

# Oleh :

**DHELA NHASIRACH AISYAH NIM. 182.0007**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**DHELA NHASIRACH AISYAH NIM. 182.0007**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

i

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, 15 Juni 2021



# DHELA NHASIRACH AISYAH

**NIM. 182.0007**

ii

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. N Masalah Utama Defisit Perawatan Diri dengan Diagnosa Medis Mental Disorder Brain Damage di Ruang Gelatik Rumah Sakit Menur Surabaya Profinsi Jawa Timur

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

# AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 15 Juni 2021

# C:\Users\Randy\Downloads\WhatsApp Image 2021-06-23 at 11.35.15.jpegPembimbing

**Dr. AV. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes NIP. 04.015**

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D-III Keperawatan**

Dya Sustrami, S.Kep.Ns. M.Kes.

# NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

iii

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

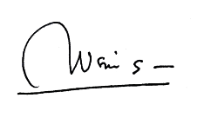
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. N Masalah Utama Defisit Perawatan Diri Dengan Diagnosa Medis Mental Disorder Brain Damage di Ruang Gelatik Rumah Sakit Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur

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

Hari, tanggal : 15 Juni 2021 Bertempat di : Rumah (Daring)

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: Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.kep ( )



NIP. 03.009

Penguji II: Dya Sustrami, S.Kep., Ns,M.Kes. ( )

NIP. 03.007

Penguji III: Dr. AV. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes ( )

NIP. 04.015

# 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 : 15 Juni 2021

iv

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat 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 pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Dr. H. Moch. Hafidin Ilham, Sp. An selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A.V Sri Suhardiningsih S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan sekaligus Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, tenaga

v

dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

1. Hidayatus Sya’diyah, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku penguji ketua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam pernyelesaian karya tulis ilmiah ini.
2. Dr. A.V Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kesselaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus dan ikhlas telah memberikan arahan dan masukan yang sangat banyak dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
3. Kedua orang tua saya, yang selalu tiada henti-hentinya memberikan semangat dan dukungan kepada saya.
4. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 15 Juni 2021

Penulis

vi

# DAFTAR ISI

[SURAT PERNYATAAN ii](#_bookmark0)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_bookmark1)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_bookmark2)

[KATA PENGANTAR v](#_bookmark3)

[DAFTAR ISI vii](#_bookmark4)

[DAFTAR TABEL ix](#_bookmark5)

[DAFTAR GAMBAR x](#_bookmark6)

[DAFTAR LAMPIRAN xi](#_bookmark7)

[DAFTAR SINGKATAN xii](#_bookmark8)

[BAB 1 PENDAHULUAN](#_bookmark9) 1

* 1. [Latar Belakang 1](#_bookmark10)
  2. [Rumusan Masalah 3](#_bookmark11)
  3. [Tujuan Penulisan 3](#_bookmark12)
     1. [Tujuan Umum 3](#_bookmark13)
     2. [Tujuan Khusus 4](#_bookmark14)
  4. [Manfaat Penulisan 5](#_bookmark15)
     1. [Akademisi 5](#_bookmark16)
     2. [Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat 5](#_bookmark17)
  5. [Metode Penulisan 5](#_bookmark18)
     1. [Metode](#_bookmark19) 5
     2. [Teknik Pengumpulan Data 6](#_bookmark20)
     3. [Sumber Data 6](#_bookmark21)
     4. [Studi Kepustakaan 6](#_bookmark22)
  6. [Sistematika Penulisan 6](#_bookmark23)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 8](#_bookmark24)

* 1. [Gangguan Mental Organik *(Mental Disorder Brain Damage)* 8](#_bookmark25)
     1. [Definisi *Mental Disorder Brain Damage* 8](#_bookmark26)
     2. [Terjadinya Gangguan Mental Organik *(Mental Disorder Brain Damage)*](#_bookmark27)8
     3. Kesimpulan Gangguan Mental Organik *(Mental Disorder Brain Damage)* 9
  2. [Konsep Defisit Perawatan Diri 9](#_bookmark28)
     1. [Defisit Perawatan Diri 9](#_bookmark29)
     2. [Rentang Respon Defisit Perawatan Diri 10](#_bookmark30)
     3. [Tanda dan Gejala 11](#_bookmark31)
     4. [Etiologi 14](#_bookmark32)
     5. [Proses Terjadinya Masalah Defisit Perawatan Diri 16](#_bookmark33)
     6. [Penatalaksanaan](#_bookmark34) Medis 16
  3. [Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri 16](#_bookmark35)
     1. [Pengkajian 17](#_bookmark36)
     2. [Pohon Masalah 18](#_bookmark37)
     3. [Diagnosa Keperawatan 18](#_bookmark38)
     4. [Rencana Tindakan Keperawatan 19](#_bookmark39)
     5. [Implementasi Keperawatan 26](#_bookmark40)
     6. [Evaluasi 26](#_bookmark41)
  4. [Konsep Komunikasi Terapeutik 27](#_bookmark42)
     1. [Definisi Komunikasi Terapeutik 27](#_bookmark43)
     2. [Prinsip Komunikasi Terapeutik 28](#_bookmark44)
     3. [Tahapan Komunikasi Terapeutik 29](#_bookmark45)
  5. [Konsep Stress Adaptasi 30](#_bookmark46)
     1. [Pengertian Stress 30](#_bookmark47)
     2. [Jenis Stress 31](#_bookmark48)

vii

* + 1. [Dampak Stress 32](#_bookmark49)
    2. [Faktor Stress 33](#_bookmark50)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 35](#_bookmark51)

* 1. [Identitas Klien 30](#_bookmark46)
  2. [Identitas Pada Konsep Diri](#_bookmark46) [30](#_bookmark46)
     1. [Alasan Masuk 35](#_bookmark52)
     2. [Faktor Predisposisi 36](#_bookmark53)
     3. [Pemeriksaan Fisik 36](#_bookmark54)
     4. [Psikososial 38](#_bookmark55)
     5. [Status Mental 41](#_bookmark56)
     6. [Kebutuhan Persiapan Pulang 43](#_bookmark57)
     7. [Mekanisme Koping 45](#_bookmark58)
     8. [Masalah Psikososial dan Lingkungan 45](#_bookmark59)
     9. [Pengetahuan Kurang Tentang 46](#_bookmark60)
     10. [Data Lain-lain 46](#_bookmark61)
     11. [Aspek Medik 46](#_bookmark62)
     12. [Daftar Masalah Keperawatan 47](#_bookmark63)
     13. [Daftar Diagnosis Keperawatan 47](#_bookmark64)
  3. Analisis Data 47
  4. [Pohon Masalah 50](#_TOC_250000)
  5. [Rencana Keperawatan 51](#_bookmark65)
  6. [Implementasi dan Evaluasi 57](#_bookmark66)

[BAB 4 PEMBAHASAN 83](#_bookmark67)

* 1. [Pengkajian 83](#_bookmark68)
  2. [Diagnosa Keperawatan 84](#_bookmark69)
  3. [Rencana Keperawatan 84](#_bookmark70)
  4. [Intervensi Keperawatan 85](#_bookmark71)
  5. [Evaluasi 87](#_bookmark72)

[BAB 5 PENUTUP 88](#_bookmark72)

[5. 1 Kesimpulan 88](#_bookmark73)

[5. 2 Saran 89](#_bookmark75)

[DAFTAR PUSTAKA 90](#_bookmark74)

viii

# DAFTAR TABEL

Tabel 3.4 Analisa Data 48

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan pada Tn. N di Ruang Gelatik. 51

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi 57

ix

Gambar 2.2 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri 10

Gambar 2. 2 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri................................. 18

Gambar 3. 1 Genogram.............................................................................. 38

Gambar 3. 2 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri................................. 50

x

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien……… 74 Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien 77

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien 79

Lampiran 4 Evaluasi Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien 81

xi

# DAFTAR SINGKATAN

BAB = Buang Air Besar BAK = Buang Air Kecil BB = Berat Badan cm = Centimeter

DO = Data Objektif DS = Data Subjektif Dr = Dokter

DIII = Diploma Kg = Kilo Gram

mg = Miligram

mmHg = Milimeter Air Raksa N = Nadi

NO = Nomor

Tn = Tuan

RR = Respiratory Rate RM = Rekam Medis RSJ = Rumah Sakit Jiwa RS = Rumah Sakit

S = Suhu

SP = Strategi Pelaksanaan

SOAP = Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning STIKES = Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

TT = Tanda Tangan TGL = Tanggal

TB = Tinggi Badan TD = Tekanan Darah

TTV = Tanda-tanda Vital WIB = Waktu Indonesia Barat

* C = Derajat Celcius

xii

# BAB 1

**PENDAHULUAN**

# Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU RI Nomor 18, 2014). Orang yang mengalami gangguan pada kesehatan jiwanya dibagi menjadi dua yaitu orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) dan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Orang dengan masalah kejiwaan yang selanjutnya disingkat ODMK adalah orang yang mempunyai fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa. Sedangkan orang dengan gangguan jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. (Fairuzahida, 2017).

Diperkirakan penduduk Indonesia yang menderita gangguan jiwa sebesar 23%. Zaman dahulu penanganan pasien gangguan jiwa adalah dengan dipasung, dirantai, atau diikat, lalu ditempatkan tersendiri di rumah atau hutan jika jiwanya berat. Bila tidak berbahaya, dibiarkan berkeliaran

1

di desa, sambil mencari makanan dan menjadi tontonan masyarakat (Akmaliyah, 2013). Data pasien jiwa sendiri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur yaitu, total keseluruhan pasien 1.299 pasien terdata dari bulan Januari s.d April 2021, dengan jumlah pasien halu 617 (47,5%), pasien perilaku kekerasan 286 (22,02%), pasien dengan isolasi

sosial 164 (12,62%, pasien dengan harga diri rendah 108 (8,31%), pasien defisit perawatan diri 53 (4,06%), pasien dengan gangguan citra tubuh 32 (2,5%), pasien dengan waham 29 (2,23%), dan pasien dengan resiko bunuh diri 10 (0,76%).

Yang merupakan faktor presiptasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, lelah atau lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri (Rusdi, 2013). Defisit Perawatan Diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri untuk diri sendiri, seperti mandi, berpakaian, dan berhias untuk diri sendiri. Aktifitas makan sendiri, dan aktifitas eliminasi sendiri. Terapi berdandan dan berhias menjadi salah satu terapi latihan yang penting untuk dilakukan oleh klien dengan defisit perawatan diri, pada evaluasi juga diharapkan klien sudah bisa berpakaian dengan baik, serta berdandan dan berhias dengan benar untuk klien perempuan maupun laki-laki. (Susanti, 2010).

Salah satu upaya manajemen yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien defisit perawatan diri. Defisit

perawatan diri pada klien gangguan jiwa dapat dilakukan beberapa tindakan keperawatan yang meliputi terapi modalitas dan terapi konvensional. Terapi konvensional meliputi klien diajarkan dan dilatih untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri sedangkan terapi modaltas meliputi terapi individu, terapi kelompok sosial, terapi linglungan, dana terapi perilaku atau okupasi. Hasil penelitian (Fairuzahida, 2017)

# Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. N Masalah Utama Defisit Perawatan Diri Dengan Diagnosa Medis Mental Disorder Brain Damage Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur?”

# Tujuan Penulisan

# Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. N Masalah Utama Defisit Perawatan Diri Dengan Diagnosa Medis Mental Disorder Brain Damage Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur.

# Tujuan Khusus

* + - 1. Mengkaji klien dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri pada Tn. N dengan Diagnosa Medis Mental Disorder Brain Damage di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.
      2. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri pada Tn. N dengan diagnosa medis Mental Disorder Brain Damage di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.
      3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri pada Tn. N dengan diagnosa medis Mental Disorder Brain Damage di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.
      4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien masalah utama keperawatan Defisit Perawatan Diri pada Tn. N dengan diagnosa medis Mental Disorder Brain Damage di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.
      5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri pada Tn. N dengan diagnosa medis Mental Disorder Brain Damage di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.
      6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri pada Tn. N dengan diagnosa medis Mental Disorder Brain Damage di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.

# Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

# Akademisi

Sumbangan untuk ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa degan masalah utama Defisit Perawatan Diri.

# Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat

* + - 1. Bagi pelayanan 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.
      2. Bagi peneliti : Hasil penilitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Defisit Perawatan Diri.
      3. Bagi profesi kesehatan : Sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Defisit Perawatan Diri.

# Metode Penulisan

# Metode

Metode naratif yaitu metode yang sifatnya membicarakan insiden atau tanda-tanda yang terjadi dalam saat kini yang mencakup studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data menggunakan studi pendekatan proses keperawatan menggunakan

langkah-langkan pengkajian, diagnosis, perencanaan, aplikasi dan evaluasi.

# Teknik Pengumpulan Data

* + - 1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan dengan klien dan tenaga kesehatan lain.

* + - 1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan dengan klien dan tenaga medis lain.

* + - 1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakan diagnose dan penanganan selanjutnya.

# Sumber Data

* + - 1. Data primer = adalah data yang diperoleh langsung dari klien
      2. Data sekunder = adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

# Studi Kepustakaan

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

# Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

1. Bagian awal: memuat halaman judul, pesetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti: terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri menurut sub bab berikut :

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa utama Perilaku kekerasan, serta kerangka masalah.

BAB 3: Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab dua ini akan diuraikan teorotis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa Defisit Perawatan Diri, konsep penyakit akan diuraikan defisini, proses terjadinya, etiologi, kemudian cara penggunaan secara keperawatan. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada perilaku kekerasan dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

* 1. **Gangguan Mental Organik *(Mental Disorder Brain Damage)***
     1. **Definisi *Mental Disorder Brain Damage***

Gangguan mental organik merupakan suatu gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit atau gangguan sistemik atau kecenderungan gangguan otak yang dapat didiagnosis tersendiri.

Gangguan mental organik (GMO) merupakan gangguan mental yang berkaitan dengan gangguan yang behubungan langsung dengan otal atau gangguan sistemik yang mempengaruhi otak secara tidak langsung. (Wahyuni et al., 2017).

* + 1. **Terjadinya Gangguan Mental Organik *(Mental Disorder Brain Damage)***
       1. Penyakit atau gangguan primer atau cidera otak.
       2. Penyakit atau gangguan sistemik yang secara sekunder mempengaruhi otak.

8

* + - 1. Zat obat yang saat itu ada atau dalam waktu panjang mempengaruhi otak.
    1. **Kesimpulan Gangguan Mental Organik *(Mental Disorder Brain Damage)***

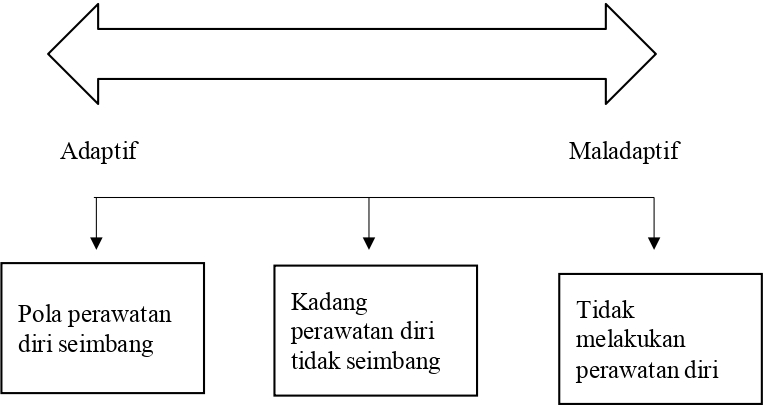
Gangguan mental organik adalah gangguan jiwa (psikotik maupun non- psikotik) yang ada kaitannya dengan faktor organik (dapat berkaitan dengan penyakit atau gangguan tubuh sistemik atau gangguan otak). (Wahyuni et al., 2017)

# Konsep Defisit Perawatan Diri

# Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (SDKI, 2017). Defisit perawatan diri meliputi ketidak mampuan dalam melakukan kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, eliminasi, dan lingkungan. Defisit perawatan diri : kebersihan diri adalah tidak mampuan melakukan pembersihan diri secara seksama dan mandiri. Defisit perawatan diri : berpakaian adalah tidak mampuan untuk mengenakan atau melepas pakaian secara mandiri (NANDA-I, 2018). Defisit perawatan diri : makan dan minum adalah ketidakmampuan makan secara mandiri (NANDA-I, 2018). Defisit perawatan diri : eliminasi adalah tidak mampuan untuk melakukan secara mandiri tugas yang berkaitan dengan eliminasi fekal dan urine (NANDA-I, 2018).

# Rentang Respon Defisit Perawatan Diri



*Gambar 2.1 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri*

Keterangan :

* + - 1. Pola perawatan diri seimbang

Saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.

* + - 1. Kadang perawatan diri kadang tidak

Saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.

* + - 1. Tidak melakukan perawatan diri

Klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatansaat stresor (Syah et al., 2019)

# Tanda dan Gejala

* + - 1. Fisik
         1. Badan bau, pakaian kotor
         2. Rambut dan kulit kotor
         3. Kuku panjang dan kotor
         4. Gigi kotor disertai mulut bau
         5. Penampilan tidak rapi
      2. Psikologi
         1. Malas, tidak ada inisiatif
         2. Menarik diri, isolasi sosial
         3. Merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina
      3. Sosial
         1. Interaksi kurang
         2. Kegiatan kurang
         3. Tidak mampu berperilaku sesuai normal
         4. Cara makan tidak teratur, BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok gigi dan mandi tidak mampu mandiri.

Data yang biasa ditemukan dalam defisit perawatan diri adalah

:

1. Data subyektif
   1. Pasien merasa lemah
   2. Malas untuk beraktivitas
   3. Merasa tidak berdaya
2. Data obyektif
   1. Rambut kotor, acak-acakan
   2. Badan dan pakaian kotor dan bau
   3. Mulut dan gigi bau
   4. Kulit kusam dan kotor
   5. Kuku panjang dan tidak terawat
      * 1. Jenis Defisit Perawatan Diri
3. Defisit Perawatan Diri : mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikanmandi atau beraktivitas perawatan diri

sendiri.

1. Defisit Perawatan Diri : berpakaian

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

1. Defisit perawatan diri : makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan aktivitas makan sendiri.

1. Defisit Perawatan Diri : eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.

* + - 1. Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongan dibagi menjadidua yaitu :

1. Mekanisme koping adaptif

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

1. Mekanisme koping maladaptive

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integritasi, memecahkan pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai

lingkungan. Kategorinya adalah tidak mau merawat diri (Astuti, 2019)

# Etiologi

* + - 1. **Faktor Prediposisi**
         1. Perkembangan, keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiaatif terganggu
         2. Biologis, penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.
         3. Kemampuan realitas turun, klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.
         4. Sosial, kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalm perawatan diri.

# Faktor Presiptasi

* + - * 1. Body Image, 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 selalu dimanja dalam

kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene

* + - * 1. Status Sosial Ekonomi, personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.
        2. Pengetahuan, pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien penderita diabetes mellitus ia harus menjaga kebersihan
        3. Budaya, di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.
        4. Kebiasaan seseorang, ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, sampo dan lain-lain.
        5. Kondisi fisik atau psikis, pada keadaan tertentu atau sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melalukannya.

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene :

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah : gangguan ontegritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, indeksipada mata dan

telinga dan gangguan fisik psikososial.

1. 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 (Azizah et al., 2016)

# Proses Terjadinya Masalah Defisit Perawatan Diri

Kurangnya perawatan diri pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan toileting (BAB dan BAK secara mandiri) (Syahni, 2018).

# Penatalaksanaan Medis

* + - 1. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
      2. Membimbing dan menolong klien merawat diri
      3. Ciptakan lingkungan yang mendukung. (Astuti, 2019)

# Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Pasien yang mengalami gangguan jiwa kronik sering kali tidak memedulikan perawatan diri. Hal ini menyebabkan pasien dikucilkan dalam keluarga dan masyarakat. Bagian ini membahas cara merawat pasien yang mengalami defisit perawatan diri dan dengan demikian pasien dan keluarga memiliki kemampuanmerawat pasien di rumah

# Pengkajian

Untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah kurang perawatan diri maka tanda dan gejala dapat diperoleh melalu observasi pada pasien yaitu sebagai berikut.

* + - 1. Gangguan kebersihan diri ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor,kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor.
      2. Ketidakmampuan berhias atau berdandan ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, serta pada pasien wanita tidakberdandan.
      3. Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai oleh ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makantidak pada temapatnya.
      4. Ketidakmampuan eliminasi secara mandiri, ditandai dengan BAB dan BAK tidak pada tempatnya, dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB dan BAK.

Data dibedakan menjadi dua, yaitu data subyektif dan data objektif :

1. Data subyektif

Data yang diperoleh dari pasien, data ini dapat melalui wawancara oleh perawat kepada klien dan keluarga

1. Data objektif

Data yang ditemukan secara nyata, data ini diperoleh melalui observasi dan pemeriksaan fisik

# Pohon Masalah



*Gambar 2.2 Pohon Masalah, sumber : (Azizah et al., 2016)*

# Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada defisit perawatan diri :

* + - 1. Defisit perawatan diri
      2. Gangguan sensori persepsi
      3. Resiko perilaku kekerasan
      4. Harga diri rendah
      5. Isolasi sosial

Ada tipe diagnosa keperawatan yaitu :

1. Aktual, menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan.
2. Resiko, menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika dilakukan intervensi
3. Kemungkinan, menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan.
4. Wellness, keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tigkat sejahtera tertentu ketingkat yang lebih tinggi
5. Syndrom, diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan actual dan risiko tinggi yang diperkirakan muncul atau timbul karena suatu kejadian atau situasi tertentu (Astuti, 2019)

# Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan :

* + - 1. Perencanaan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri yaitu :
         1. Tujuan jangka panjang

Pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan secara mandiri.

Bina hubungan saling percaya

Rasional kepercayaan diri pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawatan dalam melakukan pendekatan keperawatan.

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukaninteraksi selama 3 kali, pasien mampu menunjukkan tanda- tanda percaya kepada perawat dengan kriteria hasil:

Ekspresi wajah bersahabat

Menunjukkan rasa senang

Bersedia berjabat tangan

Bersedia menyebutkan nama

Ada kontak mata

Bersedia duduk berdampingan

Bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik :

1. Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal
2. Perkenalkan diri dengan sopan
3. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan
4. Jelaskan tujuan pertemuan
5. Jujur dan menempati janji
6. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
7. Beri perhatian pada pemenuhan kebutuhan dasar pasien.

Latih pasien cara-cara perawatan diri

Rasional : pengetahuan tentang pentingnya perawatan diri dapat meningkatkan motivasi pasien.

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukan interaksi selama 2 kali, pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri dengan kriteria hasil:

Pasien dengan aman melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri.

Intervensi :

melatih pasien cara-cara perawatan diri dengan cara

:

1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
2. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
3. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
4. Melatih pasien mempraktikan cara menjaga kebersihan diri.

Latih pasien berdandan

Rasional : Membiasakan diri untuk melakukan perawatan diri sendiri

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukaninteraksi selama dua kali, pasien mampu melakukan tindakan

perawatan, berupa berhias dan berdandan secara baik dengan kriteria hasil :

Pasien dengan aman melakukan atau mempertahankan aktivitas perawatan diri berupa berhias dan berdandan

Pasien berusaha untuk memelihara kebersihan diri.

Intervensi :

Melatih pasien berdandan, dengan rincian :

1. Untuk pasien laki-laki, latihan meliputi: berpakaian, menyikat rambut, bercukur.
2. Membantu kemampuan pasien dalam berpakaian dan berhias
3. Memonitor atau mengidentifikasi adanya kemunduran sensori, kognitif, dan psikomotor yang menyebabkan pasien mempunyai kesulitan dalam berpakaian dan berhias.
4. Diskusikan dengan pasien kemungkinan adanya hambatan dalam berpakaian dan berhias.
5. Menggunakan komunikasi atau intruksi yang mudah dimengerti.
6. Sediakan baju bersih, sisir, dsb.
7. Dorong pasien untuk mengenakan baju sendiri dan memasang kancing dengan benar.
8. Memberikan bantuan kepada pasien jika perlu.
9. Evaluasi perasaan pasien setelah mampu berpakaian dan berhias.
10. Berikan reinforcement atau pujian atas keberhasilan pasien berpakaian.

Diskusikan dengan pasien akibat kurang atautidak mau makan.

Rasional : Identifikasi mengenai penyebab pasien tidak mau makan menentukan intervensi perawat selanjutnya.

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukaninteraksi selama 3 kali, pasien mampumelakukan kegiatan makan dengan baik dengan kriteria hasil :

Kebutuhan personal hygiene pasien terpenuhi.

Pasien mampu melakukan kegiatan makan secara mendiri dan tepat dengan mengungkapkan kepuasan.

Intervensi :

1. Memantau kemampuan pasien makan.
2. Identifikasi bersama pasien faktor-faktor penyebab pasien tidak mau makan.
3. Diskusikan dengan pasien fungsi makan bagi kesehatan.
4. Diskusikan dengan pasien akibat kurang atau tidak mau makan
5. Diskusikan dengan pasien fungsi makanan bagi kesehatan.
6. Menjelaskan cara mempersiapkan makanan kepada pasien.
7. Menjelaskan personal hygiene tentangpola makan.
8. Menjelaskan cara makan yang tertib.

Kaji budaya pasien ketika mempromosikanaktivitas perawatan diri.

Rasional : mengetahui kebiasaan pasien dalam toileting dalam membatu perawat melakukan intervensi selanjutnya.

Tujuan jangka pendek : setelah dilakukaninteraksi selama tiga kali, pasien mampu melakukan BAB dan BAK secara mandiri dengan kriteria hasil :

Mampu duduk dan turun dari toilet

Mampu membersihkan diri setelah eliminasi secara mandiri atau dibantu.

Intervensi :

1. Mampu duduk dan turun dari toilet
2. Berikan pengetahuan tentang personal hygiene dalam kaitannya dengan toileting.
3. Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai.
4. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
5. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien Rasional : memberikan kesempatan kepada keluarga untuk membantu pasien dan memberi motivasi

Tujuan jangka pendek : setelah interaksiselama empat kali, keluarga mampu merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah kurang perawatan diri dengan kriteria hasil :

Keluarga dapat mengetahui defisit perawatan diri pasien dan cara memberikan dukungan dalam melakukan perawatan diri.

Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat diri pasien dan membantu mengingatkan pasien dalam merawat diri

Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri (Astuti, 2019)

# Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang ssudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatanmasih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini.

Pelaksaan 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 (Astuti, 2019)

# Evaluasi

Evaluasi dapat dibagi menjadi dua, sebagai berikut :

* + - 1. Evaluasi proses (formatik) yang dilakukan setiap setelah melaksanakan tindakan keperawatan.
      2. Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon 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.

# Konsep Komunikasi Terapeutik

# Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawataan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa. Terapeutik merupakan segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan komunikasi yang direncakanan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik ini dapat dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pada pasien desifit perawatan diri dan perilaku

kekerasan. Perlu adanya hubungan saling percaya yang didasari oleh keterbukaan, memahami dan pengertian akan kebutuhan, harapan dan kepentingan masing-masing. Waktu yang paling efektif dalam melakukan komunikasi terapuetik adalah 3 kali dalam sehari yaitu pagi, siang dan malam hari.

Tujuan komunikasi terapeutik membantu klien untuk menjelaskan dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri (Putri et al., 2018)

# Prinsip Komunikasi Terapeutik

* + - 1. Pasien adalah fokus utama dari interaksi
      2. Profesionalisme ketika melakukan hubungan terapeutik
      3. Perawat harus mampu menguasai diri sendiri secara bertahap untuk mengetahui perasaan gembira, sedih, maupun marah
      4. Hubungan sosial dengan pasien harus dihindari
      5. Kerahasiaan pasien harus dijaga
      6. Kompetensi intelektual harus dikaji untuk menentukan pemahaman
      7. Implementasi intervensi berdasarkan teori
      8. Memelihara interaksi yang tidak menilai serta menghindari membuat penilaian tentang perilaku pasien dan memberi nasihat
      9. Memberikan petunjuk kepada pasien untuk menginterpretasikan kembali pengalaman secara rasional
      10. Mengklarifikasi ungkapan verbal pasien
      11. Menghindari perubahan subjek atau topik jika isi topik tidak merupakan sesuatu yang menarik untuk pasien (Ningrum, 2017).

# Tahapan Komunikasi Terapeutik

Terdapat empat tahapan dalam melakukan komunikasi terapeutik (Ningrum, 2017) :

* + - 1. Tahap Pra-interaksi

Saat perawat akan menemui klien untuk pertama kalinya, perawat idealnya mengulangi informasi mengenai pasien. Informasi tersebut meliputi riwayat medis dan entri dalam catatan perawat mengenai catatan medis. Fase ini adalah waktu yang tepat untuk menrencanakan sebuah pendekatan

* + - 1. Tahap Orientasi

Tahap ini dimulai ketika perawat dan pasien bertemu untuk pertama kalinya. Fase inilah yang akan menenetukan bagaimana hubungan perawat dengan klien selanjutnya. Perawat dan pasien bertemu dan saling mengenal nama. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data

dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan pasien saat ini, serta perawat mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan sebelumnya. Dalam tahap ini perawat memiliki tugas yaitu membina hubungan saling percaya, merumuskan kontrak waktu, tempat, pertemuan, dan topik pembicaraan, menggali pikiran serta perasaan dan mengidentifikasi masalah, kemudian merumuskan tujuan interaksi dengan pasien

* + - 1. Tahap Kerja

Tahap kerja adalah inti dari semua proses komunikasi terapeutik

* + - 1. Tahap Terminasi

Tahap akhir dari pertemuan antara perawat dengan pasien. Dalam tahap ini perawat memiliki tugas diantaranya adalah mengevaluasi, melakukan evaluasi secara subjektif, menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan

# Konsep Stress Adaptasi

# Pengertian Stress

Stress sendiri adalah suatu keadaan yang tertekan, baik fisik maupun psikologis. Keadaan yang tercipta ini merupakan suaru keadaan yang sangat mengganjal dalam diri individu karena adanya perbedaan antara yang diharapkan dengan yang ada. Setiap situasi, peristiwa, atau objek yang memaksa dan menimbulkan reaksi psikologi dinamakan stresor

dapat berupa stimulus yang bersumber dari lingkungan fisik dan situasi sosial.

Setiap orang secara terus menerus akan menghadapi stress baik itu dari perubahan fisik, psikis, dan sosial baik dari dalam maupun dari lingkungan luar. Jika hal tersebut tidak dapat menghadapi dengan seimbang maka tingkat stres akan mengingkat.

Adaptasi diartikan sebagai kapasitas individu untuk mengatasi lingkungan. Yang merupakan proses tingkah laku umum yang didasarkan atas faktor-faktor psikologis untuk melakukan antisipasi kemampuan melihat tuntunan di masa yang akan datang. Dengan demikian, adaptasi merupakan tingkah laku yang melibatkan perencanaan agar dapat mengadaptasi suatu peristiwa di masa yang akan datang (Muhliansyah, 2018).

# Jenis Stress

Menurut Jenita DT Donsu secara umum stress dibagi menjadi dua yaitu :

* + - 1. Stress Akut

Stress yang dikenal juga dengan *flight or flight response.* Stress akut adalah respon tubuh terhadap ancaman tertentu, tantangan atau ketakutan. Respons stress akut yang segera dan intensif di beberapa keadaan dapat menimbulkan gemetaran.

* + - 1. Stress Kronis

Stress kronis adalah stress yang lebih sulit dipisahkan atau diatasi, dan efeknya lebih panjang dan ringan (Doli Tine Donsu, 2017)

# Dampak Stress

Dampak stress dapat dibedakan dalam tiga kategori yaitu :

* + - 1. Dampak Fisiologik

1. Gangguan pada organ tubuh hiperaktif dalam salah satu sistem tertentu
2. Gangguan sistem reproduksi
3. Gangguan lainnya, seperti pening (migrane), tegang otot, rasa bosan, dan lain-lain.
   * + 1. Dampak Psikologis
4. Keletihan emosi, jenuh, penghayatan ini merupakan tanda pertama dan punya peran sentral bagi terjadinya burn-out.
5. Kewalahan atau keletihan emosi
6. Pencapaian pribadi menurun, sehingga berakibat menurunnya rasa kompeten dan rasa sukses
   * + 1. Dampak Perilaku
7. Manakala stress menjadi distress, prestasi belajar menurun dan sering terjadi tingkah laku yang tidak diterima oleh masyarakat.
8. Level stress yang cukup tinggi berdampak negatif pada kemampuan mengingat informasi, mengambil keputusan, mengambil klangkah tepat.
9. Stress yang berat seringkali banyak membolos atau tidak aktif mengikuti kegiatan pembelajaran (Doli Tine Donsu, 2017).

# Faktor Stress

Beberapa faktor-faktor yang menyebabkan stress antara lain :

* + - 1. Faktor Lingkungan

Ketidakpastian lingkungan mempengaruhi perancangan struktur organisasi, ketidakpastian mempengaruhi tingkat stress di kalangan para karyawan dalam sebuah organisasi. Bentuk-bentuk ketidakpastian lingkungan ini antara lain ketidakpastian ekonomi berpengaruh terhadap seberapa besar pendapatan yang diterima oleh karyawan maupun reward yang diterima karyawan, ketidakpastian politik berpengaruh terhadap keadaan dan kelancaran organisasi yang dijalankan, ketidakpastian teknologi berpengaruh terhadap kemajuan suatu organisasi dalam penggunaan teknologinya, dan ketidakpastian keamanan berpengaruh terhadap posisi dan peran organisasinya.

* + - 1. Faktor Organisasi

Beberapa faktor organisasi yang menjadi potensi sumber stress antara lain :

1. Tujuan tugas dalam hal desain pekerjaan individu, kondisi kerja, dan atata letak kerja fisik
2. Tuntunan peran yang berhubungan dengan tekanan yang diberikan pada seseorang sebagai fungsi dari peran tertentu yang dimainkan dalam sebuah organisasi termasuk beban kerja yang diterima seorang individu.
3. Tuntunan antar-pribadi, yang merupakan tekanan yang diciptakan oleh karyawan lain seperti kurangnya dukungan sosial dan buruknya hubungan antar pribadi pada karyawan,
4. Struktur organisasi yang menentukan tingkat diferensiase dalam organisasi, tingkat aturan dan peraturan, dan di mana keputusan di ambil.
5. Kepemimpinan organisasi yang terkait dengan gaya kepemimpinan atau manajeral dan eksekutif senior organisasi.
   * + 1. Faktor Individu

Faktor individu menyangkut dengan faktor-faktor dalam kehidupan pribadi individu. Faktor tersebut antara lain persoalan keluarga, masalah ekonomi pribadi, dan karakteristik kepribadian bawaan (Doli Tine Donsu, 2017).

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 7 s.d 9 Mei 2021 dengan data sebagai berikut :

# Identitas Klien

Pasien adalah Tn. N dengan No.Rm 35-78-XX seorang laki-laki berusia 42 tahun pasien adalah anak ke 3 dari 6 bersaudara, klien belum menikah, dan beragama Islam. Pendidikan terakhir pasien adalah SMA, Saat ini pasien tidak bekerja, alamat pasien di Surabaya daerah tambak sari pasien tinggal bersama keluarganya.

# Identitas Pada Konsep Diri

Klien mengatakan dirinya sebagai seorang laki-laki berusia 42 tahun dengan status belum menikah serta belum mempunyai pekerjaan, sebelumnya juga pernah bekerja di toko baju.

# Data Pengkajian

# Alasan Masuk

Pasien dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur di karenakan pasien kejang, pandangan kosong, bicara melantur, tidak bisa tidur, tidak

35

menyikat gigi, dan suka BAK BAB disembarang tempat, kemudian pasien di bawa ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur tanggal 04 Mei 2021, pasien mendapatkan terapi infus NaCl 0,9% 20 tpm/menit selama 24 jam.

# Faktor Predisposisi

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa. Saat ditanya pasien mengatakan sudah 4 kali masuk ke Rumah sakit jiwa menur, dengan diagnosa yang sama yaitu defisit perawatan diri Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak teratur minum obat.

Pasien mengatakan tidak pernah melakukan penganiayaan fisik terhadap anggota keluarganya atau pun melakukan kekerasan, pandangan kosong, gigi sakit, BAB dan BAK di sembarang tempat.

# Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri

Dalam rekam medis pasien didapatkan data tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan** Pasien mengatakan tidak ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

# Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

# Pemeriksaan Fisik

* + - 1. **Tanda Vital**

Tekanan darah : 128/92 mmHg Nadi : 67 kali/menit

Suhu : 370C Pernafasan : 18 kali/menit

# Ukur

Tinggi Badan : 165 cm Berat Badan : 55 Kg

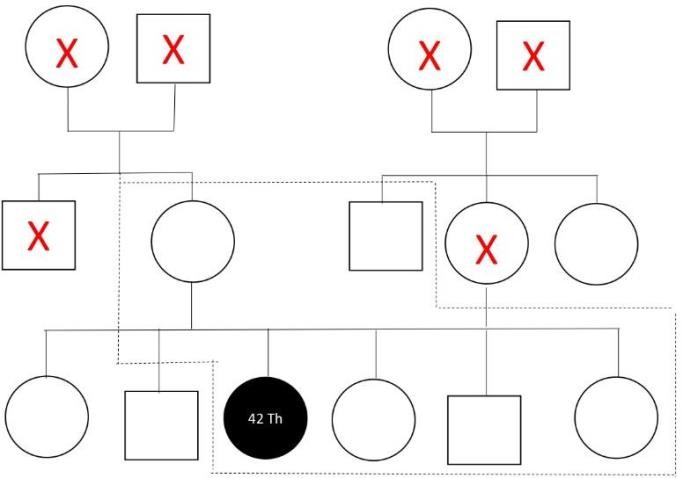
# Keluhan Fisik

Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya, dan tanda- tanda vital dalam batas normal.

# Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

# Psikososial

* + - 1. **Genogram**



*Gambar 3.1 Genogram Tn.N*

Keterangan :

: Perempuan

: Laki-laki

: Pasien

X : Meninggal dunia

: Tinggal serumah

Pasien tinggal serumah dengan ayah, ibu, dan ke 3 adiknya. Tidak ditemukan adanya riwayat gangguan jiwa pada keluarganya.

# Konsep Diri

* + - * 1. Gambaran diri ini

Pasien mengatakan bersyukur karena tidak ada kelainan lain yang mengenai tubuhnya dan menyukai bentuk dirinya yang sekarang.

* + - * 1. Identitas

Pasien mengatakan nama, usia, dan jenis kelamin yang sesuai, dan mengatakan anak ke 3 dari 6 bersaudara.

* + - * 1. Peran

Pasien sadar perannya sebagai anak ke 3 dari 6 bersaudara.

* + - * 1. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang untuk berkumpul dengan keluarga kembali seperti sebelum masuk rumah sakit jiwa.

# Harga diri

Pasien lebih memilih berada di rumah dari pada berinteraksi dengan tetangga sekitarnya.

# Masalah Keperawatan: Gangguan Konsep Diri = Harga Diri Rendah

* + - 1. **Hubungan Sosial**
         1. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah ibu dan adik-adiknya, karena orang yang paling dekat dan saling mendukung.

* + - * 1. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan di RS dan di rumah.
        2. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Pasien mengatakan ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, karena pasien lebih suka dirumah dari pada keluar rumah.

# Masalah Keperawatan: Gangguan Konsep Diri = Harga Diri Rendah

* + - 1. **Spiritual**
         1. Nilai dan Keyakinan

Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama Islam.

* + - * 1. Kegiatan Ibadah

Pasien mengatakan bahwa dirinya jarang melakukan ibadah (sholat).

# Masalah Keperawatan: Distress Spiritual

# Status Mental

* + - 1. Penampilan

Saat pengkajian pasien tampak berpakaian rapi, namun rambut terlihat berantakan, dan wajah lusuh

# Masalah Keperawatan: Defisit Perawatan Diri

* + - 1. Pembicaraan

Pada saat dikaji mengenai kenapa dia di bawa ke rumah sakit jiwa, pasien mengatakan karena saya kejang dan sulit tidur **Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

* + - 1. Aktivitas Motorik

Saat di dalam ruangan pasien jarang berinteraksi dengan pasien lainnya.

# Masalah Keperawatan: Isolasi Sosial

* + - 1. Alam Perasaan

Pasien mengatakan bahwa ingin cepat pulang, karena ingin berkumpul lagi bersama ke dua orang tuanya dan adik- adiknya.

# Masalah Keperawatan: Ansietas

* + - 1. Afek

Afek pasien tidak labil, pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien tampak tenang.

# Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

* + - 1. Interaksi Selama Wawancara

Pasien kooperatif, kontak mata (-), dan menjawab dengan relevan.

# Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

* + - 1. Persepsi Halusinasi

Tidak terdapat halusinasi pendengaran, penglihatan, pembauan, perabaan maupun pengecapan.

# Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

* + - 1. Proses Pikir

Cara berfikir pasien lambat, saat diberi pertanyaan pasien menjawab dengan respon lama.

# Masalah keperawatan: Koping Individu Tidak Efektif

* + - 1. Isi pikir

Klien tidak memiliki gangguan isi pikir seperti: waham, obsesi, phobia, dan pikiran yang magis.

# Masalah keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

* + - 1. Tingkat Kesadaran

Pasien sadar kalau saat ini dirinya sedang berada dirumah sakit jiwa, pasien mampu menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalinya.

# Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

* + - 1. Memori

Klien tidak ada masalah pada memori, dapat mengingat kesadaran.

# Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

* + - 1. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pada saat dikaji pasien mampu berhitung dengan benar dan urut

# Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah keperawatan

* + - 1. Kemampuan Penilaian

Tidak ada gangguan, pasien mampu menilai bahwa merokok dan kopi tidak baik untuk kesehatan.

# Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

* + - 1. Daya Tarik Diri

Pasien tidak menyadari mengapa dirinya dibawa ke rumah sakit jiwa

# Masalah Keperawatan: Koping Individu Tidak Efektif

# Kebutuhan Persiapan Pulang

1. **Kemampuan Pasien Memenuhi/Menyediakan Kebutuhan**

**:**

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

# Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

1. **Kegiatan Hidup Sehari-hari**
   1. **Perawatan Diri :**

Pasien mengatakan bahwa pasien mandi sehari hanya satu kali dan tidak menyikat gigi, makan belepotan, BAB/BAK dan ganti baju mandri.

# Masalah Keperawatan: Defisit Perawatan Diri

* 1. **Nutrisi :**
     1. Apakah anda puas dengan pola makan anda? Ya
     2. Apakah anda makan memisahkah diri? Tidak Jelaskan: Pasien merasa cukup dan kenyang saat setelah makan
     3. Frekuensi makan sehari 3 kali sehari
     4. Frekuensi udapan sehari 3 kali sehari
     5. Nafsu makan berlebih
     6. BB tertinggi : 60 BB terendah : 55
     7. Diet khusus : pasien tidak mendapatkan diet khusus Jelaskan: pasien menghabiskan 1 posri makananya **Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan**

# Tidur

Pasien mempunyai keluhan sulit tidur setiap malam, pasien mengatakan mempunyai banyak pikiran tentang hidupnya sehingga pasien sering sulit tidur.

# Masalah Keperawatan: Gangguan Pola Tidur

1. **Kemampuan Pasien Dalam**

Pasien tidak mampu mengatasi kebutuhan sendiri, dan belum bisa mengatur penggunaan obat dengan teratur

# Masalah Keperawatan: Koping Individu Tidak Efektif

1. **Pasien Memiliki Sistem Dukungan**

Pasien mengatakan ibu dan adik-adiknya yang paling berarti dalam hidupnya

# Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

1. **Apakah Pasien Menikmati Saat Bekerja Kegiatan yang Menghasilkan atau Hobi**

Pasien mengatakan dulu pernah bekerja selama 3 bulan di toko baju namun saat ini pasien sudah tidak bekerja lagi dan pasien mengatakan hoby olahraga senam.

# Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

# Mekanisme Koping

Saat ada masalah pasien hanya berdiam diri dan belum mampu menyelesaikan masalahnya secara mandiri

# Masalah Keperawatan: Koping Tidak Efektif

# Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Pasien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok
2. Pasien mengatakan lebih memilih di rumah dari pada berinteraksi dengan tetangga sekitarnya
3. Pasien tidak ada masalah dengan pendidikannya
4. Pasien mengatakan saat ini dirinya tidak bekerja
5. Pasien mengatakan anggota keluarga dirumah baik dan tidak ada masalah
6. Pasien dibawa berobat ke RSJ Menur saat kambuh, semua dapat di jalankan dengan BPJS
7. Masalah lainnya spesifik : pasien mengatakan tidak ada masalah

# Masalah Keperawatan: Gangguan Konsep Diri = Harga Diri Rendah

* + 1. **Kurang Pengetahuan Tentang**

Saat dikaji penyakit jiwa serta obat-obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tahu.

# Masalah Keperawatan: Koping Tidak Efektif

# Data Lain-lain

Pasien tidak memiliki data lain-lain seperti foto rontgen atau hasil laboratorium

# Aspek Medik

Diagnosa Medik : Mental Disorder Brain Demage

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Terapi Medik : Clozapine | 25mg | (1xsehari) |
| BTT/ KSR | 600mg | (3xsehari) |
| NaCl 0,9% | 500ml | (20 tpm/menit x 24 jam) |
| Ringer Lactat | 500ml | (imm) |
| KCL 7,46 | 25ml | (imm) |
| Ceftriaxone | 1g | (2xsehari injeksi) |
| Clobazam | 10mg | (2xsehari) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Resperidone | 1mg | (1xsehari) |
| Phenytoin | 100mg | (3xsehari) |
| Diazepam | 5mg/ml | (injeksi) |

Tablet Tambah Darah (2xsehari)

Trihexyphenidil 2mg (1xsehari)

# Daftar Masalah Keperawatan

1. Defisit perawatan diri (SDKI, Hal 240)
2. Gangguan konsep diri = harga diri rendah (SDKI, hal 192)
3. Distress spiritual (SDKI, Hal 184)
4. Isolasi sosial (SDKI, Hal 268)
5. Ansietas (SDKI, Hal 180)
6. Koping tidak efektif (SDKI, Hal 210)
7. Gangguan pola tidur (SDKI, Hal 126)

# Daftar Diagnosis Keperawatan

Dari banyak masalah keperawatan yang muncul, penulis mengambil satu diagnosa yaitu Defisit Perawatan Diri.

Surabaya, 7

Juni 2021



Dhela Nhasirach A

# Analisa Data

**Nama : Tn.N NIRM : Rm 35-78-XX RUANG : GELATIK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TGL** | **ANALISA DATA** | **MASALAH** | **TTD** |
| 07  Mei 2021 | DS:  Klien mengatakan bahwa sebelum di bawa ke RSJ Menur pasien kejang, pandangannya kosong, bicara melantur, tidak bisa tidur dan suka BAK BAB disembarang tempat,  DO:   1. Klien tampak lusuh 2. Pakaian tidak rapi | Defisit Perawatan Diri (SDKI, Hal 240) |  |
|  | DS: | Isolasi Sosial |  |
| 1. Klien mengatakan bosan ingin cepat pulang 2. Klien mengatakan lebih sering menyendiri   DO: | (SDKI, Hal 268) |
| 1. Saat diajak bicara kontak mata klien terhadap perawat kurang 2. Klien terlihat menyendiri di kamar 3. Klien jarang bicara dengan teman lainnya |  |
|  | DS: | Penurunan Kemampuan dan |  |
| Klien mengatakan mengeluh sakit | motivasi merawat diri |
| gigi dan tidak mau menyikat gigi, |  |
| mandi hanya sekali sehari |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DO:   1. Klien terlihat selalu memegangi pipinya dikarnakan sakit gigi 2. Klien terlihat lusuh |  |  |

# Pohon Masalah



*Gambar 3.5 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri (Azizah et al., 2016).*

# Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama Klien | : Tn.N | Nama Mahasiswa | : Dhela Nhasirach A |
| NIRM | : Rm 35-78-XX | Institusi | : Stikes Hang Tuah Surabaya |
| Ruang | : Gelatik |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa keperawatan | Perencanaan | | | Rasional |
| Tujuan | Kriteria Evaluasi | Tindakan Keperawatan |
| 1. | 7 Mei 2021 | Defisit perawatan diri | Tujuan Umum (TUM) :  Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien | 1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau berjabat tangan 3. Klien mau menyebutkan nama 4. Klien mau tersenyum | 1. Beri salam/panggil nama 2. Sebutkan nama perawat 3. Jelaskan maksud hubungan interaksi 4. Jelaskan akan kontrak yang dibuat 5. Beri rasa aman dan sikap   empati | Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. |

51

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | menjaga dan memenuhi kebersihan dirinya Tujuan khusus | 1. Klien mau kontak mata 2. Klien mau mengetahui nama perawat 3. Klien bersedia mengutarakan masalah yang dihadapinya | 1. Lakukan kontak singkat tapi sering 2. Beri perhatian pada pemenuhan kebutuhan dasar klien |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | (TUK) :   1. Klien dapat membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengidentifi kasi penyabab defisit perawatan diri | 1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya 2. Klien dapat mengungkapkan penyebab dirinya tidak menjaga kebersihan diri | 1. Kaji pengetahuan klien tentang kebersihan diri dan tandanya 2. Beri kesempatan klien untuk menjawab pertanyaan 3. Berikan pujian terhadap kemampuan klien menjawab pertanyaan terhadap kemampuan klien menjawab pertanyaan | Klien dapat mengidentifikasi kebersihan diri klien |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 3. Menjelas kan pentingnya kebersihan diri | 1. Klien dapat memahami pentingnya kebersihan diri | 1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 2. Meminta klien menjelaskan kembali pentingnya kebersihan diri 3. Diskusikan dengan klien tentang kebersihan diri 4. Beri penguatan positif   atas jawabannya | Dengan beraktivitas secara terjadwal,  klien memahami  akan pentingnya kebersihan diri. |
|  |  |  | 4. Menjelaskan peralatan yang  digunakan | 1. Klien dapat menyebutkan dan dapat  mendemonstrasika | 1. Menjelaskan alat yang dibutuhkan dan cara membersihkan diri | Klien mampu melakukan kebersihan diri dan  menjelaskan |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | untuk menjaga kebersihan diri dan melakukan kebersihan diri | n dengan alat kebersihan | 1. Memperagakan cara membersihkan diri dan mempergunakan alat untuk membersihkan diri 2. Meminta klien untuk memperagakan ulang alat dan cara kebersihan diri 3. Beri pujian positif terhadap klien | peralatan yang dapat digunakan dalam menjaga kebersihan diri. |
|  |  |  | 5. Menjelaskan cara mandi, sikat gigi yang benar | 1. Klien dapat mengetahui cara mandi dan sikat gigi yang benar | 1. Menjelaskan cara mendi dan sikat gigi yang benar 2. Beri kesempatan klien   untuk bertanya dan | Klien mampu melakukan cara mandi dan sikat gigi yang benar |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | mendemonstrasikan yang benar  3. Memberi pujian positif  terhadap klien |  |
|  |  |  | 6. Menjelas Cara BAB dan BAK  yang benar | 1. Klien dapat mengerti cara BAB dan BAK yang  benar | 1. Menjelaskan cara BAB dan BAK yang benar 2. Memberi pujian positif terhadap klien | Klien mampu melakukan BAB dan BAK yang benar |

# Implementasi dan Evaluasi

Nama klien : Tn.N NIRM : Rm 35-78-XX Ruang : Gelatik

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/Tanggal** | **Diagnosa Keperawatan** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **TTD Perawat** |
| 7 Mei 2021 | Defisit perawatan diri | Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.  **Sp 1 :**  **09.00**  1. Berkenalan dengan klien dan kontrak waktu  (Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Dhela mahasiswa Stikes Hang Tuah | **S :**  Klien mengatakan sakit gigi sudah beberapa hari  **O :**   1. Klien mau menyambut perawat 2. Klien menyebutkan masalah kebersihan dirinya. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di ruangan gelatik ini, kalau boleh tau nama bapak siapa? “pagi mbak, panggil saja pak N”.  Baiklah pak, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang perawatan diri? “Baik mbak” Bapak mau ngobrol dimana? Bagaimana kalau kita mengobrol selama 20 menit? “Iya mbak boleh”  Baiklah pak, seperti yang kita bicarakan tadi kita akan | 1. Klien merespon dengan baik. 2. Klien memahami apa yang sudah dijelaskan oleh perawat dan mengatakan capek 3. Klien menyetujui untuk bertemu di hari selanjutnya   **A :**  Secara afektif, kognitif dan psikomotor  1. Klien mampu memperkenalkan dirinya  dengana baik |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | berbincang selama 20 menit di halaman ya pak “Iya mbak”)  **09.10**  2. Mengidentifikasi jenis, waktu, frekuensi, situasi, Defisit perawatan diri pada klien (Dari tadi saya lihat bapak gelisah memegangi pipi ya? “Iya mbak, gigi saya sakit” Berapa kali bapak mandi dan sikat gigi dalam sehari? “saya mandi satu kali sehari, tidak sikat gigi mbak” Apakah  bapak sudah mandi dan sikat | 1. Klien mampu menyebutkan masalah defisit perawatan dirinya 2. Klien mampu memahami apa yang sudah di jelaskan   **P :**  Perawat : mengajari dan mengevaluasi kembali cara mandi dan menyikat gigi klien.  Pasien : diharapkan klien mampu melaksanakan cara mandi dan sikat gigi yang benar dan memasukkan ke dalam jadwal  harian secara mandiri |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | gigi hari ini? “Sudah mandi, tapi tidak sikat gigi malas” Menurut bapak apa kegunaan mandi dan sikat gigi? “Agar tidak ada kuman” Iya benar pak. Apa alasan bapak tidak mau sikat gigi sehingga tidak dapat merawat diri? “Malas mbak”).  **09.15**  3. Ajarkan kepada klien cara mandi dan menyikat gigi dengan benar  **(**Jadi pak kalau bisa mandi 2x  sehari ya pak dan selalu |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | menggosok gigi, saya akan ajarkan bagaimana cara mandi dengan benar yaitu dengan air bersih dan menggunakan sabun gosok sabun keseluruh tubuh dan muka bapak kemudian bersihkan dengan air bersih. Jika menggosok gigi kumur atau basahi area mulut dengan air bersih ambil sikat gigi basahi kemudian tuangkan pasta gigi dan lakukan sikat gigi ke gigi bapak secara memutar lalu bilas dengan air bersih ya pak, |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | apakah bapak bisa mengerti? “Ya mbak InsyaAllah, sudah ya mbak saya capek”).  **09.20**  Berpamitan dengan pasien karena kontrak waktu sudah habis  (“Ya sudah kalau bapak capek, ngobrolnya kita lanjutkan besok saja pukul 09.00 di taman ya pak, terimakasih selamat pagi”) |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 8 Mei 2021 | Defisit perawatan diri | Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik. Mengajari klien tentang cara BAB dan BAK yang benar  **Sp 2 :**  **09.00**  1. Menyapa klien dan melakukan kontrak waktu  (Selamat pagi pak N, saya perawat Dhela yang kemarin ngobrol dengan bapak, bagaimana perasaan bapak N saat ini? “Baik mbak”. Apa bapak masih ingat dengan saya? “Masih, mbak Dhela”. | **S :** Klien mengatakan :   1. Sudah mempraktikkan mandi dan sikat gigi dengan benar. 2. Klien mampu memahami cara BAB dan BAK dengan benar .   **O :**   1. Klien mau menyambut perawat 2. Saat ditanya klien   mampu menjawab dengan tepat |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Apakah selama saya tidak ada, ada yang membuat bapak N merasa tidak nyaman? “Nyaman-nyaman saja mbak”).  **09.10**  2. Evaluasi kegiatan jadwal klien dan kontrak waktu selanjutnya (Bagaimana apakah bapak sudah menerapkan apa yang sudah saya ajarkan kemarin? “Sudah mbak”. Bisa tolong sebutkan apa saja yang sudah saya ajarkan? “Sudah mbak,  kemarin mbak mengajarkan | 1. Klien mampu memahami apa yang disampaikan oleh perawat 2. Klien menyetujui untuk bertemu dihari selanjtnya   **A :**  Secara afektif, motorik, dan psikomotor  1. Klien mampu memahami dan menjelaskan cara yang diajarkan oleh perawat |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | cara mandi yg benar menggunakan sabun, dan gosok gigi dgn benar mbak”. Baik benar, apakah bapak sudah mandi dan gosok gigi hari ini? “Sudah mbak”.  Bagus sekali pak, karna agar tubuh bapak segar dan gigi bapak tidak sakit lagi  **09.15**  3. Ajari klien mengenali tentang cara BAB dan BAK yang benar | **P** :  Perawat : Evaliaso kembali cara BAB dan BAK pasien di keesokan harinya  Paien : Diharapkan pasien mampu menerapkan apa yang sudah perawat ajarkan dengan benar |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | (Sekarang mari kita berbincang seperti kemarin selama 20 menit ya pak, di halaman “Ya mbak”. Mari kita membahas tentang cara BAB dan BAK, bapak jika mau BAB dan BAK dimana? Apakah pada tempatnya? “Dikamar mandi, ya di WC mbak tapi saya malas menyiramnya” Baik pak, jika sudah pada tempatnya ya harus disiram yang bersih biar tidak bau “Iya mbak”. Hati- hati jangan sampai terkena |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | baju ya pak, jangan lupa mencuci tangan menggunakan sabun juga biar bersih “Siap mbak”.Apakah bapak bisa mengulangi apa yang sudah saya ajarkan hari ini? “Bisa, mbak tadi memberitahu saya untuk selalu menyiram atau membersihkan BAB dan BAK saya terus jangan sampai terkena baju dan mencuci tangan dengan sabun” Semoga bapak selalu menerapkan apa yang sudah saya ajarkan ya pak “Amin mbak” |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **09.20**  4. Menentukan kontrak selanjutnya, di keesokan harinya dengan klien  (Baik, terimakasih pak atas waktunya hari ini, besok kita akan bertemu lagi ya pak jam 09.00, ditempat yang sama. “Iya mbak terimakasih”). |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 Mei 2021 | Defisit perawatan diri | Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik. Evaluasikan kembali kegiatan yang sudah diajarkan pada hari ke satu dan dua.  **SP 3:**  1. Klien dapat membina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik.  (Selamat pagi pak N, apa bapak masih ingat dengan saya? “Masih mbak” Bagaimana kabarnya pak? “Baik mbak” | **S :** Klien mengatakan :  1. Klien sudah mampu melakuan mandi, sikat gigi, cara BAB dan BAK dengan benar.  **O :**   1. Klien mau menyambut perawat 2. Saat ditanya klien mampu menjawab dengan tepat 3. Klien dapat menjawab cara mandi, gosok gigi, BAB dan BAK dengan benar |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Baik pak, saya akan mulai perbincangan dipagi hari ini ya, sesuai kontrak yang sudah kita buat kemarin “Iya mbak”).  2. Mengevaluasi klien apa yang sudah disampaikan perawat selama 2 hari kemarin  (Jadi pak apakah bapak sudah melakukan apa yang saya ajarkan selama 2 hari kemarin? “Iya mbak”. Apakah gigi bapak masih sakit?  “Sudah mendingan mbak | 1. Klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat 2. Klien berharap dapat menerapkan perawatan diri dengan baik dan benar.   **A :**  Secara afektif, motorik, dan psikomotor :  1. Klien mampu melakukan aktivitas terjadwal seperti mandi, sikat gigi, BAB dan BAK dengan benar |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | tidak cekot-cekot”. Bagus kalau begitu lakukan sikat gigi terus ya pak. Apakah bapak bisa menyebutkan kembali mengapa menjaga kebersihan diri itu sangat penting? “Iya mbak, karena agar terhindar dari kuman dan penyakit kemudian bisa membuat tubuh kita merasa segar”.  Bagus sekali pak, tindakan yang sudah bapak lakukan sudah benar dilanjut ya pak “Iya mbak”. Lalu bisa minta  tolong sebutkan bagaimana | **P :**  Perawat : Evaluasi dan latih kembali cara kebersihan diri pada pasien, lanjutkan SP selanjutnya yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal  Pasien : Diharapkan klien mampu berlatih aktivitas terjadwal secara mandiri |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | cara mandi, menggosok gigi, membersihkan BAB dan BAK secara benar? “dengan cara mengguyur seluruh badan dengan air besih dan menggosoknya dengan sabun, jika menggosok gigi basahi area mulut gunakan sikat gigi dan berikan pasta gigi lalu gosok gigi secara memutar, jika BAB dan BAK lakukan di kamar mandi dan WC lalu siram agar tidak bau, jangan sampai kena baju lalu cuci  tangan menggunakan sabun”). |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 3. Anjurkan memasukkan ke dalam jadwal harian (Nah pak jangan lupa  masukkan ini dijadwal harian ya pak, baik pak terimakasih atas waktunya, dalam waktu jangka tiga hari kita mempelajari tentang betapa pentingnya merawat diri saya harap bapak bisa menerapkannya secara perlahan dan benar ya pak, dan jangan lupa selalu rutin meminum obatnya. Kalau  begitu saya pamit pak |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | terimakasih atas waktunya, selamat pagi. “Iya mbak terimakasih atas apa yang  sudah diajarkan, amin”). |  |  |

75

**LAMPIRAN 1**

**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Tn.N Defiisit Perawatan Diri**

Pertemuan : Ke-1

Hari/Tanggal : Jum’at / 07 Mei 2021

Nama Pasien : Tn.N

Ruang : Gelatik

1. **Proses Keperawatan Jiwa**
   1. **Kondisi Klien**

Klien terlihat tidak rapi, gigi kotor, baju lusuh dan klien tidak berdandan.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Defisit Perawatan Diri

* 1. **SP 1**

Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kebersihan diri, klien menyebutkan masalah kebersihan dirinya, dan klien dapat mempraktikkan gosok gigi dengan baik dan benar

* 1. **Tindakan Keperawatan**
     1. Membina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik
     2. Membantu klien merawat diri
     3. Melatih klien untuk merawat diri dengan cara membersihkan tubuhnya

1. **Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**
   1. **Orientasi**
      1. Salam Terapiutik

“ Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Dhela, mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di ruangan gelatik ini, kalau boleh tau nama bapak siapa?”

* + 1. Evaluasi/Validasi

“Dari tadi saya lihat bapak gelisah memegangi pipi ya?

* + 1. Kontrak

“Baiklah pak, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang perawatan diri?”

“Bapak mau ngobrol dimana? Bagaimana kalau kita mengobrol selama 20 menit?”

“Baiklah pak, seperti yang kita bicarakan tadi kita akan berbincang selama 20 menit di halaman ya pak”

* 1. **Kerja**

“Berapa kali bapak mandi dan sikat gigi?”

“Apakah bapak sudah mandi dan sikat gigi hari ini?” “Menurut bapak apa kegunaan mandi dan sikat gigi?”

“Apa alasan bapak tidak mau sikat gigi sehingga tidak dapat merawat diri?”

* 1. **Terminasi**
     1. Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan

“Jadi pak kalau bisa mandi 2x sehari ya pak dan selalu menggosok gigi”

* + 1. Tindak Lanjut

“Saya akan ajarkan bagaimana cara mandi dengan benar yaitu dengan air besih dan menggunakan sabun, gosok sabun keseluruh tubuh dan muka bapak kemudian bersihkan dengan air besih. Jika menggosok gigi kumur atau basahi area mulut dengan air bersih ambil sikat gigi basahi kemudian tuangkan pasta gigi dan lakukan sikat gigi ke gigi bapak secara memutar lalu bilas dengan air bersih ya pak, apakah bapak bisa mengerti?”

* + 1. Kontrak Yang Akan Datang

“Ya sudah kalau bapak capek, ngobrolnya kita lanjutkan besok saja pukul 09.00 di taman ya pak, terimakasih selamat pagi”

**LAMPIRAN 2**

**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Tn. N Defisit Perawatan Diri**

1. **Proses Keperawatan Jiwa**
   1. **Kondisi Klien**

Saat pengkajian pasien berpakaian lusuh. Pada saat mandi pasien membawa perlengkapan mandi tetapi tidak digunakan.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Defisit Perawatan Diri

* 1. **SP II**

Melatih klien cara merawat diri yang benar

* 1. **Tindakan Keperawatan**
     1. Evaluasi kegiatan harian klien
     2. Latihan klien cara merawat diri yang benar
     3. Anjurkan klien memasukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian

1. **Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**
   1. **Orientasi**
      1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi pak N saya perawat Dhela yang kemarin ngobrol bersama bapak, bagaimana perasaan bapak N saat ini? Apa bapak masih ingat dengan saya? Apakah selama saya tidak ada, ada yang membuat bapak N merasa tidak nyaman?”

* 1. **Kerja**

“Bagaimana apakah bapak sudah menerapkan apa yang sudah saya ajarkan kemarin? Bisa tolong sebutkan apa saja yang sudah saya ajarkan?”

“Baik benar, apakah bapak sudah mandi dan gosok gigi hari ini?” “Bagus sekali pak, karna agar tubuh bapak segar dan gigi bapak tidak sakit lagi”

“Sekarang mari kita berbincang seperti kemarin selama 20 menit ya pak, di halaman”

“Mari kita membahas tentang cara BAB dan BAK, bapak jika mau BAB dan BAK dimana? Apakah pada tempatnya?”

* 1. **Terminasi**
     1. Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan

“Baik pak, jika sudah pada tempatnya ya harus disiram yang bersih biar tidak bau”

“Hati-hati jangan sampai terkena baju ya pak, jangaan lupa mencuci tangan menggunakan sabun juga biar bersih”

* + 1. Tindak Lanjut

“Apakah bapak bisa mengulangi yang sudah saya ajarkan hari ini? Semoga bapak selalu menerapkan apa yang sudah saya ajarkan ya pak”

* + 1. Kontrak Yang Akan Datang

“Baik, terimakasih pa katas waktunya hari ini, besok kita akan bertemu lagi ya pak jam 09.00, ditempat yang sama”

**LAMPIRAN 3**

**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Tn.N Defiisit Perawatan Diri**

1. **Proses Keperawatan Jiwa**
   1. **Kondisi Klien**

Saat pengkajian pasien sedang makan dan terlihat berantakan

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Defisit Perawatan Diri

* 1. **SP III**
  2. **Tindakan Keperawatan**
     1. Evaluasi kegiatan klien
     2. Mengevaluasi pertemuan hari ini

1. **Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**
   1. **Orientasi**
      1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi pak, apa bapak masih ingat dengan saya? Bagaimana kabarnya pak?”

* 1. **Kerja**

“Baik pak, saya akan mulai perbincangan dipagi hari ini ya,sesuai kontrak yang sudah kita buat kemarin”

“Jadi pak apakah bapak sudah melakukan apa yang saya ajarkan selama 2 hari kemarin? Apakah gigi bapak masih sakit?”

“Bagus kalau begitu lakukan sikat gigi terus ya pak. Apakah bapak bisa menyebutkan kembali mengapa menjaga kebersihan diri itu sangat penting?”

* 1. **Terninasi**
     1. Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan

“Bagus sekali pak, tindakan yang sudah bapak lakukan sudah benar dilanjut ya pak

* + 1. Tindak Lanjut

“Lalu bisa minta tolong sebutkan bagaimana cara mandi, menggosok gigi, membersihkan BAB dan BAK secara benar?”

* + 1. Kontrak

Nak pak jangan lupa masukkan ini dijadwal harian ya pak. Baik pak terimakasih atas waktunya, saya harap dalam waktu jangka tiga hari kita mempelajari tentang betapa pentingnya merawat diri saya harap bapak bisa menerapkannya secara perlahan dan benar ya pak, dan jangan lupa selalu rutin meminum obatnya. Kalau begitu saya pamit pak terimakasih atas waktunya, selamat pagi.

**LAMPIRAN 4**

**EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN DEFISIT PERAWATAN DIRI**

Nama pasien : Tn. N

Ruang : Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur Nama perawat : Dhela Nhasirach

Petunjuk :

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kemampuan** | **Tanggal** | | |
| 7 | 8 | 9 |
| A | Pasien sp 1- 3 |
| 1. | Mengidentifikasi kebersihan diri | √ | √ | √ |
| 2. | Memahami akan pentingnya  kebersihan diri | √ | √ | √ |
| 3. | Klien mampu melakukan  kebersihan diri | √ | √ | √ |
| 4. | Mengindetifikasi peralatan mandi | √ | √ | √ |
| 5. | Klien mampu melakukan cara  mandi dan sikat gigi yang benar | √ | √ | √ |
| 6. | Klien mampu melakukan BAB dan  BAK yang benar | √ | √ | √ |
| 7. | Mengevaluasi jadwal kegiatan  harian pasien | √ | √ | √ |

# 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. N dengan masalah utama Defisit Perawatan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur, yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

# Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis menemukan kesenjangan pada saat melakukan pengkajian setelah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur dimana pada tahap ini penulis sedikit mendapatkan kendala dalam memperoleh data dan riwayat keluarga karena selama penulis melakukan pengkajian pada klien, keluarga hanya datang sekali untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Maka upaya yang dilakukan penulis adalah :

* + 1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya kepada klien supaya lebih dekat dan lebih percaya dengan menggunakan perasaannya.
    2. Mengadakan pengkajian kepada klien secara wawancara.

Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status klien, melihat buku rawatan.

Menurut data yang didapat klien sudah 4 kali keluar masuk dan dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur. Klien masuk tanggal 4 Mei 2021, dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri dengan diagnosa medis Disorder Brain Damage. Saat berada di ruangan di dapatkan bahwa klien sering menyendiri, muka lusuh, dan pasien sulit tidur.

83

Dalam tinjauan pustaka terdapat beberapa faktor yang perlu dikaji pada pasien Defisit Perawatan Diri.:

1. Defisit perawatan diri (SDKI, Hal 240)
2. Ganguan sensori persepsi = harga diri rendah (SDKI, Hal 192)
3. Distress spiritual (SDKI, Hal 184)
4. Isolasi sosial (SDKI, Hal 268)
5. Ansietas (SDKI, Hal 180)
6. Koping tidak efektif (SDKI, Hal 210)
7. Gangguan pola tidur (SDKI, Hal 126)

# Diagnosa Keperawatan

Dalam pengambilan diagnosa keperawatan ada kesenjangan tinjauan teori dan tinjauan kasus, diagnosa yang ada pada tinjauan teori adalah Isolasi Sosial sebagai penyebab utamanya, Defisit Perawatan Diri sebagai masalah utama, dan penurunan kemampuan dan motivasi diri sebagai efek dari masalah utama.

Dari tinjauan teori dan tinjauan kasus tersebut terdapat kesenjangan pada pohon masalah yang terletak pada penyebab Defisit Perawatan Diri pada pasien. Pada tinjauan teori berdasarkan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus berdasarkan kasus nyata yang sesuai dengan pengkajian keadaan pasien saat itu. Kesenjangan pohon masalah pada tinjauan kasus yaitu Penurunan Kemampuan dan Motivasi Merawat Diri, dikarenakan pasien tidak dapat merawat tubuhnya sendiri, dari merawat seluruh badan dan berhias diri agar terlhiat lebih rapi.

# Rencana Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka, perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus, perencanaan menggunakan

sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan klien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (efektif), dan perubahan tingkah laku klien (psikomotor).

Rencana keperawatan diri pada Tn. N telah sesuai dengan rencana asuhan keperawatan, kembali lagi pada kondisi klien saat pengkajian, sehingga tujuan dan kriteria hasil dapat tercapai sesuai yang diharapkan. Penulis juga mengikuti langkah-langkah perencanaan yang telah disusun mulai dari prioritas masalah, tujuan, hingga penyusunan kriteria hasil, sedangkan diagnosa penyebab dan akibat serta diagnosa yang lainnya telah tercakup dalam satu tindakan diagnosa, yaitu Defisit Perawatan Diri.

# Intervensi Keperawatan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedanngkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tunjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan klien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami, hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedia sarana dan prasarana diruangan

yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan peenrimaan adanya penulisan.

Penulis melakuakan implementasi keperawatan dan evaluasi perkembangan dari tanggal 7 Mei 2021. Secara umum semua imprementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap perencanaan.

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara terkoordinir. Untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu dikarenakan penulis menyesuaikan dengan keadaan klien.

Penulis melaksanakan implementasi keperawatan menggunakan tahapan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK). Tahapan ini digunakan agar mempermudah perawat dalam memberikan terapi kedapa klien secara sistematis dan dapat memperhatikan kebutuhan-kebutuhan klien. Untuk mengatasi masalah Defisit Perawatan Diri, penulis terlebih dahulu melakukan fase orientasi yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien, menanyakan keadaan klien, karena penulis baru pertama melakukan interaksi dengan klien. Setelah mengetahui keadaan klien, perawat membantu klien mengenal masalah yang selama ini klien alami. Setelah perawat mengetahui masalah klien, perawat membantu mengontrol masalah dengan membuat jadwal kegiatan aktivitas terjadwal, dan melatih klien minum obat secara teratur.

Pada tahap ini perawat sedikit mendapat hambatan dalam pelaksanaan rencana keperawatan, karena tidak ada anggota keluarga atau sanak saudara yang menjenguk klien yang bisa membantu melengkapi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Oleh karena itu perawat tidak melakukan SP keluarga. Karena kunjungan keluarga sangatlah penting untuk menunjang kesembuhan klien itu sendiri.

# Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalah secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi ketidak seimbangan penurunan kemampuan dan motivasi merawat diri. Peningkatan kemampuan dan motivasi merawat diri dalam 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 9 Mei 2021. Pada diagnosa kedua isolasi sosial berhubungan dengan perubahan penampilan fisik. Penampilan fisik normal dalam 3x24 jam karena tindakan tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 9 Mei 2021. Defisit Perawatan Diri penulis memerlukan waktu selama 2x24 jam dan hasil evaluasi pada tanggal 9 Mei 2021 kebutuhan merawat diri terpenuhi. Pada SP selanjutnya tidak bisa terlaksana dikarenakan belum dapat melakukan tindakan serta keterbatasan waktu pelaksanaan praktik.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. N sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi.

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Privinsi Jawa Timur, maka penulisan dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan defisit perawatan diri.

# 1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah di uraikan tentang asuhan keperawatan pada klien Defisit Perawatan Diri, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

* 1. Dari hasil pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Tn.N, saat pengkajian klien mengeluh giginya sakit.
  2. Perumusan diagnosa asuhan keperawatan jiwa masalah utama Defisit Perawatan Diri pada Tn. N dengan diagnosa medis Mental Disorder Brain Damage di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur.
  3. Perencanaan pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N tersebut diantaranya yaitu : cara merawat, dan memotivasi untuk merawat kebersihan tubuh diri sendiri
  4. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa pada Tn.N dapat melaksanakan tiga SP untuk klien yang dapat dicapai yaitu : SP pada klien untuk membina hubungan saling percaya, klien mampu membuat jadwal aktivitas, dan klien dapat meminum obat secara teratur
  5. Pada saat evaluasi kemampuan klien selama melaksanakan tindakan keperawatan klien mampu melaksanakan SP 1 sampai SP 3

88

89

* 1. Pada saat di dokumentasikan, penulis telah mengikuti prosedur dengan sebaik-baiknya.

# 2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

* 1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan terlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
  2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Defisit Perawatan Diri.
  3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuaan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
  4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu diingatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan
  5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

# DAFTAR PUSTAKA

Akmaliyah, M. (2013). *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699.

Astuti, L. I. (2019). Gambaran defisit perawatan diri pada pasien dengan skizofrenia di wisma sadewa rsj grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta. *Akademi Keperawatan “YKY.”*

Azizah, M. lilik, Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *Indomedia Pustaka*, 657.

Doli Tine Donsu, J. (2017). Psikologi Keperawatan. *Pustaka Baru*, *53*(9), 1689–1699. Fairuzahida, N. N. (2017). Family Behavior of Nurture Mental Disorders in Kanigoro

Blitar. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, *4*(3), 228–234.

Muhliansyah. (2018). Pengaruh Kesesakan Dan Adaptasi Terhadap Stress Lingkungan.

*Psikoborneo*, *6*(3), 573–588.

Ningrum, D. C. M. (2017). Gambaran komunikasi terapeutik perawat. *Universitas Diponegoro Semarang*, *1*(1), 1–74. <http://eprints.undip.ac.id/59967/>

Putri, V. S., N, R. M., & Fitrianti, S. (2018). Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, *7*(2), 138. https://doi.org/10.36565/jab.v7i2.77

90

91

Rusdi, D. D. (2013). *KEPERAWATAN JIWA KONSEP DAN KERANGKA KERJA ASUHAN KEPERAWATAN JIWA*.

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

Syah, A., Pujiyanti, D., & Widyantoro, T. (2019). *Universitas Muhammadiyah Magelang*.

4–11.

Syahni, lela aruma. (2018). Penerapan Latihan Mandi Dan Berhias Terhadap Peningkatan Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri Di Instalasi Kesehatan Jiwa Terpadu Rsud Banyumas. *Universitas Muhammadiyah Purwokerto*, *Defisit Perawatan Diri*, 8–22.

T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. (2018). *Nanda International Diagnosis Keperawatan* (11th ed.). EGC.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN*

*INDONESIA* (I). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.

Wahyuni, A., Fr, C., Kedokteran, F., Lampung, U., Maryam, I. S., & Mahmud. (2017). Gangguan Mental Organik e . c . Epilepsi pada Laki-Laki Usia 17 Tahun : Laporan Kasus Case Report of Organic Mental Disorder e . c . Epilepsi on 17 Years Old Male. *Callosum Neurology*, *9*(3), 5–9.