

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien 1 dan pasien 2 dilakukan pada hari senin, 14 April 2025 pukul 09.00 WITA dengan gangguan jiwa masalah defisit perawatan diri di rumah pasien 1 dan pasien 2 dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi pada pasien.

a. Identitas pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn.P	Tn.L
Umur	53 Tahun	48 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Agama	Katolik	Katolik
Alamat	Weerenna	Weerenna
Pendidikan	SMA	D3
Pekerjaan	Petani	Petani
Diagnosa Medis	Skizofrenia	Skizofrenia
Lama Sakit Gangguan Jiwa	32 Tahun lalu	20 Tahun lalu
Tanggal Pengkajian/Jam	14-04-2025/09.00 WITA	14-04-2025/10.00 WITA

b. Keluhan Utama

Tabel 4.2 Keluhan Utama

Pasien 1	Pasien 2
Keluarga pasien mengatakan pasien lebih suka menyendiri, tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar dan tidak mau melakukan perawatan diri secara mandiri di rumah, pasien diam tidak mau berbicara, tidak tenang saat diajak berbicara, sulit berkonsentrasi, tidak rapi, rambut dan kuku panjang dan kotor, bau badan	Keluarga pasien mengatakan pasien mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar, suka mengumpulkan sampah dari luar bawa masuk ke dalam rumah dan malas melakukan perawatan diri secara mandiri di rumah, pasien tampak terbata-bata saat berbicara, lemah, sulit berkonsentrasi, tidak rapi, rambut dan kuku panjang dan kotor, bau badan

c. Faktor Predisposisi

Tabel 4.3 Faktor Predisposisi

Pasien 1	Pasien 2
<p>Keluarga pasien mengatakan pasien mendapatkan pengobatan sejak 2 tahun yang lalu hingga saat ini dan pengobatannya belum berhasil sepenuhnya. Pasien lebih suka menyendiri, tidak mau berinteraksi dan berbicara dengan orang-orang sekitar. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan, tindakan kriminal. Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa.</p>	<p>Keluarga pasien mengatakan pasien mendapatkan pengobatan sejak 2 tahun yang lalu hingga saat ini dan pengobatannya belum berhasil sepenuhnya. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan, tindakan kriminal. Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa.</p>

d. Pemeriksaan Fisik

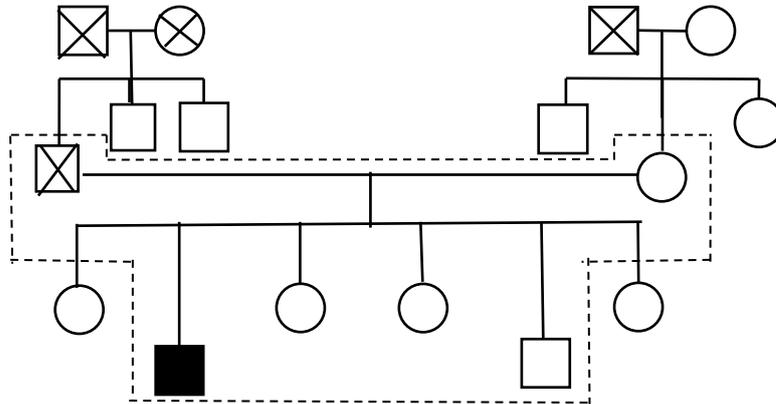
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

	Pasien 1	Pasien 2
Tanda-Tanda Vital	<p>TD :120/70mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit</p>	<p>TD :125/80mmHg N : 85x/menit S : 36°C RR : 23x/menit</p>
Pemeriksaan Fisik	<p>BB : 56kg TB : 170cm</p>	<p>BB : 58kg TB : 165cm</p>
Keluhan Utama	<p>Keluarga pasien mengatakan pasien lebih suka menyendiri,tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar dan tidak mau melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah,pasien diam tidak mau berbicara,tidak tenang saat diajak berbicara,sulit berkonsentrasi,tidak rapi, rambut dan kuku panjang dan kotor, bau badan</p>	<p>Keluarga pasien mengatakan pasien mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar, suka mengumpulkan sampah dari luar bawa masuk ke dalam rumah dan malas melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah,pasien tampak terbata-bata saat berbicara, lemah,sulit berkonsentrasi,tidak rapi,rambut dan kuku panjang dan kotor, bau badan</p>

e. Psikososial

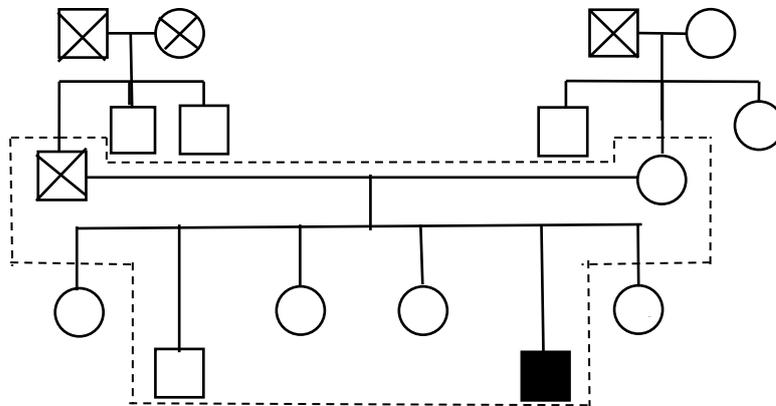
1) Genogram

Pasien 1



Pasien tinggal serumah dengan orang tua dan kedua saudara perempuannya.

Pasien 2



Pasien tinggal serumah dengan orang tua dan kedua saudara perempuannya.

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Pasien
- | : Garis keturunan
- : Garis perkawinan

----- : Tinggal serumah

✕ : Meninggal

Bagan 4.1 Genogram Pasien 1 dan Pasien 2

2) Konsep Diri

Tabel 4.5 Konsep Diri Pasien

	Pasien 1	Pasien 2
Konsep Diri	<p>Gambaran Diri : keluarga pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai olehnya</p> <p>Identitas Diri : keluarga pasien mengatakan pasien adalah seorang laki-laki</p> <p>Peran : keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada peran pasien dalam keluarga dikarenakan sakit yang diderita pasien</p> <p>Ideal Diri : keluarga pasien mengatakan semoga dengan mendapatkan pertolongan dari dokter kondisinya cepat pulih agar bisa beraktivitas seperti biasa</p> <p>Harga Diri : keluarga pasien mengatakan merasa bahwa pasien tidak berguna dan tidak dapat berbuat apa-apa, sehingga pasien tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar</p>	<p>Gambaran Diri : pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai olehnya</p> <p>Identitas Diri : pasien mengatakan pasien adalah seorang laki-laki</p> <p>Peran : pasien mengatakan tidak ada peran dalam keluarga dikarenakan sakit yang diderita pasien</p> <p>Ideal Diri : keluarga pasien mengatakan semoga dengan pertolongan dari dokter kondisinya cepat pulih agar bisa beraktivitas seperti biasa</p> <p>Harga Diri : keluarga pasien mengatakan merasa bahwa pasien berguna dan tidak dapat berbuat apa-apa</p>
Hubungan Sosial	<p>Dirumah : keluarga pasien mengatakan bahwa semenjak sakit pasien lebih suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar serta malas untuk melakukan perawatan diri sehari-hari dirumah</p>	<p>Dirumah : keluarga pasien mengatakan bahwa semenjak sakit pasien lebih suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar, suka mengumpulkan sampah dari luar bawa masuk kedalam rumah dan malas untuk</p>

		melakukan perawatan diri sehari-hari dirumah
	Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah	Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah
Spiritual	<p>Nilai dan Keyakinan: Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien beragama katolik</p> <p>Kegiatan Ibadah : Dikarenakan sakit yang diderita, pasien tidak mau beribadah dan tidak mengikuti persekutuan kelompok dirumah</p> <p>Masalah Keperawatan : Distress Spiritual</p>	<p>Nilai dan Keyakinan: Pasien mengatakan bahwa pasien beragama katolik</p> <p>Kegiatan Ibadah : Dikarenakan sakit yang diderita, pasien jarang mengikuti ibadah dan persekutuan dirumah</p> <p>Masalah Keperawatan : Distress Spiritual</p>

f. Status Mental

Tabel 4.6 Status Mental Pasien

	Pasien 1	Pasien 2
Penampilan Pasien	Penampilan pasien tidak rapi,rambut panjang dan kotor,kuku panjang dan kotor,baju tidak diganti-ganti dan bau badan	Penampilan pasien tidak rapi,rambut panjang dan kotor,kuku panjang dan kotor bau badan
	Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri	Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri
Pembicaraan	Pasien tidak berbicara dan hanya memandang lawan bicaranya	Pasien berbicara lambat saat diberikan pertanyaan,kontak mata kurang saat berbicara dengan lawan bicaranya
	Masalah Keperawatan : Membisu	Masalah Keperawatan : Pembicaraan Lambat
Aktivitas Motorik	Aktivitas motorik pasien tampak lesu,gelisah,tegang	Aktivitas motorik pasien tampak lesu dan tegang
	Masalah Keperawatan : Agitasi	Masalah Keperawatan : Agitasi
Alam Perasaan	Pasien tampak diam, takut dan khawatir, sulit berkonsentrasi	Pasien tampak diam dan sulit berkonsentrasi

	Masalah Keperawatan : Khawatir	Masalah Keperawatan : Khawatir
Afek	Pasien tampak datar tidak ada perubahan rona muka saat berbicara dan saat diberikan stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan	Pasien tampak datar tidak ada perubahan rona muka saat berbicara dan saat diberikan stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan
	Masalah Keperawatan : Datar	Masalah Keperawatan : Datar
Interaksi Selama Wawancara	Selama wawancara pasien tidak mau menatap lawan bicara, tampak berdiam diri, tampak gelisah dan tidak tenang, selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya, tidak kooperatif	Selama wawancara pasien tampak tenang dan berdiam diri, kontak mata kurang, berbicara singkat, kooperatif
	Masalah Keperawatan : Kontak Mata Kurang	Masalah Keperawatan : Kontak Mata Kurang
Persepsi	Pasien tidak pernah mendengar suara-suara aneh saat pasien menyendiri	Pasien tidak pernah mendengar suara-suara aneh saat pasien menyendiri
Proses Pikir	Pasien berbicara sesekali kurang jelas dengan pembicaraan berbelit-belit tapi tidak sampai tujuan	Pasien berbicara saat diberikan pertanyaan dengan pembicaraan jelas tapi lambat dan sampai pada tujuan
	Masalah Keperawatan : Flight Of Ideas	Masalah Keperawatan : Sirkumstansial
Isi Pikir	Perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri sehingga, kurangnya motivasi pasien untuk merawat diri, seperti mandi, berpakaian, makan dan menggunakan toilet	Perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri sehingga, kurangnya motivasi pasien untuk merawat diri, seperti mandi, berpakaian, makan dan menggunakan toilet
	Masalah Keperawatan : Depersonalisasi	Masalah Keperawatan : Depersonalisasi
Waham	Pasien merasa bahwa orang lain tau apa yang di pikirkannya tanpa	Pasien merasa bahwa orang lain tau apa yang di pikirkannya tanpa

	menyatakan pada orang tersebut Masalah Keperawatan : Siar Pikir	menyatakan pada orang tersebut Masalah Keperawatan : Siar Pikir
Tingkat Kesadaran	Pasien tampak bingung dan kacau Masalah Keperawatan : Bingung	Pasien tampak diam tapi mengerti dengan semua yang terjadi di lingkungan sekitarnya Masalah Keperawatan : Bingung
Memori	Pasien tidak mampu mengingat apa yang terjadi beberapa tahun yang lalu Masalah Keperawatan : Gangguan Daya Ingat Jangka Panjang	Pasien mampu mengingat kejadian yang terjadi beberapa tahun yang lalu Masalah Keperawatan : Gangguan Daya Ingat Jangka Panjang
Tingkat konsentrasi dan berhitung	Perhatian pasien mudah terganti dari objek yang satu ke objek yang lain,tidak mampu berkonsentrasi dan tidak mampu berhitung Masalah Keperawatan : Mudah Dialihkan	Perhatian pasien fokus pada satu objek, mampu berkonsentrasi, mampu berhitung Masalah Keperawatan : Mudah Dialihkan
Kemampuan Penilaian	Tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu keluarga maupun orang lain Masalah Keperawatan : Gangguan Kemampuan Penilaian Bermakna	Dapat mengambil keputusan dengan bantuan keluarga dan orang lain Masalah Keperawatan : Gangguan Kemampuan Penilaian Bermakna
Daya Tilik Diri	Pasien menyadari tidak mandi, berpakaian rapi, makan dengan benar dan tidak bisa membersihkan diri secara mandiri tetapi tidak menyadari ada masalah dengan kesehatan jiwanya Masalah Keperawatan : Meningkari Penyakit Yang Diderita	Pasien menyadari tidak mandi, berpakaian rapi, makan dengan benar dan tidak bisa membersihkan diri secara mandiri tetapi tidak menyadari ada masalah dengan kesehatan jiwanya Masalah Keperawatan : Meningkari Penyakit Yang Diderita

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

Tabel 4.7 Kebutuhan Persiapan Pulang Pasien 1 dan Pasien 2

	Pasien 1	Pasien 2
Makan dan Minum	Bantuan Minimal	Bantuan Minimal
BAB/BAK	Bantuan Minimal	Bantuan Minimal
Mandi	Bantuan Minimal	Bantuan Minimal
Berpakaian	Bantuan Minimal	Bantuan Minimal
Istirahat dan Tidur	Bantuan Minimal	Bantuan Minimal
Pemeliharaan Kesehatan	Bantuan Total 1. Perawatan Lanjutan (Ya) 2. Perawatan Pendukung (Ya)	Bantuan total 1. Perawatan Lanjutan (Ya) 2. Perawatan Pendukung (Ya)
Kegiatan Di Dalam Rumah	Bantuan Minimal	Bantuan Minimal
Kegiatan Di Luar Rumah	Bantuan total	Bantuan Total

1) Penggunaan Obat

Tabel 4.8 Penggunaan Obat Pada Pasien 1 dan Pasien 2

Pasien 1					Pasien 2				
Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat	Efek samping obat	Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat	Efek samping obat
Risperidone	2x2 mg	Oral	Berfungsi untuk mengobati skizofrenia, gangguan bipolar, gangguan spektrum autisme. Obat ini bekerja untuk menyeimbangkan kadar dopamin dan serotin di otak, zat yang membantu mengatur suasana hati, perilaku dan pikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa mengantuk di siang hari dan kesulitan tidur di malam hari • Kesulitan bergerak, berjalan dengan langkah pelan, gemetar dan keluarnya air liur 	Risperidone	2x2 mg	Oral	Berfungsi untuk mengobati skizofrenia, gangguan bipolar, gangguan spektrum autisme. Obat ini bekerja untuk menyeimbangkan kadar dopamin dan serotin di otak, zat yang membantu mengatur suasana hati, perilaku dan pikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Merasa mengantuk di siang hari dan kesulitan tidur di malam hari • Kesulitan bergerak, berjalan dengan langkah pelan, gemetar dan keluarnya air liur
Clozapine	2x2 mg	Oral	Berfungsi untuk membantu penderita skizofrenia untuk berpikir lebih jernih dan mengurangi resiko munculnya perilaku menyakiti diri sendiri	<ul style="list-style-type: none"> • Kejang • Kesulitan buang air kecil 	Trihexyphen idyl hcl	1x2 mg	Oral	Berfungsi untuk mengatasi masalah kekakuan otot, gerakan tubuh yang tidak terkendali dan tremor	<ul style="list-style-type: none"> • Pusing dan pandangan kabur

h. Mekanisme Koping

Tabel 4.9 Mekanisme Koping

Pasien 1	Pasien 2
Keluarga pasien mengatakan sejak pasien sakit, minat untuk melakukan dan menyelesaikan aktivitas perawatan diri kurang	Keluarga pasien mengatakan sejak pasien sakit, minat untuk melakukan dan menyelesaikan aktivitas perawatan diri kurang

i. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Tabel 4.10 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Pasien 1	Pasien 2
Keluarga pasien mengatakan pasien suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar lingkungannya	keluarga pasien mengatakan pasien suka menyendiri tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar lingkungannya

j. Pemgetahuan

Tabel 4.11 Pengetahuan

Pasien 1	Pasien 2
Pasien tidak mengetahui bahwa pentingnya perawatan diri dan masalah kesehatan jiwa yang di alaminya saat ini	Pasien tidak mengetahui bahwa pentingnya perawatan diri dan masalah sehatan jiwa yang di alaminya saat ini

Analisa Data

Tabel 4.12 Analisa Data Pasien

Pasien 1			
No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : a. Keluarga pasien mengatakan pasien lebih suka menyendiri, tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar dan tidak mau melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah	Gangguan psikologis dan/atau psikotik	Defisit perawatan diri

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak diam tidak mau berbicara, tampak lemah b. Pasien tampak tidak tenang saat diajak berbicara, sulit berkonsentrasi c. Pasien tampak tidak rapi, rambut dan kuku panjang dan kotor, bau badan d. TTV : TD :120/70mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit 		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Pasien 2			
No	Data	Etiologi	Problem
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan pasien mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar, suka mengumpulkan sampah dari luar bawa masuk ke dalam rumah dan malas melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak terbata-bata saat berbicara, tampak lemah, sulit berkonsentrasi b. Pasien tampak tidak rapi, rambut dan kuku panjang dan kotor c. TTV : TD :125/80mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit 	Gangguan psikologis dan/atau psikotik	Defisit perawatan diri

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.13 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien 1 Dan Pasien 2

Diagnosa Keperawatan	
Pasien 1	Pasien 2
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan/atau psikotik ditandai dengan Keluarga pasien mengatakan pasien lebih suka menyendiri,tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar dan tidak mau melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah,pasien diam tidak mau berbicara,tidak tenang saat diajak berbicara,sulit berkonsentrasi,tidak rapi, rambut dan kuku panjang dan kotor, bau badan	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan/atau psikotik ditandai dengan Keluarga pasien mengatakan pasien mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar, suka mengumpulkan sampah dari luar bawa masuk ke dalam rumah dan malas melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah,pasien tampak terbata-bata saat berbicara, lemah,sulit berkonsentrasi,tidak rapi,rambut dan kuku panjang dan kotor,baud badan

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.14 Intervensi Keperawatan Pada Pasien 1 Pasien 2

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Pasien 1 Dan Pasien 2			
1.	Kode D.0109 Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan/atau psikotik	Kode L.11103 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kritereria hasil : 1. Kemampuan mandi 2. Kemampuan mengenakan pakaian 3. Kemampuan makan 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri 6. Mempertahankan kebersihan mulut	Skala pencapaian Meningkat (5) Meningkat (5) Meningkat (5) Meningkat (5) Meningkat (5) Meningkat (5)
			Kode I.11348 Dukungan perawatan diri 1. Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat mandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias dan makan 2. Terapeutik : 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik 2) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3) Jadwalkan rutinitas perawatan diri 3. Edukasi 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

4. Implementasi Keperawatan

Strategi Pelaksanaan Pada Pasien 1 Dan Pasien 2

Sp 1 (Pasien) : Mengidentifikasi Kebiasaan Aktivitas Perawatan Diri Sesuai Usia Dan Kebutuhan Alat Bantu Kebersihan Diri

Orientasi :

“Selamat pagi bapak,perkenalkan saya perawat jenet, jadi tujuan saya datang kesini untuk mengunjungi dan merawat bapak. Kalau boleh tau,bapak nama siapa? Senang di panggil apa”

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah bapak bersedia saya melakukan tindakan untuk membantu perawatan diri bapak?”

“Baiklah, boleh kita bercakap-cakap tentang kebiasaan bapak melakukan perawatan diri selama dirumah? Dimana kita duduk? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit”

Kerja :

“Apakah bapak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri? Berapa kali sehari bapak melakukan perawatan diri dirumah?”

“Apakah bapak menggunakan alat bantu kerbersihan diri? Apakah pada pagi atau malam hari bapak melakukan perawatan diri?”

“Bagaimana kalau saya buat jadwal perawatan diri untuk bapak dan menyiapkan alat bantu kebersihan diri untuk bapak? Apakah bapak bersedia saya bantu mendampingi melakukan perawatan diri?”

Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah saya ajarkan dan dampingi tadi? Sekarang bapak dapat melakukan perawatan diri dirumah menggunakan alat bantu kebersihan diri sesuai jadwal yang sudah saya buat. Apakah ada yang ingin bapak tanyakan? Besok saya akan datang lagi untuk kunjungi bapak, Apakah bapak bersedia? Jam berapa kita dapat bertemu besok?”

“Baiklah, sampai jumpa,selamat pagi”

SP 1 (Keluarga) : Pendidikan Kesehatan Tentang Pengertian Dukungan Perawatan Diri,Cara Merawat Pasien Dan Melatih Keluarga Praktek Merawat Pasien Langsung Dihadapan Pasien

Orientasi :

“Selamat pagi bapak, perkenalkan saya perawat yang akan merawat akan membantu bapak dan ibu untuk merawat keluarga yang sedang sakit.”
Apakah bapak dan ibu bersedia saya melakukan tindakan keperawatan pada saudara bapak dan ibu?

“Bagaimana perasaan bapak dan ibu hari ini? Apa pendapat bapak dan ibu tentang saudara ibu yang sedang sakit?

“Hari ini kita akan berdiskusi tentang apa masalah yang saudara bapak dan ibu alami dan bantuan apa yang bisa bapa dan ibu berikan.”

“Kita mau diskusi dimana? Bagaimana kalau diruang tamu? Berapa lama waktu bapak dan ibu? Bagaimana kalau 30 menit”

Kerja :

“Apa yang bapak dan ibu rasakan menjadi masalah dalam merawat pasien. Apa yang bapak dan ibu lakukan?

“Ya gejala yang dialami oleh saudara bapak dan ibu adalah masalah kesehatan jiwa yang menyebabkan pasien malas melakukan perawatan diri ,sehingga pentingnya bapak dan ibu dapat melakukan pendampingan dan mendukung pasien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah dan mengingatkan pasien untuk minum obat secara teratur dirumah karena dapat membantu pemulihan dan kesembuhan saudara bapak dan ibu, caranya agar dapat dilakukan dengan konsisten makanya perlu adanya jadwal kegiatan untuk melakukan perawatan diri dirumah dan selalu mengingatkan pasien untuk menggunakan alat bantu kebersihan diri

“Bagaiman perasaan bapak dan ibu setelah kita berdiskusi dan melatih untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri saudara ibu dan bapak? Apakah ada yang ingin bapak dan ibu tanyakan?

“Baiklah, bagaimana jika besok kita bertemu kembali untuk mempraktekkan cara melakukan perawatan diri langsung dihadapan saudara bapak dan ibu?”

“Jam berapa kita bisa bertemu besok?”

“Baiklah, sampai jumpa, selamat pagi”

Tabel 4.16 Implementasi Keperawatan Pasien 1 dan Pasien 2

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam	Tindakan	Respon
Pasien 1				
Hari ke-1	Defisit Perawatan Diri	Tanggal 14 April 2025		
		09.30 Wita	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit pasien malas melakukan aktivitas perawatan diri sehari-hari dirumah
		09.40 Wita	2. Memonitor tingkat kemandirian	Pasien tidak mandiri dalam menyelesaikan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri
		10.00 Wita	3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	Keluarga pasien mengatakan pasien kebutuhan alat kebersihan diri, pakaian dan makan minum tersedia namun pasien malas melakukan aktivitasnya secara mandiri dirumah
		10.10 Wita	4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik	Keluarga pasien mengatakan lingkungan sekitar rumah pasien nyaman tapi semenjak sakit pasien lebih suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitarnya
		10.20 Wita	5. Mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri	Pasien mulai mengikuti instruksi setelah didampingi untuk melakukan aktivitas perawatan diri dengan benar dirumah

		10.50 Wita	6. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri	Keluarga pasien mengatakan tidak ada jadwal rutinitas untuk melakukan aktivitas perawatan diri dirumah
		11.00 Wita	7. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat melakukan aktivitas perawatan diri secara konsisten karena malas melakukannya secara mandiri
		11.30 Wita	8. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	TTV : TD :120/70mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit
Pelaksanaan	Diagnosa	Jam	Tindakan	Respon
Hari ke-2	Defisit Perawatan Diri		Tanggal 15 April 2025	
		09.40 Wita	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	Keluarga pasien mengatakan pasien mulai melakukan aktivitas perawatan diri tapi belum sepenuhnya
		10.00 Wita	2. Memonitor tingkat kemandirian	Pasien sebagian mandiri dalam menyelesaikan aktivitas perawatan dirinya secara mandiri dirumah
		10.15 Wita	3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	Keluarga pasien mengatakan pasien mulai melakukan aktivitas perawatan diri menggunakan alat kebersihan diri tapi setelah mandi pasien tidak mau mengganti pakaian yang sudah kotor dan pasien belum dapat melakukan cara makan dan minum yang baik dan benar

		10.25 Wita	4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik	Keluarga pasien mengatakan pasien mulai berinteraksi dengan orang-orang sekitar tapi tidak berbicara
		10.30 Wita	5. Mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri	Pasien mengikuti cara untuk melakukan perawatan diri hingga pasien dapat melakukannya sehari-hari secara mandiri
		10.50 Wita	6. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri	Keluarga pasien mengatakan dengan jadwal rutinitas yang sudah dibuat pasien mengikuti dan melakukan
		11.30 Wita	7. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Keluarga pasien mengatakan saat ini pasien mulai belajar melakukan perawatan diri sesuai jadwal secara konsisten sesuai kemampuan
		12.00 Wita	8. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	TTV : TD :130/80mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam	Tindakan	Respon
Hari ke-3	Defisit Perawatan Diri		Tanggal 16 April 2025	
		09.40 Wita	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	Keluarga pasien mengatakan pasien mulai melakukan kebiasaan aktivitas perawatan diri dirumah
		10.00 Wita	2. Memonitor tingkat kemandirian	Pasien mandiri dalam melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah
		10.20 Wita	3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan alat bantu kebersihan diri setiap hari dirumah mengganti pakaian bersih setelah mandi
		10.40 Wita	4. Mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri	Keluarga pasien mengatakan setelah didampingi dan di ingatkan pasien mampu melakukan setiap hari untuk menyelesaikan aktivitas perawatan diri sehari-hari dirumah
		11.00 Wita	5. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Keluarga pasien mengatakan pasien melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang diberikan
		11.30 Wita	6. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	TTV : TD :130/70mmHg N : 80x/menit S : 36°C

				RR : 20x/menit
--	--	--	--	----------------

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam	Tindakan	Respon
Pasien 2				
Hari ke-1	Defisit Perawatan Diri		Tanggal 14 April 22025	
		09.30 Wita	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit pasien malas melakukan aktivitas perawatan diri sehari-hari di rumah
		09.40 Wita	2. Memonitor tingkat kemandirian	Pasien tidak mandiri dalam menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri di rumah
		10.00 Wita	3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	Keluarga pasien mengatakan pasien kebutuhan alat kebersihan diri, pakaian dan makan minum tersedia namun pasien malas melakukan aktivitasnya secara mandiri di rumah
		10.10 Wita	4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik	Keluarga pasien mengatakan lingkungan sekitar rumah pasien nyaman tapi semenjak sakit pasien lebih suka menyendiri, tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitarnya dan suka mengumpulkan sampah bawa masuk ke dalam rumah
		10.20 Wita	5. Mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri	Pasien mulai mengikuti instruksi setelah didampingi untuk melakukan aktivitas perawatan diri dengan benar di rumah
		10.50 Wita	6. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri	Keluarga pasien mengatakan tidak ada jadwal rutinitas untuk melakukan aktivitas perawatan diri di rumah

		11.00 Wita	7. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat melakukan aktivitas perawatan diri secara konsisten karena malas melakukannya secara mandiri
		11.30 Wita	8. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	TTV : TD :125/80mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit

Pelaksanaan	Diagnosa	Jam	Tindakan	Respon
Hari ke-2	Defisit Perawatan Diri		Tanggal 15 April 2025	
		09.40 Wita	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	Keluarga pasien mengatakan pasien mulai melakukan aktivitas perawatan diri tapi belum sepenuhnya
		10.00 Wita	2. Memonitor tingkat kemandirian	Pasien sebagian mandiri untuk menyelesaikan aktivitas perawatan dirinya secara mandiri
		10.15 Wita	3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	Keluarga pasien mengatakan pasien mulai melakukan aktivitas perawatan diri menggunakan alat kebersihan diri tapi setelah mandi pasien tidak mau mengganti pakaian yang sudah kotor dan pasien belum dapat melakukan cara makan dan minum yang baik dan benar
		10.25 Wita	4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik	Keluarga pasien mengatakan pasien mulai berinteraksi dan berbicara dengan orang-orang sekitar, tidak

				mengumpulkan sampah lagi bawa masuk kedalam rumah
		10.30 Wita	5. Mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri	Pasien mengikuti cara untuk melakukan perawatan diri hingga pasien dapat melakukannya sehari-hari secara mandiri
		10.50 Wita	6. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri	Keluarga pasien mengatakan dengan jadwal rutinitas yang sudah dibuat pasien mengikuti dan melakukan
		11.30 Wita	7. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Keluarga pasien mengatakan saat ini pasien mulai belajar melakukan perawatan diri sesuai jadwal secara konsisten sesuai kemampuan
		12.00 Wita	8. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	TTV : TD : 130/70mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit
Pelaksanaan	Diagnosa	Jam	Tindakan	Respon
Hari ke-3	Defisit Perawatan Diri		Tanggal 16 April 2025	
		09.40 Wita	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	Keluarga pasien mengatakan pasien mulai melakukan kebiasaan aktivitas perawatan diri secara mandiri dirumah
		10.00 Wita	2. Memonitor tingkat kemandirian	Pasien mandiri untuk melakukan kebiasaan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri dirumah
		10.20 Wita	3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan alat bantu kebersihan diri setiap hari dirumah mengganti pakaian

				bersih setelah mandi dan merapikan alat makan dan minum
		10.40 Wita	4. Mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri	Keluarga pasien mengatakan setelah didampingi dan di ingatkan pasien mampu melakukan setiap hari untuk menyelesaikan aktivitas perawatan diri sehari-hari dirumah
		11.00 Wita	5. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Keluarga pasien mengatakan pasien mampu melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang diberikan
		11.30 Wita	6. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	TTV : TD :130/80mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.17 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3
Pasien 1						
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan/atau psikotik	12.00 WITA	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien lebih suka menyendiri,tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar dan tidak mau melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak diam tidak mau berbicara, tampak lemah, tidak tenang saat diajak berbicara, sulit berkonsentrasi, tampak lebih suka menyendiri b. Pasien tampak tidak rapi, rambut dan kuku panjang dan kotor, bau badan, pasien tampak tidak tau cara 	12.00 WITA	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien mulai berinteraksi dengan orang-orang sekitar berinteraksi dan mau melakukan perawatan diri didampingi keluarga dirumah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak diam tidak mau berbicara, pasien tampak mulai melakukan aktivitas perawatan diri tapi tidak selesai sepenuhnya, pasien tampak sedikit rapi,pasien tampak mulai belajar makan 1. Kemampuan mandi sedikit meningkat 	12.10 WITA	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien mulai melakukan aktivitas perawatan diri menggunakan alat kebersihan diri sesuai jadwal yang sudah ditentukan dengan baik</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak diam saat diajak berbicara, pasien tampak bersih, rapi, rambut dan kuku bersih,makan dan minum dengan baik dan benar 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat

		<p>makan yang baik dan benar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi belum meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian belum meningkat 3. Kemampuan makan belum meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) belum meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri belum meningkat 6. Mempertahankan kebersihan mulut belum meningkat <p>TTV : TD :120/70mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kemampuan mengenakan pakaian sedikit meningkat 3. Kemampuan makan sedikit meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) sedikit meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri sedikit meningkat 6. Mempertahankan kebersihan mulut sedikit meningkat <p>TTV : TD :130/80mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>		<ol style="list-style-type: none"> 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat <p>TTV : TD :130/70mmHg N : 80x/menit S : 36°C RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3
Pasien 2						
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan/atau psikotik	12.00 Wita	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar, suka mengumpulkan sampah dari luar bawa masuk ke dalam rumah dan malas melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak terbata-bata saat berbicara, tampak lemah, sulit berkonsentrasi, b. Pasien tampak tidak rapi, rambut dan kuku panjang dan kotor <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi belum meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian belum meningkat 3. Kemampuan makan belum meningkat 	12.00 Wita	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien mulai mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar dengan baik, tidak mengumpulkan sampah dari luar bawa masuk ke dalam rumah dan mulai melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak berkomunikasi dengan baik saat diberikan pertanyaan b. Pasien tampak mulai melakukan aktivitas perawatan diri tapi tidak selesai sepenuhnya, pasien tampak sedikit rapi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi sedikit meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian sedikit meningkat 	12.10 Wita	<p>S : keluarga pasien mengatakan pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri dirumah dengan dampingan keluarga sesuai jadwal yang sudah dibuat dengan baik</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak bersih, rapi, rambut dan kuku bersih <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat

		<p>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) belum meningkat</p> <p>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri belum meningkat</p> <p>6. Mempertahankan kebersihan mulut belum meningkat</p> <p>TTV : TD :125/80mmHg N : 85x/menit S : 36°C RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>		<p>3. Kemampuan makan sedikit meningkat</p> <p>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) sedikit meningkat</p> <p>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri sedikit meningkat</p> <p>6. Mempertahankan kebersihan mulut sedikit meningkat</p> <p>TTV : TD :130/80mmHg N : 85x/menit S : 36°C RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>		<p>6. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</p> <p>TTV : TD :120/90mmHg N : 85x/menit S : 36°C RR : 23x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

B. Pembahasan

Pembahasan merupakan proses analisa teori dan aplikasi proses keperawatan secara nyata, pada bab ini menguraikan masalah yang ada antara tinjauan teori, tinjauan kasus dan solusi yang diambil untuk mengatasi masalah yang terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 di Puskesmas Watukawula. Dalam pembahasan ini meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pada pasien 1 data yang didapatkan sebagai berikut pasien lebih suka menyendiri, tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar dan tidak mau melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah.

Pada pasien 2 data yang didapatkan sebagai berikut pasien tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitar, suka mengumpulkan sampah dari luar bawa masuk ke dalam rumah dan malas melakukan perawatan diri secara mandiri dirumah.

Menurut (Vitoasmara et al., 2024), Ketika seseorang mengalami defisit perawatan diri, mereka tidak dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri, masalah ini ditandai dengan kurangnya minat dalam melakukan perawatan diri berhias, pakaian kotor dan tidak rapi, bau badan, rambut rontok, gigi kotor, kuku panjang, kesulitan makan, tidak mau minum obat dan ketidakmampuan untuk pergi ke toilet.

Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesesuaian/kesamaan antar teori dan kasus.

2. Diagnosa Keperawatan

Sesuai dengan data yang dikumpulkan penulis baik pada pasien 1 dan 2 diagnosa keperawatan yang ditetapkan penulis adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan/atau psikotik.

Menurut PPNI (2018) dalam buku SDKI salah satu diagnosa yang terdapat pada pasien gangguan jiwa adalah defisit perawatan diri. Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri ditandai dengan data subyektif : menolak melakukan perawatan diri, data objektif : tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet dan berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesesuaian/kesamaan antar teori dan kasus.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 adalah **Observasi:** 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, 2) Monitor tingkat mandirian, 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan. **Terapeutik:** 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik, 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri. **Edukasi:** 7) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Menurut SIKI (2018) Rencana asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 adalah **Observasi:** 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, 2) Monitor tingkat mandirian, 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan. **Terapeutik:** 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik, 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri. **Edukasi:** 7) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesesuaian/kesamaan antara teori dan kasus, sehingga seluruh intervensi dilaksanakan pada pasien 1 dan pasien 2

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan antara pasien 1 dan pasien 2 dilakukan di Puskesmas Watukawula pada tanggal 14 April-16 April 2025. Pelaksanaan dilakukan menggunakan dasar intervensi dan menyesuaikan dengan masalah keperawatan yang diidentifikasi oleh pasien. Implementasi yang dilakukan adalah **Observasi:** 1) Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, pada kedua pasien didapatkan malas melakukan aktivitas perawatan diri sehari-hari dirumah . 2) Memonitor tingkat mandirian, pada kedua pasien didapatkan tidak dapat menyelesaikan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri. 3) Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan, pada kedua pasien didapatkan kebutuhan alat kebersihan diri, pakaian dan makan minum tersedia namun pasien malas melakukan aktivitasnya secara mandiri dirumah. **Terapeutik:** 4) Menyediakan lingkungan yang terapeutik, pada kedua pasien didapatkan lingkungan sekitar rumah pasien nyaman tapi semenjak sakit pasien lebih suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang-orang sekitarnya. 5) Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai

mandiri, pada kedua pasien didapatkan keluarga pasien jarang mendampingi pasien melakukan aktivitas perawatan diri dengan benar dirumah. 6) Menjadwalkan rutinitas perawatan diri, pada kedua pasien didapatkan tidak ada jadwal rutinitas untuk melakukan aktivitas perawatan diri dirumah. **Edukasi:** 7) Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan, pada kedua pasiendidapatkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas perawatan diri secara konsisten karena malas melakukannya secara mandiri. 8) Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, pada pasien 1 didapatkan yaitu : TD :120/70mmHg, N : 80x/menit, S : 36°C, RR : 20x/menit. Pada pasien 2 didapatkan yaitu : TD :125/80mmHg, N : 85x/menit, S : 36°C, RR : 23x/menit.

Dukungan perawatan diri dilakukan selama 3 hari kunjungan ke rumah pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, evaluasi pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa defisit perawatan diri masalah teratasi dengan hasil evaluasi pasien 1 pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri dirumah dengan dampingan keluarga sesuai jadwal yang sudah dibuat dengan baik, kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, Kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat, TTV: TD:130/70mmHg, N : 80x/menit, S : 36°C, RR : 20x/menit, intervensi dihentikan, penerapan dukungan perawatan diri di terapkan dirumah. Hasil evaluasi pasien 2 keluarga pasien mengatakan pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri dirumah dengan dampingan keluarga sesuai jadwal yang sudah dibuat dengan baik, kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat, TTV : TD :120/90mmHg, N : 85x/menit, S : 36°C, RR : 23x/menit, intervensi dihentikan, penerapan dukungan perawatan diri di terapkan dirumah.

Penulis menyimpulkan bahwa terdapat kesesuaian/kesamaan antar teori dan kasus bahwa masalah pasien 1 dan pasien 2 teratasi dengan kemampuan perawatan diri meningkat. Menurut PPNI (2019) dalam buku SLKI salah satu luaran yang terdapat pada pasien gangguan jiwa adalah perawatan diri dengan ekspektasi : kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat,

Kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat.