BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan jiwa kronis dan berat yang ditandai dengan terjadinya distorsi pemikiran, persepsi, emosi, bahasa, kesadaran diri, dan perilaku. Gangguan ini sering kali mencakup gejala psikotik seperti halusinasi (mendengar suara yang tidak nyata), waham (keyakinan palsu yang tidak bisa dikoreksi), serta pemikiran yang sangat terdisosiasi atau tidak teratur. Skizofrenia bukan merupakan "pemisahan kepribadian" (*split personality*) sebagaimana kesalahpahaman umum di masyarakat, melainkan suatu kondisi psikiatrik di mana pasien kehilangan kemampuan untuk membedakan antara pengalaman nyata dan tidak nyata, serta mengalami penurunan fungsi sosial dan okupasional yang signifikan (Pratama, 2021).

Secara klinis, skizofrenia sering kali muncul pada masa remaja akhir atau awal dewasa, dan memiliki perjalanan penyakit yang kambuh-kambuhan. Beban penyakit ini tidak hanya dirasakan oleh pasien, tetapi juga oleh keluarga karena tingginya kebutuhan perawatan jangka panjang. Dalam diagnosis keperawatan jiwa, pemahaman mengenai skizofrenia berfokus pada gangguan proses berpikir yang mengarah pada ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, merawat diri sendiri, dan berinteraksi sosial, yang memerlukan intervensi farmakologis dan psikososial yang komprehensif (Santoso, 2020).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa kronis dan berat yang ditandai oleh gangguan mendasar pada proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku, sehingga menyebabkan individu kehilangan kemampuan membedakan realitas serta mengalami penurunan fungsi sosial dan kemandirian. Kondisi ini bersifat jangka panjang dengan pola kekambuhan, sehingga membutuhkan penanganan yang komprehensif melalui pendekatan farmakologis dan psikososial, tidak hanya untuk pasien tetapi juga melibatkan dukungan keluarga sebagai bagian penting dalam proses perawatan.

2. Etiologi

Etiologi skizofrenia bersifat kompleks dan melibatkan interaksi antara faktor biologis, genetik, dan lingkungan (Wibowo, 2019). Penyebab utamanya meliputi:

a. Faktor Genetik

Memiliki riwayat keluarga dengan skizofrenia meningkatkan risiko seseorang menderita penyakit ini secara signifikan. Studi kembar menunjukkan bahwa faktor keturunan memegang peranan penting dalam kecenderungan terjadinya gangguan ini.

b. Disfungsi Neurokimia

Ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, khususnya dopamin (hipotesis dopamin) yang berlebihan di jalur mesolimbik (menyebabkan gejala positif) dan berkurang di jalur mesokortikal (menyebabkan gejala negatif). Juga melibatkan ketidakseimbangan glutamat dan serotonin.

c. Kelainan Struktur Otak

Perubahan anatomi pada otak seperti pembesaran ventrikel (*ventriculomegaly*) dan penurunan volume massa abu-abu (*gray matter*) di lobus frontal dan temporal, yang berperan dalam kognisi dan emosi.

d. Faktor Perinatal

Komplikasi saat kehamilan dan kelahiran, seperti malnutrisi janin, paparan virus influenza di rahim, atau komplikasi persalinan yang menyebabkan hipoksia (kekurangan oksigen) pada bayi.

e. Faktor Psikososial dan Lingkungan

Stres psikologis berat, trauma masa kecil, penggunaan zat psikoaktif (seperti ganja atau metamfetamin), serta lingkungan sosial yang urban dan tertekan dapat memicu timbulnya episode psikotik pada individu yang rentan.

3. Patofisiologi

Pada tingkat patofisiologi, skizofrenia dikaitkan dengan gangguan jalur sirkuit saraf di otak, khususnya melibatkan neurotransmitter dopamin. Menurut Hipotesis Dopamin, terjadi hiperaktivitas transmisi dopamin di jalur mesolimbik, yang berhubungan dengan munculnya gejala positif seperti halusinasi dan waham. Sebaliknya, terjadi hipoaktivitas dopamin di jalur mesokortikal yang menghubungkan area tegmental ventral ke korteks prefrontal, yang berkontribusi pada gejala negatif seperti penarikan diri, avolition (ketidakmampuan untuk memulai kegiatan), dan gejala kognitif seperti gangguan perhatian dan fungsi eksekutif (Pratama, 2021).

Selain dopamin, peran glutamat juga krusial. Hipotesis glutamat menyarankan adanya fungsi yang berkurang pada reseptor NMDA (N-methyl-

D-aspartate), yang menyebabkan disinhibisi neuron dopaminergik dan memperburuk gejala. Gangguan sirkuit ini mengakibatkan integrasi informasi yang tidak tepat di korteks serebral, menyebabkan otak salah menginterpretasikan stimulus internal sebagai stimulus eksternal (misalnya suara pikiran sendiri didengar sebagai suara orang lain/ halusinasi). Selain itu, proses neuroinflamasi dan kelainan perkembangan sinaptik juga diduga berkontribusi pada kerusakan jaringan otak yang terjadi seiring waktu jika penyakit ini tidak diobati (Santoso, 2020).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis skizofrenia dibagi menjadi dua kategori utama: gejala positif (kelebihan fungsi) dan gejala negatif (berkurangnya fungsi) (Rahmawati, 2018). Berikut adalah tanda-tandanya:

a. Halusinasi

Persepsi tanpa stimulus nyata. Yang paling umum adalah halusinasi auditorik (mendengar suara yang menghina atau memerintah), namun bisa juga berupa halusinasi visual, taktil, atau gustatori.

b. Waham

Keyakinan yang salah yang bertahan meskipun ada bukti kontradiktif. Contohnya waham persekusi (merasa diburu), waham kebesaran (merasa memiliki kekuatan khusus), atau waham rujukan (merasa perilaku orang lain berkaitan dengan dirinya).

c. Gangguan Perilaku dan Pikiran

Pembicaraan yang kacau (*disorganized speech*), perilaku yang tidak terarah atau heboh (*catatonic atau disorganized behavior*), dan kesulitan memusatkan perhatian.

d. Afek Datar (*Flat Affect*)

Penurunan ekspresi emosional, wajah kaku, kurang kontak mata, dan suara yang datar (monoton).

e. Withdrawal Sosial

Penarikan diri dari interaksi sosial, kurangnya minat untuk menjalin hubungan, dan kesunyian yang berlebihan.

f. Gangguan Kognitif

Kesulitan dalam memori kerja, fungsi eksekutif (merencanakan sesuatu), dan perhatian.

5. Komplikasi

Skizofrenia yang tidak terkelola dengan baik dapat menyebabkan berbagai komplikasi yang memperburuk prognosis dan kualitas hidup pasien (Kusuma, 2022). Komplikasi tersebut meliputi:

a. Perilaku Kekerasan dan Bunuh Diri

Pasien memiliki risiko tinggi untuk mencoba bunuh diri (sekitar 5-10% pasien meninggal karena bunuh diri), terutama saat fase akut dengan depresi atau halusinasi perintah. Risiko kekerasan terhadap orang lain juga ada jika dipicu oleh waham persekusi.

b. Penyalahgunaan Zat (*Dual Diagnosis*)

Banyak pasien mencoba mengobati gejala mereka sendiri dengan alkohol atau narkoba, yang memperparah gejala psikotik dan mengganggu kepatuhan minum obat.

c. Komplikasi Medis Metabolik

Penggunaan antipsikotik jangka panjang dapat menyebabkan sindrom metabolik, obesitas, diabetes tipe 2, dan penyakit kardiovaskular.

d. Homelessness dan Kemiskinan

Ketidakmampuan untuk mempertahankan pekerjaan dan fungsi sosial sering menyebabkan pasien hidup dalam kemiskinan atau tunawisma.

e. Agitasi dan Catatonia

Pada kasus berat, pasien bisa mengalami ketegangan otot ekstrem, ketidakmampuan bergerak, atau ketidaksadaran terhadap lingkungan yang berbahaya.

6. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis skizofrenia bersifat klinis (berdasarkan wawancara psikiatrik), namun pemeriksaan penunjang diperlukan untuk menyingkirkan penyebab organik lain (*rule out medical conditions*) (Handayani, 2017). Pemeriksaan tersebut meliputi:

a. Pemeriksaan Laboratorium Darah

Hitung darah lengkap, fungsi tiroid (TSH, T4), kadar vitamin B12, dan skrining obat/zat psikoaktif untuk menyingkirkan penyebab medis atau keracunan.

b. Pencitraan Otak (CT Scan atau MRI)

Dilakukan untuk menyingkirkan tumor otak, atrofi otak, kelainan struktural, atau hidrosefalus yang dapat meniru gejala psikotik.

c. *Electroencephalogram* (EEG)

Dilakukan jika dicurigai adanya aktivitas kejang epilepsi yang menyebabkan psikosis interiktal (periode antara kejang).

d. Psikometri dan Skala Rating

Penggunaan alat ukur standar seperti *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) untuk mengukur keparahan gejala positif dan negatif, serta memantau respon terapi.

e. Pemeriksaan Fisik Umum

Menilai status neurologis dan kesehatan fisik untuk mendeteksi efek samping obat atau penyakit penyerta.

B. Konsep Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Defisit perawatan diri adalah kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan atau kelemahan dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri, seperti mandi (menjaga kebersihan diri), berpakaian atau merias diri, makan, serta buang air besar dan kecil (eliminasi). Tingkat kebersihan diri sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai pribadi dan pola kebiasaan seseorang. Oleh sebab itu, penerapan personal hygiene menjadi sangat penting karena memberikan banyak manfaat, terutama dalam mencegah berbagai penyakit yang dapat timbul akibat kurangnya perawatan diri (Tumanduk et al., 2018).

Defisit perawatan diri juga dapat diartikan sebagai kondisi di mana individu mengalami hambatan atau gangguan dalam kemampuan untuk melaksanakan dan menyelesaikan aktivitas perawatan diri sendiri, meliputi mandi, berpakaian, makan, serta proses eliminasi.

2. Etiologi

Menurut Kusuma (2022), terdapat beberapa pennyebab umum yang memicu pasien mengalami defisit perawatan diri.

a. Faktor Predisposisi

1) Biologis

Defisit perawatan diri sering dipicu oleh penyakit fisik maupun gangguan mental yang membuat klien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Selain itu, faktor keturunan (herediter) juga berperan, misalnya jika ada riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2) Psikologis

Faktor perkembangan memainkan peran penting, terutama ketika keluarga terlalu protektif atau memanjakan individu sehingga menghambat pembentukan inisiatif dan kemandirian. Pada klien dengan defisit perawatan diri, kemampuan menilai realitas yang menurun menyebabkan kurangnya perhatian terhadap diri sendiri dan lingkungan sekitar, termasuk dalam menjaga kebersihan dan perawatan diri.

3) Sosial

Kurangnya dukungan dari orang-orang di sekitar serta kondisi lingkungan yang tidak mendukung dapat menurunkan kemampuan seseorang dalam merawat dirinya sendiri.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

3. Tanda dan gejala

Menurut Dewi & Riyanto (2025) tanda dan gejala yang palinng sering muncul pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri adalah sebagai berikut

a. Data subjektif

Pasien mengeluhkan rasa malas untuk mandi atau membersihkan diri, tidak ingin menyisir rambut, menggosok gigi, memotong kuku, atau berdandan; sering merasa tidak tahu atau tidak mampu melakukan cara merawat diri sendiri, serta mengungkapkan ketidakpedulian terhadap penampilan.

b. Data objektif

Bau badan yang tidak sedap, rambut kusut dan berantakan dengan kemungkinan kutu atau ketombe, gigi kuning, berlubang, atau berbau, kuku panjang dan kotor yang berisiko infeksi, serta pakaian yang tidak rapi, kotor, atau tidak diganti secara rutin.

c. Penampilan fisik

Kulit badan kering, bersisik, atau iritasi karena kurang kebersihan, kumis atau janggut yang tidak terawat pada pria, ketidakmampuan berpakaian dengan benar seperti kancing terbalik, atau eliminasi yang tidak pada tempatnya seperti inkontinensia.

d. Perilaku

Penolakan aktif untuk melakukan personal hygiene, kurang minat atau inisiatif dalam aktivitas sehari-hari seperti makan teratur, isolasi diri dari lingkungan sosial, atau perilaku repetitif yang mengabaikan kebutuhan dasar seperti tidur tidak teratur.

e. Tanda tambahan

Penurunan berat badan akibat kurang makan, dehidrasi dari kurang minum, atau tanda infeksi sekunder seperti luka pada kulit atau masalah pencernaan karena kurangnya perawatan eliminasi yang tepat.

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2018) tanda dan gejala yang palinng sering muncul pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri disajikan pada tabel 1

Tabel 1
Tanda dan Gejala Mayor dan Minor Defisist Perawatan Diri

Subjektif	**Objektif**
1	**2**
1. Menolak melekukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakian/makan/ke toilet/berias secara mandiri
Subjektif	**Objektif**
(Tidak tersedia)	(Tidak tersedia)

(Sumber : PPNI, SDKI 2016)

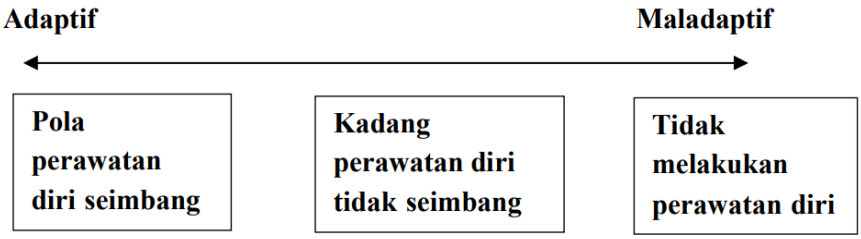
4. Rentang respon

Rentang respon terhadap defisit perawatan diri bervariasi secara luas dari tingkat ringan hingga berat, tergantung pada tingkat ketergantungan individu terhadap bantuan eksternal dan kemampuan adaptasi mereka. Pada tahap

ringan, respon mungkin hanya berupa penolakan sementara terhadap aktivitas tertentu, seperti malas mandi karena kelelahan sementara atau stres ringan, yang masih bisa diatasi dengan motivasi internal atau dukungan minimal dari keluarga. Dalam kasus ini, pasien mungkin masih mampu melakukan sebagian besar aktivitas mandiri, tetapi memerlukan pengingat atau dorongan untuk menjaga konsistensi, sehingga risiko komplikasi rendah.

Pada tahap sedang, respon mencakup ketergantungan parsial, di mana individu membutuhkan bantuan untuk beberapa aspek perawatan diri, seperti bantuan dalam berpakaian atau eliminasi, sering kali karena gangguan kognitif atau emosional yang lebih dalam. Ini dapat menimbulkan komplikasi seperti infeksi kulit ringan atau penurunan harga diri, tetapi masih responsif terhadap intervensi keperawatan seperti terapi okupasi atau pendidikan kesehatan. Mekanisme koping adaptif, seperti penggunaan jadwal harian atau dukungan kelompok, dapat membantu transisi ke kemandirian (Kesuma et al., 2024).

Sementara itu, pada tahap berat, respon berupa ketergantungan total, di mana pasien tidak mampu melakukan apapun tanpa intervensi penuh, berpotensi menimbulkan komplikasi serius seperti infeksi berulang, malnutrisi kronis, atau isolasi sosial yang mendalam. Respon maladaptif, seperti penolakan pengobatan atau agresi, dapat memperburuk kondisi menjadi kronis, memerlukan pendekatan multidisplin termasuk farmakoterapi dan rehabilitasi jangka panjang untuk memulihkan fungsi (Purba et al., 2025).



Gambar 1 Rentang respon

Sumber : Modifikasi dari teori *self-care Orem* dalam Alligood (2022)

Keterangan :

a. Pola perawatan diri seimbang, Ketika klien menerima stressor dan mampu berperilaku tepat sesuai dengan keadaannya pada saat itu.
b. Kadang perawatan diri tidak seimbang, Saat klien mendapatkan stresor lalu klien kadang melakukan sesuai stressor yang diterimanya, kadang juga tidak memperhatikan perawatan dirinya.
c. Tidak melakukan perawatan diri, Klien tidak mempedulikan keadaannya dan tidak bisa melakukan perawatan diri sesuai dengan stressor yang diterimanya.

5. Jenis-jenis defisit perawatan diri

a. Defisit perawatan diri: Mandi

Hambatan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri, sering ditandai dengan badan kotor, bau tidak sedap, dan risiko infeksi kulit; ini bisa disebabkan oleh kurangnya motivasi atau keterbatasan fisik, memerlukan intervensi seperti bantuan langsung atau pengajaran teknik mandi sederhana.

b. Defisit perawatan diri: Berhias

Ketidakmampuan untuk berpakaian, menyisir rambut, atau berdandan dengan benar, menyebabkan penampilan tidak rapi, rambut kusut, atau pakaian yang tidak sesuai; jenis ini sering terkait dengan gangguan motorik halus atau apatis, dan dapat diatasi dengan latihan bertahap.

c. Defisit perawatan diri: Makan/Minum

Gangguan dalam menyelesaikan aktivitas makan atau minum sendiri, seperti makanan berceceran, kesulitan menelan, atau kurang asupan nutrisi yang mengakibatkan dehidrasi atau malnutrisi; ini memerlukan pengawasan nutrisi dan penggunaan alat bantu makan jika diperlukan.

d. Defisit perawatan diri: Eliminasi (BAB/BAK)

Ketidakmampuan mengontrol atau melakukan eliminasi pada tempat yang tepat, berisiko infeksi saluran kemih atau konstipasi; jenis ini sering muncul pada pasien dengan gangguan neurologis atau psikiatrik, dan memerlukan program toilet training atau penggunaan diaper sementara.

e. Defisit perawatan diri: Higiene Oral dan Lainnya

Ketidakmampuan menjaga kebersihan mulut, seperti menggosok gigi atau membersihkan kuku, yang menyebabkan masalah gigi berlubang atau infeksi; ini merupakan ekstensi dari jenis umum dan sering diintegrasikan dalam intervensi holistik (Kesuma et al., 2024).

6. Dampak

Menurut Dewi & Riyanto (2025) dampak yang bisa ditimbulkan oleh pasien yang mengalami defisit perawatan diri cenderung bervariasi, seperti berikut ini :

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.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dan paling mendasar dalam proses keperawatan secara keseluruhan. Tahap ini melibatkan pengumpulan data secara sistematis dan berkelanjutan mengenai respons manusia, status kesehatan, kekuatan, serta masalah klien. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, kebutuhan, serta layanan keperawatan yang diperlukan, mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Pengkajian yang komprehensif, akurat, serta sesuai dengan fakta dan kebenaran data sangat krusial sebagai dasar untuk menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat dan menyusun rencana perawatan yang sesuai dengan respons individu pasien (Gasper, 2025). Komponen pengkajian keperawatan meliputi:

a. Pengumpulan data

1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Mencakup nama lengkap, usia, jenis kelamin, tanggal serta waktu pengkajian, nomor rekam medis, dan informasi penanggung jawab pasien.

2) Keluhan utama

Menggambarkan kondisi utama yang dirasakan pasien hingga memerlukan perawatan. Pada pasien dengan defisit perawatan diri, keluhan biasanya berupa ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan, dan menjaga kebersihan diri, yang

disertai kurangnya motivasi, penurunan aktivitas, serta sikap tidak peduli terhadap kondisi diri sendiri.

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

3) Faktor predisposisi

Berkaitan dengan penyebab dasar munculnya defisit perawatan diri pada pasien. Data yang dikumpulkan meliputi penurunan motivasi, gangguan fungsi kognitif atau persepsi (misalnya halusinasi), ketergantungan pada orang lain, serta riwayat penyakit atau kondisi yang memengaruhi kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti mandi, berpakaian, makan, dan menjaga kebersihan diri.

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

4) Pemeriksaan fisik

Dilakukan untuk mengidentifikasi kondisi fisik pasien. Pada pasien dengan defisit perawatan diri, sering ditemukan penampilan kurang terawat, kebersihan diri yang buruk (misalnya tubuh kotor, rambut tidak rapi, pakaian tidak bersih), serta dapat disertai gerakan lambat dan kurangnya inisiatif dalam merawat diri.

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

5) Pengkajian psikososial

Pengkajian psikososial dilakukan untuk menilai kondisi emosional, hubungan sosial, serta peran pasien dalam lingkungan. Pada pasien dengan defisit perawatan diri, biasanya ditemukan kurangnya interaksi sosial, kecenderungan menarik diri, dan minimnya dukungan dari lingkungan sekitar. Pasien sering menunjukkan sikap apatis, kurang motivasi, serta tidak peduli terhadap diri sendiri. Selain itu, dapat ditemukan gangguan dalam menjalankan

peran sosial sehari-hari dan ketergantungan pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasar.

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

a) Genogram

Genogram digunakan untuk mengidentifikasi struktur keluarga hingga tiga generasi, hubungan antar anggota, riwayat penyakit, dan dukungan keluarga. Pada pasien dengan defisit perawatan diri, fokus pengkajian meliputi hubungan keluarga, anggota terdekat, serta riwayat gangguan jiwa. Respon yang diharapkan: pasien mampu menjelaskan anggota keluarga secara runtut (orang tua, saudara, pasangan, anak), jumlah dan urutan saudara, kondisi hidup/meninggal, serta hubungan emosional terdekat. Pasien juga dapat mengungkapkan riwayat konflik, kehilangan, atau trauma, serta kondisi tempat tinggal dan dukungan yang diterima. Secara objektif, pasien tampak berbicara pelan, kontak mata kurang, dan menunjukkan emosi (sedih/kesal). Hasil pengkajian dapat menunjukkan ketergantungan pada anggota tertentu dan keterbatasan dukungan sosial yang memengaruhi koping pasien.

b) 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.

6) Hubungan Sosial

Pengkajian hubungan sosial bertujuan menilai kemampuan interaksi dan peran sosial pasien. Pada gangguan persepsi sensori auditori, fokus pada orang terdekat, keterlibatan sosial, dan hambatan interaksi. Pasien umumnya mampu menyebutkan orang yang berarti (misalnya anak), namun menunjukkan penurunan minat dalam kegiatan sosial, lebih suka menyendiri, dan tidak aktif berinteraksi. Pasien juga mengungkapkan ketidaknyamanan saat berkomunikasi, dengan tanda objektif seperti berbicara pelan, kontak mata kurang, dan respon singkat. Kondisi ini menunjukkan gangguan hubungan sosial berupa perilaku menarik diri dan penurunan interaksi, yang dapat memperburuk isolasi jika tidak ditangani.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

7) 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.

8) Status mental

Pengkajian status mental menunjukkan pasien tampak rapi namun menunduk, kontak mata kurang, dan kooperatif dengan jawaban singkat. Pembicaraan pelan, aktivitas minimal, dan cenderung menyendiri. Mood sedih dengan afek sesuai, proses pikir logis tanpa waham. Ditemukan halusinasi pendengaran ditandai melamun dan konsentrasi terganggu. Fungsi kognitif cukup baik, judgement cukup setelah diarahkan, dan insight sebagian.

a) Penampilan

Menilai kemampuan klien dalam merias dan merawat diri, meliputi kebersihan diri dari ujung rambut hingga kaki, kerapian penampilan, kesesuaian penggunaan pakaian, serta apakah cara berhias dan berpakaian sesuai dengan kebiasaan sebelumnya.

b) Pembicaraan

Amati pola komunikasi klien, meliputi kecepatan, volume, kejelasan, dan kelancaran berbicara (misalnya lambat, cepat, pelan, keras, atau terputus-putus hingga tidak berbicara). Perhatikan juga apakah alur pembicaraan tersusun dengan baik dan mudah dipahami.

c) Aktivitas motorik

Pada pasien dengan defisit perawatan diri, aktivitas motorik tampak berkurang, ditunjukkan dengan kecenderungan pasif, lebih banyak berdiam diri, serta minim melakukan aktivitas. Gerakan terlihat lambat dan pasien kurang memiliki dorongan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, menjaga kebersihan diri dan merawat diri.

d) Alam perasaan

Pada pasien dengan defisit perawatan diri, kondisi emosional sering tampak tumpul atau kurang ekspresif. Pasien cenderung tidak memperhatikan dirinya, terlihat menarik diri, kurang bersemangat, dan menunjukkan minat yang rendah dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

e) Afek

Pada pasien dengan defisit perawatan diri, afek sering tampak tumpul atau datar, ditandai dengan ekspresi emosi yang minim dan respons terhadap lingkungan yang kurang. Pasien cenderung apatis, kurang menunjukkan minat, serta tidak peduli terhadap diri sendiri maupun kebersihan diri.

f) Interkasi selama wawancara

Interaksi selama wawancara menunjukkan klien kurang kooperatif, tampak kesulitan menjawab pertanyaan, posisi tubuh cenderung menunduk, serta kontak mata minimal karena tidak mampu mempertahankan tatapan dengan lawan bicara.

9) 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).

10) Mekanisme Koping

Pengkajian mekanisme koping menilai cara pasien menghadapi stres dan masalah. Pada gangguan persepsi sensori auditori, fokus pada respon terhadap halusinasi dan cara mengatasi perasaan negatif. Pasien cenderung menggunakan koping maladaptif seperti menyendiri dan menghindari interaksi saat merasa tidak nyaman. Namun, pasien juga mulai menunjukkan koping adaptif dengan menghardik halusinasi meski belum konsisten. Secara objektif, pasien tampak menyendiri, interaksi minimal, berbicara pelan, kontak mata kurang, sering melamun, dan inisiatif rendah.

11) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pengkajian psikososial dan lingkungan menilai kondisi sosial serta pengaruh lingkungan terhadap pasien. Pada gangguan persepsi sensori auditori, fokus pada interaksi, keterlibatan sosial, dan pemanfaatan dukungan lingkungan. Pasien mengungkapkan tidak memiliki teman, tidak menyukai kegiatan kelompok, dan lebih memilih menyendiri. Secara objektif, pasien tampak sering di kamar, tidak ikut aktivitas, respon singkat, suara pelan, dan kontak mata kurang. Meskipun lingkungan suportif, pasien belum mampu memanfaatkannya dan cenderung menarik diri.

12) Aspek Medik

Pengkajian aspek medik menilai diagnosis, kondisi fisik, dan terapi pasien. Pada kasus ini, pasien didiagnosis skizofrenia paranoid dengan gejala halusinasi auditori. Pasien mengetahui sedang dirawat dan kooperatif mengikuti terapi. Terapi farmakologis berupa trifluoperazine 5 mg (2x/hari) dan clozapine 100 mg (½ tablet malam), diminum teratur. Kondisi fisik umumnya stabil (tanda vital normal), namun terdapat bisul di kepala dan pasien tampak agak lemah serta kurang interaktif. Meskipun terapi diberikan, halusinasi masih muncul terutama saat sendiri/malam, sehingga masih diperlukan intervensi lanjutan. Kesimpulan: kondisi skizofrenia paranoid dengan halusinasi auditori masih aktif, pasien stabil dan kooperatif.

b. Daftar masalah keperawatan

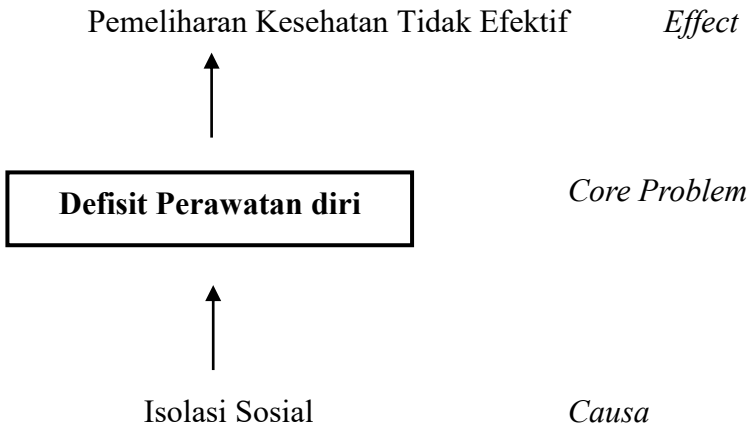
Daftar masalah keperawatan disusun berdasarkan prioritas masalah yang dialami pasien, dengan mempertimbangkan urgensi, potensi risiko, serta dampak terhadap pemulihan secara keseluruhan (Candradewi, 2025). Daftar masalah yang ditemukan pada pasien kemudian diidentifikasi dan diurutkan berdasarkan tingkat keparahannya atau prioritas penanganan. Adapun masalah keperawatan yang menjadi fokus dalam laporan kasus ini meliputi:

1) Isolasi sosial
2) Defisit perawatan diri
3) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

c. Pohon Masalah

Analisis masalah keperawatan yang ditegakkan dalam kasus skizofrenia ini menunjukkan bahwa satu masalah utama yang muncul adalah

defisit perawatan diri. Masalah ini dapat terjadi akibat kehilangan fungsi tubuh, kurangnya motivasi, serta berbagai faktor lain yang saling berkaitan. Secara biologis, skizofrenia merupakan gangguan mental yang ditandai dengan kekacauan pada pola berpikir, proses persepsi, afeksi, dan perilaku sosial. Gangguan ini juga menyebabkan terganggunya semua aspek kehidupan, termasuk fungsi pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, dan pekerjaan (Purba et al., 2025). Oleh sebab itu, masalah ini dapat dijabarkan dalam pohon masalah sebagai berikut:



Gambar 2 Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri

Sumber : (Ns. Sutejo, Keperawatan Jiwa 2018)

2. Diagnosa

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2017), 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 yang muncul terkait dengan defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia (sering kali terkait harga diri rendah kronis, kurang motivasi, dan gejala negatif) adalah sebagai berikut:

a. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan (b.d) gangguan psikologis dan psikotik ditandai dengan (d.d) menolak melakukan perawatan diri, tidak mampumandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, serta minat melakukan perawatan diri kurang

3. Intervensi

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2018), perencanaan keperawatan terdiri dari perumusan tujuan dan intervensi. Tujuan dirumuskan dengan tiga komponen utama, yaitu label (pernyataan luaran yang diharapkan), ekspektasi (kondisi yang diinginkan), dan kriteria hasil (indikator terukur yang menunjukkan pencapaian). Intervensi keperawatan diharapkan dapat mengatasi etiologi (penyebab) atau tanda dan gejala dari diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan. Penerapan luaran keperawatan menggunakan tiga komponen tersebut dapat dilakukan melalui dua metode dokumentasi, yaitu metode manual/tertulis dan metode berbasis komputer.

Intervensi keperawatan yang disusun harus tepat sasaran untuk mengatasi etiologi atau tanda/gejala diagnosis keperawatan. Intervensi terdiri dari intervensi utama (fokus utama untuk mengatasi masalah inti) dan intervensi pendukung (pendamping untuk memperkuat efektivitas). Masing-masing intervensi mencakup empat jenis tindakan keperawatan sesuai standar, yaitu:

Tabel 2
Rencama Keperawatan pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	2	3	4
psikologis dan psikotik ditandai dengan (d.d) menolak melakukan perawatan diri, tidak mampumandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, serta minat melakukan perawatan diri kurang	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 8 x kunjungan, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	1. BHSP 2. Intervensi Utama a. Dukungan Perawatan Diri **Observasi** 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. 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: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)	1. Untuk membina hubungan saling percaya 2. Intervensi Utama a. Dukungan Perawatan Diri **Observasi :** 1. Untuk menilai kesesuaian kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri sesuai tahap perkembangan. 2. Untuk menilai kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri maupun dengan bantuan

1	2	3	4
		3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri **Edukasi** 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan sesuai kemampuan	Untuk memahami nilai, kebiasaan, serta norma yang memengaruhi cara pasien dalam berpakaian dan berhias **Terapeutik :** 1. Untuk mendukung pelaksanaan aktivitas perawatan diri secara optimal untuk memberikan dukungan, arahan, serta motivasi kepada pasien agar mampu melakukan aktivitas secara bertahap 3. Untuk mendukung kenyamanan, kebersihan, dan kerapian pasien dalam berpakaian 4. Untuk membantu pasien meningkatkan kerapian dan penampilan diri

1	2	3	4
		2. Ajarkan menggunakan pakaian **Kolaborasi :** 1. Kolaborasi pemberian Haloperidol 2 x 2,5 mg, Clozapine 1 x 37,5 mg , seta THP 2x1 mg **Dukungan :** 1. Pasien dapat memanfaatkan dukungan nakes, keluarga dan teman – teman sekitarnya	sebagai bagian dari perawatan diri **Edukasi :** 1. Untuk membentuk kebiasaan yang terstruktur dan berkelanjutan 2. Untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan berpakaian **Kolaborasi :** 1. Untuk mengontrol gejala psikotik serta mencegah efek samping obat, dan kemampuan perawatan diri meningkat **Dukungan :** 1. Membantu dalam proses perawatan pasien.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat secara kolaboratif bersama pasien, keluarga, serta anggota tim kesehatan lainnya untuk mendukung pemecahan masalah kesehatan pasien sesuai dengan rencana keperawatan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Pada tahap ini, perawat secara aktif memantau serta mencatat reaksi dan respons pasien terhadap setiap intervensi yang dilaksanakan guna menilai efektivitas tindakan dan melakukan penyesuaian jika diperlukan (Purba et al., 2025).

Dalam kasus pasien skizofrenia dengan diagnosis defisit perawatan diri yang dipicu oleh kurangnya motivasi, harga diri rendah kronis, serta gejala negatif lainnya, implementasi keperawatan difokuskan pada peningkatan kemandirian secara bertahap dan berkelanjutan. Contohnya, intervensi mandiri meliputi pelatihan mandi, berpakaian, makan, dan toileting dengan jadwal harian yang terstruktur, pemberian penguatan positif atas setiap pencapaian kecil, serta pembinaan hubungan saling percaya melalui pendekatan komunikasi yang suportif. Intervensi kolaboratif dilakukan dengan melibatkan terapis okupasi untuk aktivitas fungsional atau psikiater untuk penyesuaian terapi farmakologi guna mengurangi tingkat apati. Sementara itu, intervensi bergantung mencakup pemantauan efek samping obat sesuai instruksi medis. Seluruh proses pelaksanaan dilakukan secara sistematis, dengan pemantauan respons pasien seperti peningkatan inisiatif mandi dari jarang menjadi rutin dan pencatatan hasilnya dalam catatan keperawatan untuk mendukung evaluasi serta perencanaan lanjutan. Tujuan utama implementasi ini adalah memutus

rantai masalah, mencegah komplikasi fisik seperti infeksi kulit, gangguan integritas mukosa, atau malnutrisi, serta meningkatkan kualitas hidup dan fungsi diri pasien secara keseluruhan (Safitri, 2020).

Tabel 3
Implementasi Keperawatan

Diagnosis	No	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
Defisit perawatan Diri berhubungan dengan gangguan psikologis	1	Membina hubungan saling percaya (BHSP), salam, perkenalan, kontrak	***Subjective*** **:** Pasien menyebutkan nama, asal, dan bersedia mengikuti interaksi dengan perawat. ***Objective*****:** Pasien tampak melamun dan menyendiri namun membalas salam yang disampikan perawat	 Lisa
	2	Mengucapkan salam, memperkenal kan diri, membina hubungan saling percaya, menjelaska maksud dan tujuan. menjelaskan informed consent, dan kontrak waktu.	***Subjective :*** Pasien menyebutkan identitas diri secara lebih lengkap dan bersedia melanjutkan interaksi ***Objevtive :*** Pasien tampak lebih sering menyendiri dan menjaga jarak dari lingkungan sekitar. Namun demikian, pasien masih mampu mengucapkan salam serta bersedia berinteraksi ketika	 Lisa

1	2	3	4	5
			diajak berbicara. Selama proses komunikasi berlangsung, kontak mata pasien tampak kurang dan tidak dipertahankan dalam waktu lama.	
	3	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Memonitor tingkat kemandirian Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakian, berhias, dan makan	***Subjective :*** "Iya, saya biasanya mandi dua hari sekali. Saya tidak suka keramas, jadi jarang sekali keramas, saya jarang mengganti pakian" ***Objective :*** Pasien kooperatif dalam menjawab pertanyaan, tetapi terlihat kurang memiliki dorongan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dan maksimal	 Lisa
	4	Mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakian dan berias	***Subjective :*** "Umur saya 65 tahun dan saya beragama Hindu. Sehari-hari saya berpakaian biasa saja." ***Objective :*** Pasien tampak berpakaian sederhana	 Lisa

1	2	3	4	5
			dan sesuai dengan usia, namun terlihat kurang rapi. Penampilan kurang terawat, rambut tampak acak-acakan, dan pakaian tampak tidak disetrika. Pasien tidak menggunakan atribut khusus keagamaan saat pengkajian berlangsung	
	5	Mendampingi dalam melakukan perawatan	***Subjective :*** Pasien mengatakan malas atau tidak berminat melakukan perawatan diri , pasien mengatakan tidak tahu cara melakukan perawatan diri dengan benar ***Objective :*** Pasien dibantu mempersiapkan alat, mandi dengan pendampingan perawat (membersihkan badan & gigi),	Lisa

1	2	3	4	5
			tampak lebih segar, rambut basah setelah keramas pertama kali dalam beberapa hari.	
	6	Memfasilitasi berhias sederhana (menyisir rambut, merapikan penampilan	***Subjective :*** Pasien mengatakan tidak mampu menyisir rambut secara mandiri, pasien mengatakan tidak ada keinginan untuk merapikan diri ***Objective :*** Pasien memilih pakaian sendiri dengan bimbingan, berhasil memakai baju & menyisir	 Lisa
	7	Mengedukasi pentingnya perawatan diri konsisten (mandi & ganti baju setiap hari)	***Subjective :*** Pasien mengatakan msu untuk mengganti pakaian ***Objective :*** Pasien membersihkan badan & gigi sendiri. Penampilan bersih, kontak mata baik, ekspresi lebih antusias.	 Lisa

1	2	3	4	5
	8	Edukasi cara berpakaian & berhias sesuai usia & budaya Hindu Latihan mandiri memilih & memakai pakaian	***Subjective :*** Pasien mengatakan sudah bisa memilih pakaian sendiri , pasien mengatakan merasa lebih rapi dan nyaman dengan penampilannya ***Objective :*** Pasien memilih & memakai pakaian bersih sendiri, merapikan rambut & mengoles bedak sederhana. Tampak lebih percaya diri, mulai bercerita tentang kebiasaan dulu	 Lisa

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang melibatkan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil yang diamati pada pasien dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Proses evaluasi ini berlangsung secara berkelanjutan, melibatkan kolaborasi antara pasien (klien), keluarga, dan tim kesehatan lainnya, dengan fokus utama pada pengukuran kemajuan, penilaian efektivitas intervensi, serta identifikasi kebutuhan perbaikan atau modifikasi rencana.

Melalui evaluasi, perawat menganalisis respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, menentukan apakah sasaran tercapai sepenuhnya, sebagian, atau belum tercapai, serta menetapkan tujuan lanjutan berdasarkan kesepakatan bersama pasien.

Terdapat dua jenis evaluasi utama, yaitu evaluasi formatif yang dilakukan segera setelah pelaksanaan intervensi untuk menilai efektivitas tindakan secara dini, dan evaluasi sumatif yang dilakukan setelah seluruh rangkaian proses keperawatan selesai untuk menilai hasil akhir secara keseluruhan (Purba et al., 2025). Dalam menyusun evaluasi keperawatan, metode yang umum digunakan di Indonesia adalah format SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Planning*), yang memungkinkan dokumentasi terstruktur dan komprehensif. Komponen-komponennya meliputi:

a. S (*Subjective*)

   Data subjektif berupa ungkapan, keluhan, atau pernyataan langsung dari pasien atau keluarga mengenai kondisi, perasaan, atau perubahan yang dirasakan (misalnya, pasien menyatakan "Saya mulai bisa mandi sendiri meski masih lemas").

b. O (*Objective*)

   Data objektif hasil pengamatan, pengukuran, atau pemeriksaan fisik/psikososial oleh perawat (misalnya, pasien tampak lebih rapi, mandi dilakukan mandiri tanpa bantuan, berat badan stabil, atau penampilan kulit bersih tanpa tanda infeksi).

c. A (*Assessment*)

Analisis atau penilaian perbandingan antara data subjektif dan objektif dengan tujuan serta kriteria hasil yang ditetapkan sebelumnya, untuk menentukan tingkat pencapaian (misalnya, defisit perawatan diri teratasi sebagian karena pasien mampu melakukan 3 dari 4 aktivitas dasar mandiri, meskipun motivasi masih rendah).

d. P (*Planning*)

Rencana lanjutan, termasuk modifikasi, penambahan, atau penghentian intervensi (misalnya, lanjutkan pelatihan perawatan diri dengan penguatan positif, kolaborasi dengan terapis okupasi, atau evaluasi ulang dalam 3 hari jika belum penuh tercapai).

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan

No	Waktu	Diagnosis	Tindakan Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	1	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan psikologis	Membina hubungan saling percaya (BHSP)	**S:** Pasien menyebutkan nama, asal, dan bersedia mengikuti interaksi dengan perawat. **O:** Pasien tampak melamun dan menyendiri, namun membalas salam yang disampaikan perawat. **A:** BHSP belum tercapai **P:** Lanjutkan BHSP dengan pendekatan suportif	 lisa
2	2		Melanjutkan BHSP	**S:** Pasien menyebutkan identitas diri lebih lengkap dan bersedia berinteraksi **O:** Pasien masih menyendiri, kontak mata kurang, namun mampu merespon dan berinteraksi **A:** BHSP mulai tercapai **P:** Lanjutkan ke pengkajian perawatan diri	 Lisa

1	2	3	4	5	6
3	3		Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Memonitor tingkat kemandirian Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakian, berhias, dan makan	**S:** Pasien mengatakan mandi 2 hari sekali, jarang keramas, dan jarang ganti pakaian **O:** Pasien kooperatif namun kurang motivasi dalam perawatan diri **A:** Masalah defisit perawatan diri belum teratasi **P:** Lanjutkan identifikasi kebutuhan perawatan diri	 Lisa
4	4		Mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakian dan berias	**S:** Pasien mengatakan berusia 65 tahun dan beragama Hindu **O:** Penampilan kurang rapi, rambut acak-acakan, pakaian tidak disetrika **A:** Defisit perawatan diri masih ada **P:** Lanjutkan intervensi pendampingan perawatan diri	 Lisa

1	2	3	4	5	6
5	5		Mendampingi dalam melakukan perawatan	**S:** Pasien mengatakan malas dan tidak tahu cara merawat diri **O:** Pasien mandi dengan bantuan, tampak lebih segar, rambut bersih **A:** Ada peningkatan (mulai teratasi sebagian) **P:** Lanjutkan latihan perawatan diri	 Lisa
6	6		Memfasilitasi berhias sederhana (menyisir rambut, merapikan penampilan	**S:** Pasien mengatakan tidak mampu menyisir rambut dan tidak ada keinginan berhias **O:** Pasien mampu menyisir rambut dan berpakaian dengan bimbingan **A:** Peningkatan kemampuan perawatan diri **P:** Lanjutkan edukasi dan latihan mandiri	 Lisa
7	7		Mengedukasi pentingnya perawatan diri konsisten (mandi & ganti baju setiap hari)	**S:** Pasien mengatakan mau mengganti pakaian **O:** Pasien mandi dan membersihkan diri	 Lisa

1	2	3	4	5	6
				sendiri, tampak lebih bersih dan rapi **A:** Masalah teratasi sebagian **P:** Lanjutkan penguatan perilaku mandiri	
8	8		Edukasi cara berpakaian & berhias sesuai usia & budaya Hindu Latihan mandiri memilih & memakai pakaian	**S:** Pasien mengatakan sudah bisa memilih pakaian sendiri dan merasa lebih nyaman **O:** Pasien berpakaian bersih, rambut rapi, tampak percaya diri dan mulai berinteraksi **A:** Defisit perawatan diri teratasi **P:** Pertahankan kemandirian dan libatkan keluarga	Lisa