

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG PUNAI RSJD
ATMA HUSADA MAHKAM SAMARINDA



Disusun dan Diajukan Oleh :

KHAIRUN NISSA

P07220120024

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III
KEPERAWATAN SAMARINDA
2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG PUNAI RSJD
ATMA HUSADA MAHKAM SAMARINDA

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Disusun dan Diajukan Oleh :

KHAIRUN NISSA

P07220120024

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III
KEPERAWATAN SAMARINDA
2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 16 Juli 2023

Yang menyatakan



Khairun Nissa
P07220120024



LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

Tanggal, 10 Maret 2023

Oleh

Pembimbing

Ns. Badar, SST., M.Kes

NIDN: 4031126904

Pembimbing Pendamping

Ns. Abd. Kadir S.Kep., M. Kep

NIDN. 1110119601

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur



Ns. Tini, S.Kep., M.,Kep

NIP. 198107012006042004

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Defisit
Perawatan Diri Di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada

Mahakam Samarinda Kalimantan Timur

Telah Diuji

Pada Tanggal 16 Juni 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

1. Ns. Gajali Rahman, S.Kep., M.Kep

NIDN. 4012097801

(.....)

2. Ns. Badar, SST., M.Kes

NIDN: 4031126904

(.....)

3. Ns. Abd. Kadir S.Kep., M. Kep

NIDN. 11101119601

(.....)

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Wiyadi, S.Kep, M. Sc

NIP. 196803151991021002

Ns. Tini, S.Kep., M.Kep

NIP. 198107012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data diri

Nama : Khairun Nissa

Tempat, Tanggal lahir: Samarinda, 05 November 2001

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jln. Manunggal GG.1 Rt.11 No.10 Loa bakung

B. Riwayat Pendidikan

2008-2014 : SDN 002 Sungai Kunjang

2014-2017 : SMPN 16 sungai Kunjang

2017-2020 : SMK Kesehatan Samarinda

2020-sekarang : Mahasiswa D-III Keperawatan Samarinda

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan

Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Defisit Perawatan Diri Di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”, dapat terselesaikan sebaik-baiknya.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, dan arahan dari semua pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr,M. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kalimantan Timur.
3. Ns.Tini, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kalimantan Timur.
4. Ns. Gajali Rahman, S.Kep., M.Kep selaku penguji utama Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Badar, SST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah saya hingga selesai.

6. Ns. Abd. Kadir,S.Kep,.M.Kep selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan pada saya dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.
7. Untuk seluruh keluarga saya, terkhusus kedua orang tua, dan kakak-kakak saya. Bapak M.isaini, Ibu Henni, kakak saya Sinta, Dani, Rahman, Reny, Janah, dan calon suami saya Prajurit Dua Andika Aldi Saputra yang selalu memberikan doa, motivasi yang tiada henti dan bantuan finansial untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
8. Untuk Teman saya yang sangat mendukung Stefani dewi dan Floranty yang selalu menemani saat saya bimbingan, Adapun juga teman-teman saya kak Mirham, yang tidak bisa sebutkan satu persatu yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan juga kritik untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat dan menambah ilmu bagi pembacanya.

Samarinda, 16 Juli 2023

Khairun Nissa

ABSTRAK

ASUHAN KEPERWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG PUNAI RSJD ATMA HUSADA MAHKAM SAMARINDA

Khairun nissa¹, Badar², Abd Kadir³

¹⁾Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

^{2) 3)}Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Latar Belakang : Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri yang memadai, membutuhkan banyak sistem yang dapat membantu klien memenuhi kebutuhannya. Dalam hal ini, Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat mengatasi masalah kurangnya perawatan diri, yaitu bertindak untuk orang lain, bertindak sebagai panduan untuk orang lain, membantu dalam meningkatkan perkembangan lingkungan, mengajarkan orang lain (Orem, 1991; Prihadi & Erlando, 2019).

Tujuan : Untuk mengetahui asuhan keperawatan dengan masalah utama defisit perawatan diri meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Metode : Metode karya tulis ilmiah ini dengan menggunakan metode desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk mengkaji masalah perawatan kesehatan jiwa dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. Kemudian hasil keduanya dibandingkan untuk menemukan persamaan dan perbedaan kedua pasien setelah dilakukan asuhan keperawatan.

Hasil dan Pembahasan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari perawatan maka didapatkan pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan menunjukkan ekspresi dan respon yang baik. Pasien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri, dan mampu melakukan kegiatan yang sudah dilatih sesuai dengan kemampuan yang dimiliki pasien.

Kesimpulan dan Saran : Didapatkan hasil peningkatan kemampuan klien dengan dianalisis defisit perawatan diri dibanding sebelum dilakukan intervensi keperawatan. Kerjasama antar tim kesehatan dan lingkungan menjadi faktor penting dalam kesembuhan pasien, komunikasi terapeutik yang baik dapat mendorong klien lebih kooperatif.

Kata Kunci: Defisit Perawatan Diri, Asuhan Keperawatan Jiwa, Perawat Jiwa, Rumah Sakit Jiwa.

ABSTRACT

MENTAL NURSING CARE WITH MAIN PROBLEMS SELF-CARE DEFICIT IN PUNAI ROOMS RSJD ATMA HUSADA MAHKAM SAMARINDA

Khairun nissa¹⁾, Badar²⁾, Abd Kadir³⁾

¹⁾D-III Nursing Study Program Students East Kalimantan Ministry of Health Polytechnic, ²⁾³⁾Nursing Lecturer East Kalimantan Ministry of Health Polytechnic

Background: Self-care deficit is a person's inability to carry out adequate self-care, requiring many systems that can help clients meet their needs. In this case, Orem identifies five methods that can overcome the problem of lack of self-care, namely acting for others, acting as a guide for others, helping to improve environmental development, teaching others (Orem, 1991; Prihadi & Erlando, 2019).

Objective: To find out nursing care with the main problem of self-care deficit including nursing assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation.

Method: The method of this scientific writing uses a descriptive design method with a case study approach to examine the problem of mental health care with the main problem being self-care deficits in the pay room of the Atma Husada Mahakam Samarinda Regional Mental Hospital. Then the results of the two were compared to find similarities and differences between the two patients after nursing care was carried out.

Results and Discussion: After carrying out nursing actions for 6 days of treatment, it was found that the patient was able to build a trusting relationship by showing good expressions and responses. Patients can carry out self-care independently, and are able to carry out activities that have been trained according to the abilities of the patient.

Conclusions and Suggestions: The results of increasing the ability of clients with a diagnosis of self-care deficit were obtained compared to before nursing intervention was carried out. Cooperation between the health team and the environment is an important factor in patient recovery, good therapeutic communication can encourage clients to be more cooperative.

Keywords: Self Care Deficit, Psychiatric Nursing Care, Psychiatric Nurse, Atma Husada Mahakam Samarinda Regional Mental Hospital.

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat.....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Daftar Riwayat Hidup	vi
Kata Pengantar	vii
Abstrak	ix
Daftar Isi.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Bagi Peneliti	6
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian	6
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri	8
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4 Menurut Rentang Respons Kognitif.....	10
2.1.5 Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri.....	10
2.1.6 Penatalaksanaan	12
2.1.7 Kriteria Pada Pasien Defisit Perawatan Diri	13

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	15
2.2.1 Pengkajian	15
2.2.2 Pohon Masalah	23
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	23
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	24
2.2.5 Implementasi Keperawatan.....	25
2.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	25
2.2.7 Dokumentasi Keperawatan	26
BAB III METODE PENELITIAN	27
3.1 Desain Penelitian	27
3.2 Subjek Penelitian.....	27
3.2.1 Kriteria Inklusi	27
3.2.2 Kriteria Eksklusi.....	27
3.3 Batasan istilah (Definisi Persisional).....	28
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	28
3.4.1 Lokasi	28
3.4.2 Waktu	28
3.5 Prosedur Penelitian	29
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	30
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	30
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	31
3.7 Keabsahan Data	31
3.7.1 Data Primer	31
3.7.2 Data Sekunder	31
3.8 Analisis Data	31
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	34
4.1 HASIL	34
4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus	34
4.1.2 Gambaran Subyek Studi Kasus	35
4.1.3 Data Asuhan Keperawatan	36

4.2 PEMBAHASAN	75
4.2.1 Pembahasan Ny. S.....	71
4.2.2 Pembahasan Ny. T	72
BAB V PENUTUP.....	75
5.1 Kesimpulan	75
5.2 Saran	76
DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri.....	23
Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan Jiwa	36
Tabel 4.2 Diagnosa Keperawatan Jiwa	40
Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan Jiwa	41
Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan Jiwa Ny. S	45
Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan Jiwa Ny. T	54
Tabel 4.6 Evaluasi Keperawatan Jiwa Ny. S	63
Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan Jiwa Ny. T	67



DAFTAR BAGAN

Gambar 2.1 Rentang Respon 10

Gambar 2.2 Format Pengkajian Pasien Defisit Perawatan Diri.....26



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Evaluasi Kemampuan Klien Ny.S dan Ny.T	97
Lampiran 2 : Jadwal Harian Klien Ny.S dan Ny.T	99
Lampiran 3 : Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa	101
Lampiran 4 : Lembar Verifikasi Judul KTI	116
Lampiran 5 : Lembar Kesediaan Membimbing KTI.....	117
Lampiran 6 : Surat izin praktik askep & Studi kasus.....	120
Lampiran 7 : Nota dinas menguji KTI	122
Lampiran 8 : Lembar Konsul	123



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang dimana individu tersebut mampu berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan individu tersebut mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Pardede, 2020).

Menurut (*World Health Organization*, 2019), gangguan jiwa terus meningkat secara signifikan di setiap negara di dunia, dengan sekitar 264 juta orang menderita depresi, 45 juta jiwa menderita gangguan bipolar, 50 juta jiwa demensia, 20 juta jiwa skizofrenia dan psikosis lainnya. Prevelensi skizofrenia telat meningkat dari 40% menjadi 26 juta jiwa (WHO 2021).

Menurut Kementerian Kesehatan, terdapat hingga 277.000 kasus gangguan jiwa di Indonesia selama pandemi COVID-19 hingga Juni 2020. Jumlah kasus gangguan jiwa meningkat dibandingkan tahun 2019 yang hanya berjumlah 197.000 orang. Jika dilihat secara global, kontribusi sekitar 14,47%. Asia Tenggara kasus gangguan mental memberikan kontribusi sekitar 13,5% sedangkan untuk Indonesia sendiri gangguan mental memberikan kontribusi sebesar 13,4% (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI 2019).

Selain itu, (Riskesdas, 2018) juga mencatat prevalensi ART rumah tangga penderita skizofrenia atau psikosis menurut provinsi yang memiliki angka gangguan jiwa tertinggi adalah provinsi Bali (11,1%) dan terendah provinsi Kepulauan Riau (2,8%). Sedangkan prevalensi di Kalimantan Timur (5,1%) menempati 27 dari 34 provinsi. Dan menurut temuan Riskesdas 2018, prevalensi skizofrenia di provinsi Kalimantan Timur sebesar 6,2 persen per seribu. Sementara itu, Balai Penelitian dan Kesehatan Kaltim menemukan pada 2018 angka kejadian skizofrenia di Samarinda mencapai 12,9 persen per kilometer.

Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri yang memadai, membutuhkan banyak sistem yang dapat membantu klien memenuhi kebutuhannya. Dalam hal ini, Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat mengatasi masalah kurangnya perawatan diri, yaitu bertindak untuk orang lain, bertindak sebagai panduan untuk orang lain, membantu dalam meningkatkan perkembangan lingkungan, mengajarkan orang lain (Orem, 1991; Prihadi & Erlando, 2019).

Keterbatasan perawatan diri biasanya diakibatkan karena stresor yang cukup berat dan sulit ditangani oleh klien (klien bisa mengalami harga diri rendah) sehingga dirinya tidak mau mengurus atau merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi, berpakaian, berhias, makan, maupun BAB dan BAK. Bila tidak dilakukan intervensi oleh perawat, maka kemungkinan klien bisa mengalami masalah risiko tinggi isolasi sosial.

Defisit perawatan diri pada pasien ditandai dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian, dan berhias secara mandiri, serta minat melakukan perawatan diri kurang. Tanda yang muncul pada pasien defisit perawatan diri sangat khas dengan menjauhkan diri dari prinsip bersih atau personal *hygiene*, dimana semua tanda tersebut cenderung berupa tindakan dan rasa penolakan atau malas melakukan personal *hygiene* (Puspita Sari et al, 2021).

Adapun masalah yang ditemukan adalah Defisit Perawatan Diri pada tahun 2009 sebanyak sekitar 500 orang di provinsi Sulawesi Selatan Rumah Sakit Khusus daerah (RSKD). Defisit Perawatan Diri sebanyak 614 (22%) di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta (Hastuti, Hendarsih, & Susana, 2018), di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau masalah Defisit Perawatan Diri sebanyak 96 (10,95%) (RSJ Tampan, 2014), di Rumah Sakit Jiwa menurut Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan 4 bulan lalu tahun 2021 jumlah Defisit Perawatan Diri (4,06%).

Menurut data yang diperoleh dari Rekam Medik rumah Sakit JiwaDaerah Atma Husada Mahakam pada tahun 2020 untuk pasien dengan Defisit Perawatan Diri 9,25% (Aldaria, 2021).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan didapatkan data pasien di Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda pada bulan Januari-November tahun 2021 di Ruang Punai dengan persentase 83,01% yang mengalami halusinasi, 1,88% yang mengalami harga diri rendah, 0%

yang mengalami isolasi sosial, 0% yang mengalami waham, 11,32% yang mengalami perilaku kekerasan dan 3,77% yang mengalami defisit perawatan diri.

Dari latar belakang tersebut, penulis akan melakukan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif pada pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

1.2 Rumusan Masalah

Sebagaimana uraian latar belakang yang diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana perawatan pada pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini untuk mengetahui asuhan keperawatan dengan masalah utama defisit perawatan diri di Ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, 2023.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, 2023.

2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, 2023.
3. Menyusun rencana keperawatan untuk pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, 2023.
4. Apakah tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, 2023.
5. Evaluasi pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, 2023.
6. Dokumentasi pada pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, 2023.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi peneliti

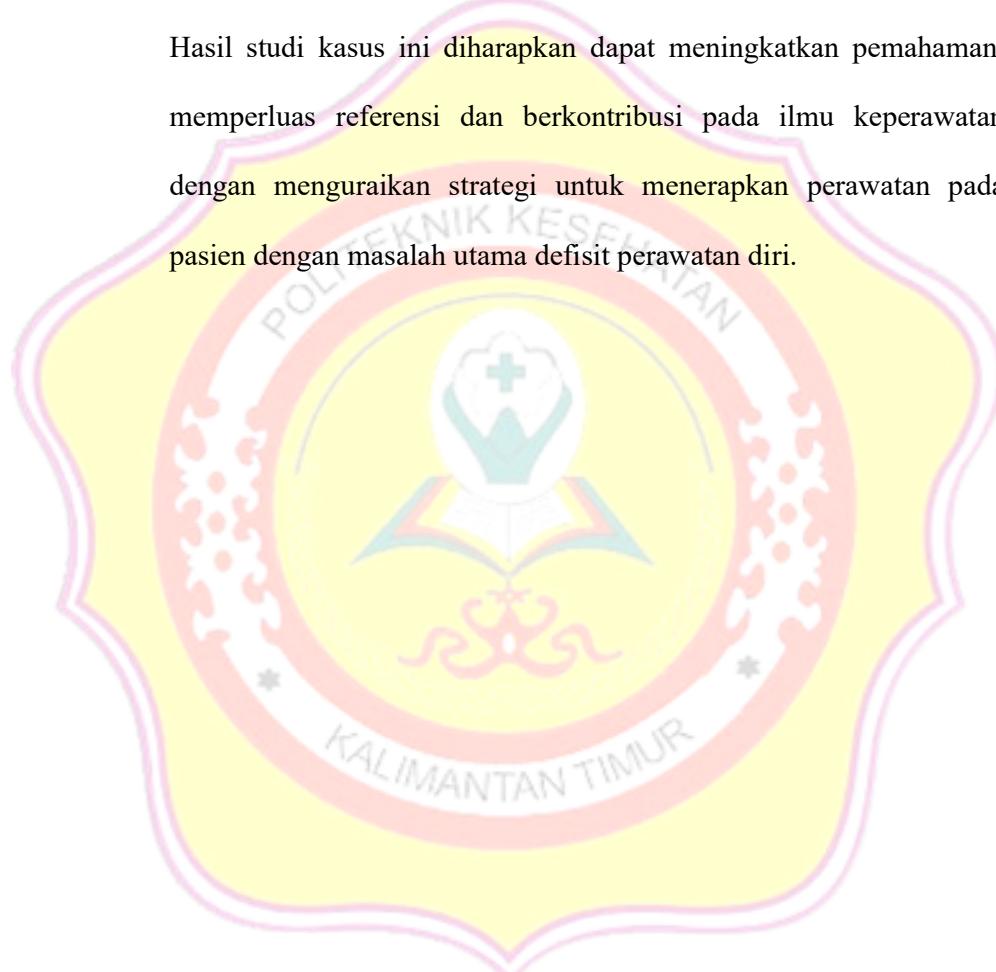
Kemajuan pengetahuan dan pemahaman studi kasus bagi peneliti dan penerapan keperawatan pada pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, 2023.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dan referensi, khususnya pada penelitian-penelitian selanjutnya tentang defisit perawatan diri.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman, memperluas referensi dan berkontribusi pada ilmu keperawatan dengan menguraikan strategi untuk menerapkan perawatan pada pasien dengan masalah utama defisit perawatan diri.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

2.1.1 Definisi

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian/berhias, makan dan BAB/BAK (Laila & Pardede, 2022).

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami kelainan pada kemampuan untuk mandiri melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Keenggangan untuk mandi secara teratur, kurang menyisir, pakaian kotor, bau badan, bau mulut dan penampilan tidak rapi. Kurangnya perawatan diri adalah salah satu masalah yang dihadapi oleh pasien dengan masalah kesehatan mental.

Dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang mengalami kelainan kemampuan dalam melakukan atau melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti : tidak mau mandi secara teratur, rambut tidak terawat, pakaian kotor, badan bau mulut, bau mulut dan penampilan berantakan (Indriani, 2021).

2.1.2 Jenis – Jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Hasana (2021) jenis-jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu :

1. Defisit perawatan 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.

2.1.3 Etiologi

a. Faktor predisposisi (Nurhalimah, 2016) :

- 1) Biologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan keperawatan diri dan dikarenakan adanya faktor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2) Psikologis, adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu.

Klien yang mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

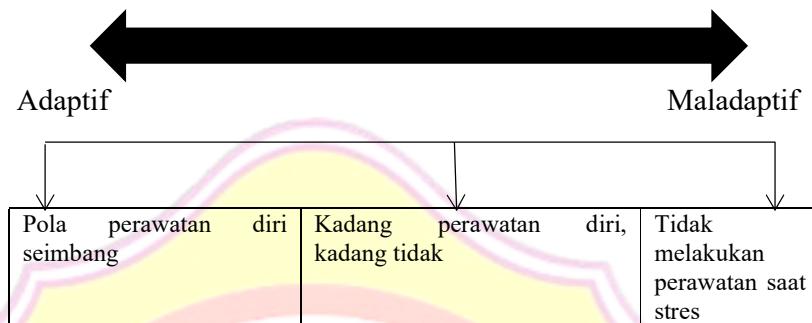
3) Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.

b. Faktor presipitasi

Yang merupakan faktor presiptasi 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.

2.1.4 Menurut Rentang Respon Kognitif

Menurut Yanti (2021) rentang respon perawatan diri klien adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Rentang respons kognitif

Keterangan :

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

2.1.5 Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Menurut Nafiyati (2018) tanda dan gejala defisit perawatan diri terdiri dari :

- a) Data subjektif Klien mengatakan :
 - 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
 - 7) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
 - 8) BAB dan BAK sembarangan
 - 9) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
 - 10) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar
- b) Data objektif
- 1) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang
 - 2) Tidak menggunakan alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar
 - 3) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan
 - 4) Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu/sandal, tidak mengancingkan baju atau celana
 - 5) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, mis : memakai pakaian berlapis-lapis,

pengguna pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, mis : telanjang

- 6) Makan dan minum sembarangan dan berhamburan, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan maknan, memindahkan makanan ke alat makan, tidak mampu memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan
- 7) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB dan BAK

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut SAK (2017) perencanaan tindakan keperawatan untuk pasien defisit perawatan diri juga ditunjukan untuk keluarga sehingga keluarga mampu mengarahkan pasien dalam melakukan perawatan diri tindakan keperawatan defisit perawatan diri sebagai berikut :

- a. Tindakan mandiri
 - 1) Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri serta melatih pasien merawat diri: mandi mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri

- a) Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri
 - b) Menjelaskan cara perawatan diri : mandi (tanyakan alasan tidak mau mandi, berapa kali mandi dalam sehari, manfaat mandi, peralatan mau mandi, cara mandi yang benar)
 - c) Melatih pasien cara perawatan diri
 - d) Melatih pasien memasukkan kegiatan mandi dalam jadwal kegiatan harian
- 2) Jelaskan dan melatih pasien perawatan kebersihan diri : berhias
- a) Melatih pasien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian
 - b) Mendiskusikan tentang cara perawatan diri berdandan (alat yang dibutuhkan, kegiatan berdandan, cara berdandan, waktu berdandan, manfaat berdandan, kegiatan jika tidak berdandan)
 - c) Melalui cara berdandan
 - d) Melatih pasien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian
- 3) Latih cara melakukan perawatan diri : makan/minum
- a) Mendiskusikan cara perawatan diri : makan/minum (tanyakan alat-alat yang dibutuhkan, cara makan

minum, waktu makan minum, manfaat makan minum dan kerugian jika tidak makan minum

- b) Melatih cara perawatan diri : makan/minum
- c) Melatih pasien memasukkan kegiatan makan/minum dalam jadwal kegiatan harian.

4) Latih cara melakukan perawatan diri : BAK/BAK

- a) Mendiskusikan cara perawatan diri BAK/BAB
(alat yang dibutuhkan, kegiatan BAB/BAK, cara melakukan BAB/BAK yang benar, manfaat BAB/BAK yang benar, kerugian jika BAB/BAK tidak benar)
- b) Melatih cara perawatan diri : BAB/BAK
- c) Melatih pasien memasukkan kegiatan BAB/BAK dalam jadwal kegiatan.

2.1.7 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 berbandana.

- c. Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai oleh ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, 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.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 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 (Erlando, 2019).

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

e. Psikososial

1) Genogram

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

2) Konsep Diri

a) Citra tubuh

Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien tubuh yg disukai maupun tidak disukai (Nurgaini, 2018).

b) Identitas diri

Kaji status dan posisi pasien sebelum klien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan (Bunaini, 2020)

c) Peran diri

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

d) Ideal diri

Berisi harapan klien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan/sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya (Bunaini, 2020).

e) Harga diri

Kaji klien tentang hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien yang berhubungan dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai dengan harapan, penilaian klien tentang pandangan atau penghargaan orang lain (Safitri, 2020).

f) Hubungan sosial

Hubungan klien dengan orang lain akan sangat terganggu karena penampilan klien yang kotor yang mengakibatkan orang sekitar menjauh dan menghindari klien. Terdapat hambatan dalam berhubungan dengan orang lain (Bunaini, 2020).

g) Spiritual

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

h) Status mental

1) Penampilan

Penampilan klien sangat tidak rapi, tidak mengetahui caranya berpakaian dan penggunaan pakaian tidak sesuai (Putri, 2018).

2) Cara bicara/Pembicaraan

Cara bicara klien yang lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatis serta tidak mampu memulai pembicaraan (Malle, 2021).

3) Aktivitas Motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif (Putri, 2018).

4) Alam perasaan

Klien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina (Malle, 2021).

5) Afek

Klien tampak datar, tumpul, emosi klien berubah – ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih, dan cemas (Putri, 2018).

6) Interaksi Saat Wawancara

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

7) Persepsi

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

ingin membersihkan diri dan klien mengalami depersonalisasi.

8) Proses pikir

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

i) Kebutuhan Klien Pulang

1) Makan

Klien kurang mampu makan, cara makan klien yang terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) Berpakaian

Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan.

3) Mandi

Klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, mencuci rambut, memotong kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau.

4) BAB/BAK

Klien BAB/BAK tidak pada tempatnya seperti dintempat tidur dan klien tidak dapat membersihkan BAB/BAK nya.

5) Istirahat

Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.

6) Penggunaan obat

Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.

7) Aktivitas di Rumah

Klien tidak mampu melakukan semua aktivitas di dalam rumah karena klien selalu merasa malas.

j) Mekanisme Koping menurut Dayanti (2018) yaitu :

1) Adaptif

Menurut (Danyanti, 2018), klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, klien tidak mampu berolahraga karena klien sama sekali, selalu menghindari orang lain.

2) Maladaptive

Menurut (Dayanti, 2018), klien bereaksi sangat lambat terkadang berlebihan, klien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

3) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Menurut (Dayanti, 2018), klien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

4) Pengetahuan

Menurut (Dayanti, 2018), klien defisit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

k) Sumber coping

Menurut (Maryam, 2018), 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.

2.2.2 Pohon masalah



2.2.3 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 b.d penurunan motivasi/minat
2. Resiko perilaku kekerasan b.d alam perasaan depresi
3. Harga diri rendah b.d perubahan peran sosial
4. Isolasi sosial b.d perubahan status mental

2.2.4 Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Sumber: (Tim Pokja DPP PPNI, 2019)

No.	Data	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Manajemen Keperawatan
1.	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan diri <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/me ngenakan/pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang 	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/psikotik, penurunan motivasi/minat d.d menolak melakukan perawatan diri (D.0109)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka perawatan diri (L.1103) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian (50) 3. Kemampuan ke toilet BAB/BAK (5) 4. Vebaliasi keinginan melakukan perawatan diri (5) 5. Minat melakukan perawatan diri (5) 6. Mempertahankan kebersihan diri(5) 7. Mempertahankan kebersihan mulut (5) 	<p>Strategi Pelaksanaan : SP 1</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah perawatan diri: kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK. 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 3. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri. 4. Latih cara menjaga kebersihan diri: mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut potong kuku. 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). <p>SP2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri (beri pujian) 2. Jelaskan cara dan alat berdandan 3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri 4. Masukan pada jadwal kegiatan

				<p>untuk kebersihan diri dan berdandan</p> <p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan 2. Jelaskan cara dan alat makan minum 3. Latih cara dan alat makan dan minum <p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum 2. Jelaskan cara BAB/BAK 3. Latih cara BAB/BAK 4. Masukan jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta BAB/BAK <p>Dukungan Perawatan Diri (1.11348) :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2.1 Monitor tingkat kemandirian 2.2 identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
--	--	--	--	---

				<p>Terapeutik</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 dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>2.6 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>2.7 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan diri</p> <p>2.8 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1.10 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
2.	<p>Subjektif</p> <p>1. Merasa ingin sendirian</p> <p>2. Merasa tidak aman di tempat umum</p> <p>Objektif</p> <p>3. Menarik diri</p> <p>4. Tidak</p>	<p>Isolasi sosial b.d ketidakadekuatan sumber saya personal d.d menarik diri (D. 0121)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka keterlibatan sosial (L.13115) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Minat interaksi (5)</p> <p>2. Minat terhadap aktivitas (5)</p> <p>3. Perilaku</p>	<p>Strategi Pelaksanaan</p> <p>1. SP 1 Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu pasien mengenal manfaat berhubungan dan kerugian tidak berhubungan</p>

	berminat/me nolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan		4. menarik diri (5) 5. Afek murung/sedih (5) 6. Perilaku bermusuhan (5) 7. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain (5) 8. Kontak mata (5) 9. Tugas perkembangan sesuai usia (5)	dengan orang lain, dan mengajarkan pasien berkenalan. 2. SP 2 Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap atau berkenalan dengan orang pertama yaitu seorang perawat. 3. SP 3 Melatih pasien berinteraksi secara bertahap berkenalan dengan perawat dan pasien lain. 4. SP 4 Membantu pasien dalam meminum obat secara teratur selain itu kemampuan berkomunikasi dengan menggunakan 3 terapi meliputi terapi farmakoterapi, terapi psikoterapi dan terapi modalitas. Promosi Sosialisasi (I.13498) Observas 2.1 Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2.2 Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik 2.3 Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2.4 Motivasi kesabaran dalam mengembangka n suatu hubungan
--	--	--	---	--

				<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>Edukasi</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</p>
--	--	--	--	--

				dengar) 2.16 Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 2.17 Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 2.18 Latih mengekspresikan marah dengan tepat
3.	Subjektif : 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 negatif tentang diri sendiri 7. Menolak penilaian negative tentang diri sendiri Objektif 1. Enggan mencoba hal baru	Harga diri rendah kronis b.d terpapar situasi traumatis, kegagalan berulang d.d menilai diri negatif (D. 0086)	1. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka harga diri (L.09069) meningkat dengan kriteria hasil: 2. Penilaian diri positif (5) 3. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif (5) 4. Minat mencoba hal baru (5) 5. Konsentrasi (5) 6. Tidur (5) 7. Kontak mata (5) 8. Gairah aktivitas (5) 9. Aktif (5) 10. Percaya diri bicara (5) 11. Kemampuan membuat keputusan 12. Perasaan tidak mampu melakukan apapun (5) 13. Perasaan malu (5)	Strategi Pelaksanaan : SP 1 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. SP 2 1. Menilai kemampuan yang dapat digunakan oleh klien. 2. Memilih kegiatan sesuai dengan kemampuan klien. 3. Melatih kegiatan yang dipilih sesuai dengan kemampuan klien. 4. Membantu menyusun jadwal kegiatan yang akan dilatih sesuai jadwal. SP 3 1. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2 SP 4: 1. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3 Observasi 3.1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan

	<p>2. Berjalan menunduk Postur tubuh menuduk</p>			<p>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</p> <p>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 negatif diri</p> <p>3.10. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</p> <p>3.11. Diskusikan penetapan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</p> <p>3.12. Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan Batasan yang jelas</p> <p>3.13. Berikan umpan</p>
--	--	--	--	--

				<p>balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</p> <p>Edukasi</p> <p>3.14. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri</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 mengatasi bullying</p> <p>3.21. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri</p> <p>3.22. Latih pernyataan/ke mampuan positif diri</p> <p>3.23. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</p>
--	--	--	--	---

2.2.5 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 (Elfariyani, 2021).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Ginting, 2021) evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu :

1. Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan.
2. Evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusu serta umum yang telah ditentukan

2.2.7 Dokumentasi Keperawatan

Format Pengkajian Pasien Defisit Perawatan Diri		
<p>a. Status Mental</p> <p>1. Penampilan</p> <p>[] Tidak rapi [] Penggunaan pakaian tidak sesuai [] Cara berpakaian tidak seperti biasanya</p> <p>Jelaskan.....</p> <p>Masalah Keperawatan.....</p>		
<p>b. Kebutuhan Sehari-hari</p> <p>1. Kebersihan Diri</p> <p>[] Bantuan minimal [] Bantuan total</p> <p>2. Makan</p> <p>[] Bantuan minimal [] Bantuan total</p> <p>3. BAB/BAK</p> <p>[] Bantuan minimal [] Bantuan total</p> <p>4. Berpakaian/berhias</p> <p>[] Bantuan minimal [] Bantuan total</p> <p>Jelaskan.....</p> <p>Masalah Keperawatan.....</p>		

Gambar 2.2: Fokus pengkajian Defisit Perawatan Diri

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penulisan karya tulis ilmiah ini dengan menggunakan metode desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk mengkaji masalah perawatan kesehatan jiwa dengan masalah utama defisit perawatan diri di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. Pendekatan keperawatan jiwa digunakan sebagai pendekatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan jiwa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2 Subjek Penelitian

Subjek penulisan karya tulis ilmiah ini adalah individu dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri dalam keperawatan jiwa yang dirawat oleh dua pasien dengan masalah keperawatan yang sama yaitu defisit perawatan diri, di ruang punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

3.2.1 Kriteria Inklusi

- a. Responden dengan diagnosa defisit perawatan diri.
- b. Responden bersedia dan kooperatif.
- c. Responden mampu berbahasa Indonesia dengan baik.
- d. Responden yang sudah teratasi masalah penyebab defisit perawatan diri.

3.2.2 Kriteria Eksklusi

- a. Responden mengundurkan diri saat penelitian berlangsung.
- b. Responden meninggal dunia pada saat dilakukannya penelitian.
- c. Responden tidak kooperatif.
- d. Responden dengan gaduh gelisah.

3.2 Batasan istilah (Definisi Perasional)

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan atau melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian/berhias, makan, BAB/BAK, dan mandi (toilet) (Laila & Pardede, 2022).

Pada studi kasus ini perawatan pasien keduanya dilakukan \pm 6 hari, dengan menggunakan asuhan keperawatan jiwa sebagai rangkaian proses keperawatan dilakukan pengkajian, perumusan diagnosis, melakukan intervensi, melakukan tindakan dengan strategi pelaksanaan, dan melakukan evaluasi tindakan pada kedua pasien tersebut.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Lokasi studi kasus dilakukan di Ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Arma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2023.

3.4.2 Waktu

Penelitian studi kasus ini dilakukan dalam waktu \pm 6 hari pada bulan Maret, Tahun 2023.

No.	Hari ke -	Kegiatan
1.	Hari ke 1	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengambil data pasien jiwa Ruang punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. 2. Melakukan observasi pasien sesuai dengan kriteria subyek penelitian. 3. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan secara bertahap kepada pasien. 4. Melakukan pengkajian awal kepada pasien. 5. Merumuskan diagnosis kepada dua pasien. 6. Merumuskan intervensi dengan strategi pelaksanaan kepada pasien.
2.	Hari ke 2	Melaksanakan strategi pelaksanaan (SP) 1 kepada pasien.
3.	Hari ke 3	Melakukan evaluasi strategi pelaksanaan (SP) 1 dan melaksanakan strategi pelaksanaan (SP) 2 kepada pasien.
4.	Hari ke 4	Melakukan evaluasi strategi pelaksanaan (SP) 2 dan Melaksanakan strategi pelaksanaan (SP) 3 kepada pasien.
5.	Hari ke 5	Melakukan evaluasi strategi pelaksanaan (SP) 3 dan Melaksanakan strategi pelaksanaan (SP) 4 kepada pasien.
6.	Hari ke 6	Melakukan evaluasi strategi pelaksanaan (SP) 1, (SP) 2, (SP) 3, (SP) 4 kepada pasien.

3.5 Prosedur Penelitian

Pada studi kasus diawali dengan proposal penelitian ilmiah oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus, kemudian dilakukan pengumpulan data pada saat praktek lapangan setelah mendapat persetujuan dari semua dosen pembimbing. Informasi yang diperoleh berupa hasil pengkajian, observasi, wawancara, dan penyampaian layanan asuhan keperawatan kepada kasus yang menjadi pokok bahasan studi kasus. Prosedur studi kasus dalam penulisan ini sebagai berikut :

1. Meminta izin penelitian melalui surat izin penulis kepada pihak Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
2. Mencari dua pasien dengan masalah defisit perawatan diri di ruangan yang akan diteliti.
3. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien.
4. Melakukan pengkajian pada dua pasien dengan kasus yang sama yaitu defisit perawatan diri.
5. Menegakkan diagnosis pada dua pasien dengan kasus yang sama yaitu defisit perawatan diri.
6. Menegakkan intervensi dengan strategi pelaksanaan pasien jiwa antara lain : Melatih perawatan diri, Mandi dan cara berdandan yang sesuai, cara makan dan minum yang baik, dan cara eliminasi (BAB dan BAK) yang benar.

7. Melakukan implementasi strategi pelaksanaan pada dua pasien dengan kasus defisit perawatan diri.
8. Melakukan evaluasi tindakan pada dua pasien dengan kasus defisit perawatan diri.
9. Melakukan dokumentasi tindakan yang dilakukan selama penulisan.
10. Penyajian hasil pengelolaan data atau penulisan hasil dalam bentuk tabel perbandingan dua pasien dengan kasus yang sama setelah perawatan dalam pengelolaan defisit perawatan diri dengan strategi pelaksanaan pasien.

3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperlukan dalam studi kasus ini karena bertujuan untuk mengumpulkan data-data penting pasien yang dikelola. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut :

- 1) Wawancara : Menanyakan identitas pasien, menanyakan keluhan utama, menanyakan riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga, menanyakan informasi tentang pasien kepada keluarga.
- 2) Observasi dan pemeriksaan fisik : Inpeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

- 3) Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan pasien dan dilakukan menggunakan format asuhan keperawatan jiwa.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrument pengumpulan data yang digunakan yaitu format pengkajian asuhan keperawatan jiwa yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Studi kasus ini juga menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) yang dilakukan pada kedua pasien dengan kasus yang sama yaitu defisit perawatan diri.

3.7 Keabsahan Data

3.7.1 Data Primer

Sumber data diperoleh langsung dari pasien melalui wawancara. Contoh informasi yang diterima, seperti masalah kesehatan pasien yang sedang dialami oleh pasien.

3.7.2 Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari catatan pasien seperti rekam medis pasien atau menanyakan dengan perawat yang ada di ruangan.

3.8 Analisis Data

Dilakukan analisis data sejak penelitian di lapangan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis data yang digunakan yaitu wawancara dengan menanyakan kepada pasien mengenai

masalah yang dialami sesuai diagnosis keperawatan yang ditegakkan.

Dan teknik analisis data juga menggunakan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus

Penulisan KTI ini didasarkan pada pengelolaan pasien yang dilakukan di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang terletak di jalan Kakap No.23 Samarinda, Kalimantan Timur. Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda atau yang dulu dikenal dengan nama Rumah Sakit Jiwa Pusat (RSJP) ini didirikan pada tahun 1993.

Fasilitas yang tersedia di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda antara lain Instalasi Gawat Darurat (IGD) , Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Pemulihan Ketergantungan NAPZA, Unit Rehabilitasi, Farmasi, Pemeriksaan Penunjang Psikiatri, Layanan KESWAMAS, Kapasitas Ruangan Rawat Inap di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda kurang lebih 285 tempat tidur.

Untuk rawat inap terdapat beberapa bangunan yang terbagi menjadi beberapa ruangan di antaranya Ruang Kelas 1 Pria dan Wanita, Kelas 2 Pria dan Wanita, Bangsal Kelas 3 Pria dan Wanita, Ruang Picu, Ruang Intermediate dan Ruang Perawatan

Psikogeriatri. Studi Kasus ini menggunakan Ruang Punai yaitu Ruang Kelas 3 perawatan wanita. Adapun Ruang Punai terdiri dari 1 ruang perawat, 1 raung kepala ruangan, 1 toilet pegawai, 1 kamar mandiri, 4 kamar intermediate dan 4 toilet , 1 kamar isolasi dan 1 toilet, 2 kamar kelas 2 dan 2 toilet , 1 kamar GMO dan 1 toilet, dan 1 ruang makan.

4.1.2 Gambaran Subyek Studi Kasus

Dalam penelitian ini, dipilih dua orang klien sebagai subyek penelitian sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan sebelumnya.

Klien 1

Ny. S berusia 26 tahun, beragama Islam, tidak bekerja, dan belum menikah. Pasien datang ke IGD diantar oleh Dinas Sosial Balikpapan dengan keluhan keluyuran, telanjang tidak menggunakan pakaian, bicara sendiri, dan tidak mau minum obat. Sebelumnya, pasien sudah pernah dirawat di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda pada tanggal 10 oktober 2022 kemudian kembali lagi pada tanggal 24 April 2023. Sekarang pasien berada di ruang Punai, keadaan pasien tampak stabil tetapi masih perlu bantuan minimal untuk memenuhi ADL secara mandiri.

Klien 2

Ny. T berusia 45 tahun, beragama Islam, tidak bekerja, pendidikan terakhir SMA, pasien adalah gelandangan di samarinda. Pasien datang ke IGD diantar oleh Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK) dengan keluhan meresahkan warga, keluyuran, penampilan kotor, dan rambut gimbal. Pasien berbicara tidak jelas dan cepat. Pasien baru pertama kali diantar ke Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda (RSJD) pada tanggal 04 April 2023, sekarang pasien dirawat diruang Punai, keadaan pasien tampak stabil tetapi masih perlu bantuan minimal untuk memenuhi ADL secara mandiri.

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Pengkajian Klien Defisit Perawatan Diri

Data Anamnesis	Pasien 1	Pasien 2
Identitas pasien	Ny. S (26 tahun), beragama Islam, alamat Balikpapan, pendidikan terakhir TK, suku bugis, tidak bekerja, masuk ruang perawatan tanggal 24 April 2023 (hari perawatan ke-20)	Ny. T (45 tahun), beragama Islam, alamat gelandangan samarinda, pendidikan terakhir SMA, suku banjar, tidak bekerja, masuk ruang perawatan tanggal 04 April 2023 (hari perawatan ke-32)
Riwayat penyakit	Keluhan utama Ny. S sering mendengar suara bisikan yang menghina dirinya. Ny. S diantar oleh petugas Dinsos ke RSDJ Atma Husada	Keluhan utama Ny. T berbicara tidak jelas dan cepat. Ny. T diantar oleh TKSK Samarinda ke RSJD Atma Husada

	Mahakam Samarinda dengan keluhan keluyuran , telanjang tidak menggunakan pakaian, bicara sendiri, dan tidak mau minum obat, pasien memiliki riwayat penyakit Hemoroid C.	Mahakam Samarinda dengan keluhan meresahkan warga sekitar, sering keluyuran, penampilan kotor, rambut gimbal, pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus.
Faktor predisposisi	Pasien mengatakan memiliki kepribadian introvert tidak ingin berbicara kepada orang yang ia tidak kenal, sebelumnya pasien pernah mengalami gangguan jiwa rutin keluar masuk rumah sakit jiwa karena pengobatan yang kurang berhasil.	Pasien mengatakan memiliki kepribadian introvert dan mengatakan bahwa dirinya pernah mengalami anaya seksual dan tidak malu kepada siapapun itu.
Psikososial	<p>Ny. S merupakan anak pertama dari 2 bersaudara, pasien memiliki 1 saudara laki-laki, orang tua pasien sudah berpisah, dan pasien tinggal bersama tante dan paman nya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gambaran diri pasien menyukai seluruh tubuhnya 2. Identitas pasien sebagai seorang wanita 3. Peran pasien sebagai seorang anak 4. Ideal diri pasien ingin cepat pulang 5. Harga diri pasien sehari-hari beinteraksi dengan teman-teman nya, dan orang sekitar <p>Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain pasien mengatakan merasa cape dan lelah saat</p>	<p>Ny. T pasien mengatakan lupa dan tidak tahu keberadaan keluarganya dimana.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gambaran diri pasien menyukai seluruh tubuhnya 2. Identitas pasien sebagai seorang wanita 3. Peran pasien sebagai gelandangan 4. Ideal pasien ingin cepat pulang 5. Harga diri pasien merasa dirinya tidak cantik. <p>Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain pasien mengatakan tidak suka banyak bicara kepada orang lain, tidak ingin mendengarkan orang lain berbicara.</p>

	berkomunikasi dengan orang lain, pasien mengatakan orang yang berarti adalah keluargnya.	
Status mental	<p>1. Penampilan tidak rapi</p> <p>2. Cara berpakaian tidak seperti biasanya</p> <p>3. Kebersihan diri bantuan total : kuku panjang, badan berbau dan kotor</p> <p>4. Makan/Minum bantuan minimal : terkadang tidak mencuci tangan setelah makan</p> <p>5. BAB/BAK bantuan minimal</p> <p>6. Berpakaian/berhias bantuan total : rambut kotor.</p> <p>7. Pembicaraan lambat</p> <p>8. Saat berinteraksi pasien menunduk</p> <p>9. Tampak lesu</p> <p>10. Alam perasaan putus asa</p> <p>11. Afek datar</p> <p>12. Kontak mata kurang</p> <p>13. Melihat kesatu arah</p> <p>14. Sering menyendiri</p> <p>15. Pasien mengatakan sering mendengar suara keributan tidak jelas dan tidak ada wujudnya</p> <p>16. Kemampuan penilaian mengalami gangguan ringan</p>	<p>1. Penampilan tidak rapi</p> <p>2. Cara berpakaian tidak seperti biasanya : berlapis-lapis</p> <p>3. Kebersihan diri bantuan minimal</p> <p>4. BAB/BAK</p> <p>5. Berpakaian/berhias bantuan minimal</p> <p>6. Makan/Minum bantuan minimal</p> <p>7. Pembicaraan cepat</p> <p>8. Saat berinteraksi mudah tersinggung</p> <p>9. Tampak lesu</p> <p>10. Alam perasaan ketakutan</p> <p>11. Afek datar</p> <p>12. Proses berfikir pengulangan pembicaraan/persevarasi</p> <p>13. Tingkat kosentrasi mudah beralih</p> <p>14. Kemampuan penilaian mengalami gangguan ringan</p>
Kebutuhan persiapan pulang	Bantuan total untuk berpakaian/berhias, BAB/BAK, makan, penggunaan obat. Bantuan total untuk mandi, pasien tidur siang jam 14.00 s/d	Bantuan minimal untuk makan, BAB/BAK, mandi, dan penggunaan obat. Bantuan total untuk berpakaian/berhias,

	15.00, tidur malam lama jam 21.00 s/d 04.00, pasien membutuhkan perawatan lanjutan, pasien tidak melakukan kegiatan diluar ruangan.	pasien tidur siang jam 14.30 s/d 15.00, tidur malam lama jam 22.00 s/d 05.00, pasien sering terbangun, pasien membutuhkan perawatan lanjutan, pasien tidak melakukan kegiatan diluar ruangan.
Mekanisme coping	Koping maladaptif pasien adalah reaksi lambat saat melakukan tindakan	Koping maladaptif pasien adalah reaksi lambat saat melakukan tindakan
Terapi medik	1.Olanzapin (10 mg) 2 x 1 2.Trihexyphenidyl (2 mg) 2 x 1 3.Asam mefenamat (500 mg) 3x 1 4.Stelosi (5 mg) 3 x 1	1.Risperidon (2 mg) 2 x 1 $\frac{1}{2}$ 2.Olanzapin (5 mg) 0-0-1 3.Trihexyphenidyl (2 mg) 1-0-0

B. Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.2 Diagnosis Keperawatan

No	Klien 1		Klien 2	
	Data Fokus	Diagnosis Keperawatan	Data fokus	Diagnosis Keperawatan
1.	DS : 1. Pasien mengatakan tidak ingin melakukan perawatan diri seperti mandi, menggosok gigi, menyisir rambut, dan malas mencuci tangan	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/ psikotik d.d menolak melakukan perawatan diri seperti (D.0109)	DS : 1. Pasien mengatakan tidak ingin melakukan perawatan diri seperti mandi, menggosok gigi, menyisir rambut, mencuci tangan setelah	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis dan/atau psikotik d.d menolak melakukan perawatan diri (D.0109)

	<p>setelah makan</p> <p>2. Pasien mengatakan asien mengatakan "ia tidak tau cara berdandan</p> <p>3. Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi lauk, ia mengatakan setiap kali makan menggunakan tangan karena tidak memiliki sendok, terkadang malas cuci tangan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tidak mau mandi 2. Minat melakukan perawatan diri kurang 3. Badan dan pakaian pasien tampak kotor 4. Mulut dan gigi pasien tampak kotor 5. Kuku panjang dan tidak 		<p>makan</p> <p>2. Pasien mengatakan "ia tidak tau cara berhias/be rdandan</p> <p>3. Pasien mengatakan berpaikan sudah benar</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Berpakaian berlapis-lapis 2. Pasien tampak kotor 3. Rambut pasien kusam 4. Minat melakukan perawatan diri kurang 5. Kuku tampak panjang dan tidak terawat 	
--	---	--	---	--

	terawat 6. Kulit dan rambut kusam dan kotor			
--	--	--	--	--

C. Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 4.3 Rencana Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi keperawatan
1.	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis dan/atau psikotik d.d menolak melakukan perawatan diri (D.0109)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka Perawatan Diri (L.1103) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi cukup meningkat (4) 2. Kemampuan mengenakan pakaian cukup meningkat (4) 3. Kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat (5) 4. Vebalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 6. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5) 7. Mempertahankan kebersihan mulut cukup meningkat (4) 	<p>Strategi Pelaksanaan : SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah perawatan diri: kebersihan diri, berdandan, makan/minum , BAB/BAK. 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 3. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri. 4. Latih cara menjaga kebersihan diri: mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut potong kuku. 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).
			Sp2 :
			6. Evaluasi kegiatan kebersihan diri (beri pujian)
			7. Jelaskan cara dan alat berdandan
			8. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri
			9. Masukan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan
			SP 3 :
			10. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan
			11. Jelaskan cara dan alat makan minum
			12. Latih cara dan alat makan dan minum
			SP 4 :
			13. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum
			14. Jelaskan cara

			<p>BAB/BAK</p> <p>15. Latih cara BAB/BAK</p> <p>16. Masukan jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta BAB/BAK</p> <p>Dukungan Perawatan Diri (1.11348) :</p> <p>1.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>1.2 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>1.3 identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>1.5 Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat)</p>
--	--	--	---



The logo of Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur features a yellow shield-shaped base with a red border containing a white floral pattern. Inside the shield is a red circle with a white cross. Above the shield, the text "POLITEKNIK KESEHATAN" is written in a circular path, and below it, "KALIMANTAN TIMUR" is also written in a circular path. The entire logo is set against a light blue background.

			<p>gigi, dan sabun mandi)</p> <p>1.6 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>1.7 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>1.8 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan diri</p> <p>1.9 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1.10 Anjurkan melakuk an perawata n diri secara konsisten sesuai kemamp uan</p>
2.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil data pasien jiwa di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda 2. Lakukan observasi pasien sesuai dengan kriteria subyek penelitian 3. Lakukan bina hubungan saling percaya dengn secara bertahap kepada pasien 4. Lakukan pengkajian awal kepada pasien 5. Rumuskan diagnosis kepada dua pasien 6. Rumuskan intervensi dengan strategi pelaksanaan kepada pasein. 	

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan Jiwa Ny. S

Hari/Tanggal /Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Tindakan
Senin, 08 Mei 2023 10.00-12.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil data pasien jiwa Ruang punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda 2. Melakukan observasi pasien sesuai dengan kriteria subyek penelitian 3. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan secara bertahap kepada pasien 4. Melakukan pengkajian awal kepada pasien. 5. Merumuskan diagnosis kepada dua pasien 6. Merumuskan intervensi dengan strategi pelaksanaan kepada pasien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian kepada klien Ny.S 2. Klien tampak tenang dan kooperatif 3. Klien berbicara bahasa indonesia 4. Klien yang sudah teratasi defisit perawatan diri
Selasa, 09 Mei 2023 09.00 – 10.00	<p>Bina hubungan saling percaya :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyapa klien dengan ramah b. Memperkenalkan diri dan tujuan c. Menanyakan nama lengkap dan panggilan klien <p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mengidentifikasi kebersihan diri, berdandan, makan, dan BAB/BAK 1.2 Menjelaskan tentang pentingnya kebersihan diri 	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menjawab salam 2. Klien mengatakan namanya Ny. S 3. Klien mengatakan masih bingung tentang melakukan perawatan diri <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat kotor dan tidak rapi 2. Klien terlihat

	<p>1.3 Menjelaskan alat dan cara kebersihan diri 1.4 Melakukan penerapan aktivitas mandiri 1.5 Memasukan jadwal dalam aktivitas pasien</p> <p>SP 1 : 1.1 Mengidentifikasi kebersihan diri, berdandan, makan, dan BAB/BAK 1.2 Menjelaskan tentang pentingnya kebersihan diri 1.3 Menjelaskan alat dan cara kebersihan diri 1.4 Melakukan penerapan aktivitas mandiri 1.5 Memasukan jadwal dalam aktivitas pasien</p>	<p>sering menyendiri dan berbicara sendiri</p> <p>3. Kontak mata belum ada</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nama klien adalah Ny. S 2. Klien mengatakan kabar baik 3. Klien mengatakan ingin memotong kuku 4. Klien mengatakan masih bingung tentang melakukan perawatan diri <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat kotor 2. Pakaian pasien tampak lusuh 3. Kontak mata sudah ada namun masih kurang 4. Kuku panjang, rambut kusam tidak disisir, mulut berbau
11.00-11.25	<p>Bina hubungan saling percaya :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyapa klien dengan ramah b. Memperkenalkan diri dan tujuan c. Menanyakan nama lengkap dan panggilan klien <p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mengidentifikasi kebersihan diri, berdandan, makan, dan BAB/BAK 1.2 Menjelaskan tentang pentingnya kebersihan diri 1.3 Menjelaskan alat dan cara kebersihan diri 1.4 Melakukan penerapan aktivitas mandiri 1.5 Memasukan jadwal dalam aktivitas pasien 	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan kabar baik 2. Klien mengatakan ingin memotong kuku 3. Klien mengatakan masih bingung tentang melakukan perawatan diri <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat kotor 2. Pakaian pasien tampak lusuh 3. Kontak mata sudah ada namun masih kurang 4. Kuku panjang, rambut kusam tidak disisir, mulut berbau
13.30-14.00	<p>Bina hubungan saling percaya :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyapa klien dengan ramah b. Memperkenalkan diri dan tujuan c. Menanyakan nama lengkap dan panggilan klien <p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mengidentifikasi 	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan mandi 2x sehari menggunakan sabun, dan gosok gigi agar terlihat bersih</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat sudah mulai mau berbicara dengan

	<p>tentang pentingnya kebersihan diri</p> <p>1.2 Menjelaskan alat dan cara kebersihan diri</p> <p>1.3 Melakukan penerapan aktivitas mandiri</p> <p>1.4 Memasukan jadwal dalam aktivitas pasien</p>	<p>peneliti</p> <p>2. Kontak mata klien sudah tapi masih kurang</p> <p>3. Klien terlihat melamun kadang-kadang</p> <p>4. Klien bersih dan rapi</p> <p>5. Kuku pendek</p>
Rabu, , 10 Mei 2023 08.00-08.15	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>2. Mengevaluasi kegiatan yang lalu</p>	<p>DS : Klien mengatakan sudah mandi menggunakan sabun, gosok gigi, dan mencuci rambut</p> <p>DO : 1. Klien tampak tenang 2. Klien bersih dan wangi</p> <p>TD: 95/60 mmhg N : 80 x/m S : 35,6 °C Rr : 20 x/m</p>
09.00-09.25	<p>SP 2 :</p> <p>2.1 Mengidentifikasi pentingnya berdandan</p> <p>2.2 Menjelaskan cara berhias/berdandan</p> <p>2.3 Melatih cara berdandan, seperti cara berpakaian, menyisir rambut, mengikat rambut</p> <p>2.4 Memasukan jadwal dalam aktivitas klien</p>	<p>DS :</p> <p>1. Klien mengatakan tidak ingin berdandan/berhias</p> <p>2. Klien mengatakan bingung cara berhias</p> <p>DO :</p> <p>1. Klien tampak belum memahami apa yang dijelaskan peneliti</p> <p>2. Rambut pasien tampak kusam dan acak-acakan</p>

11.00-11.15	<p>SP 2 :</p> <p>2.5 Mengevaluasi kegiatan yang lalu 2.6 Melatih cara berdandan, seperti cara berpakaian, menyisir rambut,mengikat rambut 2.7 Memasukan jadwal dalam aktivitas klien</p>	<p>DS :</p> <p>3. Klien mengatakan belum bisa berdandan seperti mengikat rambut 4. Klien mengatakan masih bingung cara berhias/berdandan dan</p> <p>DO :</p> <p>5. Klien tampak belum memahami apa yang dijelaskan peneliti 6. Klien masih tampak bingung 7. Rambut pasien tampak kusam dan acak-acakan</p>
13.00-13.20	<p>SP 2 :</p> <p>2.8 Mengevaluasi kegiatan yang lalu 2.9 Melatih cara berdandan, seperti cara berpakaian, menyisir rambut,mengikat rambut 2.10 Memasukan jadwal dalam aktivitas klien</p>	<p>DS :</p> <p>8 Klien mengatakan kegiatan setelah mandi merapikan tempat tidur, menyisir rambut, memakai pakian yang baru diberikan perawat</p> <p>DO :</p> <p>9 Klien sudah bisa memahami apa yang dijelaskan peneliti</p>

		10 Klien tampak bisa memperagakan cara berdandan/berhias 11 Rambut pasien tampak rapi
--	--	--

Kamis , 11 Mei 2023 08.00-08.20	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Mengevaluasi kegiatan yang lalu</p> <p>DS : 1. Klien mengatakan tidak ingin mandi 2. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat 3. Klien mengatakan BAB berdarah dan gatal disekitar area anus</p> <p>DO : 4. Klien gelisah karena hemoroid 5. Klien tampak kotor, badan berbau</p> <p>TD: 98/64 mmhg N : 75 x/m S : 36,0 °C Rr : 19 x/m</p>	
10.30-10.45	<p>SP 3 : 3.1 Mengidentifikasi cara dan alat makan yang benar 3.2 Menjelaskan cara dan menggunakan alat makan dan minum 3.3 Masukan jadwal kegiatan</p>	<p>DS : 6. Klien mengatakan habis makan malas mencuci tangan 7. Klien mengatakan cuci tangan tidak menggunakan sabun 8. Klien mengatakan makan pakai tangan karena tidak ada sendok</p> <p>DO : 9. Klien tampak masih bingung cara makan dan minum yang benar</p>

12.30-13.00	<p>SP 3 :</p> <p>3.4 Menjelaskan cara dan menggunakan alat makan dan minum 3.5 Melatih kegiatan makan dan minum yang benar 3.6 Masukan jadwal kegiatan</p>	<p>DS :</p> <p>10. Klien mengatakan sudah cuci tangan sebelum dan sesudah makan 11. Klien mengatakan makan pakai tangan karena tidak ada sendok</p> <p>DO :</p> <p>12. Klien tampak masih bingung cara makan dan benar 13. Klien tampak makan masih menggunakan tangan belepotan 14. Klien harus dibantu untuk cuci tangan sesudah makan</p>
Jumat , 12 Mei 2023 08.15-08.25	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Mengevaluasi kegiatan yang lalu SP1, SP2.SP3</p>	<p>DS :</p> <p>1. Klien mengatakan sudah mandi, mengganti pakaian, mencuci rambut</p> <p>DO :</p> <p>1. Klien tampak tenang 2. Klien mampu mengingat kembali dan mengevaluasi kegiatan SP2 TD: 90/54 mmhg N : 65 x/m S : 36,0 °C Rr : 20 x/m</p>
09.30-09.50	<p>SP 4 :</p> <p>4.1 Mengidentifikasi cara BAB/BAK yang benar 4.2 Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai 4.3 Menjelaskan cara membersihkan</p>	<p>DS :</p> <p>3. Klien mengatakan ia membersihkan diri kembali setelah BAB/BAK</p> <p>DO :</p> <p>4. Klien terlihat BAB/BAK pada tempat nya dan membersihkan nya</p>

	diri setelah BAB/BAK	
11.20-11.50	<p>SP 4 :</p> <p>4.6 Menjelaskan cara BAB/BAK yang baik</p> <p>4.7 Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai</p> <p>4.8 Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK</p>	<p>DS :</p> <p>5. Klien mengatakan ia membersihkan diri kembali setelah BAB/BAK</p> <p>DO :</p> <p>6. Klien terlihat BAB/BAK pada tempat nya dan membersihkan nya</p>
13.00-13.10	<p>SP 4 :</p> <p>4.9 Menjelaskan cara BAB/BAK yang baik</p> <p>4.10 Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai</p> <p>4.11 Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK</p>	<p>DS :</p> <p>7. Klien mengatakan ia membersihkan diri kembali setelah BAB/BAK</p> <p>DO :</p> <p>8.Klien terlihat BAB/BAK pada tempat nya dan membersihkan nya</p>
Sabtu , 13 Mei 2023 08.00-08.25	<p>1.1 Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>1.2 Mengevaluasi kegiatan yang lalu SP1, SP2, SP3, dan SP4</p>	<p>DS :</p> <p>1. Klien mengatakan ia sudah mandi, keramas menggunakan sampho, sikat gigi, dan membersihkan setelah BAB/BAK</p> <p>DO :</p> <p>2.Klien terlihat BAB/BAK pada tempat nya dan membersihkan nya</p> <p>3.Klien terlihat kuku nya pendek</p> <p>4.Klien terlihat rambut nya rapi,</p>

		tetapi masih menggaruk-garuk kepala nya 5.Klien terlihat berbaring 6.Klien terlihat setelah makan masih belum bisa mencuci tangan yang bersih
--	--	---

Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan Jiwa Klien 2

Hari/Tanggal/jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Senin, 08 Mei 2023	1. Mengambil data pasien jiwa Ruang punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda 2. Melakukan observasi pasien sesuai dengan kriteria subyek penelitian 3. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan secara bertahap kepada pasien. 4. Melakukan pengkajian awal kepada pasien. 5. Merumuskan diagnosis kepada dua pasien 6. Merumuskan intervensi dengan strategi pelaksanaan kepada pasien.	1. Melakukan pengkajian kepada klien Ny.T 2. Klien tampak tenang dan kooperatif 3. Klien berbicara bahasa indonesia 4. Klien yang sudah teratasi defisit perawatan diri
Selasa, 09 Mei 2023 09.50-10.00	Bina hubungan saling percaya : a. Menyapa klien dengan ramah b. Memperkenalkan diri dan tujuan c. Menanyakan nama lengkap dan panggilan	DS : 1. Klien mengatakan namanya Ny. T 2. Klien tidak ingin berbicara terlalu lama DO : 3. Klien terlihat

	klien d. Monitor tanda-tanda vital	kotor dan tidak rapi 4. Klien terlihat sering menyendiri 5. Kontak mata belum ada 6. Klien menjawab salam TD :122/87 mmhg N :122 x/m S :36,4 °C RR :20 x/m
10.30-11.00	Bina hubungan saling percaya : e. Menyapa klien dengan ramah f. Memperkenalkan diri dan tujuan g. Menanyakan nama lengkap dan panggilan klien	DS : 8. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat DO : 7. Klien terlihat kotor dan tidak rapi, pakaian berlapis-lapis,kuku tampak panjang 8. Klien terlihat mondar-mandir 9. Kontak mata ada
11.00-11.15	SP 1 : 1.1 Mengidentifikasi kebersihan diri, berandan, makan, dan BAB/BAK 1.2 Menjelaskan tentang pentingnya kebersihan diri 1.3 Menjelaskan alat dan cara kebersihan diri 1.4 Melakukan penerapan aktivitas mandiri 1.5 Memasukan jadwal dalam aktivitas	DS : 10. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat DO : 11. Klien mengatakan mandi sehari 2x dan tidak mencuci rambut terkadang tidak menggunakan shampo, dan ingin memotong kuku

	pasien	<p>12. Klien sudah mulai mau berbicara dengan peneliti 13. Kontak mata ada tapi masih kurang 14. Klien tampak memotong kuku 15. Klien tampak memakai pakaian berlapis-lapis</p>
Rabu, 10 Mei 2023 08.10-08.25	<p>3.1 Memonitor tanda-tanda vital 3.2 Mengevaluasi kegiatan yang lalu</p>	<p>DS : 1. Klien mengatakan sudah mandi menggunakan sabun dan gosok gigi DO : 2. Klien tampak tenang dan bersih 3. Klien dapat mengingat kembali dan mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1) TD: 110/85 mmhg N : 95 x/m S : 35,6 °C RR : 19 x/m</p>
10.00-10.25	<p>SP 2 : 2.1 Mengidentifikasi pentingnya berdandan 2.2 Menjelaskan pentingnya dan cara berhias/berdandan 2.3 Melatih cara berdandan, seperti cara berpakaian, menyisir rambut,mengikat rambut 2.4 Memasukan jadwal dalam aktivitas klien</p>	<p>DS : 4. Klien mengatakan ingin berhias/berdandan 5. Klien mengatakan masih bingung cara berhias/berdandan 6. Klien mengatakan memakai pakaian hanya satu lapis saja DO : 7. Klien tampak sudah memahami yang dijelaskan</p>

		<p>peneliti</p> <p>8. Klien tidak menyisir rambut</p> <p>9. Klien memakai celana berlapis-lapis</p>
13.50-14.15	<p>SP 2 :</p> <p>2.5 Melatih cara berdandan, seperti cara berpakaian, menyisir rambut, mengikat rambut</p> <p>2.6 Memasukan jadwal dalam aktivitas klien</p>	<p>DS :</p> <p>10. Klien mengatakan ingin berhias/berdandan</p> <p>11. Klien mengatakan sudah mengerti cara berhias/berdandan</p> <p>12. Klien mengatakan memakai pakaian hanya satu lapis saja</p> <p>DO :</p> <p>13. Klien tampak sudah memahami yang dijelaskan peneliti</p> <p>14. Klien menyisir rambut</p> <p>15. Klien terlihat tidak memakai celana berlapis-lapis</p>
Kamis, 11 Mei 2023 08.20-08.30	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>2. Mengevaluasi kegiatan yang lalu</p>	<p>DS :</p> <p>1. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat</p> <p>2. Klien mengatakan subuh tadi sudah mandi menggunakan sabun</p> <p>3. Klien mengatakan tidak ingin mencuci rambut</p> <p>DO :</p> <p>4. Klien tampak mondar-mandir</p> <p>5. Klien tampak bersih dan harum</p> <p>6. Rambut klien terlihat rapi</p> <p>TD: 115/64 mmhg</p>

		N : 75 x/m S : 36,0 °C Rr : 19 x/m
10.00-10.35	<p>SP 3 :</p> <p>3.1 Mengidentifikasi cara dan menggunakan alat makan dan minum</p> <p>3.2 Menjelaskan cara dan menggunakan alat makan dan minum yang benar</p>	<p>DS :</p> <p>7. Klien mengatakan makan menggunakan tangan karena tidak ada sendok, minum menggunakan botol dan gelas</p> <p>8. Klien mengatakan sebelum/sesudah makan mencuci tangan</p> <p>DO :</p> <p>9. Klien tampak masih bingung cara makan dan minum yang benar</p>
12.15-12.45	<p>3.3 Menjelaskan cara dan menggunakan alat makan dan minum</p> <p>3.4 Masukan kegiatan jadwal</p>	<p>DS :</p> <p>7. Klien mengatakan makan menggunakan tempat makan dan tangan karena tidak ada sendok, minum menggunakan botol dan gelas</p> <p>8. Klien mengatakan sebelum/sesudah makan mencuci tangan menggunakan sabun</p> <p>DO :</p> <p>9. Klien mengerti cara makan dan minum yang benar</p>

		10. Klien terlihat sebelum/sesudah makan mencuci tangan 11. Klien makan/minum menggunakan gelas, dan tempat makan
Jumat, 12 Mei 2023 08.00-08.25	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Mengevaluasi kegiatan yang lalu SP1, SP2.SP3</p> <p>SP 4 : 4.1 Menjelaskan cara BAB/BAK yang baik 4.2 Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai</p> <p>4.4 Menjelaskan cara membersihkan</p>	<p>DS :</p> <p>1. Klien mengatakan " ia" sudah mandi, mencuci rambut, membersihkan tempat tidur, dan menyisir rambut</p> <p>DO :</p> <p>2. Klien terlihat tenang 3. Klien terlihat berbaring 4. Klien terlihat rapi dan bersih</p> <p>TD: 128/64 mmhg N : 80 x/m S : 36,0 °C RR : 20 x/m</p> <p>DS :</p> <p>5. Klien mengatakan ia BAB/BAK di kamar mandi</p> <p>6. Klien mengatakan setelah BAK tidak disiram</p> <p>DO :</p> <p>1.Klien terlihat BAB/BAK pada tempat nya 2.Klien tampak bersih 3.Pakaian berlapis-lapis</p> <p>DS :</p> <p>7. Klien</p>
11.00-.11.30		
14.30-14.40		

	diri setelah BAB/BAK	mengatakan ia membersihkan kembali setelah BAB/BAK DO : 4. Klien terlihat BAB/BAK pada tempat nya dan membersihkan nya 5. Klien tampak bersih 6. Klien sudah tidak memakai pakian berlapis-lapis
Sabtu, 13 Mei 2023 08.10-08.25	1.1 Memonitor tanda-tanda vital 1.2 Mengevaluasi kegiatan yang lalu SP1, SP2, SP3, dan SP4	DS : 1. Klien mengatakan pusing mengganti pakaian yang baru setelah mandi, setelah BAB/BAK dibersihkan 2. Klien mengatakan tidak ingin menyisir rambut DO : 3. Klien tampak gelisah 4. Klien tampak berbaring 5. Risperidon (2 mg) 2 x 1 TD: 130/94 mmhg N : 120 x/m S : 36,0 °C Rr : 20 x/m
11.30-12.00	1.3 Mengevaluasi kegiatan yang lalu SP1, SP2, SP3, dan SP4	DS : 6. Klien mengatakan ia sudah mandi, keramas menggunakan

		<p>shampo, sikat gigi, makan cuci tangan setelah dan sesudah makan , dan membersihkan setelah BAB/BAK</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Klien terlihat BAB/BAK pada tempat nya dan membersihkan nya 8. Klien terlihat rambut nya rapi dan harum, pakaian tidak berlapis-lapis 9. Klien terlihat berbaring 10. Klien terlihat lemas
--	--	---

E. Evaluasi Tindakan

Tabel 4.6 Evaluasi Keperawatan Jiwa Ny. S

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
Selasa, 09 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/psik otik (D.0109)	<p>S : 1. Klien mengatakan mandi menggunakan sabun, menggosok gigi, dan mencuci rambut menggunakan shampo 2. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat</p> <p>O : 1. Klien bersih, rapi, dan wangi 2. Klien tampak tenang 3. Olanzapin 10 mg, Trihexyphenidyl 2 mg, stelosi 5 mg TD: 100/65 mmhg N : 85 x/m S : 36,5 °C RR: 18x/m</p> <p>A : Defisit Perawatan Diri teratas</p> <p>P: HentikanInetervensi (1.1,1.2,1.3,1.4,1.5)</p>

		<p>Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 Indentifikasi cara berdandan/berhias 2.2 Menjelaskan cara berhias/berdandan 2.3 Melakukan penerapan aktivitas mandiri 2.4 Masukan jadwal dalam aktivitas pasien</p>
Rabu, 11 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/psikotik (D.0109)	<p>S : Klien mengatakan sudah menyisir rambut, mengganti pakaian yang baru setelah mandi, mandi sehari 2x subuh dan sore</p> <p>O : 1. Klien tampak rapi 2. Rambut klien tampak rapi dan harum 3. Kuku klien pendek 4. Olanzapin 10 mg, Trihexyphenidyl 2 mg, stelosi 5 mg</p> <p>A : Defisit Perawatan Diri Teratas</p> <p>P : Hentikan Intervensi (1.2,1.3,1.1.4,1.5,2.1.2, 2.2.2.3,2.4)</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Melatih cara 3.2 berdandan, seperti cara berpakaian, menyisir rambut,mengikat rambut 3.3 Memasukan jadwal dalam aktivitas klien</p>
Kamis, 11 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/psikotik (D.0109)	<p>S : 1. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat 2. Klien mengatakan masih bingung cara makan yang benar 3. Klien mengatakan tidak ingin mandi</p> <p>O : 4. Klien tampak sebelum makan belum mencuci tangan dengan benar 5. Olanzapin 10 mg, Trihexyphenidyl 2 mg, stelosi 5 mg</p> <p>A : Defisit Perawatan diri Teratas Sebagian</p> <p>P : Hentikan Intervensi (1.1,1.2,1.3,2.1,2.2)</p>

		<p>Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.2 Menjelaskan cara menggunakan alat makan minum yang benar</p> <p>4.1 Identifikasi kebersihan diri, cara menggunakan alat makan dan minum yang benar</p> <p>4.2 Jelaskan cara makan dan minum yang benar</p> <p>4.3 Melakukan penerapan aktivitas mandiri</p> <p>4.4 Masukan jadwal dalam aktivitas pasien</p>
Jumat, 12 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri	<p>S : 1. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat 2. Klien mengatakan masih bingung cara makan yang benar 3. Klien mengatakan sudah mandi dan menggosok gigi 4. Klien mengatakan sesudah BAB/BAK di bersihkan</p> <p>O : 1. Klien tampak sebelum makan belum mencuci tangan dengan benar 2. Badan klien harum 3. Klien tampak rapi dan bersih 4. Olanzapin 10 mg, Trihexyphenidyl 2 mg, stelosi 5 mg</p> <p>TD : 100/65 mmhg N : 80 x/m S : 36,7 °C Rr : 20 x/m</p> <p>A : Defisit Perawatan diri teratasi Sebagian</p> <p>P : Hentikan Intervensi (1.1,1.2,1.3,2.1,2.2,2.3) Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Menjelaskan cara dan menggunakan alat makan dan minum yang benar</p> <p>4.1 Identifikasi cara BAB/BAK yang benar</p> <p>4.2 Jelaskan cara BAB/BAK yang benar</p> <p>4.3 Latih cara BAB/BAK yang benar</p> <p>4.4 Melakukan penerapan aktivitas mandiri</p> <p>4.5 Masukan jadwal dalam</p>

			aktivitas pasien
Sabtu, 13 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/psik otik (D.0109)	S : 1. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat 2. Klien mengatakan masih bingung cara makan yang benar 3. Klien mengatakan sudah mandi subuh tadi 4. Klien mengatakan sesudah BAB/BAK di bersihkan O : 1. Klien tampak sebelum makan belum mencuci tangan dengan benar 2. Klien tampak rapi, wangi, dan bersih 3. Olanzapin 10 mg, Trihexyphenidyl 2 mg, stelosi 5 mg TD : 100/65 mmhg N : 80 x/m S : 36,7 °C Rr : 20 x/m A : Defisit perawatan Diri Teratas Sebagian P : Hentikan Intervensi (1.1,1.2,1.3,2.1,2.2,2.3,4.1,4.2,4.3) Lanjutkan Intervensi 2.1 Menjelaskan makan/minum yang benar 2.2 Masukan jadwal dalam aktivitas pasien	

Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan Jiwa Ny. T

Hari/Ta nggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)
Selasa, 09 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/ psikotik (D.0109)	S : 1. Klien sudah memotong kuku, mandi 2x sehari, sikat gigi, dan keramas pakai shampo 2. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat O : 1. Klien bersih dan wangi 2. Kuku klien pendek 3. Pakaian klien masih berlapis-lapis 4. Risperidone 2 mg, Olanzapin 5 mg, Trihexyphenidyl 2 mg

		<p>TD :122/87 mmhg N :122 x/m S :36,4 °C RR :20 x/m</p> <p>A : Defisit Perawatan Diri Teratasi P : Hentikan Intervensi (1.1,1.2,1.3,1.4,1.5) Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Melakukan penerapan aktivitas mandiri 2.2 Masukan jadwal dalam aktivitas pasien 2.3 Identifikasi cara berhias/berdandan 2.4 Jelaskan cara berhias/berdandan 2.5 Latih cara berhias/berdandan 2.6 Melakukan penerapan aktivitas mandiri 2.7 Masukan jadwal dalam aktivitas pasien
Rabu, 09 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/ psikotik (D.0109)	<p>S : 1. Klien mengatakan biasanya berdandan setelah mandi 2. Klien mengatakan ingin berhias/berdandan 3. Klien mengatakan memakai pakaian hanya satu lapis saja</p> <p>O : 1. Klien tampak sudah memahami yang dijelaskan peneliti 2. Klien menyisir rambut 3. Klien sudah tidak memakai celana berlapis-lapis 4. Risperidone 2 mg, Olanzapin 5 mg, Trihexyphenidyl 2 mg</p> <p>A : Defisit Perawatan Diri Teratasi P : Hentikan Intervensi (2.1,2.2,2.3,2.4) Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi cara menggunakan alat makan dan minum yang benar 3.2 Menjelaskan cara makan dan minum yang benar 3.3 Latih cara makan dan minum yang benar 3.4 Masukan jadwal dalam aktivitas pasien

Kamis, 11 Mei 2023	Defisit Perawatan diri b.d gangguan psikologis/ psikotik (D.0109)	S : 1. Klien mengatakan makan menggunakan tangan karena tidak ada sendok, minum menggunakan botol dan gelas 2. Klien mengatkan makan menggunakan tempat makan 3. Klien mengatakan sebelum/sesudah makan mencuci tangan O : 1. Klien mengerti cara makan dan minum yang benar 2. Klien sebelum/sesudah makan mencuci tangan 3. Klien makan/minum menggunakan gelas, dan tempat makan 4. Trihexyphenidyl 2 mg & olanzapin 5 mg TD: 115/64 mmhg N : 75 x/m S : 36,0 °C RR : 19 x/m A : Defisit Perawatan diri Teratasi P : Hentikan Intervensi (3.1,3.2,3.3,3.4) Lanjutkan Intervensi 4.1 Mengidentifikasi BAB/BAK yang benar 4.2 Menjelaskan cara BAB/BAK yang benar 4.3 Latih cara BAB/BAK yang benar 4.4 Masukan jadwal dalam aktivitas pasien
Jumat, 12 Mei 2023	Defisit perawatan Diri b.d gangguan psikologis/ psikotik (D.0109)	S : 1. Klien mengatakan "ia" BAB/BAK di kamar mandi 2. Klien mengatakan ia membersihkan kembali setelah BAB/BAK O : 1. Klien terlihat BAB/BAK pada tempat nya 2. Klien tampak bersih 3. Pakaian berlapis-lapis 4. Olan zapin 5 mg TD: 128/64 mmhg N : 80 x/m S : 36,0 °C RR : 20 x/m

		<p>A : Defisit perawatan diri Teratas P : Hentikan Intervensi (4.1,4.2,4.3) Lanjutkan Intervensi 1. Melakukan penerapan aktivitas mandiri 2. Masukan jadwal kegiatan aktivitas pasien</p>
Sabtu, 13 Mei 2023	Defisit Perawatan Diri b.d gangguan psikologis/ psikotik (D.0109)	<p>S : 1. Klien mengatakan ia sudah mandi, keramas menggunakan sampo, sikat gigi, makan cuci tangan setelah dan sesudah makan , dan membersihkan setelah BAB/BAK 2. Klien mengatakan sudah makan dan minum obat 3. Klien mengatakan pusing</p> <p>O : 1. Klien tampak bersih dan rapi, berhias/berdandan 2. Klien terlihat bisa menggunakan alat makan dan minum yang benar 3. Klien tampak membersihkan diri dan lingkungan setelah BAB/BAK 4. Risperidon (2 mg) 2 x 1</p> <p>A : 1. Defisit Perawatan diri Teratas 2. Muncul masalah baru</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Masukan jadwal dalam aktivitas pasien 1.2 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu</p>

4.2 Pembahasan

Berdasarkan asuhan keperawatan pada klien Ny.S dan Ny.T di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda selama 6 hari dari tanggal 08 - 13 Mei 2023. Pada bagian ini penulis akan membahas tentang hasil dari kemajuan atau perkembangan pada kedua subjek dengan Defisit Perawatan Diri.

4.4.1 Pembahasan Ny. S

Pada Ny. S didapatkan tanda dan gejala dari masalah Defisit Perawatan Diri yaitu menolak melakukan perawatan diri, merasa tidak ingin merawat dirinya, lesu tidak bergairah, terdapat afek datar, klien kurang mampu untuk menyiapkan dan membersihkan sesudah makan, klien tampak kusam, dan badan klien mengeluarkan aroma berbau.

Dalam asuhan keperawatan penulis menerapkan konsep 3S (SDKI, SLKI, SIKI), dan pelaksanaan menggunakan buku MPKP (Manajemen Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa) selama 6 hari terhadap Ny. S dengan masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri. Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 6 hari adanya beberapa implementasi yang kurang berhasil, seperti klien tidak ingin melakukan cara menggunakan alat makan/minum yang benar, namun pasien mampu melakukan kegiatan kebersihan diri (mandi menggunakan sabun, gosok gigi, mencuci rambut), berhias/berdandan (menyisir rambut), dan BAB/BAK yang benar (*di toilet*, membersihkan sesudah BAB/BAK).

Berdasarkan hasil data ini sesuai teori (Nurhalimah, 2016) salah satu faktor predisposisi yang menyebabkan adalah faktor sosial, yaitu kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri. Pasien mengatakan tidak mengetahui atau tidak paham cara melakukan

perawatan diri dengan penerapan strategi pelaksanaan defisit perawatan diri.

Penulis beasumsi setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan defisit perawatan diri selama 6 hari adanya ketidak berhasilan disebabkan oleh karakteristik pasien yang tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya, termasuk perawatan diri. Kurangnya ketingkatmampuan terhadap asuhan keperawatan juga disebabkan oleh dukungan sosial dan situasi lingkungannya, pendidikan juga berpengaruh terhadap kemampuan pasien dalam menerima informasi yang telah diberikan dan sebaliknya.

4.4.2 Pembahasan Ny. T

Pada Ny. T didapatkan tanda dan gejala dari masalah Defisit Perawatan Diri yaitu menolak melakukan perawatan diri, merasa tidak ingin merawat dirinya, lesu tidak bergairah, terdapat afek datar, rambut kusut, pakaian tidak rapi, dan memakai pakaian berlapis-lapis.

Dalam asuhan keperawatan penulis menerapkan konsep 3S (SDKI, SLKI, SIKI), dan pelaksanaan menggunakan buku MPKP (Manajemen Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa) selama 6 hari terhadap Ny. T dengan masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri. Setelah dilakukan implementasi asuhan keperawatan selama 6 hari pada Ny. T yaitu pasien mampu melakukan kegiatan kebersihan diri seperti mandi 2x sehari, menggosok gigi, berhias/berdandan (menyisir rambut, pakaian tidak berlapis-lapis), makan dan minum

yang benar (mencuci tangan sebelum dan sesudah makan), dan BAB/BAK yang benar (di *toilet*, membersihkan sesudah BAB/BAK).

Berdasarkan hasil data diatas bahwa keberhasilan dalam penyampaian materi mengenai perawatan diri adalah pola perawatan diri yang masih seimbang , saat pasien mendapatkan stressor dan mampu untuk berprilaku adaptif, maka pasien masih mampu melakukan perawatan diri (Yanti, 20221).

Hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti didapatkan hasil yang sama dengan penelitian yang telah dilakukan oleh AA Deno Saputra (2022) dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu bahwa Asuhan Keperawatan yang telah dilakukan berhasil.

Penulis berasumsi bahwa keberhasilan pada pasien Ny. T disebabkan oleh keinginan untuk sembuh dan selalu berpenampilan rapi. Sehingga selalu mengikuti apa yang telah diajarkan dalam kegiatan perawatan diri. Ny. T mampu memahami tindakan keperawatan yang diberikan dan mengikuti dengan baik dikarenakan faktor pendidikan, dimana pendidikan menjadi pengaruh kemampuan seseorang untuk menerima informasi dan sebaliknya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Pada bab ini, penulis akan menjabarkan kesimpulan sebagai berikut, studi kasus ini dilakukan di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan dokumentasi. Karakteristik pasien pada studi kasus ini pasien 1 Ny. S dan pasien 2 Ny. T memiliki karakteristik yang sama yaitu berjenis kelamin perempuan, tidak bekerja, beragama Islam, dan diagnosis keperawatan yaitu defisit perawatan diri.

Kedua pasien ini memiliki karakteristik yang berbeda yaitu Ny. S merupakan anak pertama dari dua bersaudara, belum menikah. Sedangkan Ny. T merupakan gelandangan disamarinda tidak tahu dimana keberadaan keluarganya.

Gambaran asuhan keperawatan dari hasil pengkajian didapatkan data subjektif Ny. S yaitu menolak melakukan perawatan diri, merasa tidak ingin merawat diri nya, lesu tidak bergairah, terdapat afek datar, klien kurang mampu untuk menyiapkan dan membersihkan sesudah makan, klien tampak kusam, dan badan klien mengeluarkan aroma berbau. Sementara itu pada Ny. T didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak ingin melakukan perawatan

diri, merasa tidak ingin merawat diri nya, lesu tidak bergairah, terdapat afek datar, rambut kusut, pakaian tidak rapi, dan memakai pakaian berlapis-lapis.

Diagnosis utama dari kedua pasien tersebut sama-sama defisit perawatan diri. Intervensi yang kemudian diimplementasikan kepada Ny. S dan Ny. T yaitu tindakan memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi kebersihan diri, cara berhias/berdandan, cara menggunakan alat makan dan minum yang benar, cara BAB/BAK yang benar, menjadwalkan kegiatan sehari-hari, dan kolaborasi pembeberian obat antipsikotik dan antiansietas. Evaluasi bahwa Ny. S dan Ny. T mampu membina hubungan saling percaya serta mampu menjadi lebih baik setiap harinya. Adapun evaluasi pasien Ny. S masih kurang mampu menerapkan kegiatan cara menggunakan alat makan/minum yang benar. Tetapi mampu menerapkan kebersihan diri, cara berhias/berdandan, dan cara BAB/BAK yang benar.

5.2 Saran

1. Bagi Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda

Dapat digunakan sebagai gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pasien dengan Defisit Perawatan Diri.

2. Bagi Perawat Jiwa

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

Sebagai bahan bacaan dan referensi perpustakaan untuk menambah khasanah ilmu pengetahuan tentang keperawatan jiwa bagi mahasiswa di Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

4. Bagi Mahasiswa

Untuk dapat menambah wawasan dan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan terutama keperawatan jiwa dengan mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh di bangku perkuliahan khususnya pada pasien dengan Defisit Perawatan Diri

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, L. I. (2019). Gambaran defisit perawatan diri pada pasien dengan skizofrenia di wisma sadewa rsj grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta. *Akademi Keperawatan "YKY,"* 23-33.
<http://respiratory.akperykyjogja.ac.id/id/eprint//88>
- Deno Saputra AA. (2022). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Personal Hygiene Pada Pasien Dengan Gangguan Defisit Perawatan Diri Di rsjk soeprapto.* Provinsi bengkulu.
- Danyanti. (2018). *Gambaran Asuhan Keperawatan Penerapan Tak Stimulasi Persepsi : Defisit Perawatan Diri Untuk Mengatasi Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia.* Poltekkes Denpasar.
- Elfariyani, AR (2021). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Pada Diagnosa Medis Stroke Di Ruang Edelweis RSUD Ibnu Sina Gresik* (Disertasi Doktor, Universitas Airlangga).
- Erlando,R (2019). Terapi Kognitif Perilaku Dan Defisit Perawatan Diri: Studi Literatur. *Arteri: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1 (1), 94-100.
- Ginting, N. B., Pratiwi, M., & Mardhiyah, S. A. (2021). *Peran Self-Compassion Terhadap Shame Pada Remaja Yang Orang Tuanya Bercerai.* Sriwijaya University.
- Hastuti, R. Y., & Rohmat, B. (2018). Pengaruh Pelaksanaan Jadwal Harian Perawatan Diri Terhadap Tingkat Kemandirian Merawat Diri Pada Pasien Skizofrenia Di Rsjd Dr. Rm Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah. *Gaster*, 16(2), 177-190.
- Hasanah, U., & Inayati, A. (2021). Penerapan Personal Hygiene Terhadap Kemandirian Pasien Defisit Perawatan Di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia Muda* , 1 (3), 372-381.
- Indrayani, Y. Wahyuni, Tri. (2019). *Situasi Kesehatan Jiwa Indonesia.* Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI, hal 1-3.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2007). *Model Praktik Keperawatan Jiwa Profesional Jiwa.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Laila, V. A. S., & Pardede, J. A. (2022). Penerapan Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Pusuk Buhit Rsj Prof. dr. Muhammad Ildrem: Studi Kasus.
- Malle, A. M. (2021). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Personal Hygine Pada Klien Dengan Defisit Perawatan Diri Di Desa Noelbaki Kecamatan Kupang Tengah Kabupaten Kupang*. Poltekkes Kemenkes Kupang.
- Nafiyati, I., Susilaningsih, I., & Syamsudin, S. (2018). *Tindakan Keperawatan Melatih Cara Makan Pada Tn. Y Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Makan*. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti*, 4 (2), 14-19.
- Nurhalimah. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan*, 162-170.
- Ndaha, S. (2021). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny J Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Di Kota Dumai-Riau. *Osf Preprints*.(1)1.
- Nurhaini, D. (2018). "Pengaruh Konsep Diri Dan Kontrol Diri Dengan Perilaku Konsumtif Terhadap Gadget." *Psikoborneo: Jurnal Ilmiah Psikologi*(6).1
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Conpects of practice* (4th ed). Missouri: mosby Year Book.
- Pardede, J. A., Ariyo, A., & Purba, J. M. (2020). *Self Efficacy Related To Family Stress In Schizophrenia Patients*. *Jurnal Keperawatan*, 12(4), 831- 838.
- Putri, D. A. K., Sudiarto, S., & Purnomo, R. (2018). Pengaruh Penerapan Teknik Komunikasi Terapiutik Dalam Memandirikan Klien Defisit Perawatan Diri: Mandi Dan Berhias. *Journal Of Nursing And Health*, 3(2), 78-85.
- Puspita Sari, S., Hasanah, U., Inayati, A., & Keperawatan Dharma Wacana Metro, A. (2021). *Penerapan Personal Hygiene Terhadap Kemandirian Pasien Defisit Perawatan Diri*. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(3), 372–382.
- Riskesdas. (2018). Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta: Dapertemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Safitri, A. (2020). *Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Keluarga Penderita Skizofrenia Dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah Kronis*. Diss. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.

Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. WHO. (2019).Mental Disoders.

Yanti, RD, & Putri, VS (2021). Pengaruh Penerapan Standar Komunikasi Defisit Perawatan Diri terhadap Kemandirian Merawat Diri pada Pasien Skizofrenia di Ruang Rawat Inap Delta Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10 (1), 31-38.

