

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang bersifat kronis dan dapat memengaruhi pemikiran, pola berpikir, perilaku, serta emosi individu. Kondisi ini sering kali ditandai dengan gejala psikotik lainnya, seperti halusinasi, delusi, gangguan perilaku, perubahan perilaku sosial, dan depresi. Skizofrenia adalah penyakit gangguan otak parah yang dimana orang menginterpretasikan realitas yang tidak normal. Kondisi ini melibatkan gangguan kognitif yang ditandai dengan kombinasi halusinasi dan delusi. Seiring berjalannya waktu, kemampuan penderita untuk berfungsi secara normal dan merawat dirinya sendiri cenderung menurun (Zulaikha, 2023).

Skizofrenia merupakan penyimpangan perilaku yang muncul akibat distorsi emosi, sehingga menimbulkan ketidaknormalan dalam tindakan sehari-hari. Secara spesifik, skizofrenia melibatkan gangguan pada aspek berpikir (*cognitive*), kemauan (*voliting*), emosi (*affective*), serta tindakan (*psychomotor*). Pada pasien skizofrenia kronis, umumnya terdapat ketidakmampuan untuk menjalankan kebutuhan dasar secara mandiri, seperti menjaga kebersihan diri, penampilan, dan interaksi sosial. Selain itu, individu tersebut mengalami penurunan kemampuan dalam menghadapi kenyataan (Safitri *et al.*, 2024).

Sesuai dengan pengertian skizofrenia yang telah diuraikan maka skizofrenia adalah gangguan mental kronis yang secara mendalam memengaruhi berbagai aspek kehidupan individu, mulai dari proses berpikir dan emosi hingga perilaku

sehari-hari. Kondisi ini ditandai dengan munculnya gejala psikotik seperti halusinasi dan delusi, serta distorsi dalam memahami kenyataan, yang sering berasal dari gangguan fungsi otak dan emosi. Seiring waktu, penderita mengalami penurunan kemampuan untuk berfungsi normal, merawat diri, dan berinteraksi sosial, sehingga memerlukan pengobatan jangka panjang sepanjang hidup. Dengan demikian, pemahaman dan penanganan dini sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan mencegah munculnya komplikasi lebih lanjut.

2. Penyebab skizofrenia

Menurut Mamnuah,dkk (2025) skizofrenia bukan penyakit yang disebabkan oleh satu penyebab, melainkan hasil dari berbagai penyebab, termasuk predisposisi genetika, gangguan biokimia, faktor fisiologis, serta stres psikososial. Selain itu, pengobatan skizofrenia memerlukan pemahaman komprehensif yang mencakup berbagai bidang ilmu. Skizofrenia merupakan salah satu gangguan neurobiologis yang dapat menimbulkan respons yang berdampak pada terganggunya kehidupan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan.

Skizofrenia merupakan suatu gangguan mental yang timbul akibat kelainan perkembangan atau perubahan neurobiologis, yang berdampak pada struktur dan fungsi otak. Kelainan ini dapat disebabkan oleh faktor genetik maupun lingkungan, dan pada akhirnya memengaruhi persepsi individu, pola pikir, penggunaan bahasa, ekspresi emosi, serta perilaku sosial. Menurut Hany (2024) faktor penyebab terjadinya skizofrenia ada beberapa faktor yaitu :

a. Faktor genetik

Studi kembar dan keluarga menunjukkan bahwa faktor genetik mampu menjelaskan sekitar 80% terhadap risiko terjadinya skizofrenia. Meskipun varian

genetik umum yang berhubungan memberikan dampak risiko yang lebih kecil, pengobatan jangka memberikan dampak yang lebih signifikan.

b. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan, seperti komplikasi saat persalinan, tantangan di masa awal kehidupan, pertumbuhan di lingkungan perkotaan, serta status sebagai migran, diyakini berinteraksi dengan predisposisi genetik untuk mempengaruhi risiko pengembangan skizofrenia.

c. Penggunaan bahan psikoaktif

Studi menunjukkan bahwa risiko terjadinya skizofrenia meningkat di antara pengguna ganja muda dan pengguna ganja berat, dengan tingkat risiko yang tampaknya dipengaruhi oleh jumlah dosis dan lebih menonjol bagi mereka yang memulai penggunaan di usia muda atau memilih jenis ganja yang lebih kuat.

3. Tanda dan gejala skizofrenia

Skizofrenia ditandai adanya gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif skizofrenia sering kali disebut sebagai gejala psikotik atau gejala gangguan jiwa yang berat. Menurut Moini *et al.*, dalam Mamnuah,dkk (2025) mengatakan bahwa gejala positif pada pasien dengan skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Halusinasi atau perubahan persepsi

Halusinasi merupakan pengalaman sensorik yang terjadi tanpa adanya rangsangan muncul dari luar. Pada pasien skizofrenia, halusinasi pendengaran merupakan jenis yang paling umum, seperti mendengar suara yang memerintahkan untuk melarikan diri dari rumah, memukul orang lain, atau bisikan memaki-maki dan lain sebagainya.

b. Delusi atau waham

Delusi adalah keyakinan palsu yang tidak masuk akal dan bertentangan dengan realita, misalnya sedang bertugas menjadi presiden, raja, atau orang genius yang mampu menyembuhkan penyakit dan sebagainya.

c. Disorganisasi pikiran dan bicara

Pasien skizofrenia sering mengalami pola bicara yang tidak teratur atau tidak logis, seperti berbicara secara berbelit-belit tetapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan, atau pembicaraan tidak memiliki hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lain, sehingga pasien tidak menyadari isi pembicaraannya (asosiasi longgar).

d. Perilaku aneh atau disorganisasi perilaku

Pasien dengan skizofrenia dapat menunjukkan tindakan yang tidak pantas atau tidak dapat diketahui sebelumnya, seperti tiba-tiba bersikap kekanak-kanakan, mengamuk hebat tanpa kendali, bertindak konyol, atau mengalami katatonia.

Gejala negatif merupakan gejala yang samar, yang dapat berupa afek datar, hilangnya motivasi dalam melakukan kegiatan sehari-hari, kurangnya perhatian terhadap diri sendiri, menarik diri atau apatis, *anhedonia* (ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan atau kenikmatan), *asocial*, dan katatonia (imobilisasi karena faktor psikologis). Menurut Mamnuah (2025) 5 gejala negatif yang dialami pasien skizofrenia yaitu :

a. Afek tumpul (*emotional flattening*)

Berkurangnya ekspresi emosi yang terlihat pada ekspresi wajah, nada suara, serta berkurangnya rasa tanggung jawab.

b. Alogia (*negative cognitive disorder*)

Pasien kurang dalam berbicara, menunjukkan penurunan kuantitas dan spontanitas bicara, atau berkurangnya kefasihan dalam produktivitas pemikiran dan ucapan.

c. Avolisi (*apatis*)

Pasien mengalami penurunan motivasi, tujuan, dan dorongan sosial untuk memulai serta melakukan kegiatan sehari-hari dan pemenuhan kebutuhan dasar.

d. Anhedonia

Pasien mengalami ketidakmampuan untuk menikmati kesenangan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan, seperti menerima hadiah atau penghargaan, yang umumnya dinikmati oleh orang normal.

e. Asosialitas atau penarikan diri

Pasien tampak kurang minat dalam berinteraksi sosial dengan lingkungan, bahkan dengan lingkungan terdekat seperti keluarga.

4. Klasifikasi skizofrenia

Menurut Putri (2022) Skizofrenia dapat di klasifikasikan menjadi beberapa jenis sebagai berikut :

a. Skizofrenia paranoid

Tipe ini memenuhi kriteria diagnosis umum skizofrenia, dengan halusinasi dan waham sebagai gejala yang paling dominan. Halusinasi yang dialami dapat berupa suara yang mengancam atau memberikan perintah kepada pasien, serta halusinasi auditorik nonverbal seperti suara siulan (*whistling*), dengungan (*humming*), maupun suara tawa (*laughing*).

b. Skizofrenia terdisorganisasi/*hebefrenik*

Skizofrenia *hebefrenik* termasuk dalam kategori yang memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Penegakan diagnosis *hebefrenia* umumnya pertama kali dilakukan pada masa remaja hingga dewasa awal, yaitu sekitar usia 15–25 tahun. Kondisi kepribadian premorbid biasanya memperlihatkan karakteristik tertentu, seperti cenderung pemalu dan lebih suka menyendiri (*solitary*), meskipun ciri-ciri tersebut tidak selalu menjadi ketentuan mutlak dalam menetapkan diagnosis.

c. Skizofrenia residual

Untuk menegakkan diagnosis secara lebih akurat dan meyakinkan, terdapat sejumlah kriteria yang perlu diperhatikan, yaitu adanya gejala negatif skizofrenia yang tampak dominan, seperti penurunan aktivitas, afek yang tumpul, sikap pasif atau kurangnya inisiatif, komunikasi nonverbal yang kurang baik misalnya dalam mengekspresikan wajah, serta rendahnya perawatan diri atau buruknya fungsi sosial.

d. Skizofrenia katatonik

Salah satu dari perilaku berikut harus tampak dominan dalam gambaran klinisnya, yaitu memperlihatkan postur tubuh tertentu yang tidak biasa atau tidak wajar, menunjukkan kegelisahan dan perilaku gaduh, mengalami penurunan yang mencolok dalam reaktivitas terhadap lingkungan, serta munculnya gejala lain seperti *command automatism* atau kepatuhan otomatis terhadap perintah, disertai pengulangan kata maupun kalimat.

e. Skizofrenia tak terinci

Jenis skizofrenia ini ditandai oleh terpenuhinya kriteria A sebagai gejala utama, namun tidak dapat digolongkan ke dalam tipe skizofrenia paranoid, hebefrenik, residual, maupun katatonik

5. Penatalaksanaan skizofrenia

Menurut Azhari (2023) Penanganan skizofrenia melibatkan beberapa pendekatan yang saling melengkapi sebagai berikut :

a. Farmakoterapi

Penggunaan antipsikotik merupakan metode utama dalam penanganan skizofrenia. Antipsikotik generasi pertama maupun kedua telah terbukti efektif dalam mengurangi gejala positif. Antipsikotik generasi kedua, seperti *risperidone* dan *olanzapine*, cenderung menimbulkan efek samping yang lebih sedikit pada gejala motorik dan lebih efektif dalam mengatasi gejala negatif.

b. Psikoterapi

Terapi kognitif-perilaku (CBT) dan terapi keluarga sangat bermanfaat untuk membantu pasien penderita skizofrenia memahami penyakit mereka, mengelola stres, dan memperbaiki kualitas hidup. Terapi ini juga dapat membantu dalam mengurangi kekambuhan dan meningkatkan fungsi sosial.

c. Rehabilitasi sosial

Program rehabilitasi sosial yang melibatkan pelatihan keterampilan sosial, pendidikan, serta dukungan komunitas sangat penting untuk membantu penderita kembali ke masyarakat. Pendekatan ini berfokus pada peningkatan keterampilan hidup dan pekerjaan serta mendukung penderita untuk mencapai kehidupan yang lebih mandiri.

B. Defisit Perawatan Diri

1. Definisi defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi ketika individu mengalami gangguan kemampuan dalam melaksanakan aktivitas perawatan diri, seperti mandi (*hygiene*), berpakaian atau berhias, makan, serta buang air besar dan buang air kecil (Laila, 2022).

Defisit perawatan diri juga dapat diartikan sebagai keadaan ketika seseorang mengalami penurunan atau kelainan dalam kemampuan untuk secara mandiri melakukan maupun menyelesaikan aktivitas sehari-hari. Kondisi ini ditandai dengan ketidakteraturan dalam mandi, kurangnya kebiasaan menyisir rambut, penggunaan pakaian yang kotor, munculnya bau badan dan bau mulut, serta penampilan yang tidak rapi. Kurangnya kemampuan dalam merawat diri tersebut menjadi salah satu permasalahan yang sering dialami oleh pasien dengan gangguan kesehatan mental (Siagian et al., 2024).

Sesuai uraian mengenai pengertian defisit perawatan diri, kondisi ini dapat dipahami sebagai keadaan ketika seseorang mengalami hambatan atau keterbatasan dalam kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Aktivitas tersebut mencakup mandi atau menjaga kebersihan diri (*personal hygiene*), berpakaian atau berhias, makan, serta melakukan buang air besar dan buang air kecil. Individu yang mengalami defisit perawatan diri umumnya menunjukkan gejala seperti jarang mandi atau kurang menjaga kebersihan, rambut tidak tertata, pakaian yang dikenakan kotor, munculnya bau badan atau bau mulut, serta penampilan yang terlihat tidak rapi. Kondisi kurangnya perawatan diri ini

menjadi salah satu permasalahan yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan mental.

2. Penyebab defisit perawatan diri

Menurut Erita (2019) ada beberapa aspek yang mengakibatkan defisit perawatan diri, yakni :

a. Faktor Predisposisi

- 1). Biologis, defisit perawatan diri dapat terjadi akibat adanya gangguan fisik maupun mental yang membuat pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya, serta dipengaruhi pula oleh faktor keturunan, yaitu adanya anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa
- 2). Psikologis, aspek perkembangan turut berperan penting dalam memicu terjadinya defisit perawatan diri. Kondisi ini dapat muncul karena pola asuh keluarga yang terlalu melindungi dan memanjakan individu, sehingga menghambat perkembangan inisiatif. Pada pasien dengan gangguan jiwa, defisit perawatan diri juga terjadi karena rendahnya kemampuan dalam memahami realitas, yang berdampak pada kurangnya kepedulian terhadap diri sendiri maupun lingkungan, termasuk dalam hal perawatan diri
- 3). Sosial, terbatasnya dukungan dari lingkungan sosial dapat menyebabkan menurunnya kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang berpotensi menimbulkan defisit perawatan diri meliputi menurunnya motivasi, adanya gangguan pada fungsi kognitif atau persepsi, serta kondisi seperti kecemasan, kelelahan, dan kelemahan yang dialami individu,

sehingga mengakibatkan berkurangnya kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri secara mandiri

3. Jenis-jenis defisit perawatan diri

Menurut Hasana (2021) jenis-jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu :

- a. Defisit perawatan diri pada aspek mandi ditandai dengan tidak adanya keinginan untuk mandi secara rutin, penggunaan pakaian yang kotor, munculnya bau badan dan bau napas, serta penampilan yang kurang rapi
- b. Defisit perawatan diri dalam hal berdandan atau berhias terlihat dari rendahnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, maupun tidak merapikan diri seperti mencukur kumis
- c. Defisit perawatan diri pada aktivitas makan ditunjukkan dengan adanya kesulitan dalam mengambil makanan, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, serta hanya mengonsumsi beberapa suap makanan dari piring
- d. Defisit perawatan diri terkait eliminasi ditandai dengan ketidakmampuan untuk pergi ke toilet secara mandiri serta kurangnya keinginan untuk buang air besar maupun buang air kecil tanpa bantuan

4. Tanda dan gejala defisit perawatan diri

Menurut PPNI (2016) tanda gejala dari defisit perawatan diri terbagi menjadi mayor dan minor yang terdiri dari data *subjektif* dan *objektif* , yaitu :

Tabel 1
Gejala dan tanda Defisit Perawatan diri

Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang
Tanda dan Gejala Minor	
1. Tidak tersedia	1. Tidak tersedia

Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016

5. Kondisi Klinis Terkait

Menurut PPNI (2016), kondisi klinis terkait defisit perawatan diri sebagai berikut :

- | | |
|----------------------------|---|
| a. Stroke | f. Delirium |
| b. Cedera medulla spinalis | g. Demensia |
| c. Depresi | h. Gangguan amnesik |
| d. Arthritis reumatoid | i. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain |
| e. Retardasi mental | j. Fungsi penilaian terganggu. |

C. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri Akibat Skizofrenia

1. Pengkajian

- a. Pengumpulan data

Pengkajian merupakan tahap awal dalam rangkaian proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menghimpun berbagai data atau informasi dari pasien,

keluarga, maupun masyarakat sebagai sumber data primer dan sekunder yang berkaitan dengan kondisi pasien. Selain itu, proses pengkajian juga dilakukan untuk memperoleh data tambahan lainnya, seperti dari perawat maupun catatan rekam medis. Pelaksanaan pengkajian keperawatan ini dilakukan dengan menerapkan komunikasi terapeutik (Agus,2024). Menurut Frida (2023) isi pengkajian meliputi:

1). Identitas pasien

Identitas pasien meliputi beberapa informasi penting, antara lain nama klien, usia, jenis kelamin, alamat tempat tinggal, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan kedatangan, nomor rekam medis, serta data keluarga yang dapat dihubungi.

2). Alasan masuk

Alasan masuk umumnya merujuk pada faktor yang mendorong pasien atau keluarganya untuk mencari pertolongan hingga akhirnya menjalani perawatan di rumah sakit. Permasalahan yang sering dialami pasien meliputi kecenderungan untuk menarik diri, enggan berkomunikasi dengan orang lain, tampak murung, memiliki penampilan yang kurang terawat, kurang memperhatikan diri sendiri, serta mulai menunjukkan perilaku yang mengganggu lingkungan sekitarnya

3). Faktor predisposisi

Pada pasien dengan defisit perawatan diri, sering ditemukan adanya faktor keturunan berupa riwayat gangguan jiwa, serta kondisi penyakit fisik dan mental yang dialami, sehingga menyebabkan ketidakmampuan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri

4). Pemeriksaan fisik

Pada umumnya, pemeriksaan yang dilakukan pada pasien meliputi pengecekan tanda-tanda vital (TTV) serta pemeriksaan fisik secara menyeluruh

melalui metode *head to toe*, di mana sering kali ditemukan kondisi penampilan pasien yang kurang terawat atau tampak tidak rapi

5). Psikososial

a) Genogram

Menjelaskan kondisi pasien yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa, yang dapat dilihat dari pola komunikasi, proses pengambilan keputusan, serta pola pengasuhan yang diterapkan

Konsep Diri

(1) Citra tubuh

Mencakup bagaimana persepsi pasien terhadap kondisi tubuhnya, bagian tubuh yang dianggap disukai, serta respons yang ditunjukkan pasien terhadap bagian tubuh yang disukai maupun yang tidak disukai

(2) Identitas diri

Umumnya, hal yang dikaji mencakup kondisi serta posisi pasien sebelum menjalani perawatan, tingkat kepuasan pasien terhadap kondisi dan posisinya tersebut, tingkat penerimaan pasien terhadap identitasnya sebagai laki-laki atau perempuan, serta karakteristik khas yang dimiliki pasien sesuai dengan jenis kelamin dan perannya

(3) Peran diri

Umumnya, hal yang dikaji mencakup tugas atau peran pasien dalam keluarga, pekerjaan, kelompok, maupun masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang dialami selama sakit dan menjalani perawatan, serta respons emosional pasien terhadap perubahan yang terjadi tersebut

(4) Ideal diri

Secara umum, pasien memiliki berbagai harapan terkait kondisi tubuh yang dianggap ideal, posisi dan peran dalam keluarga, tanggung jawab di lingkungan pekerjaan atau sekolah, serta ekspektasi terhadap lingkungan sekitarnya dan terhadap penyakit yang sedang dialaminya

(5) Harga diri

Umumnya mencakup penilaian mengenai relasi pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi yang dialaminya, dampak yang dirasakan dalam proses interaksi sosial, ketidaksesuaian fungsi serta peran dengan harapan yang ada, serta persepsi pasien terhadap penilaian maupun penghargaan dari orang lain.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

(6) Hubungan sosial

Pasien umumnya menunjukkan kecenderungan untuk menyendiri, merasa tidak nyaman atau tidak aman ketika berada di lingkungan umum, serta memiliki perasaan berbeda dibandingkan dengan orang lain. Pasien juga tampak lebih terfokus pada dunia pikirannya sendiri, merasa tidak memiliki arah atau tujuan yang jelas, menarik diri dari lingkungan sosial, serta kurang berminat bahkan menolak untuk berinteraksi dengan orang lain. Selain itu, pasien dapat memperlihatkan afek datar maupun afek sedih, memiliki riwayat penolakan, menunjukkan sikap permusuhan, serta tidak mampu memenuhi harapan orang lain. Kondisi lain yang dapat muncul meliputi adanya keterbatasan fisik (difabel), perilaku yang dianggap tidak bermakna, kurangnya kontak mata, keterlambatan perkembangan, serta tampak tidak bersemangat atau lesu.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

(7) Spiritual

(a) Nilai dan keyakinan

Biasanya nilai dan keyakinan terhadap agama pasien menjadi terganggu akibat kurangnya perhatian terhadap dirinya sendiri.

(b) Kegiatan ibadah

Seringkali aktivitas ibadah pada pasien terhenti saat pasien sedang mengalami masalah gangguan jiwa.

(8) Status mental

(a) Penampilan

Umumnya penampilan pasien terlihat berantakan tidak rapi, kurang memahami cara berpakaian, serta pemilihan pakaian tidak sesuai, minat dalam melaksanakan perawatan diri kurang.

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

(b) Cara bicara/ pembicaraan

Pola bicara pasien cenderung lambat, gagap, kerap terhenti/bloking, apatis serta tidak sanggup memulai pembicaraan.

(c) Aktivitas motorik

Pada umumnya pasien tampak lesu, gelisah, tremor serta kompulsif.

(d) Alam perasaan

Pada umumnya kondisi pasien terlihat sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri serta merasa dihina.

(e) Afek

Pada umumnya, ekspresi pasien tampak datar dan kurang menunjukkan respons emosional, dengan kondisi emosi yang berubah-ubah atau tidak stabil, disertai

perasaan kesepian, sikap yang cenderung apatis, serta suasana perasaan yang mengarah pada depresi, kesedihan, dan kecemasan

(f) Interaksi selama wawancara

Secara umum, respons pasien saat proses wawancara berlangsung cenderung tidak kooperatif, mudah merasa tersinggung, menunjukkan kontak mata yang minim, serta memperlihatkan sikap penuh kecurigaan yang mencerminkan ketidakpercayaan terhadap pewawancara maupun orang lain

(g) Persepsi

Pada umumnya, pasien mengalami halusinasi yang berkaitan dengan rasa takut terhadap aspek kebersihan diri, baik dalam bentuk halusinasi pendengaran, penglihatan, maupun perabaan, yang kemudian berdampak pada keengganan pasien dalam melakukan perawatan diri serta disertai munculnya perasaan depersonalisasi

(h) Proses pikir

Pada umumnya, pola pikir pasien dapat bersifat *otistik*, *dereistik*, dan *sirkumstansial*, serta dalam beberapa kondisi menjadi tangensial dan menunjukkan kehilangan asosiasi. Selain itu, alur pembicaraan kerap berpindah dari satu topik ke topik lainnya, bahkan terkadang terhenti secara tiba-tiba tanpa sebab yang jelas

(9) Kebutuhan pasien pulang

(a) Makan

Umumnya pasien kurang nafsu makan, ditambah cara makan pasien terhambat dan ketidakmampuan pasien dalam menyediakan serta membersihkan peralatan makan.

(b) Berpakaian

Seringkali pasien enggan untuk mengganti pakaian, tidak mampu mengenakan pakaian yang cocok dan mengalami kesulitan berdandan.

(c) Mandi

Pasien pada umumnya jarang melakukan mandi dan tidak memahami cara mandi yang benar, tidak menyikat gigi, tidak mencuci rambut, enggan memotong kuku, kondisi tubuh tampak kusam, serta tubuh pasien mengeluarkan bau yang tidak sedap

(d) bab/bak

Sebagian besar pasien melakukan aktivitas buang air besar maupun buang air kecil tidak pada tempat yang semestinya, seperti di tempat tidur, serta tidak mampu membersihkan toilet setelah melakukan bab atau bak

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

(e) Istirahat

Pasien pada umumnya mengalami gangguan dalam pola istirahat dan cenderung tidak melakukan aktivitas apa pun setelah terbangun dari tidur

(f) Penggunaan obat

Ketika pasien memperoleh pengobatan, umumnya pasien tidak mengonsumsi obat tersebut secara teratur sesuai anjuran

(g) Aktivitas dalam rumah

Pada umumnya pasien tidak dapat melaksanakan berbagai aktivitas baik di dalam maupun di luar rumah karena sering diliputi rasa malas

(10) Mekanisme koping

(a) Adaptif

Pasien menunjukkan dalam mengatasi masalah yang dihadapi serta berupaya mempertahankan kesehatannya. Pasien masih mampu mengikuti arahan yang diberikan oleh tenaga kesehatan meskipun kemampuannya untuk mempertahankan perilaku hidup sehat masih terbatas. Pasien juga dapat mengalami cenderung jarang melakukan aktivitas fisik karena merasa malas, namun masih mempunyai keinginan dalam memperbaiki kebiasaan kesehatannya.

(b) Malaptif

Pasien menunjukkan kebiasaan yang kurang adaptif terhadap perubahan di sekitarnya serta memiliki pemahaman yang kurang tentang pentingnya perilaku hidup sehat. Pasien tidak mampu menerapkan perilaku sehat. Selain itu, pasien tidak menunjukkan ketertarikan untuk memperbaiki perilaku sehat, memiliki riwayat perilaku yang kurang menunjukkan minat mencari bantuan kesehatan, dan tidak memiliki sistem pendukung (*support system*).

(c) Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien pada umumnya mengalami permasalahan psikososial yang berkaitan dengan kesulitan dalam menjalin interaksi dengan orang lain maupun lingkungan di sekitarnya. Keadaan ini dipengaruhi oleh minimnya dukungan dari keluarga, rendahnya tingkat pendidikan, adanya kendala dalam aspek sosial ekonomi, serta keterbatasan dalam pelayanan kesehatan. Gangguan tersebut dapat terlihat melalui kecenderungan pasien untuk menyendiri, menarik diri dari lingkungan sosial, merasa tidak nyaman berada di tempat umum, serta munculnya perasaan berbeda dibandingkan dengan orang lain. Selain itu, pasien juga dapat menunjukkan

kurangnya minat atau bahkan penolakan untuk berinteraksi, memperlihatkan ekspresi afek yang datar atau sedih, jarang melakukan kontak mata, serta lebih sering tenggelam dalam pikirannya sendiri. Kondisi ini menggambarkan adanya kecenderungan isolasi sosial yang dapat memengaruhi kemampuan pasien untuk menjalin hubungan interpersonal.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

(d) Pengetahuan

Pasien dengan defisit perawatan diri sering kali mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

(11) Sumber koping

Sumber koping merupakan suatu proses evaluasi terhadap berbagai pilihan serta strategi koping yang dimiliki oleh individu. Dalam menghadapi tekanan maupun kecemasan, seseorang dapat memanfaatkan sumber koping yang tersedia di lingkungannya. Sumber-sumber tersebut berfungsi sebagai modal atau aset dalam upaya mengatasi permasalahan yang dihadapi. Selain itu, dukungan sosial serta nilai-nilai keyakinan budaya turut berperan dalam membantu individu mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stres serta mengembangkan strategi koping yang lebih efektif

b. Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah keperawatan meliputi berbagai permasalahan yang dialami oleh pasien dan disusun secara sistematis berdasarkan tingkat prioritas dari kondisi yang dihadapi pasien. Pada pasien dengan defisit perawatan diri daftar masalah yang muncul adalah sebagai berikut :

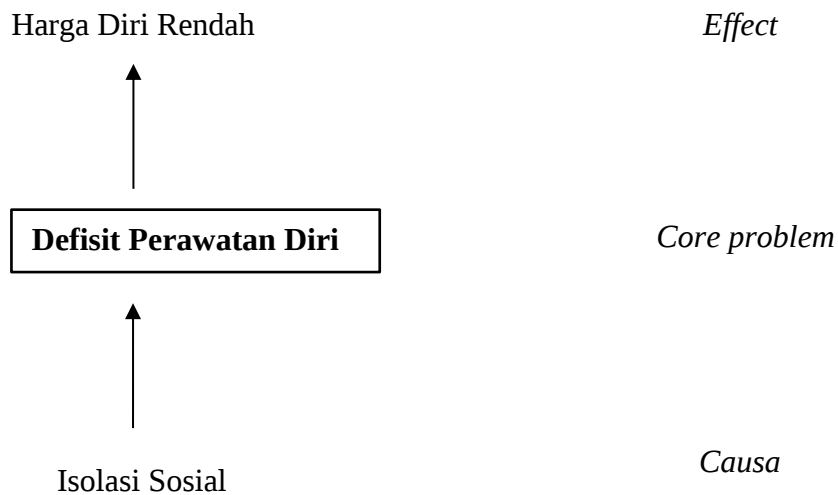
1. Defisit perawatan diri
2. Isolasi sosial
3. Harga diri rendah

c. Pohon Masalah

Pohon masalah merupakan suatu rangkaian peristiwa yang disusun secara sistematis untuk memberikan penggambaran urutan terjadinya permasalahan pada pasien sehingga mampu merefleksikan psikodinamika munculnya gangguan jiwa.

1. Masalah utama (*core problem*) merupakan persoalan yang menjadi prioritas utama di antara berbagai masalah yang dialami pasien. Penentuan masalah utama ini biasanya didasarkan pada alasan pasien datang atau keluhan utama yang ditemukan saat proses pengkajian berlangsung
2. Penyebab (*cause*) adalah salah satu faktor dari sejumlah permasalahan yang menjadi pemicu munculnya masalah utama. Permasalahan ini dapat berasal dari masalah lain yang saling berkaitan dan berlanjut secara berkesinambungan
3. Akibat (*effect*) merupakan salah satu dampak yang muncul sebagai konsekuensi dari masalah utama. Dampak tersebut dapat menimbulkan efek lanjutan lainnya dan terus berkelanjutan

Pohon masalah pada masalah defisit perawatan diri dijabarkan sebagai berikut :



Gambar 1. Pohon masalah defisit perawatan diri

Sumber : (*Ns. Erna Masdiana, Keperawatan Jiwa 2024*)

2. Diagnosis keperawatan

Menurut PPNI (2016) diagnosis keperawatan merupakan suatu bentuk penilaian klinis yang dilakukan terhadap respons klien atas permasalahan kesehatan maupun proses kehidupan yang sedang dialaminya, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan diklasifikasikan ke dalam dua kategori utama, yaitu diagnosis *negatif* dan diagnosis *positif*. Diagnosis *negatif* menggambarkan kondisi klien yang sedang mengalami gangguan kesehatan atau memiliki risiko untuk mengalami gangguan, sehingga penetapan diagnosis ini akan mengarahkan pada pemberian intervensi keperawatan yang berfokus pada upaya penyembuhan, pemulihan, serta pencegahan. Diagnosis *negatif* sendiri meliputi diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sementara itu, diagnosis *positif* menunjukkan bahwa klien berada dalam kondisi sehat atau optimal. Diagnosis *positif* ini terdiri atas diagnosis promosi kesehatan.

Diagnosis keperawatan tersusun atas dua komponen utama, yaitu masalah (*problem*) dan indikator diagnostik. Masalah (*problem*) merupakan label dalam diagnosis keperawatan yang merepresentasikan inti respons klien terhadap kondisi kesehatan maupun proses kehidupan yang dialaminya. Sementara itu, indikator diagnostik mencakup unsur penyebab, tanda dan gejala, serta faktor risiko yang menyertai kondisi tersebut. Perumusan diagnosis keperawatan disusun berdasarkan format PES, yaitu *Problem*, *Etiologi*, dan *Symptom*.

Adapun diagnosis keperawatan yang berpotensi muncul pada pasien dengan skizofrenia antara lain sebagai berikut:

- a. Defisit perawatan diri berhubungan dengan isolasi sosial dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.
- b. Harga diri rendah berhubungan dengan defisit perawatan diri dibuktikan dengan menilai diri negatif merasa malu atau bersalah merasa tidak mampu melakukan apapun, meremehkan kemampuan mengatasi masalah kehilangan, merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif, melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri menolak penilaian positif tentang diri sendiri, enggan mencoba hal baru, berjalan menunduk postur tubuh menunduk.

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan suatu rangkaian kegiatan yang disusun secara sistematis untuk mengatasi permasalahan serta menetapkan skala prioritas penanganannya, yang mencakup proses identifikasi dan perumusan masalah, penyusunan rencana tindakan, hingga evaluasi terhadap asuhan keperawatan pada

pasien yang didasarkan pada hasil analisis data serta penetapan diagnosis keperawatan (Widuri, 2023). Menurut PPNI (2018) intervensi keperawatan diartikan sebagai berbagai bentuk tindakan terapeutik yang dilakukan oleh perawat berdasarkan landasan pengetahuan serta penilaian klinis guna mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kondisi kesehatan klien, baik pada tingkat individu, keluarga, maupun komunitas. Dengan demikian, intervensi keperawatan merupakan seluruh bentuk tindakan atau *treatment* yang dilaksanakan oleh perawat dengan berpedoman pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk memperoleh luaran (*outcome*) yang diharapkan.

Dalam tahap perencanaan terdapat dua komponen utama, yaitu intervensi keperawatan dan luaran keperawatan. Luaran keperawatan merujuk pada berbagai aspek yang dapat diamati serta diukur, yang mencakup kondisi, perilaku, maupun persepsi pasien, keluarga, atau komunitas sebagai bentuk respons terhadap tindakan intervensi keperawatan yang diberikan (PPNI, 2018). Tujuan khusus yang diharapkan yaitu pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien diharapkan mampu dalam 7 hari memperlihatkan peningkatan kemampuan perawatan diri, pasien diharapkan mampu melakukan perawatan diri seperti mandi 2 kali sehari, menggosok gigi 3 kali, menyisir rambut, pakaian rapi dan makan tanpa bantuan. Selain itu, pasien mampu bersikap kooperatif, pasien mampu menjelaskan manfaat menjaga kebersihan diri, dan pasien mampu menunjukkan motivasi dalam melakukan perawatan diri secara rutin

Komponen intervensi keperawatan terdiri dari label, definisi dan tindakan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan meliputi Tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Tabel 1.
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4	5
1	Defisit perawatan diri berhubungan dengan isolasi sosial dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ makan/ toilet/ berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan n selama 7x pertemuan selama 20 menit maka, perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Hubungan terapeutik meningkat 2. Kemampuan mandi meningkat	1. Lakukan bina hubungan saling percaya (BHSP) Dukungan Perawatan Diri Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan 4. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri	1. Meningkatkan rasa aman dan nyaman dengan pasien Dukungan Perawatan Diri Observasi 1. Untuk mengetahui kebiasaan perawatan diri pada pasien sehingga perawat dapat menentukan kebutuhan bantuan yang sesuai dengan tahap perkembangan dan kemampuan pasien. 2. Untuk menilai kemampuan pasien dalam melakukan

1	2	3	4	5
		3. Kemampuan mengen akan pakaian mening kat	5. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 6. Monitor kebersihan tubuh (mis,rambut, mulut, kulit, kuku) 7. Monitor integritas kulit	aktivitas perawatan diri secara mandiri serta menentukan tingkat bantuan yang diperlukan
		4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) mening kat	Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)	3. Untuk memastikan ketersediaan alat yang diperlukan sehingga pasien dapat melakukan aktivitas perawatan diri secara optimal.
		5. Verbalisasi keinginan an melaku kan perawat a diri mening kat	2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	4. Untuk menyesuaikan tindakan perawatan diri dengan kebutuhan perkembangan serta nilai dan kebiasaan budaya pasien
		6. Minat melaku kan perawat an diri mening kat	4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	5. Untuk mengetahui tingkat

1	2	3	4	5
		7. Mempertahankan kebersihan diri	5. Fasilitas kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	ketergantungan sehingga bantuan yang diberikan sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan pasien.
		8. Mempertahankan kebersihan mulut	6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	6. Untuk menilai tingkat kebersihan diri pasien yang berkaitan dengan kebersihan tubuh.
		meningkatkan	7. Sediakan peralatan mandi (mis, sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)	7. Untuk mendeteksi secara dini adanya kerusakan kulit seperti iritasi, luka, atau infeksi.
			8. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman	Terapeutik
			9. Fasilitas menggosok gigi, sesuai kebutuhan	1. Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan rasa aman dan motivasi pasien
			10. Fasilitas mandi, sesuai kebutuhan	
			11. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri	
			12. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian.	
		Edukasi		

1	2	3	4	5
			1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	untuk melakukan perawatan diri
			2. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan	2. Penyediaan perlengkapan pribadi dapat memudahkan pasien untuk melakukan aktivitas perawatan diri.
			3. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, <i>jika perlu</i>	3. Pendampingan dapat membantu meningkatkan keterampilan dan kepercayaan diri pasien hingga mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.
			Kolaborasi	
			1. Kolaborasi pemberian obat (mis, analgesik, antiemeti)	4. Membantu pasien memahami keterbatasannya sehingga mampu menerima bantuan tanpa menimbulkan
			Dukungan	
			1. Dukunagn dari tenaga kesehatan, keluarga dan teman untuk membantu meningkatkan perawatan diri	

1	2	3	4	5
				stres atau penolakan.
				5. Untuk meningkatkan kemampuan pasien secara bertahap tanpa mengurangi kesempatan pasien untuk belajar secara mandiri
				6. Jadwal yang teratur dapat membantu membentuk kebiasaan dan meningkatkan konsistensi untuk melakukan perawatan diri.
				7. Ketersediaan alat mandi memudahkan pasien untuk menjaga kebersihan diri dan mencegah masalah kesehatan

1	2	3	4	5
				8. Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien
				9. Menjaga kebersihan mulut serta mencegah penyakit gigi dan mulut.
				10. Membantu menjaga kebersihan tubuh serta mencegah infeksi kulit dan bau badan.
				11. Untuk membantu pasien mempertahankan perilaku hidup bersih dan perawatan diri
				12. Untuk memastikan bantuan yang diberikan sesuai dengan

1	2	3	4	5
				kemampuan pasien
				Edukasi
				1. Untuk membentuk kebiasaan hidup bersih serta meningkatkan kemandirian pasien
				2. Meningkatkan pengetahuan pasien sehingga muncul kesadaran untuk menjaga kebersihan diri.
				3. Untuk mengajarkan keluarga agar mengetahui cara memandikan pasien, jika perlu
				Kolaborasi
				1. Terapi farmakologis membantu mengontrol gejala gangguan mental sehingga

1	2	3	4	5
				pasien lebih mampu melakukan aktivitas perawatan diri
				Dukungan
				1. Dukunagn dari tenaga kesehatan, keluarga serta teman mampu menunjang peningkatan perawatan diri

Sumber : (PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019; PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari berbagai tindakan yang sebelumnya telah direncanakan, dengan maksud untuk memenuhi kebutuhan pasien secara maksimal. Tahapan implementasi dalam keperawatan ini meliputi rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat guna membantu klien berpindah dari kondisi kesehatan yang sedang bermasalah menuju keadaan yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Dalam tahap implementasi ini, perawat yang berperan secara langsung dalam proses perawatan pasien menjalankan rencana asuhan yang telah disusun tersebut (Ekaputri et al., 2024).

Tabel 2.
Implementasi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Temu	Tindakan Keperawatan	Respon	Tanda tangan
1	2	3	4	5
Defisit perawatan diri berhubungan dengan isolasi sosial	Temu 1	1. Melakukan hubungan bina saling percaya	<i>Subjective :</i> 1. Memberi salam, menyebutkan nama,usia,alamat, hobi <i>Objective :</i> 1. Tampak merespon ucapan salam, tampak kooperatif,	Perawat dan
	Temu 2	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	<i>Subjective :</i> 1. Menjelaskan kemampuan dan kebiasaan perawatan diri , mandi berapa kali dalam sehari, menggosok gigi dan perawatan diri lainnya 2. Mengetahui dan sanggup menggunakan alat-alat yang diperlukan untuk perawatan diri <i>Objective :</i> 1. Tampak kooperatif saat menjelaskan saat	Perawat

1	2	3	4	5
			menjelaskan kemampuan dan kebiasaan mandi serta mengetahui penggunaan alat-alat perawatan diri.	
Temu 3	1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Memonitor kebersihan tubuh mis,rambut,mulut, kulit,kuku	Subjective :	Perawat	
		1. Menjelaskan tingkat kemandirian dalam menjalankan aktivitas perawatan diri seperti halnya mandi,menggosok gigi,berhias,make up,BAB/BAK		
		2. Memperlihatkan kondisi kebersihan rambut, membuka mulut untuk diperiksa kebersihan gigi dan mulut, memperlihatkan kondisi kulit,, menunjukan kuku tangan dan kaki, mencoba melakukan menyisir.		
		Objective :		
		1. Tampak kooperatif ketika menjelaskan		

1	2	3	4	5
			kemandirian dalam perawatan diri dan memperlihatkan kebersihan tubuh	
	Temu 4	1. Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	<i>Subjective :</i> 1. Mendengarkan dan memahami penjelasan yang diberikan pentingnya mandi serta pengaruh jika tidak menjaga kebersihan diri 2. Menunjukkan kemauan untuk melakukan perawatan diri, mencoba melakukan kegiatan kebersihan diri. <i>Objective :</i> 1. Tampak memahami penjelasan yang diberikan mengenai pentingnya kebersihan diri serta memiliki keinginan untuk merawat perawatan diri.	Perawat

1	2	3	4	5
	Temu 5	1. Menyediakan peralatan mandi (mis, sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) 2. Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan.	<i>Subjektive :</i> 1. Mengatakan bersedia menggunakan peralatan mandi yang telah disediakan guna membersihkan diri seperti halnya mandi, menggosok gigi, dan merawat tubuh 2. Melakukan kegiatan mandi dengan bantuan atau arahan sesuai kebutuhan sampai kebersihan tubuh terpenuhi <i>Objektive :</i> 1. Tampak menggunakan peralatan mandi yang telah disediakan dan tampak kooperatif melakukan kegiatan mandi	Perawat
	Temu 6	1. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, privasi) 2. Memfasilitasi kebutuhan sikat gigi	1. Mengatakan nyaman jika kegiatannya dilaksanakan di luar atau di dalam 2. Menggunakan alat sikat gigi yang disediakan	Perawat

1	2	3	4	5
			untuk membersihkan gigi dan mulut secara mandiri atau bantuan sesuai kebutuhan. <i>Objective :</i> 1. Tampak kooperatif ketika melakukan perawatan diri menyikat gigi	
	Temu 7	1. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 2. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	<i>Subjective :</i> 1. Bersedia menjalankan perawatan diri dengan pendampingan , mengikuti arahan perawat 2. Mau melakukan perawatan diri secara teraturan sesuai kemampuan <i>Objektive :</i> 1. Tampak sudah ada keinginan dalam melakukan perawatan diri	Perawat

Sumber : (PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019: PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia,2018)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dalam keseluruhan rangkaian proses keperawatan, di mana dilakukan suatu penilaian guna menentukan sejauh mana target yang telah ditetapkan dalam perencanaan asuhan keperawatan berhasil dicapai. Kegiatan evaluasi dalam asuhan keperawatan ini memiliki tujuan utama untuk menjamin bahwa pasien memperoleh pelayanan yang lebih optimal, baik dari segi efisiensi maupun efektivitas, yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifiknya, sehingga pada akhirnya pasien dapat merasakan tingkat kepuasan yang lebih tinggi serta mengalami peningkatan kondisi kesehatannya (Ekaputri et al., 2024).

Evaluasi keperawatan terdiri atas dua jenis, yakni evaluasi formatif (evaluasi proses) yang memiliki fokus terhadap proses dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi tersebut dilakukan segera setelah tindakan keperawatan diberikan guna mengukur efektivitas tindakan. Evaluasi sumatif (evaluasi hasil) dijalankan setelah seluruh aktifitas keperawatan selesai (Ekaputri et al., 2024). Menurut Widuri (2023) untuk penentuan suatu masalah telah teratasi ataupun belum teratasi melalui perbandingan komponen SOAP (*Subjective, Objective, Analisi, Planning*) dengan tujuan serta kriteria hasil yang sudah dirumuskan sebagai berikut :

a. Subjective

Data *subjective* ialah ungkapan yang disampaikan oleh klien setelah diberikan tindakan keperawatan.

b. Objective

Data *objective* merupakan informasi yang diperoleh dari hasil observasi, penilaian, pengukuran, yang dijalankan perawat selepas tindakan keperawatan dilaksanakan.

c. Analisis

Analisis dilakukan dengan melakukan perbandingan data *subjective* dan *objective* terhadap tujuan serta kriteria hasil, setelah itu disimpulkan bahwa permasalahan keperawatan teratasi atau tidak teratasi.

d. Planning

Perencanaan ialah penyusunan rencana lanjutan yang hendak dijalankan berlandaskan atas hasil analisis evaluasi yang telah dilakukan.

Tabel 3.
Evaluasi Keperawatan

Temu	Diagnosis Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
Temu 1	Defisit perawatan diri berhubungan dengan isolasi sosial	<i>Subjective :</i> Memberi dan mengucapkan salam, menyebutkan nama,usia,alamat, hobi <i>Objective :</i> Tampak merespon ucapan salam, tampak kooperatif, <i>Assesment :</i> Tujuan 1 tercapai <i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi temu 2	Perawat
Temu 2		<i>Subjective :</i> Menjelaskan kemampuan dan kebiasaan perawatan diri , mandi berapa kali dalam sehari, menggosok gigi dan perawatan diri lainnya. Mengetahui serta sanggup memakai alat-alat yang dibutuhkan guna perawatan diri <i>Objective :</i> Tampak kooperatif saat menjelaskan saat menjelaskan kemampuan dan kebiasaan mandi	Perawat

1	2	3	4
		serta mengetahui penggunaan alat-alat perawatan diri. <i>Assesment :</i> Tujuan 2 tercapai <i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi temu 3	
Temu 3		<i>Subjective :</i> Menjelaskan tingkat kemandirian dalam menjalankan kegiatan perawatan diri seperti mandi, menggosok, gigi, berhias, makan, BAB/BAK. Memperlihatkan kondisi kebersihan rambut, membuka mulut untuk diperiksa kebersihan gigi dan mulut, memperlihatkan kondisi kulit,, menunjukan kuku tangan dan kaki, mencoba melakukan menyisir. <i>Objective :</i> Tampak kooperatif ketika menjelaskan kemandirian dalam perawatan diri dan memperlihatkan kebersihan tubuh <i>Assesment :</i> Tujuan 3 tercapai <i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi temu 4	Perawat
Temu 4		<i>Subjective :</i> Memahami penjelasan yang diberikan pentingnya mandi dan dampak jika tidak menjaga kebersihan diri .Mengatakan kemauan untuk melakukan perawatan diri, mencoba melakukan kegiatan kebersihan diri. <i>Objective :</i> Tampak memahami penjelasan yang diberikan mengenai	Perawat

1	2	3	4
		pentingnya kebersihan diri dan mau melakukan perawatan diri. <i>Assement :</i> Tujuan 4 tercapai <i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi temu 5	
Temu 5		<i>Subjective :</i> Mengatakan bersedia menggunakan peralatan mandi yang telah disediakan untuk menjalankan kebersihan diri seperti halnya mandi, menggosok gigi, dan merawat tubuh. Melakukan kegiatan mandi dengan bantuan atau arahan sesuai kebutuhan sampai kebersihan tubuh terpenuhi <i>Objective :</i> Tampak menggunakan peralatan mandi yang telah disediakan dan tampak kooperatif melakukan kegiatan mandi <i>Assement :</i> Tujuan 5 tercapai <i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi temu 6	Perawat
Temu 6		<i>Subjective :</i> Mengatakan nyaman jika kegiatannya dilaksanakan di luar atau di dalam. Menggunakan alat sikat gigi yang disediakan untuk membersihkan gigi dan mulut secara mandiri atau bantuan <i>Objective :</i> Tampak kooperatif ketika melakukan perawatan diri menyikat gigi <i>Assement :</i> Tujuan 6 tercapai <i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi temu 7	

1	2	3	4
Temu 7	<i>Subjective :</i> Bersedia melakukan perawatan diri dengan pendampingan , mengikuti arahan perawat. Mau melakukan perawatan diri secara teratur sesuai kemampuan <i>Objective :</i> Tampak sudah ada keinginan dalam melakukan perawatan diri <i>Assesment :</i> Tujuan 7 tercapai <i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi untuk menangani diagnosis keperawatan yang kedua.		

Sumber : (PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019: PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia,2018)

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi ialah bukti dari kegiatan pencatatan atau pelaporan seluruh aktivitas yang berkaitan dengan pemberian atau pelayanan pada proses keperawatan yang bermanfaat bagi klien, perawat maupun tim kesehatan yang lain. Dokumentasi keperawatan juga dapat diartikan sebagai kumpulan informasi yang lengkap meliputi kondisi kesehatan klien, kebutuhan yang diperlukan, tindakan keperawatan yang diberikan, serta respons pasien terhadap asuhan keperawatan yang diterima (Gasper, 2025).