

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Defisit perawatan diri adalah istilah yang biasanya digunakan dalam bidang perawatan kesehatan untuk menggambarkan situasi di mana seseorang mengalami kesulitan dalam merawat diri sendiri, seperti mandi, berpakaian, makan, atau melakukan aktivitas sehari-hari lainnya. Ini bisa disebabkan oleh berbagai kondisi kesehatan fisik atau mental (Indriani 2021). Defisit perawatan diri juga kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri sehari-hari yang diperlukan untuk mempertahankan kesehatan dan kemandirian. Aktivitas perawatan diri ini mencakup mandi, berpakaian, makan, minum, membersihkan diri, menggunakan toilet, dan menjaga kebersihan diri secara umum (Putri 2022). Definisi lainnya tercantum dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia/ SDKI (2022) bahwa defisit perawatan diri merupakan kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan dirinya. Setaip individu berpotensi mampu dan tidak mampu memlakukan perawatan diri secara mandiri. Ketika kemampuan perawatan diri dapat dilakukan mandiri, hal itu membantu individu untuk memelihara integritas dirinya, mendukung keberfyngsiannya dalam hidup, dan memperlancar proses perkembangan (Tas & Buldukoglu, 2022).

Dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang mengalami kelainan pada kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang mencakup menjaga kebersihan diri, mandi, berdandan, makan, memenuhi kebutuhan eliminasinya secara mandiri dan aktivitas lainnya yang jika tidak dilakukan dengan baik maka dapat berakibat buruk pada kondisi kesehatan jiwanya.

2. Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Fajriyati (2023) defisit perawatan diri memiliki 4 jenis yaitu:

- a. Defisit perawatan diri: mandi.
Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi
- b. Defisit perawatan diri: berdandan atau berhias.
Kurang minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis
- c. Defisit perawatan diri: Makan.
Mengalami kesulitan dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dan piring
- d. Defisit perawatan diri: Toileting (BAB/ BAK).
Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan

1. Etiologi

Defisit perawatan diri dalam SDKI (2018) dapat disebabkan oleh:

- a. Gangguan muskuloskeletal
- b. Gangguan neuromuscular
- c. Kelemahan
- d. Gangguan psikologis dan/ atau psikotik
- e. Penurunan motivasi/ minat

Penyebab defisit perawatan pada pasien dengan gangguan jiwa disebabkan salah satunya karena ketidakinginannya melakukan aktifitas perawatan diri. Sebanyak 39,7% pasien gangguan jiwa bermasalah dengan perawatan diri. 41,9% mengatakan bahwa masalah itu karena kelelahan dan hilangnya motivasi (Puspita 2021).

Menurut Kustiawan (2023), etiologi defisit perawatan diri dibagi menjadi dua yakni:

- a. Faktor predisposisi
 1. Biologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri dan dikarenakan adanya faktor

herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

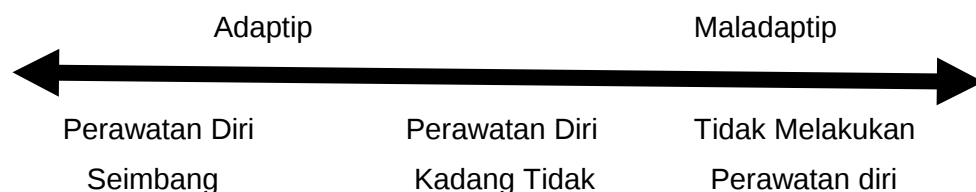
2. Psikologis, adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu. Klien yang mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.
3. Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan dalam merawat diri

b. Faktor Presipitasi

Faktor prespitasi defisit perawatan diri adalah kurang atau penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau preseptual, cemas, Lelah/ lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

2. Rentang Respon

Menurut Simanjuntak (2024) rentang respon defisit perawatan diri adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Rentang Respon

Keterangan:

1. Pola perawatan diri seimbang: saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih dapat melakukan perawatan diri
2. Kadang perawatan diri, kadang tidak: saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak mampu memperhatikan perawatann dirinya..

3. Tidak melakukan perawatan diri: klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor.

3. Tanda dan Gejala

Perilaku dominan yang ditunjukkan pada individu dengan masalah defisit perawatan diri adalah kesulitan dalam menyelesaikan tugas perawatan diri seperti menjaga kebersihan tubuh, berpakaian, perawatan, makan, dan toileting. SDKI membagi tanda dan gejala defisit perawatan diri menjadi tanda subyektif dan obyektif sebagai berikut:

- a. Tanda subyektif: Menolak melakukan perawatan diri
- b. Tanda Obyektif :Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri. Pasien dengan defisit perawatan diri dapat dilihat dari penampilannya secara umum seperti bau badan tidak sedap, pakaian kotor, dan tubuh tidak terawat, tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi (Indriani, 2021: Fajriyati, 2023).

4. Dampak Defisit Perawatan Diri

Martianingrum (2023) menyebutkan dampak yang sering muncul pada pasien dengan defisit perawatan diri yaitu:

- a. Dampak fisik

Dampak fisik akibat kurangnya perawatan diri antara lain gangguan integritas kulit terlihat dari kulit terasa gatal, kemerahan, hingga muncul masalah kulit tertentu yang memerlukan perawatan lebih lanjut. Selain itu, dampak lainnya adalah gangguan membran mukosa mulut karena tidak pernah gosok gigi, infeksi pada mata, telinga dan gangguan fisik pada kuku

- b. Dampak psikososial

Dampak psikososial akibat kurangnya perawatan diri anatara lain gangguan rasa nyaman, tidak terpenuhinya kebutuhan mencintai dan dicintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial.

Kurangnya ketrampilan merawat diri pada pasien skizofrenia dapat mempengaruhi hubungan sosial dan menurunkan kesempatan mereka untuk sukses dalam hubungannya di Masyarakat. Selain itu defisit perawatan diri mengurangi Tingkat hidup mandiri, mengurangi kesempatannya untuk bekerja, dan berpartisipasi dalam lingkungan sosial mereka (Sari dkk, 2021).

B. Konsep Teori Terapi Aktivitas Kelompok

1. Defenisi Terapi Aktivitas Kelompok

Kelompok adalah kumpulan dari dua orang atau lebih yang saling ketergantungan dan berhubungan satu sama lain, Bersama saling menyepakati tatanan norma atau aturan tertentu. Aktivitas dalam kelompok mewujudkan dinamika dalam kelompok yang mampu memfasilitasi perubahan perilaku anggota kelompoknya sehingga kelompok dapat menjadi sarana perubahan perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif atau dapat difungsikan sebagai perilaku (Fajriyati, 2023).

Terapi aktivitas kelompok (TAK) menurut Mardiana dkk (2024) merupakan salah satu terapi yang bertujuan mengubah perilaku klien dengan memanfaatkan dinamika kelompok. Cara ini cukup efektif karena di dalam kelompok akan terjadi interaksi satu dengan yang lain, saling memengaruhi, saling bergantung, dan terjadlin satu persetujuan norma yang diakui Bersama, sehingga terbentuk suatu sistem sosial yang khas yang didalamnya terdapat interaksi, interelasi dan interdependensi. TAK juga memiliki fungsi terapi bagi anggotanya untuk menerima dan memberikan feedback (umpan balik) terhadap anggota yang lain dan meningkatkan respon sosial.

Terapi aktivitas kelompok juga merupakan salah satu bentuk terapi modalitas yang digunakan perawat sebagai upaya psikoterapis terhadap beberapa klien pada waktu yang sama. Aktivitas kelompok sering digunakan dalam implementasi praktek kesehatan jiwa sebagai hal yang penting dari keterampilan komunikasi terapeutik dalam keperawatan jiwa (Suhermi, dkk., 2023).

a. Jenis

Menurut Trinurmi (2023) Terapi Aktivitas memiliki beberapa jenis TAK yakni sebagai berikut:

1. TAK Stimulasi Persepsi

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi merupakan jenis terapi aktivitas sebagai stimulus yang berhubungan dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk dibahas dalam kelompok

2. TAK Stimulasi Sensori

Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori adalah jenis terapi kelompok dengan memberikan stimulus tertentu pada klien sehingga terjadi perubahan perilaku. Aktivitas digunakan untuk memberikan stimulasi pada sensori klien.

3. TAK Orientasi Realitas

Terapi aktivitas kelompok orientasi realita adalah jenis terapi dalam kelompok untuk mengorientasikan keadaan nyata kepada klien, yaitu diri sendiri, orang lain, lingkungan atau tempat, dan waktu.

4. TAK Sosial

Terapi aktivitas kelompok adalah aktivitas dimana klien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitar.

b. Tujuan

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dalam implementasi praktik keperawatan jiwa memiliki dampak positif sebagai bentuk Upaya pencegahan (preventive), pengobatan (curative) atau terapi pemulihan kesehatan klien (rehabilitative) Melalui terapi aktivitas kelompok klien mampu memperoleh dukungan, meningkatkan kemampuan dalam memecahkan masalah, meningkatkan hubungan interpersonal dan menggunakan uji realitas pada klien dengan gangguan orientasi realita (Fajriyati, 2023).

2. Definisi Perawatan Diri

Perilaku perawatan diri merupakan penerapan penerapan *operant condition* untuk mengubah perilaku yang mengacu pada hubungan antara lingkungan yang menghasilkan perubahan perilaku yang spesifik terhadap aktivitas perawatan diri pada pasien defisit perawatan diri. *Modification* dapat meningkatkan aktifitas kebersihan diri pada pasien defisit perawatan diri karena pasien dengan defisit perawatan diri akan lebih suka mendapatkan perhatian penuh apabila setiap tindakannya selalu diberikan pujian dan reward.

Perawatan diri sebagai salah satu teknik modifikasi perilaku, dalam pelaksanaannya didasarkan pada pendekatan perilaku yang menggunakan penguat positif seperti mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, menggunakan sabun disaat mandi dan memotong kuku.

3. Tahapan Pelaksanaan Perawatan Diri

Tahap pelaksanaan diawali dengan pembuatan kontrak antara pasien dengan penulis. Penulis dalam tahap ini melaksanakan perintah untuk kebersihan diri sesuai dengan apa yang direncanakan atau ditargetkan. Terdapat empat strategi pelaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan defisit perawatan diri meliputi :

a. Strategi Pelaksanaan (SP 1)

Melatih pasien tentang cara-cara perawatan kebersihan diri. Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi kebersihan diri pasien, mengkaji pemahaman pasien tentang kebersihan diri, menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri, menjelaskan alat-alat untuk kebersihan diri, menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri (mandi), serta melatih pasien mempraktikkan cara melakukan kebersihan diri.

b. Strategi Pelaksanaan (SP 2)

Melatih pasien berdandan atau berhias. Untuk pasien laki-laki tentu harus dibedakan dengan pasien wanita. Untuk pasien laki-laki tindakan yang dilakukan meliputi menjelaskan cara berpakaian, menyisir rambut, dan bercukur yang benar, kemudian

melatih pasien mempraktikkan cara melakukan berpakaian, menyisir rambut, dan bercukur secara mandiri. Sedangkan untuk pasien wanita tindakan yang dilakukan meliputi menjelaskan cara berpakaian, menyisir rambut, dan berdandan yang benar, kemudian melatih pasien mempraktikkan cara melakukan berpakaian, menyisir rambut, dan berdandan secara mandiri.

c. Strategi Pelaksanaan (SP 3)

Melatih pasien makan dan minum secara mandiri. Untuk melatih makan dan minum pasien, tindakan yang dilakukan meliputi menjelaskan cara mempersiapkan makan dan minum, menjelaskan cara makan dan minum yang tertib, menjelaskan cara merapikan peralatan makan dan minum setelah selesai makan, serta melatih pasien untuk mempraktikkan makan dan minum sesuai dengan tahapan yang benar secara mandiri.

d. Strategi Pelaksanaan (SP 4)

Mengajarkan pasien melakukan buang air besar atau kecil secara mandiri. Tindakan yang dilakukan meliputi menjelaskan tempat buang air besar atau kecil yang sesuai, menjelaskan cara membersihkan diri setelah buang air besar atau kecil, serta menjelaskan cara membersihkan tempat setelah buang air besar atau kecil. Apabila perilaku yang ditargetkan telah dilakukan, maka pasien akan segera diberikan pujian agar pasien merasa termotivasi untuk melakukan aktifitas kebersihan diri.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas pada tahap pengkajian meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, Alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medis, dan identitas keluarga yang dapat dihubungi.

b. Alasan masuk

Merupakan penyebab klien datang atau dirawat di rumah sakit. Biasanya alasan masuk yang dialami klien yaitu senang

menyendiri, tidak mau banyak berbicara pada orang lain, berbicara sendiri, terlihat murung, penampilan tidak bersih/acak-acakan, tidak peduli dengan diri sendiri dan mulai mengganggu orang lain.

c. Faktor predisposisi

1. Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu
2. Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri
3. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil
4. Harga diri rendah, klien tidak mempunyai motivasi untuk merawat diri.
5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan saksi penganiayaan.
6. Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, pengalaman masalah yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi

d. Pemeriksaan fisik

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

e. Psikososial

1. Genogram

Genogram menggambarkan klien dan anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan Keputusan dan pola asuhan

2. Konsep diri

a. Citra tubuh

Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien mengenai bagian tubuh yang disukai maupun tidak disukai

3. Identitas diri

Kaji status dan posisi pasien sebelum klien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau Perempuan

4. Peran diri

Meliputi tugas atau peran klien di dalam keluarga/ pekerjaan/ kelompok maupun Masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi (Mariam, 2022).

5. Ideal diri

Berisi harapan klien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan/ sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya (Pongdatu, 2021).

6. Harga diri

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

7. Hubungan sosial

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

8. Spiritual

Nilai dan keyakinan serta kegiatan ibadah klien terganggu dikarenakan gangguan jiwa yang dialaminya

9. Status mental

a. Penampilan

Penampilan klien sangat tidak rapi, tidak mengetahui caranya berpakaian dan penggunaan pakaian tidak sesuai

b. Cara bicara

Cara bicara klien yang lambat, gagap, sering terhenti/ bloking, apatis, serta tidak mampu memulai pembicaraan

c. Aktivitas motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif

d. Alam perasaan

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

e. Afek

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

f. Interaksi saat wawancara

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

g. Persepsi

Klien berhalusinasi mengenai ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, pengelihatan, dan perabaan yang membuat klien tidak ingin membersihkan diri dan klien mengalami depersonalisasi.

h. Proses pikir

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

i. Kebutuhan klien pulang

1. Makan

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

2. Berpakaian

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

3. Mandi

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

4. BAB/ BAK

Klien BAB/ BAK tidak pada tempatnya atau tidak dilakukan secara benar.

5. Istirahat

Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur

6. Penggunaan obat

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

7. Aktivitas di rumah

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

j. Mekanisme koping yaitu:

1. Adaptif

Klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, klien tidak mampu berolahraga karena klien sama sekali menghindari orang lain.

2. Maladaptive

Klien bereaksi sangat lambat, namun kadang berlebihan, klien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

3. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya dukungan dari

keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

4. Pengetahuan

Klien defisit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil Keputusan.

5. Sumber koping

Sumber koping merupakan evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang terdapat dilingkungannya. Sumber koping ini dijadikan modal untuk menyelesaikan masalah

Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah

(Simanjuntak, 2024)

2. Diagnosis keperawatan

Defisit perawatan diri merupakan salah satu manifestasi dari diagnosis medis pasien seperti skizofrenia. Diagnosis defisit perawatan diri biasanya muncul dengan diagnosis gangguan jiwa lainnya seperti halusinasi, waham dan harga diri rendah (Fajriyati, 2023).

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses

kehidupan yang baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Berikut diagnisa yang muncul pada pasien dengan defisit perawatan diri:

- a. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan halusinasi pendengaran
- b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/ minat
- c. Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan alam perasaan depresi
- d. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan peran sosial
- e. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental

3. Intervensi Keperawatan

2.1 Tabel intervensi keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Manajemen Keperawatan
1	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan halusinasi pendengaran	Persepsi Sensori (L.09083) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x pertemuan diharapkan persepsi realitas terhadap stimulus membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun	Manajemen Halusinasi (I.09288) Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita. SP 1: 1. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon halusinasi pasien 2. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi 3. Mengajarkan pasien

		2. Menarik diri menurun 3. Melamun menurun 4. Konsentrasi orientasi meningkat	memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 3: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang dapat dilakukan pasien 3. Menganjurkan pasien memasukkan de dalam jadwal kegiatan harian SP 4: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang
--	--	--	--

			penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian
2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/ minat	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x pertemuan, diharapkan kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. kemampuan mandi meningkat 2. kemampuan menggunakan pakaian meningkat 3. kemampuan makan meningkat 4. kemampuan BAB/BAK meningkat 5. minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri SP 1: 1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 2. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri 3. Membantu pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri 4. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian Sp 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Menjelaskan cara makan yang baik 3. Membantu pasien mempraktekkan cara makan yang baik 4. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian SP 3: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan

			harian 2. Menjelaskan cara eliminasi yang baik 3. Membantu pasien mempraktekkan cara eliminasi yang baik 4. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 4: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Menjelaskan cara berdandan 3. Membantu pasien mempraktekkan cara berdandan 4. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian
3	Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan alam perasaan depresi	Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x pertemuan, diharapkan kemampuan untuk mengendalkan atau mengatur emosi, pikiran dan perilaku dalam menghadapi masalah meningkat	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.4544) Meminimalkan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain/ dan atau merusak lingkungan SP 1: 1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan

		dengan kriteria hasil: 1. Perilaku menyerang menurun 2. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun 3. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 4. Suara keras menurun 5. Bicara ketus menurun	3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik 1 7. menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 3: 1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal harian SP 4: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
--	--	--	---

			2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 5: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian
4.	Harga diri rendah (D.0086) berhubungan dengan gangguan psikiatri	Harga Diri (L.09069) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x pertemuan, diharapkan perasaan positif diri sendiri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Minat mencoba hal baru meningkat 4. Postur tubuh	Promosi Harga Diri (I.09308) Meningkatkan penilaian perasaan/ persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri SP 1: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien 2. Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan 3. Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien 4. Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih

		meingkatkan wajah meningkat	5. Membrikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien 6. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian SP 2: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Melatih kemampuan kedua 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian
5	Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental	Keterlibatan Sosial (L.13116) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x pertemuan, diharapkan Kemampuan untuk	Promosi Sosial (I.13498) Meningkatkan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain SP 1: 1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial 2. Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain 3. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain 4. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang 5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbicara-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian SP 2:

			1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Membrikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang 3. Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian SP 3: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian 2. Memberikan kesempatan kepada pasien berkenalan dengan dua orang atau lebih 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke jadwal kegiatan harian
--	--	--	--

4. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan atau implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawatan perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini (Elfariyani, 2021).

5. Diagnosis Keperawatan

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

- a. Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan.
- b. Evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan.