

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan pada proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku sehingga memengaruhi fungsi kehidupan sehari-hari penderitanya. Gangguan ini dapat dialami oleh siapa saja di berbagai lapisan masyarakat dan umumnya ditandai dengan gejala seperti halusinasi, delusi, penarikan diri dari lingkungan sosial, penurunan motivasi, afek datar, serta ketidakmampuan dalam merawat diri (Tris et al., 2023). Skizofrenia dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk faktor genetik yang dapat meningkatkan risiko pada anggota keluarga serta faktor perkembangan saraf, seperti paparan infeksi atau stres berat selama masa kehamilan yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan ini pada keturunan (Zhang et al., 2023). *World Health Organisation (WHO)* 2025 skizofrenia merupakan kondisi kesehatan mental serius yang ditandai dengan distorsi realitas dan perubahan perilaku yang signifikan, disertai gejala psikosis seperti delusi, halusinasi, serta gangguan dalam proses berpikir dan perilaku, yang pada akhirnya dapat menyebabkan kesulitan dalam merawat diri dan menurunnya kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

2. Penyebab Skizofrenia

Berdasarkan Azhari (2023) beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya Skizofrenia adalah :

a. Faktor genetik

Berbagai studi mengonfirmasi bahwa skizofrenia sangat dipengaruhi oleh faktor keturunan. Seseorang yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat skizofrenia berada dalam kerentanan lebih besar untuk mengalami gangguan serupa. Bukti lebih lanjut dari penelitian terhadap anak kembar dan studi adopsi semakin menguatkan adanya keterkaitan signifikan antara warisan genetik dan kemunculan skizofrenia.

b. Ketidakseimbangan Kimia Otak

Dari sisi biologis, skizofrenia juga dipicu oleh gangguan pada neurotransmitter, terutama dopamin dan serotonin, yang berperan dalam mengatur suasana hati dan persepsi. Selain ketidakseimbangan kimia otak tersebut, perbedaan struktur dan fungsi otak juga kerap ditemukan pada penderita, menunjukkan bahwa kondisi ini tidak hanya dipengaruhi oleh faktor genetik, tetapi juga oleh kelainan pada organ otak itu sendiri.

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan turut berperan signifikan, di mana stres berat, trauma masa kecil, atau pengalaman hidup penuh tekanan dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami skizofrenia. Tidak hanya itu, paparan infeksi atau malnutrisi yang dialami ibu selama masa kehamilan juga dikaitkan dengan kemungkinan berkembangnya gangguan jiwa tersebut pada anak di kemudian hari.

d. Pengaruh Psikososial

Kondisi lingkungan sosial yang tidak sehat, seperti kehidupan yang penuh konflik, isolasi, atau minimnya dukungan emosional, dapat memperburuk kondisi seseorang yang rentan terhadap skizofrenia. Faktor pencetus lainnya adalah

penggunaan zat psikoaktif, misalnya ganja atau narkoba tertentu, terutama jika dikonsumsi pada usia remaja, karena dapat memicu munculnya gejala pada individu yang memang sudah memiliki kerentanan terhadap gangguan jiwa tersebut.

3. Patofisiologi

Menurut Putri & Maharani (2022), mekanisme patofisiologi yang mendasarinya adalah.

a. Fator genetik

Faktor keturunan memegang peranan penting dalam risiko seseorang terkena skizofrenia, di mana memiliki satu anggota keluarga dengan kondisi ini dapat meningkatkan risiko hingga 10%. Angka tersebut melonjak drastis menjadi sekitar 40% jika kedua orang tua sama-sama mengidap skizofrenia. Puncaknya, pada kasus kembar identik yang berbagi susunan genetik sama persis, risiko seorang anak ikut mengidap skizofrenia bisa mencapai 50% jika saudara kembarnya telah didiagnosis terlebih dahulu.

b. Gangguan neurotransmiter

Hipotesis dopamin menjelaskan bahwa hiperaktivitas dopamin terjadi di pusat saraf penderita skizofrenia. Gejala positif gangguan ini dikaitkan dengan peningkatan aktivitas dopamin di sistem limbik. Efektivitas obat antipsikotik dalam meredakan gejala positif terbukti melalui mekanisme kerjanya sebagai antagonis reseptor dopamin pascasinaps, khususnya reseptor D2. Sementara itu, hipotesis serotonin mengemukakan bahwa kadar serotonin yang berlebihan berkontribusi terhadap munculnya gejala positif maupun negatif. Selain kedua neurotransmitter tersebut, patofisiologi skizofrenia juga diduga melibatkan berbagai zat kimia otak

lainnya, seperti asetilkolin, glutamat, norepinefrin, dan asam aminobutirat (GABA).

c. Gangguan Morfologi dan Fungsi Otak

Pada penderita skizofrenia, sering ditemukan berbagai perubahan struktural dan fungsional pada otak, seperti pelebaran ventrikel ketiga dan lateral, atrofi yang terjadi di lobus temporal dan lobus temporal medial, serta gangguan pada girus hipokampus, parahipokampus, dan amigdala. Meskipun demikian, perubahan-perubahan tersebut tidak bersifat spesifik, sehingga tidak dapat dijadikan sebagai patokan tunggal atau penanda pasti untuk mendiagnosis skizofrenia.

4. Gejala Skizofrenia

Berdasarkan Nair (2022) gejala skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi tiga katagori, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif.

a. Gejala Positif :

gejala positif pada skizofrenia merujuk pada distorsi atau kelebihan fungsi normal yang tidak dialami oleh individu sehat, yang mencakup delusi (keyakinan palsu yang dipegang teguh meskipun terdapat bukti yang bertentangan) dan halusinasi (persepsi indrawi yang terjadi tanpa adanya rangsangan eksternal, paling sering dalam bentuk halusinasi pendengaran), di mana gejala ini merupakan yang paling responsif terhadap terapi antipsikotik konvensional yang memblokir reseptor dopamin .

b. Gejala Negatif :

Gejala negatif pada skizofrenia merepresentasikan defisit atau penurunan fungsi psikologis dan motivasi yang esensial, yang berdampak profound terhadap kualitas hidup penderita. Berbeda dengan gejala positif, domain gejala ini menunjukkan

respons terapeutik yang terbatas terhadap regimen antipsikotik konvensional, sebagaimana tercatat dalam literatur bahwa farmakoterapi saat ini memberikan dampak klinis yang minimal terhadap presentasi gejala negatif.

Manifestasi klinis utamanya mencakup triad defisit fungsional, yaitu:

- a) avolisi, yang ditandai dengan disfungsi volisional dalam inisiasi dan pemeliharaan aktivitas bertujuan
- b) retreat sosial, yang merefleksikan pola isolasi dan penarikan diri dari engagement interpersonal
- c) blunted affect, yang dimanifestasikan melalui responsivitas emosional yang berkurang secara kualitatif, yang dapat diobservasi melalui ekspresi fasial yang terbatas, kontak visual yang minimal, dan prosodi vokal yang datar.
- d) defisit perawatan diri, yang dimanifestasi dari penurunan motivasi intrinsik dan pengabaian terhadap higienitas pribadi serta kebutuhan dasar biologis, yang mencerminkan hilangnya kemampuan individu dalam mempertahankan fungsi kemandirian sehari-hari.

c. Gejala Kognitif :

Defisit kognitif yang menyertai skizofrenia menampilkan diri sebagai impairment pada proses neuropsikologis yang secara substansial mengganggu fungsi adaptif pasien, khususnya dalam ranah profesional dan interaksi sosial. Secara analog dengan gejala negatif, domain gejala ini menunjukkan resistensi terhadap modalitas terapi antipsikotik konvensional, dengan bukti literatur mengonfirmasi terbatasnya dampak klinis dari intervensi farmakologis yang tersedia saat ini.

Konstelasi manifestasi gangguan neurokognitif ini terutama termanifestasi melalui trias defisit utama, meliputi:

- 1) disabilitas memori kerja yang tercermin dari ketidakmampuan mempertahankan dan memproses informasi jangka pendek
- 2) impairment memori verbal yang menunjukkan hambatan dalam konsolidasi dan retrieval informasi lisan
- 3) disfungsi eksekutif yang mencakup gangguan dalam kapasitas formulasi rencana, solusi masalah, dan transisi atensi.

5. Klasifikasi Skizfrenia

Menurut (Putri & Maharani, 2022) skizofrenia dapat di bedakan menjadi beberapa tipe.

a. Skizofrenia Paranoid

Subtipe ini memenuhi kriteria diagnostik umum untuk skizofrenia, dengan manifestasi klinis yang didominasi oleh gejala positif seperti halusinasi atau waham. Gejala halusinasi auditorik dapat berupa suara verbal yang bersifat mengancam atau memberikan perintah, maupun persepsi suara non-verbal seperti siulan, dengungan, atau tawa.

b. Skizofrenia Terdisorganisasi (Hebefrenik)

Pada subtipe ini, gambaran klinis yang memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia umumnya muncul pertama kali pada masa remaja atau dewasa muda (usia 15-25 tahun). Ciri khasnya mencakup perilaku yang tidak terarah, tidak dapat diprediksi, dan disertai mannerisme, serta afek yang dangkal dan tidak sesuai dengan situasi (misalnya, sering tertawa terkekeh atau tersenyum tanpa konteks yang jelas). Pengamatan berkelanjutan selama 2-3 bulan diperlukan untuk memastikan

keberlangsungan pola perilaku yang tidak bertanggung jawab, hampa tujuan, serta kecenderungan untuk menarik diri secara sosial ini.

c. Skizofrenia Residual

Diagnosis sub tipe residual ditegakkan ketika gambaran klinis didominasi oleh gejala negatif skizofrenia yang persisten. Gejala-gejala tersebut antara lain penurunan aktivitas secara signifikan, afek yang tumpul, sikap pasif dan kurangnya inisiatif, kemampuan komunikasi non-verbal yang buruk (seperti ekspresi wajah yang minimal), penurunan dalam perawatan diri, serta disfungsi sosial yang nyata.

d. Skizofrenia Katatonik

Gambaran klinis sub tipe ini didominasi oleh gangguan psikomotor yang mencolok. Manifestasinya dapat berupa salah satu atau lebih dari berikut: postur tubuh yang aneh dan dipertahankan (stupor), agitasi katatonik yang tidak bertujuan, negativisme ekstrem, atau fleksibilitas cerea. Gejala lain yang dapat menyertai antara lain *command automatism* (kepatuhan otomatis terhadap perintah) serta ekolalia (pengulangan kata atau kalimat orang lain).

e. Skizofrenia yang Tidak Terinci

Kategori ini digunakan ketika gejala yang ada memenuhi kriteria diagnostik umum skizofrenia (Kriteria A), namun pola gejalanya tidak secara jelas dapat diklasifikasikan ke dalam sub tipe paranoid, terdisorganisasi, residual, atau katatonik.

6. Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia memerlukan pendekatan multidimensi yang terintegrasi, menggabungkan intervensi biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Terapi farmakologis menjadi landasan utama dengan menggunakan

antipsikotik, baik generasi pertama seperti chlorpromazine untuk mengatasi agitasi dan insomnia, maupun generasi kedua seperti risperidone yang efektif untuk gejala positif dan negatif dengan profil efek samping ekstrapiramidal yang lebih menguntungkan, yang sering dikombinasikan dengan antikolinergik seperti trihexyphenidyl untuk mencegah gangguan pergerakan. Secara paralel, intervensi non-farmakologis dilaksanakan melalui psikoedukasi menyeluruh untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan pasien serta keluarga, terapi kognitif-perilaku untuk membantu pasien mengelola distorsi pikiran dan stresor, serta pelatihan keterampilan sosial untuk memulihkan fungsi interpersonal. Pendekatan ini diperkuat dengan strategi berbasis keluarga yang melibatkan edukasi, dukungan emosional, dan pengawasan pengobatan, serta intervensi berbasis komunitas yang berfokus pada pengurangan stigma dan penciptaan lingkungan yang inklusif. Pemantauan berkala melalui evaluasi status mental dan fungsi sehari-hari menjadi kunci untuk menilai perkembangan, menyesuaikan terapi, dan mencapai tujuan akhir berupa remisi gejala, peningkatan kualitas hidup, dan pemulihan fungsi sosial serta okupasional pasien .

B. Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Defisit perawatan diri adalah kondisi ketika seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar dalam merawat dirinya secara mandiri, seperti menjaga kebersihan diri, mandi, berpakaian, makan, dan melakukan aktivitas sehari-hari lainnya. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik fisik, psikologis, maupun sosial yang mempengaruhi kemampuan individu dalam merawat dirinya sendiri (Sapitri et al., 2024). Defisit perawatan diri merupakan keadaan di mana seseorang

mengalami kesulitan atau ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri yang seharusnya dapat dilakukan secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan menjaga kebersihan tubuh. Dalam praktik perawatan, kondisi ini sering ditemukan pada individu dengan gangguan kesehatan tertentu, terutama pada pasien dengan gangguan jiwa seperti skizofrenia, di mana gangguan pada proses berpikir, emosi, dan perilaku dapat menyebabkan penurunan motivasi, kurangnya kesadaran diri, serta ketidakmampuan dalam menjaga kebersihan dan kesehatan tubuh. Akibatnya, individu menjadi bergantung pada bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Defisit perawatan diri ditandai dengan kurangnya kemampuan atau kemauan individu untuk melakukan kegiatan dasar seperti mandi, menyikat gigi, mengganti pakaian, makan dengan baik, serta menjaga kebersihan lingkungan pribadi. Ruang cakupan defisit perawatan diri meliputi beberapa aspek utama, yaitu ketidakmampuan dalam mandi atau menjaga kebersihan diri, berpakaian, makan, serta kesiapan individu untuk meningkatkan kemandirian dalam merawat dirinya sendiri (Nurhaeni et al., 2025).

Defisit perawatan diri berdampak pada kondisi fisik seperti gangguan pada kesehatan fisik individu mengalami penurunan. Kurangnya menjaga kebersihan diri dapat memicu timbulnya berbagai gangguan fisik. Mulai dari gangguan integritas kulit, masalah pada membran mukosa mulut, hingga infeksi di area mata dan telinga merupakan beberapa konsekuensi yang dapat terjadi (Susilo Wati et al., 2023). Dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri pada dasarnya merupakan kondisi hilangnya kemampuan individu untuk merawat diri sendiri dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, yang dipicu oleh adanya gangguan kesehatan baik fisik maupun mental. Dengan demikian, kondisi ini tidak hanya berdampak pada

penurunan kualitas hidup penderitanya, tetapi juga berpotensi menimbulkan masalah kesehatan fisik lanjutan seperti infeksi, gangguan integritas kulit, dan berbagai komplikasi lainnya.

2. Jenis-jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Laia & Pardede (2022) Jenis-jenis defisit perawatan diri dibagi menjadi empat yaitu :

- a. Defisit perawatan diri mandi : Penampilan yang tidak rapi, pakaian kotor, bau badan, dan napas tidak segar merupakan akibat dari hilangnya motivasi untuk menjaga kebersihan diri dengan mandi teratur.
- b. Defisit perawatan diri berdandan atau berhias : terlihat tidak tertarik berdandan, ditunjukkan dengan rambut tidak tersisir, kumis tidak dicukur, dan pakaian yang dipilih tidak sesuai.
- c. Defisit perawatan diri makan : Terdapat hambatan dalam proses makan, mulai dari kesulitan mengambil makanan, ketidakmampuan menyuapkannya ke mulut, hingga hanya mampu menghabiskan beberapa suapan saja.
- d. Defisit perawatan diri toileting : Dalam aktivitas toileting, seorang individu dapat mengalami ketidakmampuan fisik atau kehilangan sensasi untuk buang air besar dan kecil, sehingga proses tersebut tidak dapat dilakukan secara mandiri.

3. Penyebab

Menurut PPNI (2018) penyebab Defisit Perawatan Diri sebagai berikut :

- a. Gangguan muskuloskeletal
- b. Gangguan neuromuskuler
- c. Kelemahan

- d. Gangguan psikologis dan psikotik
- e. Penurunan motivasi

4. Tanda Dan Gejala

Menurut PPNI (2018) dibagi menjadi dua yaitu data subjektif dan objektif:

- a. Mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Menolak melakukan perawatan diri
 - 2) Objektif
 - a) Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri
 - b) Minat melakukan perawatan diri kurang
- b. Minor
 - 1) Subjektif
 - a) *(tidak tersedia)*
 - 2) Objektif
 - a) *(tidak tersedia)*

5. Kondisi Klinis Terkait

Menurut PPNI (2018) Kondisi Klinis Terkait Defisit Perawatan Diri sebagai berikut :

- a. Stroke
- b. Cedera Medula Spinalis
- c. Depresi
- d. Arthritis reumatoid
- e. Retardasi mental

- f. Delirium
- g. Demensia
- h. Gangguan amnestik
- i. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- j. Fungsi penilaian terganggu

6. Dampak

Menurut Dewi & Riyanto (2025) Pasien yang mengalami defisit perawatan diri dapat menimbulkan berbagai dampak yang beragam, antara lain sebagai berikut :

a. Dampak fisik

Gangguan integritas kulit seperti luka atau dermatitis, infeksi mukosa mulut yang menyebabkan abses atau perdarahan gusi, masalah gigi dan kuku seperti karies atau jamur, serta risiko malnutrisi atau dehidrasi akibat kurang makan/minum yang dapat melemahkan sistem imun.

b. Dampak psikologis

Penurunan harga diri karena penampilan buruk, depresi atau cemas yang semakin parah akibat perasaan tidak mampu mengendalikan diri, serta potensi peningkatan gejala psikotik seperti halusinasi karena stres tambahan dari kondisi fisik yang memburuk.

c. Dampak sosial

Isolasi dari masyarakat karena stigma atau bau badan, kesulitan berhubungan interpersonal yang mengakibatkan kesepian, atau ketergantungan pada orang lain yang membebani keluarga secara emosional dan finansial, sering kali menyebabkan konflik rumah tangga.

d. Dampak jangka panjang

Komplikasi kesehatan kronis seperti infeksi berulang yang memerlukan rawat inap berulang, penurunan kualitas hidup secara keseluruhan dengan risiko mortalitas lebih tinggi, peningkatan biaya perawatan medis bagi sistem kesehatan, serta dampak pada produktivitas masyarakat jika tidak ditangani dini.

e. Dampak ekonomi

Beban biaya pengobatan untuk komplikasi sekunder, kehilangan pendapatan bagi pasien atau keluarga karena ketergantungan, serta peningkatan penggunaan sumber daya kesehatan jiwa di institusi seperti rumah sakit.

7. Penatalaksanaan

tidakkan mandiri keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri yaitu (Zaini et al., 2023):

- a. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri
- b. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri
- c. Membantu pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri
- d. Menjelaskan cara makan yang baik
- e. Membantu pasien mempraktikkan cara eliminasi yang baik
- f. Menjelaskan cara berdandan
- g. Membantu pasien mempraktikkan cara berdandan

C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Difisit Perawatan Diri

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan langkah paling dasar dalam proses keperawatan secara keseluruhan. Tujuannya adalah untuk memperoleh data dan informasi tentang pasien guna mengetahui masalah, kebutuhan kesehatan, serta

layanan keperawatan yang diperlukan klien, baik dari segi fisik, mental, sosial, maupun lingkungan (Zaini et al., 2023). Agar diagnosa keperawatan dapat dirumuskan secara tepat, pengkajian harus dilakukan secara menyeluruh, akurat, dan berdasarkan data yang sesuai dengan kondisi nyata pasien. Hal ini juga menjadi dasar dalam pemberian asuhan keperawatan yang sesuai dengan respons individu. (Rizal, 2021) Adapun yang termasuk dalam pengkajian keperawatan adalah:

a. Pengumpulan data

1) Identitas Pasien dan Penanggung Jawab

Data identitas pasien meliputi nama lengkap, usia, jenis kelamin, waktu dan tanggal pemeriksaan, serta nomor rekam medis. Tak kalah penting, informasi mengenai penanggung jawab pasien juga perlu dikaji.

2) Alasan MRS

Umumnya pasien dengan defisit perawatan diri masuk ke rumah jiwa sakit karena tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri, seperti mandi, makan, berpakaian, dan menjaga kebersihan diri. Kondisi ini biasanya terjadi akibat gangguan mental yang menyebabkan menurunnya motivasi, kesadaran diri, serta kemampuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Akibatnya, pasien memerlukan perawatan, pengawasan, dan bantuan dari

3) Keluhan Utama

Keluhan utama adalah alasan mendasar yang menyebabkan pasien perlu menjalani perawatan di rumah sakit, yaitu kondisi terkini yang sedang dialaminya. Pada kasus skizofrenia dengan defisit perawatan diri, pasien tidak hanya menunjukkan gejala skizofrenia pada umumnya, tetapi juga mengungkapkan perasaan malu, ketidakbergunaan, dan ketidakmampuan untuk melakukan sesuatu.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

4) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi menelusuri hal-hal yang menjadi pemicu timbulnya skizofrenia dengan harga diri rendah kronis. Proses pengkajiannya berfokus pada pengumpulan data terkait riwayat kekerasan fisik yang pernah dialami, adanya penolakan dari lingkungan sosial, serta pengalaman-pengalaman traumatis atau tidak menyenangkan di masa lalu.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis

5) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah faktor pencetus yang menyebabkan individu tidak mampu melakukan perawatan diri. Faktor ini dapat berupa munculnya gejala-gejala gangguan jiwa seperti halusinasi, waham, penurunan motivasi, gangguan proses berpikir, stres psikologis, kurangnya dukungan keluarga, serta lingkungan yang tidak mendukung.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

6) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mendeteksi adanya abnormalitas atau kelainan pada tubuh pasien. Khusus pada pasien dengan harga diri rendah kronis, salah satu temuan yang sering dijumpai adalah postur tubuh yang membungkuk.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

7) Pengkajian Psikososial

- a) Genogram : Melalui genogram, dapat diidentifikasi adanya anggota keluarga lain yang memiliki riwayat penyakit serupa dengan pasien.

- b) Dinamika Keluarga: Pola komunikasi dalam keluarga pasien umumnya mengalami gangguan. Hal ini juga berdampak pada proses pengambilan keputusan serta pola asuh yang diterapkan di lingkungan keluarga tersebut.
- c) Konsep Diri : Pengkajian konsep diri meliputi citra tubuh, identitas diri, peran, ideal diri, dan harga diri untuk menilai persepsi pasien terhadap dirinya. Pada pasien dengan defisit perawatan diri, fokus pengkajian diarahkan pada kemampuan pasien dalam mengenali diri serta kemampuannya memenuhi kebutuhan perawatan diri sehari-hari. Pasien diharapkan mampu mengenali kondisi tubuh, menyebutkan identitas diri (nama, usia, dll), memahami peran, serta memiliki motivasi dalam merawat diri. Namun, pada kondisi ini pasien sering tampak kurang peduli terhadap diri, penampilan tidak terawat, berbicara pelan, dan menunjukkan kurangnya motivasi. Pada aspek harga diri, pasien dapat merasa tidak mampu atau tidak berdaya dalam merawat dirinya, yang ditunjukkan dengan ketergantungan pada orang lain dan minimnya inisiatif dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Hal ini menunjukkan adanya gangguan konsep diri yang memengaruhi kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

8) Hubungan Sosial

Tanyakan kepada pasien siapa orang yang paling berarti dalam kehidupannya, tanyakan cara yang biasanya dilakukan pasien ketika menghadapi masalah, serta tanyakan kegiatan kelompok yang diikuti.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

9) Spiritual

Pengkajian spiritual bertujuan menilai keyakinan, praktik ibadah, dan makna yang diberikan pasien terhadap kondisi yang dialami. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori auditori, fokus pada kebiasaan ibadah, nilai keagamaan, dan pemaknaan penyakit. Pasien umumnya mampu menyebutkan agama, menjelaskan praktik ibadah secara runtut, serta memaknai ibadah sebagai bentuk pendekatan kepada Tuhan. Secara objektif, pasien tampak tenang, berbicara pelan, dan mampu menjelaskan aktivitas spiritual dengan baik. Namun, selama perawatan dapat terdapat keterbatasan dalam pelaksanaan ibadah karena sarana yang tidak memadai. Meski demikian, tidak ditemukan distorsi makna spiritual atau kaitan halusinasi dengan pengalaman spiritual.

10) Status mental

a) Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

b) Pembicaraan

Perhatikan cara berbicara klien, seperti apakah pembicaraannya cepat, keras, gagap, lambat, atau bahkan tidak berbicara (membisu). Selain itu, amati juga apakah pembicaraan klien teratur.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis

c) Aktivitas motorik

Aktivitas motorik pada pasien dengan defisit perawatan diri biasanya tampak menurun, seperti kurang bergerak, malas beraktivitas, dan lebih banyak duduk atau berbaring. Gerakan pasien juga terlihat lambat serta kurang memiliki inisiatif untuk melakukan kegiatan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, dan merawat diri.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

d) Alam perasaan

Alam perasaan pada pasien dengan defisit perawatan diri biasanya tampak datar. Pasien sering terlihat tidak peduli terhadap dirinya sendiri termasuk merawat dirinya, menarik diri, atau tidak bersemangat dalam menjalani aktivitas.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

e) Afek

Afek pada pasien dengan defisit perawatan diri biasanya tampak datar atau tumpul, yaitu ekspresi emosi yang kurang terlihat dan respon terhadap lingkungan yang lemah. Pasien sering tampak apatis, kurang berminat, dan tidak peduli terhadap dirinya sendiri maupun kebersihan.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

f) Interaksi selama wawancara

(2) Tidak kooperatif: klien tidak mampu menjawab pertanyaan saat wawancara berlangsung

(3) Pasien agak menunduk saat ditanya

(4) Kontak mata kurang: klien tidak mampu menatap lawan bicara

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis

11) Persepsi sensori

Pengkajian persepsi sensori menilai gangguan penerimaan stimulus, terutama halusinasi auditori (jenis, isi, waktu, frekuensi, durasi, respon). Pasien mampu menjelaskan mendengar suara tanpa stimulus nyata, isi halusinasi (suara memerintah), muncul saat sendiri/malam, frekuensi 2–3 kali/hari durasi ± 1 –2 menit, dengan respon kesal, terganggu, dan sulit tidur. Objektif: pasien tampak melamun, fokus satu arah, respon lambat, perhatian mudah teralihkan, dan konsentrasi menurun. Pasien juga mulai mengenali halusinasi tidak nyata dan mampu mengontrolnya (menghardik, distraksi, bicara dengan orang lain).

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori

12) Mekanisme koping

a) Adaptif

Pasien biasanya mengalami kesulitan saat harus berbicara atau berinteraksi dengan orang lain. Selain itu, pasien juga tidak mampu menyelesaikan berbagai masalah yang ada di sekitarnya. Tidak hanya itu, pasien juga tidak bisa melakukan aktivitas mandiri (seperti membasuh muka atau menyikat gigi) meskipun belum menyeluruh, hal ini karena pasien memiliki sifat yang selalu malas.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

b) Maladaptif

Pasien cenderung menggunakan koping menghindar (*avoidance*) dan menolak ketika diminta untuk mandi. Pasien sering kali mengabaikan kebersihan diri dengan alasan malas, merasa dingin, atau merasa tidak ada gunanya mandi. Saat merasa tidak nyaman atau cemas, pasien lebih memilih untuk tidur, mengurung diri, atau mengalihkan pembicaraan agar terhindar dari aktivitas perawatan diri.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

c) Masalah psikososial dan lingkungan

(1) Masalah dengan Dukungan Kelompok (Peer Group/Keluarga): Kurangnya dukungan atau pengawasan yang konsisten dari lingkungan sekitar untuk memotivasi pasien mandi. Pasien mengalami stigma atau dijauhi oleh pasien lain/keluarga karena bau badan dan penampilan yang tidak rapi, yang justru membuat pasien semakin menarik diri.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronis

(2) Masalah dengan Lingkungan: Kondisi fasilitas kamar mandi yang kurang nyaman, licin, atau air yang terlalu dingin, yang menurunkan minat pasien untuk mandi.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

d) Sumber koping

Sumber koping yang dimiliki pasien mencakup kemampuan personal berupa kondisi fisik yang utuh dan motorik yang berfungsi dengan baik tanpa adanya kelumpuhan, sehingga secara mekanis pasien sebenarnya mampu melakukan aktivitas mandi secara mandiri. Dari segi dukungan sosial di rumah sakit, pasien memiliki perawat ruangan yang secara konsisten memberikan motivasi, membimbing, serta menjadwalkan aktivitas kebersihan diri melalui pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) yang terstruktur agar pasien disiplin. Selain itu, aspek aset material di lingkungan perawatan telah terpenuhi dengan tersedianya fasilitas kamar mandi yang layak, aliran air yang bersih, serta perlengkapan mandi yang memadai seperti sabun, sampo, sikat gigi, pasta gigi, dan handuk pribadi. Terakhir, sisa keyakinan positif pasien mengenai rasa segar dan nyaman yang dirasakan

setelah tubuhnya dibersihkan menjadi modal psikologis penting untuk mendorong kemandirian perawatan dirinya.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan diri

e) Aspek medik

Saat ini pasien terdiagnosa medis skizofrenia residual dan mendapatkan terapi medik yaitu Stelosi 2 x 5 mg dan Clozopine 2 x 100 mg yang diberikan secara oral.

b. Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah yang ditemukan pada pasien kemudian diidentifikasi dan diurutkan berdasarkan tingkat keparahannya atau prioritas penanganan. Adapun masalah keperawatan yang menjadi fokus dalam laporan kasus ini meliputi:

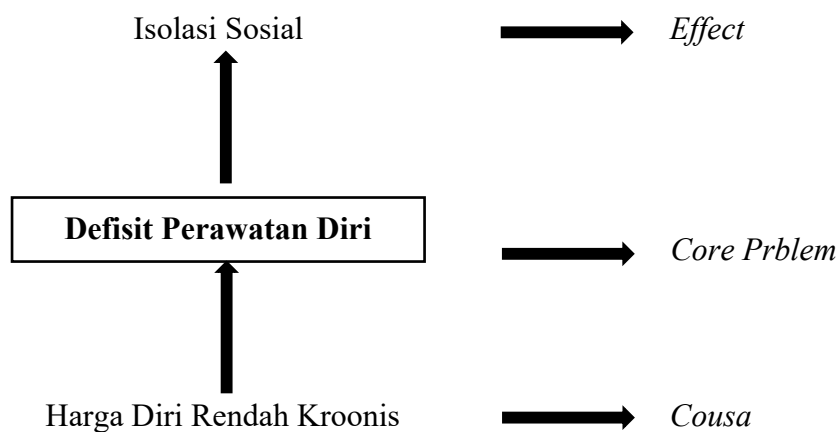
- 1) Isolasi sosial
- 2) Defisit Perawatan Diri
- 3) Harga Diri Rendah Kronis

c. Pohon Masalah

Pohon masalah dalam keperawatan jiwa adalah alat analisis visual yang memetakan hubungan sebab-akibat antar-diagnosis, terdiri dari penyebab (*Cousa*) di bagian bawah, Masalah Utama (*Core Prblem*) di tengah, dan Akibat (*Effect*) di bagian atas. Struktur ini berfungsi untuk menentukan prioritas diagnosis dan menyusun strategi intervensi yang sistematis agar asuhan keperawatan tepat sasaran pada akar permasalahan pasien. Berdasarkan analisis terhadap masalah yang ditemukan dalam kasus skizofrenia ini, defisit perawatan diri diidentifikasi sebagai masalah utama. Kondisi ini muncul karena adanya kehilangan fungsi tubuh serta kurangnya motivasi, yang dipicu oleh berbagai faktor yang melatarbelakanginya.

Secara biologis, skizofrenia merupakan gangguan mental serius yang ditandai dengan kekacauan pada pola pikir, proses persepsi, afeksi, dan perilaku sosial, serta berdampak sistemik dengan mengganggu seluruh aspek kehidupan penderitanya, mulai dari fungsi pribadi, keluarga, sosial, hingga pendidikan dan pekerjaan. Stigma yang semakin kuat terhadap individu dengan skizofrenia kemudian memperburuk kondisi ini karena tidak hanya memicu pengucilan sosial tetapi juga mendorong perubahan perilaku yang drastis, sehingga pada akhirnya rangkaian masalah tersebut dapat menyebabkan defisit perawatan diri.

Apabila defisit perawatan diri tidak segera mendapatkan intervensi yang tepat, pasien berisiko mengalami gangguan dalam memelihara kesehatannya. Kondisi ini dapat bermanifestasi melalui berbagai masalah fisik, seperti terganggunya integritas kulit, kelainan pada membran mukosa mulut, timbulnya infeksi di area mata dan telinga, serta berbagai gangguan fisik lainnya. Untuk memperjelas hubungan antar masalah tersebut, berikut disajikan pohon masalahnya.



Gambar 1 Pohon masalah Skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri

Sumber : (Ns. Sutejo, Keperawatan Jiwa 2018)

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan standar yang ditetapkan oleh PPNI (2018), diagnosis keperawatan didefinisikan sebagai penilaian klinis terhadap respons klien, baik yang bersifat

aktual maupun potensial, dalam menghadapi masalah kesehatan atau proses kehidupannya. Adapun diagnosis keperawatan yang muncul berkaitan dengan kondisi Defisit Perawatan Diri adalah sebagai berikut:

- a. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampumandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, serta minat melakukan perawatan diri kurang.
- b. Isolasi Sosial berhubungan dengan Defisit Perawatan Diri dibuktikan dengan merasa ingin sendirian, merasa tidak aman di tempat umum, menarik diri, tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan, merasa berbeda dengan orang lain, merasa asyik dengan pikiran sendiri, merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas, afek datar, afek sedih, riwayat ditolak, menunjukkan permusuhan, tidak mampu memenuhi harapan orang lain, kondisi difabel, tindakan tidak berarti, tidak ada kontak mata, perkembangan terlambat, tidak bergairah/lesu.

3. Intervensi keperawatan

Menurut PPNI (2018), Dalam proses penyusunan rencana asuhan keperawatan, terdapat tiga elemen pokok yang menjadi fondasi utamanya, yakni diagnosis keperawatan, luaran keperawatan, dan intervensi keperawatan. Luaran keperawatan sendiri terbagi ke dalam dua kategori. Pertama, luaran negatif, yaitu gambaran dari kondisi maupun perilaku pasien yang menunjukkan ketidaksehatan, sehingga mendorong perlunya intervensi untuk mengatasi masalah tersebut. Kedua, luaran positif, yang merefleksikan keadaan dan perilaku sehat pada pasien, sehingga intervensi yang diberikan difokuskan pada upaya mempertahankan atau

meningkatkan kondisi tersebut. Rencana keperawatan untuk diagnosis keperawatan Defisit Perawatan Diri tercantum pada tabel 1.

Table 1
Rencana Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4
Defisit perawatan diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri, serta minat melakukan perawatan diri kurang	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7x pertemuan selama (20 menit) maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Bina hubungan saling percaya meningkat (5) 2. Kemampuan mandi meningkat (5) 3. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan	1. Bina Hubungan Saling Percaya 2. Intervensi Utama a. 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 Terapeutik : 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 2) Siapkan keperluan pribadi (mis.	1. Untuk membangun rasa aman dan saling percaya antara pasien terhadap perawat 2. Intervensi Utama c. Dukungan Perawatan Diri Observasi : 1) Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk memonitor tingkat kemandirian 3) Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik : 1) Untuk menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis.

1	2	3	4
	diri meningkat (5)	Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	Suasana hangat, rileks, privasi)
4. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5)	3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	2) Menyiapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	
5. Mempertah ankan kebersihan diri meningkat (5)	4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	3) Untuk mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	
6. Mempertah ankan kebersihan mulut meningkat (5)	5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	4) Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	
	6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri	5) Untuk memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	
Edukasi :			
	1) Anjurkan Melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan		
b. Dukungan		Edukasi :	
Perawatan Diri :		1) Untuk menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	
Mandi			
Observasi			
1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri			
2) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan		b. Dukungan Perawatan Diri : mandi Observasi 2) Untuk Mengidentifikasi	

1	2	3	4
		3) Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)	usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
		4) Monitor integritas kulit	3) Untuk mengidentifikas i jenis bantuan yang dibutuhkan
		Terapeutik	
		1) Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kuli)	4) Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)
		2) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman	5) Monitor integritas kulit
		3) Fasilitas menggosok gigi, sesuai kebutuhan	Terapeutik
		4) Fasilitas mandi, sesuai kebutuhan	1) Membantu menyediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kuli)
		5) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri	2) Membantu menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman
		6) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian	3) Memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
		Edukasi	4) Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
		1) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan	5) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri
		2) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, Jika perlu	
		Kolaborasi	

1	2	3	4
		1) Kolaborasi pemberian obat Stelosi 2 x 5 mg dan Clozopine 2 x 100 mg	6) Untuk memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian
		Dukungan	Edukasi
		1) Pasien dapat Memanfaatkan dukungan keluarga dan teman – teman sekitarnya.	1) Untuk menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
			2) Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, Jika perlu
			Kolaborasi
			1) Untuk memberikan dampak ketenangan pada pasien
			Dukungan
			1) Membantu dalam proses perawatan pasien.

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

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Heri Ridwan, 2024). Implementasi merupakan inisiatif dari rencana

tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Pelaksanaannya dilakukan oleh perawat berdasarkan rencana keperawatan yang ada, serta wajib mengikuti Standar Prosedur Operasional (SPO) atau pedoman yang berlaku (Nur, 2024).

Table 2
Implementasi Keperawatan Difisit Keperawatan Diri

Diagnosis	Waktu	Intervensi	Respn	TTD & Nama
1	2	3	4	5
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 1	1. Membina hubungan saling percaya (BHSP), menjelaskan maksud dan tujuan, serta melakukan kontrak waktu 2. Mengajak pasien untuk berkenalan	S: - “Pagi Saya P dari br jeruk mancingan, umur saya 64 tahun, agama saya hindu ” - Pasien mengatakan iya saya setuju untuk mengobrol O: - Pasien tampak mau diajak berkenalan dan mampu melakukan bina hubungan saling percaya	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 2	1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu	S: - Pasien mengatakan melakukan perawatan sendiri dan kadang-kadang dibantu - Pasien mengatakan memakai sabun didepan saja	

1	2	3	4	5
		kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	- Pasien mengatakan saat mandi menggunakan sabun, sikat gigi dan sampo O: - Pasien tampak mau menjawab pertanyaan - Pasien tampak kurang motivasi melakukan perawatan diri secara maksimal	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 3	1. Monitor tingkat kemandirian 2. Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)	S: - Pasien mengatakan mandi setiap hari - Pasien mengatakan sering potong kuku O: - Pasien tampak mulai minat melakukan perawatan diri secara mandiri	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 4	1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten	S: - Pasien mengatakan mau untuk diberikan edukasi - Pasien mengatakan sedikit mengerti menjaga kebersihan O: - Pasien tampak kooperatif - Pasien tampak mau mengikuti arahan	

1	2	3	4	5
Defisit Perawatan Diri berhubunga n dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 5	1. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 2. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan	S: - Pasien mengatakan bersedia diajarkan - Pasien mengatakan mau melakukan gosok gigi bersama O: - Pasien tampak mau melakukan kebersihan mulut	
Defisit Perawatan Diri berhubunga n dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 6	1. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 2. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan	S: - Pasien mengatakan bersedia diajar kembali perawatan diri mandi Pasien mengatakan sudah bisa cara mandi yang benar - Pasien mengatakan pentingnya mandi - Pasien mengatakan sudah bisa potng kuku O: - Pasien tampak senang dilatih dan diajarkan mandi - Pasien tampak sudah bisa potng kuku	
Defisit Perawatan Diri berhubunga n dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 7	1. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 2. Kolaborasi pemberian obat	S: - Pasien mangatakan sudah bisa melakukan perawatan diri secara mandiri - Pasien mengatakan akan rajin dan sering mandi - Pasien mengatakan sudah rutin minum obat O:	

1	2	3	4	5
			- Pasien tampak sudah ada minat melakukan perawatan diri	
			- Pasien sudah tampak mengerti pentingnya menjaga kesehatan diri	
			Pasien tampak minum obat	

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan, yang merupakan tahap akhir dari proses asuhan, dilakukan untuk menentukan apakah tujuan tindakan keperawatan telah tercapai atau justru membutuhkan pendekatan lain. Dokumentasi dari evaluasi ini kemudian dicatat dalam format SOAP, yang meliputi Subjektif, Objektif, Assessment, dan Planning (Nur, 2024). Evaluasi dibagi menjadi 2 jenis, yaitu sebagai berikut :

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif merupakan jenis penilaian yang tidak hanya menyoroti hasil akhir, tetapi juga proses dari pelaksanaan tindakan keperawatan itu sendiri. Pelaksanaannya dilakukan sesaat setelah intervensi keperawatan dijalankan, dengan tujuan utama untuk mengukur seberapa efektif tindakan tersebut. Proses ini dimulai segera setelah perencanaan selesai dan terus dilakukan secara berkelanjutan sampai seluruh tujuan keperawatan yang diharapkan dapat terwujud. Dalam tahap ini, perawat berkesempatan untuk mengkaji lebih dalam mengenai respons yang ditunjukkan oleh pasien sebagai dampak dari intervensi yang telah diberikan.

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah bentuk penilaian yang menekankan tidak hanya pada capaian akhir, tetapi juga pada proses berlangsungnya tindakan keperawatan.

Penilaian ini dilaksanakan tepat setelah intervensi keperawatan diberikan, dengan tujuan utama menilai efektivitas dari intervensi tersebut. Prosesnya dimulai segera setelah perencanaan selesai dan berlangsung secara berkesinambungan hingga seluruh tujuan keperawatan tercapai. Pada tahap ini, perawat memiliki kesempatan untuk menggali lebih dalam respons pasien sebagai akibat dari intervensi yang telah dilakukan.

komponen dalam evaluasi keperawatan terdiri dari Subjektive, Objektive, Assessment, Planning (SOAP). Berikut penjelasan masing – masing komponen:

- 1) S (Subjektive) : memuat data – data yang disampaikan oleh klien atau dilaporkan terkait dengan hasil yang diharapkan dari permasalahan klien.
- 2) O (Objektive) : memuat data – data yang dapat diobservasi dari kondisi klinis klien.
- 3) A (Assessment) : merupakan keputusan akan kondisi klinis atau respon klien.
- 4) P (Planning) : berkaitan dengan rencana selanjutnya sesuai dengan assessment dan apakah perlu adanya modifikasi pada perencanaan asuhan jika kriteria hasil belum terpenuhi.

Table 3
Evaluasi Keperawatan Difisit Perawatan Diri

Dagnosis	Waktu	Evaluasi	Paraf
1	2	4	5
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 1	S: - “Pagi Saya P dari banjar jeruk mancingan, umur saya 64 tahun, agama saya hindu ” - Pasien mengatakan iya saya setuju untuk mengobrol O:	

1	2	4	5
		- Pasien tampak mau diajak berkenalan dan mampu melakukan bina hubungan saling percaya A: - Bina hubungan saling percaya tercapai P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai kriteria asil 2 dan 3 - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 2	S: - Pasien mengatakan melakukan perawatan sendiri dan kadang-kadang dibantu - Pasien mengatakan memakai sabun didepan saja Pasien mengatakan saat mandi menggunakan sabun, sikat gigi dan sampo O: - Pasien tampak mau menjawab pertanyaan - Pasien tampak kurang motivasi melakukan perawatan diri secara maksimal A: - Kriteria asil 2 verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri tercapai dan minat melakukan perawatan diri tercapai	

1	2	4	5
		P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai kriteria asil 3 - Monitor tingkat kemandirian - Monitor kebersihan tubuh (mis.Rambut, mulut, kulit, kuku)	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 3	S: - Pasien mengatakan mandi setiap hari - Pasien mengatakan sering potong kuku O: - Pasien tampak mulai minat melakukan perawatan diri secara mandiri A: - Kriteria asil 3 mempertahankan kebersihan tercapai P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai kriteria asil 4 - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 4	S: - Pasien mengatakan mau untuk diberikan edukasi - Pasien mengatakan sedikit mengerti menjaga kebersihan O: - Pasien tampak kooperatif - Pasien tampak mau mengikuti arahan	

1	2	4	5
		A: - Kriteria asil 4 kemampuan mandi tercapai P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai kriteria asil 5 - Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 5	S: - Pasien mengatakan bersedia diajarkan - Pasien mengatakan mau melakukan gosok gigi bersama O: - Pasien tampak mau melakukan kebersihan mulut A: - Kriteria asil 6 mempertahankan mulut tercapai P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai kriteria asil 6 - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 6	S: - Pasien mengatakan bersedia diajar kembali perawatan diri mandi - Pasien mengatakan sudah bisa cara mandi yang benar - Pasien mengatakan pentingnya mandi	

1	2	4	5
		- Pasien mengatakan sudah bisa potng kuku O: - Pasien tampak senang dilatih dan diajarkan mandi - Pasien tampak sudah bisa potng kuku A: - Kriteria asil 6 Kemampuan mandi tercapai P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai kriteria asil 7 - Pertahankan kebiasaan kebersihan diri - Kolaborasi pemberian obat	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Harga Diri Rendah Kronis	Temu 7	S: - Pasien mangatakan sudah bisa melakukan perawatan diri secara mandiri - Pasien mengatakan akan rajin dan sering mandi - Pasien mengatakan sudah rutin minum obat O: - Pasien tampak sudah ada minat melakukan perawatan diri - Pasien sudah tampak mengerti pentingnya menjaga kesehatan diri - Pasien tampak minum bat A: - Kriteria asil 7 mempertahankan kebersihan tubuh tercapai P:	

1	2	4	5
		- Lanjutkan intervensi untuk mengatasi diagnosis keperawatan yang kedua.	