

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada hari Kamis, 3 April 2025 pukul 09.00 WITA pada pasien gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri dan pengkajian pada pasien 2 dilakukan pada hari Kamis, 3 April 2025 pukul 12.00 WITA di wilayah Puskesmas Weekarou Kabupaten Sumba Barat dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi pada pasien.

a. Identitas Pasien

Tabel 4. 1 Identitas Pasien

No	Data	Pasien 1	Pasien 2
1	Nama	Tn. S	Tn. L
2	Umur	48 tahun	27 tahun
3	Jenis kelamin	Laki laki	Lakai laki
4	Agama	Kristen	Kristen
5	Alamat	Jln.Adiaksa km 3 RSUD Waikabubak	Kampung Tawena
6	Pendidikan	Mahasiswa	SD
7	Pekerjaan	Pengangguran	Pengangguran
8	Diagnosa medis	Skizoprenia	Skizoprenia
9	Lama sakit	11 Tahun	5 tahun
10	Tanggal pengkajian/Jam	03-04-2025/09.00 WITA	03-04-2025/12.00 WITA

b. Keluhan utama

Tabel 4. 2 Keluhan Utama

Pasien 1	Pasien 2
Pasien lebih suka menyendiri dan	Pasien tidak mau melakukan

malas melakukan perawatan diri dan tidak mementingkan kebersihan (baju tampak kotor, rambut tampak kotor berketombe, gigi tampak kotor, kuku kaki tangan tampak kotor dan bau badan).	kebersihan diri seperti (baju tampak kotor, rambut tampak kotor ketombe, gigi tampak kotor, kuku kaki tangan tampak kotor dan bau badan), lebih suka menyendiri.
--	--

c. Faktor Predisposisi

Tabel 4. 3 Faktor predisposisi

Pasien 1	Pasien 2
Pengobatan sebelumnya berhasil karena pasien tersebut sudah banyak perubahan setelah menjalani pengobatan dari Puskesmas Weekarou. Pasien tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, Pengalaman masa lalu pasien yang kurang menyenangkan ketika pasien mengalami sakit (gangguan jiwa), pasien suka berjalan-jalan sendiri dan tertawa sendiri sehingga orang-orang disekitarnya memandangnya aneh.	Pengobatan sebelumnya berhasil karena pasien tersebut sudah banyak perubahan setelah menjalani pengobatan dari Puskesmas Weekarou. Pasien tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, Pengalaman masa lalu pasien yang kurang menyenangkan ketika pasien mengalami sakit (gangguan jiwa), pasien mengurung diri di rumah merasa tidak berguna dan orang-orang disekitarnya memandangnya bertingkah aneh.

d. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik

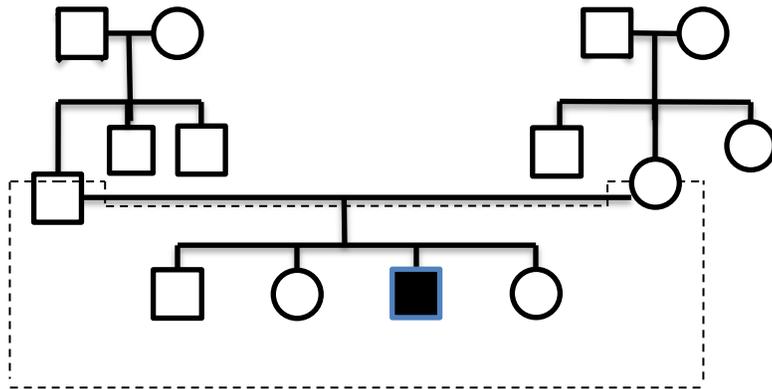
	Pasien 1	Pasien 2
Tanda-Tanda Vital	TD : 120/80mmHg N : 100x/menit S : 36,8°C RR : 24x/menit SPO ₂ : 98%	TD : 100/80 mmHg N : 198x/menit S : 36,5°C RR : 26x/menit SPO ₂ : 97%
Pemeriksaan Fisik	BB : 55 kg TB : 168 cm	BB : 53 kg TB : 165 cm

e. Psikososial

Bagan 4.1 Genogram Pasien 1 dan 2

1. Genogram

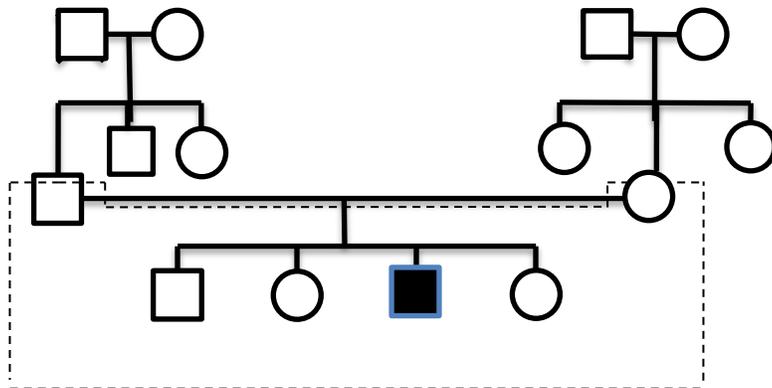
Pasien 1



Bagan 4.1 Genogram pasien 1

Pasien tinggal serumah dengan ke-2 orang tuanya

Pasien 2



Bagan 4.2 Genogram Pasien 2

Pasien tinggal serumah bersama ke-2 orang tuanya

Keterangan:

□ : Laki-laki



- : Perempuan
- : Pasien
- | : Garis keturunan
- : Garis perkawinan
- : Tinggal serumah
- × : Meninggal

2. Konsep Diri

Tabel 4. 5 Konsep Diri

	Pasien 1	Pasien 2
Konsep Diri	<p>Gambaran diri : Pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai olehnya.</p> <p>Identitas diri : Pasien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki</p> <p>Peran : Pasien mengatakan bahwa perannya sebagai anak</p> <p>Ideal diri : Pasien mengatakan semoga dengan mendapatkan pertolongan dari Puskesmas Weekarou kondisinya cepat pulih agar dapat beraktivitas seperti biasanya</p> <p>Harga diri : Pasien mengatakan merasa bahwa dirinya tidak berguna dan tidak bisa berbuat apa-apa. Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak bisa melakukan apapun</p>	<p>Gambaran diri : Pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai olehnya.</p> <p>Identitas diri : Pasien mengatakan dirinya adalah seorang laki-laki</p> <p>Peran : Pasien mengatakan bahwa perannya sebagai anak</p> <p>Ideal diri : Pasien mengatakan semoga dengan mendapatkan pertolongan dari Puskesmas Weekarou kondisinya cepat pulih agar dapat beraktivitas seperti biasanya.</p> <p>Harga diri : Pasien mengatakan merasa bahwa dirinya tidak berguna dan tidak bisa berbuat apa-apa. Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak bisa melakukan apapun</p>
Hubungan Sosial	<p>Di rumah : Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar .</p>	<p>Di rumah : Pasien mengatakan ada masalah di lingkungan sekitar</p>
Spiritual	<p>Pasien mengatakan dirinya beragama kristen protestan, dan tidak pernah ke gereja</p>	<p>Pasien mengatakan dirinya beragama Kristen Protestan jarang ke gereja dan jarang melakukan ibadah bersama di rumah</p>

f. Status Mental

Tabel 4. 6 Status Mental Pasien

	Pasien 1	Pasien 2
Penampilan Pasien	Penampilan pasien tidak rapi, rambut tampak kotor, baju tidak di ganti-ganti, kuku tampak kotor Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri	Penampilan pasienn tidak rapi, rambut tampak kotor, baju tidak di ganti-ganti, tampak lemas, tampak menghindari ketika di ajak berbicara. Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri
Pembicaraan	Pasien ingat dengan masa lalunya. Pasien tampak mengerti jika di tanya Masalah Keperawatan : Cepat	Pasien berbicara apatis, kontak mata buruk, tampak bingung. Masalah Keperawatan : Apatis
Aktivitas Motorik	Aktivitas motorik pasien tampak lesu Masalah Keperawatan : Lesu	Aktivitas motorik pasien tampak lesu, gelisah. Masalah Keperawatan :lesu
Alam perasaan	Pasien tampak khawatir Masalah Keperawatan : khawatir	Pasien mengatakan merasa takut dan khawatir, sedih dan sedikit depresi, dan sulit berkonsentrasi, tidak ada nafsu makan. Masalah Keperawatan : khawatir
Afek	Pasien tidak ada preubahan muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedikan Masalah Keperawatan :datar	Pasien tampak datar tidak ada perubahan roman muka. Masalah Keperawatan :datar
Interaksi selama wawancara	Selama wawancara pasien tampak kontak mata kurang, tidak mau melihat lawan bicara Masalah Keperawatan :kontak mata kurang	Selama wawancara pasien tampak gelisah, kontak mata kurang, berbicara singkat, pasien menarik diri saat berbicara, tidak kooperatif. Masalah Keperawatan :kontak mata kurang

Persepsi	Pasien mengatakan tidak pernah mendengar suara –suara aneh pada saat pasien sendiri Masalah Keperawatan :tidak ada	Pasien mengatakan tidak pernah mendengar suara –suara aneh pada saat pasien sendiri Masalah Keperawatan :tidak ada
Proses Pikir	Pembicaraan pasien terbelit belit namun sampe pada tujuan pembicaraan Masalah Keperawatan : sirkumstansial	Pembicaraan dari satu topik pinda ke topoik yang lain dan tidak sampe pada tujuan Masalah Keperawatan : Flight Of Ideas
Isi Pikir	Pasien tidak mengetahui apa yang di pikirkan Masalah Keperawatan : Depersonalisasi	Pasien tidak mengetahui apa yang di pikirkan Masalah Keperawatan : Deporsonalisasi
Waham	Pasien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walau tidak di katakan pada orang tersebut Masalah Keperawatan : Siar pikir	Pasien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walau tidak di katakan pada orang tersebut Masalah Keperawatan : Siar pikir
Tingkat Kesadaran	Pasien tampak bingung Masalah Keperawatan : Bingung	Pasien tampak bingung dan kacau Masalah Keperawatan : Bingung
Memori	Mampu mengingat kejadian yang terjadi beberapa tahun yang lalu Masalah Keperawatan : Daya ingat jangka panjang	Pasien tidak mampu mengingat masa lalu Masalah Keperawatan : Daya ingat jangka pendek
Tingkat Konsentrasi dan berhitung	Mampu Berhitung Masalah Keperawatan : Mampu Berhitung	Tidak mampu Berhitung Masalah Keperawatan : Tidak mampu Berhitung
Kemampuan penilaian	Pasien mampu menganbil keputusan sederhana ketika di tanya cuci tangan atau makan terlebih dahulu,pasien menjawab mencuci tangan dahulu baru makan. Masalah Keperawatan : Gangguan kemampuan penilaian bermakna	Pasien tidak mampu menganbil keputusan sederhana Masalah Keperawatan : Gangguan kemampuan penilaian
Daya tilik diri	Pasien tidak mengetahui apa yang sedang dialaminya sekarang	Pasien tidak mengetahui apa yang sedang dialaminya sekarang

	Masalah Keperawatan : mengkakari penyakit yang diderita	Masalah Keperawatan : mengkakari penyakit yang diderita
--	---	---

g. Kebutuhan persiapan pulang atau dirumah

Tabel 4. 7 Kebutuhan Persiapan pulang atau dirumah

	Pasien 1	Pasien 2
Makan dan minum	pasien dapat makan dan minum sendiri.	pasien dapat makan dan minum sendiri.
BAK / BAB	Pasien dapat BAK / BAB sendiri.	Pasien dapat BAK / BAB sendiri.
Mandi	Mandiri	Mandiri
Berpakaian / berhias	Mandiri	Mandiri
Penggunaan obat	-	-
Pemeliharaan kesehatan rumah	1. Perawatan lanjutan (Ya) 2. Perawatan pendukung (Ya)	1. Perawatan lanjutan (Ya) 2. Perawatan pendukung (Ya)
Kegiatan didalam rumah	1. Mempersiapkan makanan : Tidak 2. Menjaga kerapihan rumah : tidak 3. Mencuci pakaian : tidak 4. Pengaturan keuangan : tidak	1. Mempersiapkan makanan : Tidak 2. Menjaga kerapihan rumah : Tidak 3. Mencuci pakaian : Tidak 4. Pengaturan keuangan : tidak
Kegiatan diluar rumah	1. Belanja : Tidak 2. Transportasi : Tidak	1. Belanja : Tidak 2. Transportasi : Tidak

h. Mekanisme koping

Tabel 4. 8 Mekanisme koping

Pasien 1	Pasien 2
Keluarga Pasien mengatakan bahwa pasien jarang menceritakan masalahnya kepada keluarga atau orang terdekatnya dan selalu minum alkohol.	Keluarga Pasien mengatakan bahwa pasien jarang menceritakan masalahnya kepada keluarga atau orang terdekatnya dan sering merokok.

i. M

asalah Psikososial dan Lingkungan

Tabel 4. 9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pasien 1	Pasien 2
Keluarga Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan dukungan kelompok, lingkungan pendidikan, pekerjaan, perumahan, pelayanan kesehatan.	Keluarga Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan dukungan kelompok, lingkungan pendidikan, pekerjaan, perumahan, pelayanan kesehatan.

j. Pengetahuan kurang tentang : Kebersihan diri

Tabel 4. 10 Pengetahuan kurang tentang : Kebersihan diri

Pasien 1	Pasien 2
Pasien menyadari bahwa dirinya tidak melakukan kebersihan diri (karena pasien bekerja apa saja dan selalu kotor maka dari itu pasien malas mandi). Hasil observasi pasien tampak begitu kotor dan tidak mengurus diri. Pasien mengatakan tidak tau cara perawatan diri, manfaat bahkan jenis perawatan diri. Menurut pasien hal tersebut tidak terlalu penting baginya.	Pasien menyadari bahwa dirinya tidak melakukan kebersihan diri. Hasil observasi pasien tampak kotor dan tidak bersih, tampak berantakan dan bau. Pasien mengatakan malas melakukan kebersihan diri dan lebih memilih hal lain yang menurutnya penting. Pasien tampak tidak mengetahui cara perawatan diri, tujuan maupun manfaat.

k. Analisa Data

Tabel 4. 11 Analisa Data Pasien

Pasien 1			
No	Data	Etiologi	Problem
1	DS : Pasien lebih suka menyendiri DO : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak kotor dan bau badan b. Pasien tampak tidak mandi c. Rambut kotor d. Kuku kaki dan tangan kotor TTV : TD : 120/80mmHg N : 100x/menit S : 36,8°C RR : 24x/menit SPO ₂ : 98%	Gangguan Psikologis	Defisit perawatan diri
Pasien 2			
No	Data	Etiologi	Problem
	DS : Pasien lebih suka menyendiri DO : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak kotor dan bau badan b. Rambut pasien tampak kotor c. Gigi tampak kotor d. Kuku kaki dan tangan kotor e. TTV : TD : 100/80 mmHg N : 198x/menit S : 36,5°C RR : 26x/men SPO₂ : 97% 	Gangguan Psikologis	Defisit perawatan diri

1. Aspek Medik

Diagnosa medis : Skizofrenia

Terapi Medis: -

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 12 Diagnosa Keperawatan Pasien 1 Dan Pasien 2

Diagnosa Keperawatan	
Pasien 1	Pasien 2
Defisit perawatan diri b.d gangguan psikologis	Defisit perawatan diri b.d gangguan psikologis

3. Intervensi Keperawatan

Pasien 1

Tabel 4. 13 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)																																																	
1.	<p>Kode Diagnosa: Defisit perawatan diri D.0109</p> <p>Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p> <p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menolak melakukan perawatan diri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoi let/berhias secara mandiri Minat melakukan perawatan diri kurang <p>Gejala dan tanda minor : Subjektif : (Tidak tersedia) Objektif : (Tidak tersedia)</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kemampuan mandi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kemampuan makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	1.	Kemampuan mandi	1	2	3	4	5	2.	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5	3.	Kemampuan makan	1	2	3	4	5	4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5	5.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5	6.	Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5	<p>Kode intervensi utama : Dukungan perawatan diri I.09268</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Monitor tingkat kemandirian Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan yang terapeutik Siapkan
No	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																														
1.	Kemampuan mandi	1	2	3	4	5																																														
2.	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5																																														
3.	Kemampuan makan	1	2	3	4	5																																														
4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5																																														
5.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5																																														
6.	Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5																																														

			keperluan pribadi 8. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 9. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 10. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 2. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan																																			
2.	Kode diagnosa : Resiko perilaku kekerasan D.0132 Definisi : Kemarahan yang di ekspresikan secara berlebihan dan tidak dikendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan/atau merusak lingkungan Gejala dan tanda mayor : Subjektif : 5. Mengancam 6. Mengumpat dengan kata-kata kasar	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil : <table border="1"> <thead> <tr> <th>no</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi ancaman kepada orang lain</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Verbalisasi umpatan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Perilaku menyerang</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Perilaku melukai diri sendiri/orang</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	no	Kriteria hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	1.	Verbalisasi ancaman kepada orang lain	1	2	3	4	5	2.	Verbalisasi umpatan	1	2	3	4	5	3.	Perilaku menyerang	1	2	3	4	5	4.	Perilaku melukai diri sendiri/orang	1	2	3	4	5	Kode intervensi utama : Pencegahan perilaku kekerasan I. 00146 Observasi : 4. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan 5. Monitor keamanan barang yang dibawah oleh pengunjung
no	Kriteria hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																
1.	Verbalisasi ancaman kepada orang lain	1	2	3	4	5																																
2.	Verbalisasi umpatan	1	2	3	4	5																																
3.	Perilaku menyerang	1	2	3	4	5																																
4.	Perilaku melukai diri sendiri/orang	1	2	3	4	5																																

	<p>7. Suara keras 8. Bicara ketus</p> <p>Objektif :</p> <p>5. Menyerang orang lain 6. Melukai diri sendiri/orang lain 7. Merusak lingkungan 8. Perilaku agresif/amuk</p> <p>Gejala dan tanda minor : Subjektif ; (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <p>6. Mata melotot atau pandangan tajam 7. Tangan mengepal 8. Rahang mengatup 9. Wajah memerah 10. Postur tubuh kaku</p>	<p>lain</p> <table border="1" data-bbox="598 227 1606 495"> <tr> <td>5. Perilaku merusak lingkungan sekitar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6. Perilaku agresif/amuk</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7. Suara keras</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>8. Bicara ketus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	5. Perilaku merusak lingkungan sekitar	1	2	3	4	5	6. Perilaku agresif/amuk	1	2	3	4	5	7. Suara keras	1	2	3	4	5	8. Bicara ketus	1	2	3	4	5	<p>6. Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 4. Libatkan keluarga dalam perawatan</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 5. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif 6. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal</p>
5. Perilaku merusak lingkungan sekitar	1	2	3	4	5																						
6. Perilaku agresif/amuk	1	2	3	4	5																						
7. Suara keras	1	2	3	4	5																						
8. Bicara ketus	1	2	3	4	5																						
3.	Kode diagnosa : Harga diri	Tujuan :	Kode intervensi																								

<p>rendah D.0087</p> <p>Definisi : Evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Menilai diri negatif 6. Merasa malu/bersalah 7. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 8. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berbicara pelan dan lirih 6. Menolak berinteraksi dengan orang lain 7. Berjalan menunduk 8. Postur tubuh menunduk <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sulit berkonsentrasi <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kontak mata kurang 6. Lesu dan tidak bergairah 7. Pasif 8. Tidak mampu 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan harga diri rendah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="588 251 1659 868"> <thead> <tr> <th>no</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Menu run</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Penilaian diri positif</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Postur tubuh menampakan wajah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Perasaan malu</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kriteria hasil</td> <td>Meningkat</td> <td>Cukup Meningkat</td> <td>Sedang</td> <td>Cukup Menurun</td> <td>Menurun</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Perasaan bersalah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	no	Kriteria hasil	Menu run	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	1.	Penilaian diri positif	1	2	3	4	5	2.	Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri	1	2	3	4	5	3.	Postur tubuh menampakan wajah	1	2	3	4	5	4.	Perasaan malu	1	2	3	4	5		Kriteria hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	5.	Perasaan bersalah	1	2	3	4	5	<p>utama :</p> <p>Dukungan penampilan pelan l.0102</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi sebagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan 5. Identifikasi peran yang ada dalam keluarga 6. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan yang tidak diinginkan 7. Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku 8. Fasilitasi
no	Kriteria hasil	Menu run	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																													
1.	Penilaian diri positif	1	2	3	4	5																																													
2.	Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri	1	2	3	4	5																																													
3.	Postur tubuh menampakan wajah	1	2	3	4	5																																													
4.	Perasaan malu	1	2	3	4	5																																													
	Kriteria hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																													
5.	Perasaan bersalah	1	2	3	4	5																																													

	membuat keputusan		<p>diskusi tentang peran orang tua</p> <p>9. Fasilitasi diskusi harapan adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah</p> <p>10. Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk mengembangkan peran</p> <p>6. Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan</p> <p>7. Diskusikan perubahan peran dalam menerima</p>
--	-------------------	--	---

			ketergantungan orang tua 8. Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran
--	--	--	--

Pasien 2

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)																																										
1.	Kode Diagnosa: Defisit perawatan diri D.0109 Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri Gejala dan tanda mayor : Subjektif : 3. Menolak melakukan perawatan diri Objektif : 7. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoret/berhias secara mandiri 8. Minat melakukan perawatan diri kurang 9.	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kemampuan mandi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kemampuan makan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	1.	Kemampuan mandi	1	2	3	4	5	2.	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5	3.	Kemampuan makan	1	2	3	4	5	4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5	5.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5	Kode intervensi utama : Dukungan perawatan diri I.09268 Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
No	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																							
1.	Kemampuan mandi	1	2	3	4	5																																							
2.	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5																																							
3.	Kemampuan makan	1	2	3	4	5																																							
4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5																																							
5.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5																																							

	<p>Gejala dan tanda minor : Subjektif : (Tidak tersedia) Objektif : (Tidak tersedia)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="585 191 840 292">6. Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td data-bbox="840 191 945 292">1</td> <td data-bbox="945 191 1050 292">2</td> <td data-bbox="1050 191 1155 292">3</td> <td data-bbox="1155 191 1260 292">4</td> <td data-bbox="1260 191 1365 292">5</td> </tr> <tr> <td colspan="6" data-bbox="585 292 1661 1024"></td> </tr> </table>	6. Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5							<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Sediakan lingkungan yang terapeutik 12. Siapkan keperluan pribadi 13. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 14. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 15. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 									
6. Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5																			
2.	<p>Kode diagnosa : Resiko perilaku kekerasan D.0132 Definisi : Kemarahan yang di ekspresikan secara berlebihan dan tidak dikendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan/atau merusak lingkungan</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="585 1128 630 1193">no</th> <th data-bbox="630 1128 840 1193">Kriteria hasil</th> <th data-bbox="840 1128 945 1193">Menurun</th> <th data-bbox="945 1128 1050 1193">Cukup Menurun</th> <th data-bbox="1050 1128 1155 1193">Sedang</th> <th data-bbox="1155 1128 1260 1193">Cukup Meningkat</th> <th data-bbox="1260 1128 1661 1193">Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="585 1193 630 1339">1.</td> <td data-bbox="630 1193 840 1339">Verbalisasi ancaman kepada orang lain</td> <td data-bbox="840 1193 945 1339">1</td> <td data-bbox="945 1193 1050 1339">2</td> <td data-bbox="1050 1193 1155 1339">3</td> <td data-bbox="1155 1193 1260 1339">4</td> <td data-bbox="1260 1193 1661 1339">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="585 1339 630 1406">2.</td> <td data-bbox="630 1339 840 1406">Verbalisasi umpatan</td> <td data-bbox="840 1339 945 1406">1</td> <td data-bbox="945 1339 1050 1406">2</td> <td data-bbox="1050 1339 1155 1406">3</td> <td data-bbox="1155 1339 1260 1406">4</td> <td data-bbox="1260 1339 1661 1406">5</td> </tr> </tbody> </table>	no	Kriteria hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	1.	Verbalisasi ancaman kepada orang lain	1	2	3	4	5	2.	Verbalisasi umpatan	1	2	3	4	5	<p>Kode intervensi utama : Pencegahan perilaku kekerasan I. 00146 Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan
no	Kriteria hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																		
1.	Verbalisasi ancaman kepada orang lain	1	2	3	4	5																		
2.	Verbalisasi umpatan	1	2	3	4	5																		

<p>Gejala dan tanda mayor : Subjektif : 9. Mengancam 10. Mengumpat dengan kata-kata kasar 11. Suara keras 12. Bicara ketus</p> <p>Objektif : 9. Menyerang orang lain 10. Melukai diri sendiri/orang lain 11. Merusak lingkungan 12. Perilaku agresif/amuk</p> <p>Gejala dan tanda minor : Subjektif : (Tidak tersedia) Objektif : 11. Mata melotot atau pandangan tajam 12. Tangan mengepal 13. Rahang mengatup 14. Wajah memerah 15. Postur tubuh kaku</p>	<table border="1"> <tr> <td>3. Perilaku menyerang</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5. Perilaku merusak lingkungan sekitar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6. Perilaku agresif/amuk</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7. Suara keras</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>8. Bicara ketus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	3. Perilaku menyerang	1	2	3	4	5	4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain	1	2	3	4	5	5. Perilaku merusak lingkungan sekitar	1	2	3	4	5	6. Perilaku agresif/amuk	1	2	3	4	5	7. Suara keras	1	2	3	4	5	8. Bicara ketus	1	2	3	4	5	<p>8. Monitor keamanan barang yang dibawah oleh pengunjung</p> <p>9. Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</p> <p>6. Libatkan keluarga dalam perawatan</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</p> <p>8. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif</p> <p>9. Latih mengurangi</p>
3. Perilaku menyerang	1	2	3	4	5																																	
4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain	1	2	3	4	5																																	
5. Perilaku merusak lingkungan sekitar	1	2	3	4	5																																	
6. Perilaku agresif/amuk	1	2	3	4	5																																	
7. Suara keras	1	2	3	4	5																																	
8. Bicara ketus	1	2	3	4	5																																	

									kemarahan secara verbal dan non verbal																																											
3.	<p>Kode diagnosa : Harga diri rendah D.0087</p> <p>Definisi : Evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Menilai diri negatif 10. Merasa malu/bersalah 11. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 12. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Berbicara pelan dan lirih 10. Menolak berinteraksi dengan orang lain 11. Berjalan menunduk 12. Postur tubuh menunduk <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sulit berkonsentrasi <p>Objektif :</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan harga diri rendah meningkta dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Menu run</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Penilaian diri positif</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Postur tubuh menampakk an wajah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Perasaan malu</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kriteria hasil</td> <td>Meningkat</td> <td>Cukup Meningkat</td> <td>Sedang</td> <td>Cukup Menurun</td> <td>Menurun</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Perasaan bersalah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	N	Kriteria hasil	Menu run	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	1.	Penilaian diri positif	1	2	3	4	5	2.	Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri	1	2	3	4	5	3.	Postur tubuh menampakk an wajah	1	2	3	4	5	4.	Perasaan malu	1	2	3	4	5		Kriteria hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	5.	Perasaan bersalah	1	2	3	4	5	<p>Kode intervensi utama :</p> <p>Dukungan penampilan pelan I.0102</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Identifikasi sebagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan 8. Identifikasi peran yang ada dalam keluarga 9. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan yang tidak diinginkan 12. Fasilitasi bermain peran dalam
N	Kriteria hasil	Menu run	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																														
1.	Penilaian diri positif	1	2	3	4	5																																														
2.	Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri	1	2	3	4	5																																														
3.	Postur tubuh menampakk an wajah	1	2	3	4	5																																														
4.	Perasaan malu	1	2	3	4	5																																														
	Kriteria hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																																														
5.	Perasaan bersalah	1	2	3	4	5																																														

	<p>9. Kontak mata kurang 10. Lesu dan tidak bergairah 11. Pasif 12. Tidak mampu membuat keputusan</p>		<p>mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku 13. Fasilitasi diskusi tentang peran orang tua 14. Fasilitasi diskusi harapan adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah 15. Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik</p> <p>Edukasi</p> <p>9. Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk mengembangkan peran 10. Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmamp</p>
--	--	--	---

			uan 11. Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua 12. Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran
--	--	--	--

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

a. Orientasi :

“Selamat pagi bapak, perkenalkan saya perawat Isto, 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”

b. Kerja :

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

“Apakah bapak menggunakan alat bantu kebersihan 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?”

c. 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

a. 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”

b. 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 bsa bertemu besok?”

“Baiklah,sampai jumpa, selamat pagi”

Tabel 4. 14 Implementasi Keperawatan

Pasien 1

No		Hari,tanggal/jam	Implementasi
1.	Defisit perawatan diri b.d Gangguan Psikologis	04 April 2025	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia Hasil : pasien tampak malas mengurus kebersihan diri 2. Memonitor tingkat kemandirian Hasil : Pasien mandiri melakukan kebersihan diri tapi jarang melakukan keberishan diri 3. Mengidentifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi Hasil : Peran sebagai kepala keluarga tidak terpenuhi 4. Meyediakan lingkungan yang terapeutik Hasil ; Memberikan lingkungan yang nyaman 5. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Hasil : mengatur jadwal perawatan diri

			<p>6. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : menganjurkan melakukan perawatan diri di waktu yang sama setiap hari agar menjadi kebiasaan</p>
		07 April 2025	<p>1. Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia Hasil : Rasa malas mengurus kebersihan diri pasien berkurang</p> <p>2. Memonitor tingkat kemandirian Hasil : Pasien tampak mandiri dan mulai melakukan kebersihan diri</p> <p>3. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Hasil : mengatur jadwal perawatan diri seperti mandi, menyikat gigi, makan/minum, eliminasi toileting,</p> <p>4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : Pasien mulai mengikuti anjuran melakukan perawatan diri di waktu yang sama setiap hari agar menjadi kebiasaan</p>
		09 April 2025	<p>1. Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia Hasil : pasien mulai mengurus kebersihan diri</p> <p>2. Meyediakan lingkungan yang terapeutik Hasil ; Memberi pasien lingkungan yang nyaman</p> <p>3. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Hasil : Pasien mengikuti jadwal perawatan diri sesuai jadwal</p> <p>4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : Pasien sudah melakukan perawatan diri</p>

Pasien 2

No		Hari,tanggal/jam	Implementasi
1.	Defisit perawatan diri b.d Gangguan Psikologis	04 April 2025	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia Hasil : Pasien tidak memiliki kebiasaan aktivitas perawatan diri 2. Memonitor tingkat kemandirian Hasil : Pasien tidak mandiri seperti mandi, berpakaian, toileting, mobilisasi, karena di borgol 3. Mengidentifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi Hasil : Peran sebagai anak 4. Meyediakan lingkungan yang terapeutik Hasil ; Menyediakan lingkungan yang tidak berbahaya bagi pasien 5. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Hasil : Mengatur jadwal perawatan diri seperti mandi, menyikat gigi, makan/minum, eliminasi toileting, 6. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : pasien belum melakukan perawatan diri di waktu yang sama setiap hari sesuai anjuran
		07 April 2025	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tingkat kemandirian Hasil : Pasien tampak mulai mandiri tapi harus dalam pengawasan dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, toileting, mobilisasi, 2. Meyediakan lingkungan yang terapeutik Hasil ; Memberikan lingkungan yang aman

			<p>3. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Hasil : Mengatur jadwal perawatan diri seperti mandi, menyikat gigi, makan / minum, maupun eliminasi toileting,</p> <p>4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : Pasien mulai melakukan perawatan diri di waktu yang sama setiap hari agar menjadi kebiasaan</p>
		09 April 2025	<p>1. Memonitor tingkat kemandirian Hasil : Pasien tampak mulai mandiri tapi harus dalam pengawasan dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, toileting, mobilisasi</p> <p>2. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Hasil : Mengatur jadwal perawatan diri seperti mandi, menyikat gigi, makan / minum, maupun eliminasi toileting</p> <p>3. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : Pasien mulai melakukan perawatan diri sesuai anjurkan.</p>

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 15 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3
Pasien 1						
	09.30 wita	<p>S: Keluarga pasien mengatakan kemampuan mandi sulit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pasien tampak kotor b) Kemampuan mengenakan pakain masih dibantu c) Perasaan malu masih ada d) Mempertahankan kebersihan mulut kurang e) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri kurang f) TTV : TD : 120/80 mmHg N : 100x/menit S : 36,8°C RR : 24x/menit SPO₂ : 98% <p>A: Masalah Belum Teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	09.30 wita	<p>S: Keluarga pasien mengatakan Kemampuan mandi mulai membaik</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pasien tampak mulai bersih dan penampilan kotor berkurang b) Kemampuan mengenakan pakain mulai membaik c) Perasaan malu berkurang d) Mempertahankan kebersihan mulut mulai membaik e) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri mulai membaik f) TTV : TD : 110/60 mmHg N : 99x/menit S : 36,8°C RR : 22x/menit SPO₂ : 98% <p>A: Masalah Teratasi Atasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>	09.00 wita	<p>S: Keluarga pasien mengtakan kemampuan mandi pasien membaik</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) pasien tampak bersih b) Kemampuan mengenakan pakain membaik c) Perasaan malu tidak ada d) Mempertahankan kebersihan mulut membaik e) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri membaik f) TTV : TD : 110/60 mmHg N : 98x/menit S : 36,8°C RR : 22x/menit SPO₂ : 99% g) Setelah dilakukan

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3
						<p>perawatan diri pasien tampak bersih</p> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p>
Pasien 2						
	09.00 wita	<p>S: Keluarga pasien mengatakan kemampuan perawatan diri pasien masih buruk</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pasien tampak kotor dan bau badan b) Pasien tampak kotor c) Pasien tampak diborgol d) Rambut pasien tampak kotor e) TTV : TD : 130/60 mmHg N : 99x/menit S : 36°C RR : 23x/menit SPO₂ : 98% <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	09.30 wita	<p>S: Keluarga pasien mengatakan kemampuan perawatan diri pasien mulai membaik</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pasien mulai tampak bersih b) Perilaku gelisah sedikit menurun c) Kemampuan mengenakan pakain mulai membaik d) Perasaan malu berkurang e) Mempertahankan kebersihan mulut mulai membaik f) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri mulai membaik g) TTV : TD : 125/60 mmHg N : 99x/menit S : 36,8°C RR : 22x/menit SPO₂ : 98% <p>A: Masalah teratasi atasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>	09.00 wita	<p>S: Keluarga pasien mengatakan perawatan diri pasien membaik</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pasien tampak bersih b) Perilaku gelisah tidak ada c) Kemampuan mengenakan pakain mulai membaik d) Perasaan malu tidak ada e) Kontak mata membaik f) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri membaik g) TTV : TD : 120/60 mmHg N : 95x/menit S : 36,5°C RR : 22x/menit

Diagnosa	Jam	Hari ke-1	Jam	Hari ke-2	Jam	Hari ke-3
						SPO ₂ : 98% A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan

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 Weekarou. Dalam pembahasan ini meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Defisit Perawatan Diri pada klien dengan gangguan jiwa ada perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri makan secara mandiri berhias diri secara mandiri dan eliminasi BAB/BAK secara mandiri (Erlando, 2019).

Pengkajian pada pasien 1 data yang didapatkan sebagai berikut sendiri tidak mementingkan ketaatan kebersihan (baju tampak kotor, rambut tampak kotor ketembe, gigi tampak kotor, kuku kaki tangan tampak kotor. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan data pasien lebih suka menyendiri (pagi, siang, maupun malam hari, sehingga pasien tidak mau melakukan kebersihann diri,(baju tampak kotor, rambut tampak kotor kotembe, gigi tamapak kotor, kuku kaki tangan tampak kotor).

Berdasarkan data tersebut penulis menyimpulkan terdapat kesesuaian antara teori dan kasus bahwa kedua pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.

2. Diagnosa

PPNI (2018) dalam buku SDKI sala satu diagnosa yang terdapat pada pasien gangguan jiwa adalah defisit perawatan diri (Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri). Dengan ata klinis gejala dan tanda mayor antara lain : menolak melakukan perawatan diri,

tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makam/ke toilet/ berhias secara mandiri/minat melakukan perawatan diri kurang.

Sesuai dengan data yang dikumpulkan baik pada pasien 1 dan 2 diagnosa keperawatan yang ditetapkan penulis didapatkan pada pasien 1 dan 2 memiliki gejala yang sama dengan diagnosa yakni kedua pasien tidak mampu mandi, minat melakukan perawatan diri kurang dan menolak melakukan perawatan diri.

3. Intervensi

Menurut SIKI (2018) Rencana asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 adalah Dukungan perawatan diri dengan **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) Siapkan keperluan pribadi, 6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, 7) Fasilitasi untuk ketergantungan, 8) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, 9) Jadwalkan rutinitas perawatan diri. **Edukasi:** 7) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 adalah beberapa diantaranya **Observasi:** 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, 2) Monitor tingkat mandirian, **Terapeutik:** 3) Sediakan lingkungan yang terapeutik, 4) Jadwalkan rutinitas perawatan diri. **Edukasi:** 5) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Penulis menyimpulkan terdapat kesamaan antara teori dan kasus, namun tidak semua intervensi dilakukan.

4. Implementasi

Pelaksanaan antara pasien 1 dilakukan di Puskesmas Weekarou pada tanggal 3 April - 9 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, 2) Memonitor tingkat mandirian, **Terapeutik:** 3) Sediakan lingkungan yang terapeutik, 4) menjadwalkan rutinitas perawatan diri. **Edukasi:** 5) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Sedangkan pelaksanaan antara pasien 2 dilakukan di Puskesmas Weekarou pada tanggal 3 April - 9 April 2025 yaitu . 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, 2) Memonitor tingkat mandirian, **Terapeutik:** 3) Sediakan lingkungan yang terapeutik, 4) menjadwalkan rutinitas perawatan diri. **Edukasi:** 5) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

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

5. Evaluasi

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 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. 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.

Penulis menyimpulkan bahwa masalah pasien 1 dan pasien 2 teratasi.