

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Menurut *World Health Organization* (2025) Skizofrenia adalah gangguan mental berat yang bersifat kronis dan kompleks. Gangguan ini termasuk dalam kelompok gangguan psikotik, yang ditandai oleh perubahan besar dalam cara seseorang melihat realitas, berpikir, merasakan, dan berperilaku. Individu yang mengalami skizofrenia dapat menunjukkan gejala seperti delusi (keyakinan salah meskipun ada bukti sebaliknya), halusinasi (mis. mendengar suara yang tidak ada), pikiran yang tidak teratur, serta perilaku yang tidak sesuai dengan konteks sosial atau realitas yang berlaku. Skizofrenia sering dimulai pada akhir masa remaja atau awal dewasa, memengaruhi kemampuan seseorang berfungsi secara sosial, pendidikan, dan pekerjaan, dan seringkali berlangsung lama serta memerlukan perawatan berkelanjutan. Selain gejala-gejala psikotik tersebut, orang dengan skizofrenia sering mengalami gangguan fungsi kognitif seperti kesulitan memusatkan perhatian, mengingat informasi, atau merencanakan tindakan serta gejala negatif seperti kehilangan motivasi, penurunan ekspresi emosi, dan penarikan sosial. Kondisi ini menyebabkan disabilitas yang signifikan dan berkontribusi pada tantangan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari.

2. Penyebab Skizofrenia

Menurut (B. et al., 2025) Skizofrenia tidak disebabkan oleh satu faktor tunggal, tetapi merupakan hasil interaksi antara faktor genetik, neurobiologis, dan lingkungan.

a. Genetik & Molekuler

Penelitian genetik modern menunjukkan bahwa predisposisi genetik memainkan peran penting dalam risiko skizofrenia. Studi-studi besar menunjukkan bahwa banyak varian genetik yang secara bersama-sama meningkatkan kerentanan terhadap skizofrenia, meskipun masing-masing memiliki efek kecil. Ini berarti bahwa risiko genetik bukan berasal dari satu gen saja, melainkan dari kumpulan varian yang kompleks.

b. Neurobiologi

Disfungsi neurotransmiter seperti dopamin dan glutamat dianggap sebagai mekanisme penting dalam patogenesis skizofrenia. Ketidakseimbangan dopamin di beberapa bagian otak dikaitkan dengan gejala positif (mis. halusinasi), sementara gangguan glutamat dan GABA dapat memengaruhi gejala negatif dan kognitif.

c. Lingkungan & Psikososial

Faktor lingkungan seperti stres berat, infeksi prenatal, trauma masa kanak-kanak, serta paparan zat psikoaktif juga berkontribusi terhadap risiko onset skizofrenia. Interaksi antara kerentanan genetik dan stres lingkungan menjadi kunci dalam perkembangan gangguan ini.

3. Klasifikasi

Skizofrenia (Britannica Online Encyclopedia, 2019) secara tradisional diklasifikasikan berdasarkan pola gejala dominan yang muncul. Meskipun manual

diagnostik terbaru (DSM-5) tidak menekankan subtipis, konsep subtipis masih penting dalam praktik klinis dan pemahaman fenomena gangguan ini:

a. Paranoid

Tipe ini ditandai dominasi oleh delusi paranoid dan halusinasi, terutama suara yang tidak nyata. Penderitaanya umumnya tetap bisa menjaga struktur berpikir lebih baik dibanding jenis lain.

b. Disorganized (Hebektik)

Ditandai oleh pembicaraan yang tidak teratur, perilaku yang tidak terkoordinasi, serta afek yang tidak sesuai konteks.

c. Katatonik

Menunjukkan gangguan motorik ekstrem; pasien bisa sangat kaku, tidak bergerak dalam waktu lama, atau menunjukkan aktivitas motorik yang berulang tanpa tujuan.

d. Residual

Skitzofrenia residual berarti gejala psikotik akut telah mereda, tetapi gejala negatif atau gangguan fungsi sosial masih menetap.

e. Tak Terdiferensiasi

Digunakan bila gejala tidak cukup jelas untuk ditempatkan ke dalam salah satu subtipis tertentu.

4. Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia merupakan proses neurobiologis kompleks yang melibatkan ketidakseimbangan neurotransmiter, perubahan struktur dan konektivitas otak, serta keterlibatan mekanisme inflamasi dan faktor genetik. Secara klasik, gangguan ini dijelaskan melalui hipotesis dopamin, yaitu adanya

hiperaktivitas dopamin pada jalur mesolimbik yang berkontribusi terhadap munculnya gejala psikotik, serta hipoaktivitas dopamin pada jalur mesokortikal yang berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif dan afektif. Namun, teori ini berkembang dengan ditemukannya peran sistem glutamat, khususnya hipofungsi reseptor NMDA, yang menyebabkan gangguan regulasi dopamin dan disfungsi transmisi sinaptik di korteks prefrontal serta sistem limbik. Penelitian terbaru juga menunjukkan adanya keterlibatan proses neuroinflamasi, seperti peningkatan sitokin proinflamasi dan aktivasi mikroglia yang menyebabkan stres oksidatif serta gangguan konektivitas neuron. Selain itu, pemeriksaan neuroimaging menunjukkan perubahan struktural berupa pembesaran ventrikel lateral, penurunan volume korteks prefrontal, serta gangguan white matter, yang mendukung teori bahwa skizofrenia merupakan gangguan neurodevelopmental akibat interaksi faktor genetik dan lingkungan sejak fase awal kehidupan. Dengan demikian, patofisiologi skizofrenia dipahami sebagai hasil interaksi multifaktorial antara disfungsi neurotransmiter (dopamin dan glutamat), inflamasi, perubahan struktur otak, serta faktor genetik yang bersama-sama memunculkan gangguan kognitif, emosional, dan perseptual. (Najak et al., 2025)

5. Tanda dan Gejala

Skizofrenia ditandai oleh gambaran gejala yang luas, yang biasanya dibagi dalam tiga kelompok besar:

4. Gejala Positif

Kelompok ini termasuk tambahan perilaku yang tidak terlihat pada individu sehat:

- 1) Delusi (keyakinan kuat yang salah)
- 2) Halusinasi (mendengar suara yang tidak nyata)

- 3) Pikiran/terapan yang tidak teratur
- 4) Perilaku yang tidak konsisten atau tidak sesuai

b. Gejala Negatif

Ini mencerminkan hilangnya fungsi normal:

- 1) Penurunan ekspresi emosi
- 2) Avolisi (kurangnya motivasi)
- 3) Anhedonia (tidak merasakan kesenangan)
- 4) Penarikan sosial

c. Gangguan Kognitif

- 1) Kesulitan memusatkan perhatian
- 2) Gangguan memori kerja
- 3) Hambatan dalam perencanaan dan pengambilan keputusan

WHO menyatakan bahwa kombinasi gejala-gejala ini mengganggu fungsi sosial, pendidikan, dan pekerjaan secara signifikan. Gejala positif sering lebih mudah dikenali secara klinis, sedangkan gejala negatif dan kognitif sering menetap lebih lama dan menjadi sumber disabilitas jangka panjang.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia menurut WHO 2025 melibatkan kombinasi terapi farmakologis dan non-farmakologis untuk mengurangi gejala, mencegah relaps, serta meningkatkan fungsi sosial dan kualitas hidup.

a. Farmakoterapi

Obat antipsikotik merupakan terapi lini pertama, terutama antipsikotik generasi kedua (mis. risperidone, aripiprazole). Obat-obat ini bekerja dengan memodulasi aktivitas dopamin dan serotonin di otak, sehingga membantu mengurangi gejala

psikotik seperti halusinasi dan delusi. Tetapi farmakologi harus disesuaikan secara individual karena respons dan efek samping tiap pasien berbeda.

b. Psikoterapi

Cognitive Behavioral Therapy (CBT): membantu pasien mengatasi dan mengelola pikiran serta perilaku yang berkaitan dengan gejala.

Psikoreduksi: mendidik pasien dan keluarga tentang penyakit, manajemen obat, serta cara menghadapi stigma.

Terapi Keluarga: memperbaiki komunikasi dan dukungan sosial.

c. Rehabilitasi Psikososial

Rehabilitasi sosial, pelatihan keterampilan sosial, serta program kerja atau pendidikan dapat membantu pasien berfungsi lebih baik di masyarakat.

d. Pendekatan Berbasis Komunitas

Pasir kesehatan, dukungan keluarga, serta layanan kesehatan mental berbasis komunitas merupakan bagian penting dari penatalaksanaan jangka panjang.

Model perawatan holistik ini secara signifikan membantu mengurangi risiko dan meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia.

B. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya. Pasien dinyatakan terganggu kesehatannya dan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri. Karena aktivitas perawatan diri menurun terjadi defisit perawatan diri pada pasien

gangguan jiwa. Defisit perawatan diri tampak dari ketidak mampuan merawat kebersihan diri, makan, berbias diri dan eliminasi secara mandiri (Rochmah, 2023)

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi seseorang yang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menjaga rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang sering pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian dalam merawat diri. Kondisi ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan dan diawasi oleh orang sekitar. (Wati et al., 2023)

2. Etiologi

Faktor Predisposisi dan faktor precipitasi defisit perawatan diri menurut (Widodo et al., 2022).

a. Faktor Predisposisi

1) Biologis

Sering kali 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

Adanya faktor perkembangan yang menunjang peranan yang tidak kalah penting dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu

sehingga perkembangan inisiatif terganggu. Pasien gangguan jiwa mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien gangguan jiwa tidak peduli terhadap dirinya dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

3) Sosial

Kurangnya dukungan social dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor Presipitasi

Faktor pemicu yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kurangnya logat/persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir, sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berbisnis secara mandiri, dan buang air besar atau kecil (toiletting) secara mandiri (Widodo et al., 2022).

Menurut SDKI (2017), adapun penyebab dari defisit perawatan diri, yaitu:

- 1) Gangguan muskuloskeletal
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologi dan/atau psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat

3. Tanda dan Gejala

Menurut SDKI (2017), tanda dan gejala defisit perawatan diri yaitu:

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

1) Menolak melakukan perawatan diri

b. Objektif

- 1) Tidak mampu mandiri/mengemakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
- 2) Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

(tidak tersedia)

1. Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongan di bagi menjadi 2 yaitu:

a. Mekanisme koping adaptif Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan. Kategori ini adalah klien bisa memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.

b. Mekanisme koping maladaptif Mekanisme koping yang mengganggu fungsi integrasi, memisah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung mengatasi lingkungan. Kategorinya adalah tidak mau merawat diri (Syahri, 2019).

2. Rentang Respon

Rentang respon perawatan diri pada pasien defisit perawatan diri menurut (Mega & Unirwan, 2025) adalah sebagai berikut :

1. 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

2. Jelaskan dan melatih pasien perawatan kebutuhan diri : berbaring

a) Melatih pasien memasukkan kegiatan berbaring dalam jadwal kegiatan harian
b) Mendiskusikan tentang cara perawatan diri berbaring (alat yang dibutuhkan, kegiatan berbaring, cara berbaring, waktu berbaring, manfaat berbaring, kegiatan jika tidak berbaring

c) Melalui cara berbaring

d) Melatih pasien memasukkan kegiatan berbaring 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 kegiatan jika tidak makan/minum

b) Melalui cara perawatan diri : makan/minum

- c) Melatih pasien memasukkan kegiatan makan/minum dalam jadwal kegiatan harian.
- 4. Latih cara melakukan perawatan diri : BAB/BAK
 - a) Mendiskusikan cara perawatan diri BAB/BAK (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.

C. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data-data. Bermanfaat untuk membantu dalam mengidentifikasi status kesehatan klien, pola pertahanan klien, kekuatan klien, dan merumuskan diagnosis keperawatan pada klien.

a. Identitas

1) Identitas Klien

Melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama pasien, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia pasien dan No. RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat

2) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan pasien.

b. Alasan MR5

Menanyakan kepada klien/keluarga mengenai penyebab klien/keluarga datang ke rumah sakit, hal yang sudah dilakukan untuk mengatasi masalah yang terjadi, serta hasilnya. Umumnya klien yang mengalami defisit perawatan diri datang atau dirawat di rumah sakit karena suka menyendiri, penampilannya sangat kotor, menunjukkan ketidakmampuan untuk merawat diri secara mandiri. Sering kali disebabkan oleh kondisi fisik, mental, atau emosional yang menghambat kemampuan klien. Keluarga mungkin telah mencoba untuk mengatasi masalah ini dengan memberikan bantuan langsung dan menggunakan alat bantu. Namun, tidak ada perubahan dan klien malah semakin menjadi-jadi.

c. Faktor Predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa di masa lalu, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan, mengalami, atau menyaksikan penganiyaan fisik, seksual, pemukulan dan lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal, apakah ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, apakah pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/perpisahan/kematian, trauma seperti tanah berdarah) yang pernah dialami pada masa lalu.

d. Faktor Presipitasi

Pasien dengan defisit perawatan diri dapat dipengaruhi oleh penurunan motivasi akibat trauma masa lalu, kecemasan, kerusakan kognisi atau persepsi yang menghambat kemampuan berpikir dan bertindak, serta kondisi fisik seperti kelelahan atau kelemahan. Faktor-faktor ini dapat menyebabkan individu

keblangannya kompromis dan kemauan untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri.

e. **Fonemik dan Fisik**

Pemeriksaan tanda-tanda vital klien seperti: tekanan darah, nadi, suhu badan serta pernapasan, mengukur berat badan dan tinggi badan klien, analisis adanya kesulitan atau penurunan, tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien, dan kaji lebih lanjut soal keluhan yang ada.

f. **Psikososial**

1) **Genogram**

Genogram yang menggambarkan hubungan klien dan keluarga, masalah komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Genogram minimal tiga generasi.

2) **Konsep Diri**

a) **Gambaran Diri**

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b) **Identitas Diri**

Tanyakan status dan posisi klien sebelum dirawat kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau Perempuan, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya di sekolah, tempat kerja, kelompok, masyarakat, lingkungan tempat tinggal, dan organisasi.

c) Peran

Tanyakan tugas atau peran yang diambil dalam keluarga, kelompok atau masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan tugas atau peran tersebut.

d) Ideal Diri

Tanyakan harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas atau peran, harapan klien terhadap lingkungannya, harapan klien terhadap penyakitnya.

e) Harga Diri

Tanyakan hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, penilaian atau penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

3) Hubungan Sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup klien, tanyakan upaya yang bisa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

4) Spiritual

Tanyakan tentang nilai dan keyakinan pasien, kegiatan ibadah serta kepuasan pasien dalam menjalankan ibadah.

g. Status Mental

1) Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak senonjol, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian. Pasien dengan defisit perawatan diri biasanya berpakaian tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai dan cara berpakaian pasien tidak seperti biasanya, kuku panjang, rambut kusam, dan pakaian kotor.

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri.

2) Pembicaraan

Amati apakah pembicaraan pada klien cepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lambat. amati apakah pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tidak berkaitan. Apakah pasien berbicara lambat, membisu, dan tidak mampu memulai pembicaraan.

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri.

3) Aktivitas motorik

Pasien dengan defisit perawatan diri cenderung tampak lesu, tegang, gelisah sering menyendiri, dan tremor.

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

4) Alam perasaan.

- a) Sedih, putus asa, pembisa yang berlebihan salah jelas
- b) Ketakutan, objek yang ditakuti sudah jelas.
- c) Khawatir, objeknya belum jelas.
- 5) Afek

Kaji afek emosi klien terhadap lingkungan disekitar.

6) Interaksi selama wawancara

- a) Tidak kooperatif : klien tidak mampu menjawab pertanyaan saat wawancara secara spontan.
- b) Mudah tersinggung
- c) Kontak mata kurang : klien tidak mampu menatap lawan bicara.

- d) Selama curiga : klien menunjukkan sikap tidak percaya terhadap perawatnya atau orang lain.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

7) Persepsi.

Kaji halusinasi yang dialami oleh klien. Seperti berhalusinasi mendengarkan sesuatu, melihat sesuatu, pengucap mengucap sesuatu, perabaan meraba sesuatu. Serta umumkan isi halusinasi dan frekuensi gejala yang timbul pada saat klien berhalusinasi.

8) Proses pikir

a) Arus Pikir

Kaji pembicaraan pada klien saat berinteraksi dengan orang-orang disekitarnya.

b) Isi Pikir

Kaji isi pikiran pada klien saat berinteraksi dengan orang-orang disekitarnya.

c) Bentuk Pikir

Kaji tentang bentuk pikir pada klien saat berinteraksi dengan orang-orang disekitarnya.

9) Tingkat kesadaran

Pada proses defisit perawatan diri tingkat kesadaran klien biasanya bingung dan sering melalui wawancara atau observasi.

10) Memori

a) Gangguan daya ingat jangka Panjang, tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan

b) Gangguan daya ingat jangka pendek, tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.

c) Gangguan daya ingat saat ini, tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.

d) Kontribusi, pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memunculkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

11) Tingkat konsentrasi dan perhatian

Kaji tentang bagaimana konsentrasi klien saat diajak berinteraksi dan apakah klien mampu berhitung pada benda- benda nyata.

12) Kemampuan penilaian

Kaji mengenai kemampuan klien dalam menilai situasi atau hal baru, dan bandingkan dengan yang sebelumnya.

13) Daya tilik diri

Kaji apakah klien mengenali penyakit yang diderita dan menyebutkan hal-hal yang diluar dirinya.

h. Kebutuhan Persiapan Psilog

Kaji mengenai pola makan, pola eliminasi, mandi, berpakaian, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, kegiatan di dalam rumah dan kegiatan di luar rumah.

i. Mekanisme Koping

Data didapatkan melalui wawancara dengan pasien dan keluarganya.
Mekanisme koping terbagi dua yaitu:

1) Mekanisme koping jangka pendek

a) Memberikan pelarian sementara dari krisis identitas

b) Memberikan identitas pengganti sementara

c) Sementara memperlakukan atau meniadakan rasa malu dengan diri

2) Mekanisme coping jangka Panjang

a) Menatap identitas

b) Identitas negatif, yaitu asumsi yang berlawanan dengan nilai dan harapan masyarakat

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Kaji mengenai masalah yang berhubungan dengan pendidikan, pekerjaan, ekonomi, pelayanan kesehatan dan lingkungan.

k. Tingkat Pengetahuan

Kaji mengenai masalah yang berkaitan dengan tingkat Pendidikan pasien misalnya tentang penyakit fisik, gangguan jiwa, factor predisposisi dan faktor precipitasi, mekanisme coping serta obat-obatan.

l. Aspek Medis

Merupakan diagnosa medis yang menyangkut masalah psikososial, obat-obatan pasien saat ini baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lainnya.

Pohon Masalah



Gambar 2. Pohon Masalah Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNL 2017).

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada Defisit Perawatan Diri menurut SDKI (2017), sebagai berikut:

Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/miut dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengosokkan pakuat/makan/ke toilet-berhis secara mandiri, miut melakukan perawatan diri kurang.

3. Rencana Keperawatan

Tabel 1.
Rencana Keperawatan Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

NO	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SIKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4	5
1	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 8 x 20 menit pasien mampu	Observasi 1. Membina hubungan saling percaya (BISP)	Observasi 1. Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas

1	2	3	4	5
	Perawatan Diri Meningkat (L- 11103) dengan kebersihan diri :	2. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	perawatan diri sesuai usia	2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian
1. Kemampuan mandi meningkat	3. Kemampuan mengontrol pakaian meningkat	3. Memantau tingkat kemandirian	3. Untuk mengetahui kebersihan alat bantu kehidupan	
3. Kemampuan makan meningkat	4. Kemampuan ke- tutut (DIABETES) meningkat	4. Mengidentifikasi kebersihan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	4. Untuk mengetahui jenis bantuan yang dibutuhkan	
5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	5. Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan	5. Untuk mengetahui kebersihan tubuh (rambut, mulut, kulit, kuku)	
7. Mengetahui kebersihan diri meningkat	8. Mengetahui kebersihan mulut meningkat	6. Memantau kebersihan tubuh (rambut, mulut, kulit, kuku)	6. Untuk mengetahui integritas kulit	Terapeutik
		7. Memantau integritas kulit	7. Agor pasien mencari lebih nyaman dan efektif	
		<i>Terapeutik</i>		

1	2	3	4	5
			1. Menyediakan	2. Menyiapkan
			lingkungan yang	keperluan pribadi
			terseputuk	(sikat gigi,
			<i>Catascan etika</i>	shampoo dan
			dan pribadi)	sabun mandi)
		2. Menyajikan	3. Memfasilitasi	
		keperluan	untuk menerima	
		pribadi (sikat	keadaan	
		gigi, shampoo	keperluan	
		dan sabun	4. Menjadwalkan	
		mandi.	rutinitas perawatan	
		3. Memfasilitasi	diri	
		untuk menerima	5. Menyediakan	
		keadaan	perlengkapan mandi	
		keperluan	(sabun, sikat gigi,	
		4. Menjadwalkan	shampoo)	
		rutinitas	6. Menyediakan	
		perawatan diri	lingkungan yang	
		5. Menyediakan	aman dan nyaman	
		perlengkapan mandi	7. Memfasilitasi	
		(sabun, sikat	menyusok gigi.	
		gigi, shampoo)	8. Memfasilitasi	
		6. Menyediakan	mandi	
		lingkungan yang		

1	2	3	4	5
			aman dan	8. Mempertahankan
			nyaman	kebiasaan
		7. Memfasilitasi	kebersihan diri	
		menggosok gigi,	<i>Edukasi</i>	
		sesuai kebutuhan	1. Mengajarkan	
		8. Memfasilitasi	melakukan	
		metode	perawatan diri	
		9. Mempertahankan	secara konsisten	
		kebiasaan		
		kebersihan diri		
		<i>Edukasi</i>		
		1. Mengajarkan		
		melakukan		
		perawatan diri		
		secara konsisten		
		serta		
		kebersihan		

4. Implementasi Keperawatan

Pada proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan

diantaranya observasi, tempestik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNL 2018).

Tabel 2.
Implementasi Keperawatan Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Diagnosis	Waktu	Intervensi	Respon	TTD & Nama
1	2	3	4	5
Defisit Perawatan Diri	Tanggal 1 Februari 2026	1. Mengucapkan salam, membina hubungan saling percaya (BHSPP), diagnosa masalah, menjelaskan tujuan, menjelaskan informasi consent, serta membuat kontrak.	5: Pasien tidak mampu mandi, diagen. O: Pasien tampak berjaln laru menaju kamar, pasien belum berjabat tangan dan pasien belum mau menjawab pertanyaan diri sepenuhnya.	 (Sitiati)
Defisit Perawatan Diri	Waktu 08.05-08.25	2. Mengucapkan salam, membina hubungan saling percaya (BHSPP), diagnosa masalah, menjelaskan tujuan, menjelaskan informasi consent, serta membuat kontrak.	5: Pasien tampak berjaln laru menaju kamar, pasien belum berjabat tangan dan pasien belum mau menjawab pertanyaan diri sepenuhnya.	

1	2	3	4	5
		Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan		
Definisi	Tema	2 Mengucapkan	S:	
Perawat Dini berhitung an dengan penurunan motivasi/m uat perawatan diri	Selena, 13 Februari 2026 Pukul 13.00- 13.20 Wita	salom, membina hubungan saling percaya (BHSB) Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berbina, dan makan Menyediakan lingkungan yang terapeutik (suzanna ridles dan privasi)	Pasien merasa menjawab pertanyaan dari perawat. O: Pasien tampak mau mengucapkan salam dan mau menjabat tangan, pasien tampak mulai melakukan komunikasi. Pasien masih tampak caga dan masuk mengikuti	 (Simel)

1	2	3	4	5
			pelaksanaan	
			pemberian	
			keperawatan.	
Defisit	Terus	3	Mengungkapkan	S:
Perawatan	Rabu, 14	salon, membeli	Pasien merasa	
Diri	Februari	habungan saling	merespon dan	
berhubungan	2026	percaya (BASP)	herbuzang	(Sinta)
an dengan	Pukul	Memonitor	bingung.	
penurunan	08.05-	kebersihan tubuh	O:	
motivasi/m	04.25	rambut, mulut,	Pasien terlihat	
gar	W/ta	kulit, kuku).	Jesu menjawab,	
perawatan		Memonitor	Rambut pasien	
diri		integritas kulit,	terlihat lepek,	
			kulit teras	
			kering dan kasar	
			serta kuku	
			terlihat panjang.	
Defisit	Terus	4	Mendiskusikan	S:
Perawatan	Rabu, 14	untuk menerima	Pasien mampu	
Diri	Februari	kasdan	menceritakan	
berhubungan	2026	keagartangan	keluhannya	(Sinta)
an dengan	Pukul		O:	
penurunan	13.00-			

Definit	Temp	3	Mengungkapkan	S:
Perawatan	Rabu,	14	saform. membina	Pasien mengu
Diri	Februari		hubungan saling	merespon dan
berhubungan	2026		percaya (BHSF)	berbantuan
an dengan	Pukul		Memorine	bincang.
penurunan	48,05-		kabemihan tubuh	O:
motivasi'm	48,25		rambut, kulit.	Pasien terlihat
inat	Wita		kulit, kuku).	Jesu menjawab.
perawatan			Memorine	Rambut pasien
diri			integritas kulit.	terlihat lepek,
				kulit teras
				kering dan kasar
				serta kuku
				terlihat panjang.

Defisit	Tuas	4	Menghasilkan	S:	
Pemeriksaan	Raba	1-4	untuk memeriksa	Pasien mampu	
Diri	Febuari	keaduan	menyerikan		
berhitung	2026	Ketergantungan	keluarganya	(Sama)	
as dengan	Pukul			O:	
penurunan	13.00-				

1	2	3	4	5
motivasi/m	13.20	Mengadwalkan	Pasien tampak	
inat	Wita	rutinitas	mendengarkan	
perawatan		perawatan diri	penjelasan	
diri			perawat. Pasien	
			tampak	
			mengganggu	
			sakit dibuktikan	
			jadwal, namun	
			belum	
			menunjukkan	
			inisiatif untuk	
			melaksanakan.	
			Eksponer wajah	
			masih datar dan	
			tampak kurang	
			berkembang.	
Defisit	Tema	5	Menyiapkan	S:
Perawatan	Kamis, 15	keperluan pribadi	Pasien	
Diri	Februari	(sikat gigi,	menyetujui	
berlubang	2026	shampoo dan	men coba	
an dengan	Pukul	sebuah mandi).	kegiatan baru,	
perencanaan	08.05-		O:	
motivasi/m				



(Sims)

1	2	3	4	5
alat	08.25	Menfasilitasi	Pasien mau	
perawatan	Wits	menggosok gigi,	menerima alat	
diri		sesuai kebutuhan,	mandi yang	
		Menfasilitasi	disiapkan,	
		mandi	Pasien mau	
			menggosok gigi	
			dengan arah,	
			Pasien mandi	
			dengan bantuan	
			dan dorongan	
			verbal dari	
			perawat.	
			Pasien mulai	
			terapak kurang	
			bersemangat dan	
			perlu motivasi	
			berulang.	
Defisit	Tema 6	Menyedinkan	S:	
Perawatan	Kasis. 15	lingkungan yang	Pasien mampu	 (Rina)
Diri	Februari	utama dan nyaman	menyebutkan	
berhubung	2026		perannya saat	
as dengan	Patrol		ini	
pekerjaan	15.00-		O:	

1	2	3	4	5
motivasi/m inat perawatan diri	13,20 Wita	Memantau tingkat komorbiditas	Pasien tampak lebih segar dibandingkan sebelumnya. Rambut tampak lebih rapi dan tidak terlalu lepek. Tingkat komorbiditas meningkat sebagian namun belum komorbiditas.	
Definit	Tema	7	Menperhatikan	5.
Perawatan Diri berhubungan m dengan perawatan motivasi/m inat perawatan diri	Jumat, 16 Februari 2026 Pukul 13,00- 13,20 Wita	kebiasaan kebersihan diri	Pasien tampak melakukan perubahan seperti mandi dan gosok gigi rutin. O: Pasien tampak sudah	 (Sinta)

1	2	3	4	5
			melakukan	
			sebagian	
			perawatan diri	
			(gosok gigi)	
			tanpa diarah,	
			Pasien masih	
			menunda mandi	
			dan parts	
			diorganisir,	
			Kebiasaan diri	
			mulai berubah,	
			namun motivasi	
			masih fluktuatif.	
Definit	Tema 8	Mengonjokkan	5.	
Perawatan	Subta. 17	melakukan	Pasien mampu	 (Sinta)
Diri	Februari	perawatan diri	melaksanakan	
berhubungan	2026	secara konsisten	jadwal barunya	
on dengan	Pukul	sesuai	dan menjelaskan	
psikomotorik	13,00-	kemampuan	hambatnya	
motivasi/m	13,20		melakukan	
ingat	Wjta		mandi	
perawatan			O:	
diri				

1	2	3	4	5
			Pasien tampak lebih kooperatif dan mampu menyebutkan pacingnya menjaga kebersihan diri. Pasien mampu melakukan perawatan diri dengan bantuan minimal. Kemandirian meningkat sebagian, namun belum stabil dan masih memerlukan motivasi serta pengawasan.	

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang meliputi perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang tercapai dengan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi asuhan keperawatan di dokumentasikan dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, dan Planning) (Nursalam, 2016)

Tabel 3.
Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Diagnosis	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD & Nama
1	2	3	4
Defisit Perawatan Diri	Tema 1 Senin, 13 Februari 2023 Pukul 08.25 Wita	<i>Subjective:</i> Pasien tidak mampu mandi, dngin. <i>Objective:</i> Pasien tampak berjalan kesemangutan, belum mau memukul/mengetuk, belum melakukan kontak mata. Pasien belum kooperatif dalam komunikasi. <i>Assessment:</i>	 (Sutro)

1	2	3	4
		Tujuan 1 (verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat) belum tercapai. Planning: Modifikasi dan lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan 1: Bina hubungan saling percaya secara konsisten. Gunakan komunikasi terapeutik dengan asda tenang dan empati. Berikan motivasi secara bertahap tanpa memaksa.	
Definit	Tema	2	 (Sinta)
Perawatan	Selasa, 13	Subjective:	
Diri	Februari	Pasien mampu menjawab pertanyaan dari perawat.	
berhubungan	2026	Objective:	
dengan	Pukul	Pasien mau mengucapkan salam dan berjabat tangan. Kontak mata terlihat ada, namun masih	
perawatan diri	13,20	Wita	
			menolak tindakan perawatan diri.
			Assessment:

1	2	3	4
		Tujuan 1 belum tercapai yaitu verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat. Planning: Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan 1 dan 2 (minat melakukan perawatan diri meningkat): Identifikasi kebutuhan alat kebersihan diri Sediakan lingkungan yang nyaman dan privat.	
Defisit	Tema 3	Subjective:	
Perawatan Diri	Raba. 14	Pasien mampu merespon dan berbisnis bercang.	
berhubungan	Fahrasi 2026	Objective:	
dengan	Pukul	Pasien sampai lesu. Rambut	
penurunan	08,25	lepek, kulit kering, luka	
motivasi/minut	Wita	panjang. Pasien kooperatif	
perawatan diri		dalam komunikasi.	
		Assessment:	
		Tujuan 1 tercapai.	



(Sintia)

1	2	3	4
		Tujuan 2 (minut melakukan perawatan diri meningkat) belum tercapai. Planning: Lanjutkan intervensi: Monitor kebersihan tubuh secara berkala. Edukasi pentingnya menjaga kebersihan diri. Jadwalkan rutinitas perawatan diri bersama pasien.	
Defisit	Tema 4	Subjective:	
Perawatan Diri	Raba, 14 Februari	Pasien mampu menceritakan keluhannya	
kebutuhan dengan pemenuhan motivasi/minut perawatan diri	2026	Objective:	
	Pukul 13.20	Pasien mendengarkan penjelasan, mengangguk saat dibuntak jadwal namun belum melaksanakan secara mandiri.	
	Wita	Assessment:	
		Tujuan 2 belum tercapai.	



(Sinta)

1	2	3	4
		Tujuan 3 (meningkatkan kebersihan diri meningkat) belum tercapai. Planning: Lanjutkan intervensi: Fasilitasi moodi dengan pengawasan minimal. Berikan reinforcement positif setelah selesai. Monitor tingkat kemandirian.	
Defisit	Tema 6	Subjective:	
Perawatan Diri	Kamis, 15 Februari 2026	Pasien wanita menyebutkan perawatnya saat ini (Sistem)	
berhubungan dengan penurunan motivasi/motivasi diri	Pukul 13.20 Wita	Objective: Pasien tampak lebih segar, rambut lebih rapi. Masih menunggu arahan sebelum melakukan perawatan diri. Assessment: Tujuan 3 belum tercapai. Kemandirian meningkat namun belum konsisten. Planning:	

1	2	3	4
		Lanjutkan intervensi:	
		Kurangi benturan secara bertahap	
		Dorong pasien memulai aktivitas tanpa disuruh.	
		Evaluasi kemampuan harian.	
Defisit	Tema 7	<i>Subjective:</i>	
Perawatan Diri	Jumat, 16 Februari 2026	Pasien mampu melakukan perubahan seperti mandi dan gosok gigi rutin.	
dengan pemantauan motivasi/minat perawatan diri	Pukul 13.20 Wita	<i>Objective:</i>	
		Pasien melakukan sebagian perawatan diri tanpa disuruh.	
		Masih menunda mandi	
		<i>Assessment:</i>	
		Tujuan 3 belum tercapai.	
		Tujuan 4 (mempertahankan kebersihan mulut meningkat) tercapai.	
		Motivasi masih fluktuatif.	
		<i>Planning:</i>	
		Lanjutkan intervensi:	



(Sinta)

1	2	3	4
		Pertahankan kebiasaan kebersihan mulut.	
		Edukasi pentingnya konsistensi mandi.	
		Berikan pengulangan positif atas ketepatan.	
Defisit	Terima	8	<i>Subjective:</i>
Perawatan Diri	Sabtu, 17 Februari 2026	Pasien mampu melaksanakan jadwal barunya dan menjelaskan kebutuhannya melakukan mandi.	 (Sinta)
dengan pemenuhan motivasi/minat perawatan diri	Pukul 13.20 Wita	<i>Objective:</i> Pasien mampu menyebutkan pentingnya menjaga kebersihan diri. Pasien melakukan perawatan diri dengan bantuan minimal. Masih perlu pengulangan dan motivasi. <i>Assessment:</i> Tujuan 1, 2, dan 4 tercapai. Tujuan 3 belum tercapai. <i>Planning:</i>	

1	2	3	4
		Lanjutkan intervensi untuk mempertahankan dan meningkatkan kemandirian. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Monitor tingkat kemandirian secara berkala. Libatkan pasien dalam evaluasi jadwal harian.	

5. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dokumentasi keperawatan tidak hanya mencerminkan kualitas perawat saja tetapi juga dapat membuktikan pertanggungjawaban setiap tim keperawatan. Oleh karena itu, jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan baik, akurat, obyektif, dan lengkap serta sesuai dengan standar asuhan keperawatan maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar. Tujuan utama dari dokumentasi adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mencapai kebutuhan pasien.

menawarkan tindakan, melaksanakan tindakan, dan mengevaluasi tindakan
keperawatan untuk penatalaksanaan, keuangan, dan hukum.