

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. B MASALAH UTAMA DEFISIT**  
**PERAWATAN DIRI DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA TAK**  
**TERINCI DI RUANG GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR**  
**PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh:

**DINDA FADJRIN DWI ANGGRAINI**  
**NIM. 192.0009**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. B MASALAH UTAMA DEFISIT**  
**PERAWATAN DIRI DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA TAK**  
**TERINCI DI RUANG GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR**  
**PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh:**

**DINDA FADJRIN DWI ANGGRAINI**  
**NIM. 192.0009**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari 2022



**DINDA FADJRIN DWI ANGGRAINI**  
**NIM. 192.0009**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Dinda Fadjrin Dwi Anggraini  
NIM : 1920009  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. B Masalah Utama Defisit Perawatan Diri Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

### AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 16 Februari 2022

Pembimbing



**Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.**  
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Februari 2022

## LEMBAR PENGESAHAN

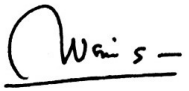
Karya Tulis Ilmiah dari:


Nama : Dinda Fadjrini Dwi Anggraini  
NIM : 192.0009  
Program Studi : D-III KEPERAWATAN  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. B Masalah  
Utama Defisit Perawatan Diri dengan Diagnosa  
Medis Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Gelatik  
Rumah Sakit Menur Provinsi Jawa Timur


Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di STIKES Hang  
Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : Kamis, 24 Februari 2022  
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN**, pada Prodi D-III  
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes (  )  
NIP. 04015

Penguji II : Abdul Habib, S.Kep., Ns (  )  
NIP. 197605151997131005

Penguji III : Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes. (  )  
NIP. 03.007

**Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan**



**Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.**  
NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Februari 2022

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Terima pahitnya, kuat-kuat ya. Suatu hari pasti akan menjalani hidup sesuai apa yang kita do'akan.

Kupersembahkan karyaku ini kepada:

1. Allah SWT.
2. Kepada ayah dan ibuku tercinta “Rachim” dan “Arie Nur Setianingsih” yang telah membesarkanku dengan sepenuh hati serta mendidikku dengan tulus ikhlas tanpa lelah.
3. Kepada aku, terima kasih sudah bertahan sejauh ini. Nanti kita lanjut lagi di fase berikutnya ya.
4. Kakakku “Yunivera Eka Puspitasari” yang selalu mendukungku hingga saat ini.
5. Untuk sahabat dekat saya yaitu “Afrilya, Mala, Tarissa, Zuyin, Pipit, Nanda, Fadila, Zendhy, Anik, Azizah, Helda, Sofia, Rieke, Navy, Whisnu, Yuyun, Hafiyah, Difa, Ajeng” yang selalu mendukung dan memberi semangat dalam suka dan duka.
6. Kepada pembimbing saya “ibu Dya Sustrami” dan “pak Habib” yang telah memberi semangat dan waktu kepada anak – anak nya sampai akhir.
7. Untuk rekan-rekan satu kelas saya D3-3 yang selalu ada dalam suka maupun duka dan selalu saling melengkapi.
8. Untuk D-III Angkatan 25 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama hingga akhir.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan 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. drg. Vitria Dewi, M.Si selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Jawa Timur yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami selama berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya sekaligus dosen penguji 1, yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya, serta saya mengucapkan terima kasih telah meluangkan waktunya untuk memberikan arahan, kritik dan saran dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
3. Bu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan sekaligus Pembimbing I dan penguji 3 saya yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Abdul Habib, S.Kep., Ns., selaku Pembimbing II sekaligus penguji 2, yang dengan sabar dan ikhlas telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberi dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus melayani keperluan penulis selama studi.
6. Sahabat-sahabat perjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
7. Responden khususnya Tn. B ucapan terima kasih saya sampaikan atas waktu dan kesediaannya untuk membantu saya mendapatkan data-data yang sebenarnya selama saya praktik di RSJ Menur Jawa Timur.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
9. *Last but not least, I wanna thank me, I wanna thank me for believing in me, I wanna thank me for doing all this hard work, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank me for never quitting, for just being me at all times.*

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik senantiasa penulis harapkan. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari 2022

Penulis

Dinda Fadjrini Dwi Anggraini  
NIM. 192.0009



## DAFTAR ISI

<b>KARYA TULIS ILMIAH .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB 1 .....</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian .....</b>	<b>5</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
<b>1.4 Manfaat .....</b>	<b>6</b>
<b>1.5 Metode Penelitian .....</b>	<b>7</b>
<b>BAB 2 .....</b>	<b>9</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Konsep Skizofrenia.....</b>	<b>9</b>
2.1.1 Pengertian Skizofrenia .....	9
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	9
2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia .....	12
2.1.4 Penggolongan Skizofrenia.....	12
<b>2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri.....</b>	<b>16</b>
2.2.1 Definisi Defisit Perawatan Diri.....	16
2.2.2 Etiologi Defisit Perawatan Diri.....	17

2.2.3 Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri.....	18
2.2.4 Rentang Respon .....	21
2.2.5 Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri .....	21
2.2.6 Dampak .....	22
2.2.7 Penatalaksanaan Keperawatan .....	22
<b>2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Defisit Perawatan Diri 23</b>	
2.3.1 Pengkajian .....	23
2.3.2 Analisa Data .....	29
2.3.3 Pohon Masalah.....	30
2.3.4 Rencana Keperawatan.....	31
2.3.5 Implementasi .....	34
2.3.6 Evaluasi .....	35
<b>2.4 Hubungan Terapeutik Perawat dan Pasien.....</b>	<b>36</b>
2.4.1 Definisi .....	36
2.4.2 Karakteristik Hubungan .....	37
2.4.3 Fase Hubungan.....	37
<b>2.5 Konsep Dasar Stress Adaptasi .....</b>	<b>42</b>
2.5.1 Definisi Stress .....	42
2.5.2 Macam-Macam Stress.....	42
2.5.3 Sumber Stressor .....	43
2.5.4 Cara Mengendalikan Stress.....	44
2.5.5 Definisi Adaptasi.....	45
2.5.6 Macam-Macam Adaptasi .....	45
<b>2.6 Konsep Mekanisme Koping.....</b>	<b>42</b>
2.6.1 Definisi Mekanisme Koping .....	49
2.6.2 Jenis-Jenis Mekanisme Koping.....	49

2.6.3 Karakteristik Mekanisme Koping .....	51
2.6.4 Sumber Koping .....	52
<b>2.7 Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi.....</b>	<b>53</b>
2.7.1 Pengertian.....	53
2.7.2 Tujuan.....	54
2.7.3 Aktivitas dan Indikasi.....	54
<b>BAB 3 .....</b>	<b>56</b>
<b>TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>56</b>
<b>3.1 Pengkajian.....</b>	<b>56</b>
3.1.1 Identitas .....	56
3.1.2 Alasan Masuk .....	56
3.1.3 Faktor Predisposisi .....	57
3.1.4 Pemeriksaan Fisik .....	58
3.1.5 Psikososial .....	59
3.1.6 Status Mental.....	62
3.1.7 Kebutuhan Pulang .....	66
3.1.8 Mekanisme Koping .....	68
3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan .....	68
3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang.....	69
3.1.11 Aspek Medik.....	70
3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan.....	70
3.1.13 Daftar Diagnosis Keperawatan.....	71
<b>3.2 Analisa Data .....</b>	<b>72</b>
<b>3.3 Rencana Keperawatan .....</b>	<b>74</b>
<b>3.4 Implementasi dan Evaluasi.....</b>	<b>78</b>
<b>3.5 Pohon Masalah.....</b>	<b>84</b>
x	
<b>BAB 4 .....</b>	<b>85</b>
<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>85</b>
<b>4.1 Pengkajian.....</b>	<b>85</b>

<b>4.2</b>	<b>Analisa Data.....</b>	<b>86</b>
<b>4.3</b>	<b>Diagnosa Keperawatan.....</b>	<b>89</b>
<b>4.4</b>	<b>Pelaksanaan.....</b>	<b>90</b>
<b>4.5</b>	<b>Evaluasi .....</b>	<b>92</b>
<b>BAB 5</b>	<b>.....</b>	<b>93</b>
<b>PENUTUP</b>	<b>.....</b>	<b>93</b>
<b>5.1</b>	<b>Simpulan.....</b>	<b>93</b>
<b>5.2</b>	<b>Saran.....</b>	<b>95</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>.....</b>	<b>96</b>
<b>LAMPIRAN 1</b>	<b>Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Klien dengan Defisit Perawatan Diri: Mandi.....</b>	<b>99</b>
<b>LAMPIRAN 2</b>	<b>Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Klien dengan Defisit Perawatan Diri: Mandi.....</b>	<b>102</b>
<b>LAMPIRAN 3</b>	<b>Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Klien dengan Defisit Perawatan Diri: Mandi.....</b>	<b>105</b>
<b>LAMPIRAN 4</b>	<b>Evaluasi Kemampuan Pasien Defisit Perawatan Diri .....</b>	<b>108</b>
<b>LAMPIRAN 5</b>	<b>Leaflet Edukasi Keluarga.....</b>	<b>109</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data.....	29
Tabel 2.2 Rencana Keperawatan.....	31
Tabel 3.1 Terapi Medik.....	70
Tabel 3.2 Analisa Data.....	72
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan.....	74
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi .....	78

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon .....	21
Gambar 2.2 Pohon Masalah.....	30
Gambar 2.3 Karakteristik Mekanisme Koping .....	51
Gambar 3.1 Genogram.....	59
Gambar 3.2 Pohon Masalah.....	84
Gambar 4.1 Pohon Masalah.....	89

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien .....	99
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien .....	102
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien .....	105
Lampiran 4 Evaluasi Kemampuan Pasien Defisit Perawatan Diri .....	108
Lampiran 5 Leaflet Edukasi Keluarga .....	109

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang dalam kondisi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial yang sehat sehingga mampu memenuhi tanggung jawabnya, berfungsi secara efektif di lingkungannya dan puas dengan perannya sebagai individu dan dalam hubungan interpersonal. Gangguan jiwa adalah gangguan psikologis klinis pada seseorang yang berhubungan dengan penderitaan, kecacatan dengan peningkatan risiko kematian yang menyakitkan atau kehilangan kebebasan. Klien dengan skizofrenia biasanya cenderung tidak mampu menghubungkan pikiran-pikiran yang muncul dalam dirinya yang menyebabkan hilangnya kemampuan atau kemauan untuk melakukan aktivitas sehari-hari terutama dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya selain kebutuhan makan dan tidurnya. Ketidakmampuan klien dalam melakukan perawatan diri dapat mengakibatkan klien mengalami defisit perawatan diri.

Menurut data (WHO, 2016) dalam jurnal (Kesehatan et al., 2019) terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai



sekitar 6.1% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk.

Menurut Kementerian Kesehatan, terdapat hingga 277.000 kasus gangguan jiwa di Indonesia selama pandemi COVID-19 hingga Juni 2020. Jumlah kasus gangguan jiwa tersebut meningkat dibandingkan tahun 2019 yang hanya 197.000 orang. Di Provinsi Jawa Timur tepatnya di Surabaya, pasien gangguan jiwa berat juga tercatat pada masa pandemi, pada tahun 2019 sebanyak 5.503 orang dan tahun 2020 bahkan 5.519 orang. Dari jumlah tersebut, 93,4 persen diproses dan mendapat pelayanan kesehatan (Susanto, 2020).

Berdasarkan data dalam Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur hasil angka kejadian kasus Skizofrenia khususnya kasus undifferentiated skizofrenia atau skizofrenia tak terinci (F 20.3), pada bulan September 2021 yaitu mencapai total 38% dan pada bulan Oktober 2021 mengalami penurunan yaitu total 28%, kemudian pada saat bulan November 2021 kembali mengalami peningkatan yaitu total mencapai 34%. Kasus skizofrenia sendiri mencakup masalah keperawatan dengan prevalensi pada rentang bulan Agustus 2021 – Januari 2022 halusinasi 29%, perilaku kekerasan 51%, defisit perawatan diri 15%, isolasi sosial 3%, harga diri rendah 2%.

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang mempengaruhi fungsi otak dan menyebabkan gangguan pada pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku. Gangguan ini merupakan masalah kesehatan mental yang paling serius di dunia. Jumlah penderita skizofrenia di seluruh dunia yang dilaporkan oleh World Health Organization (WHO) sekitar 29 juta orang. Dari angka tersebut, sekitar 20 juta di

antaranya diperkirakan berasal dari negara miskin dan berkembang. Di Indonesia, penderita skizofrenia merupakan kelompok penderita gangguan jiwa terbesar. Kelompok skizofrenia juga menempati 90% pasien di rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia. Aspek penting dalam pelaksanaan rehabilitasi pada klien skizofrenia adalah memberi pengetahuan kepada klien mengenai kemampuannya dalam melakukan perawatan diri (Susanti, 2010).

Menurut (Orem, 1991) dalam jurnal (Susanti, 2010) menyatakan bahwa Defisit perawatan diri terjadi ketika kebutuhan perawatan diri terapeutik (aktivitas total yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan universal, perkembangan, dan penyimpangan kesehatan) melebihi kemampuan perawatan diri (kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri). Masalah defisit perawatan diri terjadi ketika seseorang tidak mampu merawat dirinya sendiri atau bergantung pada orang lain (anggota keluarga lain). Kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti usia, jenis kelamin, tingkat perkembangan, status kesehatan, sistem keluarga, faktor lingkungan, sosial dan budaya. Kebutuhan perawatan diri pada klien skizofrenia lebih besar dari pada kemampuannya untuk melakukan aktivitas perawatan diri.

Gejala yang muncul adalah gangguan afektif. Gangguan afektif umumnya ditandai dengan hilangnya afek, munculnya afek datar atau afek yang tidak sesuai. Hilangnya afek dan afek datar terjadi karena klien selalu disibukkan dengan pikiran dan fantasinya sendiri. Seperti halnya gangguan kognitif, klien dengan gangguan afektif umumnya menunjukkan perasaan yang tidak sesuai (misalnya senang dalam suasana sedih). Kondisi ini menyebabkan munculnya anggapan bahwa individu itu apatis dan tidak peduli dengan dirinya sendiri, termasuk dalam perawatan diri.

Gejala yang terakhir adalah gangguan perilaku, salah satu gangguan perilaku yang sering dialami klien adalah berkurangnya kemampuan berkomunikasi dengan orang lain. Masalah ini terjadi karena adanya rasa takut berinteraksi dengan lingkungan luar, atau karena pengaruh pikiran persepsi klien yang salah. (Susanti, 2010).

Defisit perawatan diri apabila tidak segera ditangani dapat menyebabkan klien mengalami gangguan kesehatan dan memperburuk penyakitnya. Beberapa dampak menurut (Abdul Jalil & Praktisi Klinik di RSJ Soeroyo Magelang, 2015) Dampak secara fisik yaitu: Gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, risiko infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik pada kuku. Selain itu juga berdampak pada masalah psikososial seperti gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien dengan masalah defisit perawatan diri dapat dilakukan dengan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK), pada masalah keperawatan defisit perawatan diri terdapat 4 SP yaitu meliputi: Melatih cara perawatan diri: Mandi, cara berhias yang sesuai, cara makan dan minum yang baik, cara eliminasi (BAB dan BAK) yang benar. Dan terdapat beberapa terapi diantaranya yaitu terapi kognitif dan perilaku yang didasari dari gabungan beberapa intervensi yang dirancang untuk merubah cara berpikir dan memahami situasi dan perilaku sehingga mengurangi frekuensi reaksi negatif dan emosi yang mengganggu. Terapi kognitif dan perilaku adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi perilaku yang mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif berdasarkan asumsi bahwa afek dan perilaku adalah produk dari kognitif, oleh karena itu intervensi kognitif dan perilaku

dapat membawa perubahan dalam pikiran, perasaan dan perilaku sesuai tuntutan (Aini, 2019).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan jiwa masalah utama Defisit Perawatan Diri pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama defisit perawatan diri pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa masalah utama defisit perawatan diri pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan jiwa masalah utama defisit perawatan diri pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Merencanakan tindakan keperawatan asuhan keperawatan jiwa masalah utama defisit perawatan diri pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

4. Melaksanakan tindakan keperawatan asuhan keperawatan jiwa masalah utama defisit perawatan diri pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa masalah utama defisit perawatan diri pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

#### **1.4 Manfaat**

Tugas akhir ini, dapat memberikan manfaat kepada:

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan yang telah saya dapatkan selama di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya, khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien Defisit Perawatan Diri.
2. Secara praktis tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:
  - a. Bagi pelayananan keperawatan di rumah sakit  
Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Defisit Perawatan Diri
  - b. Bagi Peneliti  
Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti selanjutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien Defisit Perawatan Diri.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberi pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien Defisit Perawatan Diri.

## 1.5 Metode Penelitian

### 1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

#### a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien.

#### b. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien dan mengamati klien saat diruangan.

#### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

d. Sumber data

1. Data primer yaitu data yang diperoleh dari klien.
2. Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari rekam medis klien, perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

e. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang telah dan akan dibahas.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam tinjauan pustaka ini penulis akan menguraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit skizofrenia, asuhan keperawatan jiwa defisit perawatan diri, dan konsep komunikasi terapeutik serta mekanisme coping dan stress adaptasi pada klien dengan masalah defisit perawatan diri. Konsep penyakit akan diuraikan yang meliputi definisi, etiologi, tanda dan gejala, rentang respon, jenis-jenisnya, dampak, penatalaksanaan. Serta asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada klien dengan defisit perawatan diri dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

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

Skizofrenia adalah gangguan psikotik kronis yang ditandai dengan gangguan dalam proses berpikir, komunikasi, emosi dan perilaku dengan gangguan dalam menilai realitas, pemahaman diri yang buruk dan memburuknya hubungan interpersonal (Caturini et al., 2014).

##### **2.1.2 Etiologi Skizofrenia**

(L & Videbeck, 2008) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu:

a. Faktor Predisposisi



## 1. Faktor Biologis

### a. Faktor genetika

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

### b. Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit; hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography* (CTScan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography* (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia (L & Videbeck, 2008).

## 2. Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis

seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini (Stuart, 2013).

#### b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara lain sebagai berikut:

##### 1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus (Stuart, 2013).

##### 2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran (Stuart, 2013).

##### 3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu (Stuart, 2013).

### **2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia**

Gejala skizofrenia yang umum menurut (Paramita dan Setyani Alfinuha et al., 2021), meliputi:

1. Halusinasi atau mendengar, melihat maupun merasakan hal-hal yang tidak ada.
2. Delusi yakni memiliki keyakinan atau kecurigaan tidak nyata yang tidak dimiliki oleh orang lain dalam budaya orang tersebut.
3. Perilaku abnormal seperti perilaku tidak teratur, berkeliaran tanpa tujuan, bergumam atau tertawa pada diri sendiri, penampilan aneh, pengabaian terhadap penampilan diri atau tampak tidak terurus.
4. Ucapan tidak teratur seperti perkataan tidak koheren atau tidak relevan; dan/atau,
5. Gangguan emosi yang ditandai apatis atau terputusnya hubungan antara emosi dengan hal yang dapat diamati seperti ekspresi wajah atau bahasa tubuh

### **2.1.4 Penggolongan Skizofrenia**

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut (Maslim, 2013), yaitu:

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
  - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
  - b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.

- c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
    - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
    - b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
    - c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
    - d. Gejala bertahan 2-3 minggu.
    - e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
    - f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan dan hampa perasaan.
    - g. Afek dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*in appropriate*), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
    - h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
  3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
    - a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
    - b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
    - c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
    - d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.

- e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
  - f. Rigiditas (kaku).
  - g. Flexibilitas cerea (*waxy flexibility*) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
  - h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
  - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
  - b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
  - c. Tidak memenuhi skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia
5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
  - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
  - c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).

6. Skizofrenia residual (F 20. 5)

- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
- d. Tidak terdapat demencia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

- a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari:
  - 1) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
  - 2) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.
- b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtype skizofrenia lainnya.

#### 8. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

#### 9. Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia *chenesthopathic* (terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

## **2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri**

### **2.2.1 Definisi Defisit Perawatan Diri**

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian atau berhias, makan, dan BAB dan BAK (*toileting*). Kebersihan diri sangat dipengaruhi oleh nilai individu dan kebiasaan. Oleh karena itu, personal *hygiene* sangat perlu diterapkan, mengingat banyak manfaat yang ada untuk pencegahan segala penyakit yang bisa ditimbulkan (Laili et al., 2014).

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk dirinya sendiri (Tumanduk et al., 2018).

## 2.2.2 Etiologi Defisit Perawatan Diri

### a. Faktor Predisposisi (Nurhalimah, 2016)

1. Biologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan keperawatan diri dan dikarenakan adanya faktor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
2. Psikologis, adanya faktor 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 defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.
3. Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.

### b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Menurut (Rochmawati et al., 2013) faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* adalah:

#### 1. Gambaran Tubuh

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.



## 2. Praktik Sosial

Pada anak-anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola *personal hygiene*.

## 3. Status Sosial Ekonomi

*Personal hygiene* memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, alat mandi semuanya yang memerlukan uang untuk menyediakannya.

## 4. Pengetahuan

Pengetahuan *personal hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada klien penderita diabetes mellitus, ia harus menjaga kebersihan kakinya.

## 5. Budaya

Disebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

## 6. Kebiasaan Seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampoo dan lain-lain.

### 2.2.3 Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

- **Data Subjektif:**

1. Menolak melakukan perawatan diri: Kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi.
2. Menyampaikan ketidakinginan melakukan perawatan diri: Kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi.

3. Menyatakan tidak tahu cara perawatan diri: Kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi.
4. Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan.

• **Data Objektif:**

1. Kulit, rambut, gigi, kuku kotor.
2. Pakaian kotor, tidak rapi, dan tidak tepat.
3. Makan dan minum tidak beraturan.
4. Eliminasi (BAB, BAK) tidak pada tempatnya.
5. Lingkungan tempat tinggal kotor dan tidak rapi.
6. Ketidakmampuan menyiapkan perlengkapan mandi.
7. Ketidakmampuan melepas dan mengenakan pakaian.
8. Ketidakmampuan mengambil makanan/minum sendiri.
9. Ketidakmampuan menggunakan toilet (SDKI DPP PPNI, 2017)

Menurut (Dermawan & Rusdi, 2013) tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah:

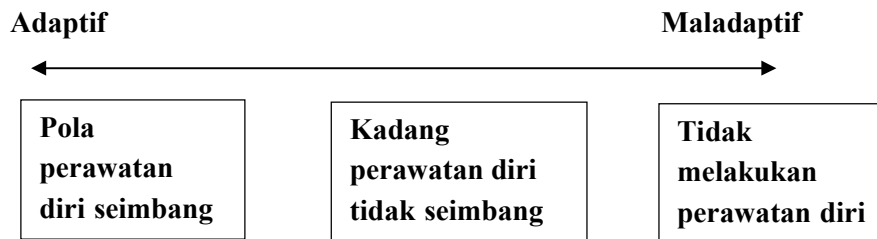
1. Fisik
  - a. Badan bau, pakaian kotor.
  - b. Rambut dan kulit kotor.
  - c. Kuku panjang dan kotor.
  - d. Gigi kotor disertai mulut bau.
  - e. Penampilan tidak rapi.
2. Psikologi
  - a. Malas, tidak ada inisiatif.

- b. Menarik diri, isolasi sosial.
  - c. Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.
3. Sosial
- a. Interaksi kurang.
  - b. Kegiatan kurang.
  - c. Tidak mampu berperilaku sesuai norma.
  - d. 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:

- 1. Data subyektif
  - a. Pasien merasa lemah.
  - b. Malas untuk beraktivitas.
  - c. Merasa tidak berdaya.
- 2. Data obyektif
  - a. Rambut kotor, acak-acakan.
  - b. Badan dan pakaian kotor dan bau.
  - c. Mulut dan gigi bau.
  - d. Kulit kusam dan kotor.
  - e. Kuku Panjang dan tidak terawat.

## 2.2.4 Rentang Respon



**Gambar 2.1** Rentang respon

Keterangan:

- Pola perawatan diri seimbang, Ketika klien menerima stressor dan mampu berperilaku tepat sesuai dengan keadaannya pada saat itu.
- Kadang perawatan diri tidak seimbang, Saat klien mendapatkan stresor lalu klien kadang melakukan sesuai stressor yang diterimanya, kadang juga tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- Tidak melakukan perawatan diri, Klien tidak mempedulikan keadaannya dan tidak bisa melakukan perawatan diri sesuai dengan stressor yang diterimanya.

## 2.2.5 Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut (Mukhrifah & Iskandar, 2014) jenis perawatan diri terdiri dari:

### 1) Defisit perawatan diri: mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi dan beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.

### 2) Defisit perawatan diri: berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri.

3) Defisit perawatan diri: makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan secara mandiri.

4) Defisit perawatan diri: eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.

### 2.2.6 Dampak

1) Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

2) Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial (Mukhrifah & Iskandar, 2014).

### 2.2.7 Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut (Mukhrifah & Iskandar, 2014) tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri yaitu:

- 1) Menjelaskan pentingnya kebersihan diri.
- 2) Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri.

- 3) Membantu pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.
- 4) Menjelaskan cara makan yang baik.
- 5) Membantu pasien mempraktikkan cara makan yang baik.
- 6) Menjelaskan cara eliminasi yang baik.
- 7) Membantu pasien mempraktikkan cara eliminasi yang baik.
- 8) Menjelaskan cara berdandan.
- 9) Membantu pasien mempraktikkan cara berdandan.
- 10) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Defisit Perawatan Diri**

### **2.3.1 Pengkajian**

Defisit Perawatan Diri pada klien dengan gangguan jiwa terjadi akibat ada perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri dan eliminasi (buang air besar/buang air kecil) secara mandiri (Hastuti & Rohmat, 2018).

#### **a. Alasan masuk**

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 orang lain. Terdiri dari:

nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medik, keluarga yang dapat dihubungi.

b. Faktor predisposisi

- 1) Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa 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.
- 7) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi.

c. Pemeriksaan Fisik

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

d. Psikososial

1) Genogram

Menggambarkan klien dan anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

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.

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.

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

i. Penampilan

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

ii. Cara bicara atau Pembicaraan

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

iii. Aktivitas motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif.

iv. Alam perasaan

Klien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina.

v. Afek

Klien tampak datar, tumpul, emosi klien berubah-ubah, kesepian, apatis, depresi atau sedih dan cemas.

vi. Interaksi saat wawancara

Respon klien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga yang menunjukkan sikap ataupun peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

vii. 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.

viii. Proses pikir

Bentuk pikir klien yang otistik, dereistik, sirkumtansial, terkadang tangensial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik 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 kusan dan badan klien mengeluarkan aroma bau.

#### 4. BAB/BAK

Klien BAB/BAK tidak pada tempatnya seperti di temoat 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

##### 1. Adaptif

Klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, klien tidak mampu berolahraga karena klien selalu malas.

##### 2. Maladaptif

Klien bereaksi sangat lambat terkadang berlebihan, klien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

##### 3. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

4. **Pengetahuan**  
Klien defisit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.
- k. **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.

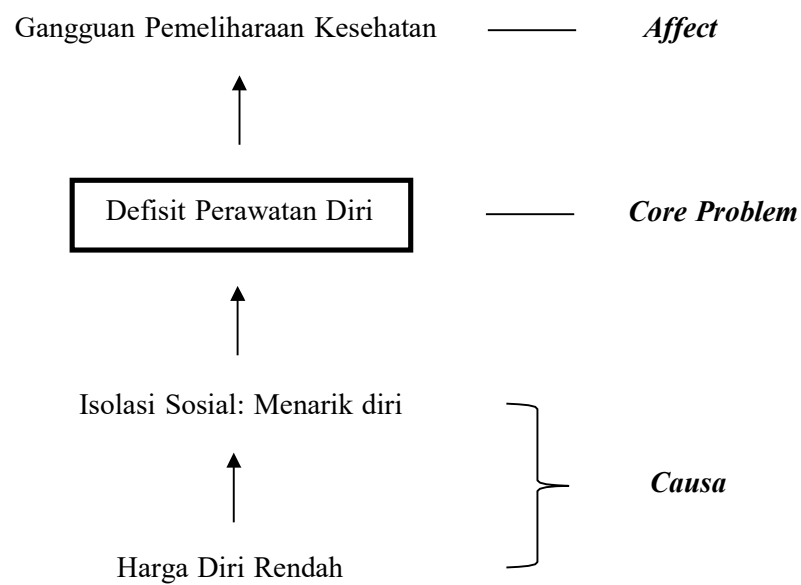
### 2.3.2 Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

<b>Data</b>	<b>Masalah</b>
<p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan malas untuk merawat dirinya karena menurutnya mandi ataupun tidak mandi tetap tidak ada yang memperhatikannya.</li> <li>• Klien hanya mengganti baju jika merasa ingin, dan ketika disuruh. Jika tidak maka klien tidak akan ganti pakaiannya</li> <li>• Klien mengatakan tidak pernah mencuci tangan saat makan dan ketika selesai makan klien hanya melap di pakaiannya saja,</li> <li>• Klien mengatakan jika BAB/BAK hanya menyiramnya begitu saja.</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak kotor</li> <li>2. Klien sering memakai pakaian yang sama tiap harinya dan berbau</li> <li>3. Kuku klien tampak sangat kotor dan panjang</li> <li>4. Mulut klien tampak kotor dan giginya kuning</li> </ol>	<p>Defisit Perawatan Diri</p>

<p><b>Subjektif:</b> Klien mengatakan malu saat bertemu orang lain karena merasa kotor dan dirinya bau</p> <p><b>Objektif:</b> 1. Klien tampak sedih dan murung 2. Klien hanya berbicara saat ada yang orang mengajaknya berbicara</p>	Harga Diri Rendah
<p><b>Subjektif:</b> Klien mengatakan lebih senang menyendiri saja</p> <p><b>Objektif:</b> 1. Klien tampak melamun 2. Klien sering menghindari orang sekitar</p>	Isolasi Sosial

### 2.3.3 Pohon Masalah



**Gambar 2.2** Pohon masalah. Sumber: (Keliat et al., 2006)

### 2.3.4 Rencana Keperawatan

**Tabel 2.2** Rencana keperawatan. Sumber: (Keliat et al., 2006)

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
	Tujuan	Kriteria Evaluasi	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Psikologis	<p>TUM: Klien dapat memelihara kebersihan diri secara mandiri</p> <p>TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, klien bersedia berjabat tangan, klien bersedia menyebutkan nama, ada kontak mata, klien bersedia duduk berdampingan dengan perawat, klien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapinya.</p>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun nonverbal</li> <li>2. Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>3. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan klien</li> <li>4. Jelaskan tujuan pertemuan</li> <li>5. Jujur dan menepati janji</li> <li>6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</li> <li>7. Beri perhatian pada pemenuhan kebutuhan dasar klien</li> </ol>

	2. Klien dapat mengidentifikasi kebersihan diri klien	Klien dapat menyebutkan kebersihan dirinya	2) Kaji pengetahuan klien tentang kebersihan diri dan tandanya 3) Beri kesempatan klien untuk menjawab pertanyaan
	3. Klien dapat menjelaskan pentingnya kebersihan diri	Klien dapat memahami pentingnya kebersihan dirinya	1. Jelaskan pentingnya kebersihan diri 2. Minta klien menjelaskan kembali pentingnya kebersihan diri 3. Diskusikan dengan klien tentang kebersihan diri 4. Beri penguatan positif atas jawabannya
	4. Klien dapat menjelaskan peralatan yang digunakan untuk menjaga kebersihan diri dan cara melakukan kebersihan diri	Klien dapat menyebutkan dan dapat mendemonstrasikan dengan alat kebersihan	1. Jelaskan alat yang dibutuhkan dan cara membersihkan diri 2. Peragakan cara membersihkan diri dan mempergunakan alat untuk membersihkan diri 3. Minta klien untuk memperagakan ulang alat dan cara kebersihan diri 4. Beri pujian positif terhadap klien

	5. Klien dapat menjelaskan cara makan yang benar	Klien dapat mengerti cara makan yang benar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan cara makan yang benar</li> <li>2. Beri kesempatan klien untuk bertanya dan mendemonstrasikan cara yang benar</li> <li>3. Beri pujian positif pada klien</li> </ol>
	6. Klien dapat menjelaskan cara mandi yang benar	Klien dapat mengerti cara mandi yang benar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan cara mandi yang benar</li> <li>2. Beri kesempatan klien untuk bertanya dan mendemonstrasikan cara yang benar</li> <li>3. Beri pujian positif pada klien</li> </ol>
	7. Klien dapat menjelaskan cara berdandan yang benar	Klien dapat mengerti cara berdandan yang benar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan cara berdandan yang benar</li> <li>2. Beri kesempatan klien untuk bertanya dan mendemonstrasikan cara yang benar</li> <li>3. Beri pujian positif pada klien</li> </ol>
	8. Klien dapat menjelaskan cara <i>toileting</i> yang benar	Klien dapat mengerti cara <i>toileting</i> yang benar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan cara <i>toileting</i> yang benar</li> <li>2. Beri kesempatan klien untuk bertanya dan mendemonstrasikan cara yang benar</li> <li>3. Beri pujian positif pada klien</li> </ol>



### 2.3.5 Implementasi

Tindakan keperawatan menurut (Keliat et al., 2010)

1. Tujuan keperawatan:
  - a) Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.
  - b) Pasien mampu melakukan berhias secara baik.
  - c) Pasien mampu melakukan makan dengan baik.
  - d) Pasien mampu melakukan eliminasi secara mandiri.
2. Tindakan keperawatan:
  - a) Melatih pasien cara perawatan kebersihan diri dengan cara menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri, menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri, menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri, dan melatih klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.
  - b) Membantu klien latihan berhias dengan cara latihan berhias, pada pria dengan melatih cara berpakaian, menyisir rambut dan bercukur, sedangkan pada klien perempuan meliputi cara berpakaian, menyisir rambut dan berhias/berdandan.
  - c) Melatih klien cara makan secara mandiri dengan cara menjelaskan tempat untuk BAK/BAB yang sesuai, menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK, dan menjelaskan cara membersihkan tempat setelah BAB dan BAK.
3. Strategi Pelaksanaan
  - a. SP 1: Mendiskusikan dengan klien pentingnya kebersihan diri, cara-cara merawat diri dan melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri.

- b. SP 2: Melatih cara untuk berhias dan berpakaian, untuk laki-laki dengan berpakaian, menyisir rambut dan bercukur. Perempuan dengan berpakaian, menyisir rambut dan berdandan.
- c. SP 3: Melatih pasien makan secara mandiri dengan menjelaskan cara mempersiapkan makan, menjelaskan cara menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan, praktik makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
- d. SP 4: Mengajarkan klien melakukan BAK/BAB secara mandiri dengan menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai, menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK, menjelaskan cara membersihkan tempat setelah BAB/BAK.akan yang tertib.

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai kondisi pasien saat ini (Mukhrifah & Iskandar, 2014).

### **2.3.6 Evaluasi**

Menurut (Mukhrifah & Iskandar, 2014) Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat di bagi menjadi 2, sebagai berikut:

- 1) Evaluasi proses (formatik) yang dilakukan setiap setelah melaksanakan tindakan keperawatan.

2) Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respons pasien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan.

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan.

A: Analisa terhadap data subjektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P: Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien.

Evaluasi yang diharapkan setelah memberikan asuhan keperawatan adalah agar pasien dapat mengetahui dan bisa melakukan perawatan diri sendiri.

## **2.4 Hubungan Terapeutik Perawat dan Pasien**

### **2.4.1 Definisi**

Hubungan terapeutik perawat-klien adalah pengalaman pembelajaran timbal balik dan mengoreksi pengalaman emosional pada klien. Hal ini berbasis pada rasa kemanusiaan dari perawat dan klien, saling menghormati, dan saling menerima perbedaan sosial budaya. Dalam hubungan ini, perawat menggunakan kualitas personal dan keterampilan klinis dalam bekerja dengan klien untuk memenuhi perubahan penghayatan dan perilaku. Hal yang paling penting, inti dari keperawatan kesehatan jiwa adalah memberikan harapan untuk masa depan yang lebih baik bagi klien dan keluarganya (Stuart et al., 2016).

### **2.4.2 Karakteristik Hubungan**

Tujuan hubungan terapeutik diarahkan untuk meningkatkan pertumbuhan dan kesejahteraan klien berdasarkan dimensi berikut:

- Meningkatkan realisasi diri, penerimaan diri, dan meningkatkan kehormatan diri.
- Rasa identitas personal yang jelas dan meningkatkan tingkat integrasi personal.
- Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim, saling tergantung dan menggunakan kemampuan untuk memberi dan menerima kasih sayang.
- Meningkatkan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistik.(Stuart et al., 2016).

Untuk mencapai tujuan ini, berbagai aspek pengalaman hidup klien digali. Perawat memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaannya serta menghubungkannya dengan perilaku yang diamati dan dilaporkan, mengklarifikasi area konflik dan ansietas. Dalam hubungan perawat-klien, perbedaan nilai dihormati. Keduanya berkomunikasi melalui dialog atau diskusi, mendukung realitas dan penghargaan pada klien serta memperkenankan klien untuk lebih memaknai identitas egonya. Hubungan terapeutik perawat-klien bersifat kompleks, namun bukti menunjukkan suatu hubungan terapeutik yang kuat mempunyai pengaruh positif terhadap klien (Stuart et al., 2016).

### **2.4.3 Fase Hubungan**

Karakteristik penting hubungan perawat-klien adalah berbagai perilaku, pikiran, perasaan yang didasarkan pada harapan peran yang jelas. Elemen hubungan

perawat-klien yang terapeutik diterapkan pada semua tatanan klinis dan dapat diadaptasi pada tatanan di mana klien hanya dapat dilihat pada waktu yang singkat. Empat fase hubungan perawat-klien telah diidentifikasi: fase pra interaksi: perkenalan, atau orientasi; fase kerja; fase terminasi. Tiap fase merupakan kelanjutan untuk fase berikutnya serta mempunyai tugas yang spesifik. (Stuart et al., 2016)

### **1. Fase Pra-interaksi**

Fase pra interaksi dimulai sebelum kontak pertama perawat dengan klien. Salah satu tugas awal perawat adalah mengeksplorasi diri, perawat membawa konsep yang salah dan prasangka buruk masyarakat umum, sebagai tambahan pada perasaan dan rasa takut yang biasa dialami oleh semua pemula.

Analisis diri perawat dalam fase pra-interaksi adalah tugas penting. Agar lebih efektif, perawat seharusnya memiliki konsep diri yang kuat dan harga diri yang tinggi. Mereka harus terlibat dalam hubungan positif dengan orang lain dan menghadapi realitas untuk membantu klien agar melakukan hal yang sama. Apabila mereka menyadari dan mengendalikan apa yang mereka sampaikan pada klien secara verbal dan non verbal, perawat dapat berfungsi sebagai contoh peran.

Tugas perawat pada fase ini yaitu:

- Mengeksplorasi diri sendiri tentang perasaan, fantasi dan rasa takut yang dialami.
- Menganalisis kekuatan dan keterbatasan profesional diri sendiri.
- Mengumpulkan data tentang klien jika memungkinkan.
- Merencanakan pertemuan pertama dengan klien. (Stuart et al., 2016)

## 2. Fase Perkenalan, atau Orientasi

Selama fase perkenalan, perawat dan klien bertemu untuk pertama kalinya. Satu hal yang paling diperhatikan perawat adalah mengetahui mengapa klien mencari bantuan. Alasannya mencari bantuan yaitu menjadi dasar pengkajian keperawatan, membantu perawat memfokuskan pada masalah klien, dan menetapkan motivasi klien untuk mendapatkan asuhan.

Pada fase ini, perawat melakukan beberapa hal diantaranya yaitu:

- 1) **Salam** : Perawat menyapa pasien dan memperkenalkan dirinya.
- 2) **Evaluasi** : Perawat menanyakan kondisi pasien saat ini.
- 3) **Validasi** : Perawat menanyakan aktivitas pasien dan bertanya kepada pasien apa saja manfaat aktivitas yang telah dilakukannya.
- 4) **Kontrak** : Perawat membuat kontrak dengan pasien yang mencakup kontrak tindakan dan tujuan, kontrak waktu, dan kontrak tempat (Keliat et al., 2019).

Tugas perawat pada fase ini yaitu:

- Menetapkan mengapa klien lelah mencari bantuan
- Membina rasa percaya, penerimaan dan komunikasi terbuka
- Bersama-sama merumuskan kontrak
- Mengeksplorasi pikiran, perasaan, dan perilaku klien
- Mengidentifikasi masalah atau diagnosis klien
- Mendefinisikan tujuan dengan klien

Tugas lain bagi klien dan perawat adalah membina kemitraan dan menyepakati sifat masalah dan tujuan asuhan klien.(Stuart et al., 2016).

### 3. Fase Kerja

Kegiatan terapeutik kebanyakan dilaksanakan selama fase kerja. Perawat dan klien menggali stressor dan meningkatkan perkembangan penghayatan pada klien dengan mengaitkan persepsi, pikiran, perasaan dan tindakan. Pada fase ini, perawat melakukan beberapa hal diantaranya yaitu:

- 1) **Pengkajian** : Dimana perawat akan bertanya kepada pasien mengenai penyebab, tanda dan gejala, dan akibat yang dialami oleh pasien.
- 2) **Diagnosis** : Perawat menyampaikan tentang apa yang dialami pasien, misalkan untuk meningkatkan lagi aspek positif yang telah dilakukan oleh pasien.
- 3) **Tindakan** : Perawat menjelaskan mengenai hal yang akan disampaikannya, dan pasien akan mempraktikkan apa saja yang telah dijelaskan, dan perawat akan *reinformation* tentang penjelasan yang telah disampaikannya diawal.

Tugas perawat pada fase ini yaitu:

- Menggali stressor yang relevan
- Meningkatkan perkembangan penghayatan klien dan menggunakan mekanisme koping konstruktif
- Mengatasi perilaku resisten (Stuart et al., 2016)

### 4. Fase Terminasi

Terminasi adalah salah satu hal yang paling sulit namun fase yang sangat penting dari hubungan perawat-klien terapeutik. Terminasi yang berhasil mempersyaratkan klien menggunakan perasaan yang berhubungan dengan pemisahan diri secara emosional dari orang yang berarti dalam kehidupannya.

Perawat dapat membantu dengan memberikan kesempatan pada klien untuk mengalami dan merasakan pengaruh dari kehilangan yang diantisipasi, mengekspresikan perasaan karena perpisahan dan menghubungkan perasaan tersebut dengan kehilangan simbolik atau nyata. Membantu klien melakukan dan tumbuh pada proses terminasi merupakan tujuan penting dari tiap hubungan. Respon klien akan dipengaruhi oleh kemampuan perawat untuk tetap terbuka, peka, empatik, dan tanggap terhadap kebutuhan klien yang berubah. Perawat yang dapat memulai proses dengan meninjau pikiran, perasaan dan pengalaman mereka akan lebih menyadari motivasi personal dan lebih tanggap terhadap kebutuhan klien. Pada fase ini, perawat melakukan beberapa hal diantaranya yaitu:

**Evaluasi subjektif** : Perawat menanyakan tentang bagaimana perasaan pasien setelah melakukan aktivitas.

**Evaluasi objektif** : Perawat mengevaluasi pasien mengenai aktivitas apa saja yang telah dilakukan tadi.

**Rencana tindak lanjut klien** : Perawat membuat jadwal tindak lanjut untuk dilakukan pada hari selanjutnya yang telah disepakati dengan pasien.

**Rencana tindak lanjut perawat** : Perawat menginformasikan kepada pasien tentang tindak lanjut yang harus dijalani oleh pasien, misalkan dalam bentuk pengobatan.

**Salam:**

Tugas perawat pada fase ini yaitu:

- Membina realitas perpisahan.
- Meninjau kemajuan asuhan dan pencapaian tujuan.



- Bersama mengeksplorasi perasaan ditolak, kehilangan, kesedihan, dan kemarahan dan lain-lain yang berhubungan dengan perilaku. (Stuart et al., 2016).

## **2.5 Konsep Dasar Stress Adaptasi**

### **2.5.1 Definisi Stress**

Stress ketika dimana seseorang mengalami beban atau tugas yang berat tetapi orang tersebut tidak dapat mengatasi tugas yang dibebankan itu, maka tubuh akan berespons dengan tidak mampu terhadap tugas tersebut, sehingga orang tersebut dapat mengalami stress (Lestari, 2016).

### **2.5.2 Macam-Macam Stress**

Ditinjau dari (Lestari, 2016), maka stres dibagi menjadi tujuh macam, diantaranya:

#### 1. Stres fisik

Stres yang disebabkan karena adanya keadaan fisik seperti karena temperatur yang tinggi atau yang sangat rendah, suara yang bising, sinar matahari atau karena tegangan arus listrik.

#### 2. Stres kimiawi

Stres ini karena disebabkan zat kimia seperti obat-obatan, zat beracun, asam basa, faktor hormone, atau gas dan prinsipnya karena pengaruh senyawa kimia.

#### 3. Stres mikrobiologik

Stres ini disebabkan karena kuman seperti virus, bakteri atau parasit.

#### 4. Stres fisiologik

Stres yang disebabkan karena gangguan fungsi organ tubuh diantaranya gangguan dari struktur tubuh, fungsi jaringan, organ dan lain-lain.

#### 5. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan

Stres yang disebabkan karena proses pertumbuhan dan perkembangan seperti pada pubertas, perkawinan dan proses lanjut usia.

#### 6. Stres psikis atau emosional

Stres yang disebabkan karena gangguan situasi psikologis atau ketidakmampuan kondisi psikologis untuk menyesuaikan diri seperti hubungan interpersonal, sosial budaya atau faktor keagamaan.

### **2.5.3 Sumber Stressor**

Sumber stressor merupakan asal dari penyebab suatu stres yang dapat mempengaruhi sifat dari stresor seperti lingkungan, baik secara fisik, psikososial maupun spiritual. Sumber stresor lingkungan fisik dapat berupa fasilitas-fasilitas seperti air minum, makanan, atau tempat-tempat umum sedangkan lingkungan psikososial dapat berupa suara atau sikap kesehatan atau orang yang ada disekitarnya, sedangkan lingkungan spiritual dapat berupa tempat pelayanan keagamaan seperti fasilitas ibadah atau lainnya (Lestari, 2016).

Sumber stressor lain adalah diri sendiri yang dapat berupa perubahan fisiologis dalam tubuh, seperti adanya operasi, obat-obatan atau lainnya. Sedangkan sumber stressor dari pikiran adalah berhubungan dengan penilaian seseorang terhadap status kesehatan yang dialami serta pengaruh terhadap dirinya.

### 1. Sumber Stress di Dalam Diri

Sumber stress dalam diri sendiri pada umumnya dikarenakan konflik yang terjadi antara keinginan dan kenyataan berbeda, dalam hal ini adalah berbagai permasalahan yang terjadi yang tidak sesuai dengan dirinya dan tidak mampu diatasi, maka dapat menimbulkan suatu stress.

### 2. Sumber Stres di Dalam Keluarga

Stres ini bersumber dari masalah keluarga yang ditandai dengan adanya perselisihan masalah keluarga, masalah keuangan serta adanya tujuan yang berbeda di antara keluarga permasalahan ini akan selalu menimbulkan suatu keadaan yang dinamakan stress.

### 3. Sumber Stres di Dalam Masyarakat dan Lingkungan

Sumber stress ini dapat terjadi di lingkungan atau masyarakat pada umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umum disebut stress pekerja karena lingkungan fisik, dikarenakan hubungan interpersonal serta kurangnya adaptasi di masyarakat sehingga tidak dapat berkembang.

## 2.5.4 Cara Mengendalikan Stress

Stres dapat menimbulkan masalah yang merugikan individu sehingga diperlukan beberapa cara untuk mengendalikannya. Ada beberapa kiat untuk mengendalikan stres menurut (Brecht, 2000) dikutip dari (Lestari, 2016), yaitu:

- a. Positifkan sikap, keyakinan dan pikiran: bersikaplah fleksibel, rasional. Dan adaptif terhadap orang lain, artinya jangan terlebih dahulu menyalahkan orang lain sebelum melakukan introspeksi diri dengan pengendalian internal.

- b. Kendalikan faktor-faktor penyebab stres dengan cara mengasah: Perhatikan diri sendiri, proses interpersonal dan interaktif, serta lingkungan.
- c. Kembangkan sikap efisien.
- d. Lakukan relaksasi (teknik nafas dalam).
- e. Lakukan visualisasi (angan-angan terarah).

### **2.5.5 Definisi Adaptasi**

Menurut (Herdjan, 1987) dalam (Lestari, 2016) mengungkapkan bahwa adaptasi adalah usaha atau perilaku yang tujuannya mengatasi kesulitan dan hambatan. Penyesuaian diri atau adaptasi adalah perubahan anatomi, psikologi dan fisiologi dalam diri seseorang yang terjadi sebagai reaksi terhadap stress.

Adaptasi merupakan pertahanan yang didapat sejak lahir atau diperoleh karena belajar dari pengalaman untuk mengatasi stress dan mengurangi atau menetralkan pengaruhnya. Adaptasi adalah suatu cara penyesuaian yang berorientasi pada tugas (task oriented).

### **2.5.6 Macam-Macam Adaptasi**

Adaptasi ini merupakan proses penyesuaian tubuh secara alamiah atau secara fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan dari berbagai faktor yang menimbulkan atau mempengaruhi keadaan menjadi tidak seimbang, contohnya masuknya kuman penyakit, maka secara fisiologis tubuh berusaha untuk mempertahankan baik dari pintu masuknya kuman atau sudah masuk dalam tubuh. Proses Adaptasi dapat dibedakan menjadi beberapa macam antara lain:

## A. Adaptasi secara fisiologis

Adaptasi fisiologis dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

1. LAS (local Adaptation Syndrom) Apabila kejadiannya atau proses adaptasi bersifat lokal, seperti ketika daerah tubuh atau kulit terkena infeksi, maka akan terjadi daerah sekitar kulit tersebut kemerahan, bengkak, nyeri, panas dan lain-lain yang sifatnya lokal pada daerah sekitar yang terkena.
2. GAS (General Adaptation Syndrom) Bila reaksi lokal tidak dapat diatasi dapat menyebabkan gangguan secara sistemik tubuh akan melakukan proses penyesuaian seperti panas seluruh tubuh, berkeringat dan lain-lain.

Pada adaptasi fisiologis, melalui tiga tahap yaitu tahap alarm reaction, tahap resistensi dan tahap akhir, yaitu:

### 1) Tahap alarm reaction

Tahap ini dapat diawali dengan kesiagaan (flight or flight), dimana terjadi perubahan fisiologis yaitu pengeluaran hormon oleh hipotalamus yang dapat menyebabkan kelenjar adrenal mengeluarkan adrenalin yang dapat meningkatkan denyut jantung dan menyebabkan pernafasan menjadi cepat dan dangkal, kemudian hipotalamus juga dapat melepaskan hormon ACTH (adrenokortikotropik) yang dapat merangsang adrenal untuk mengeluarkan kortikoid yang akan mempengaruhi berbagai fungsi tubuh, penilai respons tubuh terhadap stressor mengalami kegagalan, tubuh akan melakukan countershock untuk mengatasinya.

### 2) Tahap resistensi (stage of resistance)

Merupakan tahap kedua dari fase adaptasi secara umum dimana tubuh akan melakukan proses penyesuaian dengan mengadakan berbagai perubahan

dalam tubuh yang berusaha untuk mengatasi stressor yang ada, seperti jantung bekerja lebih keras untuk mendorong darah yang pekat untuk melewati arteri dan vena yang menyempit.

### 3) Tahap akhir (stage of exhaustion)

Tahap ini ditandai dengan adanya kelelahan, apabila selama proses adaptasi tidak mampu mengatasi stressor yang ada, maka dapat menyebar ke seluruh tubuh.

## B. Adaptasi Psikologis

Merupakan proses penyesuaian secara psikologis akibat stressor yang ada, dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri dengan harapan dapat melindungi atau bertahan dari serangan-serangan atau hal-hal yang tidak menyenangkan. Dalam proses adaptasi secara psikologis terdapat dua cara untuk mempertahankan diri dari berbagai stressor yaitu:

### 1. Task Oriented Reaction (reaksi berorientasi pada tugas)

Reaksi ini merupakan coping yang digunakan dalam mengatasi masalah dengan berorientasi pada proses penyelesaian masalah, meliputi afektif (perasaan), kognitif (pengetahuan), psikomotor (keterampilan).

### 2. Ego Oriented Reaction (reaksi berorientasi pada ego) Reaksi ini dikenal dengan mekanisme pertahanan diri secara psikologis agar tidak mengganggu psikologis yang lebih dalam. Diantara mekanisme pertahanan diri yang dapat digunakan untuk melakukan proses adaptasi psikologis antara lain:

#### a) Rasionalisasi

Memberi keterangan bahwa sikap/ tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional, sehingga tidak menjatuhkan harga dirinya. Misalnya,

seorang mahasiswa yang menyalahkan cara mengajar dosennya ketika ditanyakan oleh orang tuanya mengapa nilaisemesternya buruk.

b) Displacement

Mengalihkan emosi, arti simbolik, fantasi dari sumber yang sebenarnya (benda, orang, atau keadaan) kepada orang lain, benda atau keadaan lain. Misalnya, seorang pria bertengkar dengan pacarnya dan sepulangnya ke rumah marah-marah pada adiknya.

c) Kompensasi

Menutupi kelemahan dengan menonjolkan kemampuannya atau kelebihanannya.

d) Proyeksi

Hal ini berlawanan dengan intropeksi, dimana menyalahkan orang lain atas kelalaian dan kesalahan-kesalahan atau kekurangan diri sendiri.

e) Represi

Penyingkiran unsur psikis (suatu afek, pemikiran, motif, konflik) sehingga menjadi tidak sadar dilupakan/ tidak dapat diingat lagi. Represi membantu individu mengontrol impuls-impuls berbahaya, seperti contohnya suatu pengalaman traumatis menjadi terlupakan.

f) Denial

Menolak untuk menerima atau menghadapi kenyataan yang tidak enak. Misalnya, seorang gadis yang telah putus dengan pacarnya menghindarkan diri dari pembicaraan mengenai pacar, perkawinan atau kebahagiaan.

### C. Adaptasi Sosial Budaya

Merupakan cara untuk mengadakan perubahan dengan melakukan proses penyesuaian perilaku yang sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat, berkumpul dengan masyarakat dalam kegiatan kemasyarakatan.

### D. Adaptasi Spiritual

Proses penyesuaian diri dengan melakukan perubahan perilaku yang didasarkan pada keyakinan atau kepercayaan yang dimiliki sesuai dengan agama yang dianutnya. Apabila mengalami stres, maka seseorang akan giat melakukan ibadah seperti rajin melakukan ibadah.

## **2.6 Konsep Mekanisme Koping**

### **2.6.1 Definisi Mekanisme Koping**

Mekanisme koping atau mekanisme pertahanan diri dapat diartikan sebagai apa yang dilakukan oleh individu untuk menguasai situasi yang dinilai sebagai suatu tantangan atau ancaman. Jadi koping lebih mengarah pada apa yang individu lakukan untuk mengatasi tuntutan-tuntutan yang penuh tekanan atau membangkitkan emosi. Dengan kata lain, mekanisme koping adalah bagaimana reaksi orang menghadapi stres tekanan (Lestari, 2016).

### **2.6.2 Jenis-Jenis Mekanisme Koping**

(Lazarus dan Folkman, 1984) dalam (Lestari, 2016) mengatakan bahwa koping dapat memiliki dua fungsi yaitu dapat berupa berfokus pada suatu titik



permasalahan serta melakukan regulasi emosi dalam merespons masalah, yaitu sebagai berikut:

1. Mekanisme koping berpusat pada masalah (Problem Focus Coping)

Mekanisme koping ini bertujuan untuk menghadapi tuntutan secara sadar, realistis, subjektif, objektif, dan rasional. Aspek-aspek yang berhubungan dengan mekanisme koping yang berpusat pada masalah sebagai berikut:

- a. Seeking Informational Support, yaitu berusaha untuk mencari atau mendapatkan informasi dari orang lain baik teman maupun dosen atau guru yang berada dilingkungan sekitar.
- b. Confrontative Coping, merupakan suatu usaha untuk mengubah keadaan atau masalah secara agresif, menggambarkan tingkat kemarahan serta pengambilan resiko. Mekanisme koping ini dapat konstruktif apabila mengarah pada pemecahan masalah, tetapi juga dapat destruktif apabila perasaan stres diarahkan pada hal yang agresif dan negatif.
- c. Planful Problem Solving, ialah suatu bentuk menganalisa situasi yang menimbulkan masalah kemudian berusaha untuk mencari solusi secara langsung dalam menghadapi masalah.

2. Mekanisme koping berpusat pada emosi (Emotional Focused Coping) Usaha mengatasi stres dengan mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang ditimbulkan oleh suatu yang dianggap penuh tekanan. Emotional Focused Coping ditunjukkan untuk mengatur respon emosional terhadap situasi stres yang digunakan:

- a. Self-control: Usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.



- a. Dapat menceritakan secara verbal tentang perasaan.
- b. Mengembangkan tujuan yang realistis.
- c. Dapat mengidentifikasi sumber koping.
- d. Dapat mengembangkan mekanisme koping yang efektif.
- e. Mengidentifikasi alternatif strategi.
- f. Memilih strategi yang tepat.
- g. Menerima dukungan

## 2. Mekanisme Koping Destruktif (Maladaptif)

Mekanisme koping maladaptif adalah suatu keadaan dimana individu melakukan koping yang kurang sehingga mengalami keadaan yang berisiko tinggi atau suatu ketidakmampuan untuk mengatasi stressor. Koping maladaptif atau koping yang kurang menandakan bahwa individu mengalami kesulitan dalam beradaptasi terhadap lingkungan maupun situasi yang sangat menekan. Karakteristik koping maladaptif, sebagai berikut:

- a. Menyatakan tidak mampu.
- b. Tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif.
- c. Perasaan lemas, takut, irritable, tegang, gangguan fisiologis, adanya stres kehidupan.
- d. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar.

### 2.6.4 Sumber Koping

Sumber koping merupakan pilihan-pilihan atau strategi yang membantu seseorang menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang berisiko, menurut

(Lestari, 2016) Sumber koping individu terdiri dari dua jenis sumber yaitu sumber koping internal dan eksternal, sebagai berikut:

1. Sumber koping internal.

Sumber koping internal berasal dari pengetahuan, keterampilan seseorang, komitmen dan tujuan hidup, kepercayaan diri, kepercayaan agama, serta kontrol diri. Karakteristik kepribadian seseorang yang tersusun atas kontrol diri, komitmen dan tantangan merupakan sumber mekanisme koping yang tangguh. Individu yang memiliki pribadi tangguh menerima stressor sebagai sesuatu yang dapat diubah maupun dianggap sebagai suatu tantangan.

2. Sumber koping eksternal

Dukungan sosial merupakan sumber koping eksternal yang utama. Dukungan sosial ini sebagai rasa memiliki informasi terhadap seseorang atau lebih. Hal ini menyebabkan seseorang merasa bahwa dirinya dianggap atau dihargai sehingga disebut sebagai dukungan harga diri. Dukungan sosial dapat meningkatkan kepribadian mandiri dan tidak menyebabkan ketergantungan terhadap individu yang lainnya.

## **2.7 Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi**

### **2.7.1 Pengertian**

Terapi aktivitas kelompok (TAK): Sosialisasi (TAKS) adalah upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah pasien dengan masalah hubungan sosial. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dilaksanakan dengan

membantu pasien melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar pasien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal (satu dan satu), kelompok dan massa. Aktivitas dapat berupa latihan sosialisasi dalam kelompok.

### **2.7.2 Tujuan**

Tujuan umum TAK Sosialisai adalah pasien dapat meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap dan tujuan khususnya adalah:

- 1) Pasien mampu memperkenalkan diri.
- 2) Pasien mampu berkenalan dengan anggota kelompok.
- 3) Pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok.
- 4) Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan topik pembicaraan.
- 5) Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain.
- 6) Pasien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan.

### **2.7.3 Aktivitas dan Indikasi**

Aktivitas yang dilaksanakan dalam tujuh sesi yang bertujuan untuk melatih kemampuan sosialisasi pasien. Pasien yang diindikasikan mendapatkan TAKS adalah pasien yang mengalami gangguan hubungan sosial berikut:

1. Pasien yang mengalami isolasi sosial yang telah mulai melakukan interaksi interpersonal.
2. Pasien yang mengalami kerusakan komunikasi verbal yang telah berespons sesuai dengan stimulus.

TAK Sosialisasi terdiri dari 2 sesi, yaitu:

- Sesi 1: Memperkenalkan diri
- Sesi 2: Berkenalkan dengan anggota kelompok.

Terapi Aktivitas Kelompok tersebut tidak dapat dilakukan selama kami melakukan praktik di RSJ Menur Jawa Timur khususnya di Ruangan Gelatik, karena mengingat masih dalam keadaan pandemi covid-19 yang mengharuskan kami menjaga jarak untuk menghindari penularan covid-19 tersebut.

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan Defisit Perawatan Diri, maka penulis mengajukan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 22 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 09.30 WIB, sebagai berikut:

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Klien adalah seorang pria bernama Tn. B usia 49 tahun, beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Status perkawinan pasien yaitu sudah menikah namun cerai sejak tahun 2005, Pendidikan terakhir pasien yaitu SMA dan pasien mengatakan tinggal di Krian, Sidoarjo. Pasien MRS di ruang Gelatik tanggal 03 Januari 2022. Informan didapatkan dari Pengkajian pasien dan SIM RS No. Register 00.9x.xx

##### **3.1.2 Alasan Masuk**

Pada tanggal 03 Januari 2022 pasien mengomel dan suka keluyuran, berbicara melantur dan meresahkan warga, lalu dibawa ke RSJ Menur Surabaya oleh keluarga dan tetangganya.

Saat pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 09.30 didapatkan hasil pasien tampak lusuh, pakaian kurang rapi, rambut berantakan, kuku panjang,

ekstremitas punggung didapatkan bintik merah, serta pasien mengeluh gatal pada ekstremitas belakang telinga.

### 3.1.3 Faktor Predisposisi

#### 1) Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa, dibuktikan dengan pasien mengatakan selalu kontrol di Puskesmas Krian sejak 2015 “Saya pernah merasa kayak gini mbak, panas kepala saya. Tiap merasa gitu saya langsung ke Puskesmas Krian dan dikasih obat namanya Haloperidol, kalau habis minum itu langsung dingin”

Pada bulan Desember 2021 lalu pasien merasa cemas dan merasa kepalanya panas lagi dan dibawa ke RSJ Menur oleh keluarganya.

#### 2) Riwayat pengobatan sebelumnya

Pasien mengatakan bahwa terakhir kali pengobatannya yaitu pada 1 bulan yang lalu tepatnya pada bulan Desember 2021. Terbukti kurang berhasil karena pasien sudah tidak rutin meminum obatnya sebab terlalu fokus kerja, hingga pasien lupa untuk meminum obat.

#### 3) Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami perilaku kekerasan pada siapa pun.

**Masalah Keperawatan: Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik**



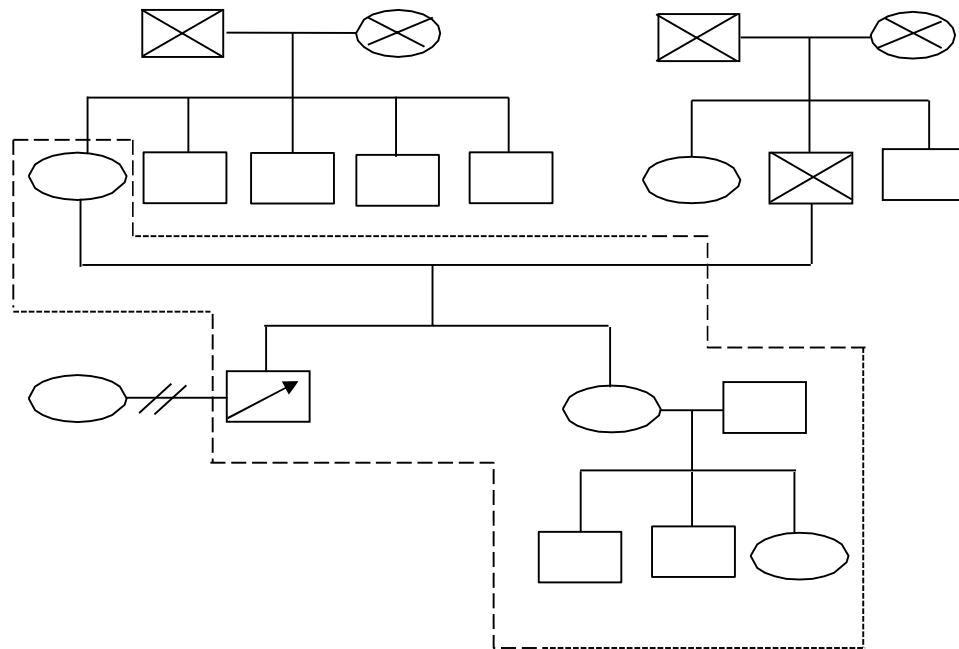


- 3) Keluhan Fisik: Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik pada dirinya, namun pasien memiliki Riwayat hipertensi dan tidak pernah dikontrolkan

**Masalah Keperawatan: Gangguan Pemeliharaan Kesehatan**

**3.1.5 Psikososial**

- 1) Genogram:



**Gambar 3.1** Genogram

Keterangan:

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

↗ : Pasien

⊗ : Meninggal

— : Garis menikah

| : Garis keturunan

// : Cerai

----- : Tinggal serumah

Data didapat dari pasien, pasien merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Pasien mengatakan mempunyai adik 1 (satu) yaitu perempuan

yang saat ini sudah menikah dan mempunyai 3 anak, didalam keluarganya tidak ada yang sakit seperti ini. Bapak pasien meninggal dunia sejak 2002 karena Riwayat penyakit hipertensi, pasien tinggal serumah bersama ibu, adik dan suami adiknya serta bersama keponakan pasien yang merupakan anak dari adiknya. Saudaranya memberi dukungan dan saling berkomunikasi dengan baik.

## 2) Konsep Diri

### a. Gambaran diri

Saat di kaji pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya karena merasa semua bagian tubuhnya ideal.

### b. Identitas

Pada saat di kaji pasien mengatakan namanya Bigador, berjenis kelamin laki-laki, berusia 49 tahun. Dan pasien mengatakan puas terlahir menjadi laki-laki

### c. Peran

Pada saat di kaji pasien mengatakan perannya adalah menjadi seorang anak yang ditinggal bapaknya meninggal dunia, pasien merasa harus bekerja keras untuk membantu ibunya dan memenuhi kebutuhan keluarga

### d. Ideal diri

Saat di kaji, pasien diberi pertanyaan “nanti setelah bapak sudah pulang, bapak punya keinginan apa?” pasien menjawab “Ingin bekerja untuk bantu ibu saya”

e. Harga diri

Pasien diam sejenak saat membahas pekerjaannya lalu mengatakan “Saya malu mbak kalau disini terus, saya kan harus kerja untuk keluarga saya, saya pengen cepet pulang biar bisa kerja lagi”

**Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah**

3) Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pada saat dikaji pasien mengatakan orang yang sangat berarti adalah yang bersamanya saat ini yaitu ibu, adik, suami dari adiknya dan ketiga keponakannya karena merekalah yang mengerti keadaan pasien pada saat ini

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Sebelum MRS pasien mengatakan bahwa hubungannya dengan lingkungan sekitar rumah baik, dan ikut serta dalam kegiatan gotong royong

Saat MRS pasien mengatakan bahwa dirinya sering bercerita dengan teman sekamarnya membahas pekerjaan, dan dibuktikan dengan pasien tampak mengobrol di jendela bersama teman sekamarnya Bernama Jerry

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tidak ditemukan hambatan pasien dalam berhubungan dengan orang lain

**Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan**

#### 4) Spiritual

##### a. Nilai dari keyakinan

Pada saat dikaji pasien mengatakan bahwa tidak merasa mengalami gangguan jiwa dan keadaannya saat ini yaitu tidak ada hubungan dengan agama yang dipercayainya

##### b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan sebelum MRS rajin sholat, dan saat MRS pun pasien mengatakan bahwa bangun tidur langsung melaksanakan sholat subuh, dan jika tidur malamnya terlalu cepat maka pasien selalu terbangun pukul 23.00 untuk melaksanakan sholat isya, untuk sholat dhuhur, ashar, dan maghrib pasien mengatakan bahwa jarang melakukannya karena terkadang ketiduran hingga waktunya habis

**Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan**

### 3.1.6 Status Mental

#### 1. Penampilan

Penampilan pasien tidak rapi, tampak berantakan, saat didekati pasien tercium bau badan tidak sedap, BAB/BAK di kamar mandi secara mandiri, mandi 2 hari sekali “Saya mandi 2 hari sekali mbak, soalnya kadang saya udah ngerasa dingin, jadi males mandi”, gosok gigi 1x sehari. Pasien melakukan perawatan diri saat diarahkan saja, seperti terkadang mandi jika diarahkan untuk mandi, memotong kuku dengan bantuan perawat, pasien tidak melakukan jika tidak di suruh, dan ekstremitas punggung didapatkan bintik merah, serta pasien mengeluh gatal pada

ekstremitas belakang telinga, “Ini gatal mbak, kalau dirumah biasanya dikasih bedak. Tapi disini gak ada bedak jadi ya dibiarkan saja”

**Masalah Keperawatan: Defisit Perawatan Diri: Mandi**

2. Pembicaraan

Pada saat dikaji pasien berbicara terlalu cepat. Seperti saat di tanya “sudah makan bapak?” pasien spontan menjawab “sudah, sudah” dengan tergesa

**Masalah Keperawatan: Gangguan Komunikasi Verbal**

3. Aktivitas motorik

Pasien tampak sumringah saat dikaji, dan pasien mengatakan bahwa tidak ada hambatan untuk melakukan aktivitas apapun, namun pasien tampak menunduk setiap berjalan

**Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan**

4. Alam perasaan

Pasien mengatakan khawatir jika terlalu lama disini, karena tidak segera bekerja

**Masalah Keperawatan: Ansietas**

5. Afek

Ekspresi pasien sesuai dengan stimulus yang diberikan

**Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan**

6. Interaksi selama wawancara

Pasien kooperatif selama berinteraksi, kontak mata ada namun kurang

**Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan**

7. Persepsi halusinasi

Saat ditanya “Bapak sering mendengar suara aneh atau pernah melihat sesuatu gitu nggak pak?” pasien menjawab “tidak pernah sama sekali mbak”

**Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan**

8. Proses pikir

Jika berinteraksi, pasien selalu mudah mengalihkan pembicaraan

**Masalah Keperawatan: Perubahan Proses Pikir**

9. Isi pikir

Pasien terobsesi menjadi seorang pekerja keras dan enggan untuk istirahat walau hanya sebentar saja, respon pasien ketika sudah lelah bekerja yaitu selalu minum obat.

**Masalah Keperawatan: Perubahan Proses Pikir**

10. Tingkat kesadaran

Saat dikaji kesadaran pasien, pasien mengetahui saat ini pagi hari. Pasien mengetahui saat ini berada di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

**Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan**

11. Memori

Saat ditanya “hari ini hari apa pak?”, “tanggal berapa sekarang?”. Pasien mengatakan “sekarang senin ya mbak, tanggal berapanya saya lupa soalnya udah lama disini”

Ketika di tanya “bapak dulu pernah kerja dimana? kerjanya berapa lama?” pasien dapat menjawab dengan lancar “saya sekarang kerja di gipsum, tapi saya juga pernah kerja jadi pengawas barang mbak”

**Masalah Keperawatan: Tidak terdapat masalah keperawatan**

#### 12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Saat dikaji pasien dapat berkonsentrasi selama interaksi, pasien terkadang melamun dan pasien dapat menghitung dengan baik. Pada saat ditanya “Pak, misalkan saya punya 7 anggur lalu saya makan 6. Tinggal berapa ya pak anggurnya sekarang” pasien antusias menjawab “tinggal 1 mbak”.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

#### 13. Kemampuan penilaian

Pasien tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain, saat ditanya “Bapak mau makan dulu atau gosok gigi dulu”, pasien menjawab “Saya bingung mbak, tak samain sama temen saya aja. Makan dulu wes”

**Masalah Keperawatan: Perubahan Proses Pikir**

#### 14. Daya tilik dari

Pada saat dikaji pasien mengingkari penyakitnya yaitu mengatakan bahwa sedang di RSJ Menur Jawa Timur untuk berobat agar semakin pandai.

**Masalah Keperawatan: Perubahan Proses Pikir**



### 3.1.7 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi/menyediakan kebutuhan

Pada saat dikaji, pasien mengatakan bahwa kebutuhan makan, keamanan, kesehatan, pakaian dan tempat tinggal pasien terpenuhi dari hasil kerja kerasnya pada saat sebelum MRS, dan saat MRS pasien tidak memegang uang sama sekali

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

2. Kegiatan hidup sehari-hari

- a. Perawatan diri

Pasien mampu melakukan perawatan diri mandi, makan, BAK/BAB, ganti pakaian secara mandiri namun saat mendapat arahan dari perawat saja, pasien berganti pakaian tiap sehari sekali, namun pasien hanya mau mandi saat merasa kegerahan yaitu 2 hari sekali. Dan *Activity Daily Life* pasien yaitu Bantuan Minimal karena dibantu oleh perawat seperti memotong kuku, dan terdapat bintik merah di punggung yang disertai keluhan pasien yaitu gatal di ekstremitas belakang telinga

**Masalah Keperawatan: Defisit Perawatan Diri: Mandi**

- b. Nutrisi

Pasien mengatakan bahwa puas dengan makanan yang telah disediakan karena sesuai dengan apa yang diharapkan, makanan dan udapan pasien sebanyak 3x sehari, nafsu makan baik, dan pasien tidak mendapat diet khusus dari RS.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

c. Tidur

Pasien mengatakan bahwa selama MRS tidak ada masalah dengan tidurnya dan biasa tidur siang selama 2 jam yaitu ketika selesai makan pukul 13.00 sampai 15.00

Pasien mengatakan jika tidur malamnya sejak pukul 20.00 hingga 03.00 dini hari namun pasien mengaku cukup tidurnya walaupun bangun terlalu pagi

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

3. Kemampuan klien

Pasien mengatakan mampu meminum obat yang telah diberikan, serta paham obat apa saja yang telah dikonsumsinya

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

4. Klien memiliki sistim pendukung

Keluarga seperti ibu, adik, suami dari adiknya, dan ketiga keponakannya (anak dari adiknya) mendukung pasien untuk masuk RSJ Menur Surabaya dibuktikan dengan mengantar pasien untuk datang ke RS

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Pasien mengatakan iya, sangat menikmati kegiatan yang menghasilkan, seperti bekerja dan pasien senang sekali membaca buku serta belajar

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

### 3.1.8 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adaptif berupa pasien mau berbicara dengan orang lain dan mampu mengenali masalahnya namun Respon Maladaptif pasien yaitu Bekerja Berlebihan yang dibuktikan dengan cara saat menghadapi masalah tersebut yaitu dengan obat-obatan, dan pasien mengatakan selalu ingin bekerja “saya suka kerja terus mbak, sampai kepala saya panas”, dan saat ditanya “kalau udah panas gitu kepalanya, biasanya bagaimana pak biar panasnya hilang? Istirahat tidur?”. Pasien menjawab “saya minum obat mbak, haloperidol itu bikin kepala saya dingin, saya gamau tidur kalau capek soalnya pasti kepikiran terus, jadi abis minum obat, saya lanjut kerja lagi”

#### **Masalah Keperawatan: Koping Individu Inefektif**

### 3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Pada saat dikaji pasien selalu mendapat dukungan dari keluarga.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Pasien mengatakan berhubungan baik dengan tetangga dan ikut serta kegiatan gotong royong

3. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Pada saat dikaji pasien mengatakan sekolah sampai SMA dan sangat menyukai pelajaran Bahasa Indonesia dan Pancasila. Pasien juga bercita-cita ingin menjadi guru

4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Pada saat dikaji pasien mengatakan dulu pernah bekerja sebagai pengawas barang, namun saat masih bekerja disana pasien pernah dihina oleh rekan kerjanya seperti “Lulusan SMA iku gak pantas kerjo nak kene” dan tanggapan pasien saat itu hanya diam saja.

5. Masalah dengan perumahan, spesifik

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahannya

6. Masalah ekonomi, spesifik

Pasien mengatakan waktu lulus SMA tidak dapat melanjutkan apa yang dicita-citakan yaitu menjadi Guru, karena terhambat ekonomi keluarga

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik.

Pada saat dikaji, pasien mengatakan jika sakit langsung diantar ke puskesmas.

8. Masalah lainnya, spesifik

Pasien mengatakan tidak ada masalah yang menurutnya sangat berat, hanya lelah karena terlalu sering bekerja

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

### **3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang**

Pasien mengatakan tidak mengetahui serius tentang penyakitnya saat ini, hanya mengatakan saat ini sedang berobat agar semakin pandai saat bekerja nanti, dan pasien tidak mengetahui manfaat obat yang dikonsumsi

**Masalah Keperawatan: Defisit Pengetahuan**



7. Ansietas
8. Perubahan Proses Pikir
9. Koping Individu Inefektif
10. Defisit Pengetahuan

### 3.1.13 Daftar Diagnosis Keperawatan

Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri (Mandi) **berhubungan dengan**  
Gangguan pemeliharaan kesehatan

Surabaya, 18 Januari 2022



DINDA FADJRIN DWI ANGGRAINI

NIM. 192.0009

### 3.2 Analisa Data

Nama: Tn. B

NIRM: 00.9x.xx

Ruangan: Gelatik

**Tabel 3.2** Analisa data

TGL	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	T.T
17-01-22	<p><b>Subjektif:</b></p> <p>Pasien mandi 2 hari sekali            “Saya mandi 2 hari sekali mbak, soalnya kadang saya udah ngerasa dingin, jadi males mandi”,            Pasien mengeluh gatal pada ekstremitas belakang telinga “Ini gatal mbak, kalau dirumah biasanya dikasih bedak. Tapi disini gak ada bedak jadi ya dibiarkan saja”</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>Penampilan pasien tidak rapi, tampak berantakan, saat didekati pasien tercium bau badan tidak sedap, potong kuku dengan bantuan minimal yaitu oleh perawat, pasien tidak melakukan jika tidak di suruh, dan ekstremitas punggung didapatkan bintik merah.</p>	Gangguan pemeliharaan kesehatan	Defisit Perawatan Diri: Mandi	<i>Df</i>
17-01-22	<p><b>Subjektif:</b></p> <p>Pasien diam sejenak saat membahas pekerjaannya lalu mengatakan “Saya malu mbak kalau disini terus, saya kan harus kerja untuk keluarga saya, saya pengen cepet pulang biar bisa kerja lagi”</p>	Kenyataan tidak sesuai dengan harapan	Harga Diri Rendah	<i>Df</i>

	<p><b>Objektif:</b></p> <p>Pasien mengatakan bahwa tidak ada hambatan untuk melakukan aktivitas apapun, namun pasien tampak menunduk setiap berjalan</p> <p>Pasien kooperatif selama berinteraksi, kontak mata ada namun kurang</p>			
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--



### 3.3 Rencana Keperawatan

Nama : Tn. B

Nama Mahasiswa : Dinda Fadjrini Dwi Anggraini

NIRM : 09.0x.xx

Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Ruangan: Gelatik

**Tabel 3.3** Rencana keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Rasional
	Tujuan dan Kriteria	Tindakan Keperawatan	
Defisit Perawatan Diri	<p><i>Kognitif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat.</li> <li>2. Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.</li> </ol> <p><i>Psikomotorik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekspresi wajah bersahabat.</li> <li>2. Menunjukkan rasa senang, ada kontak mata.</li> <li>3. Mau berjabat tangan.</li> <li>4. Mau menyebutkan nama.</li> <li>5. Mau menjawab salam.</li> <li>6. Mau duduk berdampingan dengan mahasiswa perawat.</li> <li>7. Mau mengutarakan masalah yang di hadapi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Beri salam dan panggil nama klien</li> <li>b. Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan</li> <li>c. Jelaskan maksud hubungan interaksi</li> <li>d. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat</li> <li>e. Beri rasa aman dan sikap empati</li> <li>f. Lakukan kontak singkat tapi sering</li> </ol>	<p>Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.</p>

	<p><i>Afektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sedikit kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan mahasiswa perawat.</li> <li>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan.</li> <li>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan.</li> </ol>		
	<p><i>Kognitif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat.</li> <li>2. Pasien mampu menjelaskan pentingnya kebersihan diri.</li> <li>3. Pasien mampu menjelaskan cara menjaga kebersihan diri.</li> </ol> <p><i>Psikomotorik:</i> Pasien mampu melakukan kebersihan diri: Mandi, Keramas, Sikat gigi.</p> <p><i>Afektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.</li> <li>2. Pasien merasa nyaman dengan perawatan diri.</li> </ol>	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri</li> <li>2. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri</li> <li>3. Membantu klien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri</li> <li>4. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p>Dengan mengetahui penjelasan klien mengenai perawatan kebersihan diri, maka dapat menentukan langkah itervensi selanjutnya.</p>

	<p><i>Kognitif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat.</li> <li>2. Pasien mampu menjelaskan tentang berhias diri.</li> <li>3. Pasien mengetahui cara perawatan diri yaitu berhias.</li> </ol> <p><i>Psikomotor:</i> Pasien mampu melakukan berhias diri.</p> <p><i>Afektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien kooperatif.</li> <li>2. Pasien merasa nyaman dengan interaksi.</li> </ol>	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengkaji pengetahuan klien tentang berhias diri</li> <li>b. Memberi kesempatan klien untuk bertanya seputar berhias diri</li> <li>c. Mendiskusikan bersama klien tentang bagaimana berhias diri dengan baik</li> <li>d. Memberi reinforcement positif terhadap kemampuan klien dalam melakukan berhias diri</li> </ol>	<p>Reinforcemen dapat meningkatkan harga diri.</p>
	<p><i>Kognitif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat.</li> <li>2. Pasien mampu menjelaskan cara makan dan minum yang benar dan tertib.</li> <li>3. Pasien mampu menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan.</li> </ol> <p><i>Psikomotor:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu memenuhi kebutuhan makan dan minum.</li> <li>2. Pasien mampu mempraktikkan cara makan yang baik.</li> </ol>	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan cara mempersiapkan makan</li> <li>2. Menjelaskan cara makan yang tertib</li> <li>3. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan</li> <li>4. Mempraktikkan cara makan yang baik</li> </ol>	<p>Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang perawatan diri, salah satunya cara makan dengan baik</p>

	<p><i>Afektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien kooperatif</li> <li>2. Pasien merasa nyaman selama interaksi</li> </ol>		
	<p><i>Kognitif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat</li> <li>2. Pasien mampu menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai.</li> <li>3. Pasien mampu menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK.</li> <li>4. Pasien mampu menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK.</li> </ol> <p><i>Psikomotor:</i> Pasien mampu melakukan eliminasi BAK dan BAB.</p> <p><i>Afektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien kooperatif.</li> <li>2. Pasien merasa nyaman selama interaksi.</li> </ol>	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai.</li> <li>2. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK.</li> <li>3. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK.</li> </ol>	<p>Agar klien lebih mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang BAB/BAK mandiri dengan baik.</p>

### 3.4 Implementasi dan Evaluasi

Nama: Tn. B

NIRM: 00.9x.xx

Ruangan: Gelatik

**Tabel 3.4** Implementasi dan Evaluasi

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T
17-01-22 09.00	Defisit Perawatan Diri	“Selamat pagi bapak, boleh saya duduk disini, disamping bapak?” “Kita kenalan dulu ya pak, perkenalkan nama saya dinda, saya mahasiswa perawat yang sedang praktik disini, nama bapak siapa?” “Pak Bigador, saya ingin berbincang-bincang sama bapak sekitar selama 15 menit aja boleh ya pak?” “bapak mau dimana? disini atau ditempat lain?”	<b>Subjektif:</b> Pasien mampu menjawab salam dan mau memperkenalkan dirinya, “Pagi mbak” “nama saya Bigador mbak”, “Saya dirumah tinggal sama ibu saya dan adik saya yang sudah menikah dan punya 3 anak mbak” “Sudah menikah mbak saya, tapi sudah cerai sekarang. Tahun 2005 lalu saya diceraikan, mantan istri saya waktu itu pergi berdua sama orang cowok” “Nggak jengkel mbak, ya biarin aja, saya bisa cari	<i>Df</i>
09.15		Mengukur tanda-tanda vital TD: 125/80 mmHg                      N: 83x/menit S: 36,5 <sup>0</sup> C                                      Rr: 18x/menit TB: 168 cm                                      BB: 87 kg		
09.25		“Baik, bapak dirumah tinggal sama siapa?” “Kenapa pak, kok bisa disini, gimana ceritanya” “Tapi sebelumnya bapak pernah mendengar suara atau melihat hal aneh nggak pak?”		

10.00		<p>“Pernah marah banget nggak pak sama orang atau jengkel?”          “Sudah menikah pak?”, “Oh cerainya karena apa pak?”, “Bapak jengkel nggak sama mantan istri bapak?”, “Biasanya kalau diruangan ada temen ngobrol gak pak?”, “Cerita apa aja pak biasanya sama temannya?”          “Bapak sudah sarapan tadi?” “Lauknya apa saja pak”          “Sudah mandi pak?” “Keramas nggak tadi?”          “Pak, kira-kira kebersihan diri itu penting nggak sih pak”, “Cara menjaga kebersihan itu biasanya gimana pak”, “Mulai sekarang jaga kebersihan dirinya ya pak, bisa dimasukkan dijadwal harian bapak, biar tiap hari tidak terlewatkan”</p>	<p>istri lagi”, “Saya diruangan suka ngobrol sama Jerry biasanya, soalnya nyambung kalau sama dia mbak bahas apa saja”          “Sudah sarapan tadi” “Ikan telur sama ada sayurnya tadi, sayur bayam”,          “Sudah” “Saya gak keramas, soalnya sampo nya gak ada”          “Kebersihan itu penting mbak, supaya kita sehat”,          “Caranya ya olahraga lari pelan, terus mandi, gosok gigi ya mbak”, “iyaa mbak”</p>	
14.00		<p>Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik Sore (14.00 WIB-21.00 WIB):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak tenang</li> <li>2. ADL memotong kuku dibantu oleh perawat</li> <li>3. Porsi makan sore 18.00 WIB: habis 1 porsi</li> <li>4. Terapi obat Trifluoperazine 5mg, Clozapin 25mg jam 18.30 setelah makan malam Haloperidol per oral jam 19.30 WIB</li> <li>5. Tidak ada tanda ESO dan alergi</li> </ol>	<p><b>Objektif:</b>          Kontak mata pasien ada namun masih kurang          Pasien mampu menjelaskan pengertian dari kebersihan diri dan menyebutkan bagaimana saja cara menjaga kebersihan, serta bersedia</p>	
21.00		<p>Malam (21.00 WIB-07.00 WIB):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tidur dan bangun jam 03.30 WIB</li> </ol>		

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasien tidur pulas</li> <li>3. ADL menggosok gigi dan mandi mandiri</li> <li>4. Porsi makan pagi: habis 1 porsi</li> <li>5. Terapi obat Trifluoperazine 5mg, Haloperidol 5mg dan Risperidone 2mg jam 06.55 WIB setelah makan pagi</li> <li>6. Tidak ada tanda ESO dan alergi</li> </ol>	<p>untuk memasukkan kedalam jadwal hariannya.</p> <p><b>Assessment:</b> SP 1 Poin 1, 2, 4 teratasi</p> <p><b>Planning:</b> Lanjutkan SP 1 Poin 3 Pertahankan SP 1 Poin 1, 2, 4</p>	
18-01-22 08.00	Defisit Perawatan Diri	<p>“Assalamualaikum wr wb, selamat pagi pak, bagaimana kondisi bapak hari ini? Apa bapak masih ingat dengan saya?”</p> <p>“Untuk pertemuan ke dua ini, saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin. Untuk waktunya 15 menit ya pak!”</p> <p>“Gimana menurut bapak, penting nggak pak untuk menjaga kebersihan diri itu”, “Bagaimana aja sih pak cara-caranya”. “Wah bagus pak Bigador, masih ingat ternyata”, “Pak coba tolong dipraktikan salah satu kebersihan diri, gosok gigi misalnya, gimana pak biasanya kalua gosok gigi?” “Bapak kalau habis mandi sering berhias dicermin nggak?”, “Nah, menurut bapak sendiri, berhias itu penting nggak pak?”, “Oh gitu kenapa pak?”, “Jadi begini pak, berhias itu bukan hanya perempuan yang bisa melakukan, laki-laki juga</p>	<p><b>Subjektif:</b> Pasien menjawab salam “Waalaikumsallam mbak, baik saya”, “Iya mbak dinda ya?”, Pasien menjawab “Iya mbak” Pasien menjawab pertanyaan “Penting mbak kan kebersihan diri itu bikin kita sehat”, “Caranya mandi, olahraga senam biasanya itu, sama gosok gigi juga mbak”, “Gini ya mbak caranya” “Waktu dirumah iya mbak suka ngaca dicermin, tapi waktu disini gak pernah</p>	<i>Df</i>
09.00				

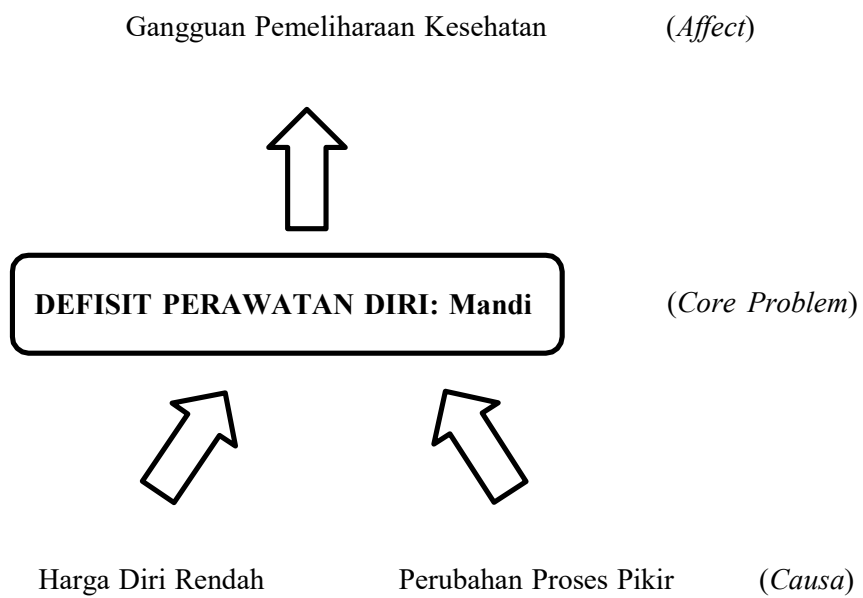
12.30		bisa melakukannya, kan penting untuk menjaga penampilan diri kita pak, gitu ya pak” Membantu menyiapkan pasien makan siang	lagi”, “Biasa aja sih mbak, gak penting-penting banget menurut saya”, “Ya kan soalnya berhias itu	
14.00		Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik Sore (14.00 WIB-21.00 WIB) a. Pasien tampak tenang b. ADL mandiri c. Porsi makan sore 18.00 WIB: habis 1 porsi d. Terapi obat Trifluoperazine 5mg, Clozapin 25mg jam 18.30 setelah makan malam Haloperidol per oral jam 19.30 WIB e. Tidak ada tanda ESO dan alergi	buat kayak perempuan-perempuan gitu mbak”, “oh iya mbak”  <b>Objektif:</b> Pasien mampu mengingat hasil diskusi hari pertama dan mampu mempraktikkan salah satu kebersihan diri yaitu gosok gigi Pasien mampu menjawab tentang berhias diri	
21.00		Malam (21.00 WIB-07.00 WIB): 1. Pasien tidur dan bangun jam 04.00 WIB 2. Pasien tidur pulas 3. ADL mandiri 4. Porsi makan pagi: habis 1 porsi 5. Terapi obat Trifluoperazine 5mg, Haloperidol 5mg, dan Risperidone 2mg jam 07.15 WIB setelah makan pagi	<b>Assesment:</b> SP 1 teratasi SP 2 teratasi  <b>Planning:</b> Lanjutkan SP 3 SP 1, SP 2 dipertahankan	





14.00		<p>kotor ditaruh ditempat kotor, yang berjatuhan diambil dan dibuang ya pak”, “Baik pak, nanti bisa dicoba pak waktu makan siang dipraktikkan ya pak, persiapan alatnya apa saja, cara makan yang baik bagaimana, dan merapikannya ya pak”</p> <p>Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik Sore (14.00 WIB-21.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Pasien tampak tenang dan bercerita dengan teman sekamarnya</li> <li>9. ADL mandiri</li> <li>10. Makan sore habis 1 porsi</li> <li>11. Terapi obat Trifluoperazine 5mg, Clozapin 25mg jam 19.00 setelah makan malam, Haloperidol jam 20.00 WIB</li> <li>12. Tidak ada tanda ESO dan alergi</li> </ol>	<p>bersedia mempraktikkan cara makan yang baik, pada saat makan siang nanti”</p> <p>Pasien tampak mencuci tangan setelah makan, tidak seperti biasanya</p> <p><b>Assessment:</b> SP 3 teratasi</p> <p><b>Planning:</b> Lanjutkan SP 4 Pertahankan SP 1, SP 2, SP 3</p>	
21.00		<p>Malam (21.00 WIB-07.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tidur dan bangun jam 03.00 WIB</li> <li>2. ADL menggosok gigi dan mandi mandiri</li> <li>3. Porsi makan pagi habis 1 porsi</li> <li>4. Terapi obat Trifluoperazine 5mg, Haloperidol 5mg, dan Risperidone 2mg jam 07.00 WIB setelah makan pagi</li> </ol>		

### 3.5 Pohon Masalah



**Gambar 3.2** Pohon masalah

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn. B dengan Defisit Perawatan Diri: Mandi di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Defisit perawatan diri adalah gangguan di dalam melakukan aktifitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Sedangkan perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia untuk memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejateraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. (Erita et al., 2019) Pada kasus Tn. B yang dialami klien adalah Defisit Perawatan Diri: Mandi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data, analisis data atau perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespon secara efektif karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Selanjutnya

membantu pasien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya. Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien telah mengadakan perkenalan dan memberi penjelasan maksud dari penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan membina hubungan saling percaya.

Sedangkan pada Tn. B penulis melakukan proses pengkajian yang terdapat di teori dengan ditambah keluhan saat ini. Penulis melakukan pengkajian yakni keluhan saat ini bertujuan untuk mendapatkan data yang aktual karena klien sudah masuk Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya sejak tanggal 3 Januari 2022.

#### **4.2 Analisa Data**

Analisa didapatkan dari hasil pengkajian yang dilakukan dengan cara wawancara dan observasi kepada klien. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala defisit perawatan diri, maka diagnosis keperawatan yang di tegakkan adalah Defisit perawatan diri: (Mandi, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK) (Erita et al., 2019)

Sedangkan pada Tn. B daftar masalah yang muncul yaitu ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik, respon pasca trauma, gangguan pemeliharaan kesehatan, harga diri rendah, defisit perawatan diri: mandi, gangguan komunikasi verbal, ansietas, perubahan proses pikir, koping individu inefektif, defisit pengetahuan.

Hasil pengkajian pada Tn. B penulis mendapatkan daftar masalah yang berbeda dengan teori dimana daftar masalah yang ditemukan pada Tn. B tidak terdapat dalam teori menurut (Erita et al., 2019) diantaranya:

1. Ketidakefektifan Penatalaksanaan Program Terapeutik, karena pada saat pengkajian klien mengatakan bahwa sudah pernah mengalami hal yang sama seperti saat ini dan rutin kontrol di Puskesmas Krian mendapat obat Haloperidol dan pada Desember 2021 yang lalu klien sudah tidak rutin meminum obatnya sebab terlalu fokus kerja, hingga klien lupa untuk meminum obat, yang mengakibatkan kurang berhasilnya proses pengobatan klien.
2. Respon Pasca Trauma, karena saat pengkajian didapatkan pengalaman masa lalu klien yang tidak menyenangkan yaitu pengalaman gagal menikah, klien diceraikan oleh istrinya pada tahun 2005 dan ditinggal meninggal dunia oleh bapaknya pada tahun 2002.
3. Gangguan Pemeliharaan Kesehatan, karena pada saat pengkajian klien mengatakan mempunyai darah tinggi faktor keturunan dari bapaknya, namun klien tidak pernah kontrol mengenai Hipertensinya.
4. Harga Diri Rendah, karena pada saat pengkajian pasien diam sejenak ketika membahas pekerjaannya lalu mengatakan “Saya malu mbak kalau disini terus, saya kan harus kerja untuk keluarga saya, saya pengen cepet pulang biar bisa kerja lagi”.
5. Defisit Perawatan Diri: Mandi, karena saat pengkajian klien tampak tidak rapi, tampak berantakan, dan saat didekati klien tercium bau badan tidak sedap, serta klien mengatakan bahwa dirinya hanya mandi 2 hari sekali karena

kadang sudah merasa dingin jadi tidak perlu mandi menurutnya. Dan klien mengeluh gatal pada ekstremitas belakang telinga, disertai bintik merah di ekstremitas punggung klien. *Activity Daily Life* klien yaitu Bantuan Minimal karena dibantu oleh perawat seperti memotong kuku.

6. Gangguan Komunikasi Verbal, karena pada saat dikaji pasien berbicara terlalu cepat. Seperti saat di tanya “sudah makan bapak?” pasien spontan menjawab “sudah, sudah” dengan tergesa.
7. Ansietas, karena saat pengkajian didapatkan klien mengatakan khawatir jika terlalu lama disini, karena tidak segera bekerja nantinya.
8. Perubahan Proses Pikir, karena pada saat dikaji pasien tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain, saat ditanya “Bapak mau makan dulu atau gosok gigi dulu”, pasien menjawab “Saya bingung mbak, tak samain sama temen saya aja. Makan dulu wes”. Dan pasien mengingkari penyakitnya yaitu mengatakan bahwa sedang di RSJ Menur Jawa Timur untuk berobat agar semakin pandai.
9. Koping Individu Inefektif, karena pada saat dikaji pasien didapatkan respon maladaptive yaitu bekerja berlebihan dibuktikan dengan pasien mengatakan selalu ingin bekerja “saya suka kerja terus mbak, sampai kepala saya panas”, dan saat ditanya “kalau udah panas gitu kepalanya, biasanya bagaimana pak biar panasnya hilang? Istirahat tidur?”. Pasien menjawab “saya minum obat mbak, haloperidol itu bikin kepala saya dingin, saya gamau tidur kalau capek soalnya pasti kepikiran terus, jadi abis minum obat, saya lanjut kerja lagi”
10. Defisit Pengetahuan, karena saat pengkajian didapatkan klien mengatakan tidak mengetahui serius tentang penyakitnya saat ini, hanya mengatakan saat

ini sedang berobat agar semakin pandai saat bekerja nanti, dan pasien tidak mengetahui manfaat obat yang dikonsumsinya.

### 4.3 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teori diagnosa keperawatan terdapat pohon masalah sebagai berikut:

Pohon masalah klien dengan Defisit Perawatan Diri: Mandi

Gangguan Pemeliharaan Kesehatan (*Affect*)



Defisit Perawatan Diri: Mandi (*Core Problem*)

Isolasi Sosial:  
Menarik diri



Harga Diri  
Rendah

(*Causa*)

**Gambar 4.1** Pohon masalah

Didalam mengambil diagnosa keperawatan terdapat sedikit kesenjangan, pada bagian *causa* dan *affect* yang terdapat pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus,



yaitu Gangguan pemeliharaan kesehatan, Defisit perawatan diri sebagai masalah utama dan Harga diri rendah serta Perubahan proses pikir.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pada tinjauan teori implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan. Pada situasi nyata implementasi keperawatan sering kali jauh berbeda dengan apa yang telah direncanakan. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana yang tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika ada tindakan yang fatal, dan tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan sesuai keadaan klien saat ini. Pada saat akan melakukan tindakan keperawatan harus membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan tujuan apa yang dikerjakan. Dokumentasikan semua kegiatan yang dilaksanakan beserta repon pasien (Keliat, 2005).

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus. Tahap pelaksanaan tindakan keperawatan ini dilakukan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai tanggal 19 Januari 2022.

SP 1 dilaksanakan dalam 2 hari pada tanggal 17 Januari 2022 dan 18 Januari 2022 dengan topik membina hubungan saling percaya, mendiskusikan tentang kebersihan diri secara mandiri, mengetahui bagaimana berhias secara baik, melakukan cara makan yang baik, dan mengetahui eliminasi (BAB dan BAK) yang

sesuai. Serta cara berkenalan dengan orang lain. Pasien kooperatif dan kontak mata ada namun kurang, saat dilakukan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya, pasien mau menyebutkan namanya “nama saya Bigador, mbak”. Saat diajarkan berkenalan pasien dapat mengikuti, pasien dapat berjabat tangan dan mengucapkan salam kepada perawat yang mengajaknya berkenalan. Pada SP 1 sebagian besar tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Dalam tinjauan kasus didapatkan pasien mampu menjelaskan pentingnya kebersihan diri, dan cara menjaganya, namun pasien belum mampu mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.

SP 1 diteruskan pada hari kedua tanggal 18 Januari 2022 dikarenakan pasien belum mengetahui bagaimana cara menjaga kebersihan diri. Pasien mampu mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri, dan pasien saat ditanya mengenai berhias diri, pasien mampu menjelaskan apa saja yang termasuk berhias, dan pasien mampu mengetahui bagaimana berhias diri dengan baik Tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus karena pasien sudah mau menjelaskan dan mempraktikkan mengenai kebersihan diri.

Pada hari ke 3 (tiga) tanggal 19 Januari 2022 melakukan SP 3 selama 20 menit. Pasien mampu membina hubungan saling percaya. Pasien mampu menyebutkan kembali penjelasan tentang menjaga kebersihan diri dan cara-caranya, serta pasien mampu mengevaluasi penjelasan tentang berhias diri.

Tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus yang terdapat pada pelaksanaan SP pasien karena pasien mampu kooperatif. Selama pelaksanaan pasien kooperatif pada hari pertama, hari kedua, dan hari ketiga.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien di rawat di rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada klien dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri: Mandi pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan Defisit Perawatan Diri: Mandi

#### **5.1 Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah membahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri: Mandi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan jiwa masalah utama Defisit Perawatan Diri: Mandi pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik di Rumah Sakit Jiwa Menur Jawa Timur, didapati bahwa pasien Defisit Perawatan Diri: Mandi, pasien tampak lusuh, pakaian kurang rapi, rambut berantakan, kuku panjang, ekstremitas punggung didapatkan bintik merah, serta pasien mengeluh gatal pada ekstremitas belakang telinga.
2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri: Mandi pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Jawa Timur, didapatkan 1 masalah keperawatan utama, yaitu Defisit Perawatan Diri: Mandi.

3. Rencana keperawatan yang diberikan kepada klien. Terdapat tujuan umum dan tujuan khusus. Diantaranya:

Tujuan Umum (TUM): Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat memelihara kebersihan diri secara mandiri

Tujuan Khusus (TUK):

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya.
  - b. Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
  - c. Klien mampu melakukan berhias secara baik
  - d. Klien mampu melakukan makan dengan baik
  - e. Klien mampu melakukan eliminasi secara mandiri
4. Implementasi keperawatan dilakukan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai tanggal 19 Januari 2022 menggunakan rencana yang telah dibuat, setelah hari pertama klien hanya mampu melaksanakan SP 1 dan hari kedua klien mampu mengulang SP 1 dan melanjutkan SP 2, selanjutnya di hari ketiga klien mampu melaksanakan SP 3.
  5. Evaluasi didapatkan hasil bahwa klien sudah mampu untuk menjelaskan pentingnya kebersihan diri disertai cara-caranya dan cara mempraktikkan gosok gigi salah satunya, klien mampu menjelaskan cara berhias diri yang benar, dan mampu menjelaskan perlengkapan sebelum makan, serta cara yang baik saat makan.
  6. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah data subjektif dari yang dikatakan klien dan data objektif yang bisa di observasi setiap harinya

## 5.2 Saran

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

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan pemahaman secara berkesinambungan terhadap organisasi keperawatan bagi profesi pada asuhan keperawatan jiwa dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan sesuai standart asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dan kode etik keperawatan dengan masalah utama defisit perawatan diri.

### 2. Bagi Rumah Sakit

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan dengan cara mengikuti seminar dan pelatihan keperawatan jiwa, serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri

### 3. Bagi Penulis

Untuk penulis dapat menambah kemampuan menganalisa, memproses dan menyimpulkan serta menambah wawasan bagi penulis, meningkatkan pengetahuan penulis tentang keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Jalil, N., & Praktisi Klinik di RSJ Soeroyo Magelang, S. (2015). Faktor Yang Mempengaruhi Penurunan Kemampuan Pasien Skizofrenia Dalam Melakukan Perawatan Di Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 3(2), 70–77. <https://doi.org/10.26714/JKJ.3.2.2015.70-77>
- Aini, D. K. (2019). Penerapan Cognitive Behaviour Therapy dalam Mengembangkan Kepribadian Remaja di Panti Asuhan. *Jurnal Ilmu Dakwah*, 39(1), 70. <https://doi.org/10.21580/jid.v39.1.4432>
- Caturini, E., Siti, S., Kementerian, H., Politeknik, K., Surakarta, K., & Keperawatan, J. (2014). *Pengaruh Cognitive Behavioral Therapy (Cbt) Terhadap Perubahan Kecemasan, Mekanisme Koping, Harga Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa Dengan Skizofrenia Di Rsjd Surakarta*. 3, 41–50.
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Gosyen Publishing. <https://gosyepublishing.web.id/?product=keperawatan-jiwa-konsep-dan-kerangka-kerja-asuhan-keperawatan-jiwa>
- Erita, Hununwidiastuti, S., & Leniwita, H. (2019). Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Jiwa. *Universitas Kristen Indonesia*, 202. <http://repository.uki.ac.id/2703/1/BMPKEPERAWATANJIWA.pdf>
- Hastuti, R. Y., & Rohmat, B. (2018). PENGARUH PELAKSANAAN JADWAL HARIAN PERAWATAN DIRI TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN MERAJAT DIRI PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RSJD Dr. RM SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH. *Gaster*, 16(2), 177–190. <https://doi.org/10.30787/GASTER.V16I2.294>
- Keliat, B. A., Akemat, Helena, N., Susanti, H., Panjaitan, R. U., Wardani, I. Y., Mustikasari, Hartini, P., & Djuariah. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. EGC.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y., Putri, Y., Daulima, N., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (B. A. Keliat, Soimah, M. Mulia, I. Wibawa, K. Triyaspo, Rasmawati, & M. Khoirunnisa (ed.)). Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B. A., Panjaitan, R. U., & Helena, N. (2006). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa* (F. Ariani (ed.); 2 ed.). EGC.
- Kesehatan, P., Untuk, J., Pengetahuan, M., Tentang, M., Kesehatan, M., Di, J., Sekitarnya, L., Maulana, I., Suryani, A., Sriati, T., Sutini, E., Widiati, I., Rafiah, O., Hidayati, T., Hernawati, I., Yosep, A. D. A., Senjaya, S., &

- Keperawatan, F. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*, 2(2). <https://doi.org/10.24198/MKK.V2I2.22175>
- L, S., & Videbeck. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Laili, D. N., Rochmawati, D. H., & Targunawan. (2014). Pengaruh Aktivitas Mandiri : Personal Hygiene Terhadap Kemandirian Pasien Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan*, 2–9.
- Lestari, H. D. (2016). *Modul Grade 2 I*.
- Maslim, R. (2013). *DIAGNOSIS GANGGUAN JiWA PPDGJ III* (Cetakan ke). PT Nuh Jaya.
- Mukhrifah, D., & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (2 ed.).
- Nurhalimah. (2016). *KEPERAWATAN JiWA MODUL Bahan Ajar Cetak KEPERAWATAN dari KEMKES RI* (1 ed.). Kementerian Kesehatan RI.
- Paramita dan Setyani Alfinuha, T., Paramita, T., Setyani Alfinuha, dan, & Studi Magister Profesi Psikologi, P. (2021). Dinamika Pasien dengan Gangguan Skizofrenia. *Jurnal Psikologi*, 17(1), 12–19.
- Rochmawati, D. H., Anna Keliat, B., & Wardani, I. Y. (2013). MANAJEMEN KASUS SPESIALIS JiWA DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA KLIEN GANGGUAN JiWA DI RW 02 DAN RW 12 KELURAHAN BARANANGSIANG KECAMATAN BOGOR TIMUR. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 1(2). <https://doi.org/10.26714/JKJ.1.2.2013>
- SDKI DPP PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1 ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* (5 ed.). EGC.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (Indonesia). Elsevier.



- Susanti, H. (2010). Defisit Perawatan Diri Pada Klien Skizofrenia: Aplikasi Teori Keperawatan Orem. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(2), 87–97. <https://doi.org/10.7454/jki.v13i2.237>
- Susanto, D. (2020). *Kasus Gangguan Jiwa di Indonesia Meningkat Selama Masa Pandemi*. Media Indonesia. <https://mediaindonesia.com/humaniora/352006/kasus-gangguan-jiwa-di-indonesia-meningkat-selama-masa-pandemi>
- Tumanduk, F. M. E., Messakh, S. T., & Sukardi, H. (2018). HUBUNGAN TINGKAT KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI DENGAN TINGAT DEPRESI PADA PASIEN DEPRESI DI BANGSAL RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 9(1), 10–20. <https://doi.org/10.26751/JIKK.V9I1.302>

## LAMPIRAN 1

### Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Klien dengan Defisit

#### Perawatan Diri: Mandi

(Pertemuan ke 1, 17 Januari 2022)

#### 1. Proses Keperawatan

##### a. Kondisi Klien:

Pasien mengatakan terasa gatal pada ekstremitas belakang telinga, Penampilan pasien tidak rapi, tampak berantakan, saat didekati pasien tercium bau badan tidak sedap.

##### b. Diagnosa Keperawatan : Defisit Perawatan Diri: Mandi

##### c. Tujuan:

- 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- 2) Klien dapat mengidentifikasi kebersihan diri klien
- 3) Klien dapat menjelaskan pentingnya kebersihan diri
- 4) Klien dapat menjelaskan peralatan yang digunakan untuk menjaga kebersihan diri dan cara melakukan kebersihan diri
- 5) Klien dapat menjelaskan cara makan yang benar
- 6) Klien dapat menjelaskan cara mandi yang benar
- 7) Klien dapat menjelaskan cara berdandan yang benar
- 8) Klien dapat menjelaskan cara *toileting* yang benar

##### d. Tindakan Keperawatan

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
- 3) Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri

- 4) Membantu pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri

## 2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

### a. Orientasi

#### 1) Salam terapeutik

“Selamat pagi bapak, boleh saya duduk disini, disamping bapak?”

“Kita kenalan dulu ya pak, perkenalkan nama saya dinda, saya mahasiswa perawat yang sedang praktik disini, nama bapak siapa?”

#### 2) Evaluasi validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Sudah makan apa belum? Tadi saya lihat bapak sedang menggaruk-garuk telinga, apakah gatal pak?”

#### 3) Kontrak

Topik : “Bagaimana kalau kita berbicara tentang kebersihan diri?”

Waktu : “Bagaimana jika kita berbincang-bincang selama 15 menit, mulai dari sekarang ya pak”

Tempat : “Bapak mau berbincang disebelah mana? Oh baik, disini saja ya pak”

### b. Kerja

- 1) “Kalau boleh tau nama lengkap bapak siapa? senang di panggil siapa?”
- 2) “Belakang telinganya bapak itu gatal karena apa pak?”
- 3) “Biasanya kalau gatal gitu, dikasih apa pak?”
- 4) “Bagaimana menurut bapak, penting atau tidak menjaga kebersihan itu?”
- 5) “Nah, biasanya cara menjaga kebersihan itu bagaimana saja pak?”

c. Terminasi

1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subjektif: “Bagaimana perasaan bapak setelah mengobrol dengan saya?”

Evaluasi Objektif: “Apa bapak masih ingat dengan apa yang kita pelajari tadi? coba bapak sebutkan”

2) Tindak lanjut klien

“Baiklah kita sudah mengobrol kurang lebih 15 menit, besok kita mengobrol lagi ya pak”

3) Kontrak yang akan datang

a) Topik : “Besok kita mengobrol lagi ya pak tentang kebersihan diri”

b) Waktu : “Besok jam 10.00 ya selama 20 menit? Apa bapak bersedia?”

c) Tempat: “Besok kita berbincang dimana? Apakah disini? Baiklah saya besok kembali kesini ya pak. Selamat Pagi”

## LAMPIRAN 2

### Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Klien dengan Defisit

#### Perawatan Diri: Mandi

(Pertemuan ke 2, 18 Januari 2022)

#### 1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien :

Pasien mengatakan terasa gatal pada ekstremitas belakang telinga, Penampilan pasien tidak rapi, tampak berantakan, saat didekati pasien tercium bau badan tidak sedap.

b. Diagnosa : Defisit Perawatan Diri: Mandi

c. Tujuan:

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya
2. Klien dapat mengidentifikasi kebersihan diri klien
3. Klien dapat menjelaskan pentingnya kebersihan diri
4. Klien dapat menjelaskan peralatan yang digunakan untuk menjaga kebersihan diri dan cara melakukan kebersihan diri
5. Klien dapat menjelaskan cara makan yang benar
6. Klien dapat menjelaskan cara mandi yang benar
7. Klien dapat menjelaskan cara berdandan yang benar
8. Klien dapat menjelaskan cara *toileting* yang benar

e. Tindakan Keperawatan

1. Membina hubungan saling percaya
2. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
3. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri

4. Membantu pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan

## 2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

### a. Orientasi

#### 1. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak Big” “Bagaimana kabarnya hari ini?”

#### 2. Evaluasi validasi

“Bagaimana hari ini? Apakah sudah melakukan kebersihan diri?”

#### 3. Kontrak

Topik : “Apakah bapak tidak keberatan kita bercakap-cakap hari ini? kita akan bercakap-cakap tentang kebersihan diri ya pak.”

Waktu : “Bagaimana jika kita berbincang-bincang selama 20 menit, mulai dari sekarang ya”

Tempat : “Kita berbincang-bincang disini saja ya pak?”

### b. Kerja

1) “Apakah bapak sudah melakukan kebersihan diri pada hari ini?”

2) “Apakah bapak sudah tau tentang cara menjaga kebersihan diri?”

3) “Keuntungan jika kita menjaga kebersihan diri yaitu supaya tubuh kita tetap sehat dan terhindar dari virus dan bakteri yang jahat”

### c. Terminasi

#### 1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subjektif : “Bagaimana perasaan bapak setelah mengobrol dengan saya?”

Evaluasi Objektif : “Apa pak big masih ingat dengan apa yang kita pelajari tadi? coba disebutkan pak”

2) Tindak lanjut klien

“Baiklah kita sudah mengobrol kurang lebih 20 menit, besok kita mengobrol lagi ya pak”

3) Kontrak yang akan datang

- a) Topik : “Besok kita mengobrol lagi ya pak dengan latihan dan mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri”
- b) Waktu : “Besok jam 10.00 ya selama 15 menit? Apa bapak bersedia?”
- c) Tempat : “Besok kita berbincang dimana? Apakah disini saja pak? Baiklah saya besok kembali kesini ya pak. Selamat Pagi”

**LAMPIRAN 3****Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Klien dengan Defisit****Perawatan Diri: Mandi****(Pertemuan ke 3, 19 Januari 2022)****1) Proses Keperawatan**

## a. Kondisi Klien :

Pasien mengatakan terasa gatal pada ekstremitas belakang telinga, Penampilan pasien tidak rapi, tampak berantakan, saat didekati pasien tercium bau badan tidak sedap.

## b. Diagnosa : Defisit Perawatan Diri: Mandi

## c. Tujuan :

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya
2. Klien dapat mengidentifikasi kebersihan diri klien
3. Klien dapat menjelaskan pentingnya kebersihan diri
4. Klien dapat menjelaskan peralatan yang digunakan untuk menjaga kebersihan diri dan cara melakukan kebersihan diri
5. Klien dapat menjelaskan cara makan yang benar
6. Klien dapat menjelaskan cara mandi yang benar
7. Klien dapat menjelaskan cara berdandan yang benar
8. Klien dapat menjelaskan cara *toileting* yang benar

## d. Tindakan Keperawatan

1. Membina hubungan saling percaya
2. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
3. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri



4. Membantu pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan

## 2) Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

### a. Orientasi

#### 1) Salam terapeutik

“Selamat pagi bapak” “Bagaimana kabarnya hari ini?”

#### 2) Evaluasi validasi

“Bagaimana hari ini? apakah sudah melakukan kebersihan diri pak pada hari ini?”

### 3) Kontrak

Topik : “Apakah bapak tidak keberatan kita bercakap-cakap hari ini? kita akan latihan cara menggosok gigi dengan benar.”

Waktu : “Bagaimana jika kita berbincang-bincang selama 15 menit, mulai dari sekarang ya”

Tempat : “Kita berbincang-bincang disini saja ya pak?”

### b. Kerja

1) “Apakah bapak masih ingat bagaimana cara menjaga kebersihan diri?”

2) “Sudah sejauh mana bapak tau mengenai cara menjaga kebersihan diri?”,  
mari kita melakukan cara menggosok gigi yang benar pak.”

### c. Terminasi

#### 1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subjektif : “Bagaimana perasaan bapak setelah mengobrol dengan saya?”

Evaluasi Objektif : “Apa bapak masih ingat dengan apa yang kita pelajari tadi? coba diperagakan pak. Jangan lupa di praktikkan setiap bangun tidur dipagi hari dan sebelum tidur dimalam hari ya pak”.

2) Tindak lanjut klien

“Baiklah kita sudah mengobrol kurang lebih 15 menit, besok kita mengobrol lagi ya pak”.

3) Kontrak yang akan datang

“Baiklah pak, kita sudah berdiskusi dan mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri salah satunya yaitu menggosok gigi. Semoga pak big bisa sering menerapkan di kehidupan sehari-hari untuk menjaga kebersihan diri pak big. Terima kasih untuk waktunya ya pak. Selamat pagi”.

**LAMPIRAN 4****Evaluasi Kemampuan Pasien Defisit Perawatan Diri**

Nama pasien : Tn. B

Ruangan : Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Nama Perawat: Dinda Fadjrini Dwi Anggraini

Petunjuk :

Berilah tanda checklist (√) jika pasien mampu melakukan kemampuan di bawah ini.


No	Kemampuan	Tanggal		
		17	18	19
A	Pasien			
1.	Membina hubungan saling percaya	√	√	√
2.	Menjelaskan pentingnya kebersihan diri		√	√
3.	Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri		√	√
4.	Memiliki jadwal kegiatan harian untuk melakukan kebersihan diri		√	√
5.	Mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri			√

## LAMPIRAN 5

## Leaflet Edukasi Keluarga

## Mengenai Ketaatan Minum Obat Pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa

<p>Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien, dan merupakan “perawat utama” bagi klien. Keluarga berperan memberikan perawatan yang diperlukan klien di rumah termasuk memotivasi klien dalam keteraturan minum obat. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian dapat mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh).</p>	<p><b>CIRI SEHAT JIWA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emosi tenang, cukup bahagia, dapat bergaul, bebas dari khawatir, benci, dan cemas.</li> <li>2. Dapat memelihara keseimbangan jiwa secara mantap (tabah, memiliki tanggungjawab, mampu mengambil keputusan).</li> </ol>	  <p><b>EDUKASI</b></p> <p><b>KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA</b></p> <p>STIKES HANGTUAH SBY BERSAMA RSJ MENUR JAWA TIMUR</p>
	<p><b>SEDANGKAN SAKIT JIWA ITU APA?</b></p> <p>Sakit jiwa adalah terjadinya perubahan dalam pikiran, performa, perasaan, dan perilaku umumnya berlebihan, berkurang, atau abnormal.</p>	

<p><b>Mengapa Harus Minum Obat?</b></p> <p>Penderita umumnya merasa tidak memiliki masalah atau sakit.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk memacu atau menghambat fungsi mental yang terganggu.</li> <li>2. Memperbaiki kondisi penderita.</li> </ol> <p>dapat meimbulkkan kekambuhan.</p> <p><b>Jika tidak teratur atau berhenti minum obat</b> </p>	<p><b>Mengapa penderita gangguan jiwa sering tidak teratur minum obat?</b></p> <p>Tidak menyadari kalau sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa bosan dengan pengobatan karena membutuhkan waktu yang lama.</li> <li>2. Adanya efek samping dari pengobatan.</li> <li>3. Tidak nyaman terhadap jumlah dan dosis obat.</li> <li>4. Lupa minum obat.</li> <li>5. Tidak mendapat dukungan dari keluarga.</li> <li>6. Sikap negatif terhadap pengobatan (berhenti pengobatan medis karena melakukan pengobatan tradisional atau alternatif)</li> </ol> <p><b>CATATAN PENTING</b></p> <p>pasien dengan gangguan jiwa HARUS TERATUR dalam minum obat! Dan perlu diingat penyakit gangguan jiwa bukan satu-satunya penyakit kronis, banyak penyakit lain melakukan hal yang sama yaitu mengkonsumsi obat rutin! JANGAN PERNAH MERASA SENDIRI! SEMANGAT!!</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------