



**KARYA TULIS ILMIAH  
( STUDI KASUS )**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN  
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG FLAMBOYAN  
RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT MALANG**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Dalam Menyelesaikan  
Program Ahli Madya Keperawatan

Oleh :

**MUHAMMAD AJI PRASETYO  
NIM 1901021019**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER  
TAHUN 2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN  
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG FLAMBOYAN  
RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT MALANG**



Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Dalam Menyelesaikan  
Program Ahli Madya Keperawatan

Oleh :

MUHAMMAD AJI PRASETYO  
NIM 1901021019

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JEMBER  
TAHUN 2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN  
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG FLAMBOYAN  
RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT MALANG**

Oleh :

**MUHAMMAD AJI PRASETYO**  
NIM 1901021019

Proposal ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

Jember, 12 Juli 2022

Pembimbing

(Dr. Wahyudi Widada, S.Kp.,M.Ked)  
NPK.196712610704448

**PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN  
SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG FLAMBOYAN  
RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT MALANG**

Oleh :

**MUHAMMAD AJI PRASETYO**  
NIM 1901021019

Dewan Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah pada Program Studi Keperawatan  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember

Jember, 22 Juli 2022

Pembimbing dan Penguji,

1. Pembimbing : Dr. Wahyudi Widada, S.Kp.,M.Ked (.....)  
NPK.196712610704448
2. Penguji I : Ns. Komarudin, S.Kp.,M.Kep,Sp.Kep,J. (.....)  
NPK.1968120819305384
3. Penguji II : Ns. Yeni Suryaningsih, S.Kep.,M.Kep. (.....)  
NPK.1979030111203734

Mengetahui  
Dekan fakultas ilmu kesehatan  
Universitas muhammadiyah jember



(Ns. Saamyanto, S. Kep.,M.Kes)  
NPK.1979041610305358

## HALAMAN PERNYATAAN KARYA SENDIRI

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Jika kemudian hari didapatkan bukti bahwa KTI saya hasil plagiasi orang lain, saya bersedia menerima sanksi sesuai undang-undang dan peraturan yang berlaku.



Jember, 12 Juli 2022

MUHAMMAD AJI PRASETYO

NIM : 1901021019

## MOTTO

Jangan mundur sebelum mencoba, beban berat itu hanya ada pada pikiran.

Coba dulu nanti akan terbiasa



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Penulisan karya tulis ilmiah dilakukan dalam rangka pemenuhan salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember. Saya menyadari tanpa bantuan juga bimbingan dari berbagai pihak penyusunan karya tulis ilmiah ini sangat sulit bagi saya untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Hanafi, M.Pd. Selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Jember.
2. Ns. Sasmiyanto, S.Kep.,M.Kes. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.
3. Ns. Mad Zaini, M. Kep., Sp. Kep. J, Selaku Kaprodi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember
4. Dr. Wahyudi Widada, S.Kp.,M.Ked Selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Orang tua saya yang bernama Nurhadi Maksun dan Yuliatin Iis Sakdiyah yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral.

Semoga bantuan juga budi baik yang telah penulis terima mendapat balasan dari Allah SWT. Besar harapan penulis agar karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat.

Jember, 12 Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

### DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN KARYA SENDIRI.....	iv
MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL .....	xi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1    Latar Belakang.....	1
1.2    Rumusan Masalah.....	2
1.3    Tujuan Penulisan .....	2
1.3.1    Tujuan umum .....	2
1.3.2    Tujuan Khusus.....	3
1.4    Manfaat Penulisan .....	3
1.4.1    Manfaat Teoritis .....	3
1.4.2    Manfaat Praktis.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1    Konsep Dasar Skizofrenia.....	5
2.1.1    Definisi Skizofrenia.....	5
2.1.2    Etiologi Skizofrenia.....	5
2.1.3    Gejala Klinis Skizofrenia.....	6



2.1.4	Klasifikasi Skizofrenia .....	6
2.1.5	Penatalaksanaan Skizofrenia.....	7
2.2	Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri .....	9
2.2.1	Pengertian Defisit Perawatan Diri .....	9
2.2.2	Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri.....	9
2.2.3	Etiologi Defisit Perawatan Diri .....	10
2.2.4	Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri .....	12
2.2.5	Mekanisme Koping Defisit Perawatan Diri .....	13
2.2.6	Proses Terjadinya Masalah Defisit Perawatan Diri.....	13
2.2.7	Rentang Respon Defisit Perawatan Diri .....	14
2.2.8	Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri .....	14
2.2.9	Manifestasi Klinis Defisit Perawatan Diri .....	15
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri.....	15
2.3.1.	Pengkajian.....	15
2.3.2.	Diagnosa Keperawatan .....	17
2.3.3.	Intervensi Keperawatan .....	18
2.3.4.	Implementasi Keperawatan.....	18
2.3.5.	Evaluasi.....	19
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>		<b>20</b>
3.1	Desain .....	20
3.2	Batasan Istilah .....	20
3.3	Unit Analisa.....	21
3.4	Lokasi dan Waktu.....	21
3.5	Pengumpulan Data.....	21
3.6	Ujian Keabsahan Data.....	22

3.7	Analisa Data .....	22
3.8	Etik Penelitian .....	23
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....		25
4.1	Hasil .....	25
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	25
4.1.2	Pengkajian .....	25
4.1.3	Analisa Data .....	31
4.1.4	Diagnosa Keperawatan .....	32
4.1.5	Intervensi Keperawatan .....	32
4.1.6	Implementasi .....	35
4.1.7	Evaluasi .....	37
4.2	Pembahasan .....	39
4.2.1	Pengkajian Asuhan Keperawatan .....	39
4.2.2	Diagnosa Keperawatan .....	40
4.2.3	Intervensi Keperawatan .....	41
4.2.4	Implementasi Keperawatan .....	41
4.2.5	Evaluasi Keperawatan .....	43
BAB V PENUTUP .....		45
5.1	Kesimpulan .....	45
5.2	Saran .....	46
DAFTAR PUSTAKA .....		48

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon Kognitif ..... 14



## DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Identitas Pasien.....	25
Tabel 4. 2 Alasan Masuk.....	26
Tabel 4. 3 Riwayat Penyakit Sekarang .....	26
Tabel 4. 4 riwayat Penyakit Dahulu.....	27
Tabel 4. 5 Pengkajian Psikososial .....	28
Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik .....	28
Tabel 4. 7 Status Mental.....	29
Tabel 4. 8 Kebutuhan Persiapan Pulang .....	30
Tabel 4. 9 Mekanisme Koping .....	30
Tabel 4. 10 Masalah Psikososial dan Lingkungan.....	31
Tabel 4. 11 Aspek Pengetahuan .....	31
Tabel 4. 12 Aspek Medis .....	31
Tabel 4. 13 Analisa Data.....	32
Tabel 4. 14 Diagnosa Keperawatan .....	32
Tabel 4. 15 Intervensi Keperawatan .....	34
Tabel 4. 16 Implementasi .....	36
Tabel 4. 17 Evaluasi.....	38

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Gangguan kesehatan jiwa terjadi pada individu dan kelompok dan berhubungan dengan pola perilaku klinis yang menghambat pertumbuhan yang berhubungan dengan adanya stres atau distress dan menyebabkan terganggunya satu atau lebih fungsi penting kehidupan manusia yang bermakna seperti hilangnya kebebasan, cacat, sakit, bahkan kehilangan nyawa. (Prabowo, 2014)

Kesehatan jiwa berarti individu dapat berkembang secara fisik, mental, emosional dan sosial, memberikan pelayanan kesehatan dan kualitas hidup yang terpadu dan menyeluruh, mengenali kemampuannya dan mengatasi bebannya. Bekerja secara produktif dan berkontribusi pada masyarakat sekitar (Undang-Undang, 2014)

Menurut data (WHO, 2019), jumlah penderita skizofrenia di seluruh dunia adalah 7 dari 1000, atau 21 juta, dan 4 gejala muncul pada usia 15 dan 34 tahun. Tiga dari kasus tersebut menderita di dunia 20 juta orang dengan skizofrenia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) menunjukkan lebih dari 19 juta orang berusia di atas 15 tahun menderita cacat mental dan emosional, dan lebih dari 12 juta orang berusia di atas 15 tahun menderita depresi. Menurut sistem registrasi sampel yang dilaksanakan Badan Litbang pada tahun 2016, data bunuh diri adalah 1.800 orang per tahun, atau 5 orang bunuh diri setiap hari, dan 47,7% korban bunuh diri adalah remaja dan dewasa muda. 1039, usia kerja. Saat ini, sekitar seperlima penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Artinya, sekitar 20% penduduk Indonesia mungkin mengalami gangguan jiwa. Jumlah penduduk segala usia di Jawa Timur pada tahun 2019 adalah 39.698.631 orang, perwasif yang dinilai

dari masalah mental dekat rumah di atas 15 tahun adalah 6,8% dari jumlah penduduk Jawa Timur, sekitar 1.889.655 kasus.(Dinkes, 2021)

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana klien mengalami gangguan atau gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti kebutuhan akan beberapa sistem untuk membantu memenuhi kebutuhan klien dalam memecahkan masalah defisit perawatan diri. Bertindak pada orang lain, bertindak sebagai mentor bagi orang lain, memberikan dukungan, meningkatkan pembangunan lingkungan dan mengajar orang lain(Erlando, 2019)

Peran perawat diharapkan mampu melakukan pada klien secara komprehensif tidak hanya bekerja sama dengan obat psikotropika dan perawatan fisik, tetapi juga memotivasi pasien dan mengontrol perilaku pasien dengan berpartisipasi dalam kegiatan kelompok dan pendidikan kesehatan. Dengan cara memandi, cara melatih klien berpakaian, dan cara mengajarkan klien buang air kecil dan buang air kecil secara mandiri.(Arif Rahman, 2016)

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah yang digunakan penulis berkaitan dengan implementasi asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di ruang flamboyan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Mampu mendapatkan pengalaman nyata dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Ny.R dan Ny.E dengan diagnosa defisit perawatan diri di RS Jiwa Malang

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Bisa melakukan pengkajian keperawatan jiwa asuhan keperawatan klien menggunakan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri.
2. Bisa merumuskan diagnosa asuhan keperawatan jiwa pada klien menggunakan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri.
3. Bisa menyusun intervensi keperawatan jiwa asuhan keperawatan klien menggunakan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri.
4. Bisa melakukan implementasi keperawatan jiwa asuhan keperawatan klien menggunakan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri.
5. Bisa melakukan evaluasi keperawatan jiwa asuhan keperawatan klien menggunakan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri.
6. Bisa melakukan asuhan keperawatan jiwa di klien menggunakan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Pada hasil penulisan karya tulis ilmiah merupakan tambahan referensi tentang bagaimana dalam pedokumentasi sehingga dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan dengan asuhan keperawatan jiwa dengan defisit perawatan diri.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Pada klien bisa melakukan yang sudah dipelajari dalam penanganan pada masalah jiwa yang di alami dengan masalah nyata pada melakukan asuhan keperawatan mirip cara perawatan diri. buat hasil karya tulis ilmiah dibutuhkan sebagai

referensi serta menambah wawasan ilmu pengetahuan pada asuhan keperawatan jiwa pada Ny.R serta Ny.E menggunakan diagnosa perawatan diri pada rumah sakit jiwa lawang malang provinsi jawa timur.





## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan jiwa kompleks dan sangat diwariskan yang mempengaruhi kualitas hidup dengan mengganggu pola pikir antara proses berpikir, emosi dan kemauan disertai dengan distorsi realitas, kadang-kadang delusi aneh, gangguan persepsi, afek abnormal dan gangguan mental akibat adanya perbedaan pemikiran yang disertai dengan emosi yang abnormal, skizofrenia disebut juga sindrom yang etiologinya masih belum diketahui serta ditandai menggunakan gangguan kognisi, emosi, pikiran serta sikap(Sutejo, 2018).

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

Faktor- faktor yang menyebabkan skizofrenia:(Hawari, 2014).

###### **1. Faktor Genetik**

Skizofrenia bersifat familial secara kompleks dan poligenik, artinya semakin dekat hubungan keluarga maka semakin tinggi risiko skizofrenia. Misalnya, individu yang memiliki kerabat yang menderita penyakit ini memiliki risiko lebih tinggi terkena skizofrenia. Ada peningkatan risiko skizofrenia ketika ada faktor genetik yang ada. Risiko ini adalah 8% pada saudara kandung, 40-50% pada orang tua, dan 5% pada anak yang kembar monozigot.

###### **2. Faktor Psikososial**

Psikososial adalah keadaan yang menimbulkan perubahan dalam hidup seseorang sehingga seseorang untuk melakukan penyesuaian diri guna untuk menanggulangi stresor, masalah stresor psikososial yaitu masalah

perkawinan, masalah hubungan interpersonal, faktor keluarga, korban bencana dan masalah hukum.

### **2.1.3 Gejala Klinis Skizofrenia**

Gejala klinis skizofrenia terbagi dalam dua kategori, yaitu:(Yosep & Sutini, 2016)

1. Gejala negatif
  - a. Semacam kurangnya inisiatif, sikap apatis dan keinginan.
  - b. Penarikan diri: jika pasien tidak terlibat dalam lingkungan sosial, ia merasa bahagia (isos).
  - c. Tidak ada respons emosional yang ditunjukkan.
2. Gejala positif
  - a. Delusi: Pasien merasa bahwa dia berkuasa, pahlawan atau orang besar.
  - b. Halusinasi: Pasien melihat, mendengar, atau bahkan merasakan hal-hal yang tidak terlihat.
  - c. Mengamuk: Inilah yang mengakibatkan korban dikurung dan dibelenggu.
  - d. Kebingungan pikiran dan ucapan: Pasien mampu berbicara dengan situasi sedih namun ekspresi wajah bahagia dan sebaliknya.

### **2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia**

Terdapat banyak sekali jenis-jenis dari penyakit Skizofrenia sendiri menurut (Fatihatur & Istichomah, 2019) seperti:

1. Skizofrenia Paranoid:

Gejala utama skizofrenia paranoid adalah kecurigaan (halusinasi), kemarahan, dan delusi. Dengan pemeriksaan lebih lanjut, tampak bahwa ada masalah dengan pikiran, emosi, dan tekad.
2. Skizofrenia Hebefrenia:

Penyakit ini biasanya diderita pada usia muda. Orang tersebut mungkin mengalami kesulitan berkonsentrasi, bertindak tidak tepat, dan merasa sedikit motivasi atau emosi.

3. Skizofrenia Katatonik:

Gejala penyakit ini pada pasien berusia 15-30 tahun antara lain berkurangnya reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, postur kaku, dan resistensi terhadap instruksi. Selain itu, pasien ini juga dapat mengalami aktivitas spontan (stupor).

4. Skizofrenia Akut:

Mendiagnosis pasien dengan penyakit ini memiliki karakteristik umum mendiagnosis skizofrenia, tidak termasuk skizofrenia delusi, hebefrenik, atau katatonik, dengan skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia. Tidak termasuk penyakit

5. Skizofrenia Residual:

Untuk memastikan bahwa diagnosis penyakit ini adalah dengan gejala skizofrenia bleuler primer, tetapi penyakit ini tidak jelas dengan gejala sekunder, berarti kemungkinan besar penyakit ini primer. Ini terjadi setelah beberapa episode skizofrenia.

6. Skizofrenia Simpleks:

Untuk mendiagnosa penyakit ini sering timbul pada usia pubertas, dikarenakan tergantung pada perkembangan tersebut dari gejala Skizofrenia “negatif” tanpa riwayat halusinasi dan waham, jenis ini timbul perlahan-lahan

## 2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

### 1. Farmakologi Antipsikotik

Pengobatan farmakologi yang digunakan klien skizofrenia merupakan obat antipsikotik digunakan jangka waktu panjang karena obat mampu untuk pencegahan kemampuan, terapi pemeliharaan, mengurangi efek samping pada individu dengan skizofrenia. (Prabowo E. , 2014)

## 2. Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan. menjadi seseorang terapis, perawat wajib mampu terapi ini, yang memiliki tujuan yaitu mengubah perilaku klien dari sikap maladaptif sebagai perilaku adaptif yang mempertinggi kemampuan yang dimiliki oleh klien

Berikut adalah macam-macam metodologi pengobatan keperawatan jiwa, misalnya,

### ➤ Perawatan Individu

Hubungan terorganisir antar perawat medis dan klien untuk mengubah cara klien berperilaku. Tujuan pengobatan dilakukan secara tertib (terorganisir) sehingga melalui hubungan ini dipercaya akan terjadi penyesuaian perilaku klien sesuai tujuan. Selain itu, klien diharapkan memiliki pilihan untuk meringankan penderitaan (masalah), dan mengembangkan cara untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka.

### ➤ Perawatan Lingkungan

Suatu pengobatan yang berencana untuk bekerja pada lingkungan sehingga terjadi perubahan perilaku pada pasien dari cara berperilaku yang maladaptif menjadi cara berperilaku yang serba bisa. Dengan lingkungan perbaikan akan membuka pintu bagi klien untuk mengubah perilaku dan sikap dengan memusatkan perhatian pada nilai bermanfaat dalam latihan dan kolaborasi.

### ➤ Perawatan Kognitif

Perawatan mental adalah suatu sistem untuk mengubah keyakinan dan perspektif yang mempengaruhi perasaan dan perilaku pasien untuk membantu stresor yang menyebabkan masalah mental.

➤ **Perawatan Keluarga**

Pengobatan yang diberikan kepada semua kerabat baik dalam inspirasi, jiwa dan lebih lanjut sebagai satu kesatuan pengobatan. Tujuan dari perawatan keluarga adalah untuk menghadapi kehancuran dan memenuhi kapasitas sebagai sebuah keluarga dan bekerja sama dan mencari jawaban untuk apa pun yang mungkin paling ideal.

## **2.2 Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri**

### **2.2.1 Pengertian Defisit Perawatan Diri**

Defisit perawatan diri yang ada di RSJ Lawang ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa antara lain kurangnya kemandirian mandi, makannya berceceran, kurangnya perawatan diri berpakaian atau kehilangan minat dalam aktivitas perawatan diri dapat menjadi faktor dalam masalah defisit perawatan diri. Menurut buku standart diagnosa keperawatan standar Indonesia, defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI, 2018).

Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami hambatan atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi, makan dan minum, dekorasi, dan toileting secara mandiri (Herdman H. , 2018).

### **2.2.2 Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri**

Defisit perawatan diri dapat dibagi menjadi empat kategori (Sutejo, 2017) antara lain:

1. Mandi atau kebersihan perawatan diri kurang, mandi perawatan diri kurang ialah ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri mandi atau menjaga kebersihan diri. Ditandai dengan bau badan, badan kotor, dan bau mulut.
2. Kurangnya perawatan diri dalam berpakaian atau mendekorasi, kurangnya perawatan diri dalam berpakaian atau mendekorasi adalah ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri dalam berpakaian atau mendekorasi yang ditandai dengan pakaian yang tidak rapi atau memakai hal-hal yang tidak perlu dalam mendekorasi.
3. Kurang perawatan diri makan dan minum ialah ketidakmampuan melakukan aktivitas perawatan diri makan dan minum. Ditandai dengan makan dan minum yang tidak teratur atau klien tidak makan jika tidak dibantu.
4. Perawatan diri toileting kurang, perawatan diri toileting kurang adalah ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri toileting. Ditandai dengan BAB atau BAK klien tidak pada tempatnya.

### **2.2.3 Etiologi Defisit Perawatan Diri**

Beberapa faktor serta dapat menyebabkan orang mengalami defisit perawatan diri, menurut(Sutejo, 2017).

1. Faktor Predisposisi
  - a. Biologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh penyakit fisik dan mental yang menjadi penghambat klien untuk melakukan aktivitas perawatan diri juga karena faktor keturunan dalam keluarga klien.
  - b. Psikologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh kurangnya inisiatif klien karena berbagai faktor yang menyebabkan kemampuan realitas klien menjadi kurang

yang menyebabkan ketidak pedulian terhadap dirinya sendiri dan lingkungan termasuk perawatan diri klien.

- c. Sosial, dimana defisit perawatan diri disebabkan kurangnya dukungan sosial dan lingkungan yang menyebabkan kemampuan perawatan diri klien menurun.

## 2. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang memicu gangguan perawatan diri adalah kurangnya motivasi, defisit kognitif atau sensorik, kecemasan, malaise, dan kelemahan yang dialami individu, yang mengakibatkan ketidakmampuan individu untuk merawat diri sendiri. Terdapat faktor – faktor yang menyebabkan personal hygiene, yaitu :

- a. Body Image, ilustrasi klien wacana dirinya dapat mempengaruhi personal hygiene klien, contohnya perubahan fisik dapat menyebabkan klien tak mempedulikan personal hygienenya
- b. Praktik Sosial, kondisi sosial dan lingkungan yang tidak mendukung dapat menyebabkan klien mengalami modifikasi pola kebersihan diri.
- c. Status Sosial Ekonomi, strata sosial dan ekonomi sangat mempengaruhi pola personal hygiene klien. Klien dengan strata sosial ekonomi rendah berisiko tinggi mengalami defisit perawatan diri.
- d. Pengetahuan, pengetahuan memegang peranan penting dalam pola personal hygiene seseorang. Dengan memiliki pengetahuan yang cukup akan timbul minat dan motivasi untuk menjaga kebersihan diri, sebaliknya tanpa pengetahuan yang memadai dapat menyebabkan defisit perawatan diri.

- e. Budaya, budaya yang berkembang di masyarakat juga berperan penting dalam menjaga pola personal hygiene seseorang. Budaya yang tidak mendukung dapat menyebabkan masalah pembersihan diri seseorang.
- f. Kebiasaan seseorang, kebiasaan seseorang dapat menjadi faktor yang mempengaruhi pola pembersihan diri seseorang.

#### **2.2.4 Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri**

(Jalil, 2015) menyatakan tanda dan gejala klien adalah:

##### **1. Data Subjektif**

Klien mengatakan :

- a. Mandi malas
- b. Tidak ingin menyisir rambut
- c. Tidak ingin gosok gigi
- d. Tidak ingin potong kuku
- e. Tidak ingin berdandan
- f. Tidak ingin mandi
- g. Tidak tahu cara merawat diri sendiri

##### **2. Data Objektif**

- a. Bau badan, badan kering, rambut berantakan, gigi kuning, kuku panjang.
- b. Rambut kusut berantakan, tidak bisa berdandan, kumis janggut tidak rapi.
- c. Tidak bisa berpakaian dengan benar.



- d. Mengenakan hal-hal tidak perlu dalam pakaian atau telanjang.
- e. makan serta minum sembarangan dan berserakan, tidak menggunakan alat makan.
- f. Buang air besar serta buang air kecil sembarangan tidak pada tempatnya.

### **2.2.5 Mekanisme Koping Defisit Perawatan Diri**

Mekanisme koping berdasarkan penggolongan di bagi menjadi 2 yaitu: Mekanisme koping berdasarkan klasifikasinya dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Mekanisme koping adaptif, mekanisme koping untuk pertumbuhan pembelajaran dan pencapaian tujuan termasuk mekanisme koping adaptif. Kategori ini memungkinkan klien untuk secara mandiri mencukupi kebutuhan perawatan diri mereka.
2. Mekanisme koping maladaptif adalah cara menghadapi masalah yang menghambat integrasi, mengganggu pertumbuhan, dan mengurangi otonomi dan cenderung mendominasi lingkungan. Kategori tidak suka bertanggung jawab atas diri mereka sendiri (Damayanti & Iskandar, 2012).

### **2.2.6 Proses Terjadinya Masalah Defisit Perawatan Diri**

Data umum diketahui pada defisit perawatan diri (Hastuti, 2018) adalah:

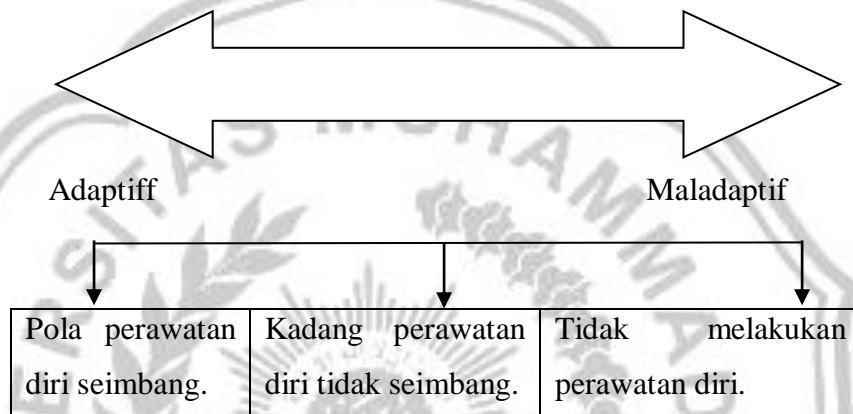
Data subjektif

1. Klien terasa lemah
2. Malas melakukan aktivitas
3. Merasa tidak mampu

Data Objektif

1. Rambut berantakan
2. Bau badan serta kotor
3. Gigi kecoklatan
4. Kulit gatal serta kotor
5. Kuku panjang serta tidak terawat

### 2.2.7 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri



Gambar 2. 1 Rentang Respon Kognitif

Informasi:

- a. Pola perawatan diri seimbang, waktu klien menerima stressor dan bertindak adaptif, pola perawatan yang diberikan klien seimbang, klien terus merawat dirinya sendiri.
- b. Kadang-kadang perawatan diri kadang-kadang tidak, saat klien mendapat stressor klien merawat dirinya sendiri.
- c. Tidak memenuhi perawatan diri, klien berkata tidak bisa merawat dirinya serta tidak mampu merawat dirinya sendiri.

### 2.2.8 Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri

1. Membantu mengembangkan kesadaran serta kepercayaan diri

2. Membimbing serta membantu klien mengurus dirinya sendiri
3. Menciptakan lingkungan yang mendukung

### **2.2.9 Manifestasi Klinis Defisit Perawatan Diri**

Menurut(Putra, 2019) tanda dan gejala klien dengan defisit perawatan diri adalah:

1. Data Subyektif
  - a. Tidak mau mandi
  - b. Perawatan diri harus dipesan
  - c. BAB dan BAK tidak pada tempatnya
  - d. Klien makan berserakan
2. Data Objektif
  - a. Tidak bisa membersihkan tubuh
  - b. Berpakaian tidak rapi
  - c. Tidak bisa menjaga kebersihan
  - d. Makanannya belum habis dan alatnya tidak dibersihkan

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri**

### **2.3.1. Pengkajian**

Konsep defisit perawatan diri pada klien gangguan jiwa terjadi karena adanya perubahan proses berpikir sehingga tidak mampu melakukan perawatan diri(Elvara, 2017).

#### **a. Identitas**

Terdiri dari: nama klien, tempat/tanggal lahir, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan telepon keluarga.

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

Apakah penyebab klien atau keluarga datang dan menanyakan klien dan keluarga mengapa datang ke rumah sakit.

#### **c. Faktor penyebab**

1. Faktor Predisposisi:

- a. Pengembangan
- b. Biologis
- c. Penurunan kemampuan realitas
- d. Sosial

2. Faktor Curah Hujan

- a. Citra tubuh
- b. Praktek Sosial
- c. Status sosial ekonomi
- d. Pengetahuan
- e. Budaya
- f. Kebiasaan Seseorang
- g. Kondisi fisik atau psikologis

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan TTV serta pemeriksaan head to toe, yaitu penampilan klien yang kotor atau kusut.

4. Psikososial

- a. Genogram
- b. Konsep diri
- c. Hubungan Sosial
- d. Rohani

5. Status Mental

- a. Penampilan
- b. Bicara
- c. Aktivitas motorik
- d. Sifat perasaan
- e. Mempengaruhi
- f. Interaksi wawancara
- g. Persepsi
- h. Proses Berpikir , Isi pikiran
- i. Tingkat kesadaran, memori

- j. Tingkat konsentrasi dan penghitungan
- k. Kemampuan penilaian
- l. Kesadaran diri

6. Rumah Kebutuhan Klien

- a. Makan
- b. Mandi
- c. BAB dan BAK
- d. Pakaian
- e. Istirahat dan tidur
- f. Penggunaan obat-obatan
- g. Perawatan kesehatan
- h. Kegiatan Rumah

7. Mekanisme Mengatasi

Pengumpulan data bisa dilakukan melalui wawancara menggunakan klien atau keluarga yang terdiri dari:

- a. Adaptif
- b. Maladaptif
- c. Masalah psikososial dan lingkungan
- d. Pengetahuan

8. Mengatasi Sumber

Ini adalah evaluasi dari pilihan dan strategi coping seseorang. Sumber coping ini dapat dijadikan sebagai modal untuk memecahkan masalah.

**2.3.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah masalah keperawatan klien yang meliputi respon adaptif dan maladaptif serta stressor suportif (Herman & Kamitsuru, 2015)(Herdman & Kamitsuru, 2015)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien :

- 1. Defisit Perawatan Diri

### **2.3.3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan menurut (PPNI, SDKI, & DPP, 2018) adalah:

Diagnosa Keperawatan: Defisit Perawatan Diri

#### **1. Observasi**

- a. Pemahaman usia serta budaya dalam membantu perawatan diri
- b. Pemahaman jenis bantuan yang dibutuhkan
- c. Pantau kebersihan tubuh
- d. Pantau integritas kulit

#### **2. Terapi**

- a. Menyiapkan peralatan perawatan pribadi
- b. Memberikan lingkungan yang nyaman serta aman
- c. Fasilitasi perawatan diri sesuai keinginan
- d. Pertahankan kebiasaan kebersihan pribadi
- e. Memberikan bantuan sesuai dengan tingkat kemandiriannya

#### **3. Edukasi**

- a. Jelaskan manfaat perawatan diri dan dampak tidak perawatan diri terhadap kesehatan
- b. Ajarkan keluarga cara merawat klien (bila ada keluarga)

### **2.3.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian aktivitas yang dilaksanakan oleh perawat untuk menolong pasien dengan masalah kesehatan yang mengelola kondisi dengan baik yang menjelaskan kriteria hasil. Proses implementasi wajib fokus di kebutuhan klien serta faktor lain yang mengetahui kebutuhan perawatan mereka, taktik pemberian perawatan, serta kegiatan komunikasi. Oleh karena itu, praktik keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang dikoordinasikan melalui

pasien, keluarga, serta anggota tim kesehatan lainnya untuk mendukung masalah kesehatannya sesuai dengan kriteria serta hasil perencanaan.(Siregar, 2018)

### 2.3.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan harus mengukur keberhasilan perencanaan dan pelaksanaan intervensi keperawatan yang dilakukan, terlepas dari apakah tujuan intervensi keperawatan yang dilakukan telah tercapai atau diperlukan pendekatan yang berbeda.(Olfah, 2016)

S (Subyektif): Informasi ekspresif yang diterima dari pelanggan setelah tindakan diberikan

O (Tujuan) : Informasi yang diperoleh berupa observasi, evaluasi dan pengukuran oleh perawat setelah tindakan persiapan.

A (Evaluasi): Perbandingan subjektivitas dan informasi

Menarik kesimpulan, bertujuan untuk tujuan dan kriteria hasil masalah telah teratasi, sebagian teratasi, atau belum terselesaikan.

P (Rencana): Rencana perawatan selanjutnya yang akan dijalankan berdasarkan hasil analisis.

SP 1-4 Pada klien Defisit Perawatan Diri :

1. SP 1 : Orientasi Pada klien dan menanyakan keluhan klien
2. SP 2 : Memberitahukan tentang defisit perawatan diri dan pentingnya perawatan diri
3. SP 3 : Melatih cara makan dan mandi yang baik
4. SP 4 : Melatih cara berpakaian yang benar

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain**

Karya tulis ilmiah dengan jenis studi kasus dengan deskriptif analitik, yaitu menjelaskan dan membahas asuhan keperawatan jiwa pada klien skizofrenia dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Studi kasus dilakukan pada dua orang pasien yang berbeda dengan masalah keperawatan yang sama berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa, intervensi keperawatan yang telah ditentukan, implementasi dan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan oleh mahasiswa sebelumnya.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah pada kasus ini merupakan asuhan keperawatan klien Skizofrenia dengan defisit perawatan diri di Ruang Flamboyan RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang, bagi menghindari kesehatan pada memahami judul penelitian bahwa peneliti sangat perlu memastikan istilah kunci yang membentuk fokus penelitian studi kasus ini yaitu :

1. Asuhan keperawatan defisit perawatan diri adalah merupakan suatu asuhan komprehensif secara profesional yang diberikan pada pasien melalui proses keperawatan dimulai dari pengkajian, menegakkan diagnosa, menyusun intervensi, melakukan implementasi, dan melakukan evaluasi respon pasien terhadap asuhan yang diberikan.
2. Skizofrenia adalah gangguan psikosis dengan ciri menarik diri dari kehidupan sosial, gangguan emosional dan afektif ditandai dengan gangguan proses pikir dan halusinasi juga perilaku negatif
3. Defisit perawatan diri adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami hambatan atau ketidakmampuan untuk melakukan



aktivitas perawatan diri seperti mandi, makan dan minum, dekorasi, dan toileting secara mandiri.

### **3.3 Unit Analisa**

Unit analisis pada karya tulis ilmiah ini ialah dua orang pasien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Data yang telah didapat dari pasien dalam karya tulis ilmiah ini disajikan melalui metode gambaran atau deskriptif.

Unit analisis pada karya tulis ilmiah sebagai berikut :

1. melakukan pengkajian pada klien defisit perawatan diri di ruang flamboyan
2. menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang didapat pada klien defisit perawatan diri di ruang flamboyan
3. menyusun intervensi pada klien defisit perawatan diri di ruang flamboyan
4. melakukan implementasi berupa asuhan pada pasien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di ruang flamboyan
5. melakukan evaluasi respon pasien setelah asuhan pada pasiendefisit perawatan diri di ruang flamboyan.

### **3.4 Lokasi dan Waktu**

Karya tulis ilmiah ini ditulis berdasarkan data yang diperoleh dari praktek klinik keperawatan di RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang, Malang pada pasien 1 dan Pasien 2 dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri selama 5 hari dari tanggal 31 Mei 2022 – 06 Juni 2022.

### **3.5 Pengumpulan Data**

Langkah pengumpulan data diawali dengan bertemu CI dan kepala ruangan, kemudian mendapat pasien kelolaan dari CI. Mahasiswa bertemu dengan pasien melakukan BHSP dengan komunikasi terapeutik lalu melakukan pengkajian, menegakkan

diagnosa, intervensi, melakukan implementasi berupa asuhan dan melakukan evaluasi respon pasien.

1. Wawancara : data yang didapat dari apa yang diutarakan pasien, didapat melalui mengajukan pertanyaan langsung kepada pasien
2. Observasi : data yang didapat dengan melakukan pengamatan baik perilaku atau respon pasien, dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain
3. Dokumentasi : merupakan data yang diperoleh melalui catatan kesehatan atau kondisi pasien.

Alat pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan yang dibagikan oleh pihak RSJ Lawang.

### **3.6 Ujian Keabsahan Data**

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi, yaitu mengumpulkan data atau informasi secara langsung melalui pasien, keluarga, hasil pemeriksaan fisik, serta catatan rekam medis pasien. Data dapat dikatakan baik bila sesuai dengan yang ditemukan selama melakukan studi kasus.

### **3.7 Analisa Data**

Pada studi kasus ini setelah pengumpulan data selanjutnya di analisis secara deskriptif. Teknik analisis digunakan dengan cara mengamati peneliti dan mendokumentasikan penelitian yang menghasilkan data. Data diinterpretasikan sebagai bahan oleh peneliti dibandingkan dengan teori-teori yang ada untuk membuat rekomendasi intervensi, yang merupakan urutan analisis.(Nursalam, 2017) :

1. Pengumpulan data

Hasil data observasi yang dikumpulkan dalam bentuk memo ditampilkan dalam transkrip, dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis menggunakan hasil tes

diagnostik, dan dengan nilai dalam kisaran normal yang akan dibandingkan.

2. Presentasi data

Tampilan data sesuai dengan desain studi kasus deskriptif yang dipilih. Data disajikan secara terstruktur dan dilengkapi dengan penggalan-penggalan tuturan lisan oleh subjek studi kasus yang menjadi data pendukung.

3. Kesimpulan

Selanjutnya, kami menjelaskan data yang disajikan dan secara teoritis membandingkannya dengan hasil penelitian sebelumnya tentang perilaku kesehatan. Gunakan metode bimbingan untuk menarik kesimpulan. Data yang dikumpulkan berkaitan dengan data pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **3.8 Etik Penelitian**

Perlu diketahui bahwa secara umum prinsip etik dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibagi menjadi tiga bagian, yaitu: asas kemanfaatan, asas kehormatan, hak subjek, dan asas keadilan(Nursalam, 2016)

1. Tidak ada nama (Anonymity)

Dalam studi kasus ini, peneliti memberikan kepastian gunakan dengan tidak mencantumkan nama responden dalam studi kasus atau masukkan nama lengkap responden dan tuliskan kodenya nama formulir pengumpulan data studi kasus.

2. Kerahasiaan (Confidentiality)

Studi kasus ini menjamin semua informasi yang dikumpulkan kerahasiaan oleh penulis, hanya sekelompok data tertentu dilaporkan dalam hasil penelitian. Penulis memegang semua informasi yang disediakan serta tidak menetapkan informasi kepentingan pribadi dan tidak ilmiah.

3. Tidak ada salahnya (Non Maleficience)

Prinsip-prinsip etika ini adalah melaksanakan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasi (SOP) untuk mencegah pasien dari cedera fisik atau mental secara fisik dan mental.



## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Rumah sakit jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, Rumah Sakit Jiwa Lawang dibuka secara resmi pada 23 Juni 1902. Pengerjaan mendirikan rumah sakit dimulai tahun 1884 berdasarkan surat keputusan kerajaan belanda tertanggal 20 Desember 1865 No. 100. Rumah sakit jiwa lawang merupakan rumah sakit dibawah naungan kementrian kesehatan republik indonesia juga merupakan kedua yang tertua di indonesia. Pengambilan data dilakukan di ruang flamboyan RSJ Lawang. Ruang flamboyan diisi oleh klien wanita, memiliki dua ruang perawatan yaitu ruang utara dan selatan masing-masing berisi kurang lebih 20 tempat tidur. Terdapat ruang jaga perawat juga ruang kepala ruangan dan ruang makan untuk pasien.

##### 4.1.2 Pengkajian

###### 1. Identitas Pasien

Identitas Pasien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. R	Ny.E
Umur	25 Tahun	29 Tahun
Alamat	Kediri	Pasuruan
Pendidikan	SD	SD
Agama	Islam	Islam
Status	Belum menikah	Belum manikah
Pekerjaan	Tidak bekerja	Tidak bekerja
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
No CM	102XXX	083XXX

Tabel 4. 1 Identitas Pasien

###### 2. Alasan Masuk

Pengelompokan data	Klien 1	Klien 2
Data primer	Klien mengatakan Klien masuk RSJ diakrenakan dibawa oleh masnya, Klien dibawa ke dinsos kediri sebelum dibawa ke RSJ	Klien mengatakan alasan dibawa ke RSJ dikarenakan Klien sering mengamuk saat dirumah

Data sekunder	Klien tidak memiliki inisiatif perawatan diri saat di ruangan dan Klien memiliki riwayat perilaku kekerasan	Tercatat dalam RM klien memiliki riwayat perilaku kekerasan
Keluhan saat pengkajian	Klien mengeluh gatal-gatal, klien juga tidak mau mandi	Saat pengkajian klien mengatakan tidak memiliki keluhan, klien merasa senang

Tabel 4. 2 Alasan Masuk

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien 1	Klien 2
Klien mengatakan masuk ke RSJ lawang karena dibawa oleh tim kesehatan dinsos kediri, Klien memiliki riwayat perilaku kekerasan	Klien pasien sering main HP terus, lalu keluarga menegur klien dan menyebabkan klien mengamuk lalu pasien di bawa ke RSJ lawang

Tabel 4. 3 Riwayat Penyakit Sekarang

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Kelompok Data	Klien 1	Klien 2
Gangguan jiwa dimasa lalu	Klien menyatakan tidak mengalami gangguan jiwa sebelumnya	Klien menyatakan tidak mempunyai gangguan jiwa sebelumnya
Riwayat trauma	Klien mengatakan selama di grogol dinsos kediri pasien sering dipukul oleh teman sejawat	Klien mengatakan pernah dipukul oleh adiknya lalu pasien membalas
Upaya bunuh diri	Klien mengatakan klien tidak pernah melakukan upaya atau percobaan bunuh diri	Klien mengatakan tidak pernah melakukan upaya bunuh diri
Pengalaman dimasa lalu tidak menyenangkan	Klien mengatakan pernah mendapat perlakuan pemukulan saat di dinsos kediri oleh temannya	Klien mengatakan dahulu sering dimarahin oleh keluarga karena klien sering main HP
Penyakit Fisik	Klien mengatakan pasien tidak pernah mengalami penyakit fisik	Klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit fisik
Riwayat penggunaan NAPZA	Klien mengatakan tidak pernah menggunakan barang NAPZA	Klien mengatakan tidak pernah menggunakan barang NAPZA
Upaya terkait kondisi	Klien mengatakan sudah pernah dibawa ke dinsos kediri sebelum ke RSJ lawang untuk berobat	Klien mengatakan bila klien mengalami hal yang tidak menyenangkan maka pasien akan melakukan kegiatan

		yang disukai
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan tidak ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga pasien	Klien mengatakan tidak ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga pasien

Tabel 4. 4 riwayat Penyakit Dahulu

5. Pengkajian Psikososial

Kelompok data	Klien 1	Klien 2
Genogram	Klien mengatakan klien adalah anak tunggal, ayah dan ibu pasien sudah bercerai, pasien mengatakan tidak ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga	Klien mengatakan Klien adalah anak pertama dari 6 bersaudara, pasien juga mengatakan tidak ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga
Citra tubuh	Klien mengatakan puas dengan keadaan tubuhnya	Klien mengatakan puas dengan keadaan tubuhnya
Identitas	Klien mengenali dirinya sendiri, pasien mengatakan anak tunggal	Klien mengenali dirinya sendiri, Klien mengatakan anak pertama dari 6 bersaudara
Peran	Klien mengatakan selama di rumah pasien biasa membantu ibunya mengurus urusan rumah tangga	Klien mengatakan selama di rumah klien membantu dengan urusan rumah tangga
Ideal diri	Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan bertemu dengan keluarga di rumah	Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang
Harga diri	Klien dapat berinteraksi dengan pasien lain dan klien terkadang menarik diri	Klien mampu berinteraksi dengan orang lain dengan baik
Orang yang berarti/terdekat	Klien mengatakan paling dekat dengan ibunya, klien mengatakan ibunya sangat berarti bagi pasien	Klien mengatakan orang yang berarti bagi pasien adalah ibu pasien
Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat	Klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan apapun tetapi mau berbaur dengan orang lain, pasien membantu dalam urusan rumah tangga	Klien mengatakan pasien sering membantu dalam urusan rumah tangga dalam keluarganya
Hambatan hubungan dengan orang lain	Klien mengatakan tidak mengalami	Klien mengatakan tidak mengalami

	hambatan	hambatan
Spiritual agama	Klien beragama islam, pasien mengatakan solat tidak teratur	Klien beragama islam, pasien rutin melaksanakan solat wajib 5 kali sehari
Pandangan terhadap gangguan jiwa	Klien mengatakan pasien tidak memahami permasalahan tentang gangguan jiwa	Pandangan klien mengenai gangguan jiwa adalah gangguan dari makhluk halus atau sihir

Tabel 4. 5 Pengkajian Psikososial

6. Pemeriksaan Fisik

Kelompokan data	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum	Baik	Baik
Kesadaran	Komposmentis	Komposmentis
TD	122/70 mm/Hg	115/64 mm/Hg
Nadi	85x/menit	87x/menit
Suhu	36,6°C	36,4° C
RR	18x/menit	20x/menit
BB	55Kg	50 Kg
TB	150cm	160 cm
Keluhan fisik	Klien mengeluh gatal-gatal	Klien mengatakan tidak ada keluhan

Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik

7. Status Mental

Kelompokan data	Klien 1	Klien 2
Penampilan	Penampilan pakaian rapi, kuku agak panjang, gigi cukup bersih, rambut berminyak	Penampilan pasien pernah memasang baju terbalik, kebersihan cukup
Pembicaraan	Frekuensi lambat, volume kecil, jumlah kata sepatah dua patah kalimat	Frekuensi cepat, volume keras, jumlah kata banyak dengan aksen tidak wajar
Aktifitas motorik	Hipoaktifitas, pasien sering tidur di pagi hari juga pasien jarang mengikuti kegiatan kelompok	Verbigerasi, pasien berulang kali mengucapkan kata yang sama selama wawancara
Mood	Kesepian, pasien mengatakan ingin segera pulang berkumpul dengan keluarga	Klien menunjukkan perasaan yang sesuai
Afek	Sesuai	Sesuai
Interaksi selama wawancara	Pasien kooperatif	Pasien kooperatif



Persepsi sensorik	Tidak ada halusinasi maupun ilusi	Tidak ada halusinasi maupun ilusi
Arus pikir isi pikir bentuk pikir	Koheren Obsesif Realistik	Perseverasi Ide yang terkait realistik
Orientasi	Klien mampu mengenali perawat, namun kesulitan menyebutkan hari, tanggal, tahun, juga tempat	Klien mampu mengenali perawat, tempat, namun kesulitan menyebutkan hari, tanggal, tahun
Memori	Tidak terjadi gangguan memori	Tidak terjadi gangguan memori
Konsentrasi dan berhitung	Konsentrasi Klien baik, klien mampu berhitung dengan baik	Konsentrasi mudah beralih, klien mampu berhitung dengan baik
Kemampuan penilaian	Klien mampu mengambil keputusan sederhana dengan bantuan	Klien mampu mengambil keputusan sederhana dengan bantuan
Daya titik diri	Menyalahkan hal-hal diluar dirinya, klien mengatakan masuk RSJ karena dibujuki oleh mas saudaranya	Menyalahkan hal-hal diluar dirinya, klien mengatakan sering ditegur keluarga lalu dibawa ke RSJ

Tabel 4. 7 Status Mental

8. Kebutuhan Persiapan Pulang

Kelompokan data	Klien 1	Klien 2
Kemampuan memenuhi kebutuhan	Klien tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya dengan baik	Klien mampu memenuhi kebutuhan dengan bantuan orang lain
Perawatan diri mandi	Klien mengatakan mandi 2 kali dengan paksaan dari perawat	Pasien mandi 2 kali sehari
Perawatan diri berpakaian	Klien memakai pakaian dengan rapi dan baik	Klien sering memakai baju terbalik dan klien sering membawa barang yang tidak perlu
Perawatan diri makan	Klien makan 3x sehari makanan disiapkan perawat, klien makan tidak pelan-pelan,	Klien makan 3x sehari makanan disiapkan perawat, klien makan tidak pelan-pelan,

	berceceran, pasien tidak mencuci tangan sebelum makan	tidak mencuci tangan sebelum makan, terkadang klien makan dengan tangan tanpa sendok, berceceran
Perawatan diri toileting	Klien BAB, BAK ke kamar mandi	Klien BAB, BAK ke kamar mandi
Nutrisi	Pasien makan 3x sehari dengan 2x kudapan, nafsu makan baik	Pasien makan 3x sehari dengan 2x kudapan, nafsu makan baik
Tidur	Klien Tidur siang 2-3 jam, tidur malam 7-8 jam, pasien sering tidur di pagi hari	Klien Tidur siang 1-2 jam, tidur malam 6-7 jam, pasien tidak mengalami gangguan tidur
Kemampuan lain	Klien membutuhkan bantuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri klien, klien minum obat dibantu oleh perawat	Klien mampu memenuhi kebutuhan dengan bantuan baik perawat, klien minum obat dibantu oleh perawat
Sistem pendukung	Klien mendapat dukungan keluarga, pasien juga mendapatkan dukungan dari pasien lain	Klien dapat dukungan keluarga, pasien juga mendapatkan dukungan dari pasien lain

Tabel 4. 8 Kebutuhan Persiapan Pulang

9. Mekanisme Koping

Klien 1	Klien 2
Klien mengatakan jika ada masalah Klien berusaha melakukan kegiatan senam dan joget	Klien mengatakan jika ada masalah pasien berusaha melakukan kegiatan bernyanyi dan melakukan kegiatan direhabilitasi

Tabel 4. 9 Mekanisme Koping

10. Masalah Psikososial dan lingkungan

Kelompokan data	Klien 1	Klien 2
Dukungan kelompok	Klien mengatakan belum dijenguk oleh keluarganya	Klien mengatakan sudah pernah dijenguk oleh keluarganya
Lingkungan	Klien mampu mengenali lingkungannya dan mampu beradaptasi	Klien mampu mengenali lingkungan dan mampu beradaptasi
Pendidikan	Klien mengatakan pasien menempuh pendidikan cuman sampai SD	Pasien mengatakan pasien menempuh pendidikan cuman sampai SD
Pekerjaan	Klien mengatakan belum pernah bekerja, klien menyatakan membantu ibunya	Klien mengatakan belum pernah bekerja, klien membantu kegiatan rumah tangga

	menjaga warung	
Perumahan	Klien mengatakan tinggal berdua dengan ibunya sebelum dirawat di RSJ	Klien mengatakan tinggal bersama keluarga sebelum dirawat di RSJ
Ekonomi	Klien mengatakan kondisi ekonomi keluarganya kurang tercukupi	Klien mengatakan kondisi ekonomi keluarga cukup
Pelayanan kesehatan	Klien mengatakan tidak mengalami masalah dengan pelayanan kesehatan	Klien mengatakan tidak memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan
Masalah lain	Tidak ada masalah lain pada diri pasien	Tidak ada masalah lain pada diri pasien

Tabel 4. 10 Masalah Psikososial dan Lingkungan

#### 11. Aspek Pengetahuan

Klien 1	Klien 2
Klien kurang memahami terkait dengan masalah gangguan jiwa yang dialami, pasien kurang memahami pentingnya perawatan diri mandi	Klien kurang memahami terkait dengan masalah gangguan jiwa yang dideritanya, pasien kurang memahami pentingnya perawatan diri makan

Tabel 4. 11 Aspek Pengetahuan

#### 12. Aspek Medis

Klien 1	Klien 2
Risperidon 2mg 1-0-1-0 Clozapin 25mg 0-0-0-1 Clobazam 10mg 0-0-0-1 Depakote 250mg 1-0-1-0	Valproat 250m 1-0-1-0 Phenetoin 800mg 1-1-1-0 Clobazam 10mg 1-0-1-0 Clozapin 100mg 0-0-0-1 Profolat 0,4 2-0-0-0 TFP 1-0-1-0

Tabel 4. 12 Aspek Medis

### 4.1.3 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
Klien 1		
DS : 1. Klien mengeluh gatal-gatal 2. Klien mengatakan malas mandi DO : 1. Klien sering garuk garuk 2. Gigi klien tampak kekuningan 3. Klien makan tidakpelan-	Kurangnya Pengetahuan	Defisit perawatan diri (Mandi dan makan)

4. Klien tidak cuci tangan sebelum makan		
<b>Klien 2</b>		
<b>Ds :</b> 1. Klien mengatakan tidak mengetahui pentingnya cuci tangan 2. Klien mengatakan tidak menyadari baju tebalik <b>Do :</b> 1. Klien tidak cuci tangan sebelum makan 2. Klien makan tanpa alat makan dan makannya berceceran 3. Baju klien terbalik 4. Klien membawa barang yang tidak perlu	Kurang pengetahuan	Defisit perawatan diri (makan, berpakaian)

Tabel 4. 13 Analisa Data

#### 4.1.4 Diagnosa Keperawatan

<b>Klien 1</b>
Defisit perawatan diri b.d kurang pengetahuan ditandai dengan klien sering garuk-garuk, klien makan tidak pelan-pelan dan berceceran, klien makan tidak cuci tangan, gigi klien kekuningan.
<b>Klien 2</b>
Defisit perawatan diri b.d kurang pengetahuan ditandai dengan klien tidak cuci tangan, klien makan tanpa alat makan, berceceran, baju klien terbalik, klien membawa barang yang tidak perlu.

Tabel 4. 14 Diagnosa Keperawatan

#### 4.1.5 Intervensi Keperawatan

Dx Keperawatam	Intervensi	Rasional
<b>Klien 1</b>		
Tujuan Umum : Defisit perawatan diri pasien teratasi dalam waktu 6x24 jam Tujuan Khusus 1 : Membina hubungan saling percaya dengan Kriteria Evaluasi : 1. Selama interaksi klien kooperatif 2. Klien mau memperkenalkan	1. Bina hubungan saling percaya 2. Berikan kesempatan pada pasien untuk memperkenalkan diri 3. Berikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya 4. Berikan kesempatan pada pasien untuk	1. Interaksi dengan Klien selama tindakan perawatan dapat terbina dengan baik 2. Membantu proses bina hubungan saling percaya 3. Perasaan klien selama interaksi dapat diketahui 4. Masalah klien

<p>diri pada mahasiswa</p> <p>3. Klien bersedia mengungkapkan perasaannya</p> <p>4. Klien bersedia untuk mengungkapkan masalahnya</p>	<p>mengungkapkan masalahnya</p>	<p>selama interaksi dapat diketahui</p>
<p>Tujuan Khusus 2 : Pasien menyadari dan mengetahui pentingnya perawatan diri dengan</p> <p>Kriteria Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengenali masalahnya</li> <li>2. Klien mampu melakukan perawatan diri dengan benar</li> <li>3. Klien memahami pentingnya perawatan diri</li> <li>4. Klien mengetahui cara menjaga perawatan diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan pentingnya perawatan diri</li> <li>2. Pastikan klien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri</li> <li>3. Pastikan klien memahami pentingnya kebutuhan perawatan diri</li> <li>4. Ajarkan klien menjaga perawatan diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengenali masalah pentingnya perawatan diri</li> <li>2. Klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</li> <li>3. Klien mampu memahami kebutuhan perawatan diri mandiri</li> <li>4. Klien mampu melakukan menjaga perawatan diri</li> </ol>
<p>Tujuan Khusus 3 : Pasien mampu melakukan perawatan diri dengan</p> <p>Kriteria Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien melakukan perawatan diri mandi secara adekuat</li> <li>2. Klien melakukan perawatan diri mandi secara adekuat</li> <li>3. Klien menunjukkan peningkatan perawatan diri mandi dan makan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kemandirian klien</li> <li>2. Berikan dukungan perawatan diri</li> <li>3. Diskusikan dampak buruk tidak perawatan diri</li> <li>4. Berikan pujian pada Klien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kemandirian klien setelah tindakan dilakukan diketahui</li> <li>2. Membantu klien dalam melakukan perawatan diri</li> <li>3. Klien mampu mempertahankan kan tingkat perawatan diri</li> <li>4. Klien termotifikasi melakukan dan mempertahankan perawatan diri</li> </ol>
<p>Pasien 2</p>		
<p>Tujuan Umum : Defisit perawatan diri pasien teratasi dalam waktu 6x24 jam</p> <p>Tujuan Khusus 1 : Membina hubungan saling percaya dengan</p> <p>Kriteria Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selama interaksi klien kooperatif</li> <li>2. Klien mau memperkenalkan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Berikan kesempatan pada klien untuk memperkenalkan diri</li> <li>3. Berikan kesempatan pada Klien untuk mengungkapkan perasaannya</li> <li>4. Berikan kesempatan pada Klien untuk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interaksi dengan klien selama perawatan dapat terbina dengan baik</li> <li>2. Membantu proses bina hubungan saling percaya</li> <li>3. Perasaan klien selama interaksi dapat diketahui</li> <li>4. Masalah klien selama interaksi</li> </ol>

<p>diri pada mahasiswa</p> <p>3. Klien bersedia mengungkapkan perasaannya</p> <p>4. Klien bersedia mengungkapkan masalahnya</p>	<p>mengungkapkan masalahnya</p>	<p>dapat diketahui</p>
<p>Tujuan Khusus 2 : Pasien menyadari dan mengetahui pentingnya perawatan diri dengan</p> <p>Kriteria Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengenali masalah</li> <li>2. Klien menunjukkan kemauan perawatan diri</li> <li>3. Klien memahami pentingnya perawatan diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan pentingnya perawatan diri</li> <li>2. Berikan motifasi pada pasien untuk perawatan diri makan</li> <li>3. Ajarkan cara cuci tangan sebelum makan pada klien</li> <li>4. Ajarkan cara berpakaian dengan benar pada klien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat mengenali masalah dan pentingnya perawatan diri</li> <li>2. Klien termotifasi untuk melakukan perawatan diri</li> <li>3. Klien dapat melakukan cuci tangan sebelum makan dengan benar</li> <li>4. Klien dapat berpakaian dengan benar</li> </ol>
<p>Tujuan Khusus 3 : Klien mampu melakukan perawatan diri dengan</p> <p>Kriteria Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien melakukan perawatan diri makan secara adekuat</li> <li>2. Klien melakukan perawatan diri berpakaian secara adekuat</li> <li>3. Klien menunjukkan peningkatan perawatan diri makan dan berpakaian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tingkat kemandirian klien</li> <li>2. Berikan dukungan perawatan diri</li> <li>3. Diskusikan dampak buruk tidak perawatan diri</li> <li>4. Berikan pujian pada klien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kemandirian klien setelah tindakan dilakukan diketahui</li> <li>2. Membantu klien dalam melakukan perawatan diri</li> <li>3. Klien dapat mempertahankan tingkat perawatan diri</li> <li>4. Klien termotifasi melakukan dan mempertahankan perawatan diri</li> </ol>

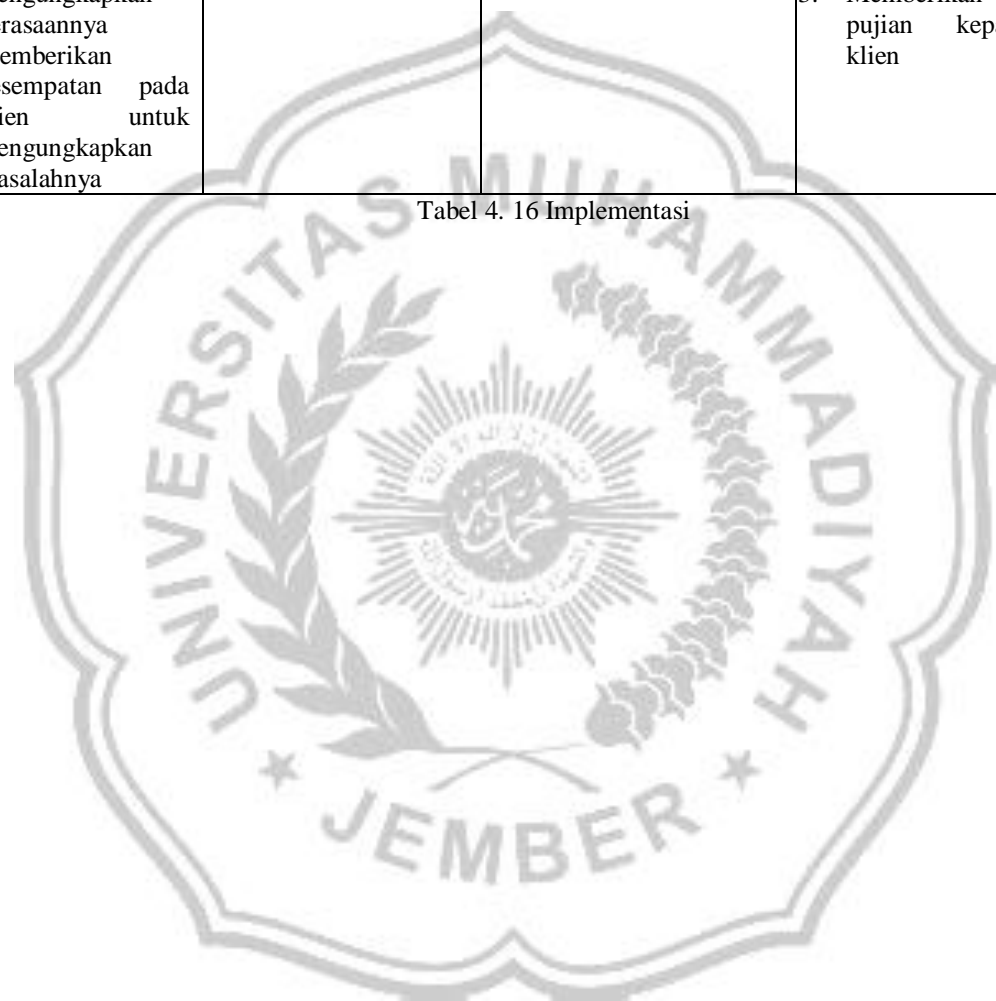
Tabel 4. 15 Intervensi Keperawatan

#### 4.1.6 Implementasi

Dx. Keperawatan	31 Mei 2022/07:50	01 Juni 2022/15:15	03 Juni 2022/09:00	04 Juni 2022/15:00	06 Juni 2022/11:45
Klien1					
Defisit perawatan diri b.d kurang pengetahuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memperkenalkan diri</li> <li>3. Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya</li> <li>4. Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan masalahnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan pentingnya perawatan diri (Mandi)</li> <li>2. Memberikan motifasi untuk perawatan diri</li> <li>3. Memastikan klien sudah mandi, mengingatkan bila belum</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan pentingnya perawatan diri (Makan)</li> <li>2. Memberikan motifasi untuk perawatan diri</li> <li>3. Mengajarkan cara cuci tangan sebelum makan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tingkat kemandirian klien</li> <li>2. Memberikan dukungan perawatan diri dengan membantu klien menyiapkan makanan</li> <li>3. Memberikan bantuan menyiapkan keperluan mandi</li> <li>3. Memberikan pujian kepada klien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tingkat kemandirian klien</li> <li>2. Memberikan dukungan perawatan diri dengan membantu klien menyiapkan makanan</li> <li>3. Mendiskusikan dampak buruk tidak perawatan diri</li> <li>4. Memberikan pujian kepada klien</li> </ol>
Klien 2	07:30	14:15	08:45	17:00	09:00
Defisit perawatan diri b.d kurang pengetahuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memperkenalkan diri</li> <li>3. Memberikan kesempatan pada klien untuk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan pentingnya perawatan diri (Makan)</li> <li>2. Memberikan motifasi untuk perawatan diri</li> <li>3. Mengajarkan cara cuci tangan sebelum makan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan pentingnya perawatan diri (Berpakaian)</li> <li>2. Memberikan motifasi untuk perawatan diri</li> <li>3. Mengajarkan cara berpakaian dengan benar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tingkat kemandirian pasien</li> <li>2. Memberikan dukungan perawatan diri dengan membantu klien menyiapkan makanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tingkat kemandirian klien</li> <li>2. Memberikan dukungan perawatan diri dengan mengingatkan dan membantu klien jika bajunya terbalik</li> <li>3. Mendiskusikan</li> </ol>

	<p>mengungkapkan perasaannya</p> <p>4. Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan masalahnya</p>			<p>3. Memberikan pujian kepada klien</p>	<p>dampak buruk tidak perawatan diri</p> <p>4. Memberikan pujian kepada klien</p>
--	--	--	--	--	---

Tabel 4. 16 Implementasi





#### 4.1.7 Evaluasi

Klien 1					
Dx Keperawatan	31 Mei 2022	01 Juni 2022	03 Juni 2022	04 Juni 2022	06 Juni 2022
Defisit Perawatan Diri	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pasien senang selama interaksi</li> <li>- Klien mengeluh gatal-gatal</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien kooperatif</li> <li>- Klien mau memperkenalkan diri</li> <li>- Klien mengungkapkan perasaan</li> <li>- Klien mengungkapkan masalahnya</li> </ul> <p>A : Tujuan interaksi tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Klien mengatakan mengetahui cara menjaga perawatan diri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu menjaga perawatan diri</li> <li>- Klien tampak bersih</li> <li>- Klien menunjukkan kemauan peningkatan perawatan diri</li> <li>- Klien memahami pentingnya perawatan diri</li> </ul> <p>A : Tujuan interaksi tercapai</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah melakukan perawatan diri mandi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menunjukkan kemauan peningkatan perawatan diri</li> <li>- Klien tampak bersih dan segar</li> <li>- Klien memahami pentingnya perawatan diri</li> </ul> <p>A : Tujuan interaksi tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah mandi tanpa disuruh</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak bersih</li> <li>- Klien tampak segar</li> <li>- bau badan tidak sedap (-)</li> <li>- bau mulut tidak sedap (-)</li> </ul> <p>A : Tujuan interaksi tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Klien mengatakan akan makan dengan hati-hati</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien melakukan cuci tangan sebelum makan</li> <li>- Klien makan pelan-pelan tidak berceceran</li> <li>- Klien makan dengan sendok</li> </ul> <p>A : Tujuan interaksi tercapai</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

Klien 2					
Dx Keperawatan	31 Mei 2022	01 Juni 2022	03 Juni 2022	04 Juni 2022	06 Juni 2022
Defisit Perawatan Diri	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien menyatakan pasien senang dan tidak ada keluhan selama interaksi</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien kooperatif</li> <li>- Klien mampu memperkenalkan diri</li> <li>- Klien mengungkapkan perasaannya</li> <li>- Klien mengungkapkan masalahnya</li> </ul> <p>A : Tujuan interaksi tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah mengetahui pentingnya perawatan diri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu mengenali masalahnya</li> <li>- Klien menunjukkan kemauan peningkatan perawatan diri</li> <li>- Klien memahami pentingnya perawatan diri</li> </ul> <p>A : Tujuan interaksi tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak sadar bila pakaiannya terbalik</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu mengenali masalahnya</li> <li>- Klien menunjukkan kemauan peningkatan perawatan diri</li> <li>- Klien memahami pentingnya perawatan diri</li> <li>- Klien mau menyimpan barang yang tidak perlu</li> </ul> <p>A : Tujuan Interaksi tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Klien mengatakan sudah cuci tangan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien melakukan cuci tangan sebelum makan</li> <li>- Klien makan pelan-pelan tidak berceceran</li> <li>- Pasien makan dengan sendok</li> </ul> <p>A : Tujuan Interaksi tercapai</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	<p>S : Klien mengatakan Tahu cara memasang baju dengan benar</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pakaian Klien rapi tidak terbalik</li> <li>- Klien tidak membawa barang yang tidak perlu</li> <li>- Klien menunjukkan kemauan menjaga tingkat perawatan diri</li> </ul> <p>A : Tujuan interaksi tercapai</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

Tabel 4. 17 Evaluasi

## **4.2 Pembahasan**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan terhadap klien 1 Ny. R dan klien 2 Ny. dengan masalah utama Defisit Perawatan Diri di Ruang Flamboyan RSJ Lawang Malang Provinsi Jawa Timur mulai dari tanggal 31 Mei 2022 – 06 Juni 2022. Penulis menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan memperhatikan prosedur juga teori-teori yang berlaku. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara konsep teoritis dengan studi di lapangan yang penulis dilakukan. Untuk menilai asuhan yang sesuai dengan proses keperawatan diawali dengan pengkajian, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi, juga evaluasi.

### **4.2.1 Pengkajian Asuhan Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses asuhan, yang menjadi dasar untuk menentukan kebutuhan asuhan klien. Evaluasi sistematis dengan pengumpulan data dan evaluasi untuk menilai kondisi kesehatan klien. Penilaian yang akurat, sistematis dan berkelanjutan akan membantu menentukan tahap selanjutnya dari proses perawatan (Olfah, 2016). Pada kasus defisit perawatan diri perlu dilakukan pengkajian diawali dengan bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik setelah dilakukan bina hubungan saling percaya maka dapat dilakukan pengkajian kepada pasien. Data yang didapat dikelompokkan dalam data subjektif dan objektif kemudian dilakukan analisa data. Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi dimana seseorang mengalami hambatan atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi, makan dan minum, dekorasi, dan toileting secara mandiri (Herdman H., 2018). Data yang didapat pada klien 1 yaitu klien mengatakan garuk garuk badan dan makan tidak pelan-pelan, pada klien 2 didapat klien mengatakan makan tidak

pelan-palan dan memakai baju terbalik. Dari data tersebut ditegakkan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri. Dari hasil pengkajian kedua pasien tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan hasil pengkajian pada pasien di lapangan.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah masalah keperawatan klien yang meliputi respon adaptif dan maladaptif serta stressor suport(Herdman & Kamitsuru, 2015) Dalam penentuan diagnosa keperawatan keluarga meliputi 5 tugas pokok keluarga ialah : Anggota keluarga tidak menyadari masalah kesehatan, keluarga tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang intervensi kesehatan, keluarga tidak mampu merawat keluarga yang sakit, dan keluarga dapat melindungi dari perubahan lingkungan. Keluarga merupakan fasilitas kesehatan masyarakat, tidak mampu menciptakan suasana rumah yang sehat. Setelah dilakukan tindakan pada klien 1 dan klien 2 terkumpul data-data yang sesuai dengan tanda dan gejala yang biasa ditemukan pada klien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Klien 1 ditemukan data klien garuk garuk badan, malas mandi dan klien makan tidak pelan-pelan. Pada klien 2 ditemukan data pasien makan tidak dengan alat makan dan klien sering memasang baju terbalik serta membawa barang yang tidak perlu. Dari data yang didapat dilakukan pengelompokan data sesuai dengan sumber data, lalu dilakukan validasi data, kemudian ditegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan data yang telah diperoleh. Pada klien 1 ditegakkan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri mandi dan makan sedangkan klien 2 ditegakkan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri makan dan berpakaian. Dengan demikian pada hasil penegakan diagnosa keperawatan selama praktek klinik

keperawatan jiwa di RSJ lawang tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan aplikasi yang telah dilakukan.

#### **4.2.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (PPNI, SDKI, & DPP, 2018). Perencanaan perawatan dimulai dengan menentukan langkah-langkah untuk menghilangkan, mengurangi, atau meningkatkan pemecahan masalah dan prioritas, mengembangkan tujuan, rencana tindakan, dan mengevaluasi perawatan klien berdasarkan analisis data dan diagnosis perawatan. Intervensi klien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri rencana tindakan yang digunakan ialah dukungan perawatan diri. Pada klien 1 dengan kebutuhan perawatan diri mandi dan makan maka direncanakan dukungan perawatan diri mandi dan makan, memberikan bantuan dan memfasilitasi serta memberikan dukungan pada klien dengan harapan klien dapat melakukan perawatan diri adekuat secara mandiri. Sama halnya dengan klien 2 dengan kebutuhan perawatan diri makan dan berpakaian direncanakan dukungan perawatan diri makan dan berpakaian, memberikan bantuan dan memfasilitasi, juga memberikan motifasi pada pasien dengan tujuan yang sama. Dari data klien 1 dan klien 2 yang didapatkan dalam intervensi keperawatan praktek klinik keperawatan jiwa di RSJ Lawang tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta lapangan yang ditemukan.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian aktivitas yang dilaksanakan oleh perawat untuk menolong pasien dengan masalah kesehatan yang mengelola kondisi dengan baik yang menjelaskan kriteria hasil. Proses implementasi wajib fokus di

kebutuhan klien serta faktor lain yang mengetahui kebutuhan perawatan mereka, taktik pemberian perawatan, serta kegiatan komunikasi. Oleh karena itu, praktik keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang dikoordinasikan melalui pasien, keluarga, serta anggota tim kesehatan lainnya untuk mendukung masalah kesehatannya sesuai dengan kriteria serta hasil perencanaan. (Siregar, 2018). Implementasi pada klien 1 dan klien 2 tidak jauh berbeda. Klien 1 memiliki defisit perawatan diri mandi dan makan maka untuk implementasi tahap pertama yang dilakukan adalah membina hubungan saling percaya dengan klien menggunakan komunikasi terapeutik. Setelah hubungan saling percaya terbangun maka tahap selanjutnya adalah mendiskusikan dengan klien pentingnya perawatan diri. Memberikan motivasi pada klien dengan tujuan pasien memiliki inisiatif melakukan perawatan diri, pada klien 1 yaitu perawatan diri mandi dan makan. Tahapan selanjutnya adalah memberikan dukungan dan membantu juga memfasilitasi perawatan diri bagi klien. Pada klien 1 dukungan dilakukan dengan membantu menyiapkan alat-alat mandi juga menyiapkan baju ganti untuk pasien juga mengingatkan klien agar cuci tangan sebelum makan dan makannya secara pelan-pelan. Lalu memberikan pujian pada klien jika klien berhasil melakukan perawatan diri secara adekuat dengan tujuan agar tingkat perawatan diri pasien terjaga. pada klien 2 dilakukan rencana tindakan dukungan perawatan diri dengan kebutuhan perawatan diri makan dan berpakaian. Hari pertama dilakukan bina hubungan saling percaya dengan klien menggunakan komunikasi terapeutik, dimulai dengan mahasiswa memperkenalkan diri terlebih dahulu lalu memberikan kesempatan pada pasien untuk memperkenalkan diri. Setelah perkenalan telah dilakukan maka klien diberikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaan juga masalah atau keluhannya.

Tahap selanjutnya mendiskusikan dengan klien pentingnya perawatan diri. Klien diajarkan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan klien juga memberikan dukungan pada klien supaya klien memiliki inisiatif mandiri untuk melakukan perawatan diri yang dialami. Klien 2 memiliki defisit perawatan diri makan dan berpakaian maka perlu diajarkan tata cara makan yang benar juga cara berpakaian dengan benar. Tahap selanjutnya ialah memberikan bantuan pada klien juga memfasilitasi klien melakukan perawatan diri secara adekuat, bila klien mampu melakukan perawatan diri maka mahasiswa memberikan pujian dengan harapan pasien mampu mempertahankan tingkat perawatan diri pasien. Pada klien 2 dukungan dilakukan dengan membantu menyiapkan makanan klien dan mengajarkan klien untuk mencuci tangan sebelum makan juga mengingatkan klien untuk makannya pelan-pelan. Lalu memberikan pujian bila pasien berhasil melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan. Dari data klien 1 dan klien 2 yang didapatkan dalam implementasi keperawatan praktek klinik keperawatan jiwa di RSJ lawang tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta lapangan yang ditemukan.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi selama praktek dilakukan dengan mengkaji data subjektif dan objektif setelah dilakukan tindakan lalu dilakukan analisa terhadap data yang diperoleh setelah intervensi dilakukan. Berdasarkan data yang diperoleh disimpulkan masalah teratasi atau dilakukan intervensi lanjutan. Pada pasien 1 dan 2 setelah dilakukan intervensi hasil evaluasi menunjukkan peningkatan perawatan diri yang membaik. Seiring dengan dilakukan intervensi klien menunjukkan inisiatif dan kemandirian pemenuhan kebutuhan perawatan diri secara mandiri, klien 1 dan

klien 2 dapat disimpulkan masalah keperawatan defisit perawatan diri pasien teratasi. Selama praktek klinik keperawatan jiwa di RSJ lawang tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta lapangan yang ditemukan.

Berdasarkan pendapat tersebut menurut(Olfah, 2016) Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan harus mengukur keberhasilan perencanaan dan pelaksanaan intervensi keperawatan yang dilakukan, terlepas dari apakah tujuan intervensi keperawatan yang dilakukan telah tercapai atau diperlukan pendekatan yang berbeda.





## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa yang telah dilakukan pada Ny. R dan Ny. E dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di ruang flamboyan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, 30 Mei 2022 sampai 11 Juni 2022 dapat disimpulkan :

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

Pada pengkajian klien 1 Ny.R dan klien 2 Ny.E dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di ruang Flamboyan RSJ Lawang. Pada klien 1 Ny.R mengeluh gatal gatal dan makannya berceceran, pasien tidak memiliki riwayat penyakit gangguan jiwa sebelumnya. Pada klien 2 Ny.E mengeluh makan berceceran dan sering memakai pakaian terbalik , pasien tidak memiliki riwayat gangguan jiwa seperti ini sebelumnya. Pengkajian pada kedua klien dapat dilakukan dengan baik, tanpa kendala selama pengumpulan data.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnosa keperawatan terhadap klien 1 Ny.R dan klien 2 Ny.E didapatkan 1 diagnosa keperawatan. Pada klien 1 dengan gatal-gatal, makan berceceran dan pada klien 2 dengan makan berceceran, memakai pakaian terbalik, sehingga peneliti menetapkan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kurangnya pengetahuan

##### **3. Intervensi**

Pada intervensi disusun sesuai diagnosa yang diterapkan pada klien 1 Ny.R dan klien 2 Ny.E dengan masalah keperawatan defisit

perawatan diri di ruang flamboyan RSJ lawang intervensi disusun sesuai dengan teori menggunakan pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia ( SIKI ). Tujuan penulisan menyusun intervensi keperawatan dengan menyesuaikan kemampuan klien agar tujuan dan kriteria hasil dapat tercapai.

#### 4. Implementasi

Pada implementasi asuhan keperawatan jiwa pada Ny.R dan Ny.E dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di ruang flamboyan RSJ lawang dapat dilakukan dengan baik, tujuan dari asuhan kepada pasien dapat tercapai.

#### 5. Evaluasi

Pada evaluasi asuhan keperawatan jiwa pada klien Ny.R dan Ny.E dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di ruang flamboyan RSJ lawang dapat dilakukan dengan baik.

### 5.2 Saran

#### 1) Bagi pasien

Diharapkan keluarga dan klien dapat mengetahui bagaimana proses merubah pola hidup yang lebih baik dan sehat supaya memperluas wawasan mengenai asuhan keperawatan jiwa dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri, dengan wawasan luas keluarga dan klien mampu mengembangkan diri dalam keluarga juga meberikan pengetahuan kesehatan mengenai asuhan keperawatan jiwa dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri.

#### 2) Bagi institusi pendidikan

Diharapkan meningkatkankualitas referensi yang berkaitan dengan penyakit gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri dan pengembangan ilmu pengetahuan mahasiswa melalui studi kasus juga teori agar dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri.

3) Bagi institusi pelayanan

Bagi institusi pelayanan kesehatan diharapkan memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien dengan tujuan peningkatan mutu pelayanan khususnya asuhan keperawatan jiwa. Supaya klien mendapatkan kepuasan dalam perawatan .



## DAFTAR PUSTAKA

- UUU. (2014). *Kesehatan Jiwa*. Jakarta.
- Arif Rahman, I. R. (2016). *Peran Dan Motivasi Perawat Kesehatan Jiwa* , Volume 32 Nomor 8 - Halaman 290-292.
- Damayanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Dinkes, J. (2021). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2020*.
- Elvara. (2017). Defisit Perawatan Diri. [www.academia.edu](http://www.academia.edu).
- Erlando, R. (2019). Studi Literatur.Arteri: Jurnal Ilmu Kesehatan. *Terapi Kognitif Perilaku Dan Defisit Perawatan Diri* , Jurnal Ilmu Kesehatan.
- Fatihatur, & Istichomah. (2019). THE EFFECTIVENESS OF FAMILY KNOWLEDGE ABOUT SCHIZOPHRENIA TOWARD FREQUENCY OF RECURRENCE OF SCHIZOPHRENIC FAMILY MEMBERS AT POLY MENTAL GRHASIA MENTAL HOSPITAL D. I. YOGYAKARTA. *Jurnal Kesehatan* , " Samodra Ilmu " Vol. 10. .
- Hastuti. (2018). PENGARUH PELAKSANAAN JADWAL HARIAN PERAWATAN DIRI TERHADAP Dr. RM SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH. Vol 16, No 2.
- Hawari. (2014). *Skizofrenia Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual*. Edisi Ketiga. Jakarta : Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Herdman, H. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi Dan Klasifikas*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T. ..., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC.

Jalil, A. (2015). Faktor Yang Mempengaruh Penurunan Kemampuan Pasien Skizofrenia Dalam Melakukan Perawatan di Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, , 3(2) November, pp. 154-161.

Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Buku Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Edisi 4* , Salimba Medika.

Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan (4th ed)*. Jakarta: Salemba Medika.

Olfah. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta Selatan.

PPNI, SDKI, & DPP. (2018). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI: DPP PPNI.

PPNI, T. P. (2018). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1 Defisit Perawatan Diri*. Jakarta: DPP PPNI.

Prabowo, E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Prabowo, E. (2014). *Konsep Dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Putra. (2019). Komunikasi Terapiotik Perawat Pada Pasien Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri. *In Prosiding Seminar Nasional* , (PP 152-156).

Riskesdas, R. K. (2018). *Badan Penelitian danPengembangan Kesehatan* , Kementrian RI.

Siregar. (2018). Implementasi Steganografi Menggunakan Algoritma Diversity Pada Citra Digital. <https://doi.org/10.34012/jutikomp.v1i1.337> , Vol. 1 No. 1.

Sutejo. (2017). Keperawatan Jiwa. *Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan Jiwa dan Psikososial* , Yogyakarta: Pustaka Baru.

Sutejo, N. (2018). *Keperawatan Kesehatan Jiwa : prinsip dan Praktik asuhan keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Pustaka Baru.

Undang-Undang. (2014). No.18. *Kesehatan Jiwa* , Jakarta.

WHO. (2019). . *Improving health systems and services for mental health* , <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44219>-diakses.

Yosep, I., & Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.

