

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**PENERAPAN PERSONAL HYGIENE PADA Tn.A TERHADAP**  
**DEFISIT PERAWATAN DIRI DENGAN SKIZOFRENIA**  
**DI RT.01 KAMPUNG LUSIPERI DISTRIK FAKFAK**  
**WILAYAH KERJA PUSKESMAS FAKFAK**  
**KOTA KABUPATEN FAKFAK**



**NAMA : ANGELINA LETSOIN**  
**NIM : 81447221004**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SORONG**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN FAKFAK**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**TAHUN 2024**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

# **PENERAPAN PERSONAL HYGIENE PADA Tn.A TERHADAP DEFISIT PERAWATAN DIRI DENGAN SKIZOFRENIA DI RT.01 KAMPUNG LUSIPERI DISTRIK FAKFAK WILAYAH KERJA PUSKESMAS FAKFAK KOTA KABUPATEN FAKFAK**

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah  
Satu Persyaratan Menyelesaikan Pendidikan Keperawatan Pada  
Program Studi Diploma III Keperawatan



**NAMA : ANGELINA LETSOIN  
NIM : 81447221004**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SORONG  
PRODI D-III KEPERAWATAN FAKFAK  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2024**

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah oleh Anggelina Letsoin Nim 81447221004 dengan judul Penerapan Personal Hygiene Pada Tn. A Terhadap Defisit Perawatan Diri dengan Skizofrenia di RT 01 Kampung Lusiperi, Distrik Fakfak, Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk diujikan.

Fakfak, 28 Mei 2024

Pembimbing,



Ns Yosina Atanai, S.Kep.M.Tr.Kep

NIP. 91964012920202202201

## HALAMAN PENGESAHAN

Proposal/Karya Tulis Anggelina Letsoin Nim 81447221004 dengan judul Penerapan Personal Hygiene Pada Tn. A Terhadap Defisit Perawatan Diri dengan Skizofrenia di RT 01 Kampung Lusiperi, Distrik Fakfak, Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota, Kabupaten Fakfak telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 28 Mei 2024

Dewan Penguji :

Penguji Ketua

Ns Yosina Atanai, S.Kep.M.Tr.Kep  
NIP. 91964012920202202201



(.....)

Penguji Anggota I

Santoso Budi Rohayu, SKM, M.Kes  
NIP.196506281991031006



(.....)

Penguji Anggota II  
Bachrudin Rohrohmana, S.Kep.M.Pd.Ked  
NIP.197607211999031010



(.....)

## HALAMAN PERNYATAAN PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : Anggelina Letsoin  
NIM : 81447221004  
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan  
Institusi : Poltekkes Kemenkes Sorong  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Penerapan Personal Hygiene Pada Tn. A  
Terhadap Defisit Perawatan Diri dengan  
Skizofrenia Diri di RT 01, Kampung Lusiperi,  
Distrik Fakfak, Wilayah Kerja Puskesmas  
Fakfak Kota, Kabupaten Fakfak.

Menyatakan bahwa dalam yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Fakfak, 28 Mei 2024  
Yang membuat pernyataan,



(Anggelina Letsoin)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Penerapan Personal Hygiene pada Tn.A Terhadap Defisit Perawatan Diri dengan Skizofrenia Di RT 01,Kampung Lusiperi, Distrik Fakfak, Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota, Kabupaten Fakfak yang telah dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemnkes Sorong. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan, arahan dan dukungan dari berbagai pihak.

Pada kesempatan yang berbahagia ini dan dari hati yang paling dalam penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Butet Agustarika, M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatanm Kemenkes Sorong yang telah memberi kesempatan kepada penulis mengikuti pendidikan di Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak
2. Bapak Santoso Budi Rohayu, SKM, M.Kes selaku Ketua Plt. Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak sekaligus sebagai penguji yang telah memberikan kritik dan saran untuk perbaikan karya tulis ilmiah penulis
3. Ibu dr. Diana Tan selaku Kepala Puskesmas Fakfak Kota.
4. Bapak Bachrudin Rohrohmana, S.Kep. M.Pd.Ked, selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan berbagai masukan dan saran untuk perbaikan karya tulis ilimah penulis.

5. Ibu Yosina Atanai,S.Kep, Ns, M.Kep, selaku dosen pembimbing yang telah banyak membantu, memberikan masukan dan arahan dengan penuh kesabaran kepada penulis sehingga karya tulis ini dapat berjalan dengan baik.
6. Para dosen dan staf akademika yang telah memberikan arahan dan bantuan selama peneliti melakukan proses belajar mengajar di kampus Prodi DIII Keperawatan Fakfak.
7. Bapak Ramlee Kutanggas, S.Tr.Kep terimakasih atas bantuan serta semua pengetahuan yang bapak berikan kepada peneliti.
8. Teruntuk kedua orang tuaku tercinta , Bapak John Frits Gerald Letsoin dan Mama Yustina Jaflean terimakasih atas semua pengorbanan dan perjuangan yang kalian berikan kepada saya, karya tulis ilmiah ini adalah persembahan kecil untuk bapak dan mama. Ketika dunia menutup pintunya pada saya,bapak dan mama membuka lengannya untuk memeluk saya. Ketika orang-orang menutup telinga mereka untuk saya, kalian berdua yang selalu siap membuka hati untuk menerima saya. Tanpa doa dan dukungan dari kalian,saya mungkin akan kesulitan dalam menyelesaikan tugas akhir ini. Terimakasih bapak dan mama sehat-sehat sampai anakmu ini sukses.
9. Ucapan terimakasih saya untuk Mama Ena, Bapak Kace, Bapak Tua Buyung, Om Lau, Tanta Nia, Bapak Blas, Mama Iin, Bapak Bobby, Tanta Ima dan semua keluarga yang selalu mendukung saya dan selalu ada saat saya butuhkan. Kalian adalah role model bagi saya.
10. Teruntuk kesayanganku Luis Mardis Binanapa, terimakasih sudah mendukung dan selalu ada dalam setiap proses dari awal saya jadi maba sampai sudah

berada di tahap akhir ini. Waktu adalah hal yang paling berharga dalam hidup kita dan orang-orang yang rela mengorbankan waktu mereka untuk orang lain pantas mendapatkan rasa hormat dan terimakasih dan kamu pantas mendapatkannya. Thank you uis.

11. Untuk saudara-saudaraku tersayang Kakak Lio, Ame, Veni, Kezia, Naya, Bati, Wai, Chruiez, Marsya, Santos, Rania dan Marthin. Terimakasih atas semua keceriaan dan kebahagiaan yang selalu kalian hadirkan dalam kehidupanku.

12. Tn.A dan keluarga yang telah membantu dan kooperatif selama dilakukan intervensi.

13. Sahabat-sahabatku tersayang Bacotters Squad terimakasih karena selalu menjadi penemangat dari awal kuliah sampai pada tahap ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu dan penulis sungguh menyadari ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk kritik, saran dan diskusi lebih lanjut pembaca persilahkan untuk menghubungi penulis melalui email [letsoinangelina@gmail.com](mailto:letsoinangelina@gmail.com) Semoga tulisan ini memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu, terutama dalam pendidikan keperawatan dan kesehatan lainnya.

Fakfak, 28 Mei 2024  
Peneliti

(Angelina Letsoin)



## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan.....	ii
Halaman Pengesahan .....	iii
Halaman Pernyataan.....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Gambar.....	xi
Arti Singkatan .....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Abstrak .....	xiv
<i>Abstract</i> .....	xv
 BAB I PENDAHULUAN .....	 1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	4
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	 5
A. Konsep Dasar Skizofrenia .....	5
B. Konsep Defisit Perawatan Diri .....	14
C. Konsep Masalah Keperawatan.....	20
D. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Defisit Perawatan Diri.....	26
E. Konsep Personal Hygiene .....	38
 BAB III METODE STUDI KASUS .....	 43
A. Rancangan Studi Kasus .....	43
B. Subyek Studi Kasus .....	43
C. Fokus Studi .....	44

D. Definisi Operasional .....	44
E. Tempat dan Waktu .....	45
F. Pengumpulan Data.....	45
G. Analisa Data dan Penyajian Data .....	48
H. Etika Studi Kasus .....	48
 BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	 50
A. Hasil .....	50
B. Pembahasan .....	68
 BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	 72
A. Kesimpulan.....	72
B. Saran .....	73
 DAFTAR PUSTAKA .....	 74

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.01 Analisa Data .....	30
2.02 Intervensi Keperawatan.....	32
4.01 Analisa Data .....	51
4.02 Diagnosa Keperawatan.....	53
4.03 Implementasi Keperawatan .....	54
4.04 Implementasi Keperawatan .....	62
4.05 Implementasi Keperawatan .....	64

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathway Skizofrenia.....	11
Gambar 2. 2 Pohon Masalah .....	15
Gambar 2. 3 Pohon Masalah .....	31
Gambar 4. 1 Pohon Masalah .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> 1

## **ARTI SINGKATAN**

WHO	: <i>World Health Organization</i> (Organisasi Kesehatan Dunia)
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa
SP	: Strategi Pelaksana
SOP	: Standar Operasional Prosedur
BAB	: Buang Air Besar
BAB	: Buang Air Kecil
RT	: Rukun Tetangga

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
Surat Permohonan Pengambilan Kasus .....	78
Lembar Informed Consent .....	81
Surat Persetujuan Menjadi Responden.....	82
Standar Operasional Prosedur (SOP) Defisit Perawatan Diri .....	83
Berita Acara Perbaikan Revisi Karya Tulis Ilmiah (KTI) .....	88
Surat Keterangan Akademik .....	91
Surat Keterangan Bebas Pustaka.....	92
Surat Keterangan Bebas Laboratorium .....	93
Surat Keterangan Bebas Tugas PKK dan PKL .....	94
Lembar Konsultasi KTI.....	95
Dokumentasi .....	100

## Abstrak

### PENERAPAN PERSONAL HYGIENE PADA TN.A DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DENGAN SKIZOFRENIA DI RT 01 KAMPUNG LUSIPERI, DISTRIK FAKFAK, WILAYAH KERJA PUSKESMAS FAKFAK KOTA

Angelina Letsoin<sup>1</sup>, Yosina Atanai<sup>2</sup> S.Budi Rohayu<sup>3</sup>

1) Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Fakfak

2) Staf Dosen Prodi D-III Keperawatan Fakfak

3) Staf Prodi D-III Keperawatan Fakfak

Email: : [letsoinangelina@gmail.com](mailto:letsoinangelina@gmail.com)

**Latar Belakang :** Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku aneh dan terganggu. Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. **Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kemampuan personal hygiene pasien defisit perawatan diri. **Metode :** Jenis rancangan penelitian ini adalah rancangan studi kasus menggunakan jenis penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang dilakukan terfokus pada suatu kasus tertentu untuk diamati dan dianalisis secara cermat sampai tuntas. **Subjek :** Responden dalam penelitian ini Tn. A dengan defisit perawatan diri yang akan dilakukan intervensi keperawatan tentang penerapan personal hygiene dengan menggunakan SOP defisit perawatan diri. **Hasil :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan penerapan personal hygiene selama 3 hari pada Tn.A hasil penerapan personal hygiene menunjukkan bahwa kemampuan dalam melakukan kebersihan diri secara mandiri meningkat. **Kesimpulan :** Penelitian penerapan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri hasilnya signifikan, yaitu pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri. **Saran :** Kepada Kepala Puskesmas Fakfak Kota dan jajarannya untuk menerapkan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri.

**Kata Kunci :** Skizofrenia, Defisit Perawatan Diri, Personal Hygiene

### *Abstract*

#### **IMPLEMENTATION OF PERSONAL HYGIENE IN TN.A WITH SELF-CARE DEFICIT WITH SCHIZOPHRENIA IN RT 01 LUSIPERI VILLAGE, FAKFAK DISTRICT, WORKING AREA OF FAKFAK CITY HEALTH CENTER**

**Anggelina Letsoin<sup>1</sup>, Yosina Atanai<sup>2</sup>, S. Budi Rohayu<sup>3</sup>**

1) Fakfak D-III Nursing Study Program students

2) Lecturer Staff of D-III Nursing Study Program, Fakfak

3) Fakfak D-III Nursing Study Program Staff

Email: : [letsoinangelina@gmail.com](mailto:letsoinangelina@gmail.com)

**Background :** *Schizophrenia* is a disease that affects brain and causes strange and disturbed thought, perceptions, emotions, movements and behavior. Self-care deficit is a condition where a person experiences abnormalities in their ability to carry out or complete daily life activities independently. The aim of this study is to determine the personal hygiene abilities of patient with self-care deficits. **Method :** The type of research design is a case study design using descriptive research, namely to research conducted is focused on a particular case to be observed and analyzed carefully until complete. **Subject :** The respondent in this study Mr. A with a self-care deficit will undergo nursing intervention regarding the implementation of personal hygiene using the SOP for self-care deficit. **Result :** After carrying out nursing interventions, *personal hygiene* was implemented for 3 days on Mr.A . The results of the implementation personal hygiene show that the ability to carry out personal hygiene independently has increased. **Conclusion :** Research on the application of personal hygiene to patients with self-care deficits has significant results, namely that patient are able to carry out personal hygiene independently. **Suggestion :** To the Head of the Fakfak City Health Center and his staff to implement personal hygiene for patients with self-care deficits.

**Keywords:** *Schizophrenia, Self Care Deficit, Personal Hygiene*



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku aneh dan terganggu. skizofrenia tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit tersendiri, melainkan diduga sebagai suatu sindrom atau proses penyakit yang mencakup banyak jenis dengan berbagai gejala. skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi pasien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya. (Bella I et al 2021).

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi. (Bella I et al 2021).

Menurut data WHO tahun 2022, prevalensi skizofrenia adalah 1 dari 300 orang di dunia, atau sekitar 24 juta orang. Sekitar 1 dari 222 kasus skizofrenia terjadi pada usia dewasa. (Firman I.A et al 2024).

Riset Kesehatan Dasar dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), menyatakan penderita skizofrenia meningkat dari yang awal 2013 hanya sejumlah 1,7% menjadi 7% pada tahun 2018.

Provinsi Papua dan Papua Barat juga mengalami kenaikan skizofrenia dari 1,2 tahun 2013 menjadi 4,5 permil pada tahun 2018; gangguan emosional

dari 4,2 menjadi 8,5 permil; sedangkan depresi diangka 4,0 permil lebih rendah dari Nasional. Sedangkan di Papua Barat untuk skizofrenia dari 1,6 permil ditahun 2013 menjadi 6,8 permil tahun 2018; gangguan mental emosional tahun 2013 sebesar 2,5 permil menjadi 11,3 permil tahun 2018; dan depresi tercatat lebih tinggi dari Nasional pada tahun 2018 yakni 7,4 permil. (Nasrah H. 2020).

Berdasarkan data di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota Provinsi Papua Barat sebagai pusat rujukan jiwa di Provinsi Papua Barat menunjukkan mayoritas pasien yang berkunjung adalah gangguan jiwa berat skizofrenia. Berdasarkan data periode mulai tahun 2018 dan pada tahun 2020 jumlah ODGJ yang dilayani di Puskesmas Fakfak Kota sebanyak 31 ODGJ, tahun 2022 berjumlah 24 ODGJ yang dikembalikan ke wilayah puskesmas masing – masing.

Menurut penelitian Cicilia S.W et al (2023) “Penerapan Latihan Personal Hygiene : Kebersihan Diri Terhadap Kemampuan Pasien Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung”. Karya tulis ilmiah ini berbentuk studi kasus. Subyek dalam penerapan berjumlah 2 pasien. Penerapan dilakukan di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung selama 4 hari. Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa terdapat peningkatan pada nilai kemandirian pasien.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Meinita R, (2023) tentang “Studi Kasus Penerapan Personal Hygiene Terhadap Kemandirian Pasien

Defisit Perawatan Diri Dengan Gangguan Jiwa” penelitian ini menunjukkan hasil peningkatan dalam melakukan kebersihan diri secara mandiri.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas dan terjadi penurunan jumlah kasus, peneliti tertarik untuk menulis Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Penerapan Personal Hygiene Pada Tn.A Terhadap Defisit Perawatan Diri dengan Skizofrenia di RT 01, Kampung Lusiperi, Distrik Fakfak, Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah dapat dirumuskan “Bagaimanakah Penerapan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri Dengan Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota ?.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui proses penerapan asuhan keperawatan dengan intervensi personal hygiene pada Tn. A dengan defisit perawatan diri di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada Tn. A dengan defisit perawatan diri di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. A dengan defisit perawatan diri di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada Tn.A dengan defisit perawatan diri di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota.

- d. Melakukan implementasi keperawatan pada Tn.A dengan defisit perawatan diri di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota.
- e. Mengevaluasi tujuan keperawatan pada Tn.A dengan defisit perawatan diri di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Peneliti**

Dapat memperoleh pengetahuan dan gambaran dalam proses Penerapan personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri .

##### **2. Bagi Puskesmas Fakfak Kota (lahan penelitian)**

Dapat memberikan pengetahuan dan gambaran serta panduan dalam penerapan personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri.

##### **3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan**

Hasil karya tulis ilmiah ini akan menjadi referensi untuk peneliti selanjutnya dibidang keperawatan jiwa yaitu pasien dengan defisit perawatan diri.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Definisi**

Skizofrenia adalah penyakit neurologi yang dapat mempengaruhi persepsi, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosial, selain itu seseorang dengan skizofrenia juga sering mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, hal ini berdampak seseorang dengan skizofrenia akan kehilangan kontrol dirinya yaitu akan mengalami kepanikan dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi. (Giga A. 2021).

##### **2. Klasifikasi**

Pembagian skizonfrenia yang dikutip dalam (Santi N. K 2020) antara lain:

###### **a. Skizofrenia Simplex**

Penderita sering timbul pertama kali pada saat anak menginjak pada masa puberitas, gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses berpikir susah ditemukan, waham dan halusinasi jarang ditemukan.

###### **b. Skizofrenia Hebefrenik**

Bermulanya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara usia 15-25 tahun gejala yang menyolok ialah gangguan prose pikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Juga mengalami gangguan psikomotor seperti perilaku kekanakan sering terdapat pada waham dan halusinasi.

c. Skizofrenia Katatonik

Timbul pertama kali pada usia 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului dengan stress emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

d. Stupor Katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Emosi klien sangat dangkal, gejala yang sering timbul ialah gejala psikomotor seperti : mutisme, muka tanpa ekspresi, stupor.

e. Gaduh- Gelisah Katatonik

Terdapat hiperaktifitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita berbicara terus menerus, menunjukan gejala stereotip, menerisme, grimas, neoligisme.

f. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang paling mencolok pada klien dengan skizofrenia paranoid adalah waham primer dengan waham sekunder dan halusinasi. Kepribadian penderita yang belum sakit sering digolongkan dengan skizoid. Penderita mudah tersinggung, suka menyendiri dan kurang percaya diri pada orang lain. Skizofrenia residual: skizofrenia residual adalah skizofrenia dengan gejala primer, tetapi gejala yang dialami tidak jelas adanya gejala sekunder, gejala ini timbul setelah beberapa kali penderita mengalami serangan skizofrenia.

g. Skizo-Aktif (skizofrenia skizo afektif)

Gejala-gejala skizofrenia dapat menonjol secara bersamaan juga dengan gejala-gejala depresi (skizo-depresi) atau skizo-manik. Dimana jenis skizofrenia ini cenderung dapat sembuh tanpa efek tetapi mungkin juga dapat kambuh kembali.

3. Etiologi

Menurut Stuart & Sundeen (1998) dalam (Giga A. 2021) menyebutkan teori tentang etiologi skizofrenia yang saat ini banyak dianut adalah sebagai berikut.

a. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68 %, kembar 2 telur 2-15 % dan kembar satu telur 61-86 %.

b. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya Skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

c. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung extremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik

konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

d. Susunan saraf pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

e. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya Skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

f. Teori Sigmund Freud

Skizofrenia terdapat: Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatic, Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme dan, Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psiko analitik tidak mungkin.



g. Teori Eugen Bleuler

Penggunaan istilah Skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala Skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme), gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

h. Teori lain

Skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lues otak, arterosklerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui.

- 1) Disfungsi keluarga, konflik dalam keluarga akan berpengaruh pada perkembangan anak sehingga sering mengalami gangguan dalam tugas 12 perkembangan anak, gangguan ini akan muncul pada saat perjalanan hidup si anak dikemudian hari
- 2) Menurut teori Interpersonal menyatakan bahwa orang yang mengalami psikosis akan menghasilkan suatu hubungan orang tua - anak yang penuh dengan ansietas tinggi. Anak akan menerima pesan-pesan yang membingungkan dan penuh konflik dari orang tua dan tidak mampu membentuk rasa percaya pada orang lain.

- 3) Berdasarkan teori psikodinamik, mengatakan bahwa psikosis adalah hasil dari suatu ego yang lemah, perkembangan yang dihambat oleh suatu hubungan saling mempengaruhi antara orang tua-anak. Karena ego menjadi lemah, penggunaan mekanisme pertahanan ego pada waktu ansietas yang ekstrem.

#### 4. Patofisiologi dan Pathway

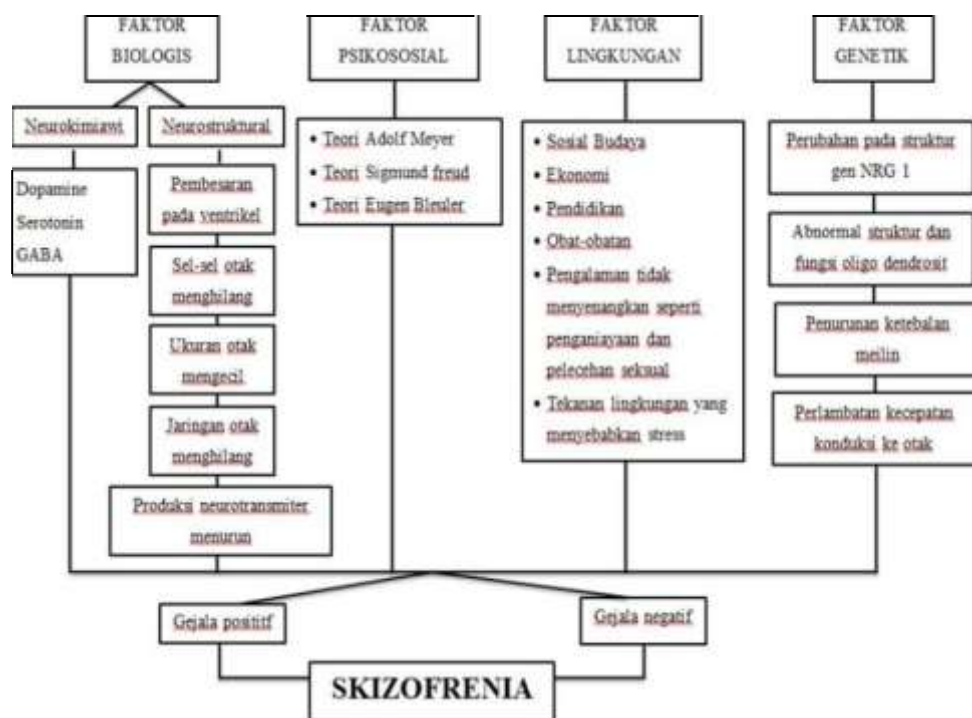
Menurut Hawari dalam Etika W. (2018) Skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Yang termasuk faktor predisposisi ialah : Faktor Respon Adaptif Respon Maladaptif Pikiran logis, Persepsi akurat, Emosi konsisten dengan pengalaman, Perilaku sesuai Hubungan sosial, Gangguan pikiran (waham), Halusinasi Kesulitan untuk memproses emosi, Ketidakteraturan perilaku, Isolasi sosial, Pikiran kadang menyimpang, Ilusi Reaksi emosional berlebihan atau kurang, Perilaku aneh atau tak lazim, Menarik diri genetik, Faktor neuroanatomi, Faktor neurokimia, Faktor psikososial, Faktor sosiokultural dan Lingkungan. Sedangkan yang termasuk faktor presipitasi adalah biologis, lingkungan dan pemicu gejala.

Faktor-faktor tersebut baik faktor predisposisi maupun faktor presipitasi dapat menjadi penyebab seseorang berespon yang maladaptif. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya gangguan penilaian individu, kurang dukungan, dan mekanisme koping yang tidak efektif yang akan menyebabkan masalah perawatan ketidakefektifan koping individu. Skizofrenia dapat menimbulkan gejala positif maupun gejala negatif.

Gejala positif seperti waham, halusinasi, perubahan arus pikir dan perubahan perilaku. Sedangkan gejala negatif seperti sikap masa bodoh (apatis), pembicaraan terhenti tiba-tiba (*blocking*), menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial), dan menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari. Dari gejala-gejala negatif tersebut dapat memicu adanya perasaan hilang percaya diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri dapat menyebabkan harga diri rendah (Etika W. 2018).

### Pathway Skizofrenia

Gambar 2. 1 Pathway Skizofrenia



Sumber : Anjar Aditya Rochmah (2018)

## 5. Manifestasi Klinik

Menurut (Dwi C. P. S. 2021) Indikator pra-penyakit (pra-penyakit) dari skizofrenia termasuk ketidakmampuan seseorang untuk mengekspresikan emosi: wajah yang acuh tak acuh, sedikit senyuman, ketidak pedulian. Hambatan komunikasi: Pasien merasa sulit untuk melakukan percakapan terarah, terkadang tersesat atau melayang. Gangguan perhatian: Pasien tidak dapat berkonsentrasi, mempertahankan atau mengalihkan perhatian. Gangguan Perilaku: Pemalu, tertutup, penyendiri, biasanya tidak bersenang-senang, dan tertantang tanpa alasan disiplin yang jelas.

- a. Ketidakmampuan seseorang mengekspresikan emosi: wajah dingin, jarang tersenyum, acuh tak acuh.
- b. Penyimpangan komunikasi: pasien sulit melakukan pembicaraan terarah, kadang menyimpang atau berputar-putar.
- c. Gangguan atensi: pasien tidak mampu memfokuskan, mempertahankan atau memindahkan atensi.
- d. Gangguan perilaku: menjadi pemalu, tertutup, menarik diri secara sosial, tidak biasa menikmati rasa senang, menantang tanpa alasan jelas disiplin.

## 6. Penatalaksanaan

Menurut (Viedila S. J. I. 2022) Kategori penyembuhan untuk pengidap skizofrenia antara lain . Sebagai berikut:

- a. Pengobatan farmakologis Indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia meliputi: mengontrol gejala aktif serta cegah kekambuhan. Strategi penyembuhan bergantung pada apakah stadium penyakit ini kronis ataupun akut. Umumnya fase akut ditandai dengan gejala psikotik (baru dirasakan ataupun kambuh), perlu diperbaiki dengan segera. Tujuan penyembuhan disini merupakan guna mengurangi indikasi psikotik yang parah.
- b. Pengobatan *elektro convulsive* terapi (ECT) ECT bekerja dengan baik dengan katatonia, yang paling utama kategori stupor. Skizofrenia simplex, memiliki efek yang mengecewakan, apabila gejalanya ringan, jika diberikan ECT, terkadang menjadi lebih parah.
- c. Psikoterapi serta rehabilitasi pengobatan suportif ataupun psikoterapi kelompok bisa menolong penderita juga membagikan panduan praktis dengan tujuan mengembalikan pasien kembali ke publik. Pengobatan perilaku serta pelatihan keahlian sosial tingkatan keahlian sosial, perawatan diri serta pelatihan langsung, serta komunikasi interpersonal.

## 7. Komplikasi

Menurut (Roni S et al 2022) Komplikasi skizofrenia adalah pasien dapat mempunyai waham dengan taraf ringan dan halusinasi yang tidak begitu jelas atau samar-samar. Sebagian gejala akut dan gejala yang lebih dramatis hilang dengan berjalannya waktu, tetapi pasien membutuhkan perlindungan atau menghabiskan waktu bertahun-tahun di dalam rumah

sakit jiwa. Keterlibatan dengan hukum untuk pelanggaran ringan kadang-kadang terjadi (misalnya, menggelandang, mengganggu keamanan) dan sering dikaitkan dengan penyalahgunaan zat. Sebagian kecil pasien menjadi demensia. Secara keseluruhan harapan hidupnya pendek, terutama akibat kecelakaan, bunuh diri, dan ketidakmampuan merawat diri.

## **B. Konsep Defisit Perawatan Diri**

### **1. Definisi**

Defisit perawatan diri adalah gangguan di dalam melakukan aktifitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Sedangkan perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia untuk memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. (Ns. Erita et al 2019).

### **2. Etiologi**

Menurut (Ns. Erita et al 2019) berikut adalah faktor-faktor yang menyebabkan defisit perawatan diri, yaitu:

#### **a. Faktor Predisposisi**

- 1) Biologis, seringkali defisit perawatan diri disebabkan karena adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri dan adanya faktor herediter yaitu ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- 2) Psikologis, faktor perkembangan memegang peranan yang tidak kalah penting di karenakan keluarga terlalu sering melindungi dan memanjakan individu sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

Pasien gangguan jiwa mengalami defisit perawatan diri di karenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

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

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan defisit perawatan diri adalah penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah, lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

3. Pohon Masalah

Gambar 2. 2 Pohon Masalah



Sumber : Ns. Erita et al (2019)

#### 4. Tanda dan Gejala

Menurut (Ns. Erita et al 2019) Tanda dan gejala defisit perawatan diri dapat dinilai dari pernyataan pasien tentang kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, BAB dan BAK dan didukung dengan data hasil observasi.

##### a. Data Subjektif :

Pasien mengatakan tentang: Malas mandi, tidak mau menyisir rambut, tidak mau menggosok gigi, tidak mau memotong kuku, tidak mau berhias/berdandan, tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri, tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum, BAB dan BAK sembarangan, tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK, tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

##### b. Data Objektif

- 1) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang  
Tidak menggunakan alat-alat mandi pada saat mandidan tidak mandi dengan benar
- 2) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan.
- 3) Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju dan celana.



- 4) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, menggunakan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, misalnya telanjang.
- 5) Makan dan minum sembarangan serta berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan, dari panci ke piring atau mangkok, tidak mampu menggunakan sendok dan tidak mengetahui fungsi alat-alat makan), memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan.
- 6) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu (menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB atau BAK).

## 5. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Khairun N. 2023) perencanaan tindakan keperawatan untuk pasien defisit perawatan diri juga ditunjukan untuk keluarga sehingga keluarga mampu mengarahkan pasien dalam melakukan perawatan diri tindakan keperawatan defisit perawatan diri sebagai berikut :

### a. Tindakan mandiri

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

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

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

#### 6. Komplikasi

Menurut (Mega P.S 2018) dampak yang sering timbul pada masalah defisit perawatan diri sebagai berikut :

##### a. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita pasien karena tidak terpeliharanya kebersihan pasien dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

##### b. Dampak Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan defisit perawatan diri adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

### C. Konsep Masalah Keperawatan

Menurut (Ns. Erita et al 2019) :

#### 1. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

##### a. Definisi

Harga diri rendah adalah suatu kondisi dimana individu menilai dirinya atau kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri.

##### b. Kriteria Hasil/Luaran

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga selama 30-60 menit masalah gangguan konsep diri : harga diri rendah teratasi dengan kriteria hasil/ luaran:

##### a) Pasien mampu :

- 1) Membina hubungan saling percaya.
- 2) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang di miliki.
- 3) Menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- 4) Menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.
- 5) Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.
- 6) Melakukan kegiatan yang telah dipilih sesuai kemampuan.

##### b) Keluarga mampu :

- 1) Mengenal masalah harga diri rendah.

- 2) Mengambil keputusan untuk merawat harga diri rendah.
- 3) Merawat harga diri rendah.
- 4) Memodifikasi lingkungan yang mendukung dan meningkatkan harga diri pasien.
- 5) Menilai perkembangan perubahan kemampuan pasien.
- 6) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 7) Faktor yang berhubungan.

c. Faktor yang berhubungan

Koping individu dan keluarga tidak efektif

2. Menarik Diri : Isolasi Sosial

a. Definisi

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

b. Kriteria Hasil/ Luaran

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga selama 30-60 menit masalah menarik diri : isolasi sosial teratasi dengan kriteria hasil/ luaran:

a) Pasien mampu :

- 1) Membina hubungan saling percaya.
- 2) Menyadari isolasi sosial yang dialaminya.

- 3) Berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya.
- 4) Berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial.

b) Keluarga Mampu :

- 1) Mengenal isolasi sosial (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial) dan mengambil keputusan untuk merawat pasien.
- 2) Membantu pasien berinteraksi dengan orang lain.
- 3) Mendampingi pasien saat melakukan aktifitas rumah tangga dan kegiatan sosial sambil berkomunikasi.
- 4) Melibatkan pasien melakukan kegiatan harian di rumah dan kegiatan sosialisasi di lingkungan.
- 5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien untuk meningkatkan interaksi sosial.
- 6) Memantau peningkatan kemampuan pasien dalam mengatasi isolasi sosial.
- 7) Melakukan *follow up* ke puskesmas, mengenal tanda kambuh dan melakukan rujukan.

c. Faktor yang berhubungan

Gangguan konsep diri : harga diri rendah

### 3. Defisit Perawatan Diri

#### a. Definisi

Perawatan diri adalah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, *toileting*).

#### b. Kriteria Hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga selama 30-60 menit masalah defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil/ luaran:

a) Pasien mampu : Membina hubungan saling percaya, melakukan kebersihan diri secara mandiri, melakukan berhias/berdandan secara baik, melakukan BAB/BAK secara mandiri.

b) Keluarga mampu :

Merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri.

#### c. Faktor yang berhubungan

Menarik diri : isolasi social

### 4. Risiko Perilaku kekerasan

#### a. Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.

b. Kriteria Hasil/ Luaran

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga selama 30-60 menit masalah risiko perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil/ luaran:

a) Pasien mampu :

- 1) Membina hubungan saling percaya.
- 2) Menjelaskan penyebab marah.
- 3) Menjelaskan perasaan saat penyebab marah/perilaku kekerasan.
- 4) Menjelaskan perilaku yang dilakukan saat marah.
- 5) Menyebutkan cara mengontrol rasa marah/perilaku kekerasan.
- 6) Melakukan kegiatan fisik dalam menyalurkan kemarahan.
- 7) Memakan obat secara teratur.
- 8) Berbicara yang baik saat marah.
- 9) Melakukan kegiatan ibadah untuk mengendalikan rasa marah.

b) Keluarga mampu :

- 1) Mengenal masalah risiko perilaku kekerasan.
- 2) Memutuskan untuk melakukan perawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan.
- 3) Merawat pasien risiko perilaku kekerasan dengan mengerjakan dan mendampingi pasien berinteraksi secara bertahap, berbicara saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial.
- 4) Memotifasi lingkungan yang kondusif agar pasien mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar.



5) Mengenal tanda kekambuhan, dan mencari pelayanan kesehatan.

6) Keluarga dapat meneruskan melatih pasien dan mendukung agar kemampuan pasien risiko perilaku kekerasan mengatasi masalahnya dapat meningkat.

c. Faktor yang berhubungan

Gangguan persepsi sensori : halusinasi

5. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

a. Definisi

Halusinasi sebagai suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mengekspresikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.

b. Kriteria Hasil/ Luaran

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga selama 30-60 menit masalah risiko perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil/ luaran:

a) Pasien mampu :

- 1) Membina hubungan saling percaya.
- 2) Mengenal halusinasi dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- 3) Mengontrol halusinasi dengan enam benar minum obat.
- 4) Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

5) Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

b) Keluarga mampu :

- 1) Menjelaskan halusinasi yang dialami oleh pasien.
- 2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara mengontrol halusinasi yaitu menghardik, minum obat, cakap-cakap dan melakukan aktivitas di rumah.
- 3) Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi.
- 4) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien.
- 5) Menilai dan melaporkan keberhasilan merawat pasien.

c. Faktor yang menyebabkan

Menarik Diri : Isolasi Sosial

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Defisit Perawatan Diri**

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

Menurut (Ns. Erita et al 2019) Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga. Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan dengan wawancara, melalui pertanyaan berikut:

- a. Coba ceritakan kebiasaan/cara pasien dalam membersihkan diri?
- b. Apa yang menyebabkan pasien malas mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, dan menggunting kuku?
- c. Bagaimana pendapat pasien tentang penampilan dirinya? Apakah pasien puas dengan penampilan sehari-hari?

- d. Berapa kali pasien menyisir rambut, berdandan, bercukur, (untuk laki-laki) secara teratur?
- e. Menurut pasien apakah pakaian yang digunakan sesuai dengan kegiatan yang dilakukan?
- f. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan pasien mandi sehari-hari? Peralatan mandi apa saja yang digunakan pasien?
- g. Coba ceritakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien?
- h. Menurut pasien apakah alat makan yang digunakan sesuai dengan fungsinya?
- i. Coba ceritakan apa yang pasien lakukan ketika selesai BAB dan BAK?
- j. Apakah pasien membersihkan diri di tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK?
- k. Tanyakan mengenai pengetahuan pasien mengenai cara perawatan diri yang benar?

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yang dapat ditemukan melalui hasil observasi adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan kebersihan diri, seperti rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor.
- b. Ketidakmampuan atau kehilangan minat untuk berhias/berdandan, pasien tampak rambutnya acak-acakan pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.

- c. Ketidakmampuan makan dan minum secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makan dan minum sendiri, makan berceceran, dan tidak makan di tempatnya.
- d. Ketidakmampuan BAB dan BAK secara mandiri, BAB atau BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB dan BAK.

## 2. Data Subjektif Dan Data Objektif

### a. Data Subjektif :

Pasien mengatakan tentang:

- a) Malas mandi.
- b) Tidak mau menyisir rambut.
- c) Tidak mau menggosok gigi.
- d) Tidak mau memotong kuku.
- e) Tidak mau berhias/berdandan.
- f) Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri.
- g) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum.
- h) BAB dan BAK sembarangan.
- i) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK.
- j) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar.

### b. Data Objektif

- a) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang.

- b) Tidak menggunakan alat-alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar.
- c) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan.
- d) Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju dan celana.
- e) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, menggunakan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, misalnya telanjang.
- f) Makan dan minum sembarangan serta berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan, dari panci ke piring atau magkok, tidak mampu menggunakan sendok dan tidak mengetahui fungsi alat-alat makan), memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan.
- g) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu (menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB atau BAK).

## 3. Analisa Data

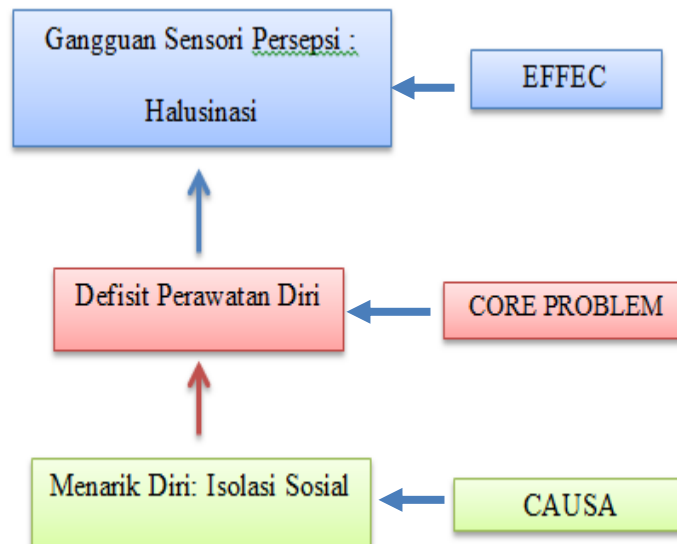
Tabel 2.01 Analisa Data

Data	Masalah Keperawatan
<b>Data Subjektif</b> Pasien mengatakan tentang: <ol style="list-style-type: none"> <li>Malas mandi.</li> <li>Tidak mau menyisir rambut.</li> <li>Tidak mau menggosok gigi.</li> <li>Tidak mau memotong kuku.</li> <li>Tidak mau berhias/ berdandan.</li> <li>Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri.</li> <li>Tidak menggunakan alat makan dan minum.</li> <li>BAB dan BAK sembarangan.</li> <li>Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK.</li> <li>Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar.</li> </ol>	<b>Defisit Perawatan Diri</b>
<b>Data Objektif</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor dan kuku panjang.</li> <li>Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, dan tidak mampu berdandan.</li> <li>Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil dan memakai pakaian.</li> <li>Memakai barang yang tidak perlu dalam berpakaian.</li> <li>Makan dan minum sembarangan.</li> <li>BAB dan BAK tidak pada tempatnya.</li> </ol>	
<b>Sumber Data : Sekunder</b>	

#### 4. Proses Terjadinya Masalah Keperawatan

##### 1. Pohon Masalah

Gambar 2. 3 Pohon Masalah



Sumber : Ns. Erita et al (2019)

##### 2. Masalah Keperawatan

- a) Defisit Perawatan Diri (Core Problem)
- b) Menarik Diri : Isolasi Sosial (Causa)
- c) Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi (Effec)

## 5. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.02 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil / Luaran	Tindakan Keperawatan
1	2	3	4	5
I	Defisit Perawatan Diri	1. Pasien mampu : a. Membina hubungan saling percaya b. Melakukan kebersihan diri secara mandiri c. Melakukan berhias/berdandan secara baik d. Melakukan BAB/BAK secara mandiri  2. Keluarga Mampu : a. Merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga selama 30-60 menit masalah gangguan konsep diri : defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil/luaran: 1. Pasien mampu : a. Membina hubungan saling percaya b. Melakukan kebersihan diri secara mandiri c. Melakukan berhias/berdandan secara baik d. Melakukan BAB/BAK secara mandiri  2. Keluarga Mampu : a. Merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri.	<b>Tindakan keperawatan pada pasien : SP.I.P.</b> a. Membina hubungan saling percaya dengan cara: b. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien c. Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien d. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. e. Buat kontrak asuhan : apa yang di lakukan bersama pasien, berapa lama akan di kerjakan dan tempatnya dimana f. Jelaskan bahwa perawat akan perahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi g. Setiap saat tunjukan sikap empati terhadap pasien h. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.



No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil / Luaran	Tindakan Keperawatan
1	2	3	4	5
I	Defisit Perawatan Diri	1. Pasien mampu : a. Membina hubungan saling percaya b. Melakukan kebersihan diri secara mandiri c. Melakukan berhias/berdandan secara baik d. Melakukan BAB/BAK secara mandiri  2. Keluarga mampu: a. Merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga selama 30-60 menit masalah gangguan konsep diri : defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil/luaran: 1. Pasien mampu : a. Membina hubungan saling percaya b. Melakukan kebersihan diri secara mandiri c. Melakukan berhias/berdandan secara baik d. Melakukan BAB/BAK secara mandiri  2. Keluarga Mampu : a. Merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri.	<b>SP.II.P.</b> a. Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi: b. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri c. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri d. Menjelaskan cara-cara menjaga kebersihan diri e. Melatih pasien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri.  <b>SP.III.P.</b> a. Melatih pasien berdandan atau berhias. b. Untuk pasien laki-laki latihan meliputi:berpakaian,menyisir rambut dan bercukur. c. Untuk pasien wanita, latihannya meliputi : berpakaian,menyisir rambut dan berhias.  <b>SP.IV.P.</b> 4. Melatih pasien makan dan minum secara mandiri untuk melatih makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut: a. Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan perhari dewasa 2000-2200 kalori (untuk perempuan) dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap makan

1	2	3	4	5
				<p>dan minum 8 gelas (2500 ml setiap hari) dan cara makan dan minum</p> <p>b. Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib.</p> <p>c. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum.</p> <p>d. mempraktekan makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.</p> <p><b>SP.V.P</b></p> <p>5. Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri. Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:</p> <p>a. Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai</p> <p>b. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK.</p> <p>c. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK.</p> <p>d. mempraktikan BAB dan BAK dengan baik.</p> <p><b>Tindakan keperawatan pada keluarga :</b></p> <p><b>SP.I.K</b></p> <p>1. Mendiskusikan masalah yang di rasakan dalam merawat pasien defisit perawatan diri.</p> <p><b>SP.II.K</b></p> <p>2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri yang mengambil keputusan merawat pasien.</p> <p><b>SP.III.K</b></p> <p>3. Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas</p>

1	2	3	4	5
				kebersihan diri yang di butuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien.
				<b>SP.IV.K</b>
				4. Latih keluarga cara merawat dan membimbing kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK pasien.
				<b>SP.V.K</b>
				5. Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan diri pasien.

---

### Sumber Data : Sekunder

## 6. Implementasi Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya dengan cara:
  - a) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
  - b) Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien.
  - c) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.
  - d) Buat kontrak asuhan : apa yang dilakukan bersama pasien,

berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana.

- e) Jelaskan bahwa perawat akan perahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.
- f) Setiap saat tunjukan sikap empati terhadap pasien.
- g) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.
- a. Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:
  - a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.
  - b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri.
  - c) Menjelaskan cara-cara menjaga kebersihan diri.
  - d) Melatih pasien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri.
- c. Melatih pasien berdandan/berhias
  - a) Untuk pasien laki-laki latihan meliputi: berpakaian, menyisir rambut dan bercukur.
  - b) Untuk pasien wanita, latihannya meliputi : berpakaian, menyisir rambut dan berhias.
- d. Melatih pasien makan dan minum secara mandiri.

Untuk melatih makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut:

- a) Menjelaskan kebutuhan makanan perhari dewasa 2000-2200 kalori untuk perempuan dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap makan dan minum 8 gelas (2500 ml setiap hari) dan cara makan dan minum.

- b) Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib.
- c) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum.
- d) Mempraktekan makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
- e. Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri.

Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:

- a) Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai.
- b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK.
- c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK.
- d) Mempraktikan BAB dan BAK dengan baik.

## **7. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga Dalam Defisit Perawatan Diri.

- 1) Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang ditandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam perawatan diri, seperti:
  - a) Klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar dan bersih.
  - b) Mengganti pakaian dengan pakaian bersih.
  - c) Membersihkan pakaian kotor.
  - d) Berdandan dengan benar.
  - e) Mempersiapkan makanan.
  - f) Mengambil makanan dan minuman dengan rapi.
  - g) Menggunakan alat makan dan minum dengan benar.

- h) BAB dan BAK pada tempatnya.
- i) BAB dan BAK dengan bersih.
- 2) Evaluasi kemampuan keluarga defisit perawatan diri berhasil apabila keluarga dapat:
  - a) Mengenal masalah yang dirasakan dalam perawatan pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri).
  - b) Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien.
  - c) Merawat dan membimbing pasien dalam merawat diri: kebersihan diri.
  - d) *Follow up* ke puskesmas, mengenai tanda kambuh dan rujukan.

## **E. Konsep Personal Hygiene**

### **1. Pengertian**

Menurut (Nurwening T.W et al 2018) Personal Hygiene berasal dari bahasa Yunani yaitu personal yang artinya perorangan dan hygiene berarti sehat. Kebersihan seseorang adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis.

Menurut (Amelia F. 2021) Personal Hygiene merupakan kebersihan dan kesehatan perorangan yang bertujuan untuk mencegah timbulnya penyakit pada diri sendiri maupun orang lain. Tingkat kebersihan diri seseorang sangat menentukan status kesehatan, dimana individu secara

sadar dan atas inisiatif pribadi menjaga kesehatan dan mencegah terjadinya penyakit. Upaya kebersihan diri ini mencakup tentang kebersihan rambut, mata, telinga, gigi, mulut, kulit, kuku, serta kebersihan dalam berpakaian.

## 2. Tujuan Personal Hygiene

Menurut (Amelia F. 2021) Untuk meningkatkan derajat kesehatan seseorang, memelihara kebersihan diri seseorang, memperbaiki personal hygiene yang kurang baik, terhindar dari paparan penyakit, menciptakan keindahan diri seseorang, dan meningkatkan rasa percaya diri seseorang.

## 3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Personal Hygiene

Menurut (Nurwening T. W et al 2018) faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah sebagai berikut :

### a. Citra tubuh

Penampilan umum klien dapat menggambarkan pentingnya hygiene pada orang tersebut. Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Citra tubuh ini dapat sering berubah. Citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan hygiene. Jika seorang klien rapi sekali maka perawat mempertimbangkan rincian kerapian ketika merencanakan keperawatan dan berkonsultasi pada klien sebelum membuat keputusan tentang bagaimana memberikan perawatan higienis. Karena citra tubuh klien dapat berubah akibat pembedahan atau penyakit fisik maka perawat harus membuat suatu usaha ekstra untuk meningkatkan hygiene.

b. Praktik Sosial.

Kelompok-kelompok sosial wadah seorang klien berhubungan dapat mempengaruhi praktik hygiene pribadi. Selama masa kanak-kanak, kanak-kanak mendapatkan praktik hygiene dari orang tua mereka. Kebiasaan keluarga, jumlah orang dirumah, dan ketersediaan air panas dan atau air mengalir hanya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan kebersihan.

c. Status Sosio-Ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan. Perawat harus menentukan apakah klien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktikkan oleh kelompok sosial klien.

d. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya hygiene dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik hygiene. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup. Klien juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan-diri. Seringkali, pembelajaran tentang penyakit atau kondisi mendorong klien untuk meningkatkan hygiene. Pembelajaran praktik tertentu yang diharapkan dan menguntungkan dalam mengurangi risiko kesehatan dapat memotivasi seseorang untuk memenuhi perawatan yang perlu.



e. Kebudayaan

Kepercayaan kebudayaan klien dan nilai pribadi mempengaruhi perawatan hygiene. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktik keperawatan diri yang berbeda pula. Di asia kebersihan dipandang penting bagi kesehatan. Di Negara-negara eropa, bagaimanapun, hal ini biasa untuk mandi secara penuh hanya sekali dalam seminggu.

f. Pilihan Pribadi

Setiap klien memiliki keinginan individu dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bercukur, dan melakukan perawatan rambut . klien memilih produk yang berbeda (mis. Sabun, shampo, deodorant, dan pasta gigi) menurut pilihan pribadi.

g. Kondisi Fisik.

Orang yang menderita penyakit tertentu (mis. Kanker tahap lanjut) atau menjalani operasi sering kali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan kebersihan diri secara mandiri.

4. Dampak yang sering ditimbulkan

Dampak atau akibat yang sering timbul pada pasien yang tidak memperhatikan kebersihan diri dengan baik menurut (Nurwening T. W et al 2018) adalah sebagai berikut :

a. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik

yang sering terjadi adalah: Gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial.

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Rancangan Studi Kasus**

Rancangan studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Jenis penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan terfokus pada suatu kasus tertentu untuk diamati dan dianalisis secara cermat sampai tuntas. Penyusunan dilakukan secara sistematis yaitu intensif, terperinci dan mendalam pada pasien Skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri di RT 01, Kampung Lusiperi, Distrik Fakfak, Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota.

Tujuan studi kasus ini adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan jiwa pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan intervensi personal hygiene. Pada studi kasus ini penulis mendeskripsikan proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, penetapan diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

##### **B. Subyek Studi Kasus**

Subjek yang digunakan dalam studi kasus ini adalah pasien dengan penyakit Skizofrenia dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri yang akan diberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada intervensi personal hygiene dengan menggunakan SOP defisit perawatan diri dan akibat masalah keperawatan yang dialami oleh pasien.

1. Kriteria Inklusi : Pasien bersedia menjadi subjek penelitian, Pasien berjenis kelamin laki-laki, Pasien dengan diagnosa medis Skizofrenia, Pasien dengan kesadaran composmentis, Pasien dengan umur 32 tahun.
2. Kriteria Eksklusi : Pasien tidak bersedia menjadi responden, Pasien dengan Skizofrenia yang mengalami komplikasi yang menyebabkan proses penelitian terganggu.

### **C. Fokus Studi**

Fokus studi kasus dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah pemberian asuhan keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri yang di berikan intervensi personal hygiene yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri dengan intervensi personal hygiene diharapkan dapat mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien.

### **D. Definisi Operasional**

1. Skizofrenia adalah penyakit mental kronis yang menyebabkan terganggunya proses berpikir.
2. Defisit perawatan diri merupakan kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas perawatan diri (mandi, berhias, makan dan toileting).
3. Personal hygiene adalah kebersihan dan kesehatan perorangan yang bertujuan untuk mencegah timbulnya penyakit pada diri sendiri maupun orang lain.

## **E. Tempat dan Waktu**

### **1. Tempat Studi Kasus**

Dilakukan pada RT.01 Kampung Lusiperi Distrik Fakfak Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota.

### **2. Waktu Studi Kasus**

Waktu yang diperlukan pada studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini selama 2 hari yaitu tanggal 23- 24 Mei 2024.

## **F. Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data ini digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data atau informasi di lapangan untuk tujuan penelitian, yang berarti bahwa teknik pengumpulan data menentukan bagaimana seorang peneliti memilih dan mengadopsi metode penelitian.

### **1. Sumber data primer.**

Tn.A sebagai sumber utama data (primer) sehingga dapat menggali informasi yang sebenarnya secara langsung mengenai masalah kesehatan pasien.

#### **a. Anamnesis.**

Anamnesis adalah suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak Tn.A dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan non verbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Teknik verbal, meliputi pertanyaan terbuka/tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respon pasien.

Teknik non verbal, meliputi mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan dan kontak mata.

b. Observasi.

Observasi merupakan pengamatan perilaku serta keadaan Tn.A untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Penulisan karya tulis ini penulis menggunakan observasi tidak terstruktur yaitu mengobservasi secara spontan dan mencatat apa yang dilihat dari pasien seperti mengobservasi kemampuan pasien dalam melakukan kebersihan diri secara mandiri sebelum dan sesudah intervensi personal hygiene.

c. Wawancara.

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara berbicara langsung pada Tn.A beserta keluarga sehingga terbina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien. Wawancara dilakukan dengan pasien atau keluarga pasien untuk mendapatkan data data tentang pasien, riwayat penyakit, riwayat pengobatan, dan respon terhadap tindakan keperawatan.

d. Pemeriksaan Fisik.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Tn.A dari ujung kepala sampai ujung kaki. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk memperoleh data subjektif dan data objektif.

e. Instrumen Studi Kasus.

Instrumen studi kasus yang digunakan penulis yaitu format asuhan keperawatan melalui proses asuhan keperawatan, selain :

- 1) Alat dan bahan kebersihan diri meliputi, sabun mandi, sikat gigi, shampoo, pencukur rambut, gunting kuku.

2. Sumber Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang diperoleh secara tidak langsung oleh peneliti melalui media perantara. Data sekunder biasanya berupa bukti, catatan atau laporan sejarah yang telah tersusun dalam arsip, baik yang diterbitkan maupun yang tidak dipublikasikan. Sumber data sekunder untuk mengatasi masalah kesehatan pada Tn.A sebagai berikut :

a. Studi Kepustakaan.

Studi kepustakaan adalah bahan pustaka dan menunjang latar belakang teoritis studi kasus. Pada kasus ini menggunakan studi kasus kepustakaan yang bersumber dari buku kesehatan, jurnal, laporan laporan, hasil penelitian dari sumber terbaru serta buku ilmu keperawatan terbitan baru untuk mendapatkan data dasar pasien yang dapat digunakan untuk membantu dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat sesuai dengan masalah kesehatan pasien.

b. Studi Dokumentasi.

Semua bentuk sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen. Dalam kasus ini, setelah mendapatkan data yang diperlukan maka perlu didokumentasikan pada lembar catatan perkembangan pasien, agar dapat dipertanggungjawabkan. Studi dokumentasi kesehatan pada Tn.A diperoleh dari Puskesmas Fakfak Kota, anggota keluarga dari pasien.

### **G. Analisa Data dan Penyajian Data**

Studi kasus ini menggunakan desain penelitian deskriptif yang dilakukan dalam bentuk rancangan studi kasus dan pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengakajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Sedangkan untuk analisa studi kasus ini adalah dengan menggambarkan hasil penulisan atau observasi terhadap objek sesuai dengan keadaan sebenarnya serta memaparkan hasil penelitian.

### **H. Etika Studi Kasus**

Etika studi kasus yang penulis gunakan dalam studi kasus ini yaitu :

1. *Informed Consent* (surat persetujuan), Sebelum pengambilan data dilakukan, penulis memperkenalkan diri, memberikan penjelasan tentang judul studi kasus. Subjek dalam penelitian ini harus mendapatkan informasi secara lengkap mengenai tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden.



2. *Anonymity* (tanpa nama), dimana penelitian melindungi hak-hak pada privasi responden, nama tidak digunakan serta menjaga kerahasiaan responden, penelitian hanya menggunakan inisial sebagai identitas.
3. *Confidentiality* (kerahasiaan), Semua informasi yang diberikan responden kepada peneliti akan tetap dirahasiakan untuk melindungi privasi pasien.
4. *Ethical clearance* (kelayakan etik), dalam studi kasus ini penulis memerlukan *ethical clearance* yaitu uji kelayakan etik sebagai pernyataan bahwa kegiatan studi kasus yang tergambar telah dilakukan kajian dan telah memenuhi kaidah etik sehingga layak dilaksanakan. Tujuan utamanya adalah untuk melindungi subjek studi kasus dari bahaya fisik dan psikis (tertekan penyesalan), dan konsekuensi (dituntut) sebagai akibat turut berpartisipasi dalam studi kasus.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Fakfak Kota yang merupakan populasi pasien gangguan jiwa dan Puskesmas Fakfak Kota terwakili sebagai Gangguan Konsep Diri: Defisit Perawatan Diri yang diteliti oleh peneliti. Puskesmas Fakfak Kota beralamat di Jl.Cendrawasih (puncak). Kelurahan Fakfak Utara, Kecamatan Fakfak, Kabupaten Fakfak, Provinsi Papua Barat. Responden yang diteliti, alamat tempat tinggal bervariasi ada yang beralamat di RT 01 Kampung Lusiperi, Jl.Soetoyo (Kompleks Brimob), Jl.Moh.Yamin (Kompleks Lembaga Perasyarakatan), Jl.Brawijaya, Jl. Cendrawasih, Jl. KH. Dewantara, Jl. Teuku Umar dan semua alamat tersebut masuk di wilayah kerja Puskesmas Fakfak Kota.

##### **2. Proses Asuhan Keperawatan**

###### **a. Kasus**

Seorang laki-laki Tn.A (32 tahun) didiagnosa oleh dokter dengan skizofrenia. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan tidak mau mandi , tidak bisa menggosok gigi, dan tidak bisa menggunting kuku. Hasil pengkajian yang didapatkan peneliti, pasien tampak rambut panjang dan kotor, gigi kotor, bau badan, kuku panjang dan kotor.

b. Data Subjektif dan Dan Data Objektif

a) Data Subjektif

Pasien mengatakan tidak mau mandi, tidak bisa menggosok gigi, tidak bisa mencukur rambut, dan tidak mau menggunting kuku.

b) Data Objektif

Pasien tampak rambut panjang dan kotor, gigi kotor, bau badan, kuku panjang dan kotor.

c. Analisa Data

Tabel 4.01 Analisa Data

Data	Masalah Keperawatan
Data Subjektif	
1. Pasien mengatakan:	
a. Tidak mau mandi.	
b. Tidak mau menggosok gigi.	
c. Tidak mau mencukur rambut.	
d. Tidak mau menggunting kuku.	
Data Objektif	
3. Pasien tampak :	
a. Rambut panjang dan kotor.	
b. Gigi kotor.	
c. Bau badan.	
d. Kuku panjang dan kotor.	

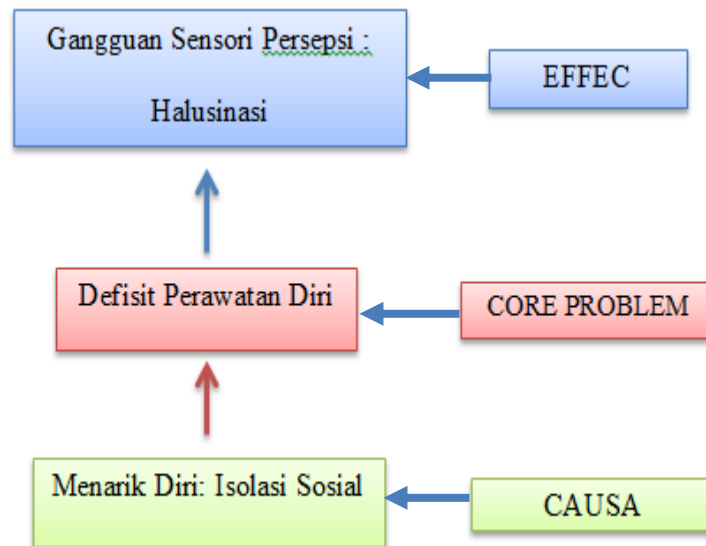
Defisit Perawatan Diri

**Sumber Data : Primer**

e. Proses Terjadinya Masalah

a) Pohon Masalah

Gambar 4. 1 Pohon Masalah



Sumber : Ns. Erita et al (2019)

b) Masalah Keperawatan

- 1) Defisit Perawatan Diri (Core Problem)
- 2) Menarik Diri : Isolasi Sosial (Causa)
- 3) Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi (Effec)

## 2. Intervensi Keperawatan

Nama : Tn. A  
 Umur : 32 Tahun  
 Alamat : RT.01,Kampung Lusi Peri  
 Hari/Tanggal : Kamis, 16 Mei 2024

Tabel 4.02 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Definisi Operasional	Tujuan	Kriteria Hasil/ Luaran
1	2	3	4
Defisit Perawatan Diri	Defisit Perawatan Diri adalah kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas perawatan diri (mandi, berhias, makan dan toileting ).	1. Pasien mampu : a. Membina hubungan saling percaya b. Melakukan kebersihan diri secara mandiri c. Melakukan berhias/berdandan secara baik d. Melakukan BAB/BAK secara mandiri  2. Keluarga mampu: a. Merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga selama 30-60 menit masalah gangguan konsep diri : defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil/ luaran: 1. Pasien mampu : a. Membina hubungan saling percaya b. Melakukan kebersihan diri secara mandiri c. Melakukan berhias/berdandan secara baik d. Melakukan BAB/BAK secara mandiri  2. Keluarga Mampu : a. Merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri.

**Sumber Data: Sekunder**

Tabel 4.03 Implementasi Keperawatan

Tindakan Keperawatan					
Waktu	Strategi Pelaksanaan (SP)	Perawat	Pasien & Keluarga	Evaluasi	Paraf MHS
5	6	7	8	9	10
FASE INTERAKSI					
10:00 - 10:45	SP.I.P. 1. Membina hubungan saling percaya dengan cara: a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. b. Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien. c. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. d. Buat kontrak asuhan : apa yang di lakukan bersama pasien, berapa lama akan di kerjakan dan tempatnya dimana.	a. Selamat Pagi Kakak. b. Baik kakak perkenalkan nama saya "A.L" biasa di panggil "A". c. Apa yang kakak rasakan saat ini ? d. Jadi kakak, disini saya akan membantu kakak untuk memenuhi kebutuhan dasar kakak khususnya kebersihan diri ini dilakukan 40-45 menit, dan akan	a. Selamat Pagi Suster. b. Saya punya nama lengkap "A.P" biasa di panggil "A". c. Suster sa ini tidak macam tidak bisa gosok gigi,mandi dan sa mau cukur rambut tapi tidak bisa apalagi gunting kuku. d. Iya bersedia, tapi buat di rumah saja suster.	S : Pasien mengatakan: a. Tidak mau mandi. b. Tidak mau menggosok gigi. c. Tidak mau mencukur rambut d. Tidak mau mengguntin g kuku.  O : Pasien Tampak a. Rambut sudah di cukur dan bersih. b. Gigi tampak sedikit kotor. c. Tidak bau badan. d. Kuku sudah di potong pendek. e. Dapat makan dan minum secara mandiri. f. Mandi masih harus diajarkan dan masih bingung cara menjaga kebersihan diri seperti mandi dan sikat gigi. g. BAB dan	
5 Menit					

5	6	7	8	9	10
		dilakukan di rumah saja biar lebih nyaman. Apakah kakak bersedia?		BAK selalu pada tempatnya yaitu di Toilet, selalu membersihkan tempat BAB dan BAK setelah melakukan BAB dan BAK.	
e. Jelaskan bahwa perawat akan perahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.		e. Kakak "A" jadi informasi yang kakak ceritakan ke saya, saya akan jaga supaya kakak percaya kepada saya agar semua tindakan yang saya lakukan ini berjalan dengan lancar dan dapat membantu kakak punya proses penyembuhan.	e. Iya baik suster.	A: Masalah sebagian teratasi.  P: Lanjutkan intervensi SP II.	
f. Setiap saat tunjukan sikap empati terhadap pasien.		f. Saya menggunakan komunikasi terapeutik dengan bahasa tubuh yang menerima kakak "A" apa adanya dan siap menolong.	f. Kakak "A" terlihat kooperatif dan tenang.		
g. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.		g. Saya memfasilitasi kebutuhan pasien dengan membawa sabun mandi, sikat gigi, odol	g. Terima kasih banyak suster.		

5	6	7	8	9	10
		gigi,shampoo, sabun cuci pakaian, gula,daun teh.			
FASE KERJA					
30 Menit	SP.II.P. 1. Melatih pasien cara- cara perawatan kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:				
	a. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.	a. Kakak “A” jadi kebersihan diri itu sangat penting karena itu adalah salah satu cara terbaik agar kondisi tubuh tetap sehat dan mengurangi penularan penyakit terhadap kakak dan keluarga.	a. Ohh berarti mandi itu penting ee suster.		
	b. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri.	b. Kakak ,alat-alat untuk menjaga kebersihan diri itu seperti sabun mandi,sikat gigi dan odol, shampoo,alat pencukur rambut,gunting kuku,pakaian bersih dan layak untuk dipakai.	b. Ohh oke suster.		
	c. Menjelaskan cara-cara menjaga kebersihan diri.	c. Cara-cara menjaga kebersihan diri itu seperti : Rutin mandi, Gosok gigi, cuci rambut,BAB dan BAK sesuai aturan.	c. Tapi nanti suster bantu kasih ajar saya cara mandi ee.		
	d. Melatih pasien mempraktekan cara menjaga	d. Iya kakak hari ini saya akan bantu kakak	d. Oke mantap suster.		



5	6	7	8	9	10
	kebersihan diri.	mempraktekkan cara membersihkan diri seperti mandi,sikat gigi,memakai shampoo dan menggunting kuku tetapi kakak harus mengikuti apa yang saya ajarkan. Apakah kakak bersedia?			
	SP.III.P.				
	2. Melatih pasien berdandan atau berhias.				
	a. Untuk pasien laki-laki latihan meliputi: berpakaian,menyisir rambut dan bercukur.	a. Oke kakak karena kakak sudah selesai mandi selanjutnya saya ajar untuk cara berpakaian,pakaian yang kakak pakai harus sopan dan bersih dan sekarang saya akan ajarkan kakak untuk menggunting kuku ,saya ajarkan selanjutnya nanti kakak lakukan sendiri ya.	a. Iya suster silahkan.		
	b. Untuk pasien wanita, latihannya meliputi berpakaian,menyisir rambut dan berhias.				
	SP.IV.P.				
	3. Melatih pasien makan dan minum secara mandiri untuk melatih makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut:				
	a. Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan perhari dewasa 2000-2200 kalori (untuk perempuan) dan untuk laki-laki	a. Kakak jadi sekarang saya akan menjelaskan kebutuhan makan dan minum yang harus kakak konsumsi setiap hari, kalau untuk laki-laki kalori yang harus	a. Tidak ada pertanyaan tapi sa kalau makan itu teratur setiap hari makan tapi,kadang-kadang mama dorang tidak masak jadi sa		

5	6	7	8	9	10
	antara 2400-2800 kalori setiap makan dan minum 8 gelas (2500 ml setiap hari) dan cara makan dan minum.	dipenuhi itu 2400-2800 kalori perhari nahh itu untuk makan sedangkan untuk minum harus 8 gelas perhari. Apakah kakak paham dengan saya punya penjelasan atau kakak ada pertanyaan?	tidak makan tapi suster sudah bilang begini jadi sa harus makan supaya sa sehat.		
	b. Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib.	b. Selanjutnya kakak sa akan jelaskan cara makan dan minum yang tertib atau benar, yang pertama sebelum makan kita harus mencuci tangan terlebih dahulu, membaca doa, makan harus duduk tidak boleh berdiri atau jongkok, menggunakan tangan kanan untuk makan, menggunakan sendok, piring dan gelas, makan tidak boleh terburu-buru. Jadi itu adalah tata cara makan yang benar.	b. Oh begitu ee suster.		
	c. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum.	c. Kemudian setelah makan apa yang harus kakak lakukan nahh setelah makan kakak jangan lupa berdoa dan minum air setelah itu piring dan gelas yang kotor diletakkan di tempat cuci piring atau bila perlu kakak langsung cuci piring bekas kakak makan tadi.	c. Suster sa biasa cuci piring sendiri kalau habis makan.		

5	6	7	8	9	10
	d. Mempraktekan makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.	d. Nahhhh setelah penjelasan tadi sekarang kita praktek cara makan yang baik dan benar jadi nnti kakak makan dan kakak ikuti apa yang saya ajarkan ee kakak.	d. Oke suster.		
SP.V.P					
	4. Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri. Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:				
	a. Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai.	a. Selanjutnya kakak saya akan menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai atau yang pantas,BAB dan BAK itu harus di toilet atau disini di kenal WC atau kamar mandi tidak boleh BAB dan BAK sembarangan.	a. Suster sa biasa BAB dan BAK di kamar mandi.		
	b. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK.	b. Nahh setelah bahas tempat BAB dan BAK sekarang kita bahas tentang cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK ,setelah BAB dan BAK kakak harus membersihkan area dubur atau anus atau tempat keluarnya kotoran dengan cara membasuhnya dengan air dan sabun.	b. Iya suster sa selalu bersihkan kalau sa selesai BAB dan BAK .		

5	6	7	8	9	10
	c. Menjelaskan cara memberikan tempat BAB dan BAK.	c. Setelah bersihkan jangan lupa membersihkan pot WC dengan air. Begitu kakak .	c. Sa juga siram pot wc kalau selesai BAB dan BAK.		
	d. Mempraktikan BAB dan BAK dengan baik.	d. Nanti kakak praktikkan apa yang saya jelaskan tadi e kalau kakak BAB dan BAK. Jangan lupa apa yang saya ajarkan ke kakak.	d. Iya suster sa bisa BAB dan BAK baik. Oke suster sa tidak lupa.		

---

FASE TERMINASI

---

5 Menit SP.VI.P

- |  |  |   |
|--|--|---|
| a. Kontrak waktu ulang dengan pasien untuk melanjutkan intervensi. | a. Baik kakak, nanti besok saya datang kembali untuk melanjutkan tindakan yang belum kakak bisa seperti mandi ,menggosok gigi dan mencuci rambut. Kira-kira jam berapa saya bisa datang kakak? | a. Oke suster, sa juga masih bingung cara mandi yang benar suster. Nanti suster datang sore jam 4 . |
| b. Berpamitan  | b. Baik kakak, kalau begitu saya permisi pulang ee selamat pagi.   | b. Iya suster selamat pagi.   |

---

**Sumber Data : Primer**

Rencana Tindak Lanjut (Personal Hygiene)  
(Hari – I)  
Kamis /23/05/2024

Tabel 4.04 Implementasi Keperawatan

Tindakan Keperawatan					
Waktu	Strategi Pelaksanaan (SP)	Perawat	Pasien & Keluarga	Evaluasi	Paraf MHS
5	6	7	8	9	10
FASE INTERAKSI					
16:00-16:45	SP.I.P. 1. Membina hubungan saling percaya dengan cara: a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. b. Mengingat an kembali kontrak waktu.	a. Selamat sore kakak “A”.  b. Baik kakak, kemarin kan saya sudah janji dengan kakak untuk hari ini kita lanjutkan apa yang kemarin belum bisa kakak lakukan,waktunya 40-45 menit.	a. Selamat sore suster.  b. Iya suster.	S : Pasien mengatakan: a. Sudah punya keinginan untuk bersihkan diri. b. Sudah bisa mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggosok kuku secara mandiri tetapi masih sedikit bingung .  O : Pasien tampak masih sedikit kebingungan untuk mandi,menggosok gigi dan mencuci rambut.  A : Masalah sebagian teratasi.	
5 Menit					

5	6	7	8	9	10
				P :	
				Lanjutkan	
				intervensi	
				SP I ,II dan	
				VI.	
FASE KERJA					
30 Menit	SP.II.P.				
	1. Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:				
	a. Melatih pasien memprak tekan cara menjaga kebersihan diri.	a. Jadi yang pertama-tama yang harus kakak lakukan adalah menyiapkan alat-alat mandi terlebih dahulu setelah itu kakak basahi seluruh badan dengan air,kemudian memakai sabun,setelah itu memakai shampoo di kepala kemudian di bilas dengan air hingga bersih dan yang terakhir menggosok gigi dengan menggunakan odol gigi dan sikat gigi,setelah menyikat gigi bersih kemudian berkumur-kumur dengan air hingga bersih. Nahhh setelah itu ambil handuk keringkan badan dan gunakan pakaian bersih .		a. Iya suster.	

5	6	7	8	9	10
FASE TERMINASI					
5 Menit	SP.VI.P				
	a. Kontrak waktu ulang dengan pasien untuk melanjutkan intervensi.	a. Baik kakak, nanti besok saya datang kembali untuk melanjutkan tindakan yang belum kakak bisa seperti mandi ,menggosok gigi dan mencuci rambut. Kira-kira jam berapa saya bisa datang kakak?	a. Oke suster. Nanti besok datang jam 8 pagi saja suster.		
	b. Berpamitan	b. Baik kakak, kalau begitu saya permissi pulang ee selamat sore.	b. Iya suster selamat		

---

**Sumber Data : Primer**

Rencana Tindak Lanjut (Personal Hygiene)  
(Hari – II)  
Jumat/24/05/2024

Tabel 4.05 Implementasi Keperawatan

Tindakan Keperawatan					
Waktu	Strategi Pelaksanaan (SP)	Perawat	Pasien & Keluarga	Evaluasi	Paraf MHS
5	6	7	8	9	10
FASE INTERAKSI					
08:00-08-45	SP.I.P 1. Membina hubungan saling percaya dengan cara: a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. b. Mengingatn kembali kontrak waktu. c. Menanyakan kesiapan untuk dilakukan tindakan.	a. Selamat pagi kakak “A”. b. Baik kakak, kemarin kan saya sudah janji dengan kakak untuk hari ini kita lanjutkan apa yang kemarin belum bisa kakak lakukan,waktunya 40-45 menit. c. Apakah kakak sudah siap ?	a. Selamat pagi suster. b. Oh iya suster. c. Sudah suster sa sudah siap	S: Pasien mengatakan: a. Sudah bisa mandi ,menggosok gigi,mencuci rambut,menggunting kuku secara mandiri . O: Pasien tampak sudah mampu mandi,menggosok gigi,mencuci rambut,menggunting kuku dan berpakaian dengan baik dan benar sesuai yang di ajarkan secara mandiri. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan.	
FASE KERJA					
30 Menit	SP.II.P. 1. Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:				



5	6	7	8	9	10
	a. Melatih pasien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri.	a. Jadi yang pertama-tama yang harus kakak lakukan adalah menyiapkan alat-alat mandi terlebih dahulu setelah itu kakak basahi seluruh badan dengan air,kemudian memakai sabun,setelah itu memakai shampoo di kepala kemudian di bilas dengan air hingga bersih dan yang terakhir menggosok gigi dengan menggunakan odol gigi dan sikat gigi,setelah menyikat gigi bersih kemudian berkumur-kumur dengan air hingga bersih. Nahhh setelah itu ambil handuk keringkan badan dan gunakan pakaian bersih .	a. Oke suster.		

5	6	7	8	9	10
		FASE		TERMINASI	
5 Menit	1. Mengevaluasi kemampuan Pasien				
	a. Klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar dan bersih.	a. Jadi kakak selama 2 hari kakak ini kakak sudah mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri seperti mandi, gosok gigi, cuci rambut dan menggunting kuku dengan benar dan bersih.	a. Iya suster terimakasih karena saya sekarang sudah bisa mandi sendiri.		
	b. Berdandan dengan benar.	b. Kakak juga sudah mampu berdandan dengan benar.	b. Iya suster.		
	c. Mempersiapkan makanan dan mengambil makanan dan minuman dengan rapi.	c. Kakak juga tidak mempunyai masalah dengan cara kakak makan dan minum.	c. Iya suster saya bisa makan sendiri, biasa masak sendiri juga suster.		
	d. Menggunakan alat makan dan minum dengan benar.	d. Kakak juga sudah paham dengan cara menggunakan alat makan dan minum dengan benar.	d. Suster saya makan itu biasa pakai sendok, piring dan gelas.		
	e. BAB dan BAK pada tempatnya.	e. Kakak juga sudah paham dan mampu BAB dan BAK pada tempatnya.	e. Iya suster.		
	f. BAB dan BAK dengan bersih.	f. Kakak juga sudah paham cara membersihkan	f. Iya suster.		

5	6	7	8	9	10
		diri setelah BAB dan BAK.			
	2. Mengevaluasi kemampuan keluarga.				
	a. Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien.	a. Untuk bapak dan mama saya harapkan agar dapat memfasilitasi kakak dalam melakukan kebersihan diri agar kakak dapat melakukan kebersihan diri dengan baik.	a. Iya anak.		
	b. Merawat dan membimbing pasien dalam merawat diri.	b. Bapak dan mama juga harus terus merawat dan membimbing kakak tidak boleh biarkan kakak sendiri,karena kakak ini masih harus di bimbing.	b. Iya anak,bapa dan mama akan terus bimbing kakak.		
	c. <i>Follow up</i> ke puskesmas.	c. Jangan lupa juga mama dan bapak rajin ke puskesmas,kala u obat habis mama dan bapak bisa langsung ke puskesmas dan juga bisa konsultasi terkait kakak punya kesehatan karena kakak ini tidak boleh putus obat.	c. Iya anak nanti kalau kaka punya obat habis,kita pergi ambil di puskesmas.		

5	6	7	8	9	10
	3. Berpamitan	3. Baik kakak, mama dan bapak, terimakasih karena selama 2 hari ini sudah bekerja sama dengan saya, kakak juga jangan sampai lupa untuk terus menjaga kebersihan diri. Saya pamit selamat pagi.	3. Iya baik suster, sa akan selalu jaga kebersihan diri. Terima kasih banyak suster.		

## B. Pembahasan

Setelah melakukan penelitian ditemukan beberapa kesenjangan pada proses asuhan keperawatan antara teori dan kasus nyata ; pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta kesamaan dalam menerapkan personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri oleh peneliti sebelumnya. Adapun pembahasan yang akan dijelaskan sebagai berikut :

### 1. Pengkajian Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada Tn.A yang mengalami defisit perawatan diri ditemukan data hanya tidak mau mandi, tidak mau menggosok gigi, tidak mau memotong kuku dan tidak mau mencukur rambut, sedangkan pada teori seseorang yang mengalami defisit perawatan diri gejala yang muncul yaitu pasien malas mandi, tidak mau menyisir rambut, tidak mau menggosok gigi, tidak mau memotong kuku, tidak mau berhias/berdandan, tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri, tidak menggunakan alat makan dan minum, BAB dan BAK sembarangan, tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK, tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar. Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan data pada pengkajian keperawatan kasus nyata dan teori.

### 2. Diagnosa Keperawatan

Hasil analisa data yang didukung oleh data subjektif dan data objektif menunjukkan masalah keperawatan yang dialami oleh Tn.A.P adalah

defisit perawatan diri. Berdasarkan data pada diagnosa keperawatan dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara diagnosa keperawatan pada teori dan diagnosa keperawatan pada kasus nyata.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan peneliti menggunakan SOP Defisit Perawatan Diri pada Laboratorium Prodi D-III Keperawatan Fakfak, (2024). Pada SOP defisit perawatan diri terdapat 5 Strategi Pelaksanaan (SP).

Berdasarkan data pada intervensi keperawatan dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan atau perbedaan antara teori dan praktik dalam memprioritaskan masalah dan perencanaan tindakan keperawatan.

### 4. Implementasi Keperawatan

Pada implementasi keperawatan peneliti menggunakan intervensi keperawatan yaitu dengan menerapkan SOP Defisit Perawatan Diri pada Tn.A dengan defisit perawatan diri. Dapat disimpulkan bahwa untuk menerapkan implementasi keperawatan disesuaikan dengan budaya dan kebutuhan pasien yaitu bina hubungan saling percaya antara peneliti dan pasien, menjelaskan tujuan penelitian kepada pasien, menjelaskan langkah-langkah penerapan personal hygiene pada pasien. Pada implementasi peneliti menyesuaikan dengan Strategi Pelaksanaan (SP) V yang sudah ditetapkan.

### 5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Norman E. Gronlund (1976) dalam Iftitah N. L, (2022) mengatakan bahwa evaluasi adalah suatu proses yang sistematis untuk

dapat menentukan atau juga membuat keputusan sampai sejauh mana tujuan dan luaran tercapai.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu penerapan personal hygiene dengan menggunakan SOP defisit perawatan diri selama 2 hari dan kemudian dilakukan evaluasi SOAP didapatkan data subjektif, Tn.A.P mengatakan mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri. Pada data objektif, Tn.A.P, mampu membersihkan diri, berdandan, makan, BAB dan BAK secara mandiri. Pada analisa data berdasarkan data subjektif dan data objektif disimpulkan bahwa masalah keperawatan defisit perawatan diri pada Tn. A meningkat atau teratasi.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Cicilia S.W et al 2023) dengan judul penelitian Penerapan Latihan Personal Hygiene : Kebersihan Diri Terhadap Kemampuan Pasien Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung dan hasilnya menunjukkan bahwa penerapan personal hygiene efektif meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan kebersihan diri secara mandiri.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil studi kasus dan pembahasan peneliti mendapat pengetahuan tentang proses asuhan keperawatan jiwa dengan intervensi penerapan personal hygiene dapat mengatasi masalah keperawatan jiwa defisit perawatan diri pada Tn.A di RT.01, Kampung Lusiperi, Distrik Fakfak , Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota yang dilakukan selama 2 hari menggunakan instrument asuhan keperawatan :

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

Setelah melakukan pengkajian pada Tn.A dengan defisit perawatan diri ditemukan beberapa data sebagai berikut ; tidak mau mandi, tidak mau menggosok gigi, tidak mau mencukur rambut, dan tidak mau menggunting kuku.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Berdasarkan data pada hasil pengkajian Tn.A maka dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu defisit perawatan diri.

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

Menerapkan Strategi Pelaksanaan (SP) I, II, III ,IV dan V pada Tn.A dengan defisit perawatan diri.



#### 4. Implementasi Keperawatan

Menerapkan SOP defisit perawatan diri yang didalamnya terdapat Strategi Pelaksanaan (SP) I,II,III,IV dan V pada Tn.A dengan masalah keperawatan jiwa defisit perawatan diri selama 2 hari

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan evaluasi pada hari ke dua ditemukan hasil pasien mengatakan bahwa dapat mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, menggunting kuku secara mandiri.

Dapat disimpulkan bahwa penerapan personal hygiene dengan menggunakan SOP defisit perawatan diri dapat mengatasi masalah keperawatan jiwa yaitu defisit perawatan diri pada Tn.A

### **B. Saran**

#### 1. Bagi Peneliti

Setelah mendapat pengetahuan dan gambaran diharapkan peneliti dapat menerapkan pengobatan nonfarmakologi berupa Penerapan Personal Hygiene kepada pasien defisit perawatan diri.

#### 2. Bagi Puskesmas Fakfak Kota/Lahan Penelitian

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran dan pengetahuan serta panduan dalam menerapkan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota.

#### 3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan akan menjadi referensi untuk peneliti selanjutnya dan sebagai bahan evaluasi serta pengembangan

dibidang keperawatan jiwa yaitu penderita gangguan jiwa dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri.

Berdasarkan hasil penelitian dari peneliti sekarang dan sebelumnya dapat disimpulkan bahwa penerapan personal hygiene sangat efektif untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan kebersihan diri secara mandiri pada pasien gangguan jiwa dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri.

Peneliti merekomendasikan kepada penulis karya tulis ilmiah berikutnya untuk meneliti tentang penerapan personal hygiene pada pasien gangguan jiwa dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri yang lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amelia F. (2021) Karya Tulis Ilmiah Studi Literatur Pengaruh Personal Hygiene Terhadap Kejadian Penyakit Skabies. PENGARUH PERSONAL HYGIENE TERHADAP KEJADIAN.pdf (unmul.ac.id)
- Anjar Aditya Rochmah (2018). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung : Refika Aditama <http://repository.stikeshantuahsby-library.ac.id>.
- Bella I et al (2021) Pengaruh Penerapan Aktivitas Mandiri : Kebersihan Diri Terhadap Kemandirian Pasien Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kutilang Rsj Daerah Provinsi Lampung. 139 (akperdharmawacana.ac.id)
- Cicilia S.W et al (2023) Penerapan Latihan Personal Hygiene : Kebersihan Diri Terhadap Kemampuan Pasien Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
- Dwi C. P. S (2021) Pemberian Terapi Musik, Psikoreligius, Dan Aktivitas Kelompok (Tak) Dalam Penurunan Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia. TERAPI MUSIK, TAK, PSIKORELIGIUS MENURUNKAN FREK.HALUSINASI.pdf (unmul.ac.id)
- Etika W. (2018) Asuhan Keperawatan Skizofrenia Pada Ny. T Dan Ny. Y Dengan Fokus Studi Harga Diri Rendah Di Rsj Prof. Dr. Soerojo Magelang. <https://repository.poltekkes-smg.ac.id>
- Firman I.A et al (2024) Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Masalah Defisit Perawatan Diri di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang. View of Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Masalah Defisit Perawatan Diri di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang (pubmedia.id)
- Giga A. (2021) Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. F Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. KTI JIWA GIGA ANISSA (1820022).pdf (stikeshangtuah-sby.ac.id)
- Iftitah N. L, (2022) Evaluasi Keperawatan Jiwa. <https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id>
- Isra R, S.Kep (2023) Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.A Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas. KIA FULL.pdf (unand.ac.id)

- Khairun N. (2023) Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Defisit Perawatan Diri Di Ruang Punai Rsjd Atma Husada Mahakam Samarinda. <https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id>.
- Mega P.S (2018) Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Keluarga Dengan Defisit Perawatan Diri Di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang. <https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id>.
- Meinita R, (2023) Studi Kasus Penerapan Personal Hygiene Terhadap Kemandirian Pasien Defisit Perawatan Diri Dengan Gangguan Jiwa. <http://repository.umkaba.ac.id>.
- Nasrah H. (2020) Peluang Psikoedukasi Keluarga Untuk Pencegahan Kekambuhan Orang Dengan Gangguan Jiwa Di Papua. Jurnal Keperawatan Jiwa Volume 8 No 2, Hal 193 - 202, Mei 2020 P-ISSN2338-2090 Fikkes Universitas Muhammadiyah Semarang Bekerjasama Dengan PPNI Jawa Tengah E-ISSN 2655-8106 5567-13333-2-PB (1).Pdf
- Ns. Erita et al (2019) Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Jiwa BMPKEPERAWATANJIWA.pdf ([uki.ac.id](http://uki.ac.id))
- Nurwening T. W et al (2018) Buku Ajar 1 Kebutuhan Dasar Manusia. Bahan Ajar 1 Mk. Ketrampilan Dasar Kebidanan I ([poltekkesdepkes-sby.ac.id](http://poltekkesdepkes-sby.ac.id))
- Roni S et al (2022) Laporan Kasus: Skizofrenia Paranoid Paranoid Schizophrenia: Case Report <https://ejournal.uin-malang.ac.id>.
- Santi N. K (2020) Manajemen Defisit Perawatan Diri Pada Skizofrenia. 1706010061\_BAB I\_BAB II\_BAB III\_BAB V\_DAFTAR PUSTAKA.pdf ([ummgl.ac.id](http://ummgl.ac.id))
- Viedila S. J. I (2022) Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan. KTI FULL TEXT.pdf ([umpo.ac.id](http://umpo.ac.id))

# LAMPIRAN

Nomor : KH.04.02/F.LIII.10.d/ 0A /2024  
Lampiran : 1 (Satu) Berkas  
Perihal : Permohonan Pengambilan Kasus

Fakfak, 5 April 2024

Kepada Yang Terhormat  
Kepala Puskesmas Fakfak Kota  
Di-

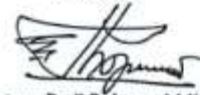
Fakfak

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Karya Tulis ilmiah (KTI) Implementasi Asuhan Keperawatan mahasiswa semester genap VI (Enam) Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak Tahun Akademik 2023/2024, bersama ini kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu pimpinan untuk dapat memfasilitasi mahasiswa kami dalam pengambilan kasus KTI sesuai judul yang sudah ditetapkan di wilayah kerja Puskesmas terhitung mulai tanggal 25 Maret s/d 17 Mei 2024. (Daftar Nama Mahasiswa Terlampir).

Demikian permohonan ini, atas perhatiannya kami mengucapkan terima kasih.

Mengetahui,  
Pit. Ketua



Santoso Budi Rohayu, M.Kes  
NIP. 196506281991031006

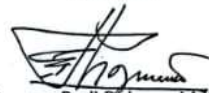
Lampiran 1

Daftar Nama Mahasiswa Semester Genap VI (Enam)  
Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak  
Tahun Akademik 2023/2024

No	NAMA MAHASISWA	NIM	JUDUL
1	Nur'ain Lasera	81447221023	Penerapan Terapi Latihan Fisik Untuk Meningkatkan Keseimbangan Pada Pasien Vertigo Di Puskesmas Fakfak Kota
2	Jihan Audry nurul Fahzani rasyid	81447221016	Implementasi Manajemen Jalan Nafas Pada Pasien Dengan Ketidak Efentifan Bersihkan Jalan Nafas Pada Klien Anak Dengan (Tuberculosis) Di Puskesmas Fakfak Kota
3	Rosmiyanti Tela	81447221030	Implementasi Fisio Terapi Dada Untuk Mengeluarkan Dahak Pada Anak Dengan (ISPA) Puskesmas Fakfak Kota
4	Trisna Dewi Warawara	81447221039	Implementasi Menejemen Jalan Napas Untuk Meningkatkan Kepatenan Jalan Napas Pada Pasien Anak Dengan Pneumonia Di Puskesmas Fakfak Kota
5	Cindi Petronela Sakil	81447221010	Implementasi Manajemen Asma Pada Pasien Dengan Pola Napas Tidak Efektif Di Puskesmas Fakfak Kota
6	Anggelina Letsoin	81447221004	Penerapan Personal Hygiene Pada Defisit Perawatan Diri Dengan Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota Kabupaten Fakfak
7	Fitri Prettisia Rusli	81447221014	Penerapan Terapi Kognitif Pada Pasien Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Dengan Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota Kabupaten Fakfak
8	Maria Helena Mamari	81447221019	Penerapan Terapi Musik Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Dengan Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota Kabupaten Fakfak
9	Yuyun Aryani Tuhuteru	81447221041	Penerapan Terapi Aktifitas Kelompok Pada Pasien Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah Dengan Skizofrenia

			Di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota Kabupaten Fakfak
10	Cici Natalia R	81447221009	Gambaran Kadar Kolesterol Total Pada Lansia Di Puskesmas Fakfak Kota
11	Marlina Kabes	81447221020	Pengaruh Pemberian Jahe Merah Terhadap Kadar Kolesterol Di Puskesmas Fakfak Kota
12	Veronika Lefteuw	81447220039	Implementasi Pemberian Kompres Hangat Jahe Merah Pada Pasien Rematik Untuk Mengurangi Nyeri Sendi Di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota
13	Syaripa Jani Almahdaly	81447221037	Pemberian jus semangka terhadap penurunan hipertensi pada pasien lansia di puskesmas Fakfak tengah
14	Julfadillah A. Rasyid	81447221017	Pengaruh Pemberian Jus Buah Naga Merah Terhadap Kadar Kolesterol Di Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota

Plt. Ketua



Santoso Budi Rohayu, M.Kes  
NIP. 196506281991031006



#### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan kesediaan menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Pascasarjana Program Studi D-III Keperawatan Fakfak Poltekkes Kemenkes Sorong akan melakukan penelitian dengan judul "PENERAPAN PERSONAL HYGIENE PADA TN.A TERHADAP DEFISIT PERAWATAN DIRI DENGAN SKIZOFRENIA DI RT 01 KAMPUNG LUSIPERI DISTRIK FAKFAK WILAYAH KERJA PUSKESMAS FAKFAK KOTA KABUOATEN FAKFAK".

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat buruk pada saya, oleh karena itu saya bersedia menjad responden dalam penelitian ini.

Fakfak, 16 Mei 2024



( Tn. A )

## LEMBAR INFORMED CONSENT

Fakfak, 16 Mei 2024  
Kepada Yth,  
Calon Responden Penelitian

Dengan Hormat,  
Saya yang bertanda tangan di bawah ini  
Nama : Angelina Letsoin  
NIM : 81447221004

Adalah mahasiswa Pascasarjana Program Studi D-III Keperawatan Fakfak Poltekkes Kemenkes Sorong akan melakukan penelitian dengan judul "PENERAPAN PERSONAL HYGIENE PADA TNA TERHADAP DEFISIT PERAWATAN DIRI DENGAN SKIZOFRENIA DI RT 01 KAMPUNG LUSIPERI DISTRIK FAKFAK WILAYAH KERJA PUSKESMAS FAKFAK KOTA".

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat buruk bagi calon responden. Kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan data-data tertentu yang akan dipublikasikan dalam penelitian ini. Proses pelaksanaan dilakukan kurang lebih 40-45 menit dengan intervensi penerapan personal hygiene pada pertemuan pertama dan kedua. Jika ada sesuatu hal yang dapat merugikan calon responden maka akan diberikan ganti rugi sesuai dengan besar kerugian akibat tindakan tersebut. Apabila terjadi hal-hal yang memungkinkan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini maka akan diperbolehkan untuk mengundurkan diri dan tidak ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Apabila calon responden menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan ini.


Atas perhatian dan kesediaan menjadi calon responden dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Peneliti



Angelina Letsoin

**ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa PASIEN DENGAN  
DEFISIT PERAWATAN DIRI**

<b>No. Dokumen</b> <b>SOP/LAB.KEP/KJW/042/20</b> <b>24</b>	<b>No. Revisi 01</b>	<b>Halaman 1/3</b>
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SOP)</b>	<b>TANGGAL TERBIT :</b> <b>01 MARET 2024</b>	<p align="center"> <b>DITETAPKAN OLEH :</b>  <b>DIREKTUR</b>  <b>POLTEKES KEMENKES SORONG</b> </p>  <p align="center"> <b>Ariani Pongoh, S.ST, M.Kes</b>  <b>NIP. 19660101 198503 2 005</b> </p>

**PENGERTIAN**

Defisit perawatan diri adalah gangguan di dalam melakukan aktifitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Sedangkan perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia untuk memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. (Herdman, 2012)

**TUJUAN**

1. Pasien mampu:
  - a. Membina hubungan saling percaya
  - b. Melakukan kebersihan diri secara mandiri
  - c. Melakukan berhias/berdandan secara baik
  - d. Melakukan BAB/BAK secara mandiri
2. Keluarga mampu :
  - a. Merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri

**PRINSIP**

Perawat mampu mengidentifikasi penyebab defisit perawatan diri dan melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dan keluarga

**INDIKASI**

1. Pasien mengungkapkan tentang :
  - a. Malas mandi
  - b. Tidak mau menyisir rambut
  - c. Tidak mau menggosok gigi
  - d. Tidak mau memotong kuku
  - e. Tidak mau berhias/ berdandan
  - f. Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri

- 
- g. Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
  - h. BAB dan BAK sembarangan
  - i. Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK
  - j. Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar
2. Pasien terlihat :
- a. Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang
  - b. Tidak menggunakan alat-alat mandi pada saat mandian tidak mandi dengan benar
  - c. Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan.
  - d. Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju dan celana.
  - e. Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, menggunakan pakaian yang tidak sesuai.
  - f. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, misalnya telanjang.
  - g. Makan dan minum sembarangan serta berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan, dari panci ke piring atau magkok, tidak mampu menggunakan sendok dan tidak mengetahui fungsi alat-alat makan), memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan.
  - h. BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu (menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB atau BAK).
- 

**KONTRA INDIKASI**

Kontra Indikasi :

Pasien Sedang Terapi Medis Atau Terapi Electroconvulsive (ECT)

---

**PROSEDUR KERJA**

**Fase Orientasi**

SP.I.P

Membina hubungan saling percaya dengan cara:

1. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
  2. Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien
  3. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
  4. Buat kontrak asuhan : apa yang di lakukan bersama pasien, berapa lama
-

	<p>akan di kerjakan dan tempatnya dimana</p> <p>5. Jelaskan bahwa perawat akan perahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi</p> <p>6. Setiap saat tunjukan sikap empati terhadap pasien</p> <p>7. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.</p>
	<b>Fase Kerja</b>
<b>SP.II.P</b>	<p>Melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri</li> <li>2. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara menjaga kebersihan diri</li> <li>4. Melatih pasien mempraktekan cara menjaga kebersihan diri</li> </ol>
<b>SP.III.P</b>	<p><u>Melatih pasien berdandan/berhias</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk pasien laki-laki latihan meliputi: berpakaian, menyisir rambut dan bercukur.</li> <li>2. Untuk pasien wanita, latihannya meliputi : berpakaian, menyisir rambut dan berhias.</li> </ol>
<b>SP.IV.P</b>	<p>Melatih pasien makan dan minum secara mandiri</p> <p>Untuk melatih makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan perhari dewasa 2000-2200 kalori (untuk perempuan) dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap makan dan minum 8 gelas (2500 ml setiap hari) dan cara makan dan minum</li> <li>2. Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib</li> <li>3. Menjelaskan cara merapikan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum.</li> <li>4. Mempraktekan makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.</li> </ol>

SP.V.P	<p>Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri</p> <p>Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai</li> <li>2. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK</li> <li>3. Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK</li> <li>4. Mempraktikan BAB dan BAK dengan baik</li> </ol>
SP.I.K	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang di rasakan dalam merawat pasien defisit perawatan diri</li> </ol>
SP.II.K	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri yang mengambil keputusan merawat pasien</li> </ol>
SP.III.K	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang di butuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien</li> </ol>
SP.IV.K	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih keluarga cara merawat dan membimbing kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK pasien</li> </ol>
SP.V.K	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melath keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan diri pasien</li> </ol>
SP.VI.K	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera kefasilitas kesehatan.</li> </ol>
SP.VII.K	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan follow up ke fasilitas layanan kesehatan secara teratur.</li> </ol>
Fase Terminasi	
<p>Evaluasi Kemampuan Pasien dan Keluarga Dalam Defisit Perawatan Diri.</p> <p>Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang di tandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam perawatan diri, seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar dan bersih.</li> <li>2. Mengganti pakaian dengan pakaian bersih</li> <li>3. Membersihkan pakaian kotor</li> <li>4. Berdandan dengan benar</li> <li>5. Mempersiapkan makanan</li> <li>6. Mengambil makanan dan minuman dengan rapi</li> </ol>	

	7. Menggunakan alat makan dan minum dengan benar 8. BAB dan BAK pada tempatnya 9. BAB dan BAK dengan bersih
	<p>Evaluasi kemampuan keluarga defisit perawatan diri berhasil apabila keluarga dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri)</li> <li>2. Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien</li> <li>3. Merawat dan membimbing pasien dalam merawat diri: kebersihan diri, berdandan(wanita), bercukur (pria) makan dan minum, BAB dan BAK.</li> <li>4. <i>Follow up</i> ke puskesmas, mengenai tanda kambuh an rujukan</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi Subjektif</li> <li>2. Evaluasi Obyektif</li> <li>3. Rencana Tindak Lanjut (RTL)</li> <li>4. Kontrak waktu yang akan datang</li> </ol>
REFERENSI	Ns.Sri Hununwidiastuti,M.Kep.,Sp.Jiwa, (2019). Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Jiwa. <a href="http://repository.uki.ac.id/2703/">http://repository.uki.ac.id/2703/</a>

## BERITA ACARA PERBAIKAN KARYA TULIS ILMIAH

Pada hari ini, Sabtu tanggal 28 bulan Mei tahun 2024, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Anggelina Letsoin

NIM : 81447221004

Judul Skripsi : Penerapan Personal Hygiene Pada Tn.A Terhadap Defisit Perawatan Diri Dengan Skizofrenia Di RT 01 Kampung Lusiperi, Distrik Fakfak, Wilayah Kerja Puskesmas Fakfak Kota, Kabupaten Fakfak.

Telah melaksanakan ujian karya tulis ilmiah pada hari Senin tanggal, 28 bulan Mei tahun 2024 dengan susunan pengujian beserta saran/perbaikan sebagai berikut:

No	Dewan Penguji	Yang Harus Diperbaiki	Yang Telah Diperbaiki
1	Penguji I Santoso Budi Rohayu, SKM, M.Kes	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pada BAB I bagian latar belakang, pada halaman 3 kalimat harus di ubah menjadi : Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas dan terjadi penurunan jumlah kasus.</li><li>2. Memperbaiki dan memperhatikan setiap pemenggalan kata pada penulisan.</li><li>3. Pada BAB IV tabel harus menambahkan sumber tabel dan menambahkan tanda atau nomor pada kepala tabel.</li><li>4. Memperbaiki keterangan pada gambar.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (kalimat pada BAB I bagian latar belakang pada halaman 3 di ubah menjadi : Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas dan terjadi penurunan jumlah kasus).</li><li>2. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (memperbaiki setiap pemenggalan kata pada penulisan).</li><li>3. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (menambahkan sumber tabel dan menambahkan tanda atau nomor pada kepala tabel).</li><li>4. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (Memperbaiki keterangan pada gambar).</li></ol>
2	Penguji II Bachrudin Rohrohmana, S.Kep, M.Pd.Ked	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pada BAB I bagian latar belakang tambahkan penelitian sebelumnya.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (Menambahkan penelitian sebelumnya pada BAB I bagian latar belakang).</li></ol>



		<p>2. Memperbaiki dan memperhatikan penulisan karya tulis ilmiah khususnya penggunaan tanda baca titik dan koma harus sesuai dengan EYD.</p> <p>3. Memperbaiki kalimat atau teks berbahasa asing yang dikutip harus di cetak miring.</p> <p>4. Menambahkan daftar pustaka.</p> <p>5. Menambahkan SOP Defisit Perawatan Diri pada lampiran.</p>	<p>2. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (Memperbaiki penulisan karya tulis ilmiah khususnya penggunaan tanda baca titik dan koma harus sesuai dengan EYD).</p> <p>3. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (Memperbaiki kalimat atau teks berbahasa asing yang dikutip harus dicetak miring).</p> <p>4. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (Menambahkan daftar pustaka).</p> <p>5. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (Menambahkan SOP Defisit Perawatan Diri pada lampiran).</p>
3	Penguji III Yosina Atanai, S.Kep, Ns, M.Tr.Kep	<p>1. Pada cover sampai lampiran disesuaikan sistematika penulisannya.</p>	<p>1. Telah diperbaiki sesuai petunjuk (menyesuaikan penulisan sistematika pada cover sampai lampiran).</p>

Demikian berita acara perbaikan karya tulis ilmiah yang telah saya buat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Fakfak, 28 Mei 2024

Mengetahui,

Penguji I

Santoso Budi Rohayu, SKM, M.Kes  
NIP.196506281991031006



Penguji II

Bachrudin Rohrohmana, S.Kep, M.Pd.Ked  
NIP.197607211999031010



Penguji III

Yosina Atanai, S.Kep, Ns,M.Tr.Kep  
NIP. 9196401292020220201

(.....)

Mahasiswa

Angelina Letsoin  
NIM. 81447221004

(.....)



**Kementerian Kesehatan**  
**Poltekkes Sorong**

Jl. Basuki Rahmat Km. 11, Kota Sorong  
 (0951) 324309  
 <https://poltekkessorong.ac.id/>

#### SURAT KETERANGAN AKADEMIK

Yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan bahwa.

Nama : Anggelina Letsoin  
NIM : 81447221004  
Semester : VI (Enam)  
Jurusan/Prodi : Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak

Mahasiswa tersebut diatas telah menyelesaikan tanggungan akademik terkait dengan nilai-nilai, Surat keterangan ini di gunakan untuk persyaratan ujian KTI, Yudisium, Pengambilan Ijazah dan Transkrip Nilai.

Demikian surat keterangan ini, dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bagian Evaluasi  
  
J. B. S. AP  
NIP. 919950106201701101



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN SORONG**  
Jalan Basuki Rahmat Km.11 Kota Sorong 98417  
Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309  
Laman <http://poltekkessorong.ac.id> Surat Elektronik [poltekkes\\_sorong@yahoo.co.id](mailto:poltekkes_sorong@yahoo.co.id)



**KETERANGAN BEBAS PUSTAKA**

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : ANGELINA LETSOIN

NIM : 81447221004

Mahasiswa tersebut di atas dinyatakan telah bebas dari beban administrasi dan kewajiban di Perpustakaan Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak Poltekkes Kemenkes Sorong dan dapat melanjutkan proses administrasi di bagian akademik sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Fakfak, 22 Mei 2024

PJ. Perpustakaan  
Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak



Endang J. Rumaypmi, AG, MM  
NIP.197004011992032010.-

Arsip



Kementerian Kesehatan  
Poltekkes Sorong

Jl. Basuki Rahmat Km. 11, Kota Sorong  
(0951) 324309  
<https://poltekkesorong.ac.id/>

### SURAT KETERANGAN BEBAS LABORATORIUM

Saya Yang Bertanda Tangan dibawah ini Selaku PJ. Laboratorium Keperawatan Prodi DIII Keperawatan Fakfak Poltekkes Kemenkes Sorong, dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Anggelina letroin

NIM : 81447221009

Dinyatakan telah bebas dari beban administrasi dan kewajibannya di Laboratorium Keperawatan Prodi DIII Keperawatan Fakfak Politeknik Kesehatan Sorong dan dapat melanjutkan proses administrasi di bagian akademik sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

PJ Laboratorium Keperawatan

**Heru Winarno, A.Md.Kep**  
NIP. 199504252023211013

**SURAT KETERANGAN BEBAS TUGAS PRAKTIK KLINIK (PKK)  
DAN PRAKTIK KERJA LAPANGAN (PKL)**

Penanggung Jawab Tugas Mahasiswa Praktik Klinik Keperawatan (PKK) dan Praktik Kerja Lapangan (PKL) Prodi DIII Keperawatan Fakfak Politeknik Kesehatan Sorong, dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Angelina Letsoin  
NIM : 81447221004

Dinyatakan telah bebas dari beban Tugas (Asuhan Keperawatan) di Keperawatan Prodi DIII Keperawatan Fakfak Politeknik Kesehatan Sorong dan dapat melanjutkan proses administrasi di bagian akademik sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Fakfak, 22 Mei 2024  
PJ Praktik Klinik Keperawatan



Ketut Wahyudi, S.Kep, Ns  
NIP. 919860831201501101

**BUKU  
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH****Judul :**

PENERAPAN PERSONAL HYGIENE PADA TN-A TERHADAP

DEFISIT PERAWATAN DIRI DENGAN SKIZOFRENIA DI RT 01

KAMPUNG LISIPERI DISTRIK FAKFAK WILAYAH KERJA

PUSKESMAS FAKFAK KOTA KABUPATEN FAKFAK

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III  
KEPERAWATAN FAKFAK  
TAHUN 2024**

### CATATAN BIMBINGAN PEMBUATAN KARYA TULIS ILMIAH

NO	HARI/TGL	KEGIATAN	MASUKAN PEMBIMBING	PARAF
1.	Senin, 18 Maret 2024.	Konsul Judul KTI	Memasuki kata penerapan pemberian personal hygiene pada pasien terhadap defisit perawatan diri dengan skizorenia di RT 01 kampung lumipuri distrik fakfak wilayah kerja purkemas fakfak kota kabupaten fakfak	af
2.	Kamis 21 Maret 2024	Konsul BAB I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cara membuat latar belakang BAB I</li> <li>- Cara memindahkan daftar pustaka dari jurnal</li> <li>- Cara membuat daftar pustaka</li> </ul>	af
3.	Sabtu 23 Maret 2024	Konsul BAB I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arahan pembimbing dalam penyusunan bab I</li> </ul>	af
4.	Senin, 25 Maret 2024	Konsul BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arahan pembimbing tentang penyusunan dalam</li> </ul>	af



	Rabu, 27 Maret 2024	Konsul BAB I	Pembimbing mengarahkan tentang penyusunan dalam skizofrenia	af
5.	Jumat 29 Maret 2024	Konsul BAB II	Pmbimbing mengarahkan tentang penyusunan masalah keperawatan	af
6.	Selasa 02 April 2024	Konsul BAB II	Pembimbing mengarahkan tentang penyusunan konsep asuhan keperawatan	af
7.	Selasa 16 April 2024	Konsul BAB II	Memasukan konsep Personal Hygiene	af
8.	Jumat 19 April 2024	Konsul BAB III	- Arahan pembimbing dalam penyusunan BAB III - Perbaiki di BAB III	af

9.	Selasa 19 Mei 2024	Konsul BAB IV	Arahan tentang pengurusan sistematika penulisan di BAB IV	af
10.	Kamis 16 Mei 2024	Konsul BAB IV	Arahan dan perbaikan penulisan di BAB IV hant dan pembahasan	af
11.	Sabtu 18 Mei 2024	Konsul BAB IV	Revisi tabel intervensi dan	af
		Konsul BAB V	Arahan pengurusan BAB V	
12.	Kamis 23 Mei 2024	Konsul BAB V	Revisi penulisan saran dan kesimpulan.	af

13.	Minggu 26 Mer 2024	Konsul PPT	Cara pembuatan PPT untuk presentasi KTI	af
14.	Senin, 27 Mer 2024	Konsul KTI	Pembimbing Acc halaman persetujuan	af
15.				
16.				
Seminar karya tulis ilmiah tanggal :				

### FASE INTERAKSI HARI PERTAMA



### FASE KERJA HARI PERTAMA



### FASE KERJA HARI PERTAMA



### FASE TERMINASI HARI PERTAMA





## FASE KERJA HARI KEDUA



## FASE TERMINASI HARI KEDUA

