

**TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DEFISIT  
PERAWATAN DIRI DI RUANGAN CENDRAWASIH  
RSJ HB. SAANIN PADANG**



**AL FARAZ SIDIQ**

**NIM: 223110243**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

**2025**

## **TUGAS AKHIR**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANGAN CENDRAWASIH RSJ HB. SAANIN PADANG**

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**AL FARAZ SIDIQ**

NIM: 223110243

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
2025**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tugas Akhir " Asuhan Keperawatan Jawa Pada Pasien Defisi Perawatan Diri Di Ruangan Cendrawasih RSI HIB SAANIN PADANG "

Disusun Oleh:

NAMA : AL FARAZ SIDIQ  
NIM : 223110247

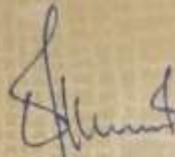
telah di setujui pembimbing pada tanggal

3 june 2025

Menyetujui,

Pembimbing utama,

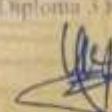
Pembimbing Pendamping,

  
Hengi Sasmita, M.Kep, SP.Kep, BSN  
NIP: 19701029199302007

  
Wira Henpy Nidia, S.Kep, MKM  
NIP: 198506262009042010

Padang,

Kemuz Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang

  
Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep

NIP: 19750121M199903 2005

HALAMAN PENGESAHAN

"Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Defisit Perawatan Diri Di  
Ruang Cendrawasih RSJ H3 Suanin Padang."

Dsusun Oleh

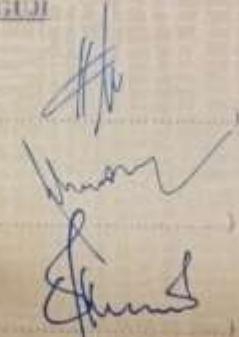
NAMA : AL FARAZ SIDIQ  
NIM : 223110243

Jelis diperlakukan dalam seminar di depan Dewan Penguji  
Pada tanggal: 3 Juni 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

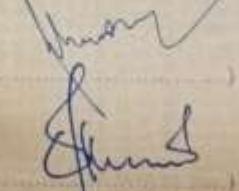
Ketua,

Nama : Ny. Indri Ramadini, S.Kep, M.Kep  
NIP : 198804232022022002



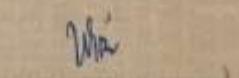
Anggota,

Nama : N. Rachmadanur, S.Kp MKM  
NIP : 196311201993031003



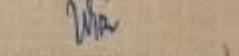
Anggota,

Nama : Helly Sasmira, M.Kep, Sj. Kep Jiwa  
NIP : 19701026199302002



Anggota,

Nama : Ns. Wira Juppy Nidha, S.Kep MKM  
NIP : 108506262009042010



Padang, 7 Juni 2025  
Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep  
NIP.197501211999032005

## KATA PENGANTAR

Puji syukur klien panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, klien dapat menyelesaikan Tugas Akhir. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan. Tugas Akhir ini terwujud atas pembimbing dan pengarahan dari Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada **Ibu Heppi Sasmita,M.Kep,SP.Kep.Jiwa** selaku dosen pembimbing I dan **Ibu Ns. Wira Heppy Nidia, S.Kep, MKM** selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan tugas akhir ini.

Peneliti juga mengucapkan terimah kasih kepada :

1. Bapak selaku Direktur Utama RSJ HB. Saanin Padang dan staf rumah sakit yang telah memberikan izin dan banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang perlukan.
2. Ibu Renidayati, SKp.M.Kep.,Sp.Jiwa selaku Direktur Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
3. Bapak Tasman, M. Kep, Sp. Kom selaku ketua Jurusan Keperawatan Padang Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
5. Bapak dan Ibu Dosen serta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
6. Teristimewa Kepada Orang Tua dan keluarga saya yang selalu memberikan dukungan, semangat dan doa kepada saya yang tidak bisa diukur dan dinilai dengan apapun dan Kepada Adek-Adek saya yang telah memberikan semangat dan doa kepada saya.

7. Teristimewa kepada Bapak Indra Amri dan Ibu Yenti selaku orang tua peneliti yang selalu memberikan support, dukungan, semangat, restu, dan kasih sayang tiada hingga. Selalu sabar mendengarkan keluh kesal peneliti, serta selalu menghibur peneliti. Tidak lupa pula doa yang selalu menyertai setiap langkah peneliti menghadapi cobaan semasa perkuliahan ini, sehingga peneliti bisa menyelesaikan tugas akhir ini.
8. Teristimewa kepada Nadya, Rizky selaku saudara peneliti yang telah memberikan support, dukungan, semangat, restu, dan kasih sayang tiada hingga, serta membiayai semua kebutuhan peneliti selama selama perkuliahan ini.
9. Para sahabat seperjuangan peneliti Faiz, sindi dan dika yang selalu ada membantu peneliti, memberikan support dan dukungan, mendengarkan keluh kesal peneliti selama peneliti menempuh perkuliahan ini.

Akhir kata, penulis berharap berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, 25 mei 2025

Peneliti

**POLTEKKES KEMENKES PADANG  
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2025  
Al Faraz Sidiq**

**ABSTRAK**

Menurut data WHO pada tahun 2021 prevalensi skizofernia sebesar 24 juta kasus, 54%, di kaitkan dengan Defisit Perawatan Diri. Ketika di lakukan observasi di ruang Cendrawasih rumah sakit jiwa Prof HB Saanin Padang, urutan tertinggi menyebabkan malas melakukan perawatan diri, berdampak bau badan pada diri sendiri, dan lingkungan. Tujuan penelitian ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri di rumah sakit Jiwa Prof HB Saanin padang tahun 2025.

Desain penelitian deskriptif pendekatan studi kasus, penelitian dilakukan November 2024 sampai juni 2025. populasi seluruh pasien Defisit perawatan diri. sampel dalam penelitian ini di ambil secara teknik simple random sampling yang di dapatkan sebanyak 1 orang. pengumpulan data dengan format pengkajian keperawatan jiwa, format skrining Defisit perawatan diri dan pemeriksaan fisik. data di analisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori.

Hasil peneliti di dapatkan keluhan utama pasien defisit perawatan diri yaitu bau, kuku panjang, kotor, menarik diri, tidak mau interaksi. Diagnosis keperawatan yang di dapatkan yaitu defisit perawatan diri dan hargadiri rendah. implementasi keperawatan melakukan perawatan diri, SP 1-4 defisit perawatan diri, SP 1-4 harga diri rendah. Dan Evaluasi keperawatan hari ke 5.

Hasil penelitian ini di harapkan menjadi gambaran bagi perawat di ruangan rawasihrumah sakit jiwa prof hb saanin padang dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan defisit perawatan diri dengan meningkatkan komunikasi teraupetik dan pemberian reinforcement positif pada pasien setiap selesai melakukan latihan .

Isi : xi + halaman 61+3 tabel+10 lampiran

Kata Kunci ( Key Word ) : Defisit Perawatan Diri, Asuhan keperawatan  
Daftar Pustaka : 19 ( 2019-2024 )

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Al Faraz Sidiq  
NIM : 22311024  
Tempat/Tanggal Lahir : Padang, 08 Februari 2002  
Jenis Kelamin : Laki – Laki  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Alamat : Taruko 1 Blok II No 03 RT 02 RW 10  
Nama Orang Tua  
Ayah : Indra Amri  
Ibu : Yenti

### Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Lulus
1.	TK	TK Pembina	2007-2008
2.	SD	SD 42 Padang	2008-2014
3.	SMP	MTSN 4 Padang	2017-2017
4.	SMA	SMAN 16 Padang	2017-2020
5.	D III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-Sekarang

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Departemen ini adalah karya peneliti sendiri, dan semua sumber yang dikutip  
Maupun diujuk peneliti di sertakan dengan benar

Nama : Al Faris Sidiq

Nim : 223110243

Tanda Tangan



Tangerang - 7 Mei 2023

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap	: Al faraz sidiq
NIM	: 223110243
Tanggal/Tanggal Lahir	: Padang/08 Februari 2002
Tahun Masuk	: 2022
Nama PA	: Ns. Wira Heppy Nidia, S.Kep, MKM
Nama Pembimbing Utama	: Heppi Sasmita, M.Kep, Sp.Kep.Jiwa
Nama Pembimbing Pendamping	: Ns. Wira Heppy Nidia, S.Kep, MKM

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Ilmiah saya, yang berjudul : Asuhan Keperawatan pada Pasien deficit perawatan diri di ruangan Cendrawasih Rumahsakit Jiwa Prof HB Saanin Padang, Kota Padang.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 26 Juni 2025

Yang Menyatakan



(Al Faraz Sidiq)

NIM 223110243

## DAFTAR ISI

PERSETUJUAN PEMBIMBIANG.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	iii
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI .....	x
BAB I .....	2
A. LATAR BELAKANG.....	2
B. RUMUSAN MASALAH .....	6
C. TUJUAN.....	6
1. Tujuan umum .....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
D. MANFAAT .....	7
BAB II.....	7
A. Konsep Dasar .....	7
1. Pengertian.....	7
2. Etiologi.....	7
3. Menurut Rentang Respon Kognitif.....	8
4. Tanda dan gejala defisit perawatan diri.....	9
5. Jenis – jenis defisit perawatan diri .....	10
6. Kriteria pada pasien defisit perawatan diri.....	10
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	11
1. Pengkajian .....	11
2. Pohon masalah .....	17
3. Diagnosa keperawatan .....	17
4. Intervensi keperawatan.....	18
5. Implementasi keperawatan.....	26
6. Evaluasi keperawatan.....	26
BAB III.....	27
A. Desain Penelitian .....	27
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	27

<b>C. Populasi dan Sampel .....</b>	27
<b>C. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data .....</b>	29
<b>E. Teknik Pengumpulan Data.....</b>	30
a.Jenis – Jenis Data .....	31
b.Posedur Penelitian.....	31
<b>F. Analisis Data .....</b>	32
<b>BAB IV .....</b>	34
<b>HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	34
<b>A. Deskripsi kasus .....</b>	34
<b>B. PEMBAHASAN.....</b>	52
<b>BAB V.....</b>	63
<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	63
A. Kesimpulan .....	63
B. Saran.....	63
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	65

## **DAFTAR TABEL**

*Table 2.1 Intervensi keperawatan defisit perawatan diri ..... 17*

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Ganchart

Lampiran 2. Lembar konsul 1

Lampiran 3. Lembar konsul 2

Lampiran 4. Surat survey awal

Lampiran 5. Lembar informed consent pasien kelolaan

Lampiran 6. Format pengkajian

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

Berdasarkan Undang – Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa yang mengatur upaya kesehatan jiwa untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuaratif, dan rehabilitatif yang di selenggarakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan oleh pemerintah daerah, atau masyarakat, upaya preventif yaitu mencegah perilaku yang dapat merusak diri sendiri dan orang lain, upaya promotif yaitu upaya memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang merawat klien dengan gangguan kejiwaan, Upaya kolaboratif yaitu upaya yang dilakukan dengan cara kolaborasi dengan Timkesehatan untuk memberikan pengobatan, dan upaya rehabilitatif yaitu memberikan kegiatan sehari - hari dan dapat kembali menjadi kehidupan yang normal<sup>1</sup>.

Peningkatan gangguan jiwa di era Globalisasi saat ini semakin meningkat karena riwayat kehidupan yang penuh dengan tekanan seperti sulitnya mencari lapangan pekerjaan, ketidakharmonisan dalam keluarga, ekonomi yang lemah, ditinggalkan orang terdekat dan masalah sosial masyarakat. Sampai saat ini gangguan jiwa masih mengalami peningkatan yang serius bahkan memasuki salah satu dari empat problem kesehatan di dunia termasuk di Indonesia<sup>1</sup>. Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh pasien yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Hal ini mencerminkan disfungsi psikologis dan bukan sebagai akibat dari penyimpangan social atau konflik dengan Masyarakat<sup>2</sup>.

Salah satu gangguan jiwa yang dikenal yaitu skizofernia. Skizofernia adalah suatu bentuk psikososial fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir,

afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan. Skizofernia adalah gangguan kesehatan mental kronis yang kompleks yang ditandai dengan serangkaian gejala, termasuk delusi, halusinasi, ucapan atau perilaku yang tidak teratur, dan gangguan kemampuan kognitif. Skizofernia adalah penyakit mental kompleks yang berdampak signifikan pada individu dan keluarganya<sup>1</sup>. Dalam kesehatan jiwa seseorang bisa mengalami gangguan jiwa.

Gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik maupun mental yang meliputi gangguan jiwa. Dalam gangguan jiwa terdapat salah satu gangguan jiwa berat yaitu Skizofernia.

Skizofernia merupakan gangguan jiwa yang lebih banyak dialami oleh beberapa orang dibanding penderita gangguan jiwa lainnya yang umumnya menyerang pada usia produktif dan merupakan penyebab utama disabilitas kelompok usia 15-44 tahun. Gejala skizofenia dibagi menjadi dua kelompok yaitu gejala negatif dan gejala positif, yang termasuk gejala negatif yaitu salah satunya defisit perawatan diri<sup>3</sup>.

Menurut data WHO pada tahun 2021 prevalensi skizofernia sebesar 24 juta orang. Menurut data *World Health Organization* (WHO) prevalensi data skizofernia yang mengalami kekambuhan diperoleh bahwa tingkat kekambuhan skizofernia dari tahun 2019 sampai tahun 2021 mengalami peningkatan yaitu dari 28%, 43%, dan 54%. Menurut data dari *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2018), ada lebih dari 51 juta orang dengan skizofernia secara global, atau 1,1% dari populasi di atas usia 8 tahun. Skizofernia adalah gangguan serius yang dapat mengganggu kinerja akademik dan profesional dalam skala global. Skizofernia adalah salah satu dari 15 penyebab utama kecacatan secara global, dan meskipun kejadian skizofernia didokumentasikan dalam jumlah yang relatif lebih kecil dibandingkan dengan prevalensi bentuk penyakit mental lainnya, orang dengan skizofernia memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk

meningkatkan risiko bunuh diri.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofernia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 7 per 1.000 penduduk. Dengan Prevalensi gangguan jiwa skizofernia tertinggi yaitu di provinsi Bali sebesar 11% dan yang terendah di provinsi Kepulauan Riau sebesar 3%, sedangkan Sumatera Barat sebesar 9,1 %. Kementerian Kesehatan RI juga mengklaim bahwa jumlah pasien skizofernia juga terus bertambah tiap tahunnya. Meningkatnya pasien dengan gangguan jiwa ini disebabkan banyak hal. Kondisi lingkungan sosial yang semakin keras diperkirakan menjadi salah satu penyebab meningkatnya jumlah masyarakat yang mengalami gangguan jiwa. Apalagi untuk individu yang rentang terhadap kondisi lingkungan dengan tingkat kemiskinan yang terlalu menekan<sup>4</sup>.

Provinsi Sumatera Barat juga menghadapi permasalahan angka kesehatan jiwa yang cukup tinggi. Berdasarkan akumulasi data Rumah Sakit Jiwa dan Puskesmas di Kota Padang mencatat rekapitulasi data Januari-Maret 2023 (Triwulan I) terdata ada 7.266 pasien gangguan Jiwa yang sedang rawat jalan di Sumatera Barat. Dari jumlah tersebut daerah asal terbanyak adalah dari Kota Padang yaitu 5.383 pasien atau 74 persen dari total keseluruhan. Sebagian besar Pasien ODGJ di Sumatera Barat itu berasal dari Kota Padang.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 4 desember 2024 didapatkan data dari Medical Record pada tahun 2023 di RS Jiwa HB Saanin Padang, pasien dengan gangguan jiwa sebanyak 7.318 jiwa. Pasien baru sebanyak 2674 jiwa dan pasien lama sebanyak 2227 jiwa. Terdapat 208 jiwa yang mengalami skizofernia, 49 orang mengalami skizofernia tipe campuran, 12 orang mengalami skizofernia tipe depresi, 6 orang mengalami gangguan psikotik, 35 orang mengalami GAB tipe manik dengan psikotik.

Menurut survei awal yang saya lakukan di RSJ. Prof. HB Sa'anin Padang, berdasarkan buku register tahun 2024 di ruang inap Cendrawasih pasien yang mengalami Defisit perawatan diri terdapat 35 orang, di ruang inap Melati pasien yang mengalami Defisit perawatan diri terdapat 30 orang, di ruang inap

Flamboyan pasien yang mengalami Defisit perawatan diri terdapat 31 orang, di ruang inap Nuri pasien yang mengalami Defisit perawatan diri terdapat 33 orang. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk mengetahui lebih rinci tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan defisit perawatan diri di RSJ. Prof. HB Sa’anin Padang. Tahun 2024”.

Defisit perawatan diri sangat berpengaruh bagi Kesehatan fisik, seseorang dapat mengalami banyak gangguan kesehatan yang di deritanya karena tidak terpeliaranya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang terkena adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik lainnya. Dampak lainnya apabila defisit perawatan diri tidak di tangani maka akan berakibat buruk bagi dirinya sendiri dan lingkungan sekitarnya. Untuk dampak psikososial yaitu gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan rasa dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi dan gangguan interaksi sosial<sup>5</sup>.

Upaya penyembuhan untuk pasien yang mengalami defisit perawatan diri dapat dilakukan dengan cara melatih pasien dengan cara perawatan kebersihan diri mandi, melatih pasein untuk berdandan atau berhias, berpakaian dan melatih atau mengajarkan pasein untuk buang air besar dan buang air kecil secara mandiri. Pemeliharaan kebersihan diri perorangan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan Kesehatan. Praktek kebersihan diri sama dengan meningkatkan kesehatan<sup>5</sup>.

Defisit perawatan diri merupakan upaya dalam menjaga kesehatan dan kebersihan untuk memperoleh kesejahteraan baik secara fisik maupun psikologi. Kebutuhan defisit perawatan diri tidak hanya dibutuhkan oleh orang sehat, tetapi juga untuk orang yang sakit. Personal hygiene merupakan salah satu kebutuhan primer, jika defisit perawatan diri tidak dilakukan dengan baik maka berdampak buruk dan akan mengakibatkan ketidaknyamanan bagi diri seseorang<sup>5</sup>. Dampak mengalami banyak gangguan Kesehatan yang akan di deritanya karena tidak terpeliaranya Kesehatan perorangan secara baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah

gangguan integritas kulit, infeksi pada telinga dan mata, serta gangguan fisik lainnya.

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan meningkatkan Latihan dalam pemenuhan kebutuhan Defisit perawatan diri untuk melakukann penelitian pada pasein dengan defisit perawatan diri berupa penerapan strategi pelaksanaan dalam pemenuhan kebutuhan Defisit perawatan diri . Strategi yang dilakukan pada pasien dengan gangguan jiwa yaitu dengan cara melatih pasien bagaimana cara melakukan perawatan diri mandi, melatih pasien berdandan dan berhias, berpakaian dan mengajarkan pasien untuk melakukan buang air besar dan buang air kecil secara mandiri<sup>5</sup>.

Upaya yang di lakukan RSJ. Prof. HB Saanin Padang pada pasien defisit perawatan diri dengan Tindakan keperawatan yakni dengan melatih pasien melakukan Defisit perawatan diri mualai dari mandi, makan dan minum, BAB dan BAK, berdandan atau berhias dan keteraturan dalam meminum obat.

Berdasarkan fenomena diatas penulis melakukan penelitian mengetahui lebih rinci tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien defisit Perawatan Diri di RSJ. Prof. HB Saanin Padang. Tahun 2024”. Oleh sebab itu penulis memilih melakukan penelitian karya ilmiah pada pasien defisit perawatan diri untuk membantu meningkatkan kemandirian pasien dengan penerapan personal hygiene agar pasien dengan masalah defisit perawatan diri dapat berkurang angka kejadianya.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang penelitian maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah Defisit Perawatan Diri di Rsj. Prof HB Sa'anin Padang.

## **C. TUJUAN**

1. Tujuan umum
  - a. Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri di RSJ. Prof. HB Sa'anin Padang.
2. Tujuan Khusus
  - a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri di RSJ. Prof. HB Sa'anin Padang.

- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri di RSJ. Prof. HB Sa'anin Padang.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri di RSJ. Prof. HB Sa'anin Padang.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri di RSJ. Prof. HB Sa'anin Padang.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien Defisit Perawatan Diri di RSJ. Prof. HB Sa'anin Padang.

**D. MANFAAT**

- a. Bagi lembaga atau institusi Poltekkes Kemenkes Padang, sebagai Sarana untuk menambah koleksi/referensi KTI mahasiswa, khususnya Berkaitan dengan permasalahan asuhan keperawatan jiwa pasien Dengan harga diri rendah.
- b. Bagi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, sebagai bahan Informasi tentang implementasi asuhan keperawatan pasien dengan Harga diri rendah sehingga dapat diatasi berbagai keterbatasan yang ada.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar**

##### **1. Pengertian**

Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan atau kesulitan dalam melakukan aktivitas penting sehari-hari seperti mandi, makan, berpakaian, dan menjaga kebersihan. Kemampuan merawat diri secara mandiri penting untuk menjaga keutuhan fisik dan mental serta meningkatkan kualitas hidup. oleh karena itu, strategi untuk mencegah defisit perawatan diri sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup tunawisma dengan gangguan mental<sup>6</sup>.

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupanya, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Pasien dinyatakan terganggu kesehatannya dan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri. Karena aktivitas perawatan diri menurun terjadi defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa. defisit perawatan diri tampak dari ketidak mampuan merawat kebersihan diri, makan, berhias diri dan eliminasi secara mandiri<sup>5</sup>.

##### **2. Etiologi**

###### **a. Faktor Predisposisi menurut<sup>5</sup>.**

- 1) Biologis, sering kali defisit perawatan diri disebabkan karena adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri dan adanya faktor herediter atau adanya faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang dari anak.
- 2) Psikologis, adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu sehingga perkembangan inisiatif terganggu. Pasien gangguan jiwa mengalami defisit perawatan diri

dikarenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien gangguan jiwa tidak peduli terhadap dirinya dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

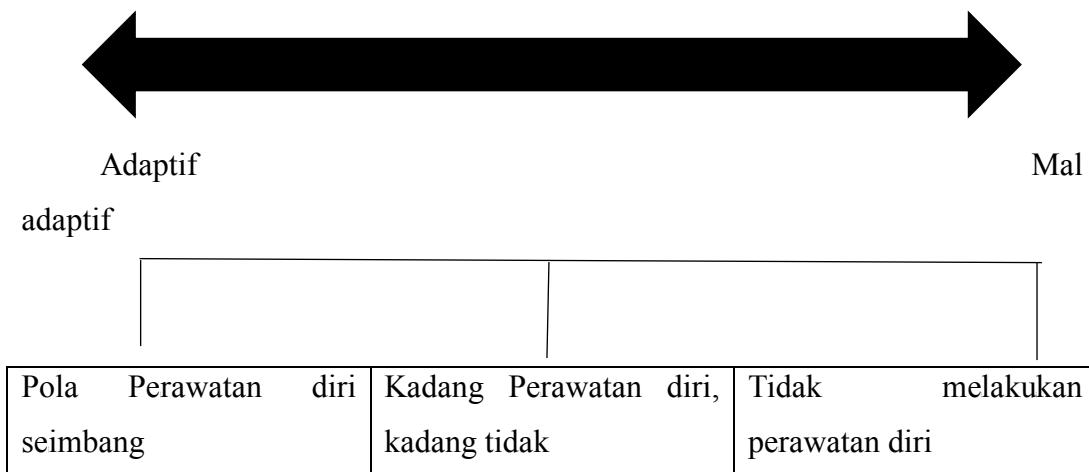
- 3) Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor presipitasi

Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

3. Menurut Rentang Respon Kognitif

Rentang Respon Defisit Perawatan Diri Adalah Sebagai Berikut<sup>7</sup> :



*Gambar 2.1 rentang respon kognitif*

Keterangan:

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

4. Tanda dan gejala defisit perawatan diri

Tanda dan gejala defisit perawatan diri menurut<sup>5</sup>. Dapat dinilai dari pernyataan pasien tentang kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, BAB dan BAK dan didukung dengan dengan data hasil observasi.

a. Data subjektif

Pasien mengatakan tentang :

- 1) Malas mandi
- 2) Tidak mau menyisir rambut
- 3) Tidak mau menggosok gigi
- 4) Tidak mau memotong kuku
- 5) Tidak mau berhias/berdandan
- 6) Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri
- 7) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum saat makan dan minum
- 8) BAB dan BAK sembarangan
- 9) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK
- 10) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

b. Data objektif

1. Biasanya pada pasein defisit perawatan diri ini badan bau, kotor, berdaki, rambut rontok, gigi rontok, kuku panjang, tidak menggunakan alat-alat mandi
2. Biasanya pada pasein defisit perawatan diri ini rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, tidak mampu berdandan memilih, mengambil dan memakai pakaian, memakai sendal, sepatu, tidak pandai memakai resleting, memakai barang-barang yang perlu dalam berpakaian, melepas barang- barang yang perlu dalam berpakaian.
3. Biasanya pada pasein defisit perawatan diri ini makan dan minum sembarangan, berceciran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat

makan, memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman, menyelesaikan makanan).

4. Biasanya pada pasein defisit perawatan diri ini BAB dan BAK tidak ada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu (menjaga kebersihan toilet, menyiram toilet setelah BAB atau BAK)<sup>8</sup>.

#### 5. Jenis – jenis defisit perawatan diri

Menurut<sup>8</sup> jenis-jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu:

1. Defisit perwatan diri: mandi tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi.
2. Defisit perawatan diri: berdandan atau berhias kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
3. Defisit perawatan diri: makan mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.
4. Defisit perawatan diri: Ketidakmampuan untuk pergi ke toilet atau kurangnya keinginan untuk buang air besar atau buang air kecil tanpa bantuan.

#### 6. Kriteria pada pasien defisit perawatan diri

- a. Gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor.
- b. Ketidakmampuan berhias/berpakaian, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien perempuan tidak berdandan.
- c. Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai oleh ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran atau berserakan, dan makan tidak pada tempatnya.

- d. Ketidakmampuan eliminasi secara mandiri, ditandai dengan buang air besar (BAB) atau buang air kecil (BAK) tidak pada tempatnya, dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK.

## B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Defisit perawatan diri pada klien dengan gangguan jiwa ada perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri makan secara mandi, berhias diri secara mandiri dan eliminasi BAB/BAK secara mandiri<sup>8</sup>.

#### a. Identitas

Terdiri dari : nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medis, keluarga yang dapat dihubungi.

#### b. Alasan masuk

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

#### c. Faktor predisposisi

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

- 6) Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustasi.

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan TTV (tensi, nadi, suhu tubuh, pernapasan) , pemeriksaan head to toe, pemeriksaan yang dilakukan padan pasein dimulai dari kebersihan kepala, rambut, telinga, mata, hidung, mulut, tangan, abdomen, genetalia, dan kaki, dan penampilan klien yang kotor dan acak-acakan.

e. Psikososial

1) Genogram

Biasanya pada pasein defisit perawatan diri ini genogram menggambarkan klien dan anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuhan.

2) Konsep Diri

a) Citra tubuh

Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien tubuh yg 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 klien 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 ataupenghargaan orang lain.

f) Hubungan sosial

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini, hubungan klien dengan orang lain akan sangat terganggu karena penampilan klien yang kotor yang mengakibatkan orang sekitar menjauh dan menghindari klien. Terdapatambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

g) Spritual

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini nilai dan keyakinan serta kegiatan ibadah klien terganggu dikarenakan klien mengalami gangguan jiwa.

h) Status mental

1) Penampilan

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini penampilan klien sangat tidak rapi, tidak mengetahui caranya berpakaian dan penggunaan pakaian tidak sesuai.

2) Cara bicara/ Pembicaraan

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini cara bicara klien yang lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatis serta tidak mampu memulai pembicaraan.

3) Aktivitas Motorik

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif.

4) Alam perasaan

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina.

5) Afek

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini tampak datar, tumpul, emosi klien berubah-ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih, dan cemas.

6) Interaksi Saat Wawancara

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini respon saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga yang menunjukkan sikap ataupun peran tidak percaya kepada pewawancara/orang lain.

7) Persepsi

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini berhalusinasi mengenai ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan, dan perabaan yang membuat klien tidak ingin membersihkan diri dan klien mengalami depersonalisasi.

8) Proses pikir

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini bentuk pikir klien yang otistik, dereistik, sirkumtansial, terkadang tangensial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik dan terkadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

### **Kebutuhan Klien pulang**

1) Makan

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini kurang mampu makan, cara makan klien yang terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.

**2) Berpakaian**

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan.

**3) Mandi**

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, mencuci rambut, memotong kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau.

**4) BAB/BAK**

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini BAB/BAK tidak pada tempatnya seperti dintempat tidur dan klien tidak dapat membersihkan BAB/BAK nya.

**5) Istirahat**

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini Istirahat terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.

**6) Penggunaan obat**

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini Jika mendapat obat, biasanya pasien minum obat tidak teratur.

**7) Aktivitas di Rumah**

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini tidak mampu melakukan semua aktivitas di dalam rumah karena selalu merasa malas.

**j) Mekanisme Koping menurut<sup>8</sup>:****1) Adaptif**

Baiasanya pada pasein defisit perawatan diri ini tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, pasein tidak mampu berolahraga karena pasein selalu menghindari orang lain.

## 2) Maladaptive

Biasanya pada pasein defisit perawatan diri ini bereaksi sangat lambat terkadang berlebihan, pasien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

## 3) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Biasanya pada pasein defisit perawatan diri ini 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.

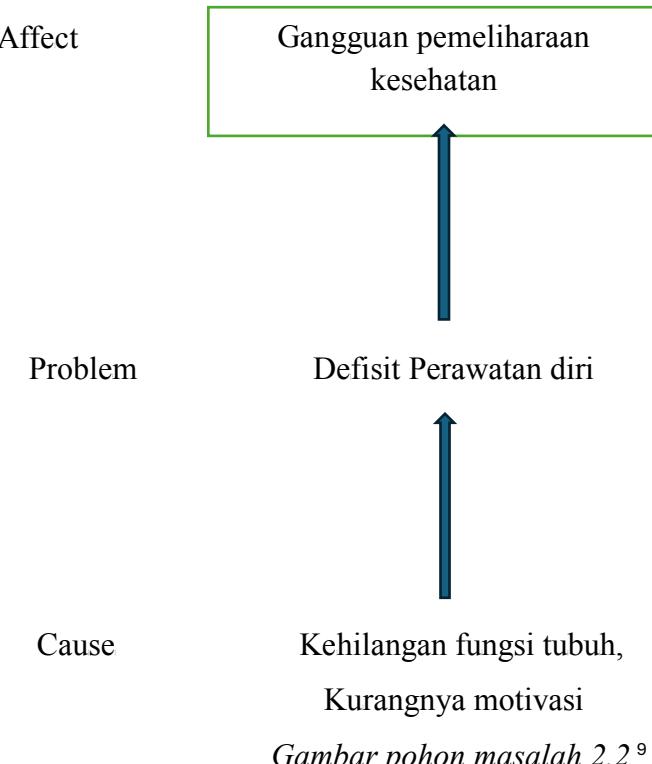
## 4) Pengetahuan

Biasanya pada pasein defisit perawatan diri ini terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

## k) Sumber coping

Sumber coping merupakan evaluasi terhadap pilihan coping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber coping yang terdapat dilingkungannya. Sumber coping ini dijadikan modal untuk menyelesaikan masalah.

## 2. Pohon masalah



## 3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang baik yang berlangsung aktual maupun potensial diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Berikut diagnosa yang muncul pada pasien defisit perawatan diri

1. Defisit Perawatan diri
2. Harga diri rendah

#### 4. Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan Defisit Perawatan Diri Sumber; (Tim Pokja DPP PPNI, 2019)

NO	DATA	Diagnosa keperawatan	Luaran keperawatan	Manajemen
1	<p>Subjektif 1. Menolak melakukan peperawatan diri Objektif : 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan /ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat Melakukan Perawatan diri kurang</p>	Defisit Perawatan Diri	<p>Setelah dilakukan Intervensi keperawatan selama 5 kali pertemuan maka perawatan diri (L.1103) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi (5)</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian (50)</li> <li>3. Kemampuan ke toilet BAB/BAK (5)</li> <li>4. Vebalisasi keinginan melakukan perawatan diri (5)</li> <li>5. Minat melakukan perawatan diri (5)</li> <li>6. Mempertahankan kebersihan diri (5)</li> <li>7. Mempertahankan kebersihan mulut (5)</li> </ol>	<p>Strategi Pelaksanaan:</p> <p><b>SP Pasien:</b></p> <p><b>SP 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah perawatan diri kebersihan diri, berdandan, makan/ minum, BAB/BAK.</li> <li>2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri.</li> <li>3. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri.</li> <li>4. Latih cara menjaga kebersihan diri: mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut potong kuku.</li> <li>5. Masukan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu).</li> </ol> <p><b>SP 1 KELUARGA</b></p> <p><b>SP 1:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien</li> <li>2. Jelaskan Pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya defisit perawatan diri kepada keluarga</li> <li>3. Jelaskan cara merawat pasien dengan defisit perawatan diri</li> <li>4. Membimbing keluarga cara merawat kbersihan</li> </ol>

			<p>diri pasien</p> <p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai dengan jadwal dan memeberikan pujian</p> <p><b>SP 2 PASIEN</b></p> <p><b>SP2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri (beri pujian)</li><li>2. Jelaskan cara dan alat berdandan</li><li>3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri</li><li>4. Masukan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan</li></ol> <p><b>SP 2 KELUARGA:</b></p> <p><b>SP 2.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi tanda dan gejala defisit perawtan diri</li><li>2. Validasi kemampuan keluarga dalam memebimbing pasien melakukan kegiatan yang di pilih</li><li>3. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien defisit perawatan diri dan berikan pujian</li><li>4. Bersama keluarga melatih paseien cara berdandan</li><li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li></ol> <p><b>SP 3 PASIEN.</b></p> <p><b>SP 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi Kegiatan kebersihan diri dan berdandan</li><li>2. Jelaskan cara dan alat makan minum</li><li>3. Latih cara dan alat makan dan minum</li></ol>
--	--	--	---

			<p><b>SP 3 KELUARGA</b></p> <p><b>SP 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan</li><li>2. Validasi kemampuan, kuatkan dalam membimbing pasien melakukan kegiatan yang telah di latih</li><li>3. Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat dan berikan pujian</li><li>4. Bersama keluarga melatih pasien cara makan dan minum dengan benar</li><li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal</li></ol> <p><b>SP 4 PASIEN</b></p> <p><b>SP 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum</li><li>2. Jelaskan cara BAB/BAK</li><li>3. Latih cara BAB/BAK</li><li>4. Masukan jadwal kegiatan untuk Latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta BAB/BAK</li></ol> <p><b>SP 4 KELUARGA</b></p> <p><b>SP4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi kemampuan keluarga dalam melakukan kegiatan defisit perawatan diri</li><li>2. Validasi kemampuan keluarga dalam melakukan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga</li><li>3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga dan berikan pujian</li><li>4. Bersama keluarga melatih pasien cara BAB dan</li></ol>
--	--	--	---

				<p>BAK dengan benar</p> <p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal yang telah di tetapkan</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri (1.11348):</b></p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Identifikasi kebiasaan Aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>2.1 Monitor Tingkat kemandirian</p> <p>2.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2.3 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>2.4 Siapkan Keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>2.5 Dampingi Dalammelakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>2.6 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>2.7 Fasilitasi kemandirian, bantu pasien jika tidak mampu melakukan diri</p> <p>2.8 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1.10 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
2	<b>Subjektif :</b>	Isolasi sosial	Setelah dilakukan	Strategi Pelaksanaan

	<p>1. Menilai diri negatif      2. Merasa malu/ bersalah      3. Merasa tidak Mampu melakukan apapun      4. Meremehkan Kemampuan mengatasi masalah      5. Merasa tidak Memiliki kelebihan Atau kemampuan positif      6. Melebih-lebihkan penilaian Negative tentang diri sendiri      7. Menolak Penilaian negative tentang diri sendiri</p>	<p>Intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka keterlibatan sosial (L.13115) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minat interaksi (5)</li> <li>2. Minat terhadap aktivitas (5)</li> <li>3. Perilaku menarik diri (5)</li> <li>4. Afek murung/sedih (5)</li> <li>5. Perilaku bermusuhan (5)</li> <li>6. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain (5)</li> <li>7. Kontak mata (5)</li> <li>8. Tugas perkembangan sesuai usia (5 )</li> </ol>	<p><b>1. SP 1</b>      Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu pasien mengenal manfaat berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan mengajarkan pasien berkenalan.</p> <p><b>2. SP 2</b>      Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap atau berkenalan dengan orang pertama yaitu seorang perawat.</p> <p><b>3. SP 3</b>      Melatih pasien berinteraksi secara bertahap berkenalan dengan perawat dan pasien lain.</p> <p><b>4. SP 4</b>      Membantu pasien dalam meminum obat secara teratur selain itu kemampuan berkomunikasi dengan menggunakan 3 terapi meliputi terapi farmakoterapi, terapi psikoterapi dan terapi modalitas.</p> <p><b>Promosi Sosialisasi (I.13498)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>2.1 Identifikasi kemampuan Melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>2.2 Identifikasi hambatan Melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>2.3 Motivasi Meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan</p> <p>2.4 Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan</p>
--	---	---	--

				<p>2.5 Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</p> <p>2.6 Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku)</p> <p>2.7 Diskusikan kekuatan dan Keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>2.8 Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan</p> <p>2.9 Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</p> <p>2.10 Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2.11 Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p> <p>2.12 Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakata</p> <p>2.13 Anjurkan berbagi Pengalaman dengan orang lain</p> <p>2.14 Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain</p> <p>2.15 Anjurkan penggunaan alat bantu (mis: kacamata dan alat bantu dengar)</p> <p>2.16 Anjurkan membuat Perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</p> <p>2.17 Latih bermain peran untuk meningkatkan Keterampilan komunikasi</p> <p>2.18 Latih mengekspresikan marah dengan tepat</p>
3.	<p><b>Subjektif :</b></p> <p>1. Menilai diri negatif</p> <p>2. Merasa malu/ bersalah</p>	Harga diri rendah	<p>1. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka harga diri(L.09069) meningkat dengan kriteria</p>	<p>Strategi Pelaksanaan:</p> <p><b>SP 1</b></p> <p>1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.</p> <p><b>SP 2</b></p>

	<p>3. Merasa tidak Mampu melakukan apapun</p> <p>4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah</p> <p>5. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif</p> <p>6. Melebih - lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri</p> <p>7. Menolak penilaian negative tentang diri sendiri</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>1. Enggan mencoba hal baru</p> <p>2. Berjalan menunduk</p> <p>Postur tubuh menuduk</p>	<p>hasil:</p> <p>2. Penilaian diri positif (5)</p> <p>3. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif (5)</p> <p>4. Minat mencoba hal baru (5)</p> <p>5. Konsentrasi (5)</p> <p>6. Tidur (5)</p> <p>7. Kontak mata (5)</p> <p>8. Gairah aktivitas (5)</p> <p>9. Aktif (5)</p> <p>10. Percaya diri bicara (5)</p> <p>11. Kemampuan membuat keputusan</p> <p>12. Perasaan tidak Mampu melakukan apapun (5)</p> <p>13. Perasaan malu (5)</p>	<p>1. Menilai kemampuan yang dapat digunakan oleh klien.</p> <p>2. Memilih kegiatan sesuai dengan kemampuan klien.</p> <p>3. Melatih kegiatan yang dipilih sesuai dengan kemampuan klien.</p> <p>4. Membantu menyusun jadwal kegiatan yang akan dilatih sesuai jadwal.</p> <p><b>SP 3</b></p> <p>1. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p><b>SP 4:</b></p> <p>1. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>3.1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri</p> <p>3.2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>3.3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan Terapeutik</p> <p>3.4. Motivasi terlibat dalam Verbalisasi positif untuk diri sendiri</p> <p>3.5. Motivasi menerima tantangan atau hal baru</p> <p>3.6. Diskusikan pernyataan tentang harga diri</p> <p>3.7. Diskusikan kepercayaan Terhadap penilaian diri</p> <p>3.8. Diskusikan Pengalaman yang meningkatkan harga diri</p> <p>3.9. Diskusikan persepsi negative diri</p> <p>3.10. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasabersalah</p> <p>3.11. Diskusikan penetapan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</p> <p>3.12. Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan</p>
--	---	---	---

			<p>harapan dan Batasan yang jelas</p> <p>3.13. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</p> <p>3.14. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3.15. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien</p> <p>3.16. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</p> <p>3.17. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>3.18. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif</p> <p>3.19. Anjurkan mengevaluasi perilaku</p> <p>3.20. Ajarkan cara melatih bulliying</p> <p>3.21. Latih cara peningkatan tangguang jawab diri sendiri</p> <p>3.22. latih cara pernyataan atau kemampuan positif diri</p> <p>3.23. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</p>
--	--	--	---

## 5. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawatan perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini<sup>8</sup>.

## 6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap yang terus menerus dalam menilai dampak dari tindakan keperawatan terhadap klien. Untuk mengevaluasi tanggapan klien terhadap tindakan yang telah dilakukan, evaluasi dilakukan secara berkala. Evaluasi dilakukan secara formatif atau proses setelah tindakan selesai.

Pendekatan SOAP adalah salah satu kerangka kerja evaluasi yang dapat digunakan:

S : Respon subjektif yang telah di perikan kepada klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan

O : Respon objektif klien terhadap intervensi keperawatn yang telah dilakukan

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau data yang kontradikdif dengan masalah yang ada

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada responden

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Metode penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Studi kasus menurut adalah merupakan penelitian yang mencakup pengkajian bertujuan memberikan gambaran secara mendetail mengenai latar belakang, sifat maupun karakter yang ada dari suatu kasus, dengan kata lain bahwa studi kasus memusatkan perhatian pada suatu kasus secara intensif dan rinci. Penelitian dalam metode dilakukan secara mendalam terhadap suatu keadaan atau kondisi dengan cara sistematis mulai dari melakukan pengamatan, pengumpulan data, analisis informasi dan pelaporan hasil.

Penelitian ini untuk mendeskripsikan atau menggambarkan bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien dengan Defisit Perawatan Diri di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa. Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2024.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

1. Tempat penelitian ini telah dilakukan di ruang cendrawasih Rumah Sakit Jiwa, Prof. HB, Saanin Padang.
2. Waktu penelitian Waktu penelitian dilakukan mulai dari bulan November 2024 sampai Mei 2025. Asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 3 Maret sampai 8 Maret 2025

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Pengertian populasi yang lebih kompleks adalah bahwa populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada subjek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulan nya<sup>10</sup>.

Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh klien dengan Skizofernia yang di diagnosa mengalami defisit perawatan diri di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Pada bulan Desember 2024

terdapat sebanyak 39 orang klien dengan skizofernia yang mengalami defisit perawatan diri yang berada di Ruangan Cendrawasih RSJ Prof HB Saanin padang.

## 2. Sampel

Sampel secara sederhana diartikan sebagai bagian dari populasi yang menjadi sumber data yang sebenarnya dalam suatu penelitian. Dengan kata lain, sampel adalah sebagian dari populasi untuk mewakili seluruh populasi. Sampel dalam penelitian yang dilakukan ini sebanyak 2 orang klien skizofernia yang mengalami defisit dimana 1 orang sebagai sampel penelitian dan 1 orang pasien sebagai cadangan dari sampel penelitian perawatan diri yang berada di ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa. Prof. HB. Saanin Padang.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian yang dilakukan ini menggunakan *Teknik simpel random sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan memilih sampel diantara populasi yang sebanyak 39 orang klien yang di sesuaikan dengan tujuan atau masalah penelitian yang mewakili karakteristik atau kriteria sebagai berikut :

### a. Kriteria inklusi :

- 1) Klien skizofernia dengan defisit perawatan diri yaitu tidak mampu untuk melakukan perawatan diri mandi, berdandan, makan/minum, BAK/BAB.
- 2) Klien kooperatif dan dapat berkomunikasi verbal dengan cukup baik.
- 3) Klien bersedia menjadi responden dibuktikan dengan penandatanganan surat persetujuan oleh klien atau perawat yang bertanggung jawab.

### b. Kriteria Eksklusi:

- 1) Klien skizofernia gaduh dan gelisah
- 2) Klien tidak kooperatif
- 3) Klien belum dapat berkomunikasi dengan baik.

Penulis melakukan survey awal pada bulan November dengan menggunakan format skrining klien dengan defisit perawatan diri dari 39

pasien defisit perawatan diri didapatkan 35 orang pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kemudian penulis melakukan teknik *simple random sampling* yaitu dengan cara. Mengundi nama-nama pasien yang terjaring sebanyak 35 orang dan akhirnya didapatkan 2 orang pasien sebagai sampel, 1 orang sampel penelitian dan 1 orang lagi sebagai cadangan.

### **C. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen penelitian adalah metode yang dipakai untuk mengukur dan mengumpulkan data pada karya ilmiah. Instrumen penelitian sangat penting karena dapat mempengaruhi validitas data yang digunakan dalam penelitian. Jika tidak sesuai atau salah, maka bisa berpengaruh pada hasil penelitian.

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, format diagnosa keperawatan, format intervensi keperawatan, format implementasi keperawatan, serta format evaluasi keperawatan dan alat alat pemeriksaan fisik.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, pemeriksaan fisik, psikososial, genogram, konsep diri, dan program pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, data masalah, dan etiologi
3. Format diagnosis keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan.
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang melakukan evaluasi keperawatan.

## **E. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data, antara lain: teknik observasi, wawancara, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama.

Teknik pengumpulan data:

### **1. Pengamatan atau Observasi**

Observasi parsipatif adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data penelitian melalui pengamatan dimana observer atau peneliti benar-benar terlihat dalam keseharian responden. Maka hasil observasi yang dapat dilakukan seperti pasien tampak berpakaian tidak rapi, rambut acak-acakan, kuku panjang dan kotor, BAB dan BAK sembarang, dan gigi kotor.

### **2. Wawancara**

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka dan Tanya jawab langsung antara pengumpul data terhadap narasumber atau sumber data<sup>11</sup>. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan wawancara dengan partisipan dengan cara menggunakan format pengjiana yang telah disediakan mulai dari pengkajian identitas sampai kepada aspek medik.

### **3. Pengukuran**

Pada penelitian ini, dialakukan kepada pasien dengan melakukan pemantauan kondisi pasien dengan metode mengukur menggunakan alat ukut untuk pemeriksaan fisik, seperti melakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan menggunakan tensimeter, stetoskop, timbangan, thermometer, dan ukur tinggi badan.

### **4. Dokumentasi**

Dokumentasi adalah suatu cara yang digunakan untuk memperoleh data dan informasi dalam bentuk buku, arsip, tulisan angka dan gambar yang berupa laporan serta keterangan yang dapat mendukung penelitian. Dalam penelitian ini dokumentasi yang digunakan adalah buku rekam medis klien yang mencakup segala asesmen dokter dan perawat, dan catatan keperawatan.

### **a.Jenis – Jenis Data**

#### **1. Data Primer**

Data primer adalah data informasi yang diperoleh tangan pertama yang dikumpulkan secara langsung dari sumbernya<sup>12</sup>. Data yang akan di ambil untuk studi kasus ini menggunakan sumber dari klien langsung melalui proses pengkajian keperawatan (identitas pasien dan keluarga, Riwayat Kesehatan klien, konsep diri, status mental, pola aktivitas sehari-hari, dan pemeriksaan fisik klien).

#### **2. Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang didapatkan secara tidak langsung dari objek penelitian dari beberapa sumber yang telah ada<sup>12</sup>. Data sekunder pada penelitian ini dapat diperoleh langsung dari perawat dan data rekam medis klien di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang.

### **b.Prosedur Penelitian**

Prosedur penelitian yang dilakukan dalam melakukan pengumpulan data adalah:

1. Peneliti meminta izin penelitian dari institusi peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang.
2. Meminta surat rekomendasi dari institusi asal penelitian ke Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang untuk tempat dan waktu penelitian.
3. Meminta izin kepada Kepala Rumah Sakit Jiwa Prof.HB. Saanin Padang untuk melakukan survei awal pada penelitian.
4. Peneliti Menyerahkan surat balasan dari Diklat ke Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
5. Meminta izin ke Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
6. Meminta izin Kepala Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang untuk mengambil data perluangan dan izin dalam melakukan penelitian.

7. Peneliti mendatangi Rumah Sakit Prof. HB. Saanin Padang dan menyerahkan surat izin penelitian ke Cendrawasih Rumah Sakit Prof. HB. Saanin Padang.
8. Melakukan pemilihan sampel dengan populasi pasien defisit perawatan diri di Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
9. Peneliti menentukan sampel sesuai kriteria inklusi dan ekslusi. Setelah dilakukan penentuan sampel sesuai kriteria didapatkan 35 pasien defisit perawatan diri. Dari 35 orang pasein dengan defisit perawatan diri yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kemudian penulis melakukan teknik *simple random sampling* yaitu dengan cara. Mengundi nama-nama pasein yang terjaring sebanyak 35 orang dari hasil kriteria inklusi dan ekslusi tersebut dan akhirnya mendapatkan 2 orang pasien sebagai sampel dan 1 orang pasien penelitian dan 1 orang pasein lagi sebagai cadangan.

10. Mendatangi responden dan menjelaskan tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan.
11. *Informed Consent* diberikan kepada petugas ruangan sebelum meminta persetujuan responden.
12. Responden menandatangani Informed Consent, kemudian meminta waktu responden untuk melakukan asuhan keperawatan selama 6 hari dari tanggal 3 maret sampai tanggal 7 maret 2025, kemudian peneliti pamit karena penelitian telah selesai dan meninggalkan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

## **F. Analisis Data**

Analisis data merupakan upaya mencari dan menata secara sistematis hasil observasi, wawancara dan hasil lainnya untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang kasus yang diteliti dan menyajikannya dalam temuan bagi orang lain<sup>13</sup>.

Analisis data adalah salah satu proses penelitian yang dilakukan setelah semua informasi yang diperlukan untuk memecahkan masalah yang diteliti tersedia sepenuhnya. Ketajaman dan keakuratan penggunaan alat analisis

sangat menentukan keakuratan kesimpulan. Oleh karena itu, kegiatan analisis data merupakan kegiatan yang tidak dapat diabaikan dalam proses penelitian.

Kesalahan dalam spesifikasi penganalisis dapat berakibat fatal bagi Kesimpulan dan bahkan lebih buruk bagi penggunaan dan penerapan hasil penelitian. Pengetahuan dan pemahaman tentang berbagai teknik analisis oleh karena itu mutlak diperlukan bagi seorang peneliti agar hasil penelitiannya dapat memberikan kontribusi yang signifikan untuk memecahkan masalah dan hasil tersebut dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah<sup>14</sup>.

## BAB IV

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### **A. Deskripsi kasus**

Peneliti mendeskripsikan implementasi asuhan keperawatan yang dimulai sejak tanggal 3-8 Maret 2025. Kunjungan interaksi peneliti lakukan dengan frekuensi satu kali sehari. Klien dirawat di Wisma cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Ruang rawat : Cendrawasih	Tanggal Rawat : 12-02-2025
No.RM : 035241	Tanggal Pengkajian : 3-03-2025

###### **a. Idenitas Pasien**

Klien berinisial Tn Y dengan nomor rekam medis (Medical record) 03-52-42 masuk ke Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang pada pukul 08.30 WIB tanggal 12 Februari 2025. Pengkajian awal peneliti lakukan pada tanggal 3 Maret 2025 pukul 08.00 WIB, klien berusia 46 tahun, dengan jenis kelamin laki-laki, pendidikan formal terakhir Sekolah Dasar (SD), tidak bekerja, beragama islam, belum menikah, alamat Sijunjung.

###### **b. Alasan masuk**

Pasien masuk RSJ Prof. Hb. Saanin Padang pada tanggal 12 Februari 2025 jam 12.00 WIB dibawa oleh keluarganya dengan keluhan sering menyendiri, melamun, menarik diri, tidak mau berinteraksi, merasa ingin sendiri, tidak mau mandi, BAK\BAB sembarangan, tidak mau melakukan perawatan diri dan sering berbicara sendiri.

###### **c. Keluhan sekarang**

Pada saat dilakukan pengkajian pasien terlihat suka menyendiri, hanya tiduran di tempat tidur, tidak mau mandi, kuku tampak panjang & kotor, sering BAB/BAK sembarangan, mulut dan gigi tampak kotor. Tidak ada kontak mata, tidak mau berinteraksi dan menunduk saat ditanya.

Saat dilakukan pengkajian keperawatan tanggal 3 Maret 2025, klien terlihat sering jalan jalan sendiri, tidak banyak berinteraksi dengan rekan sesama maupun dengan perawat, tatapan mata tampak kurang, menghindari kontak mata jika diajak berbicara

d. Faktor Predisposisi

1. Gangguan jiwa di masa lalu

Tn.y sudah mengalami jiwa sejak 2021 pasien sudah 4 kali masuk ke Rsj Prof HB. Saanin Padang untuk terapi pengobatan untuk terapi pengobatan tetapi tidak berhasil karena Tn.Y putus obat. Tn.Y mengatakan sering bepergian dari rumah tanpa arah dan malas melakukan perawatan diri seperti mandi berdandan dan BAB/BAK suka sembarang . tidak ada riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2. Pegobatan sebelumnya

Tn.Y sebelumnya menjalani pengobatan rawat jalan di RSJ HB. Saanin Padang. Tn..Y tenang ketika dijemput keluarga, sejak pulang pasien menolak minum obat karena pasien mengeluh mengantuk, dan membuang obat.

3. Trauma

a) Aniaya fisik

Tn Y megatakan tidak pernah menjadi sebagai korban dan pelaku aniaya fisik.

b) Aniaya seksual

Tn Y mengatakan tidak pernah menjadi korban dan pelaku aniaya seksual.

c) Penolakan

Tn Y mengatakan tidak pernah di tolak oleh keluarga atau kerabatnya, ataupun warga di sekitarnya.

d) Kekerasan keluarga

Tn Y mengatakan tidak pernah menjadi pelaku dan korban kekerasan di dalam keluarganya.

e) Tindakan kriminal

Tn Y mengatakan tidak pernah menjadi pelaku dan korban tindakan kriminal.

4. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tn Y mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama seperti dirinya atau yang mengalami gangguan jiwa seperti yang di alami oleh dirinya

5. Pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan

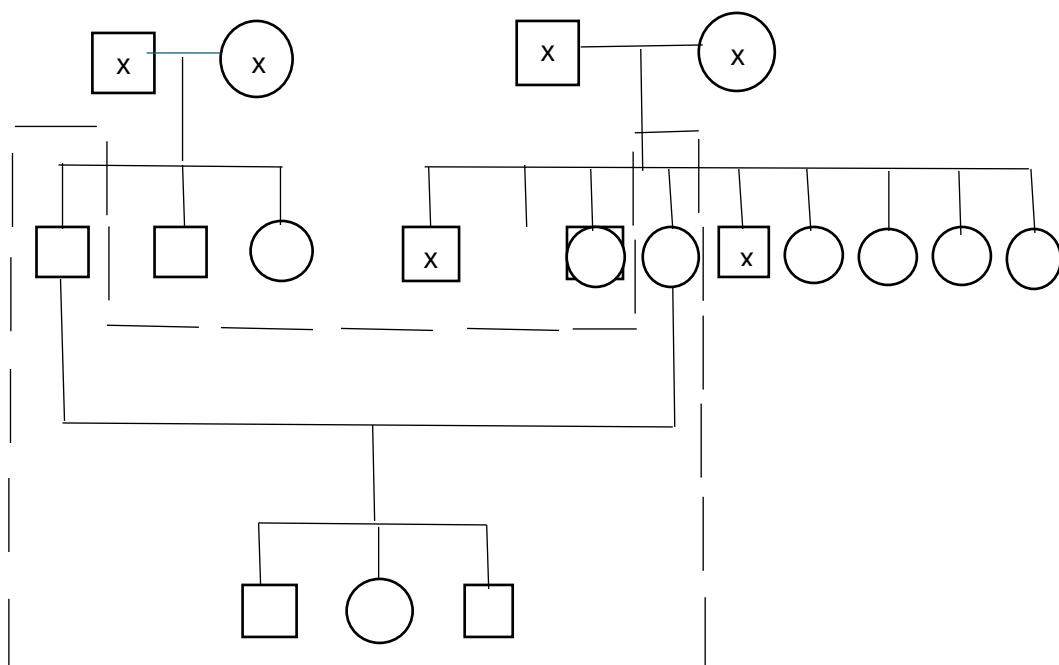
Tn Y mengatakan adanya rasa pengalaman yang tidak menyenangkan di dalam keluarganya dan ia merasakan di abaikan oleh keluarganya

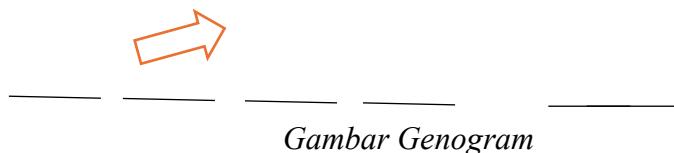
e. Pemeriksaan fisik

Pada saat dilakukan pengkajian diperlukan tanda-tanda vital klien yaitu : (1) Tekanan darah 127/84 mmHg ; (2) Nadi 88 ; (3) Suhu 36,50 C ; (4) Pernafasan 20x/menit ; (5) Tinggi badan 165 cm, berat badan 55 kg ; (6) Tidak mengalami keluhan fisik.

## 2. Pengkajian Fokus Psikososial Defisit Perawatan Diri

### a. Genogram





Keterangan :



= Laki – Laki

———— = Menikah



= Perempuan

X = Meninggal



= klien

----- = Satu Rumah

Klien tampak memiliki gambaran diri yang lengkap. Memiliki anggota tubuh yang lengkap, tidak terlihat cacat. Klien adalah anak pertama dari 3 bersaudara. Klien telah berumur 46 tahun pada saat pelaksanaan penelitian ini. Ideal diri klien ingin cepat sembuh dan keluar dari rumah sakit untuk melakukan rehabilitasi. Klien ingin mendapatkan pekerjaan, menikah, dan dapat berhubungan baik dengan keluarga dan orang sekitar. Pada saat ini klien merasa tidak percaya diri, merasa gagal dan malu karena hanya tamatan sd.

Menurut klien, orang yang terdekat atau yang paling berarti dalam kehidupannya adalah orang tua nya. karena dianggap sebagai orang yang lebih memperhatikan klien. Klien tidak banyak berperan dalam kegiatan kelompok/masyarakat, tidak mau berinteraksi atau bersosialisasi dengan orang-orang disekitarnya setelah pernah di rawat di rumah sakit jiwa.

Klien memiliki hambatan untuk berhubungan dengan orang lain di sekitarnya, hambatan yang di rasakan klien seperti klien lebih nyaman sendiri dari pada memulai pembicaraan dengan rekan di ruangan.

Menurut klien dia adalah pemeluk agama islam, klien menunaikan ibadah sholat 5 waktu, mampu menyebutkan jumlah rakaat shalat wajib , dapat membacakan surat Al-Fatihah secara lisan. Klien juga mampu membacakan surat-surat pendek, dan suka berpuasa.

Tn.Y adalah anak ke 1 dari 3 bersaudara, Tn.Y belum menikah,Tn.Y tinggal Bersama ayah dan ibu dan saudara nya.

b. Konsep Diri

Pada saat pengkajian pola konsep diri didapatkan,Tn.Y berumur 46 tahun. Tn.Y mengatakan dan divalidasi oleh perawat ruangan anggota tubuhnya lengkap,tetapi terdapat luka bekas pasungan di bagian kaki kiri dan kanan,Tn.Y mengatakan ia merasa bersyukur mempunyai anggota tubuh yang lengkap.Tn.Y mengatakan ia sudah tidak lagi bekerja karena orang-orang tidak mau menerima bekerja sebab ia di bilang orang gila,Tn.Y lebih sering menyendiri dan suka bicara sendiri.

Menurut klien, orang yang terdekat atau yang paling berarti dalam kehidupannya adalah orang tuanya karena iaanggap sebagai orang yang lebih memperhatikan klien, selama berada di rumah.

c. Hubungan Sosial

Pada saat pengkajian hubungan sosial Tn.Y mengatakan dekat dengan keluarganyaTn.Y mengatakan jarang berinteraksi atau ikut dalam kegiatan kelompok dan masyarakat disekitar rumahnya karena ia malu dengan masyarakat sekitar sebab ia hanya bersekolah tamatan SD.

d. Spiritual

Menurut klien dia adalah pemeluk agama islam, klien menunaikan ibadah sholat 5 waktu, mampu menyebutkan jumlah rakaat shalat wajib dengan benar, dapat membacakan surat Al-Fatihah secara lisan. Klien juga mampu membacakan surat-surat pendek,seperti surat An-Naas, Al- Ikhlas, Al-Kautsar, dan sebagainya. Klien juga dapat mengucapkan dua kalimat syahadat, dan suka berpuasa.

e. Penampilan

Penampilan diri klien terlihat rapi, rambut tampak rapi tidak panjang, gigi tampakkotor karena ada sisa makanan dan mulut pasein mamiliki bau khas, kuku jari tampak panjang-panjang, Pakaian terlihat bersih.

Klien berpakaian dengan benar, Klien memiliki kebiasaan memakai baju lengan pendek, celana sebatas lutut. Pakaian yang dipakainya itu tidak disetrika, karena tampak kusut dan tidak rapi. Klien menganti pakaian setiap hari di pagi dan sore hari.

f. Pembicaraan

Ketika peneliti melakukan interaksi atau wawancara, klien tidak mampu atau kesulitan untuk memulai pembicaraan. Klien tampak tidak mampu berbicara lebih dahulu atau memulai pembicaraan. Klien baru berbicara jika diajukan pertanyaan. Klien hanya menjawab apa yang ditanya saja. Klien lebih banyak menunduk ketika berbicara, kontak mata kurang, suara klien terdengar lemah atau pelan.

g. Aktivitas Motoric

Aktivitas motorik klien terlihat lesu atau kurang bersemangat, suka menyendiri baik didalam maupun luar kamar. Ketika merapikan tempat tidur, klien tampak malas atau kurang cekatan dan pasien suka jalan-jalan selama di dalam ruangan rawatan.

h. Alam perasaan

Saat dilakukan penelitian dari sikap dan tampilan raut wajahnya, klien seakan-akan memiliki alam perasaan yang sedih merasa di jauhi dan dikucilkan oleh masyarakat di sekitarnya karena pasien dibilang odgj dan tamatan SD.

Klien tampak menanggung perasaan sedih. Besar kemungkinan, perasaan sedihnya disebabkan karena dia merasa tidak berguna dan gagal di dalam keluarga karena tidak bisa membantu keluarganya ketika di rumah.

i. Afec

Afek adalah tanggapan seseorang atau perubahan perasaan mendatang secara mendadak dan berlangsung singkat atau tidak lama. Ketika peneliti mengajak klien berkomunikasi dengan bahan pembicaraan yang sedih. Interaksi selama wawancara gembira, dan lucu, afek Klien tampak datar. Klien tidak terlihat sedih, gembira atau merasa lucu sesuai komunikasi tersebut. Klien terlihat datar atau biasa-biasa saja dengan bahan apapun

yang disampaikan kepadanya. Klien tidak antusias untuk menanggapi, mengkritik atau mengomentari.

j. Wawancara

Selama wawancara berlangsung, Klien menunjukkan kontak mata yang kurang. Klien tampak lebih banyak menunduk atau memandang ke arah lain, dibandingkan dengan menatap peneliti. Klien belum mampu memulai pembicaraan. Kalau diajukan pertanyaan, Klien menjawab secara ringkas saja. Respon Klien terhadap pertanyaan peneliti relatif lama. Dengan kata lain, Klien tidak menjawab pertanyaan peneliti dengan segera. Klien sadar bahwa dia sedang berada di rumah sakit jiwa, bahkan ingat anggota keluarga yang mengantarkannya ke rumah sakit jiwa tersebut. Klien menyadari bahwa dia sedang dalam proses pengobatan gangguan jiwa, klien tampak menerima semua proses pengobatan yang di berikan, klien mengatakan sangat berterima kasih kepada keluarga yang membawa nya ke rumah sakit jiwa untuk pemulihannya.

k. Proses / Alur Pikir

Saat dilakukan penelitian, peneliti menanyakan presepsi diri kepada klien. Klien mengatakan tidak memiliki presepsi apapun terhadap diri nya. Klien mengatakan tidak pernah mendengar suara-suara atau pun melihat bayangan tidak nyata. Hasil wawancara peneliti dengan Klien diperoleh gambaran bahwa Klien mengalami arus pikir bloking, keadaan dimana pembicaraan klien sering tiba - tiba terhenti tanpa adanya gangguan eksternal atau hal-hal dari luar diri yang menyebabkan terhentinya pembicaraan. Beberapa saat kemudian setelah pembicaraan terputus, barulah klien dapat melanjutkan pembicaraan nya.

l. Isi Pikir

Isi pikir merupakan suatu hal atau peristiwa yang ada dalam pikiran Klien. Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan Klien, diperoleh gambaran bahwa, isi pikir yang selalu muncul atau yang sering menjadi pertanyaan klien kepada peneliti adalah : apakah ada keluarga yang datang mengunjunginya, dan mengapa keluarga nya tidak pernah datang untuk berkunjung.

Peneliti sudah menjelaskan tetapi pertanyaan itu terus di tanya kan klien setiap hari nya.

m. Memori

Klien tampak tidak memiliki gangguan memori saat di lakukan interaksi klien dapat mengingat nama peneliti, perawat dan dokter yang menangani nya. Klien juga dapat mengingat tanggal dia masuk, dan lama rawatan selama di rumah sakit jiwa. Klien mengatakan tidak memiliki pengalaman buruk selama masa kecil nya, saat sekarang klien mengalami perubahan dikarnakan kejadian yang di alami nya seperti klien kehilangan ayah dan batal memikah yang membuat klien merasa kehilangan arah dan pegangan hidup.

n. Masalah psikososial dan lingkungan

Tn.Y mengatakan ia tidak maumelakukan kegiatan kelompok, Tn.Y jarang berkomunikasi dengan orang-orang di lingkungan sekitarnya. sebab ia merasa malu dan sering di ejek orang gila di lingkungan nya dan membuat ia tidak mau melakukan interaksi di lingkungan sekitar tempat tinggal nya.

**Kebutuhan pasien pulang**

Pada umumnya, klien sudah mampu makan sendiri sebagaimana halnya orang - orang yang normal. Klien dapat menuap atau menyendok makanan secara mandiri. Sudah terbiasa makan 3x sehari, pagi (sarapan), siang dan malam. Klien juga dapat menyesuaikan seleranya dengan menu makanan di rumah sakit. Bantuan minimal yang diberikan perawat misalnya seperti : menyerahkan makanan ke tangan klien tersebut untuk seterusnya dimakan. Jika klien terlihat akan segera berhenti (padahal makanan masih banyak) maka perawat membujuk klien untuk menghabiskan makanan. Klien dapat melakukan buang air besar ( BAB) dan buang air kecil (BAK) secara mandiri.

Klien dapat membuka dan mengenakan sendiri celana setelah BAB/BAK, mampu menyiram/membersihkan WC. Klien telah mandi dua kali sehari, pagi dan sore hari. Klien mampu mandi sendiri, dan klien tidak perlu di ingat kan untuk mandi, dan klien tampak selalu meletakkan handuk, baju

kotor dan alat mandi yang di gunakan tanpa harus di suruh. Klien tampak memakai pakaian/ berhias sebagaimana mestinya. Klien tampak dapat memerhatikan kerapian berpakaian nya. Seperti mengenakan baju yang bersih. Klien mengatakan dia tidur siang pukul 14.00- 15.00 WIB. Tidur malam pukul 20.00-06.00 WIB. Bangun pagi pukul 06.00 WIB melakukan aktivitas merapikan alas tidur dan melipat selimut.

Hasil pengamatan peneliti ketika pengkajian keperawatan berlangsung, klien rajin meminum obat, ketika di lakukan wawancara klien mengatakan dia tidak mengerti efek yang di timbulkan dari obat yang membuat klien mengantuk berat, dan klien sering bertanya apakah obat yang di berikan bisa di ganti agar kantuk yang dirasakan tidak begitu berat, tetapi klien mengatakan dia paham bahwa kegunaan obat itu untuk mempercepat penyembuhan nya, walaupun klien mengatakan efek yang di rasakan setelah minum obat.

klien merasa mengantuk berat tetapi klien tetap rajin meminum obat. Klien mengatakan ini kali ke empat dia di rawat di rumah sakit jiwa, klien juga mengatakan kan jika ibunya tidak membawa nya kerumah sakit kemungkinan klien akan tetap tidak akan melakukan perawatan diri di rumah . Dengan kata lain klien belum bisa memelihara kesehatan nya secara mandiri.

Klien menceritakan kegiatan yang dilakukannya didalam rumah antara lain : klien sering membantu pekerjaan rumah menyapu halaman rumah membereskan tempat tidur, dan mencuci piring setelah makan.

klien mengatakan saat sebelum masuk rumah sakit klien memiliki kegiatan seperti membantu ibu nya, dan merasa malu bertemu dengan orang luar karna klien pernah di kucilkan. Dengan kata lain, klien lebih suka menyendiri didalam kamar. Perilaku ini juga terlihat di rumah sakit, klien lebih suka berdiam diri atau tidur di kamar. Secara sederhana mekanisme coping dapat diartikan sebagai respon pikiran dan perilaku seseorang terhadap situasi yang penuh tekanan dengan untuk mengatasi konflik yang

muncul akibat situasi tersebut, baik internal maupun eksternal. Dengan kalimat yang lebih ringkas, mekanisme coping adalah proses yang dilalui individu dalam menyesuaikan diri dengan situasi yang penuh stress.

Dari pengkajian keperawatan, peneliti lebih berkeyakinan bahwa coping klien cenderung maladaptif misalnya klien tampak pasif, senang menyendiri, dan lebih banyak tidur. Dalam aspek coping maladaptif ini, klien cenderung sering sendiri dan tidak mau berinteraksi dengan pasien lain.

#### 4. Pengkajian Hasil Kolabiasi atau Terapi Medik

- a. Resperidon 2x2 mg
- b. CPZ 1x100 mg
- c. Amoxicilin 3x 50 mg

##### a. Analisis data

Hasil pengkajian keperawatan klien menunjukkan masalah dan data sebagai berikut :

###### 1) Masalah defisit perawatan diri

###### a) Data subjektif

1. Pasien mengatakan “ ia tidak mau melakukan perawatan diri” seperti madi, menggosok gigi, menyisir rambut, menggunakan bedak karena ia tidak tau cara menggosok gigi, menyisir rambut, berbedak dan mandi secara benar.

###### 2. Pasien mengatakan “ia tidak tau cara berdandan seperti:

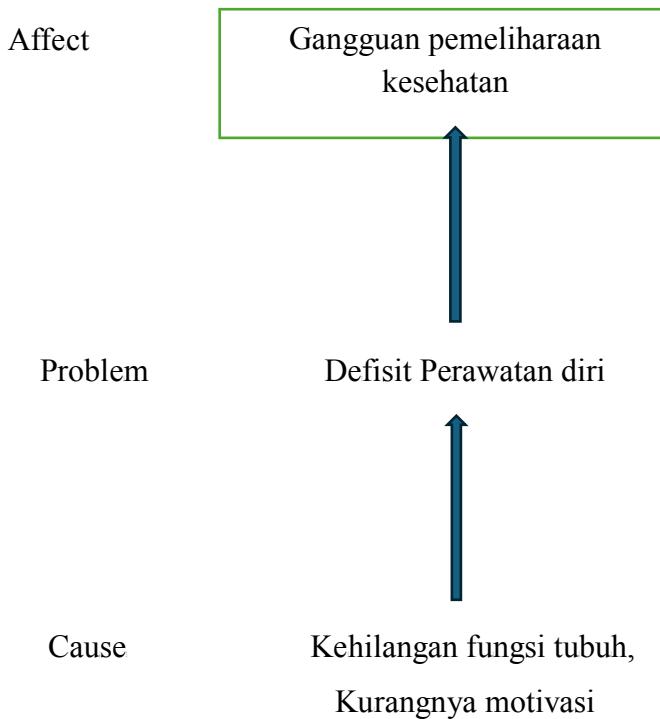
- a. Menyisir rambut
- b. Menggunakan bedak
- c. menggosok gigi dengan benar
- d. menggunakan pakaian dengan baik”

###### b) Data objektif

1. Pasien tampak malas mandi Bandan pasien memiliki bau yang khas, pasien tamak suka menggaruk garuk badan.

2. Minat melakukan perawatan diri kurang seperti malas untuk melakukan gunting kuku, tidak melakukan gosok gigi, malas untuk melakukan berdandan (memakai bedak dan menyisir rambut)
  3. Badan dan pakaian pasien tampak kotor
  4. Mulut pasien bau dan gigi pasien tampak kotor dan kuning
  5. kuku jari tangan dan kaki pasien tampak Panjang dan kotor
  6. Kulit pasien tampak kotor, kusam dan kering
- 2) Masalah harga diri rendah
- a) Data subjektif
    1. Klien mengatakan mulai kehilangan arah dan tidak memiliki pegangan hidup semenjak pernah di rawat di rumah sakit jiwa.
    2. Klien mengatakan merasa malu dan tidak mampu menggantikan peran ayahnya
    3. Klien mengatakan merasa malu dan kehilangan kepercayaan diri nya akibat dia hanya tamayab SD
    4. Klien mengatakan tidak semnagat dalam menjalani harinya
  - b) Data objektif
    1. Klien tampak berjalan dengan postur menunduk
    2. Klien berkomunikasi dengan suara yang pelan Ketika diajak untuk berkomunikasi
    3. Klien tampak suka menyendiri
    4. Klien suka menggosok tangan dan kaki nya karena gatal gatal

b. Pohon masalah



***Gambar pohon masalah***

**2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan pertama yang dialami oleh klien adalah Defisit perawatan diri. Pada klien ditemukan : pasein malas melakukan perawatan defisit perawatan diri atau kebersihan diri, Harga Diri Rendah klien merasa tidak punya pegangan hidup karna sebagai anak pertama klien klien merasa diam yang harus menggantikan posisi ayahnya tetapi klien merasa tidak mampu karna hanya lulusan sd, klien merasa malu dan merasa tidak percaya diri dan selalu menyalahkan dirinya sendiri. Klien merasa tidak memiliki kelebihan/ kemampuan positif, berjalan dengan postur tubuh menunduk, kontak mata klien kurang, klien merasa lesu menjalani hari-harinya, berkomunikasi dengan pelan saat diajak berbicara.

Diagnosa keperawatan kedua yang dialami klien adalah masalah harga diri rendah . Pada diri klien ditemukan hal-hal sebagai berikut : lebih suka

menyendiri atau menghabiskan waktu sendirian, jarang berinteraksi dengan teman atau sesama pasien yang ada di ruangan nya tersebut.

### **3. Intervensi keperawatan**

Diagnosis: Defisit perawatan diri dilakukan dengan beberapa strategi pelaksanaan berikut <sup>15</sup>:

Strategi pelaksanaan 1:

1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.
  - a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
  - b. Perkenalkan diri dengan sopan.
  - c. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien.
  - d. Jelaskan tujuan pertemuan.
2. Identifikasi kebersihan diri, berdandan, makan, dan BAB/BAK.
3. Jelaskan pentingnya kebersihan diri.
  - 1) Evaluasi kegiatanyang lalu.
  - 2) Jelaskanpentingnya berdandan.
  - 3) Latih cara berdandan seperti cara berpakaian, menyisir rambut, bercukur.
  - 4) Masukkan jadwalmalam aktivitas pasien.
  - 5) Lakukan penerapan aktivitas mandiri

Strategi pelaksanaan 2:

Strategi pelaksanaan 3:

Diagnosis: Harga diri rendah dilakukan dengan beberapa strategi pelaksanaan

1. Evaluasi kegiatan yang lalu SP 1 dan SP 2.
2. Jelaskan cara dan alat makan yang benar.
3. Latih kegiatan makan.
4. Masukkan jadwal dalam aktivitas.

Strategi pelaksanaan 4

1. Evaluasi kegiatan yang lalu SP1, SP2, dan SP 3
2. Latih cara BAB/BAK dengan baik
3. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang benar
4. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan benar
5. Masukakan kedalam jadwal aktivitas harian

Diagnosis: Harga diri rendah dilakukan dengan beberapa strategi pelaksanaan berikut:

Strategi pelaksanaan 1:

- a. Berbicara dengan klien tentang apa saja yang dapat dilakukan klien seperti mencuci piring, merapikan tempat tidur, menyapu, mengepel, melap meja dan sebagainya.
- b. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini.
- c. Membantu pasien memilih kegiatan berdasarkan daftar kegiatan yang dapat dilakukan untuk dilatih saat pertemuan.
- d. Melatihkan kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan pasien.
- e. Memberi pujian setiap kali klien melakukan kegiatan.
- f. Menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian

Strategi pelaksanaan 2:

- a. Melakukan evaluasi validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih sebelumnya dan berikan pujian.
- b. Membantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih.
- c. Melatihkan kegiatan yang kedua sesuai dengan alat dan cara melakukannya.
- d. Memberikan pujian setiap klien melakukan kegiatan.
- e. Menyusun jadwal kegiatan harian pasien

Strategi pelaksanaan 3:

- a. Melakukan evaluasi validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih sebelumnya dan berikan pujian.
- b. Membantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih.
- c. Melatihkan kegiatan ketiga sesuai dengan alat dan cara melakukannya.
- d. Berikan pujian setiap klien melakukan kegiatan.

e. Menyusun jadwal kegiatan harian pasien.

Strategi pelaksanaan 4:

- a. Melakukan evaluasi validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga, yang telah dilatih sebelumnya dan berikan pujian
- b. Membantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih.
- c. Melatihkan kegiatan keempat sesuai dengan alat dan cara melakukannya.
- d. Memberikan pujian setiap klien melakukan kegiatan.
- e. Menyusun kegiatan harian pasien.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang dilakukan pada Tn. Y untuk kedua diagnosa keperawatan yaitu :Defisit perawatan diri dan Harga diri rendah, adalah sebagai berikut :

- a. Pada tanggal 3 Maret 2025 di lakukan implementasi untuk diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri yang meliputi
  1. Strategi pelaksanaan 1 tentang defisit perawatan diri :
    - a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.
    - b. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
    - c. Perkenalkan diri dengan sopan.
    - d. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien.
    - e. Jelaskan tujuan pertemuan.
    - f. Identifikasi kebersihan diri, berdandan, makan, dan BAB/BAK.
    - g. Jelaskan pentingnya kebersihan diri.
  - b. Pada tanggal 4 maret 2025 di lakukan implementasi untuk diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri yang meliputi
    2. Strategi pelaksanaan 2 tentang defisit perawatan diri :
      - a. Evaluasi kegiatan SP 1
      - b. Jelaskan pentingnya berdandan
      - c. Latih cara berdandan dan seperti apa berpakaian, menyisir rambut, dan bercukur

- d. Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian
- b. Pada tanggal 5 maret 2025 di lakukan implementasi untuk diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri :
  - 3. Strategi pelaksanaan 3 tentang defisit perawatan diri :
    - a. Evaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2
    - b. Jelaskan cara dan alat makan yang benar
    - c. Latih kegiatan makan
    - d. Masukkan kedalam kegiatan harian
    - e. Lakukan kegiatan mandiri
  - C. Pada tanggal 6 maret 2025 di lakukan implementasi untuk diagnosa keperawatan defisit perawatan diri ;
    - 4. Strategi pelaksanaan 4 tentang defisit perawatan diri :
      - a. Evaluasi kegiatan yang lalu SP 1, SP 2, dan SP 3
      - b. Latih cara BAB / BAK yang baik dan benar
      - c. Jelaskan tempat BAB / BAK yang sesuai
      - d. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB / BAK dengan benar
      - e. Masukan jadwal kedalam kegiatan harian

Diangnosa ke dua yaitu harga diri rendah implementasi keperawatan dengan strategi pelaksanaan.

- a. Tanggal 3 maret 2025 implementasi untuk diagnosa keperawatan harga diri rendah
  - a) Mengidentifikasi dan menanyakan penilaian klien terhadap diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain
  - b) Menanyakan harapan yang telah klien capai dan yang belum tercapai kemudian menanyakan upaya yang telah dilakukan klien untuk mencapai harapan tersebut
  - c) Menanyakan aspek positif dan kemampuan klien dalam melakukan kegiatan (membuat daftar kegiatan klien yaitu mencuci gelas, menyapu lantai, merapikan tempat tidur, merapikan mainan, membersihkan toilet, merapikan ruang makan)

- d) Membantu klien dalam menilai kegiatan yang dapat dilakukannya (klien memilih kegiatan mencuci gelas, menyapu, merapikan tempat tidur, merapikan mainan)
  - e) Membantu klien dalam memilih kegiatan yang ingin dilakukannya saat ini (klien memilih kegiatan pertama yaitu mencuci gelas setelah digunakan)
  - f) Menjelaskan alat dan cara mencuci gelas
  - g) Melatih klien mencuci gelas dan memberi pujian kepada klien
  - h) Memberi kesempatan kepada klien untuk menilai kegiatan yang telah dilaksanakannya
  - i) Menyusun kegiatan mencuci gelas ke dalam jadwal harian klien
- b. Tanggal 4 maret 2025 implementasi untuk diagnosa keperawatan harga diri rendah
- 2) Strategi pelaksanaan 2 tentang harga diri rendah:
  - a) Mengevaluasi tanda dan gejala harga diri rendah.
  - b) Memvalidasi kemampuan klien dalam melakukan kegiatan pertama yaitu mencuci gelas dan memberi pujian.
  - c) Menjelaskan kepada klien tentang alat dan cara melakukan kegiatan menyapu melatih klien tentang cara menyapu dan memberikan pujian
  - d) Menyuruh klien untuk menilai kegiatan menyapu yang telah dilakukannya.
  - e) Menyusun kegiatan menyapu dalam jadwal harian klien.
- c. Tanggal 5 maret 2025 implementasi untuk diagnosa keperawatan harga diri rendah
- 3) Strategi Pelaksanaan 3 tentang Harga Diri Rendah
  - a) Mengevaluasi tanda dan gejala harga diri rendah klien, memvalidasi kemampuan klien dalam melakukan kegiatan yaitu mencuci gelas dan menyapu, kemudian memberi pujian
  - b) Menjelaskan kepada klien alat dan cara melakukan kegiatan merapikan tempat tidur
  - c) Melatih klien cara merapikan tempat tidur dan memberi pujian

- d) Menyuruh klien untuk menilai kegiatan merapikan tempat tidur yang telah dilakukannya
  - e) Menyusun kegiatan merapikan tempat tidur ke dalam jadwal harian klien
- d. Tanggal 6 maret 2025 implementasi untuk diagnosa keperawatan harga diri rendah
- a) Mengidentifikasi perilaku isolasi sosial klien dengan menanyakan apa yang menyebabkan klien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain (klien mengatakan merasa malas berinteraksi dengan orang lain karna bingung bagaimana berinteraksi dengan orang lain.)
  - b) Mendiskusikan keuntungan bila klien memiliki banyak teman (klien mengatakan bisa berbagi cerita jika memiliki teman), mendiskusikan kerugian bila klien tidak mau berinteraksi diri (klien mengatakan jika tidak memiliki teman dia tidak memiliki tempat untuk berbagi cerita), kemudian menjelaskan kerugian dari tidak mau berinteraksi dan 56 menjelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik klien
  - c) Melatih klien berinteraksi secara bertahap yaitu dengan 1 orang dengan menjelaskan caranya dan memberikan contoh
  - d) Memberi pujian untuk setiap kemajuan interaksi klien
  - e) Menyusun kegiatan bercakap-cakap ini kedalam jadwal harian
- e. Tanggal 7 maret 2025 implementasi untuk diagnosa keperawatan harga diri rendah
- 5) Strategi Pelaksanaan 4 tentang Harga Diri Rendah
- a) Mengevaluasi tanda dan gejala harga diri rendah klien, memvalidasi kemampuan klien dalam melakukan kegiatan yaitu mencuci gelas, menyapu dan merapikan tempat tidur.
  - b) Menjelaskan kepada klien alat dan cara melakukan kegiatan merapikan mainan
  - c) Melatih klien cara merapikan mainan dan memberi pujian
  - d) Menyuruh klien untuk menilai kegiatan yang telah dilakukannya
  - e) Menyusun kegiatan merapikan mainan ke dalam jadwal harian klien

## 5. Evaluasi

- a. Hasil evaluasi keperawatan terhadap Tn. Y pada tanggal 3 Maret 2025  
untuk diagnosa Defisit perawatan diri Strategi Pelaksanaan 1 adalah Klien dapat menyebutkan kemampuan pasien dalam melakukan mandi yang baik dan benar.
- b. Hasil evaluasi keperawatan terhadap Tn. Y pada tanggal 4 Maret 2025  
untuk Defisit perawatan diri Strategi Pelaksanaan 2 adalah : cara berdandan yang baik dan benar seperti bersisir, menggunakan pakaian.
- c. Hasil evaluasi keperawatan terhadap Tn. Y pada tanggal 5 Maret 2025  
untuk diagnosa Defisit perawatan diri strategi pelaksanaan 3 adalah : klien dapat melakukan makan dan minum dengan benar walaupun tetap dilakukan pemantauan oleh perawat dan peneliti.
- d. Hasil evaluasi keperawatan terhadap Tn. Y pada tanggal 5 Maret 2025 untuk diagnosa harga diri rendah strategi pelaksanaan 4 adalah : klien sudah mampu dan tau cara BAB dan BAK yang baik dan benar.

## **B. PEMBAHASAN.**

Pembahasan pada kasus ini penulis akan membahas hubungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan jiwa defisit perawatan diri pada partisipan yang telah dilakukan sejak tanggal 3 Maret - 7 Maret 2025 di Wilayah Kerja Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### **a. Identitas Pasien**

Berdasarkan hasil pengkajian identitas pada pasien yaitu pasien dengan inisial Pasien Tn. Y usia 46 Tahun, Alamat Sijunjung, agama Islam, pendidikan terakhir SD, dan Tidak bekerja.

Pengkajian identitas pasien dilakukan sesuai dengan teori(Imran, 2020) pengakjian jiwa meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan dan alamat.<sup>9</sup>

## 2. Keluhan saat pengakjian

Pasien harus diingatkan untuk mandi, pasien tidak bisa berdandan, tidak mampu mencukur sendiri, dan merawat diri. Pasien hanya berbicara apabila di tanya saja, pasien suka menyendiri.

Dari hasil observasi yang dilakukan terdapat pasien tampak kotor, pakaian yang di gunakan tampak kotor dan tidak rapi, tidak bisa berdandan, merawat diri, gigi tampak kuning, kuku tangan dan kaki tampak kotor, pasien hanya berbicara apabila di tanya saja dan kontak mata kurang.

Keluhan utama pasien di rawat pada partisipan sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Imran, 2020) bahwa keluhan utama yang ditemukan dari klien mandi bila diingatkan, tidak bisa berdandan, tidak mampu mencukur sendiri, tidak bisa memakai bedak dan tidak mau merawat diri.<sup>9</sup>

Berdasarkan keluhan dan observasi yang dilakukan pada pasien, sesuai dengan teori menurut (Imran, 2020) . Defisit perawatan diri merupakan gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Defisit perawatan diri ini biasanya disebabkan oleh kurangnya motivasi dan dukungan dari keluarga, kerusakan kognitif atau perceptual, cemas dan kelelahan yang di alami klien.

Adanya gangguan fungsi kognitif yang ditandai dengan buruknya orientasi realitas mengakibatkan menurunnya tingkat kesadaran klien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, mandi, berpakaian, istirahat, dan upaya lain untuk keselamatan diri, terdapat kesesuaian antara kasus dengan teori. Asumsi penulis tidak ada perbedaan antara teori dengan yang di temukan di lapangan.<sup>9</sup>

## 3. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi yang memperberat terjadinya gangguan jiwa pada klien kurang dukungan keluarga dari pasien serta lingkungan sekitar, tidak patuh

minum obat karna sering lupa. Pada pasien gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri adanya faktor predisposisi seperti faktor kemampuan realitas menurun dan faktor biologis, perkembangan, dan sosial.

Terdapat kesesuaian penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh <sup>16</sup>. faktor predisposisi yang memperberat terjadinya gangguan jiwa pada klien dimana tidak adanya dukungan keluarga yang jauh dari pasien serta lingkungan sekitar, tidak patuh minum obat karena biaya yang tidak ada.

Faktor predisposisi yang ditemukan pada pasien terjadi karena faktor psikologis. Hal ini sesuai dengan teori menurut <sup>16</sup> mengatakan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidak pedulian dirinya dan lingkungan termasuk yang mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

Jadi asumsi peneliti bahwa dukungan dari keluarga dan kepatuhan minum obat menentukan terhadap tingkat kekambuhan pasien, apabila pasien tidak rutin minum obat maka terjadi kekambuhan dan menyebabkan ketidak pedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

#### 4. Diagnosa

Defisit perawatan diri

Berdasarkan diagnosa keperawatan jiwa yang ditemukan peneliti pada pasein prioritas diagnosa keperawatan pertama yang di temukan pada pasien adalah defisit perawatan diri, dan harga diri rendah.

Data yang memperkuat peneliti mengangkat diagnose defisit perawatan diri yaitu di dapatka tampak kotor, pakaian yang di gunakan tampa tidak rapi, tidak bisa berdandan, merawat diri, gigi tampak kuning, kuku tangan dan kaki tampak kotor, pada saat makan masih berserakan.

Terdapat kesesuaian peneliti dengan peneliti yang dilakukan oleh <sup>8</sup> adanya gangguan fungsi kognitif yang di tandai dengan kurangnya orientasi realitas mengakibatkan menurunya tingkat kesadaran klien dalam melakukan perawatan diri.

Menurut <sup>7</sup> defisit perawatan diri ini biasanya disebabkan oleh kurangnya motovasi dan dukungan dari keluarga, kerusakan kognitif atau perceptual, cemas dan kelelahan yang dimiliki klien. Tidak terdapat perbedaan antara teori dengan yang di temukan oleh peneliti di lapangan.

#### Harga diri rendah

Diagnosa keperawatan kedua pada pasien adalah harga diri rendah sebagai penyebab, dengan data yang ditemukan pada pasien yaitu pasien merasa kurang percaya diri, merasa kurang berguna. Pada saat observasi kontak mata kurang, menatap lawan bicara hanya sesekali, tidak pernah memulai pembicaraan terlebih dahulu dan jarang berkomunikasi dengan keluarga dan lingkungan.

Terdapat kesesuaian peneliti ini menurut teori<sup>16</sup> perasaan tidak berharga yang menyebabkan pasien semakin sulit dalam pengembangan berhubungan dengan orang lain. Akibatnya pasien menjadi ragu atau mundur, mengalami, penurunan dalam beraktivitas dan kurang perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri.

Berdasarkan asumsi penulis, tidak adanya perbedaan antara teori dan kenyataan yang ditemukan pada pasien defisit perawatan diri. Diagnose yang di temukan dilapangan sama dengan teori yaitu harga diri rendah mengakibakan seseorang mengalami defisit perawatan diri, dan akibat dari defisit perawatan diri tersebut.

### 1. Intervensi keperawatan

#### a. Defisit perawatan diri

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien yaitu diagnosa utama defisit perawatan diri, diagnosa kedua harga diri rendah, dan diagnosa ketiga isolasi sosial. Peneliti membuat rencana keperawatan sesuai dengan teori yang telah ada dengan membuat

strategi pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap pasien dan keluarga pasien.

Rencana tindakan untuk diagnosa keperawatan prioritas pertama defisit perawatan diri adalah menggunakan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan dengan membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi defisit perawatan diri pada pasien, mengajarkan cara menjaga kebersihan diri (mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, dan memotong kuku) berdandan dan berhias, makan dan minum yang baik, buang air besar dan buang air kecil dengan benar.

Strategi pelaksanaan Tindakan yang dilakukan oleh<sup>17</sup> strategi pelaksanaan Tindakan keperawatan untuk diagnose prioritas pertama defisit perawatan diri pada partisipan yang dilakukan klien terdiri dari empat Latihan yaitu pertama perawat melatih cara menjaga kebersihan diri: mandi, mencuci rambut, kedua melatih cara berdandan: sisiran, melatih cara makan dan minum dengan baik, ke empat melatih BAB/BAK dengan baik.

Tindakan ini di dukung oleh<sup>17</sup> tindakan keperawatan untuk pasien yaitu: melatih pasien cara – cara perawatan kebersihan diri, melatih pasien berdandan, menyisir rambut dan bercukur. Melatih pasien makan secara mandiri, mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri. Berdasarkan asumsi penulis, tidak ada perbedaan antara teori dan kenyataan yang di temukan di lapangan pada pasien dengan dengan diagnose yang di temukan pada pasien defisit perawatan diri.

b. Harga diri rendah

Diagnosa keperawatan kedua adalah harga diri rendah. Rencana tindakan keperawatan harga diri rendah yaitu dengan menggunakan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan dengan mengidentifikasi pandangan atau penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai

harapan yang belum dipenuhi, mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien, bantu pasien memilih kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih, latih kegiatan pertama yang dipilih, latih kegiatan kedua yang dipilih, latih kegiatan ketiga yang dipilih, latih kegiatan keempat yang dipilih dan berikan pujian setiap pasien selesai melakukan kegiatan.

Penelitian ini yang dilakukan oleh <sup>8</sup> strategi pelaksanaan yang dilakukan yaitu membina hubungan saling percaya, identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, bantu klien menilai kemampuan yang masih dimiliki klien dan menetapkan kemampuan yang akan di latih

Teori ini juga terdapat dalam <sup>18</sup> perencanaan tindakan keperawatan agar meningkatkan aktualitas diri klien dengan membantu menumbuhkan, mengembangangkan, menyadari potensi yang dimiliki klien. Saat melakukan penelitian, peneliti menyesuaikan intervensi yang di sususn sesuai dengan kemampuan yang dimiliki pasien.

## 5. Implementasi keperawatan

### a. Defisit perawatan diri

Tindakan yang telah dilakukan pada pasien dan keluarga pasien, untuk diagnosa keperawatan defisit perawatan diri meliputi strategi pelaksanaan tindakan keperawatan.

Pada tanggal 5 maret 2025 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa defisit perawatn diri

Strategi pelaksanaan 1 yaitu :

- a) Membina hubungan saling percaya Tindakan yang telah dilakukan untuk membina hubungan saling percaya berupa mengucapkan salam terapeutik, menjelaskan tujuan berinteraksi dan membentuk kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.

- b) Mengidentifikasi masalah perawatan diri, berdandan, makan dan minum, buang air besar dan buang air kecil, menjelaskan pentingnya kebersihan diri.
- c) menjelaskan pentingnya kebersihan diri dan menjelaskan alat dan cara kebersihan diri.
- d) melatih cara menjaga kebersihan diri (mandi, ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut dan memotong kuku).
- e) Tanyakan perasaan pasien setelah dilatih
- f) Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien

Pada tanggal 6 maret 2025 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa defisit perawatn diri

Strategi pelaksanaan 2 yaitu :

- a) Mengevaluasi dan memvalisadi kefiatan kebersihan diri
- b) Melatih cara berdandan setelah melakukan kegiatan membersihkan diri yaitu mandi ( sisir dan cukur untuk pria)
- c) Tayakan perasaan pasien setlah dilatih cara berdandan
- d) Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian pasien setelah melakukan kegiatan

Pada tanggal 7 maret 2025 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa defisit perawatn diri.

Strategi pelaksanaan 3 yaitu :

- a) mengevaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan serta berikan pujian,
- b) menjelaskan serta melatih cara makan dan minum yang benar.
- c) Tanyakan perasaan pasien setelah dilatih
- d) Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien

Pada tanggal 7 maret 2025 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa defisit perawatn diri.

Strategi pelaksanaan 3 yaitu :

- a) mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum yang baik serta berikan pujian,
  - b) menjelaskan serta melatih cara buang air besar dan buang air kecil yang baik.
  - c) Tanyakan perasaan pasien setelah dilatih
  - d) Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien
- b. Harga diri rendah
- Tindakan keperawatan pada pasien untuk diagnosa kedua yaitu harga diri rendah dengan melakukan strategi pelaksanaan harga diri rendah. Strategi pelaksanaan 1 : mengidentifikasi pandangan atau penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien, bantu pasien menilai dan memilih kegiatan yang bisa dilakukan saat ini, melatih kegiatan pertama yang dipilih (menyapu).
- Strategi yang dilakukan oleh <sup>8</sup> strategi pelaksanaan 2 harga diri rendah yaitu :
- mengevaluasi dan memvalidasi kegiatan pertama dan berikan pujian, menjelaskan dan melatih kegiatan kedua yaitu mencuci piring.
- Strategi pelaksanaan 3 yaitu :
- mengevaluasi dan validasi kegiatan pertama (menyapu) dan kegiatan kedua (mencuci piring) lalu berikan pujian, jelaskan dan latih kegiatan ketiga yang dipilih yaitu mencuci baju.
- Strategi pelaksanaan 4 yaitu :
- mengevaluasi dan memvalidasi kegiatan pertama, kedua dan ketiga lalu berikan pujian, jelaskan dan latih kegiatan keempat yang telah dipilih pasien (melipat pakaian).

Asumsi peneliti bahwa tidak terdapat perbedaan tindakan keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan masalah yang dimiliki pasien. Dalam tindakan keperawatan yaitu tindakan asuhan keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan yang dilakukan secara bertahap. Dan penulis akan mengoptimalkan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana sehingga tujuan dari perencanaan dapat tercapai.

## 6. Evaluasi

### a. Defisit perawatan diri

Evaluasi diagnosa keperawatan defisit perawatan diri pada pasien dan keluarga pasien adalah asuhan keperawatan jiwa yang diberikan pada pasien dan keluarga pasien selama 6 hari.

Hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan defisit perawatan diri pada pasien yaitu pasien sudah mengerti cara menjaga kebersihan diri, berdandan, berhias, cara makan dan minum yang benar, bab dan bak dengan benar, apa yang telah diajarkan pasien dapat menerapkannya. Keluarga sudah mengerti cara merawat partisipan dengan defisit perawatan diri.

Keluarga mengatakan setelah diberikan asuhan keperawatan kepada partisipan terlihat perubahan dari biasanya. Pasien tampak berpenampilan sudah mulai rapi, sudah memakai baju dengan benar, makan dan minum sudah mulai baik dan benar, sudah menyiram toilet setelah melakukan bab dan bak.

Evaluasi diagnosa keperawatan defisit perawatan diri yang dilakukan oleh <sup>19</sup>.

Pada diagnosa keperawatan defisit perawatan diri, pasien menunjukkan perubahan yang cukup signifikan. Pasien sudah mampu melakukan kebersihan diri dan menunjukkan kemajuan. Pasien mengatakan merasa nyaman, pasien juga mampu

memperagakan ulang cara yang dilatih dengan benar sehingga diharapkan kebersihan diri pasien dapat terjaga.

Evaluasi ini juga sama dalam teori <sup>20</sup> evaluasi keperawatan defisit perawatan diri menilai kemampuan pasien dan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kurang defisit perawatan diri.

Berdasarkan analisa penulis dukungan dan motivasi yang di berikan oleh perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan defisit perawatan diri pada pasien sangat penting.

b. Harga diri rendah

Hasil dari evaluasi pada diagnosa harga diri rendah pada pasien dan keluarga yaitu pasien sudah merasa berguna, pasien sudah merasa senang dikarenakan pasien sudah bisa melakukan kegiatan yang dipilihnya (menyapu, mencuci piring, melipat kain, membersihkan tempat tidur), kontak mata pasien ada, pasien masih banyak bermenung dan tampak diam.

Hasil yang didapatkan setelah menerapkan Asuhan Keperawatan yang dilakukan oleh <sup>19</sup> kepada Klien Tn "Y" selama 2 hari adalah sebagai berikut: Klien mampu membina hubungan saling percaya, seperti mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan Perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi, Klien mampu menyebutkan bakat-bakat yang dimilikinya, Klien mampu melakukan kegiatan-kegiatan yang ajarkan sebelumnya, Klien sudah bisa merapikan tempat tidur, melipat pakaian, mencuci baju secara mandiri.

Hal ini juga sama terdapat dalam teori <sup>20</sup> dimana evaluasi yang dapat dilakukan meliputi pasien dapat menggunakan coping yang efektif dalam menyelesaikan masalah, harga diri pasien

meningkat, pasien dapat melakukan interpersonal dengan orang lain, pasien dapat melakukan kegiatan mandiri.

Bahwa asumsi peneliti evaluasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan yang Harga Diri Rendah sudah mengalami kemajuan, pasien dapat mengulangi kembali strategi pelaksanaan yang sudah diajarkan oleh perawat. Pasien dapat mengontrol harga diri rendah secara mandiri.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan dengan Defisit Perawatan Diri selama interaksi wawancara pada Tn.Y dengan masalah defisit perawatan diri, maka dapat ditarik Kesimpulan.

1. Hasil pengkajian didapatkan pasien tampak tidak mau mandi, minat melakukan perawatan diri kurang, badan dan pakaian pasien tampak kotor, mulut dan gigi pasien tampak kotor, kuku panjang dan tidak terawat.
2. Diagnosa prioritas yang diangkat pada pasien yaitu defisit perawatan diri.
3. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn.Y yaitu membina hubungan saling percaya dengan peneliti menggunakan komunikasi terapeutik, melatih partisipan cara menjaga kebersihan diri, melatih cara berhias/berdandan dengan baik, melatih pasien makan dan minum dengan baik, dan melatih pasien BAB dan BAK.
4. Implementasi keperawatan pada pasien defisit perawatan diri adalah melatih pasien menjaga kebersihan diri, melatih cara berhias/berdandan dengan baik, melatih pasien makan dan minum dengan baik, dan melatih pasien BAB dan BAK dengan baik.
5. Evaluasi diperoleh bahwa setelah 6 hari pertemuan terjadi peningkatan kemampuan pasien dalam merawat dirinya serta dampak pada penurunan gejala Defisit Perawatan Diri yang dialami dan pasien sudah mampu berinteraksi dengan orang lain.

#### **B. Saran**

##### **1. Bagi pasien dan keluarga**

Pasien hendaknya lebih memahami tentang apa penyebab defisit perawatan diri terjadi, keluarga seharusnya berperan

penting dalam mendukung kesembuhan pasien karena orang terdekat faktor utama kesembuhan pasien

2. Bagi petawat

Karya tulis ilmiah ini sebaiknya dapat digunakan oleh perawat sebagai wawasan tambahan dan acuan intervensi yang dapat diberikan pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri. Perawat sebaiknya dapat memberikan inspirasi lebih banyak lagi dalam memberikan intervensi keperawatan pada kasus defisit perawatan diri.

3. Bagi institusi Pendidikan

Dapat memberikan tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan jiwa terutama pada kasus defisit perawatan diri pada pasien defisit perawatan diri.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Kepada peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus agar mengamati klien dengan waktu penelitian yang lebih lama lagi, misalnya 2- 3 minggu atau 14-21 hari kerja rumah sakit.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Rindi Dwi Aryani, Titi Sri Suyanti, Slamet Wijaya. Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. N dengan Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Paranoid di Ruang Arimbi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *Vitam J ilmu Kesehat Umum*. 2024;2(4):369–89.
2. Siregar SL. Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Melalui Strategi Pelaksanaan (SP 1-4): Studi Kasus. 2022; Available from: <https://osf.io/preprints/c9fde/>
3. Putri IA, Maharani BF. Skizofrenia : Suatu Studi Literatur. *J Public Heal Med Stud*. 2022;1(1):1–12.
4. Hidayat R. Skizofernia. *Galang Tanjung*. 2020;(2504):1–9.
5. Meinita R. STUDI KASUS PENERAPAN PERSONAL HYGiene TERHADAP KEMANDIRIAN PASIEN DEFISIT PERAWATAN DIRI DENGAN GANGGUAN JIWA. 2023;
6. Sapitri L, Yulianti F, Tiara T, Karli P, Lestari BI, Nurya S. Personal Hygiene Pada ODGJ Dengan Defisit Perawatan Diri Di Kelurahan Pondok Belakang Kota Bengkulu. *J Dehasen Untuk Negeri*. 2024;3(1):135–8.
7. Fatimah, Nuryaningsih. Buku Ajar Buku Ajar. 2018.
8. Keperawatan A, Dengan J, Utama M. KARYA TULIS ILMIAH. 2023.
9. Imran. Ilmu keperawatan jiwa. UNP Press. 2020.
10. Sulistiowati W. Buku Ajar Statistika Dasar. Buku Ajar Stat Dasar. 2017;14(1):15–31.
11. Trivaika E, Senubekti MA. Perancangan Aplikasi Pengelola Keuangan Pribadi Berbasis Android. *Nuansa Inform*. 2022;16(1):33–40.
12. Sari MS, Zefri M. Pengaruh Akuntabilitas, Pengetahuan, dan Pengalaman Pegawai Negeri Sipil Beserta Kelompok Masyarakat (Pokmas) Terhadap Kualitas Pengelola Dana Kelurahan Di Lingkungan Kecamatan Langkapura. *J Ekon*. 2019;21(3):311.
13. Nurdewi N. Implementasi Personal Branding Smart Asn Perwujudan Bangga Melayani Di Provinsi Maluku Utara. *SENTRI J Ris Ilm*. 2022;1(2):297–303.
14. Millah AS, Apriyani, Arobiah D, Febriani ES, Ramdhani E. Analisis Data

- dalam Penelitian Tindakan Kelas. J Kreat Mhs. 2023;1(2):140–53.
15. SaThierbach K, Petrovic S, Schilbach S, Mayo DJ, Perriches T, Rundlet EJEJEJ, et al. keperawatan jiwa [Internet]. Vol. 3, Proceedings of the National Academy of Sciences. 2019. 1–15 p.
  16. Jiwa BK, Keperawatan I, Dasar K, Jiwa K, Isu T, Keperawatan D, et al. Keperawatan jiwa.
  17. Keperawatan A. POLTEKKES KEMENKES RI PADANG.
  18. Muhammad Hadi P, Penanggung Jawab Ns Slametiningsih MKep Mk, Slametiningsih N, Kep Ns Ninik Yunitri SJ, Kep Ns Nuraenah SJ. BUKU AJAR SISTEM INFORMASI PELAYANAN MENTAL COMMUNITY CARE ( SIMPEL MECOCARE ) TIM PERUMUS [Internet]. Available from: <http://fikumj.ac.id/>
  19. Khofifah N, Kep S. KARYA ILMIAH AKHIR ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. N DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH UTAMA DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA PROVINSI JAWA TIMUR.
  20. 585449-buku-ajar-keperawatan-jiwa-07977ba6.

L

A

M

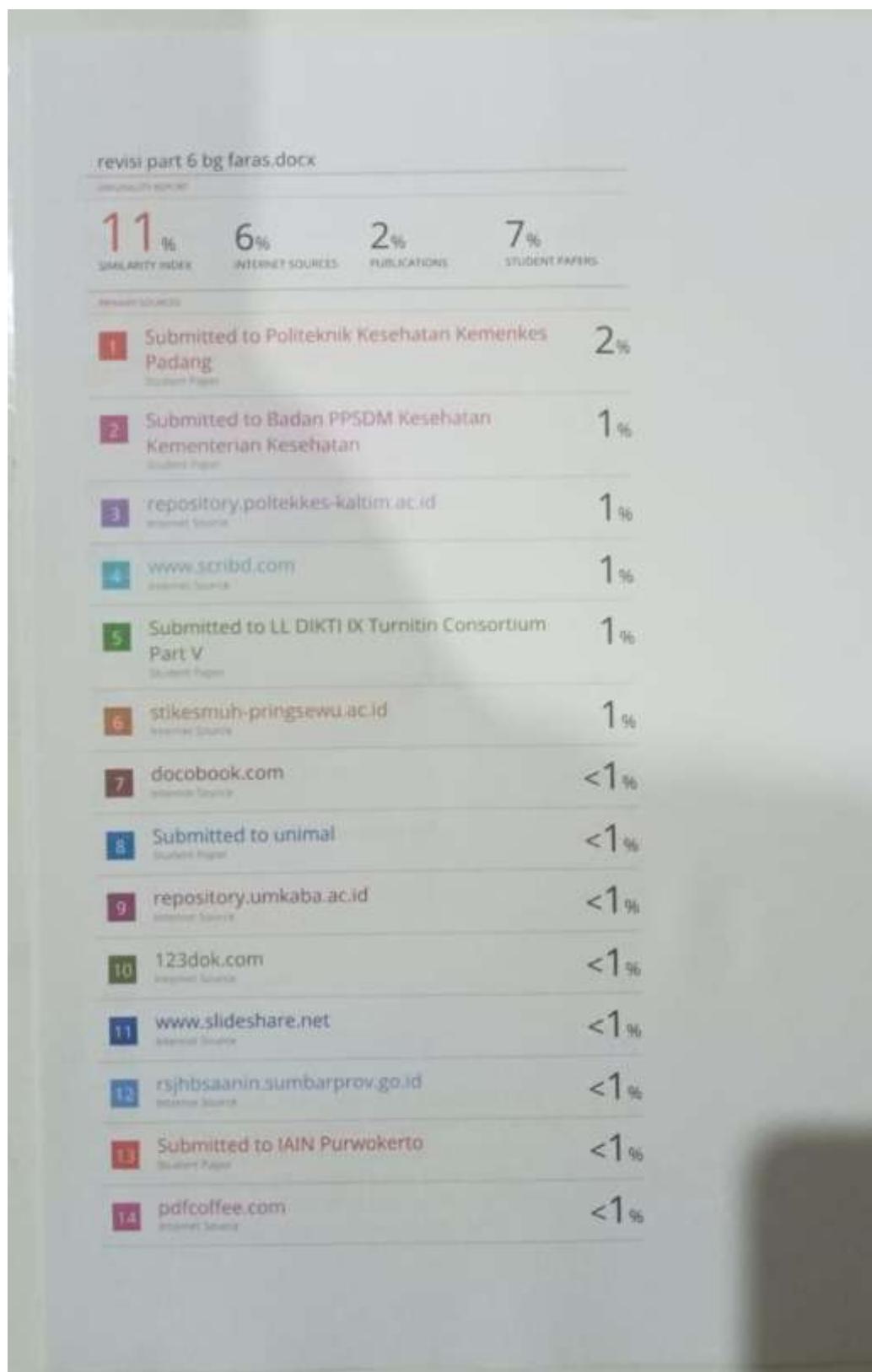
P

I

R

A

N



15	Submitted to Universitas Jambi <small>Student Paper</small>	<1 %
16	Submitted to Universitas Islam Riau <small>Student Paper</small>	<1 %
17	Submitted to IAIN Bengkulu <small>Student Paper</small>	<1 %
18	repository.uin-suska.ac.id <small>Student Source</small>	<1 %
19	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id <small>Student Source</small>	<1 %
20	eprints.poltekkesjogja.ac.id <small>Student Source</small>	<1 %
21	Submitted to Fakultas Kedokteran Universitas Pattimura <small>Student Paper</small>	<1 %
22	repository.dps.stp-bandung.ac.id <small>Student Source</small>	<1 %
23	Submitted to Universitas Katolik Musi Charitas <small>Student Paper</small>	<1 %
24	repository.unjaya.ac.id <small>Student Source</small>	<1 %
25	Submitted to STKIP Sumatera Barat <small>Student Paper</small>	<1 %
26	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar <small>Student Paper</small>	<1 %
27	r2kn.litbang.kemkes.go.id <small>Student Source</small>	<1 %
28	repository.stikstellamarismks.ac.id <small>Student Source</small>	<1 %
29	Yolanda Wulandari, Veronika Anita Sari Laia, Niat hati, Saleha Saleha, Sri Lestari Siregar, Jek Amidos Pardede. "Peningkatan Kemampuan dan Penurunan Gejala Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri: Studi Kasus", Open Science Framework, 2022 <small>Publication</small>	<1 %

List of Sources		
30	docplayer.info Internet Source	<1 %
31	Submitted to UIN Ar-Raniry Student Paper	<1 %
32	Submitted to UIN Sunan Gunung Djati Bandung Student Paper	<1 %
33	Submitted to itera Student Paper	<1 %
34	lontar.ui.ac.id Internet Source	<1 %
35	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II Student Paper	<1 %
36	Submitted to Sultan Agung Islamic University Student Paper	<1 %
37	repository.umy.ac.id Internet Source	<1 %
38	Submitted to UM Surabaya Student Paper	<1 %
39	Submitted to Universitas Djuanda Student Paper	<1 %
40	r2kn.lrbang.kemkes.go.id:8080 Internet Source	<1 %
41	repository.poltekkeskupang.ac.id Internet Source	<1 %
42	pustaka.poltekkes-pdg.ac.id Internet Source	<1 %
43	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	<1 %
44	repository.upnvi.ac.id Internet Source	<1 %
45	www.poltekkes-pdg.ac.id Internet Source	<1 %
46	digilibadmin.unismuh.ac.id Internet Source	<1 %

