menderita skizofrenia, serta 47,5 juta orang terkena demensia (WHO, 2016). Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia dengan gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di DI Yogyakarta dan Aceh (masing-masing 2,7%), sedangkan yang terendah di Kalimantan Barat (0,7%) (Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas), 2018). Di Jawa Timur berdasarkan Riset Kesehatan dasar didapatkan pada tahun

2016 terdapat sebesar 1,4% dari 38.847.561 penduduk di Jawa Timur dan di Surabaya tercatat sebanyak 0,2% atau sama dengan 77.696 orang dengan gangguan jiwa (Sri Mulyani 2021). Berdasarkan hasil pencatatan hasil penelitian data Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawat inap pada 5 bulan terakhir yang berjumlah 2.875 orang, dengan rincian perilaku kekerasan 52%, halusinasi 25%, harga diri rendah 8%, defisit perawatan diri 2,3 %, isolasi sosial 10%, sedangkan waham 1,7%, dan resiko bunuh diri 1%. Dapat dijelaskan dari data diagnosa tersebut defisit perawatan diri terdapat urutan ke tiga.

Dampak apabila defisit perawatan diri tidak ditangani, maka akan berakibat buruk baik bagi dirinya sendiri, orang lain serta lingkungan sekitarnya. Dampak fisik bagi dirinya sendiri yaitu banyaknya gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan diri dengan baik seperti gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku. Sedangkan untuk dampak psikososial yaitu gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi dan gangguan interaksi sosial. Sedangkan dampak bagi orang lain dan lingkungan sekitarnya adalah terganggunya kenyamanan dan ketentraman masyarakat. Tanda dan gejala pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri biasanya tampak seperti rambut kotor, gigi kotor, badan berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor, rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien perempuan tidak berdandan, tidak ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran dan tidak pada tempatnya, buang air

besar atau buang air kecil tidak pada tempatnya dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah buang air besar atau buang air kecil (Keliat, 2019).

Upaya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan diantaranya sebagai pendidik, narasumber, penasihat dan pemimpin. Adapun peran perawat dalam penanganan masalah defisit perawatan diri di rumah sakit jiwa yaitu melakukan penerapan asuhan keperawatan berupa penerapan strategi pelaksanaan defisit perawatan diri. Strategi pelaksanaan pada pasien defisit perawatan diri yaitu dengan SP 1 melatih pasien cara perawatan kebersihan diri/mandi, SP 2 melatih pasien berdandan atau berhias, SP 3 melatih pasien makan dan minum secara mandiri dan SP 4 mengajarkan pasien melakukan buang air besar dan buang air kecil secara mandiri (Keliat, 2019). Untuk mengoptimalkan kemampuan pasien dalam perawatan diri, maka petugas memberikan reward atau reinforcement kepada pasien berupa pujian yang dapat memotivasi pasien untuk melakukan kebersihan diri.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. D Diagnosa Medis Skizofrenia Dengan Masalah Utama Defisit Perawatan Diri Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?”

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi “Asuhan keperawatan jiwa pada Ny.D diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Ny.D diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada Ny.D diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan jiwa pada pasien Ny.D diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada pasien Ny.D diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan jiwa pada pasien Ny.D diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4. Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1.4.1. Manfaat Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability, dan mortalitas pada pasien Defisit Perawatan Diri.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Defisit Perawatan Diri serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

2. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai cara perawatan kepada keluarga tentang deteksi dini tentang Defisit Perawatan Diri sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis keperawatan Jiwa. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan Defisit Perawatan Diri dirumah.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5. Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Sumber data

a. Data primer Adalah data yang diperoleh dari pasien

b. Data sekunder Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi kepustakaan Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6. Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran, dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

Sub Bab Sistematika Penulisan.

- Bab 1 Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.
- Bab 2 Tinjauan Pustaka: yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Defisit Perawatan Diri
- Bab 3 Tinjauan Kasus: Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
- Bab 4 Pembahasan: pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori, dan opini serta analisis.
- Bab 5 Simpulan dan saran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini menguraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa Defisit Perawatan Diri. Konsep penyakit terdiri dari definisi, proses terjadinya, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan berisi masalah – masalah yang muncul pada Defisit Perawatan Diri dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1. Konsep Skizofrenia

2.1.1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, emosi, kemauan dan, psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusimasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherasi. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas(Nihayati, 2015)

2.1.2. Etiologi Skizofrenia

Menurut Luana penyebab Skizofrenia dalam (Azizah, Zainuri, 2016). :

1. Faktor biologi

a. Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan cenderung meningkatkan seseorang terhadap skizofrenia.

b. Infeksi

Pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia, terdapat perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus. Penelitian mengatakan bahwa terpaparnya infeksi virus pada trimester kedua kehamilan dapat menyebabkan seseorang mengalami skizofrenia.

c. Struktur Otak

Pada skizofrenia otak terlihat sedikit berbeda dengan orang normal. Ventrikel otak terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

d. Hipotensi dopamine

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Kebanyakan obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal tersebut menyekat reseptor dopamine D2, dengan adanya transmisi sinyal pada sistem dopaminergik yang terhalang dapat meredakan gejala psikotik.

2. Faktor genetika

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia, menunjukkan bahwa resiko seumur hidup mengalami skizofrenia lebih besar pada keluarga biologis pasien daripada sekitar 1% populasi umum. Pewarisan genetika lebih besar menyebabkan resiko yang lebih besar. Resiko pada anak-anak lebih besar jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia daripada hanya salah satunya.

2.1.3. Tanda dan Gejala

Menurut (W. Susanti, 2018). Gejala-gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

1. Gejala positif yaitu berupa beberapa keadaan seperti : keyakinan yang salah tidak sesuai dengan kenyataan dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang : halusinasi atau gangguan penerimaan panca indera tanpa ada stimulasi eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan). Perubahan arus pikir terputus yaitu dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan, Inkoheren atau berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau) dan neologisme yaitu menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dapat dimengerti oleh orang lain dan perubahan perilaku seperti hiperaktif (perilaku motorik yang berlebihan), agitasi (perilaku yang menunjukkan kegelisahan) dan iritabilitas (mudah tersinggung).
2. Gejala negatif seperti sikap masa bodoh (apatis), pembicaraan terhenti tiba-tiba (blocking), menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi social) dan menurunnya kinerja atau aktivitas sosial.

2.1.4. Klasifikasi

Pembagian Skizofrenia yang dikutip dari Maramis (2005) dalam buku (Nihayati, 2015) antara lain :

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pada anak saat pertama kali mengalami masa pubertas. Gejalanya seperti emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Sering timbul pada masa remaja antara umur 15-25 tahun. Gejala yang muncul yaitu gangguan proses berfikir, adanya depersenalisasi atau double personality. Perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi juga sering terjadi pada skizofrenia Hebefrenik.

3. Skizofrenia Katatonia

Timbul pada umur 15-30 tahun, bersifat akut, sering di dahului oleh stress emosional, dan sering terjadi gaduh gelisah.

4. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang nampak pada klien skizofrenia paranoid yaitu waham primer, disertai dengan waham sekunder dan halusinasi. Mereka suka menyendiri, mudah tersinggung, dan kurang percaya diri pada orang lain.

5. Skizofrenia Akut

Gejala seperti pasien dalam keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar-samar, muncul perasaan seakan-akan dunia luar serta dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. Skizofrenia Residual

Skizofrenia dengan gejala primer, tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder dan timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.

7. Skizofrenia Skizo Afektif Gejala utama yaitu gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.2. Konsep Stres

2.2.1. Definisi Stres

Stress adalah kondisi ketika individu mengalami perubahan dari keadaan seimbang yang disebabkan oleh beragam stresor yaitu stimulus yang menyebabkan individu mengalami stres (Berman 2016).

Looker & Geegson (2004) dalam (Nurmala et al., 2020) mengemukakan stress merupakan keadaan ketika terjadi ketidakseimbangan antara tuntutan dengan kemampuan individu dalam menanganinya. Disimpulkan bahwa stress adalah interaksi atau respon individu dalam mengatasi stimulus atau pemicu yang disebabkan dari dalam maupun diri individu yang dapat membahayakan dan mengancam individu.

2.2.2. Gejala Stres

Stress dapat dikenali dengan beberapa tanda yang berdasarkan pernyataan dari Selye & Tan dalam (Nurmala et al., 2020) yang menyatakan bahwa gejala-gejala yang dapat timbul selama mengalami stress antara lain :

1) Gejala Emosional

Tanda yang dapat dikenali dari emosi individu terkait sikap dan respon terhadap stimulus. Seperti memiliki ansietas yang tinggi, emosional yang tidak terkontrol, kepercayaan diri menurun, tidak dapat menikmati hidup dan selalu merasa resah, semangat diri menghilang, serta kewaspadaan meningkat.

2) Gejala kognitif atau mental

Tanda stress yang dikenali dari cara individu berpikir. Seperti, individu tidak dapat menyelesaikan masalah, konsentrasi sering menghilang, tampak bingung, pelupa, prestasi menurun, serta seringnya melakukan kesalahan dalam beraktivitas.

3) Gejala Fisiologis

Tanda stress yang dapat dirasakan atau dikenali oleh tubuh. Seperti munculnya beberapa gejala-gejala penyakit ringan seperti pusing, batuk, mual, muntah, ataupun sakit kepala. Tanda lainnya yaitu gangguan yang dapat mempengaruhi aktivitas individu seperti tidak nafsu makan, insomnia, badan lesu, dan mudah lelah.

4) Gejala Perilaku

Tanda stress yang terlihat dari perilaku individu. Seperti, menarik diri secara tiba-tiba, melakukan tindakan kekerasan, sering bolos sekolah, melakukan kebohongan, menunjukkan perilaku gugup dan was-was, serta kehilangan kepercayaan kepada orang lain.

2.2.3. Sumber stres

Thoits (1994) dalam (Gaol, 2016) menyatakan bahwa sumber stress atau stressor adalah pemicu stress pada individu. Stressor dibagi menjadi tiga jenis, yaitu:

1) Life Events (Peristiwa-peristiwa kehidupan)

Life events adalah kejadian atau peristiwa yang berubah dalam waktu singkat di kehidupan individu yang membuat individu harus menyesuaikan diri dengan keadaan tanpa adanya persiapan. Ketika individu gagal dalam menyesuaikan diri di keadaan tersebut akan memicu terjadinya stress. Life events yang terjadi seperti perceraian, kematian, kehilangan, kehidupan baru, ekonomi, atau lingkungan baru.

2) Chronic Strain (Ketegangan kronis)

Chronic strain adalah ketagangan atau kesulitan yang terus berulang di kehidupan individu yang dapat mempengaruhi fisik dan psikologis.

3) Daily Hassles (Permasalahan sehari-hari)

Daily hassles adalah peristiwa atau permasalahan kecil yang terjadi di kehidupan sehari-hari yang dapat ditangani dengan cepat. Permasalahan ini hanya akan menimbulkan stress sesaat sehingga tidak mempengaruhi fisik dan psikologis individu.

2.2.4. Tingkatan stres

Psychology Foundation of Australia (2010) dalam (Soewondo, 2013) pada instrumen Depression Anxiety Stress Scale (DASS) 42 menyatakan bahwa tingkatan stress terbagi menjadi lima macam yaitu :

1) Stres Normal

Stres normal adalah stress yang dihadapi setiap harinya dan sudah menjadi bagian alamiah dari kehidupan. Stress normal pada pelajar dapat berupa kelelahan akibat mengerjakan tugas, cemas tidak dapat lulus ujian, detak jantung berdebar lebih keras setelah beraktivitas.

2) Stres Ringan

Stres ringan adalah stress yang dialami individu secara teratur dan dalam waktu beberapa menit atau jam yang dapat meningkatkan resiko penyakit. Stress ringan dapat terjadi pada pelajar akibat kemacetan, tidur berlebih, ataupun teguran dari guru atau dosen. Hal ini menimbulkan gejala seperti bibir kering, sulit bernapas, sulit menelan, lemas, keringat dingin, detak jantung berdebar keras, gemetar dan ketakutan, gejala ini akan berakhir ketika situasi juga berakhir.

3) Stres Sedang

Stres sedang adalah stress yang dialami individu dalam waktu beberapa jam atau hari. Situasi yang dapat memicu terjadinya stress sedang antara lain terjadinya perselisihan baik teman, keluarga, ataupun orang lain. Stress sedang akan menimbulkan beberapa gejala seperti mudah marah, bersikap berlebihan, tidak tenang, merasa lelah, menjadi tidak sabar ketika mengalami gangguan, mudah tersinggung, dan gelisah. Hal ini akan menyebabkan individu terhalang dalam menyelesaikan suatu aktivitas.

4) Stres Berat

Stres berat adalah stress yang terjadi dalam beberapa minggu sampai tahun. Stress berat terjadi karena situasi kronis seperti perselisihan yang

terus berlangsung, kesulitan ekonomi, ataupun menderita penyakit kronis. Hal ini menyebabkan individu menjadi tidak dapat berfikir positif, merasa lemah untuk beraktivitas, merasa tidak percaya diri, dan berpikir hidup tidak bermanfaat.

2.2.5. Model Stres Adaptasi

Model yang utuh menggabungkan landasan teoritis, komponen-komponen bio-psiko-sosial, rentang respons coping, dan keperawatan yang dilandasi pada tahapan pengobatan pasien : peningkatan kesehatan, pemeliharaan, akut atau krisis. Model ini terdiri dari komponen-komponen sebagai berikut (Samura, 2019) :

1) Faktor Predisposisi

Faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu yang mengatasi stress. Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stress yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stress baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Secara bersama-sama, faktor ini akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stress, pengalaman stress yang dialaminya. Adapun macam-macam faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut.

- a. Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.

- b. Psikologis: kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.
- c. Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

2) Faktor Presipitasi

Stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan dan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis, dan sosiokultural. Waktu merupakan dimensi yang juga memengaruhi terjadinya stres, yaitu berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres. Adapun faktor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut:

a) Kejadian yang menekan (stressful).

Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar. Jalan masuk adalah seseorang yang baru memasuki lingkungan sosial. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan

b) Ketegangan hidup

Dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian. Beberapa ketegangan hidup yang umum terjadi adalah perselisihan yang dihubungkan dengan hubungan perkawinan, perubahan orang tua yang dihubungkan dengan remaja dan anak-anak, ketegangan yang dihubungkan dengan ekonomi keluarga, serta overload yang dihubungkan dengan peran.

2.3. Konsep Terapeutik

2.3.1. Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan secara sadar dan terencana, memiliki tujuan yang difokuskan untuk penyembuhan pasien. Komunikasi terapeutik memiliki fungsi untuk menjalin kerjasama antara perawat dengan klien melalui bina hubungan saling percaya (BHSP). Komunikasi terapeutik perawat mengidentifikasi dan mengkaji masalah klien, pertukaran pikiran dan mengungkapkan perasaan serta mengevaluasi komunikasi yang baik. Komunikasi terapeutik dapat dilakukan untuk semua klien dengan semua diagnose keperawatan (Putra & Hardiana, 2019).

2.3.2. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut Stuart dalam (H. Susanti, 2016) , tujuan dari hubungan terapeutik adalah :

- 1) Kesadaran diri, penerimaan diri, dan meningkatnya kehormatandiri
- 2) Identitas pribadi yang jelas dan meningkatnya kehormatandiri
- 3) Kemampuan untuk membentuk suatu keintiman, saling ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas membericinta.

- 4) Mendorong fungsi dan meningkatkan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai tujuan pribadi yang realistis.

2.3.3. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Menurut (Aprilianty, 2021) Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang digunakan oleh tenaga kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. (Prihadi & Erlando, 2019) mengatakan dalam komunikasi terdapat beberapa tahapan yang dilakukan oleh seorang perawat kepada pasien yaitu :

- 1) Tahapan Pra Interaksi

Tahapan pra interaksi merupakan tahapan seorang perawat mengenali kemampuan komunikasi yang dimiliki sebelum kontak dengan pasien, tahapan ini juga menyiapkan psikis tenaga kesehatan seperti rasa cemas. Terdapat dua unsur yang dipersiapkan yaitu unsur dalam diri perawat dan unsur dari pasien.

- 2) Tahapan Orientasi

Tahapan Orientasi merupakan tahapan mengevaluasi kebenaran data dan rencana tindakan yang disusun sesuai keadaan pasien serta tindakan yang sebelumnya telah dilakukan. Pada tahap orientasi perawat harus memiliki kemampuan untuk menstimulasi pasien supaya bisa mengungkapkan keluhannya secara lengkap. Dalam tahap ini yang dilakukan perawat adalah pengenalan, membuat kontrak tindakan dengan pasien, mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien dan menetapkan tujuan yang harus dicapai.

3) Tahapan Kerja

Tahapan kerja merupakan tahapan melakukan tindakan implementasi rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan harus dilakukan persamaan persepsi dan pikiran antara perawat dan pasien, pada tahap kerja perawat wajib menyampaikan gambaran prosedur tindakan kepada pasien sebelum dilakukan tindakan kerja (Aprilianty, 2021).

4) Tahapan Terminasi

Tahapan terminasi merupakan tahap dimana seorang perawat mengakhiri sesi tindakan atau implementasi yang telah dilaksanakan terhadap pasien. Pada tahap ini juga sebagai evaluasi hasil kegiatan yang telah dilakukan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dan tindak lanjut yang akan datang. Tahap terminasi dibagi menjadi dua yaitu tahap terminasi sementara, dimana perawat mengakhiri tindakan yang dilakukan dan di berikan kepada petugas berikutnya. Sedangkan terminasi akhir, dimana perawat mengakhiri tindakan terhadap pasien yang akan meninggalkan rumah sakit karena sembuh atau alasan lainnya. Dalam kegiatan terminasi yang dilakukan, antara lain evaluasi subjektif yaitu evaluasi yang dilakukan perawat untuk mengetahui suasana hati pasien setelah dilakukan tindakan atau komunikasi, dan evaluasi objektif yaitu evaluasi yang dilakukan perawat untuk mengetahui respon objektif pasien terhadap harapan dari keluhan yang dirasakan klien, seperti adanya perubahan atau kemajuan serta menyampaikan kepada pasien tentang kelanjutan tindakan yang akan dilakukan.

2.3.4. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

1) Rasa ikhlas (*Genuiness*)

Perawat harus bisa menyadari terhadap nilai, sikap, dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlas kepada pasien memiliki kesadaran mengenai sikap yang dimiliki terhadap pasien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat.

2) Rasa empati (*Empathy*)

Rasa empati merupakan perasaan “paham” dan “menerima” perawat terhadap perasaan yang dirasakan oleh pasien dan kemampuan merasakan dunia pribadi pasien. Rasa empati merupakan sesuatu yang sensitive, jujur serta tidak bisa dibuat-buat didasarkan oleh apa yang dialami oleh orang lain.

3) Rasa Hangat (*Warmth*)

Rasa hangat sebagai seorang perawat harus bisa mendorong pasien untuk mengungkapkan ide dan menuangkan dalam bentuk tindakan tanpa rasa takut ataupun ragu.

2.4. Konsep Defisit Perawatan Diri

2.4.1. Definisi Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan seseorang untuk melakukan aktifitas perawatan diri seperti mandi, berhias/berdandan, makan dan toileting. Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara

teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. (H. Susanti, 2016). Sehingga dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang yang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri, seperti tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi.

2.4.2. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri

1. Faktor predisposisi (Prihadi & Erlando, 2019). :
 - a. Biologis , dimana deficit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan kperawatan diri dan dikarenakan adanya factor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
 - b. Psikologis, adanya factor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu. Klien yang mengalami deficit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap dir dan lingkungannya termasuk perawatan diri.
 - c. Social, kurangnya dukungan social dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.

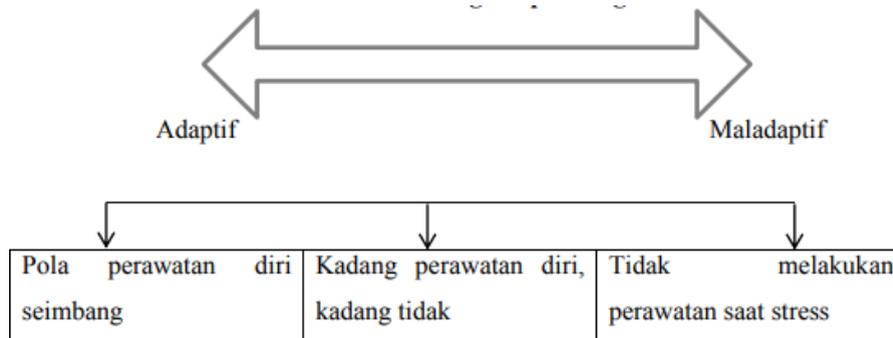
2. Factor presipitasi

Faktor presipitasi yang menyebabkan deficit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif/persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Menurut (Anita, 2016), factor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah :

- b. Body Image Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
- c. Praktik Sosial Pada anak-anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.
- d. Status Sosial Ekonomi Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, alat mandi semuanya yang memerlukan uang untuk menyediakannya
- e. Pengetahuan Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada klien penderita DM, ia harus menjaga kebersihan kakinya.
- f. Budaya Disebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.
- g. Kebiasaan Seseorang Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampoo dan lain-lain.

2.4.3. Rentang Respon Defisit Perawatan Diri

Menurut (Wulandari, 2020) rentang respon perawatan diri pada klien adalah sebagai berikut :



2.1. Gambar Rentang Respon

Keterangan :

- a. Pola perawatan diri seimbang, saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
- b. Kadang perawatan kadang tidak, saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- c. Tidak melakukan perawatan diri, klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor.

2.4.4. Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan (Anita, 2016) penggolongan dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Mekanisme koping adaptif

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

2. Mekanisme koping maladaptif

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah tidak mau merawat diri (Damayanti, 2020).

2.4.5. Jenis – Jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut (H. Susanti, 2016). Jenis-jenis defisit perawatan diri terdiri dari:

1. Kurang perawatan diri : Mandi / kebersihan

Kurang perawatan diri (mandi) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas mandi / kebersihan diri.

2. Kurang perawatan diri : mengenakan pakaian / berhias

Kurang perawatan diri (mengenakan pakaian) adalah gangguan kemampuan memakai pakaian dan aktivitas berdandan sendiri.

3. Kurang perawatan diri : makan Kurang perawatan diri (makan)

adalah gangguan kemampuan untuk menunjukkan aktivitas makan.

4. Kurang perawatan diri : toileting Kurang perawatan diri (toileting)

adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan.

2.4.6. Tanda dan Gejala

Menurut Depkes dalam (Kurniawati, 2018). tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah :

a. Fisik

- 1) Badan bau, pakaian kotor
- 2) Rambut dan kulit kotor
- 3) Kuku panjang dan kotor
- 4) Gigi kotor disertai mulut bau
- 5) Penampilan tidak rapi

b. Psikologis

- 1) Malas, tidak ada inisiatif
- 2) Menarik diri, isolasi diri
- 3) Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina

c. Sosial

- 1) Interaksi kurang
- 2) Kegiatan kurang
- 3) Tidak mampu berperilaku sesuai norma
- 4) Cara makan tidak teratur, BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri

Data yang biasa ditemukan dalam defisit perawatan diri adalah :

a. Data subyektif

- 1) Pasien merasa lemah
- 2) Malas untuk beraktivitas

- 3) Merasa tidak berdaya
- b. Data obyektif
- 1) Rambut kotor, acak-acakan.
 - 2) Bdan dan pakaian kotor dan bau
 - 3) Mulut dan gigi bau
 - 4) Kulit kusam dan kotor
 - 5) Kuku panjang dan tidak terawat

2.4.7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Prihadi & Erlando, 2019) sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
- 2) Membimbing dan menolong klien merawat diri
- 3) Ciptakan lingkungan yang mendukung

2.5. Konsep Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

2.5.1. Pengkajian Keperawatan

Defisit Perawatan Diri pada klien dengan gangguan jiwa terjadi akibat ada perubahan proses piker sehingga kemampuan untuk melakukan perawatan diri tampak dari ketidak mampuan merawat kebersihan diri makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri dan eliminasi (buang air besar/buang air kecil) secara mandiri (H. Susanti, 2016).

- a. Identitas Terdiri dari :

Nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medic, keluarga yang dapat di hubungi.

b. Alasan masuk

Merupakan penyebab klien atau keluarga datang, atau dirawat dirumah sakit. Biasanya masalah yang dialami klien yaitu senang menyendiri, tidak mau banyak berbicara dengan orang lain, terlihat murung, penampilan acak-acakan, tidak peduli dengan diri sendiri dan mulai mengganggu oranglain.

c. Factor predisposisi

- 1) Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu
- 2) Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri
- 3) Pengobatan sebelumnya kurang berhasil
- 4) Harga diri rendah, klien tidak mempunyai motivasi untuk merawat diri
- 5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan saksi penganiayaan
- 6) Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa. Pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustasi

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan TTV, pemeriksaan head to toe yang merupakan penampilan klien yang kotor dan acak-acakan.

e. Psikososial

- 1) Genogram Menurut (Hastuti, 2018), genogram menggambarkan klien dan anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuhan.

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien mengenai tubuh yang disukai maupun tidak disukai.

b) Identitas Diri

Kaji status dan posisi pasien sebelum klien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan .

c) Peran Diri

Meliputi tugas atau peran klien didalam keluarga/pekerjaan/kelompok maupun masyarakat, kemampuan klien didalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan yang terjadi disaat klien sakit maupun dirawat, apa yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi (Ndaha, 2021).

d) Ideal Diri

Berisi harapan pasien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan/sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya.

e) Harga Diri

Kaji klien tentang hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien yang berhubungan dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai dengan harapan, penilaian klien tentang pandangan atau penghargaan orang lain (Safitri, 2021).

f) Hubungan Sosial

Hubungan klien dengan orang lain akan sangat terganggu karena penampilan klien yang kotor yang mengakibatkan orang sekitar menjauh dan menghindari klien. Terdapat hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

g) Spiritual Nilai dan keyakinan serta kegiatan ibadah klien terganggu dikarenakan klien mengalami gangguan jiwa.

h) Status Mental

1) Penampilan Penampilan

klien sangat tidak rapi, tidak mengetahui caranya berpakaian dan penggunaan pakaian tidak sesuai.

2) Cara bicara/Pembicaraan

Cara bicara klien yang lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatis serta tidak mampu memulai pembicaraan.

3) Aktivitas Motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif

4) Alam Perasaan

Klien tampak sedih, putusasa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina

5) Afek

Klien tampak datar, tumpul, emosi klien berubahubah, kesepian, apatis, depresi/sedih dan cemas.

6) Interaksi

Saat Wawancara Respon klien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga.

7) Persepsi

Klien berhalusinasi mengenai ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan dan perabaan yang membuat klien tidak ingin membersihkan diri dan klien mengalami depersonalisasi.

8) Proses pikir

Bentuk pikir klien yang otistik, dereistik, sirkumtansial, terkadang tangensial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topic dan terkadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

i) Kebutuhan Klien Pulang

1. Makan Klien kurang makan, cara makan klien yang terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan
2. Berpakaian Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan.
3. Mandi Klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, mencuci rambut, menggunting kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau.
4. BAB/BAK Klien BAB/BAK tidak pada tempat nya seperti di tempat tidur dan klien tidak dapat membersihkan BAB/BAK nya.

5. Istirahat Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.
 6. Penggunaan Obat Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.
 7. Aktivitas di Rumah Klien tidak mampu melakukan semua aktifitas di dalam rumah karena klien selalu merasa malas.
- j) Mekanisme Koping menurut (Danniyati, 2018). yaitu:
1. Adaptif
Menurut (Prihadi & Erlando, 2019), Klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bias menyelesaikan masalah yang ada, klien tidak mampu berolahraga karena klien selalu malas.
 2. Maladaptive
Menurut (Prihadi & Erlando, 2019), Klien bereaksi sangat lambat terkadang berlebihan, klien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari oranglain.
 3. Masalah Psikososial dan Lingkungan
Menurut (Prihadi & Erlando, 2019), Klien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan social ekonomi dan pelayanan kesehatan.

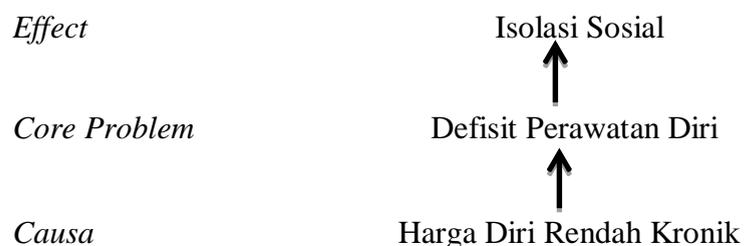
4. Pengetahuan

Menurut (Prihadi & Erlando, 2019), Klien deficit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan

k) Sumber Koping

Menurut (Kurniawan, 2015), sumber koping merupakan evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang terdapat di lingkungannya. Sumber koping ini dijadikan modal untuk menyelesaikan masalah.

2.5.2. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri.

2.5.3. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan defisit perawatan diri menurut (H. Susanti, 2016), adalah sebagai berikut :

1. Defisit perawatan diri (D.109)

Ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah utama yang timbul pada klien gangguan jiwa, pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri, keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan

menyebabkan klien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat (Yusuf, 2015). Dengan tanda dan gejala sebagai berikut:

Data Subjek:

- 1) Menolak melakukan perawatan diri

Data Objektif:

- 2) Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri
- 3) Minat melakukan perawatan diri kurang

Adapun penyebab (etiologi) untuk masalah keperawatan defisit perawatan diri antara lain:

- 1) Gangguan muskuloskeletal
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis dan/ atau psikotik
- 5) Penurunan motivasi/ minat

2. Harga diri rendah situasional (D.0087)

Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau ketidakmampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Ciri khas dari gangguan harga diri rendah dapat di gambarkan sebagaiperasaan negatif terhadap diri sendiri termasuk hilangnya percaya diri dan harga diri. Harga diri rendah merupakan suatu masalah utama untuk kebanyakan orang dan dapat di ekspresikan dalam tingkatdalam tingkat kecemasan yang tinggi. Termasuk di dalam harga diri rendah inievaluasi diri yang negatif dan bandingkandengan perasaan lemah tidak tertolong, tidak ada harapan, ketakutan, merasa sedih, sensitif, tidak sempurna, rasa bersalah dan tidak adekuat (Wijayati et al., 2020).

Dengan tanda dan gejala sebagai berikut:

Data subjektif:

- 1) Menilai diri negatif (misal: tidak berguna, tidak tertolong)
- 2) Merasa malu/ bersalah
- 3) Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri
- 4) Menolak penilaian positif tentang diri sendiri

Data objektif:

- 1) Berbicara pelan dan lirih
- 2) Menolak berinteraksi dengan orang lain
- 3) Berjalan menunduk
- 4) Postur tubuh menunduk

Adapun penyebab (etiologi) untuk masalah keperawatan harga diri rendah situasional antara lain:

- 1) Perubahan pada citra tubuh
- 2) Perubahan peran social
- 3) Ketidakadekuatan pemahaman
- 4) Perilaku tidak konsisten dengan nilai
- 5) Kegagalan hidup berulang
- 6) Riwayat kehilangan
- 7) Riwayat penolakan
- 8) Transisi perkembangan

3. Isolasi sosial (D.0121)

Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Isolasi sosial sebagai salah satu gejala negatif pada skizofrenia dimana klien

menghindari diri dari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang lagi. Klien akan mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi sosial dengan orang lain disekitarnya. Perasaan ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain akan dirasakan oleh klien dengan isolasi sosial (Yuswatiningsih & Rahmawati, 2020). Dengan tanda gejala:

Data subjektif:

- 1) Merasa ingin sendirian
- 2) Merasa tidak aman di tempat umum

Data objektif::

- 1) Menarik diri
- 2) Tidak berminat/ menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan

Adapun penyebab (etiologi) untuk masalah keperawatan isolasi sosial antara lain:

- 1) Keterlambatan perkembangan
- 2) Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan
- 3) Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan
- 4) Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma
- 5) Ketidaksesuaian perilaku social dengan norma
- 6) Perubahan penampilan fisik
- 7) Perubahan status mental
- 8) Ketidakadekuatan sumber daya personal (misal: disfungsi berduka, pengendalian diri buruk)

2.5.4. Tindakan Keperawatan Pasien

Menurut (Azizah, Zainuri, 2016), penatalaksanaan defisit perawatan diri dapat dilakukan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan tersebut adalah :

1. Tujuan

- a. Pasien mampu melakukan kebersihan diri termasuk keramas, menggosok gigi, dan kebersihan kuku dengan baik dan mandi
- b. Pasien mampu melakukan berhias atau berdandan secara baik dan mandiri
- c. Pasien mampu melakukan perawatan diri dengan menggunakan tata cara makan dan minum dengan baik dan mandiri
- d. Pasien mampu melakukan perawatan diri BAB dan BAK secara baik dan mandiri

2. Tindakan

Tindakan keperawatan menurut :

SP 1 pasien : Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri

- 1) Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri.
- 2) Jelaskan pentingnya kebersihan diri.
- 3) Latih cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku
 - a) Mandi :
 - (1) Diskusikan gunanya mandi
 - (2) Diskusikan alat-alat yang diperlukan
 - (3) Diskusikan jadwal mandi
 - (4) Diskusikan langkah-langkah mandi

- (5) Latih mandi sesuai dengan langkah-langkah yang telah dijelaskan
 - b) Cuci rambut
 - (1) Diskusikan gunanya keramas
 - (2) Diskusikan alat-alat untuk keramas
 - (3) Latih klien keramas. Bantu jika klien belum mampu
 - c) Sikat gigi
 - (1) Diskusikan gunanya sikat gigi
 - (2) Diskusikan alat-alat untuk sikat gigi
 - (3) Latih klien sikat gigi. Bantu klien jika klien belum mampu melakukan langkah-langkahnya
 - (4) Jadwalkan sikat gigi 2 kali sehari
 - d) Berpakaian
 - (1) Diskusikan gunanya pakaian yang bersih dan rapi
 - (2) Diskusikan variasi pakaian : pakaian tidur, pakaian dirumah, pakaian berpergian
 - (3) Latih memilih pakaian
 - (4) Latih berpakaian. Bantu jika klien belum mampu melakukannya
 - e) Gunting kuku
 - (1) Diskusikan gunanya gunting kuku
 - (2) Diskusikan alat untuk gunting kuku
 - (3) Latih menggunting kuku
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu)

5) Berikan dukungan positif pada setiap kebersihan pencapaian pasien

SP 2 pasien : Melatih pasien berdandan

- 1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian
- 2) Jelaskan cara dan alat untuk berdandan
- 3) Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk perempuan; sisiran, cukuran untuk pria
 - a) Berdandan perempuan
 - (1) Diskusikan gunanya berdandan
 - (2) Diskusikan alat-alat berdandan
 - (3) Latih menyisir rambut dengan rapi
 - (4) Latih pakai bedak dengan rapi
 - b) Berdandan laki-laki
 - (1) Diskusikan gunanya berdandan
 - (2) Diskusikan alat dandan
 - (3) Latih menyisir rambut
 - (4) Latih cukur rambut dan jenggot
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan

SP 3 pasien : Melatih pasien makan secara mandiri

- 1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.
- 2) Jelaskan cara dan alat makan dan minum
- 3) Jelaskan kebutuhan makan dan minum setiap hari
- 4) Latih cara dan alat makan dan minum yang baik : cuci tangan, berdoa, makan di meja makan

- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum yang baik.

SP 4 pasien : Melakukan pasien BAB atau BAK secara mandiri

- 1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian
- 2) Jelaskan cara buang air besar dan buang air kecil yang baik
- 3) Latih buang air besar dan buang air kecil yang baik
 - a) BAB dan BAK di WC
 - b) Menggunakan WC dengan tepat
 - c) Membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - d) Membersihkan tempat BAB dan BAK
 - e) Cuci tangan yang benar (6 langkah cuci tangan pakai sabun)
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta buang air besar dan buang air kecil.

2.5.5. Tindakan Keperawatan Pada Keluarga

- a. SP 1 keluarga
 - 1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
 - 2) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet).
 - 3) Jelaskan cara merawat defisit perawatan diri.
 - 4) Latih cara merawat : kebersihan diri.
 - 5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

- b. SP 2 keluarga :
 - 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian.
 - 2) Bimbing keluarga membantu pasien berdandan.
 - 3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
- c. SP 3 keluarga :
 - 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.
 - 2) Bimbing keluarga membantu makan dan minum pasien.
 - 3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.
- d. SP 4 keluarga :
 - 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian.
 - 2) Bimbing keluarga merawat buang air besar dan buang air kecil pasien.
 - 3) Jelaskan *follow up* ke PKM, tanda kambuh, rujukan

2.5.6. Evaluasi

- 1. Pasien dapat menyebutkan hal berikut :
 - b. Penyebab tidak merawat diri
 - c. Manfaat menjaga perawatan diri
 - d. Tanda – tanda bersih dan rapi
- 2. Pasien dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri dalam hal berikut :
 - a. Kebersihan diri
 - b. Berdandan

- c. Makan
- d. BAB atau BAK

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini menyajikan hasil pelaksanaan keperawatan jiwa dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022 dengan data sebagai berikut:

3.1. Pengkajian

Pasien dirawat di Ruang Flamboyan, tanggal dirawat 10 Desember 2022. Dilakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 12 Desember 2022 pukul 09.00 WIB

3.1.1. Identitas Pasien

Pasien adalah Ny.D dengan no RM 06-38-XX seorang perempuan cerai mati mempunyai anak sekolah tiga dengan tanggal lahir 17 September 1992 (usia 30 tahun) pendidikan terakhir SMA beragama Islam. Saat ini pasien tidak bekerja, biaya hidup pasien dipenuhi oleh ibu pasien karena suami telah meninggal di tahun 2019 alamat pasien di peneluh surabaya.

3.1.2. Alasan Masuk

Pasien dibawa oleh Ibunya pada tanggal 01 Desember 2022 pada pukul 10.00 WIB di IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di karenakan marah-marah, teriak-teriak dirumah dan gatal-gatal di ke p a l a . Lalu pada tanggal 01 Desember 2022 pasien dipindahkan ke ruang Flamboyan dan didapatkan data dalam rekam medis bahwa pasien tampak tenang, pasien terkadang marah-marah dan tampak gatal-gatal dikepala. Saat mahasiswa melakukan pengkajian dengan pasien tanggal 12 Desember 2022 saat diberi pertanyaan pasien terlihat wajah datar dan tenang. pasien mengatakan menolak untuk mandi karena malas.

Keluhan utama : Saat dilakukan pengkajian oleh mahasiswa pada 12 Desember 2022. Dalam rekam medik pasien mengatakan menolak untuk mandi karena malas. Dan pasien mengatakan bahwa dirinya tidak tahu apa pentingnya kebersihan diri. Dari hasil observasi didapatkan bau badan, pakaian terlihat kotor dan kusut, rambut terlihat kotor, gigi terlihat kotor, kuku terlihat panjang.

3.1.3. Faktor Predisposisi

- 1) Pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Saat ditanya pasien hanya diam
- 2) Pasien saat ditanya pengobatannya berhasil atau tidak pasien hanya menunduk
- 3) Pasien saat ditanya pernah mempunyai pengalaman kekerasan klien mengatakan tidak pernah
- 4) Dalam rekam medis pasien tidak didapatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- 5) Pasien mengatakan mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu ditinggalkan suami tersayang yang meninggal

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

3.1.4. Pemeriksaan Fisik

- 1) Tanda Vital

Tekanan darah : 119/97 mmHg

Nadi : 97 x/m

Suhu : 36,3 C

Pernapasan : 19 x/m

2) Ukur

Tinggi badan : 161 cm

Berat badan : 65 kg

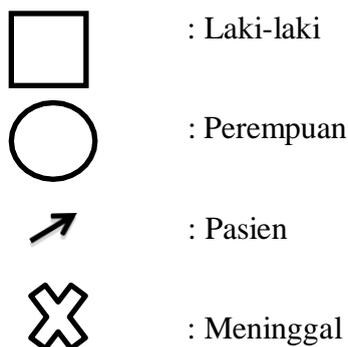
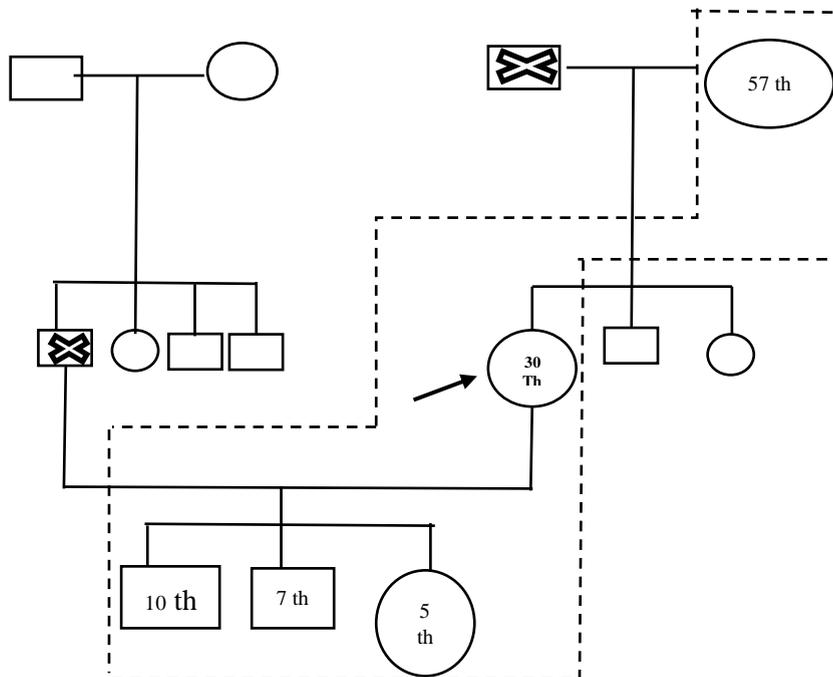
3) Keluhan Fisik

Pasien mengatakan gatal-gatal dikepalanya dan didapatkan kutu yang banyak

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

3.1.5. Psikososial

1) Genogram



Dapat dijelaskan dari genogram bahwa pasien menikah anak 3 suaminya sudah meninggal dan pasien tinggal dengan ibunya dan ketiga anaknya,

2) Konsep Diri

a. Gambaran diri

Pasien tidak mengatakan apapun saat dikaji hanya diam dan menunduk.

Dalam hasil observasi pasien memiliki tubuh yang sempurna tidak tampak kelainan dalam bentuk tubuhnya. Pasien mengatakan meskipun tidak mandi juga tidak apa-apa.

b. Identitas

Pasien Bernama Ny.D berkelamin Perempuan, berumur 30 tahun, pasien sudah menikah anak 3

c. Peran

Pasien dirumah sebagai ibu rumah tangga kegiatan sehari-hari dirumah mengurus ketiga anaknya.

d. Ideal diri

Pasien berharap cepat sembuh dan keluar dari RS pasien ingin mengurus ketiga anaknya Kembali.

e. Harga diri

Pasien dijauhi teman-temannya karena rambutnya banyak kutunya

Masalah Keperawatan : Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

3) Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan bahwa tidak ada orang yang berarti dalam hidupnya karena pasien merasa tidak ada yang peduli pada dirinya

b. Peran serta dalam dalam kegiatan kelompok/ masyarakat :

Pasien mengatakan tidak aktif mengikuti kegiatan di RS dan malas berkomunikasi dengan pasien yang ada diruangan karena dirinya ingin sendirian

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan bahwa orang lain tidak merespon kehadiran dirinya

Masalah Keperawatan : interaksi sosial : Menarik Diri

4) Spiritual

a. Nilai dan keyakinan :

Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama islam dan percaya kepada Allah SWT

b. Kegiatan ibadah :

Pasien mengatakan di RS tidak pernah mengikuti ibadah sholat

Masalah Keperawatan : Distres Spiritual

3.1.6. Status Mental

1) Penampilan :

Pasien terlihat tidak rapi dengan pakaian yang kusut, terkadang pasien sesekali tidak memakai baju dan klien terlihat kotor pakaiannya. Rambut terlihat kotor, gigi terlihat kotor, dan kuku terlihat panjang dan kotor.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2) Pembicaraan :

Pada saat pasien dikaji pasien menjawab dengan berbicara lambat, jika ditanya banyak diam dan menunduk beralih pandang

Masalah Keperawatan : Gangguan Komunikasi Verbal

3) Aktivitas motorik :

Pasien kadang – kadang mengikuti aktivitas diruangan tetapi ketika mengikuti aktivitas pasien menjauh dari teman - temannya

Masalah Keperawatan : Penurunan Aktivitas Motorik

4) Alam perasaan :

Saat pengkajian Pasien bisa menyebutkan hari ini adalah hari senin dan pukul 14.00 WIB serta menyebutkan tempat di ruang makan flamboyan RSJ Menur

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5) Afek

Pada saat pengkajian ekspresi wajah pasien tampak datar.

Masalah Keperawatan : Kerusakan Interaksi Sosial

6) Interaksi selama wawancara :

Saat pengkajian pasien saat berbicara lebih sering menunduk dengan kontak mata yang kurang

Masalah Keperawatan : Gangguan Interaksi Sosial : Menarik Diri

7) Persepsi halusinasi :

Tidak terdapat halusinasi pendengaran, penglihatan, pembauan, perabaan maupun pengecap

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

8) Proses pikir :

Pasien tidak mengalami perubahan proses pikir

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9) Isi pikir :

Pasien tidak mengalami gangguan isi pikir

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10) Tingkat kesadaran :

Pasien sadar saat ini dirinya sedang berada di RSJ Menur, pasien dapat menyebutkan waktu

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11) Memori :

Daya ingat pasien masih bagus pasien dapat menceritakan kenangan masa lalunya bersama almarhum suaminya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada saat ditanyai mengenai penjumlahan $160 + 25 = 185$, perkalian $20 \times 5 = 100$, pengurangan $100 - 60 = 40$ dan pembagian $200 : 20 = 10$, pasien dapat menjawab semuanya

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

13) Kemampuan penilaian :

Tidak ada gangguan pada pasien, Pada saat mewawancarai pasien tentang beberapa pilihan seperti lebih memilih makan duluan atau mandi duluan, dan pasien menjawab bahwa dirinya memilih makan duluan

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah keperawatan

14) Daya tilik diri :

Pasien menerima penyakitnya dan menyadari bahwa dirinya masuk RSJ Menur

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.7. Kebutuhan Pulang

1) Kemampuan klien memenuhi/menyediakan kebutuhan :

Pasien mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makanan, keamanan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, perawatan kesehatan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada masalah keperawatan

2) Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri :

Pasien tidak mampu melakukan kebersihan diri tanpa arahan seperti mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, memotong kuku, berpakaian dengan rapi. Dan tidak mampu melakukan makan dan minum dengan baik.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

b. Nutrisi

- | | |
|--|---------------|
| c) Apakah anda puas dengan pola makan anda ? | Ya |
| d) Apakah anda makan memisahkan diri ? | Tidak |
| Jelaskan : Karena porsi makanan selalu habis | |
| e) Frekuensi makan sehari | 3 kali sehari |
| f) Frekuensi udapan sehari | 3 kali sehari |
| g) Nafsu makan berlebih | |
| h) BB tertinggi 65kg BB terendah 58kg | |

i) Diet khusus : pasien tidak mendapatka diet khusus

Jelaskan : pasien makan dengan lahap dan porsi selalu habis

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

c. Tidur

Hasil pengkajian saat ini tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur. Saat tidur malam pasien mengatakan bahwa dirinya tidur jam 20.00 Wib sampai dengan jam 04.00 Wib. Dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 15.00 Wib sampai dengan 17.00 Wib. Pasien mengatakan bahwa sebelum tidur biasanya mengkhayal, sambil menatap langit-langit di dinding.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3) Kemampuan pasien dalam pemenuhan ADL :

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan diri sendiri dan membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri. Pasien tidak mampu mengerti pentingnya kebersihan diri.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

4) Pasien memiliki sistem pendukung :

Saat dikaji diberi pertanyaan pasien hanya menjawab dengan bicara ngelatur

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

- 5) Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi :

Pasien mengatakan tidak mau mengikuti kegiatan tanpa arahan sering menyendiri dan pasien tidak tahu hobinya

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

3.1.8. Mekanisme Koping

Saat dikaji pasien hanya diam reaksinya lambat dan menghindar saat ditanya

Masalah Keperawatan : Koping Individu Infektif

3.1.9. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1. Pasien ada masalah dengan dukungan kelompok
2. Pasien mengatakan bahwa dirinya malas mengikuti kegiatan dan harus diarahkan
3. Pasien saat dikaji masalah dengan pendidikannya pasien hanya diam dan tidak merespon
4. Pasien saat dikaji masalah dengan pekerjaannya pasien hanya diam dan tidak merespon
5. Pasien saat dikaji masalah dengan perumahannya menjawab tinggal dengan orang tuanya
6. Pasien mengatakan tidak ada masalah keuangan
7. Pasien dibawa berobat ke RSJ Menur saat pasien marah-marah dirumahnya, dan semuanya menggunakan BPJS.

8. Masalah lainnya, spesifik : Pasien kurang pengetahuan tentang penyakit jiwanya

Masalah Keperawatan : Gangguan Psikososial

3.1.10. Pengetahuan Kurang Tentang

Saat di kaji tentang penyakit jiwa serta obat-obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tau, dan pasien juga tidak tau jika sakitnya tidak dikontrol akan membahayakan dirinya sendiri dan orang lain disekitarnya. Pasien mengatakan tidak tahu pentingnya kebersihan diri seperti mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, memotong kuku dan tidak tahu cara berdandan, makan yang baik.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan dan Koping

3.1.11. Data Lain-Lain

Foto thorax 11-11-2021

- Cor : bentuk normal
- Pulmo : tak tampak konsolidasi inhomogen
- Kedua sinus phrenico-costalia tajam
- Tulang-tulang dinding thorax/costae baik

Kesan :

3.1.12. Aspek Medis

Diagnosa Medik : Undifferentiated Skizofrenia

Terapi Medik :

No	Nama Obat	Dosis Obat	Indikasi Obat
1.	Loratadine 10 mg	1x1	Obat yang digunakan untuk mengobati alergi. Alergi ini termasuk rinitis alergi dan urtikaria.
2.	Chlopromazine 100 mg	2x1/2	Obat untuk menangani gejala psikosis pada skizofrenia
3.	Trihexyphenidil 2 mg	2x1	Merupakan obat golongan antimuskarinik yang digunakan untuk mengobati gejala penyakit parkison. Golongan obat penenang

5.	Risperidone 3 mg	2x1	Untuk mengobati skizofrenia. Obat ini juga digunakan untuk mengatasi bipolar
----	------------------	-----	--

3.1.13. Daftar Masalah Keperawatan

- a. Defisit perawatan diri
- b. Respon pasca trauma
- c. Harga diri rendah
- d. Gangguan interaksi sosial
- e. Distres spritual
- f. Isolasi sosial
- g. Kerusakan komunikasi verbal
- h. Penurunan aktivitas motorik
- i. Gangguan proses pikir
- j. Gangguan daya tilik diri
- k. Koping individu infektif
- l. Defisit pengetahuan

3.1.14. Daftar Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dirumuskan bahwa diagnosis utama keperawatan adalah **Defisit Perawatan Diri**

Surabaya, 20 Desember 2022

Sangrila Dwi A

3.2. Pohon Masalah



3.1. Gambar Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri Ny.D

3.3. Analisa Data

Tabel 3.1. Analisa data Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Nama : Ny.D NIRM : XXXXX RUANGAN : Flamboyan

HARI/ TGL	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	TT
12-12- 2022	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan menolak untuk mandi karena malas - Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak tahu apa pentingnya kebersihan diri - Pasien mengatakan tidak tahu cara berdandan dan makan yang baik <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Badan pasien bau - Pasien terlihat kotor dan kusut - Rambut terlihat kotor dan berkutu - Gigi terlihat kotor - Kuku terlihat Panjang dan kotor 	<p>Isolasi Sosial (Akibat)</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Defisit perawatan diri (Masalah Utama)</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Harga diri rendah (Penyebab)</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Koping Individu tidak efektif</p>	<p>Defisit Perawatan Diri SDKI D.0109 Hal. 240 (Masalah Utama)</p>	SR

--	--	--	--	--

3.4. Rencana Keperawatan

Nama Pasien : Ny D

Mahasiswa : Sangrila Dwi A

NIRM : XXXXX

Institusi : STIKES HANG TUAH SURABAYA

Bangsar/Tempat : Flamboyan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan (SP 1-3)	Rasional
1.	14-12-2022	Defisit Perawatan Diri	<p>Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menjelaskan kebersihan diri 2. Pasien mampu menyebutkan cara kebersihan diri 	<p>1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal b. Perkenalkan diri perawat dengan sopan c. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi 	<p>- Dengan melakukan hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya</p>

			<p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mendemonstrasikan cara melakukan kebersihan diri <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 	<ol style="list-style-type: none"> d. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat e. Beri rasa aman dan sikap empati f. Lakukan kontak singkat tapi sering <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kebutuhan kebersihan diri <ol style="list-style-type: none"> a. Bantu pasien mengungkapkan tentang kebersihan diri b. Bantu pasien mengungkapkan tentang pentingnya berdandan c. Bantu pasien mengungkapkan kebersihan makan dan minum 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat mengenal kebersihan diri agar terlihat lebih bersih - Pasien mampu mengetahui cara kebersihan diri - Pasien dapat mendemonstrasikan sendiri tentang kebersihan diri - Pasien dapat mengingat kembali latihan cara untuk kebersihan diri
--	--	--	--	---	---

			3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan	<p>d. Bantu pasien mengungkapkan kebersihan BAB/BAK</p> <p>2) Jelaskan pentingnya kebersihan diri</p> <p>3) Jelaskan cara dan alat kebersihan diri</p> <p>4) Latih cara menjaga kebersihan diri</p> <p>a. Ajarkan pasien mandi dan ganti pakaian</p> <p>b. Ajarkan pasien sikat gigi dan cuci rambut</p> <p>c. Ajarkan pasien potong kuku</p> <p>5) Masukkan pada jadwal kegiatan harian</p>	
2.	15-12-2022	Defisit Perawatan Diri	Pasien mampu membina hubungan saling percaya	<p>SP 2</p> <p>1) Evaluasi kegiatan kebersihan</p>	- Menguji pasien apakah masih

			<p>dengan perawat</p> <p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu berpakaian secara mandiri 2. Pasien mampu menyisir rambut secara mandiri 3. Pasien mampu mencukur jenggot secara mandiri <p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2) Pasien mampu mengikuti dan mendemonstrasikan 	<p>diri</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu mengungkapkan tentang kebersihan diri b. Pasien mampu mengungkapkan tentang pentingnya berdandan c. Pasien mampu mengungkapkan kebersihan makan dan minum d. Pasien mampu mengungkapkan kebersihan BAB/BAK <ol style="list-style-type: none"> 2) Jelaskan cara dan alat untuk berdandan 3) Latih cara berdandan setelah kebersihan diri <ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan pasien sisiran, rias 	<p>ingat dan memberi pujian untuk menyemangatinny</p> <p>a</p> <p>- Pasien dapat melakukan cara berpakaian dan berdandan</p> <p>- Pasien mampu mendemonstrasikan latihan berdandan</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>cara melakukan berdandan dengan rapi</p> <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaanya sebelum dan sesudah latihan 	<p>muka untuk perempuan</p> <p>b.Ajarkan sisiran, cukuran untuk pria</p> <p>4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan</p>	
3.	16-12-2022	Defisit Perawatan Diri	Pasien mampu membina hubungan saling percaya	<p>SP 3</p> <p>1) Evaluasi kegiatan kebersihan</p>	- Menguji pasien apakah masih

			<p>dengan perawat</p> <p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menjelaskan cara dan alat makan minum yang benar <p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mendemonstrasikan cara makan dan minum yang benar <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif mengikuti sesi latihan yang 	<p>diri : berdandan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Jelaskan cara dan alat makan dan minum 3) Latih cara makan dan minum yang baik 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan dan makan minum yang baik 	<p>ingat dan memberi pujian untuk menyemangati nya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengetahui cara makan yang baik dan benar - Pasien dapat melakukan latihan makan minum yang benar
--	--	--	--	---	--

			<p>diajarkan perawat</p> <p>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>3. Pasien mampu membedakan perasaanya sebelum dan sesudah latihan</p>		
4.	16-12-2022	Defisit Perawatan Diri	<p>Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>Kognitif :</p> <p>1. Pasien mampu menjelaskan BAK/BAB yang benar</p>	<p>SP 4</p> <p>1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum</p> <p>2) Jelaskan cara buang air besar dan buang air kecil yang baik</p> <p>3) Masukkan pada jadwal</p>	<p>- Menguji pasien apakah masih ingat dan memberi pujian untuk menyemangati nnya</p>

			<p>2. Pasien mampu melakukan BAK/BAB secara mandiri</p> <p>3. Pasien mampu BAK/BAB pada tempatnya</p> <p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mendemonstrasikan cara melakukan BAK/BAB secara baik <p>Afektif :</p>	<p>kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta buang air besar dan buang air kecil</p>	<p>- Pasien dapat BAB/BAK secara mandiri dan melakukannya dengan benar</p>
--	--	--	--	---	--

			<ol style="list-style-type: none">1. Pasien sangat kooperatif mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan3. Pasien mampu membedakan perasaanya sebelum dan sesudah latihan		
--	--	--	--	--	--

3.5. Implementasi Keperawatan

Nama : Ny.D

NIRM

XXXXX

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T PERAWAT
15-12-2022	Defisit Perawatan Diri	- Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik (Selamat pagi bu, perkenalkan nama saya sangrila mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat dinas pagi di ruangan Flaboyan ini, kalau boleh tau ibu nama nya siapa ? “ Pagi mbak, nama saya D” “Ibu D, Bagaimana perasaannya hari ini ? Ada keluhan apa hari ini“ “ kepala saya gatal-gatalmbak, “ Baiklah pak, bagaimana kalau kita bercakap – cakap tentang	S : 1. Pasien mengatakan namanya ialah Ny.D pasien mengatakan tinggal di surabaya, berkenan diajak berbincang oleh perawat 2. Pasien mengatakan sudah melakukan kebersihan diri 3. Pasien mengatakan merasa segar dan wangi setelah mandi, mencuci rambut, menggosok gigi,	SR

		<p>kebersihan diri untuk mengatasi gatal-gatal yang dirasakan ibu “Iya mbak “ “Ibu D mau mengobrol dimana ? “ “ Di kursi sana aja mbak “ “ Baik, bagaimanaka kalau kita mengobrol selama 30 menit ? “ “ Iya mbak”</p> <p>SP 1</p> <p>1. Mengidentifikasi masalah kebersihan diri “Ibu berapa kali biasanya mandi?”, “1 kali sehari mbak.”, kenapa jadi seperti itu Bu ?”, “malas mandi mbak dingin.”</p> <p>2. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri “kalau begitu kita sekarang bicara tentang pentingnya mandi, cpba</p>	<p>dan memotong kuku</p> <p>4. Pasien mengatakan gatal-gatal di kepalanya</p> <p>O :</p> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan cara kebersihan diri, pentingnya kebersihan diri dan menyebutkan alat-alat 	
--	--	--	---	--

		<p>ibu pikirkan, kalau ibu mandi, apa yang ibu rasakan?”, “segar.”, “nah sekarang saya akan menyebutkan gunanya jika ibu mandi. Pertama ibu bersih, kalau yang kedua apa bu ?.”, “tidak tahu”, “coba, ibu ingat-ingat dulu”, “wangi.” “iya, bagus bu”</p> <p>3. Menjelaskan alat untuk menjaga kebersihan diri “baiklah bu,sekarang coba ibu sebutkan dulu alat-alat yang biasa digunakan untuk mandi?”, “tidak tahu”, “baik, saya sebutkan dulu ya bu, pertama sabun, lalu apalagi pbu?”, “sikat gigi,pasta gigi”, “benar sekali bu”</p> <p>4. Menjelaskan cara-cara melakukan</p>	<p>untuk kebersihan diri</p> <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kebersihan diri dengan baik dan benar <p>A : SP 1 teratasi P : Evaluasi SP 1 dan lanjutkan SP 2</p>	
--	--	--	--	--

		<p>kebersihan diri</p> <p>“nah ibu sudah tahu kan alat-alat untuk mandi, sekarang saya akan menjelaskan cara-cara mandi, sikat gigi, cuci rambut, dan potong kuku”,</p> <p>“iya:, “kita mulai dengan mandi ya bu, pertama kita guyur seluruh tubuh ambil sabun tuangkan ketangan lalu gosok-gosok ke seluruh tubuh, sekarang pakai shampo ya bu pertama tuangkan sedikit shampoo di telapak tangan lalu gosokkan kepala, terakhir kita guyure shampoo dan sabun nya ya bu sampai hilang, kemudian pakai handuk dan selanjutnya gosok gigi. Pertama beri pasta gigi diatas sikat gigi setelah itu kumur-kumur dan buang airnya.</p>		
--	--	--	--	--

		<p>Kalau sudah ganti baju dulu lalu memotong kuku”</p> <p>5. Memasukkan dalam jadwal kegiatan “ ibu tadi kita sudah selesai membahas tentang cara menjaga kebersihan diri , nanti ibu mau latihan mandinya jam berapa?”, “ jam 15.00”, “baik , bu”</p>		
17-12-2022	Defisit Perawatan Diri	<p>1) Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik “ Selamat pagi bu, masih ingat nama saya ?”, “mbak sang ya”, “betul sekali bu”</p> <p>SP 2</p> <p>1. Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tahu cara berdandan - Pasien mengatakan sudah menyisir rambut 	SR

		<p>“bagaimana perasaan ibu hari ini?”, “segar mbak setelah mandi”, “iya ibu terlihat segar dan wangi, ibu sudah mandi ya?”, “sudah”, “ apakah ada kesulitan melakukan kegiatan yang telah dijadwal kemarin bu?”, “tidak ada”</p> <p>2. Menjelaskan cara dan alat untuk berdandan</p> <p>“nah sekarang kita belajar berdandaan ya bu D”, “ya”, “pertama kita memakai pelembab biar muka tidak kering dan memakai alis sama lipstick ya bu”, “setelah itu kita pakai baju ya bu masukan satu satu tangannya kedalam lubang”. “sudah”, “habis itu kita sisiran ya bu”, “iya”,</p>	<p>O :</p> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan cara dan alat untuk berdandan - Pasien mampu menyebutkan cara berpakaian yang tidak membuat kusut <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kebersihan diri dengan cara berdandan dan 	SR
--	--	--	--	-----------

		<p>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan “nah ibu bisa melakukan berdandan ini setelah mandi ya”, “iya”, “saya masukkan dijadwal ya bu”</p>	<p>berpakaian dengan baik dan benar</p> <p>A : SP 1 dan SP 2 teratasi</p> <p>P : Evaluasi SP 2 dan lanjutkan SP 3</p>	
18-12-2022	Defisit Perawatan Diri	<p>1) Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <p>“ Selamat pagi bu, masih ingat nama saya ?”, “mbak sang ya”, “betulsekali bu”</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tahu cara makan dan minum yang baik - pasien mengatakan makan dan minum sesuai dengan porsi yang 	SR

		<p>SP 3</p> <p>1. Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri berdandan “bagaimana perasaan ibu setelah mandi?”. “segar”, “kalau setelah berdandan apa yang ibu rasakan?”, “terlihat rapi”, ”iya ibu benar sekali”</p> <p>2. Menjelaskan cara dan alat makan minum “ ibu kita sekarang membicarakan tentang kebutuhan kita makan yaitu satu kali makan kita dengan satu piring nasi dengan sayur dan lauk pauk sama satu gelas air ya bu “, “saya akan menjelaskan cara makan yang baik , saat makan kita harus menyuap makanan satu-satu dengan</p>	<p>disediakan</p> <p>O :</p> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan tata cara makan dan alat untuk makan <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan cara makan yang diajarkan dan 	
--	--	--	--	--

		<p>pelan-pelan, jika merasa haus ibu minum”</p> <p>3. Melatih cara makan dan minum yang baik</p> <p>“ibu kalau makan yang tertib ya, ini piring dan tempat makanan ibu. Dan itu punya teman ibu, jadi ibu makan yang ada dipiring ibu”, “sekarang ayo kita keruang makan “, “ nah ibu kapan akan melakukan latihan makan dan minum ini “, “nanti siang “, “ saya masukkan kejadwal ya bu”</p>	<p>mengetahui alat-alat untuk makan</p> <p>A : SP 1, SP 2 dan SP 3 teratasi</p> <p>P : Evaluasi SP 3 dann lanjutkan SP 4</p>	
18-12-2022	Defisit Perawatann Diri	<p>1) Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <p>“ Selamat pagi bu, masih ingat nama saya ?”, “mbak sang ya”, “betul</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan melakukan BAK dikamar mandi dan BAB di WC tidak 	SR

		<p>sekali bu”</p> <p>SP 4</p> <p>4. Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan dan makan minum “gimana bu , apakah ibu ada kesulitan melaukan kegiatan yang telah kita jadwalkan:, “tidak ada”, “bagaimana dengan latihan makan dan minum kemarin bu ?”, “sudah”, “ wah bagus sekali bu”</p> <p>5. Menjelaskan cara BAK dan BAB yang baik “sekarang saya tanya pak dimana seharusnya ibu melakukan BAB dan BAK?”, “dikamar mandi”, “ iya betul, kalau kita mau BAK/BAB dikamar mandi”, “sekarang saya akan menjelaskan cara ibu</p>	<p>sembarangan</p> <p>O :</p> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan cara BAB dan BAK yang benar serta cara membersihkannya <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan BAK/BAB 	
--	--	--	---	--

		<p>membersihkan diri setelah BAK/BAB. Setelah BAB/BAK ibu membersihkan anus atau kemaluan dengan air yang bersih dan pastikan tidak ada air kencing/tinja yang masih tersisa “, “setelah ibu membersihkan jangan lupa tinja/air kencing yang ada di WC dibersihkan, caranya siram air kencing/tinja tersebut dengan air secukupnya, jika ibu membersihkan air kencing/tinja seperti berarti ibu ikut mencegah menyebarkan kuman yang berbahaya”.</p> <p>6. Melatih cara BAB/BAK yang baik “sekarang kita latihan ya bu”, “iya”, “pertama kita latihan membersihkan diri setelah BAB/BAK kedua kita</p>	<p>dikamar mandi dengan benar</p> <p>A : SP 1. SP2, SP3 dan SP 4 teratasi</p> <p>P : Intervensi dan SP dihentikan</p>	
--	--	--	---	--

		latihan membersihkan tempat BAB/BAK		
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada Bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang dilaksanakan pada. Pembahasan terhadap pengkajian, perencanaan asuhan keperawatan pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

4.1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Data didapatkan pasien bernama Ny.D berjenis kelamin perempuan berusia 30 tahun. Menurut penulis dengan melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Menurut (wijayanti, 2020) menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan pasien adalah membantu dan mendorong pasien adalah membantu serta mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Menurut penulis terdapat data pengkajian tanda dan gejala pasien seperti beberapa perilaku yang muncul pada tinjauan kasus. Pada saat diwawancarai oleh penulis, terdapat data mayor subjektif pasien mengatakan menolak untuk mandi karena malas. Dan pasien mengatakan tidak tahu apa pentingnya kebersihan diri Terdapat data mayor objektif badan pasien bau, pakaian terlihat kotor dan kusut

rambut terlihat kotor, gigi terlihat kotor, kuku terlihat panjang dan kotor, serta terlihat kutu banyak dirambutnya

Pada tinjauan teori faktor predisposisi didapatkan faktor yang berakibatkan atau berpengaruh terhadap Defisit Perawatan Diri adalah pasien mengatakan mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu pernah mengalami kehilangan suami tercintanya meninggal. Adapun juga faktor presipitasi yang berakibat atau berpengaruh pada pasien adalah faktor lingkungan (serangan dari luar).

Pada saat pengkajian juga didapatkan konsep diri dan harga diri pasien mengatakan tidak tahu apa ideal dirinya karena pasien tampak diam dan menunduk. Pasien juga mengatakan merasa tidak diterima oleh keluarganya. Pasien mengatakan tidak aktif dalam kegiatan kelompok atau masyarakat. Pada pengkajian penampilan pasien terlihat tidak rapi dengan pakaian yang kusut, dan klien terlihat kotor pakaiannya. Rambut terlihat kotor, gigi terlihat kotor, dan kuku terlihat panjang dan kotor. Saat dilakukan wawancara pasien tampak tegang dan gelisah dengan mata melihat kanan kiri dan terlihat lesu menunduk. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis mendapatkan diagnosa Defisit Perawatan Diri.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Dalam pengambilan diagnosa keperawatan ada kesenjangan tinjauan teori dan tinjauan kasu diagnosa yang pada tinjauan teori adalah Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah sebagai penyebabnya, Defisit Perawatan Diri sebagai masalah utama dan Isolasi Sosial sebagai efek dari masalah utama. Sedangkan

pada tinjauan kasus yang penulis dapatkan adalah gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah sebagai penyebabnya, Defisit Perawatan Diri sebagai masalah utama dan isolasi sosial sebagai efek dari masalah utama.

Hasil pengumpulan data penulis yang dilakukan pada pasien Ny.D ditemukan diagnosa keperawatan yaitu defisit perawatan diri. Kemudian dari hasil analisa data dan pengkajian telah didapatkan data yaitu dalam rekam medik pasien mengatakan menolak untuk mandi karena malas, pasien mengatakan bahwa dirinya tidak tahu apa pentingnya kebersihan diri, pasien mengatakan tidak tahu cara berdandan dan makan yang baik, badan pasien bau, pakaian terlihat kotor dan kusut, pasien terlihat sesekali tidak memakai baju, rambut terlihat kotor, gigi terlihat kotor, kuku terlihat panjang dan kotor. Sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh menurut Depkes dalam (Dermawan, 2013) bahwa faktor yang mendukung untuk menegakkan masalah defisit perawatan diri adalah pertama faktor dari fisik yaitu badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, penampilan tidak rapi. Yang kedua faktor psikologis yaitu malas tidak ada inisiatif, menarik diri atau isolasi sosial, merasa tak berdaya rendah diri. Yang ketiga faktor sosial yaitu interaksi kurang, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai norma, dan cara makan tidak teratur BAK/BAB di sembarangan serta mandi tidak mampu mandiri.

Berdasarkan data dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Isolasi sosial dikarenakan pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan di Rumah sakit dan pasien juga mengatakan bahwa dirinya jarang

berinteraksi dengan temannya. Saat diruangan pasien terlihat menyendiri, kontak mata kurang dan afek pasien datar, terlihat diam dan menunduk.

2. Defisit perawatan diri dikarenakan pasien mengatakan bahwa dirinya tidak tahu apa pentingnya kebersihan diri. Dari hasil observasi didapatkan bau badan, pakaian terlihat kotor dan kusut, rambut terlihat kotor, gigi terlihat kotor, kuku terlihat panjang dan kotor.
3. Harga diri rendah dikarenakan pasien mengatakan merasa tidak diterima oleh keluarganya karena sering marah marah. Pasien terlihat gelisah, pasien duduk sambil menunduk dan kontak mata kurang

4.3. Rencana Keperawatan

Pada rencana keperawatan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama yaitu Defisit perawatan diri yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) yaitu :

SP 1 pasien : Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri

- 1) Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri.
- 2) Jelaskan pentingnya kebersihan diri.
- 3) Latih cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu)
- 5) Berikan dukungan positif pada setiap kebersihan pencapaian pasien

SP 2 pasien : Melatih pasien berdandan

- 1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian
- 2) Jelaskan cara dan alat untuk berdandan
- 3) Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk perempuan; sisiran, cukuran untuk pria
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan

SP 3 pasien : Melatih pasien makan secara mandiri

- 1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.
- 2) Jelaskan cara dan alat makan dan minum
- 3) Jelaskan kebutuhan makan dan minum setiap hari
- 4) Latih cara dan alat makan dan minum yang baik : cuci tangan, berdoa, makan di meja makan
- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum yang baik.

SP 4 pasien : Melakukan pasien BAB atau BAK secara mandiri

- 1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian
- 2) Jelaskan cara buang air besar dan buang air kecil yang baik
- 3) Latih buang air besar dan buang air kecil yang baik
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta buang air besar dan buang air kecil

4.4. Tindakan Keperawatan

Pada tinjauan teori implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada implementasi keperawatan penulis menerapkan atau memberikan 4 SP pada pasien yaitu SP 1 membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kebutuhan kebersihan diri pasien, menjelaskan pentingnya kebersihan diri, menjelaskan cara dan alat kebersihan diri, melatih cara menjaga kebersihan diri, memasukkan pada jadwal kegiatan. SP 2 yaitu menjelaskan cara dan alat untuk berdandan, melatih cara berdandan setelah kebersihan diri, memasukkan pada jadwal kegiatan. SP 3 yaitu menjelaskan cara dan alat makan dan minum, melatih cara makan dan minum, memasukkan pada jadwal kegiatan. SP 4 yaitu menjelaskan cara BAK dan BAB yang baik, memasukkan pada jadwal kegiatan. Menurut penulis tidak ada halangan untuk melakukan 4 SP dalam 4 hari karena pasien kooperatif. Kegiatan dilaksanakan di ruang gelatik RSJ Menur Surabaya yang dimulai pada tanggal 12 Desember 2022 sampai dengan 19 Desember 2022.

Pada tanggal 14 Desember 2022 dilakukan tindakan SP 1 yang terdiri dari membina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat, mengidentifikasi kebutuhan kebersihan pasien, menjelaskan pentingnya kebersihan diri pada pasien, menjelaskan cara dan alat kebersihan diri, melatih cara menjaga kebersihan diri, memasukkan pada jadwal kegiatan. Dalam pertemuan pertama pasien mampu menyebutkan nama, alamat, dan pasien berkenan untuk diajak berdiskusi tentang defisit perawatan diri. Pada pelaksanaan SP 1 mampu menjawab pertanyaannya dengan kooperatif namun kontak mata pasien masih kurang. Pada hasil wawancara respon pasien secara verbal dari mulai

perkenalan pasien mengatakan “pagi mbak nama saya Ny.D”. Kemudian oleh penulis ditanyakan mengenai perasaan atau keluhan yang dirasakan pasien menjawab “keluhannya kepala saya gatal-gatal mbak”. Pada saat dikaji pasien mampu menyebutkan cara kebersihan diri dan kepentingan kebersihan diri. Pasien juga mampu melakukan latihan kebersihan diri dengan cara mandi, gosok gigi dan memotong kuku. Untuk ini penulis berasumsi bahwa pasien mampu menjaga kebersihan diri dengan cara mandi, gosok gigi, memotong kuku dan pasien kooperatif meskipun kontak mata pasien kurang.

Menurut penulis saat dilakukan tindakan pada SP 1 tidak ada halangan dan pasien mempraktikkan cara latihan kebersihan diri dengan cara mandi , dengan cara ini penulis berharap pasien dapat melakukan kebersihan diri dengan melakukan cara yang sudah diajarkan oleh perawat. Dan secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pasien mampu mengidentifikasi cara kebersihan diri, pentingnya kebersihan diri, dan alat-alat untuk kebersihan diri dan pasien kooperatif meskipun kontak mata pasien kurang.

Pada tanggal 15 Desember 2022 dilakukan tindakan SP 2 yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien tentang kebersihan diri, menjelaskan cara dan alat untuk berdandan, melatih cara berdandan setelah kebersihan diri, memasukkan pada jadwal kegiatan. Pada saat wawancara yaitu pasien mampu menjelaskan cara dan alat untuk berdandan dan pasien mampu melakukan cara berdandan setelah kebersihan diri dengan baik.

Menurut penulis secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pasien mampu melakukan kebersihan diri dengan cara berdandan dan berpakaian dengan baik

dan benar. Dengan cara ini penulis berharap pasien bisa menjaga kebersihan diri dengan berdandan dengan baik dan benar.

Pada tanggal 16 Desember 2022 dilakukan tindakan SP 3 yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien tentang kebersihan diri dan berdandan, menjelaskan cara dan alat makan dan minum, melatih cara makan dan minum, memasukkan pada jadwal kegiatan. Pada saat wawancara yaitu pasien mampu menjelaskan cara makan dan minum yang benar dan pasien mampu melatih cara makan dan minum, pasien juga mampu mengikuti dan mempraktikkan cara yang sudah diajarkan oleh perawat dengan baik, pasien juga mampu memasukkan kegiatan harian kedalam jadwal kegiatan sehari-hari.

Menurut penulis secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pasien mampu mengevaluasi jadwal harian dan mampu melakukan cara makan yang sudah diajarkan oleh perawat. Penulis berharap bahwa pasien mampu melakukan cara makan dan minum dengan baik dan benar.

Pada tanggal 17 Desember 2022 dilakukan SP 4 yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien tentang kebersihan diri, berdandan dan cara makan dan minum, menjelaskan cara BAK dan BAB yang baik, memasukkan pada jadwal kegiatan. Pada saat wawancara pasien mampu menjelaskan cara BAK dan BAB yang benar, pasien juga mampu mengikuti dan mempraktikkan cara yang sudah diajarkan oleh perawat dengan baik, pasien juga mampu memasukkan kegiatan harian kedalam jadwal kegiatan sehari-hari.

Menurut penulis secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pasien mampu mengevaluasi jadwal harian dan mampu melakukan cara BAK/BAB yang sudah

diajarkan oleh perawat. Penulis berharap bahwa pasien mampu melakukan BAK/BAB dikamar mandi dengan benar.

4.5. Evaluasi

Tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dapat dilaksanakan dengan baik dimana kami dapat mengetahui keadaan pasien dan mengetahui masalahnya secara langsung. Evaluasi pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan empat hari di RSJ Menur ruang Flaboyan.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi, penulis melakukan SP 1 pada tanggal 14 Desember 2022 dan mampu membina hubungan saling percaya dan mampu mencapai SP 1 yaitu mengidentifikasi kebutuhan kebersihan pasien, menjelaskan pentingnya kebersihan diri, menjelaskan cara dan alat kebersihan diri, melatih cara menjaga kebersihan diri dan memasukkan pada jadwal kegiatan.

Pada evaluasi berikutnya tanggal 15 Desember 2022 dilanjutkan SP 2 yaitu pasien mampu mengevaluasi kegiatan harian, menjelaskan cara dan alat untuk berdandan, melatih cara berdandan setelah kebersihan diri, dan mampu memasukkan pada jadwal kegiatan.

Pada evaluasi berikutnya tanggal 16 Desember 2022 dilanjutkan SP 3 yaitu pasien mampu mengevaluasi kegiatan harian, menjelaskan cara dan alat makan dan minum, melatih cara makan dan minum dan mampu memasukkan pada jadwal kegiatan harian.

Pada evaluasi berikutnya tanggal 17 Desember 2022 dilanjutkan SP 4 yaitu pasien mampu mengevaluasi kegiatan harian, menjelaskan cara BAK dan BAB yang baik dan mampu memasukkan pada jadwal kegiatan harian.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus defisit perawatan diri di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri.

5.1. Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama defisit perawatan diri pada Ny.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan kesimpulan bahwa pasien sudah dapat menjadi lebih baik dari pada hari pertama dia brada diruangan Flamboyan pada tanggal 12 Desember 2022.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama defisit perawatan diri pada pasien Ny.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan tiga permasalahan actual yaitu, (1) Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah. (2) Defisit Pearawatan Diri, (3) Isolasi Sosial.
3. Keterlibatan pasien dan perawat pada saat di Rumah Sakit maupun pada saat dirumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan defisit perawatan diri.

4. Intervensi yang diberikan kepada Ny. D yaitu strategi yang diberikan kepada pasien ada 4 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kebutuhan kebersihan pasien, menjelaskan pentingnya kebersihan diri, menjelaskan cara dan alat kebersihan diri, melatih cara menjaga kebersihan diri, memasukkan pada jadwal kegiatan. SP 2 bertujuan menjelaskan cara dan alat untuk berdandan, melatih cara berdandan setelah kebersihan diri, memasukkan pada jadwal kegiatan. SP 3 bertujuan menjelaskan cara dan alat makan dan minum, melatih cara makan dan minum, memasukkan pada jadwal kegiatan. SP 4 bertujuan menjelaskan cara BAK dan BAB yang baik, memasukkan pada jadwal kegiatan.
5. Tindakan keperawatan pada Tn. N dilakukan mulai tanggal 12 Desember 2022 sampai dengan 19 Desember 2022 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama 4 hari tersebut pasien mampu menjaga defisit perawatan diri secara kognitif, afektif, dan psikomotorik.
6. Terapi dan pengobatan farmakologis sangatlah penting, namun untuk mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab permasalahan hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut
7. Pada akhir evaluasi pada tanggal 19 Desember 2022 semua tujuan dapat tercapai karena kondisi pasien hanya mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.

8. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri pada pasien Ny.D , yang dilaksanakan mulai 16 Desember 2022 sampai tanggal 19 Desember 2022.

5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas , maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut :

1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Untuk menambah pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien gangguan jiwa, sehingga mahasiswa bisa lebih professional dan lebih kreatif lagi dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. **Bagi Rumah Sakit**

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep defisit perawatan diri dan meningkatkan ketrampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman perawat tentang perawatan pasien dengan gangguan jiwa khususnya masalah utama defisit perawatan diri sehingga perawata dapata membantu mengatasi pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri.

3. **Bagi Mahasiswa**

Untuk meningkatkan ketrampilan, menambah pengetahuan dan watan jiwa mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Dan diharapkan agar mahasiswa peneliti selanjutnya dapat memahami komunikasi terapeutik. Serta mengetahui

terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi perawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Anita, V. (2016). *Penerapan Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Pusuk Buhit*.
- Aprilianty, R. (2021). *Komunikasi terapeutik skizofrenia* (Issue September).
- Azizah, Zainuri, A. (2016). KESEHATAN JIWA Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *KESEHATAN JIWA Teori Dan Aplikasi Praktik Klinik*, 674.
- Damayanti. (2020). *Universitas Muhammadiyah Magelang Universitas Muhammadiyah Magelang*.
- Kurniawan. (2015). *DENGAN STRES KELUARGA*. 179–189.
- Kurniawati. (2018). *Klasifikasi Gangguan Jiwa Skizofrenia Menggunakan Algoritme Support Vector Machine (SVM)*. 2(5), 1866–1873.
- Nihayati. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta:Salemba Medika. 1–18.
- Prihadi, R., & Erlando, A. (2019). *Defisit Perawatan Diri dan Terapi Kognitif Perilaku : Studi Literatur*. 1(1), 94–100.
- Putra, R. S., & Hardiana, S. (2019). *MASALAH DEFISIT PERAWATAN DIRI*. 9.
- Samura, M. D. (2019). *GANGGUAN JIWA DENGAN MODEL STRES ADAPTASI STUART OBAT SEMBADA MEDAN Drug Dependency 2019 . This research is quantitative with a cross sectional*. 1(2), 63–69.
- Soewondo. (2013). *GAMBARAN TINGKAT STRES PADA KELUARGA YANG MEMILIKI*. 299–302.
- Susanti, H. (2016). *DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA KLIEN SKIZOFRENIA : 1989*.
- Susanti, W. (2018). *Universitas Muhammadiyah Purwokerto PROSES EVALUASI PENERAPAN TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK STIMULASI PERSEPSI : DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA KLIEN GANGGUAN JIWA DI PANTI REHABILITASI X KABUPATEN WONOSOBO EVALUATION PROCESS OF THE APPLICATION PERCEPTUAL STIMUL*. 18, 2014–2019.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawatan Nasional Indonesia.
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, A. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 12(2), 224–235. <https://doi.org/10.36990/hijp.v12i2.234>
- Wulandari. (2020). *Peningkatan Kemampuan dan Penurunan Gejala Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri : Studi Kasus*.
- Yuswatiningsih, E., & Rahmawati, I. M. H. (2020). Kemampuan Interaksi Sosial Pada Pasien Isolasi Sosial Di Puskesmas Rejoso Nganjuk. *Jurnal HOSPITAL MAJAPAHIT*, 12(2), 87–95. <http://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/HM/article/view/660>

Lampiran 1***CURRICULUM VITAE***

Nama : Sangrila Dwi Ayuningsih
NIM : 2230094
Tempat, Tanggal Lahir : Blitar, 27 Maret 1999
Alamat : Manukan Subur IV 32H Sby
Agama : Islam
Email : sangrilaayuningsih@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | |
|---|------------------|
| 1. TK Dharma Wanita | Lulus Tahun 2005 |
| 2. SDN Tambakan 01 | Lulus Tahun 2012 |
| 3. SMPN 2 Talun | Lulus Tahun 2015 |
| 4. SMK Wijaya Putra | Lulus Tahun 2018 |
| 5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulus Tahun 2022 |

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

“Badai pasti berlalu Angin topan menunggu Pelangi bersinar kembali”

Persembahan :

Alhamdulillah puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan kemudahan, kelancaran, petunjuk serta pertolongan terhadap saya karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga mampu menyelesaikan kewajiban dan bisa mendapatkan hasil yang sesuai dengan usaha serta kerja keras saya selama ini, saya persembahkan karya ini kepada :

1. Atas ridho Ibu (Istiqomah), terimakasih atas usaha yang tidak pernah lelah untuk membiayai hidup saya terutama dalam hal pendidikan, do'a, semangat, motivasi, support untuk saya selama ini. Sehingga dapat menjalankan tugas akhir kuliah. Semoga Allah SWT selalu mengabulkan hajatnya, memberi (petunjuk, kesehatan, kelancaran rezeki, panjang umur) dan kebahagiaan kepada beliau.
2. Kakak (Aril Mubarak) kakak ipar (Ajeng Sujastia) keponakan (Ayesha dan Anderpati) yang tercinta & tersayang, terimakasih sudah meyemangati saya selama menuntut ilmu.

3. Sahabat-sahabatku (Nurul,Ale,Shvira,Selvy,Aura,Fadwa,Mayang dll), yang telah menemani saya selama 5 tahun dalam kuliah yang tidak pernah bosan mensupport dan memotivasi ketika saya merasa kesulitan dalam hal pelajaran dan penelitian.
4. Teruntuk kekasihku (Adam Eka Mahendra), terima kasih sudah memotivasiku dan menyemangatiku
5. Teman-teman terbaik di Prodi Ners angkatan 24, terimakasih atas dukungan, motivasi dan saling supportnya.

Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per-satu, terimakasih selalu mendoakan yang terbaik untuk saya, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya. Peneliti berharap bahwa proposal ini bermanfaat bagi yang membacanya dan semoga budi baik yang telah diberikan terhadap peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah SWT serta selalu melindungi dan meridhoi kalian. Aamiin Ya Robbal'Alaamiin.

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pertemuan : Ke 1

Tanggal: : 15 Desember 2022

Nama Pasien : Ny D

Ruangan : Flamboyan

A. Proses Keperawatan

1) Deskripsi Klien

Pasien mengatakan menolak untuk mandi karena malas dan tidak tahu apa pentingnya kebersihan diri. Pasien terlihat kotor, gigi terlihat kotor, kuku terlihat panjang, rambut terlihat kotor, badan bau.

2) Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri : Kebersihan Diri

3) Tujuan Keperawatan :

- a. Pasien mampu mandi secara mandiri
- b. Pasien mampu membersihkan rambut/keramas secara mandiri
- c. Pasien mampu gosok gigi secara mandiri
- d. Pasien mampu memotong kuku secara mandiri

4) Rencana Tindakan

SP 1 : Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri

- a. Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri : mandi
- b. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri : mandi
- c. Menjelaskan alat-alat mandi

- d. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri : mandi, ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, dan potong kuku
- e. Melatih pasien mempraktekkan cara mandi
- f. Memasukkan dalam jadwal kegiatan

B. Rencana Komunikasi Keperawatan

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi bu”. “saya perawat sangrila, saya yang bertugas pada pagi ini ,selama beberapa hari kedepan perawat akan merawat Ibu D.”

b. “Nama ibu siapa? Biasanya dipanggil siapa, bu ?”, “saya lihat dari tadi ibu menggaruk kepalanya, kenapa bu ?”. “ibu apa tadi sudah mandi ?”.”kenapa ibu belum mandi?”

c. Kontrak kerja

“kalau begitu bu, bagaimana kalau kita bicara tentang perawatan kebersihan diri, kira-kira waktunya 20 menit, tempatnya disini, bagaimana bu ?”

2. Fase kerja

a. Identifikasi masalah perawatan diri

“ibu berapa kali biasanya mandi?”, “kenapa jadi seperti itu bu?”

b. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan

“kalau begitu kita sekarang bicara tentang pentingnya mandi. Coba ibu pikirkan kalau ibu mandi, apa yang ibu rasakan?”.”nah, sekarang saya akan menyebutkan gunanya jika ibu mandi. Pertama, ibu bersih, kalau yang kedua apa ibu?”, “coba ibu ingat - ingat

dulu”, “iya ibu benar, lalu apalagi bu?”. “iya ibu bagus sekali. Terus kalau kita mandi apa akibatnya?”, “iya ibu bagus sekali”

c. Menjelaskan alat-alat untuk kebersihan diri

“baiklah bu, sekarang coba ibu sebutkan dulu alat-alat mandi yang biasanya digunakan untuk ibu mandi”, “saya sebutkan dulu ya bu, pertama sabun. benar bu, lalu apa bu?”, “lalu apa lagi bu?”, “benar sekali bu”

d. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri

“nah ibu sekarang sudah tahu kan alat-alat mandi, sekarang saya akan menjelaskan cara-cara mandi, sikat gigi, cuci rambut, dan potong kuku”, “kita mulai dengan mandi ya bu, pertama kita guyur seluruh tubuh, ambil sabun, tuangkan sabun ketelapak lalu gosok-gosok, kemudian usapkan ke seluruh tubuh”, “sekarang pakai shampoo ya bu, pertama tuangkan shampoo di telapak tangan, lalu gosokkan kepala”, “terakhir kita guyur seluruh badan sampai shampoo dan sabunya hilang ya bu”, “kemudian pakai handuk. Selanjutnya gosok gigi”, “pertama beri pasta gigi diatas gigi, beri sedikit air lalu digosokkan kemulut dan gigi, setelah itu kumur-kumur dan buang airnya”, “kalau sudah ganti baju ya bu, terus kita Injutkan untuk memotong kuku”, “kalau ibu melakukan kegiatan ini nanti badan dan kepalanya tidak gatal sama bau lagi bu. Tiap hari ibu jadi wangi”, “sekarang saya praktekan dulu ya bu, ibu lihat ya”

e. Melatih pasien mempraktekkan

“nah sekarang kita praktekkan dikamar mandi ya bu”

f. Memasukkan dalam jadwal kegiatan

“ibu tadi kita sudah selesai mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri, nanti ibu mau latihan mandi jam berapa?”, “ kalau sikat gigi?”, “ potong kukunya?”.” Baik, bu saya masukkan kejadwal harian ya “

3. Fase terminasi

a. Evaluasi subjektif

“nah, ibu bagaimana perasaanya setelah mandi?”

b. Evaluasi objektif

“ibu masih ingat yang kita lakukan tadi?”

c. Tindak lanjut

“ibu tadi kan kita sudah buat jadwal kapan ibu melakukannya, besok saya cek lagi ya yang sudah dilakukan apa belum. Kalau ibu sudah melakukan sendiri tanpa diingatkan, nanti dijadwal saya tulis M ya, kalau masih perlu diingatkan nanti saya tulis B ya”

d. Kontrak yang akan datang

“kalau begitu bu, saya akan kembali keruang perawat, besok saya akan menemui ibu lagi jam 09.00 pagi untuk latihan berdandan, tempatnya diruangan ini saja, bagaimana ibu?”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pertemuan : Ke 2

Tanggal: : 16 Desember 2022

Nama Pasien : Ny. D

Ruangan : Flamboyan

A. Proses Keperawatan

1) Deskripsi Klien

Pasien mengatakan merasa segar dan wangi setelah mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, dan memotong kuku. Tetapi pasien terlihat kotor dan kusut bajunya, pasien sesekali tidak memakai baju.

2) Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri : Berdandan

3) Tujuan Keperawatan :

- a. Pasien mampu berpakaian secara mandiri
- b. Pasien mampu menyisir rambut secara mandiri
- c. Pasien mampu mencukur jenggot secara mandiri

4) Rencana Tindakan

SP 2 : Melatih cara berdandan setelah kebersihan diri

- a. Evaluasi tanda dan gejala defisit perawatan diri
- b. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama
- c. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan
- d. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk perempuan, sisiran, cukuran untuk laki-laki
- e. Memasukkan dalam jadwal kegiatan untuk kebersihan dan berdandan

B. Rencana komunikasi keperawatan

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

“selamat pagi ibu”. “ibu masih ingat dengan saya ?”

b. Validasi pasien

“bagaimana perasaan ibu saat ini?”, “iya ibu tampak segar dan wangi, ibu sudah mandi ya?”

c. Kontrak kerja

“nah ibu sesuai janji kita kemarin hari ini kita akan melakukan kegiatan merias diri atau berdandan, tempatnya disini ya bu, waktunya kurang lebih 20 menit ya bu”

2. Fase kerja

a. Evaluasi tanda dan gejala

“ibu, saya liat kancing ibu tidak pas”, “ terus ibu tadi setelah mandi sudah sisiran”,

b. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama

“bagaimana bu, apakah ibu ada kesulitan melakukan kegiatan yang telah kita jadwalkan kemaren bu?”, “ibu melakukan kegiatannya diingatkan perawat atau melakukannya sendiri?”, “bagus sekali ibu”

c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama

“apa yang ibu rasakan setelah melakukan kegiatan tersebut bu?, “iya ibu, benar sekali”

d. Jelaskan cara dan alat berdandan, latih cara berdandan

“nah sekarang kita belajar berdandan ya bu “, “pertama kita pakai bedak dulu, oleskan lipstik dibibir dan gambar alis yang bagus ya bu,”
“terus pakai baju bu, masukkan tangan ibu satu-satu, setelah itu masukkan kancingnya kelubang yang sesuai”, “habis itu kita sisir rambut ya bu “, “nah bu, kalau ibu melakukannya nanti ibu akan terlihat lebih rapi bu”, “sekarang kita contohkan ya bu“, “nah sekarang ibu coba ya sekarang”

e. Masukkan pada jadwal kegiatan

“nah ibu bisa melakukan berdandan ini setelah mandi. “saya masukkan kedalam jadwal ya bu?”

3. Fase terminasi

a. Evaluasi subjektif

“nah bagaimana perasaan ibu setelah belajar berdandan tadi ?”

b. Evaluasi objektif

“nah ibu, ibu D masih ingat kita tadi belajar apa ?”, “coba sebutkan bu”, “bagus ibu, ibu bisa mengingatnya dengan tepat”

c. Rencana tindak lanjut

“nah kan tadi ibu bilang ingin melakukan kegiatan berdandan setiap habis mandi, ini akan dimasukkan ke dalam jadwal harian ya bu”

d. Kontrak yang akan datang

“baiklah bu kalau begitu saya permisi ya bu, saya ke ruang perawat dulu. Besok pagi jam 07.00 pagi kita latihan makan dan minum yang baik diruang makan”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pertemuan : Ke 3

Tanggal: : 17 Desember 2022

Nama Pasien : Ny D

Ruangan : Flamboyan

A. Proses Keperawatan

1) Deskripsi Klien

Pasien masih terlihat rapi. Dari hasil pengamatan sebelumnya pasien makan sembarang tempat

2) Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri : Makan dan Minum

3) Tujuan Keperawatan

- a. Pasien mampu makan dan minum secara mandiri
- b. Pasien mampu makan dan minum dengan baik
- c. Pasien mampu makan dan minum dengan rapi

4) Rencana tindakan keperawatan

- a. Validasi kemampuan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan diberi pujian
- b. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga
- c. Menjelaskan makan yang tertib
- d. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan
- e. Latih cara makan dan minum yang baik
- f. Masukkan latihan kedalam jadwal kegiatan

B. Rencana komunikasi keperawatan

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

“selamat pagi ibu”

b. Validasi pasien

“ibu pagi ini masih terlihat rapi ya “

c. Kontrak kerja

“nah ibu sesuai janji kita kemarin hari ini kita akan melakukan kegiatan latihan makan dan minum yang baik, tempatnya disini, waktunya kurang lebih 20 menit. Bagaimana ibu?”

2. Fase kerja

a. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama dan kedua

“gimana bu, apakah ibu ada kesulitan melakukan kegiatan yang telah kita jadwalkan, bu?”, “ibu melakukan kegiatannya di ingatkan perawat atau melakukannya sendiri bu?”, “wah itu bagus sekali ibu, tetap lanjutkan sampai ibu bisa melakukan tanpa diingatkan

b. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua

“bagaimana perasaan ibu setelah mandi, bu?”, “kalau setelah berdandan, apa yang ibu rasakan?”, “iya ibu, benar ekali”

c. Cara makan dan minum

“ibu sekarang kita membicarakan tentang kebutuhan kita makan perhari, yaitu satu kali makan kita dengan 1 piring nasi dengan sayur dan lauk pauk sama 1 gelas air ya bu”, “sekarang saya nanya apa

yang harus kita lakukan sebelum makan?”, “sebelum makan kita harus cuci tangan, setelah itu?”, “saya akan menjelaskan cara makan yang baik, saat makan kita harus menyuap makanan satu-satu dengan pelan-pelan. Jika, merasa haus ibu bisa minum”

d. Menjelaskan cara makan yang tertib

“ibu kalau makan yang tertib ya. Ini piring dan makan ibu. Dan itu piring punya teman ibu. Jadi, ibu makan yang ada dipiring ibu ya”

e. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan

“setelah selesai kita bereskan dan taruh gelas dan piring yang kotor ke tempat pencucian piring. Setelah itu ibu cuci tangan”, “ibu, kalau ibu makan tiap hari sesuai kebutuhan nanti badan ibu akan lebih sehat”

f. Latihan cara makan dan minum yang baik

“sekarang, ayo kita keruang makan ya bu”, “ada perawat ingin membagikan obat”, “coba ibu sendiri yang minum obatnya”

g. Masukkan kedalam jadwal kegiatan

“nah ibu, kapan akan melakukan latihan makan dan minum ini”, “saya masukkan kedalam jadwal ya bu”

3. Fase terminasi

a. Evaluasi subjektif

“nah bagaimana perasaan ibu setelah belajar latihan makan dan minum yang baik tadi?”

b. Evaluasi objektif

“nah ibu, ibu masih ingat kita tadi belajar tentang apa?”, “coba sebutkan ibu”, “bagus ibu , ibu bisa mengingatnya dengan tepat waktu”

c. Rencana tindak lanjut

“nah tadi akan ibu bilang ingin melakukan latihan makan dan minum yang baik sewaktu makan, ini akan saya masukkan kedalam jadwal harian ya bu. Nah ibu lakukan ya”

d. Kontrak yang akan datang

“baiklah bu, kalau begitu saya permisi ya bu, saya keruang perawat dulu, besok jam 09.00 pagi latihan BAB/BAK secara mandiri disini saja, waktunya kurang lebih 20 menitan”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pertemuan : Ke 4

Tanggal: : 18 Desember 2022

Nama Pasien : Ny.D

Ruangan : Flamboyan

A. Proses Keperawatan

1) Deskripsi Klien

Pasien mengatakan merasa segar dan rapi. Tampak baju yang dipakai dan rambut rapi dan makan tidak sembarangan lagi. Tetapi pasien didapatkan BAK/BAB disembarang tempat.

2) Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri : BAK/BAB

3) Tujuan Keperawatan

- a. Pasien mampu melakukan BAK/BAB secara mandiri
- b. Pasien mampu melakukan BAK/BAB pada tempatnya

4) Rencana tindakan keperawatan

- a. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan beri pujian
- b. Evaluasi manfaat kegiatan pertama, kedua dan ketiga
- c. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
- d. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
- e. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK
- f. Latih BAB dan BAK yang baik
- g. Masukkan pada jadwal kegiatan

B. Rencana komunikasi keperawatan

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

“selamat pagi ibu”

b. Validasi pasien

“ibu tampakk segar dan wangi, ibu sudah mandi ya”, “ibu pagi ini terlihat rapi ya”

c. Kontrak kerja

“nah ibu sesuai janji kita kemarin hari ini kita akan melakukan kegiatan latihan BAK/BAB secara mandiri tempatnya disini, waktunya kurang lebih 20 menit. Bagaimana bu?”

2. Fase kerja

a. Validasi kemampuan pertama, kedua dan ketiga

“gimana bu, apakah ibu ada kesulitan melakukan kegiatan yang telah kita jadwalkan bu?”, “ibu melakukan kegiatannya diingatkan perawat atau melakukannya sendiri?”, “wah itu bagus sekali, ibu. Terus bagaimana dengan latihan makan dan minum kemarin”, “wah bagus sekali”

b. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga

“bagimana perasaan ibu setelah mandi bu?”, “kalau setelah berdandan, apa yang ibu rasakan?”, “iya ibu, benar sekali. Terus setelah ibu latihan makan dan minum yang baik kemarin. Apa yang bapak rasakan?”, “bagus sekali ibu”

c. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai

“sekarang saya tanya, dimana seharusnya bapakk BAB dan BAK?”,

“iya betul sekali. Kalau kita mau BAB dan BAK tempatnya di WC”

d. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK

“sekarang akan menjelaskan cara ibu membersihkan diri setelah BAB dan BAK. Setelah BAB dan BAK bapak membersihkan anus atau kemaluan dengan air yang bersih dan pastikan tidak ada tinja/air kencing yang masih tersisa ditubuh ibu, ibu paham”

e. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAK dan BAB

“setelah ibu membersihkannya jangan lupa tinja/air kencing yang ada di WC dibersihkan. Caranya siram tinja/air kencing itu tidak tersisa di WC, jika bapak membersihkan tinja/air kencing seperti ini, berarti ibu ikut mencegah menyebarkan kuman yang berbahaya yang ada pada kotoran/air kencing. Setelah selesai membersihkan tinja/air kencing ibu perlu merapikan kembali pakaian sebelum keluar dari WC. Pastikan resleting celana telah tertutup rapi, lalu cuci tangan dengan menggunakan sabun”

f. Latih BAK dan BAB yang baik

“sekarang kita latihan ya bu”. “pertama, kita latihan membersihkan diri setelah BAB dan BAK”, “kedua, kita latihan membersihkan tempat BAB dan BAK”

g. Masukkan pada jadwal kegiatan

“nah ibu bisa lakukan latihan ini sewaktu ibu ingin BAK atau BAB”, “jadi ibu sewaktu ingin BAB dan BAK ibu bisa melakukan latihan yang kita lakukan tadi”

3. Fase terminasi

a. Evaluasi subjektif

“nah bagaimana perasaan ibu setelah belajar BAB dan BAK secara mandiri tadi?”

b. Evaluasi objektif

“nah ibu, ibu masih ingat kita tadi belajar apa?”, “coba ibu sebutkan “,
“bagus ibu, ibu bisa mengingatnya dengan baik dan benar

c. Rencana tindak lanjut

“nah tadi kan ibu bilang akan melakukan latihan BAB dan BAK secara mandiri sewaktu ibu ingin BAB dan BAK, ini akan dimasukkan kejadwal harian ya bu”, “nah lakukan ya bu”

d. Kontrak yang akan datang

“baiklah bu , kalau begitu saya permisi ya bu saya akan keruang perawat dulu”

Lampiran 4

Standar Pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok dengan Defisit Perawatan Diri

1.1 Metode Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Metode yang digunakan pada terapi aktivitas kelompok ini adalah metode:

1. Perkenalan diri pada seluruh perawat
2. Menanyakan perasaan pasien pada saat terapi berjalan

1.2 Waktu dan tempat

Hari/ tanggal : Jum'at, 16 Desember 2022

Pukul : 09.00 WIB

Tempat : Ruang makan R. Flamboyan RSJ Menur

1.3 Pasien dan Ruangan Pasien

Pasien yang mengikuti kegiatan berjumlah 3 orang dari R. Flamboyan, terdiri dari:

1. Ny. D (
2. Ny. A (45 tahun)
3. Ny. T (39 tahun)

1.4 Media dan alat

1. Handphone
2. Speaker
3. Music/ lagu
4. Buku catatan dan bolpoin
5. Jadwal kegiatan pasien

1.5 Susunan pelaksanaan

Yang bertugas dalam TAK kali ini disesuaikan dengan petugas setiap sesi yang telah disepakati sebagai berikut:

1. Leader : Sangrila Dwi
2. Co Leader : Mayang Safutri
3. Fasilitator : Aura
4. Dokumentasi & fasilitator : Selvy Yunita

1.6 Uraian Tugas Pelaksanaan

1.6.1 Leader

1. Menyampaikan tujuan dan peraturan kegiatan terapi aktivitas kelompok menyiapkan proposal kegiatan TAK
2. Mampu memotivasi anggota untuk aktif dalam kelompok dan memperkenalkan dirinya
3. Mampu memimpin terapi aktivitas kelompok dengan baik

1.6.2 Co. Leader

1. Mendampingi leader
2. Menjelaskan aturan pemain
3. Menyampaikan informasi dari fasilitator ke leader tentang aktivitas pasien

1.6.3 Fasilitator

1. Menyediakan fasilitas selama kegiatan berlangsung ikut serta dalam kegiatan kelompok
2. Memfasilitasi dan memberikan okupasi dan motivator pada anggota kelompok untuk aktif mengikuti jalannya terapi

1.6.4 Dokumentasi

1. Mendokumentasikan seluruh rangkaian acara dalam bentuk foto dan/ atau video

1.7 Kriteria Pasien

1. Klien dengan gangguan jiwa terkhususnya perawatan diri:
defisit perawatan diri
2. Klien yang mengikuti terapi aktivitas ini adalah tidak mengalami perilaku agresif atau mengamuk, dalam keadaan tenang.
3. Klien dapat diajak bekerjasama.

1.8 Antisipasi masalah

1. Sebelum kegiatan dilaksanakan, perawat memberi kesempatan kepada setiap peserta untuk BAB dan BAK
2. Fasilitator memotivasi peserta yang tidak berpartisipasi
3. Menjaga pintu keluar untuk mengantisipasi pasien melarikan diri dari tempat kegiatan

1.9 Langkah-langkah kegiatan

1. Persiapan
 - a. Membuat kontrak dengan anggota kelompok
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
Salam dari leader kepada pasien. Leader/ co leader memperkenalkan diri
 - b. Evaluasi/ validasi
Leader menanyakan perasaan dan keadaan pasien saat ini

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan kegiatan
- 2) Menjelaskan aturan main, yaitu:
 - a) Berkenalan dengan anggota kelompok
 - b) Jika ada peserta yang akan meninggalkan kelompok, harus minta izin pada pemimpin TAK
 - c) Lama kegiatan 45 menit
 - d) Setiap pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
- 3) Tahap kerja
 - a) Seluruh pasien dibuat berhadap-hadapan
 - b) Anggota kelompok melakukan perkenalan terlebih dahulu, setelah itu dilanjutkan perkenalan dengan pasien dengan cara:
 - Memberi salam
 - Menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, asal ruangan dan hobby
 - c) Setelah memperkenalkan diri, pasien menyebutkan terlebih dahulu apa manfaat mandi, kerugian mandi, dan alat-alat mandi kemudian setelah terapi menyebutkan SP
 - d) Kemudian dihidupkan musik untuk mempraktikkan senam cuci tangan dengan benar, kemudian pasien diminta untuk memperagakan kembali senam cuci tangan

- 4) Tahap Terminasi
 - a) Leader atau Co leader memberikan pujian atas keberhasilan dan kerjasama kelompok
 - b) Leader atau co leader menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti kegiatan TAK
 - c) Fasilitator membagikan
 - d) Leader atau co leader menganjurkan pasien untuk sering bersosialisasi, selalu bekerjasama, dan memasukkan kegiatan mengontrol defisit perawatan diri kedalam kegiatan harian sebanyak 2x1
 - e) Observer mengumumkan pemenang
 - f) Fasilitator membagikan hadiah kepada pemenang

Evaluasi Kegiatan

2.1 Hasil Pelaksanaan Kegiatan TAK

2.1.1 Evaluasi Terapis

Kegiatan TAK dilaksanakan dilaksanakan pada Jumat, 16 Desember 2022 jam 09.00 WIB. Kegiatan dilakukan di ruang makan R. Flmboyan. Dalam pelaksanaan TAK, jumlah terapis terdiri ada 4 orang yang terdiri dari Leader, Co.Leader, Fasilitator dan Dokumentasi. Leader memperkenalkan diri kepada pasien dan leader memberikan kesempatan untuk co-leader, doumentator untuk memperkenalkan diri kepada pasien dan memberikan pasien kesempatan untuk memperkenalkan dirinya masing-masing. Leader dan co-leader saling bergantian menjelaskan peraturan terapi aktivitas kelompok, seperti bagaimana peraturan yang di buat saat terapi aktivitas kelompok dilaksanakan, durasi berjalannya terapi aktivitas kelompok.

Dalam terapi aktivitas kelompok, leader dan co-leader sudah melakukan tugasnya untuk menjelaskan jalannya terapi aktivitas kelompok dan memimpin jalannya terapi. Observer telah melakukan tugasnya dengan mengamati jalannya terapi aktivitas kelompok, mengobservasi jalannya proses kegiatan, mengamati serta mencatat perilaku verbal dan non verbal pasien selama kegiatan berlangsung (dicatat pada format yang tersedia), mengawasi jalannya aktivitas kelompok dari mulai persiapan, proses hingga penutupan, memberikan hadiah (reward) bagi pasien yang menang dalam permainan serta apakah pasien mampu melakukan SP yang sudah ditentukan dan dokumenter sudah melakukan tugasnya mendokumentasikan seluruh rangkaian acara dalam bentuk foto dan/atau video.

2.1.2 Evaluasi pasien

Kegiatan TAK dilaksanakan pada Jum'at, 16 Desember 2022 jam 09.00 WIB. Dalam pelaksanaan TAK, jumlah Pasien berjumlah 3 orang dengan masalah defisit perawatan diri semua peserta perempuan sesuai dengan proposal yang telah diajukan. Dalam terapi aktivitas kelompok perawat melakukan kontrak kepada pasien sehari sebelum TAK dilakukan. Mempersiapkan alat dan menyeting tempat dilakukan sebelum pasien datang di tempat pelaksanaan TAK. Suasana kegiatan TAK mulai dari awal hingga akhir acara berlangsung aman dan nyaman. Respon pasien saat diberikan terapi aktivitas kelompok yaitu:

1. Kemampuan melakukan perawatan diri Pasien mengatakan mandi 2x/hari pagi dan sore tetapi setelah mandi tidak menggunakan handuk.

2. Kemampuan persiapan alat mandi

Pasien mengatakan menyiapkan air, gayung, sabun, sikat gigi dan odol gigi.

3. Kemampuan Non verbal

Pasien sangat bersemangat. Pasien mampu memperagakan /mengekspresikan SP Defesit Perawatan Diri dan Pasien mampu mengamati dengan baik jalannya kegiatan TAK.

<p>Kalau boleh tau ibu namanya siapa?</p> <p>K: Nama saya D mbak</p> <p>P: Ibu senang dipanggil apa?</p> <p>K: D saja mbak tidak apa-apa</p> <p>P: Baiklah bu bagaimana kalau kita bercakap-cakap?</p> <p>K: boleh mbak</p> <p>P: ibu mau mengobrol dimana?</p> <p>K: Disini saja mbak</p> <p>P: Kita mengobrol selama 20 menit bagaimana bu?</p>	<p>K: Menjawab dengan tersenyum</p> <p>P: Duduk disamping klien</p> <p>K: Tersenyum dan menantap keperawat</p> <p>P: Sikap terbuka dan tersenyum</p> <p>K: Menjawab dan tetap memperhatikan perawat</p> <p>P: Tetap tersenyum, memperhatikan klien</p> <p>K: wajah datar</p> <p>P: Tetap tersenyum, memperhatikan klien</p>	<p>dengan nada pelan</p> <p>5. Klien memperbolehkan dengan wajah datar</p> <p>6. Klien terdiam dan melihat perawat berbicara</p> <p>7. Klien mengatakan gatal-gatal karena malas mandi dan kramas</p> <p>8. Klien menjawab pertanyaan dengan ragu-ragu</p>	<p>4. Merasa lega karena klien mau merespon</p> <p>5. Berharap klien mau menceritakan masalahnya</p> <p>6. Mencoba menyakinkan klien</p> <p>7. Memberikan pujian kepada klien</p> <p>8. Memberikan realita sesungguhnya</p> <p>9. Memberikan realita yang ada</p> <p>10. Memberikan pujian kepada klien</p>	<p>percaya diri</p> <p>4. Memberikan kotrak waktu dan tujuan interaksi. Topik ringan dapat mempermudah interaksi sebelum pertanyaan lebih lanjut</p> <p>5. Pertanyaan terbuka memberikan kesempatan pada klien untuk menceritakan keadaannya</p> <p>6. Respon menguatkan atas jawaban klien mengerti tentang kebersihan diri</p> <p>7. Memberikan realita agar klien tahu pentingnya</p>
---	---	--	---	--

<p>K: Iya mbak tidak apa-apa</p> <p>P: Bagaimana perasaan ibu hari ini?</p> <p>K: (diam)</p> <p>P: Ada keluhan apa hari ini?</p> <p>K: kepala saya gatal gatal mbak karena malas mandi dan kramas</p> <p>P: berapa kali ibu mandi dalam sehari?</p> <p>K: 1 kali saja</p> <p>P: apakah ibu sudah mandi hari ini bu ?</p> <p>K: (menggeleng)</p>	<p>K: Tersenyum</p> <p>P: Perawat bertanya kepada klien dengan menggunakan nada suara sedang dan jelas</p> <p>K: pasien tidak menjawab</p> <p>P: Bertanya kembali ke klien dengan senyum</p> <p>K: Menjawab dengan jelas</p> <p>P: Bertanya dengan tersenyum</p> <p>K: menjawab dengan suara lantang</p> <p>P: Memberikan ekspresi tersenyum kepada klien</p>			kebersihan diri
---	---	--	--	-----------------

<p>P: kenapa belum mandi bu? Menurut ibu apa kegunaanya mandi?</p> <p>K: (menatap dan tidak merespon)</p> <p>P : belum tau ya kira-kira tanda apa jika tidak merawat diri dengan baik bu?</p> <p>K: gatal-gatal dan rambut banyak kutu</p> <p>P: Badan gatal-gatal lalu apa bu</p> <p>K: (hanya menatap)</p> <p>P: kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri nanti ibu dapat terkena kudis dan kutu seperti ini</p>	<p>K: tidak menjawab</p> <p>P: memandangi klien sambil tersenyum</p> <p>K: Menatap tanpa menjawab</p> <p>P: memberikan penjelasan sesuai realita dengan nada sedang tapi jelas</p> <p>K: Klien menjawab dengan suara pelan</p> <p>P: Memberikan pertanyaan dengan tersenyum</p> <p>K: Wajah terlihat datar</p> <p>P: memandangi klien dan tersenyum</p>			
--	---	--	--	--

<p>K: (hanya menatap)</p> <p>P : apakah ibu bisa memahami</p> <p>K: iya</p> <p>P : baiklah bu, ngobrolnya sampai disini dulu ya , apakah besok ibu bersedia untuk kembali beretemu saya membahas tentang kebersihan diri yang lainnya bu?</p> <p>K : (mengangguk)</p> <p>P : baiklah bu untuk jam nya jam berapa bu dan untuk tempat apakah bisa disini saja ?</p> <p>K: jam 09.00, iya.</p> <p>P : baiklah bu sampai bertemu besok ya untuk kegiatan selanjutnya</p>	<p>K: klien menunduk</p> <p>P : memandang klien</p> <p>K : menjawab dengan wajah datar</p> <p>P : memandang klien dan tersenyum</p> <p>K : wajah datar</p> <p>P : memandang klien</p> <p>K : menjawab dengan seadanya</p> <p>P : tersenyum</p>			
--	--	--	--	--

