LAPORAN TUGAS AKHIR

PENERAPAN LATIHAN KEMANDIRIAN UNTUK MENINGKATKAN PERSONAL HYGIENE PADA PASIEN DEFISIT PERAWATAN DIRI DIRUANG ANGGREK RUMAH SAKIT JIWA SOEPRAPTO PROVINSI BENGKULU

CHARISYAH AYU KHAIRANI
NIM : 202301097

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2026

LAPORAN TUGAS AKHIR

PENERAPAN LATIHAN KEMANDIRIAN UNTUK MENINGKATKAN PERSONAL HYGIENE PADA PASIEN DEFISIT PERAWATAN DIRI DIRUANG ANGGREK RUMAH SAKIT JIWA SOEPRAPTO PROVINSI BENGKULU

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program Pendidikan DIII Keperawatan

CHARISYAH AYU KHAIRANI
NIM : 202301097

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2026

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR

PENERAPAN LATIHAN KEMANDIRIAN UNTUK MENINGKATKAN PERSONAL HYGIENE PADA PASIEN DEFISIT PERAWATAN DIRI DIRUANG ANGGREK RUMAH SAKIT JIWA SOEPRAPTO PROVINSI BENGKULU

Charisyah Ayu Khairani
202301097

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Pada

Tanggal 11 September 2026 dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Panitia Penguji

Ketua Penguji

Ns. Dimas Dewa Darma, M.Tr.Kep.MB

NUPTK.6447775676130153 .....

Anggota Penguji

1. Ns. Deki Setiawan Sihombing,S.Kep

NIK.2026.173

.....

2. Ns. Sutri Yani, M.A.N

NUPTK.7834763664230392

.....

Mengetahui,

Ka. Prodi DIII Keperawatan

Ns. Sutri Yani, M.A.N

NIK.2009.040

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Charisyah ayu khairani

Nim : 202301097

Program Studi : D3 Keperawatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Laporan Tugas Akhir ini hasil jiblakan, Maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bengkulu, 10 September 2026
Pembuat Pernyataan

Mengetahui,
Dosen Pembimbing



Ns.Sutri Yani, M.A.N
02.020585.02

Charisyah ayu khairani
202301097

Penerapan Latihan Kemandirian untuk Meningkatkan Personal Hygiene pada Pasien Defisit Perawatan Diri di Ruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu

ABSTRAK

i-xiii Halaman Awal - 129 halaman inti
Charisyah ayu khairani, Sutri yani

Masalah: Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan individu dalam melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri, seperti mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, berpakaian, dan berhias. Kondisi ini memerlukan latihan bertahap untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan *personal hygiene*. **Tujuan:** Mengetahui penerapan latihan kemandirian dalam meningkatkan *personal hygiene* pada pasien defisit perawatan diri di Ruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus pada satu orang pasien. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Kemampuan *personal hygiene* dinilai menggunakan lembar observasi *Activity Daily Living* (ADL). Latihan kemandirian dilakukan selama 5 hari melalui edukasi, demonstrasi, praktik, bimbingan, motivasi, dan evaluasi. **Hasil:** Penerapan latihan kemandirian selama 5 hari menunjukkan adanya perkembangan kemampuan *personal hygiene* yang bertahap. Pada awal latihan, pasien masih memerlukan arahan dan bimbingan dalam melakukan aktivitas *personal hygiene*. Selanjutnya, pasien mulai mampu mengikuti tahapan perawatan diri dengan bantuan minimal dan menunjukkan peningkatan motivasi serta kepercayaan diri. Skor *ADL* meningkat dari 8 pada hari pertama menjadi 10, 12, 16, dan 18 pada hari kedua hingga kelima. Pada hari kelima, pasien mampu melakukan seluruh aktivitas *personal hygiene* sebagian masih dengan arahan.

Kata kunci: Latihan kemandirian, *personal hygiene*, defisit perawatan diri**.**
Daftar pustaka: (2021–2026)

APPLICATION OF INDEPENDENCE TRAINING TO IMPROVE PERSONAL HYGIENE IN PATIENTS WITH SELF-CARE DEFICIT IN THE ANGGREK WARD SOEPRAPTO MENTAL HOSPITAL, BENGKULU PROVINCE

ABSTRACT

i–xiii Preliminary Pages + 129 Core Pages
Charisyah Ayu Khairani, Sutri Yani

Problem: Self-care deficit is an individual's inability to independently perform self-care activities, such as bathing, brushing teeth, washing hair, dressing, and grooming. This condition requires gradual training to improve the patient's independence in meeting *personal hygiene* needs. **Objective:** To determine the application of independence training in improving *personal hygiene* among patients with self-care deficits in the Anggrek Ward of Soeprapto Mental Hospital, Bengkulu Province. **Method:** This study used a descriptive method with a case study approach involving one patient. Data were collected through interviews, observation, physical examination, and documentation. *Personal hygiene* ability was assessed using an *Activity of Daily Living* (ADL) observation sheet. Independence training was provided for 5 days through education, demonstration, practice, guidance, motivation, and evaluation. **Results:** The application of independence training for 5 days shows a gradual development in personal hygiene skills. At the beginning of the training, the patient still required direction and guidance in performing personal hygiene activities. Subsequently, the patient began to follow the self-care steps with minimal assistance and demonstrated increased motivation and self-confidence. The ADL score increased from 8 on the first day to 10, 12, 16, and 18 on the second through fifth days. On the fifth day, The patient is partially independent in maintaining *personal hygiene* and still requires guidance.

Independence training, *personal hygiene*, self-care deficit, *Activity of Daily Living*.
References: (2021–2026)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan proposal tugas akhir ini. Penulisan Proposal ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Laporan Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Sutri Yani, M.A.N selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua STIKes Sapta Bakti
2. Ibu Ns. Novi Lasmadasari, M.Kep selaku wakil ketua 1 STIKes Sapta Bakti
3. Ibu Dr. Nur Elly, S.Kep M.Kes Selau Wakil Ketua II Program Studi DIII Keperawatan STIKes Sapta Bakti
4. Ibu Ns. Sutri Yani, M.A.N sebagai Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Sapta Bakti
5. Bapak Ns.Dimas Dewa Darma, M.Tr.Kep,SP.Kep.MB sebagai ketua penguji
6. Bapak Ns.Deki Setiawan Sihombing,S.Kep sebagai anggota penguji
7. Seluruh Dosen Keperawatan yang sudah memberikan bimbingan dan arahan selama penulis menuntut ilmu di kampus STIKes Sapta Bakti Bengkulu
8. Penulis ucapkan terima kasih kepada Rumah Sakit Jiwa Soeprapto yang telah memberikan tempat untuk pelaksanaan penelitian
9. Kepada orang tua tercinta, ayah dan bunda terima kasih atas setiap doa yang tak pernah putus, kasih sayang yang tak pernah berkurang, serta segala pengorbanan yang mungkin tidak akan pernah mampu penulis balas dengan apa pun. Di setiap langkah yang penulis tempuh, ada doa dan perjuangan kalian yang menjadi kekuatan. Karya ini mungkin sederhana, tetapi di dalamnya tersimpan rasa terima kasih yang begitu besar untuk dua orang yang selalu percaya kepada penulis, bahkan ketika penulis sendiri sempat meragukan kemampuan. Semoga pencapaian ini dapat menjadi salah satu alasan kecil untuk membuat kalian bangga dan Bahagia
10. Kepada keluarga khususnya almarhum nenek dan almarhum datuk tercinta, penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghormatan yang mendalam atas kasih sayang, doa, nasihat, dan segala kebaikan yang telah diberikan semasa hidup. Meskipun kini telah tiada, kenangan, kasih sayang, serta nilai-nilai yang telah ditanamkan akan selalu menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis. Semoga pencapaian ini dapat menjadi salah satu bentuk penghormatan dan rasa terima kasih penulis kepada beliau yang senantiasa menjadi bagian penting dalam hidup penulis.
11. Kepada seseorang yang senantiasa menemani penulis dalam setiap proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, terima kasih atas waktu, perhatian, dukungan, motivasi, serta kesabaran yang telah diberikan telah menjadi

tempat berbagi cerita, keluh kesah, dan menjadi salah satu sumber semangat bagi penulis di tengah berbagai proses dan tantangan yang dihadapi. Kehadiran dan dukungan yang diberikan memiliki arti tersendiri bagi penulis dalam perjalanan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

12. Kepada teman-teman seperjuangan, khususnya Alya Fauziah Rahma dan Avita Rosalina Sofyan, terima kasih atas segala dukungan, motivasi, dan saran yang telah diberikan selama proses penyusunan Laporan Tugas Akhir ini karena selalu menjadi pendengar yang baik, memberikan semangat, dan terus mendukung tanpa pernah menjatuhkan. Terima kasih telah menemani dan membantu penulis hingga dapat sampai pada tahap ini
13. Terima kasih kepada semua pihak yang terlibat dalam pembuatan Laporan Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu
14. Terakhir, penulis mengucapkan terima kasih untuk diri sendiri karena telah memilih untuk tetap bertahan dan terus melangkah meskipun banyak rasa lelah, ragu, dan tantangan yang harus dilewati. Terima kasih karena telah memilih untuk tidak menyerah dan tetap menyelesaikan apa yang telah dimulai. Semoga pencapaian ini menjadi pengingat bahwa penulis mampu melewati setiap proses dan menjadi lebih kuat dari sebelumnya

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu, ... 2026

Charisyah Ayu Khairani

DAFTAR ISI

COVER i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN iii
ABSTRAK v
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI ix
DAFTAR BAGAN xii
DAFTAR SINGKATAN xiii
DAFTAR LAMPIRAN xiv
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 5
C. Tujuan Penelitian 6
D. Manfaat Penelitian 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7
A.Konsep Defisit Perawatan Diri 7
1. Definisi 7
2. Etiologi 7
3. Tanda Dan Gejala 10
4. Komplikasi 10
5. Jenis Defisit Perawatan Diri 10
6. Rentang Respon 11
7. Fase Defisit Perawatan Diri 11
8. Pohon Masalah 13
9. Penatalaksanaan Medis 13
B.Konsep Penerapan Latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene. 15
1. Definisi 15
2. Tujuan 16
3. Indikasi 16
4. Manfaat Penerapan Latihan Kemandirian 16
5. Standar Operasional Prosedur 18
6. State of the art (Peneliti Sebelumnya) 21

C. Konsep Asuhan keperawatan 22
3. Diagnosa keperawatan 25
4. Intervensi keperawatan 26
5. Implementasi keperawatan 27
6. Evaluasi keperawatan 27
BAB III METODE PENELITIAN 29
A. Desain penelitian 29
B. Subjek penelitian 29
C. Defenisi operasional 30
D. Lokasi dan waktu studi penelitian 30
E. Tahap Penelitian 31
F. Jenis Data, Tehnik dan Instrumen Pengumpulan Data 32
G. Analisa Data 34
H. Etika Penelitian 35
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 36
A. Hasil Penelitian 36
B. Diagnosa Keperawatan 48
C. Intervensi Keperawatan 47
D. Implementasi Keperawatan 48
E. Evaluasi Keperawatan 66
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 78
A. Kesimpulan 78
B. Saran 80
DAFTAR PUSTAKA 82
LAMPIRAN 78

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 SOP Berpakaian dan Berhias 18
Tabel 2. 2 *State Of The Art* 21
Tabel 2. 3 Table Anamnesa 22
Tabel 2. 4 Analisa Data 25
Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan 26
Tabel 3 1 Definisi Operasional 30

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 2 Rentang Respon 11
Bagan 2. 3 *Pohon masalah* (Simanjuntak 2024) 13
Bagan 3. 1 Tahap penelitian 31

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan/istilah	Kepanjangan
RSKJ	Rumah sakit khusus jiwa
MK	Masalah kesehatan
WHO	*World health organization*
SOP	Standar operasional prosedur

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul
Lampiran 1	Instrumen
Lampiran 2	Naskah PSP
Lampiran 3	*SOP*
Lampiran 4	Lembar observasi ADL defisit perawatan diri
Lampiran 5	Form *informed concent*/persetujuan
Lampiran 6	Kartu kendali bimbingan LTA
Lampiran 7	Surat izin pra penelitian

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang signifikan, dengan prevalensi yang terus meningkat dari tahun ke tahun (Kementerian kesehatann republik indonesia, 2022). Organisasi Kesehatan Dunia melaporkan bahwa sebagian besar pasien dengan gangguan jiwa berat yang dirawat di rumah sakit jiwa mengalami gangguan fungsi sehari-hari, termasuk defisit perawatan diri seperti ketidakmampuan dalam menjaga kebersihan diri, berpakaian, dan memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri. Defisit perawatan diri ini sering dikaitkan dengan gangguan kognitif, motivasi, serta gejala negatif yang menyertai gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Data yang didapatkan diperkirakan lebih dari 40–60% pasien rawat inap di rumah sakit jiwa mengalami berbagai tingkat defisit perawatan diri yang memerlukan intervensi keperawatan yang intensif dan berkelanjutan (World Health Organization, 2022).

Defisit perawatan diri menjadi salah satu diagnosis keperawatan yang paling sering ditemukan pada pasien dengan skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya. Data menunjukkan bahwa lebih dari lima puluh persen atau sekitar 50–60% pasien gangguan jiwa yang menjalani perawatan intensif mengalami ketergantungan dalam melakukan aktivitas dasar seperti mandi, makan, dan berpakaian. Kondisi ini diperparah oleh kurangnya dukungan keluarga serta stigma sosial yang menghambat proses rehabilitasi pasien. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

Dari data pasien dengan gangguan jiwa yang didapatkan di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu, masalah keperawatan pasien rawat inap yaitu pada tahun 2022 berjumlah 15.263 orang dengan rincian perilaku kekerasan 42,11%, halusinasi 45,3%, isolasi sosial 15,2%, defisit perawatan diri 5,2%, harga diri rendah 2,3%, waham 2,1% dan resiko bunuh diri 1,3% (RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu, 2024), sedangkan data yang didapatkan di ruang anggrek terbanyak adalah Halusinasi. Dari 41 orang diantaranya ada 1 orang dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan, 36 orang dengan masalah

Halusinasi,4 orang dengan masalah defisit perawatran diri. (RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu, 2026).

Penyebab utama dari kondisi ini berkaitan dengan gangguan fungsi kognitif, afektif, dan perilaku yang dialami pasien, terutama pada gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Gangguan pada proses pikir, seperti waham dan halusinasi, dapat mengganggu kemampuan individu dalam memusatkan perhatian dan mengambil keputusan, sehingga berdampak pada menurunnya kemampuan merawat diri. Selain itu, gejala negatif seperti apatis, avolisi (kehilangan motivasi), dan anhedonia juga berkontribusi besar terhadap terjadinya defisit perawatan diri karena pasien kehilangan dorongan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Townsend, 2022).

Tanda dan gejala defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa dapat diamati melalui perubahan perilaku yang signifikan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. Pasien sering tampak tidak terawat, seperti rambut kusut, pakaian kotor dan tidak sesuai, bau badan, serta tidak mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri. Selain itu, pasien juga dapat menunjukkan ketidakmampuan dalam makan secara teratur, kesulitan menggunakan alat makan, serta kurangnya kesadaran terhadap kebutuhan nutrisi. Menurut psikologis, pasien cenderung menarik diri, kurang responsif terhadap lingkungan, serta menunjukkan penurunan minat terhadap aktivitas yang sebelumnya mampu dilakukan. Kondisi ini mencerminkan adanya gangguan dalam fungsi adaptif individu yang berkaitan erat dengan keparahan gangguan jiwa yang dialami (Videbeck, 2021).

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa meliputi faktor internal dan eksternal.Faktor internal mencakup tingkat keparahan penyakit, lamanya menderita gangguan jiwa, adanya gangguan kognitif, serta dominasi gejala negatif. Faktor eksternal meliputi kurangnya dukungan keluarga, lingkungan sosial yang tidak kondusif, serta keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan mental. Stigma atau tanda sosial yang tinggi terhadap penderita gangguan jiwa juga berkontribusi terhadap rendahnya harga diri pasien dan menurunnya motivasi untuk merawat diri, sehingga memperburuk kondisi yang ada (Stuart, 2020).

Defisit perawatan diri tidak segera ditangani, maka dapat menimbulkan berbagai dampak yang merugikan baik secara fisik, psikologis, maupun

sosial.Fisik, Pasien berisiko mengalami infeksi kulit, gangguan nutrisi, serta penurunan kondisi kesehatan secara umum akibat kurangnya kebersihan dan perawatan diri. Psikologis, kondisi ini dapat memperburuk gejala gangguan jiwa, meningkatkan isolasi sosial, serta menurunkan harga diri pasien. Dari aspek sosial, pasien dapat mengalami penolakan dari lingkungan sekitar, kehilangan fungsi sosial, dan kesulitan dalam proses reintegrasi ke masyarakat. Intervensi yang tepat dan berkelanjutan sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut serta meningkatkan kualitas hidup pasien, intervensi yang akan diterapkan yaitu dukungan perawatan diri. (Herdman & Kamitsuru, 2021).

Latihan kemandirian merupakan salah satu intervensi keperawatan yang berfokus pada peningkatan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari secara mandiri, termasuk personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri. Intervensi ini dilakukan melalui pendekatan bertahap, sistematis, dan berulang, dengan tujuan membantu pasien mengembangkan kembali keterampilan dasar yang mengalami penurunan akibat gangguan jiwa. Latihan kemandirian melibatkan proses pembelajaran yang menekankan pada penguatan perilaku positif, pemberian contoh (modeling), serta supervisi yang konsisten dari perawat agar pasien mampu melakukan aktivitas seperti mandi, menyikat gigi, dan berpakaian secara mandiri (Stuart, 2020).

Pelaksanaan latihan kemandirian dalam meningkatkan personal hygiene dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu tahap orientasi, tahap kerja, dan tahap terminasi. Pada tahap orientasi, perawat melakukan pendekatan terapeutik untuk membangun hubungan saling percaya serta mengkaji kemampuan awal pasien dalam melakukan perawatan diri. Pada tahap kerja, perawat memberikan edukasi, demonstrasi, serta latihan langsung kepada pasien terkait langkah-langkah personal hygiene yang benar, seperti urutan mandi, cara menyikat gigi, serta penggunaan pakaian bersih.Latihan diberikan secara bertahap mulai dari aktivitas yang paling sederhana hingga kompleks, disesuaikan dengan kemampuan pasien, serta dilakukan secara berulang untuk memperkuat kebiasaan. Pada tahap terminasi, dilakukan evaluasi terhadap kemampuan pasien dan pemberian motivasi agar pasien mampu mempertahankan kemandiriannya (Townsend, 2022).

Secara mekanisme kerja, latihan kemandirian dalam meningkatkan personal hygiene berlandaskan pada prinsip modifikasi perilaku dan pembelajaran sosial. Melalui pengulangan (repetition) dan pembiasaan (habituation), terjadi penguatan fungsi kognitif dan psikomotor sehingga aktivitas perawatan diri menjadi kebiasaan yang lebih otomatis. Pemberian reinforcement positif seperti pujian dan dukungan meningkatkan motivasi intrinsik pasien, sedangkan modeling dari perawat membantu pasien meniru perilaku yang benar. Selain itu, supervisi berkelanjutan memastikan pasien melakukan tindakan secara tepat dan konsisten. Proses ini juga berkontribusi dalam meningkatkan fungsi eksekutif, perhatian, serta kemampuan perencanaan yang sering terganggu pada pasien gangguan jiwa (Videbeck, 2021).

Penelitian ini akan diterapkan pada pasien defisit perawatan diri dan akan dilaksanakan pada bulan Juni, dengan latihan kemandirian cara berhias terapi ini dilakukan selama 5 hari berturut - turut dengan waktu 10-15 menit, yaitu pada pagi dan siang hari sesuai dengan kondisi pasien

Penelitian oleh Akper et al (2024) menunjukkan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri berada pada tingkat kemandirian dengan bantuan, yaitu sebanyak 66,7%, dan hanya sebagian kecil yang mampu mandiri sepenuhnya. Hasil ini menegaskan bahwa intervensi keperawatan seperti latihan kemandirian sangat diperlukan untuk meningkatkan kemampuan personal hygiene pasien secara bertahap dan berkelanjutan.

Penelitian lain oleh Wati et al (2023) mengenai penerapan latihan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri di rumah sakit jiwa menunjukkan bahwa intervensi latihan yang dilakukan secara terstruktur mampu meningkatkan kemampuan pasien dalam menjaga kebersihan diri. Latihan ini membantu pasien menjadi lebih peduli terhadap kebersihan diri serta mengurangi risiko masalah kesehatan akibat kurangnya personal hygiene.

Penelitian oleh Handayani, Hasanah, & Fitri (2025) menunjukkan bahwa implementasi personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri dapat meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari.Hasil studi kasus yang dilakukan menunjukkan adanya peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas kebersihan diri setelah diberikan

intervensi secara bertahap dan berulang, sehingga memperkuat efektivitas latihan kemandirian sebagai salah satu strategi keperawatan jiwa.

Peran perawat dalam penelitian mengenai latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri bersifat komprehensif dan holistik, mencakup fungsi sebagai pemberi asuhan, edukator, fasilitator, motivator, advokat, sekaligus peneliti. Perawat melakukan pengkajian menyeluruh terhadap kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri, mengidentifikasi hambatan serta potensi yang dimiliki, kemudian memberikan intervensi berupa edukasi dan pelatihan personal hygiene secara terstruktur dan bertahap sesuai kondisi kognitif dan emosional pasien. Dalam pelaksanaannya, perawat memberikan contoh (modeling), membimbing secara langsung, serta melakukan supervisi dan evaluasi secara berkelanjutan, disertai dengan pemberian reinforcement positif untuk meningkatkan motivasi dan kepercayaan diri pasien. Selain itu, perawat juga melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung agar keberlanjutan latihan tetap terjaga di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam konteks penelitian, perawat bertanggung jawab melaksanakan intervensi sesuai prosedur ilmiah, melakukan observasi dan pencatatan data secara objektif, serta memastikan penerapan prinsip etik seperti menjaga keselamatan, martabat, dan kerahasiaan pasien, sehingga perawat berperan penting dalam meningkatkan kemandirian dan kualitas hidup pasien melalui pendekatan berbasis bukti (Herdman & Kamitsuru, 2021).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengeksplorasi keaktifan "Penerapan Latihan Kemandiran untuk meningkatkan personal hygiene pada pasien Defisit Perawatan Diri Diruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu."

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan yang telah diuraikan pada latar belakang maka penulis merumuskan masalah penelitian yaitu Bagaimanakah Penerapan Latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri Diruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

   Telah diperoleh gambaran Penerapan Latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri di ruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu.

2. Tujuan Khusus:
   a. Telah dilakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah defisit perawatan diri
   b. Telah dirumuskan diagnosa keperawatan dengan masalah defisit perawatan diri
   c. Telah disusun intervensi keperawatan dengan masalah defisit perawatan diri
   d. Telah dilakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan masalah defisit perawatan diri
   e. Telah dilakukan evaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan dengan masalah defisit perawatan diri.

D. Manfaat Penelitian

1. Tempat Penelitian

   Hasil yang diperoleh dari penelitian ini dapat memberikan pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya dalam studi kasus non farmakologi tentang penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene : defisit perawatan diri.

2. Institusi Terkait

   Menambah referensi bagi mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien defisit perawatan diri

3. Peneliti Selanjutnya

   Memberikan informasi baru pada peneliti selanjutnya dan dapat menambah wawasan pengetahuan sehingga akan bermanfaat untuk pengembangan pendidikan selanjutnya serta dapat dijadikan referensi penelitian berikutnya dalam bidang yang serupa.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Defisit perawatan diri adalah istilah yang biasanya digunakan dalam bidang perawatan kesehatan untuk menggambarkan situasi di mana seseorang mengalami kesulitan dalam merawat diri sendiri, seperti mandi, berpakaian, makan atau melakukan aktivitas sehari-hari lainnya. Ini bisa disebabkan oleh berbagai kondisi kesehatan fisik atau mental (Indriani 2021).

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, keadaan seseorang yang tidak mampu merawat diri dengan benar dan tidak dapat menyelasaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berhias, mencuci tangan sebelum dan sesudah makan/minum serta mencuci tangan setelah Buang air besar dan buang air kecil (Laia & Pardede, 2022).

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2022) bahwa defisit perawatan diri merupakan kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan dirinya. Setaip individu berpotensi mampu dan tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Ketika kemampuan perawatan diri dapat dilakukan mandiri, hal itu membantu individu untuk memelihara intergritas dirinya, mendukung dan memperlancar proses perkembangan (Tas & Buldukoglu, 2022).

2. Etiologi

Menurut Imelisa (2021) dalam Pratama & Senja (2022). Ditemukan faktor timbulnya defisit perawatan diri yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.

2) Kemampuan Realitas Turun

Pasien dengan gangguan jiwa memiliki kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan ketidakpedulian pada dirinya dan lingkungan termasuk keperawatan diri.

3) Sosial

Kurang dukungan dan latihan kemampuan dari lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus terjadinya gangguan jiwa pada klien dengan defisit perawatan diri meliputi:

1) Body Image

Gambaran individu terhadap diri, sangat mempengaruhi kebersihan diri. Ketikaterjadinya perubahan fisik atau individu tidak menyukai perubahan fisik yang terjadi, individu mengekspresikan perasaan kecewa dan tidak puas terhadap diri dengan tidak peduli kebersihan dirinya.

2) Penurunan motivasi

Individu yang mengalami gangguan jiwa mengalami penurunan aktivitas psikomotorik yang dipengaruhi oleh suatu perilaku individu tersebut. Gangguan yang terjadi adalah kelainan motorik dalam gangguan non-organik yang ditemukan dengan gejala katalepsi (mempertahankan suatu posisi terus menerus), katatonik stupor (penurunan aktivitas motorik bahkan hingga terjadi imobilisasi), negativisme (penolakan untuk melakukan aktivitas dan katapleksi(kehilangan tonus otot dan kelemahan yang bersifat sementara akibat perubahan emosional).

3) Kerusakan Kognitif

Penurunan motivasi kerusakan fungsi kognitif terjadi pada pasien gangguan jiwa diakibatkan adanya perubahan proses pikir, sehingga dapat menyebabkan suatu ketidakmampuan melakukan aktivitas perawatan diri. Kognitif berhubungan dengan daya ingat, yang berfungsi dan mempengaruhi perilaku. Individu yang mengalami defisit perawatan diri memiliki gangguan daya ingat yang berhubungan dengan memori prosedural, memori ini merupakan ingatan mengenai cara melakukan sesuatu. Kemampuan seseorang dalam melakukan kegiatan harian yang dimana kemampuan tersebut telah dimiliki, seperti cara melakukan perawatan diri, menyisir, dan melakukan kegiatan sehari-hari.

4) Praktik Sosial

Pada seseorang yang selalu melakukan kebersihan diri dibantu oleh orang tua, maka kemungkinan akan mengalami kesulitan dalam penerapan pola pemenuhan kebersihan diri.

5) Status Sosial Ekonomi

Status ekonomi sosial, mempengaruhi kebiasaan dalam pemenuhan kebersihan diri yang memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, alat mandi semuanya yang memerlukan uang untuk menyediakannya.

6) Pengetahuan

Pengetahuan sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan Kesehatan.

3. Tanda Dan Gejala

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

a. Tanda subjektif : menolak melakukan perawatan diri
b. Tanda objektif : tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan ke toilet berhias secara mandiri.

Pasien dengan defisit perawatan diri dapat dilihat dari penampilannya secara umum seperti bau badan tidak sedap, pakaian kotor, dan tubuh tidak terawat, tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penapilan tidak rapi (Indriani, 2021:Fajriyati, 2023).

4. Komplikasi

Menurut (Periza,R.H 2021) dampak yang sering timbul pada masalah defisit perawatan diri sebagai berikut :

a. Dampak fisik

Adanya gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, secara gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak psikososial

Seperti gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial. Masalah defisit perawatan diri bisa menularkan berbagai macam penyakit kepada penghuni lainnya dan juga tenaga kesehatan.

5. Jenis Defisit Perawatan Diri

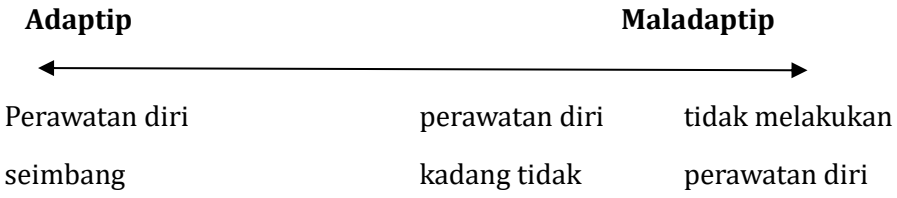
Jenis-jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu:

a. Defisit perwatan diri : mandi tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi.

b. Defisit perawatan diri : berdandan atau berhias kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
c. Defisit perawatan diri : makan mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.
d. Defisit perawatan diri : ketidakmampuan untuk pergi ke toilet atau kurangnya keinginan untuk buang air besar atau buang air kecil tanpa bantuan.

6. Rentang Respon

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



Bagan 2. 1 Rentang Respon

Keterangan:

a. Pola perawatan diri seimbang: saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih dapat melakukan perawatan diri.
b. Kadang perawatan diri, kadang tidak: saat klien mendapatkan stressor kadang-kadang klien tidak mampu memperhatikan perawatan dirinya.
c. Tidak melakukan perawatan diri: klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor.

7. Fase Defisit Perawatan Diri

Tahap pelaksanaan diawali dengan bina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien kemudian pembuatan kontrak antara perawat dengan pasien.Dalam tahap ini pasien melaksanakan perintah untuk kebersihan diri sesuai dengan apa yang direncanakan atau ditargetkan oleh. Terdapat empat strategi pelaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan defisit perawatan diri meliputi :

a. Fase pertama

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

b. Fase kedua

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

c. Fase ketiga

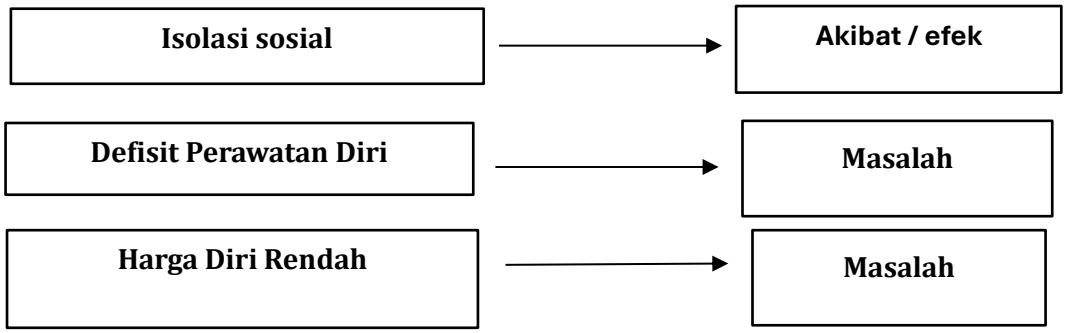
Melatih pasien makan dan minum secara mandiri. Untuk melatih makan dan minum pasien, tindakan yang dilakukan meliputi menjelaskan cara mempersiapkan makan dan minum, menjelaskan cara makan dan minum yang tertib, menjelaskan cara merapihkan peralatan makan dan minum setelah selesai makan, serta melatih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

d. Fase keempat

Mengajarkan pasien melakukan buang air besar atau kecil secara mandiri. Tindakan yang dilakukan meliputi menjelaskan tempat buang air besar atau kecil yang sesuai, menjelaskan cara membersihkan diri setelah buang air besar atau kecil, serta menjelaskan cara

membersihkan tempat setelah buang air besar atau kecil. Apabila perilaku yang ditargetkan telah dilakukan, maka pasien akan segera diberikan pujian agar pasien merasa termotivasi untuk melakukan aktifitas kebersihan diri (Wulandari et al., 2022).

8. Pohon Masalah



Bagan 2.3 Pohon masalah (Simanjuntak 2024)

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

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Berikut diagnosa yang muncul pada pasien dengan defisit perawatan diri:

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

9. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Khairun N. 2023) perencanaan tindakan keperawatan untuk pasien defisit perawatan diri juga ditunjukan untuk keluarga sehingga keluarga mampu mengarahkan pasien dalam melakukan perawatan diri tindakan keperawatan defisit perawatan diri sebagai berikut :

a. Tindakan mandiri
   1) Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri serta melatih pasien merawat diri: mandi mengindentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri:
   2) Mengindentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri. Menjelaskan cara perawatan diri : mandi (tanyakan alasan tidak mau mandi, berapa kali mandi dalam sehari, manfaat mandi, peralatan mau mandi, cara mandi yang benar).
   3) Melatih pasien cara perawatan diri.
   4) Melatih pasien memasukkan kegiatan mandi dalam jadwal kegiatan harian.
b. Jelaskan dan melatih pasien perawatan kebersihan diri :
   1) Melatih pasien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian.
   2) Mendiskusikan tentang cara perawatan diri berdandan (alat yang dibutuhkan, kegiatan berdandan, cara berdandan, waktu berdandan, manfaat berdandan, kegiatan jika tidak berdandan.
   3) Melatih cara berdandan.
   4) Melatih pasien memasukkan kegiatan berdandan dalam jadwal kegiatan harian.
c. Latih cara melakukan perawatan diri : makan dan minum
   1) Mendiskusikan cara perawatan diri : makan/minum (tanyakan alat–alat yang dibutuhkan, cara makan minum, waktu makan minum, manfaat makan minum dan kerugian jika tidak makan minum.
   2) Melatih cara perawatan diri : makan/minum.
   3) Melatih pasien memasukkan kegiatan makan/minum dalam jadwal kegiatan harian.
d. Latih cara melakukan perawatan diri : BAK/BAK
   1) Mendiskusikan cara perawatan diri BAK/BAB (alat yang dibutuhkan, kegiatan BAB/BAK, cara melakukan BAB/BAK yang benar, manfaat BAB/BAK yang benar, kerugian jika BAB/BAK tidak benar).

2) Melatih cara perawatan diri : BAB/BAK.
3) Melatih pasien memasukkan kegiatan BAB/BAK dalam jadwal kegiatan.

B. Konsep Penerapan Latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene

1. Definisi

Penerapan latihan kemandirian pada defisit perawatan diri merupakan suatu bentuk intervensi keperawatan atau psikososial yang bertujuan untuk melatih individu agar mampu memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan menjaga kebersihan diri. Latihan ini dilakukan secara sistematis melalui bimbingan, demonstrasi, pengulangan, serta pemberian dukungan agar individu secara bertahap mampu meningkatkan kemampuan fungsionalnya. Pendekatan ini berakar pada konsep *self-care deficit*, yang menjelaskan bahwa individu membutuhkan bantuan ketika tidak mampu merawat dirinya sendiri secara optimal (Malo et al., 2023).

Penerapan latihan kemandirian tidak hanya berfokus pada kemampuan fisik, tetapi juga melibatkan peningkatan motivasi, kesadaran diri, serta kemampuan kognitif individu. Intervensi ini biasanya diberikan secara bertahap sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien, dengan tujuan akhir meningkatkan kemandirian dan mengurangi ketergantungan pada orang lain. Penelitian menunjukkan bahwa strategi pelatihan yang terstruktur dan berkelanjutan dapat meningkatkan kemampuan *self-care* pada pasien dengan defisit perawatan diri, terutama pada gangguan mental seperti skizofrenia (Malo et al., 2023).

Penerapan latihan kemandirian juga merupakan bagian dari rehabilitasi yang menekankan pemberdayaan individu agar mampu kembali menjalankan fungsi sosialnya. Melalui latihan yang konsisten, individu tidak hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar, tetapi juga mengalami peningkatan harga diri dan kualitas hidup. Intervensi ini terbukti efektif dalam membantu pasien mengembangkan kembali

kemampuan merawat diri melalui pendekatan praktik langsung dan pembiasaan perilaku sehari-hari (Malo et al., 2023).

2. Tujuan

Tujuan penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene (Wiraya et al., 2023)

a. Meningkatkan kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari secara mandiri, seperti mandi, makan, dan berpakaian.
b. Mengurangi ketergantungan individu terhadap orang lain dalam aktivitas perawatan diri.
c. Meningkatkan motivasi dan kesadaran individu terhadap pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan diri.
d. Mengembangkan fungsi kognitif dan perilaku adaptif dalam kehidupan sehari-hari.
e. Meningkatkan harga diri, kualitas hidup, dan kemampuan bersosialisasi individu.

3. Indikasi

a. Individu yang mengalami kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, dan berhias.
b. Pasien dengan gangguan mental (misalnya skizofrenia atau depresi) yang menunjukkan penurunan motivasi merawat diri.
c. Individu dengan penurunan fungsi kognitif yang memengaruhi kemampuan merawat diri.
d. Pasien yang bergantung pada bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasar.
e. Individu dengan kebersihan diri yang buruk atau tidak terawat secara konsisten.(SDKI DPP PPNI,2017).

4. Manfaat Penerapan Latihan Kemandirian

Penerapan latihan kemandirian pada individu dengan defisit perawatan diri memberikan berbagai manfaat, terutama dalam meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri seperti mandi, berpakaian, berhias. toileting makan dan minum. Latihan yang dilakukan secara teratur membantu individu membentuk

kebiasaan positif sehingga kebutuhan dasar dapat terpenuhi dengan lebih baik (Lestari & Supriyono, 2024)

Selain itu, latihan kemandirian juga bermanfaat dalam meningkatkan motivasi dan kesadaran individu terhadap pentingnya menjaga kebersihan dan kesehatan diri. Hal ini sangat penting pada pasien dengan gangguan mental yang sering mengalami penurunan inisiatif dan kurangnya perhatian terhadap diri sendiri (Handayani et al., 2025)

5. Standar Operasional Prosedur

Table 2. 1 SOP Berhias

Standar Operasional Prosedur (SOP) **Berpakaian & Berhias**	
Pengertian	Tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa yang terjadi adanya perubahan proses pikir sehinggaa kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun (Brigita,2021)
Tujuan	1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya : Sebagai acuan perepan langkah – langkah untuk 2. Pasien mampu melakukan mandi, berpakaian dan berhias diri secara baik 3. Meningkatkan kemandirian diri
Setting	1.klien dan perawat duduk berhadapan 2.Waktu 5 hari dan dalam waktu 10-15 menit disetiap pertemuan pagi hari
Alat dan bahan	1. Sisir 2. Bedak dan kaca 3. Lipstik 4.Baju bersih 5.Sabun,sampo,listerin,
Prosedur pelaksanaan	Tahap Pra-interaksi 1.Memilih pasien dengan kriteria pasien defisit perawatan diri 2.Meminta persetujuan pasien untuk menandatangani inform consent 3.Membuat kontrak waktu dengan pasien 4.Mempersiapkan alat – alat yang akan digunakan untuk melakukan tindakan latihan kemandirian seperti mandi, berpakaian, dan berhias Tahap Orientasi: a. salam terapeutik 1) Mengucapkan salam terapeutik 2)Jelaskan pada klien tujuan yang akan dilakukan 3)Membuat kontrak topik,waktu dan tempat b. evaluasi dan validasi 1)Menanyakan perasaan klien saat ini 2)Menanyakan masalah yang dirasakan saat ini

c. kontrak
1) Membuat kontrak asuhan apa yang dilakukan bersama pasien,berapa lama dan tempat pelaksanaan tindakan
2) Menjelaskan tujuan kegiatan dan menjelaskan bahwa akan merasiakan informasi yang diperoleh

Tahap Kerja:
1) Melatih pasien mandi,berpakaian dan berhias untuk pasien perempuan meliputi:
   a. Membasahi kepala, tubuh sampai kekaki
   b. Berikan sampo dikepala, dan sabuni seluruh tubuh
   c. Bilas dengan air bersih
   d. Ajarkan pasien berkumur dengan listerin
   e. Keringkan badan dengan handuk
   f. Berpakaian
   g. Menyisir rambut
   h. Berbedak dan lipstik menggunakan kaca
   i. Memberikan contoh mengenai cara dasar berdandan
2) Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dilakukan pasien
3) Dengan menyediakan latihan kemandiran dengan mandi berpakaian dan berhias diharapkan pasien memiliki aktivitas rutin yang dimasukan kedalam ADL pasien
4) Berikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan latihan kemandirian dengan berhias

Tahap Terminasi:
1) Melakukan evaluasi tindakan
2) Menganjurkan pasien untuk kembali periksa jadwal yang telah ditentukan
3) Mengajarkan pasien membereskan alat-alat yang digunakan ketempat semula

Rencana Tindak Lanjut:
1) Menganjurkan pasien untuk melakukan latihan kemandirian

	dengan mandi, berpakaian dan berhias Kontrak yang akan datang : 1) Menyepakati kegiatan yang akan datang 2) Menyepakati waktu dan tempat kegiatan Dokumentasi : 1) Proses dokumetasi dapat dilakukan secara bertahap setelah tindakan asuhan keperawatan diberikan

6. State of the art (Peneliti Sebelumnya)

Table 2. 2 State Of The Art

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Metode Peneliti	Hasil Penelitian
1.	Penerapan latihan personal hygiene:kebersihan diri terhadap kemampuan pasien defisit perawatan diri	Cicilia susilawati,Uswatun hasanah,Indhit tri utami (2023)	Metode yang digunakan peneliti dalam pengumpulan data melalui wawancara dan observasi.	Dari hasil penelitian dibuktikan adanya perubahan kemampuan setelah diberikan penerapan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri.
2.	Penerapan aktivitas mandiri dalam personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri	Nur Hikma Hasibuan (2025)	Peneliti melakukan pendekatan desfriptif pada pasien dengan diagnosa defisit perawatan diri.	Dari hasil penelitian menunjukan adanya peningkatan kemampuan perawatan diri
3.	Penerapan personal hygiene terhadap kemandirian pasien defisit perawatan diri	Suci Puspita Sari, Uswatun Hasanah, Anik Inayati (2021)	Metode yang digunakan peneliti ini dengan desain studi kasus.	Dari hasil peneltian menunjukkan bahwa penerapan personal hygiene terhadap kemandirian pasien defisit perawatan diri meningkat dari tingkat ketergantungan sedang (indeks barthel =14) menjadi mandiri (indeks barthel =19).

C. Konsep Asuhan keperawatan

Table 2. 3 Table Anamnesa

Anamnesa	Hasil Anamnesa
Identitas	Identitas meliputi nama lengkap, usia, alamat, pendidikan, agama, status perkawinan,pekerjaan,jenis kelamin,nomor rekam medis, diagnosa medis, tanggal pengkajian dan nama penanggung jawab.
Alasan Masuk	Pasien dibawa ke rumah sakit jiwa oleh keluarga dengan keluhan adanya perubahan perilaku yang terjadi secara bertahap. Keluarga melaporkan pasien sering mudah marah tanpa alasan yang jelas, lebih banyak menyendiri, serta terlihat berbicara sendiri seperti sedang merespons suara yang tidak didengar oleh orang lain. Selain itu, pasien juga mengalami penurunan kemampuan berkomunikasi dengan lingkungan sekitar sehingga interaksi sosialnya menjadi sangat terbatas. Sejak beberapa waktu terakhir, pasien sering terlihat melamun dan asyik dengan pikirannya sendiri. Pasien juga kerap berbicara sendiri seolah-olah sedang mendengar suara tertentu yang tidak nyata. Kondisi ini disertai dengan perasaan tidak berguna yang diungkapkan pasien. Aktivitas sehari-hari pasien turut terganggu, terlihat dari penurunan kemampuan merawat diri seperti jarang mandi dan tidak mengganti pakaian secara teratur. **MK:Defisit Perawatan Diri**
Riwayat Penyakit Sekarang	Biasanya klien merasa asyik dengan pikiran sendiri, klien merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas, klien merasa ingin sendirian.
Faktor Predisposisi	Biasanya klien yang mempunyai riwayat gangguan jiwa dimasalalu, pengobatan sebelumnya kurang berhasil, harga diri rendah, klien tidak mempunyai motivasi untuk merawat diri, ada trauma masalalu yang tidak menyenangkan, yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan saksi penganiayaan. ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustasi.
Faktor Presipitasi	Biasanya pasien dengan defisit perawatan diri kurang penurunan motivasi ataupun minat,kerusakan kognisi atau perseptual, cemas, lelah,lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.
Pemeriksaan Fisik	1. Tekanan darah: biasanya tekanan darah pasien diatas normal 2. Suhu: biasanya suhu tubuh pasien dalam batas normal 3. Nadi: biasanya nadi pasien teraba cepat 4. Pernafasan : biasanya pernafasan pasien cepat
Psikosial dan spiritual	Genogram Genogram menggambarkan apakah ada anggota keluarga pasien yang pernah mengalami gangguan mental seperti terdapat anggota keluarga dengan penyakit yang sama.

Citra tubuh	Persepsi pasien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang disukai dan tidak.
Identitas diri	Status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelamin.
Peran diri	Biasanya kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, mengalami gangguan yang menyebabkan ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, berhias, dan memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari sehingga memerlukan bantuan dari keluarga maupun tenaga kesehatan dalam melakukan aktivitas tersebut. MK:Defisit Perawatan Diri.
Ideal diri	Harapan klien terhadap tugas/peran dan harapan klien terhadap lingkungan
Harga diri	Mengkaji tentang bagaimana hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien saat berhubungan dengan orang lain, fungsi peran tidak sesuai harapan terhadap pandangan orang lain.
Hubungan sosial	Biasanya hubungan pasien dengan orang lain sangat terganggu karena penampilan pasien yang kotor sehingga orang sekitar menghindari pasien. Adanya hambatan dalam berhubungan dengan orang lain. MK:Defisit perawatan diri
Spiritual	Biasanya pasien mengalami gangguan spiritual karena pasien tidak menjalani ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut, biasanya tidak sesuai dengan tata cara ibadah.
Status mental	1. Penampilan Biasanya pasien berpenampilan tidak rapi terkadang menggunakan pakaian terbalik, kebersihan diri tubuh yang buruk, seperti adanya bau badan yang khas, memiliki sikap tubuh yang tidak semangat seperti diajak berbicara selalu menunduk. Pasien tampak lesu tak bergairah, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tak terkunci, baju terbalik MK:Defisit perawatan diri 2. Cara bicara Biasanya pada pasien mengalami pola berbicara tidak teratur seperti suara pelan serta lambat, apatis dan lain-lain 3. Aktivitas motorik Pasien tampak gelisah, isyarat tubuh yang tidak wajar seperti melakukan pergerakkan tangan yang tidak semestinya 4. Alam perasaan Pasien disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung secara spontan seperti sedih, ketakutan putus asa, khawatir atau gembira berlebihan

	5. Afek Biasanya afek pasien menunjukkan perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai pikiran dan berlangsung relatif lama 6. Interaksi selama wawancara Biasanya pasien tidak kooperatif, serta kontak mata kurang dan menunduk hingga menatap dengan pandangan kosong 7. Persepsi sensori Pasien mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, penglihatan atau pengecapan 8. Proses pikir Bagaimana proses pikir dari klien,bagaimana alur pikirnya,bagaimana isi pikir nya klien realistis/tidak.Biasanya respon klien tidak akan sesuai realitanya 9. Tingkat kesadaran Kemampuan suatu individu melakukan hubungan dengan lingkungan dan dirinya (melalui panca indera), mengadakan pembatasan terhadap lingkungan atau dirinya (melalui perhatian). Selanjutnya kaji tingkat kesadaran klien tersebut apakah mengalami gangguan kesadaran secara kesadaran meninggi atau menurun 10. Memori Biasanya klien mengalami gangguan memori,seperti menyebutkan nama tidak sesuai dengan nama aslinya 11. Tingkat konsentrasi dan berhitung Biasanya klien akan mengalami konsentrasi yang buruk,saat ditanyakan jumlah benda yang ditunjukan klien menjawab tidak sesuai dengan pertanyaan
Kemampuan penilaian	12. Daya tilik diri Biasanya klien mempunyai hubungan timbal balik positif yang kuat dengan kepatuhan minum obat 13. Kebutuhan persiapan pulang Biasanya cara makan pasien terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan menyiapkan dan membersihkan alat makan.Pasien tidak bisa menggunakan pakaian yang sesuai dan tidak bisa berhias.Pasien jarang mandi, tidak gosok gigi, tidak mencuci rambut, tidak menggunting kuku, tubuh pasien tampak kusam. pasien BAK/BAB tidak pada tempatnya seperti ditempat tidur dan pasien tidak bisa membersihkan wc setelah BAK/BAB MK:Defisit perawatan diri 14. Mekanisme koping Mekanisme koping adaptif pasien menunjukkan mampu melakukan perawatan diri dirumah secara mandiri, sedangkan maladaptif pasien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan.Masalah psikososial dan lingkungan pasien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah sosial ekonomi.

	15. Pengetahuan Pasien defisit perawatan diri mengalami gangguan kognitif yakni pasien tidak mengetahui pentingnya kebersihan diri dikarenakan adanya gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

(Sapitri et al., 2024) dan Martínez et al. (2021)

2. Analisa data

Table 2. 4 Analisa Data

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

No	Data Senjang	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif: - Menolak melakukan perawatan Data Objektif: - Tidak mampu mandi dan ketoilet - Tidak mampu mengenakan pakaian dan berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan Tanda Minor Data Subjektif: - Data Objektif: -	Defisit Perawatan Diri	Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri (D.0109).

3. Diagnosa keperawatan

1. Defisit perawatan diri: Kebersihan Diri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

4. intervensi keperawatan

Table 2. 5 Intervensi Keperawatan

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1	Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri (D.0109).	Setelah dilakukan intervensi selama (jam) diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1.kemampuan mandi meningkat 2.kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3.Kemampuan makan meningkat 4.kemampuan ketoilet (BAB/BAK) meningkat 5.Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6.minat melakukan perawatan diri meningkat	Intervensi Utama Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri 2. Monitor Tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang tenang, rileks, dan privasi 2. Siapkan keperluan pribadi(mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri **Intervensi Pendukung** Berhias (I.11350) i (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias Terapeutik 1. Sediakan pakaian sesuai kebutuhan 2. Fasilitasi berhias (mis.menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) 3. Jaga privasi selama berpakaian 4. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri

	Edukasi 1. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu 2. Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu

5. Implementasi keperawatan

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

6. Evaluasi keperawatan

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

1. Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan.
2. Evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S: respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A: analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkam apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada

P: tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien. Rencana tindak lanjut berupa :

1) Rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah)

2) Rencana dimodifkasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasill belum memuaskan)

3) Rencana dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada)
4) Rencana selesai jika tujuan sudah tercapai dan mempertahankan keadaan baru.

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk mengkaji masalah perawatan kesehatan jiwa dengan masalah utama defisit perawatan diri.

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah model asuhan keperawatan di mana fokus permasalahannya dijabarkan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan secara komprehensif yaitu dengan cara pengkajian, identifikasi diagnosa dan masalah aktual, menyusun perencanaan keperawatan, melakukan implementasi, mengevaluasi, serta pemberi asuhan keperawatan secara biologis, psikologis, sosial dan spiritual melalui intervensi yang diberikan. Sedangkan pendokumentasian menggunakan metode dokumentasi, rekaman arsip, wawancara, dan observasi.

B. Subjek penelitian

Subjek dalam studi kasus ini adalah individu dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri dalam keperawatan jiwa diruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu.

1. Kriteria inklusi
    a. Pasien yang bersedia mengikuti perawatan atau penelitian
    b. Pasien dengan diagnosa defisit perawatan diri (tidak mampu melakukan aktivitas seperti mandi, berpakaian, dan berhias).
    c. Pasien yang mengalami gangguan kemampuan aktivitas sehari-hari (ADL) seperti kebersihan diri.(mandi, berpakaian & berhias)
    d. Pasien perempuan diruang anggrek rumah sakit jiwa soeprapto provinsi bengkulu
2. Kriteria eklusi
    a. Pasien dengan kondisi defisit perawatan diri atau perilaku kekerasan yang tidak terkontrol
    b. Pasien mengalami kondisi yang menghambat evaluasi (misalnya meninggal dunia selama perawatan).
    c. Pasien tidak kooperatif atau menolak tindakan atau perawatan.

C. Defenisi operasional

Table 3 1Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
1	Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri	Seorang pasien yang terdiagnosa Defisit perawatan diri: Kebersihan Diri yang dikaji dengan menggunakan ADL (*Activity Daily Living*)	Lembar observasi ADL (*Activity Daily Living*)	Checklist	Diagnosa medis Defisit Perawatan Diri
2	Latihan Kemandirian Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri	melatih dan meningkatkan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan kebersihan diri secara mandiri, seperti Berhias secara bertahap sesuai kemampuan pasien.	Pedoman wawancara	Wawancara	Sesuai SOP

D. Lokasi dan waktu studi penelitian

1. Lokasi

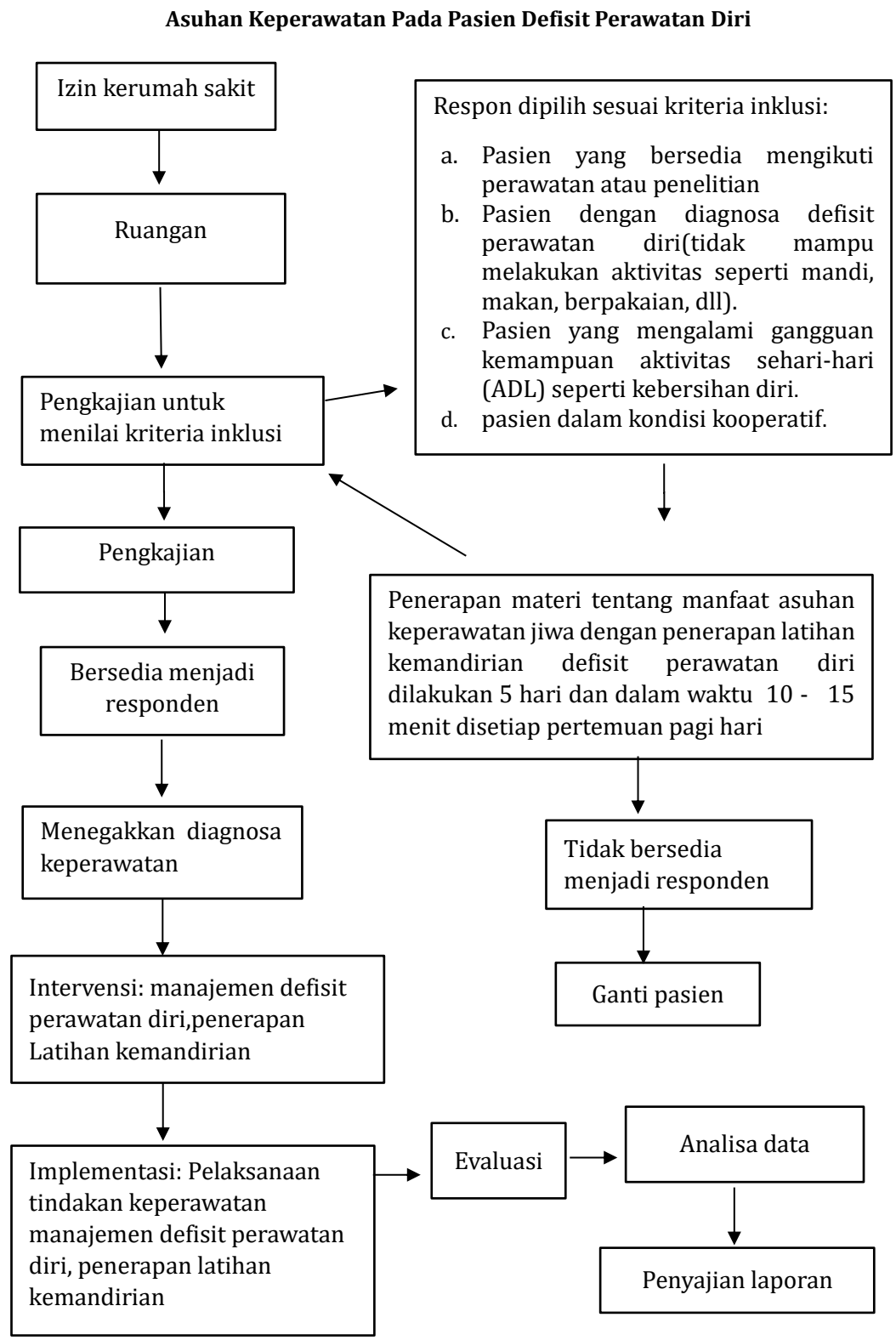
   Penelitian ini dilakukan di Ruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu.

2. Waktu

   Penelitian ini akan dilaksanakan selama 5 hari dari tanggal 21 Juli -25 Juli 2026.

E. Tahap Penelitian

Bagan 3. 1 Tahap penelitian



F. Jenis Data, Tehnik dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data skunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber yang sudah tersedia sebelumnya dan bukan dikumpulkan langsung oleh peneliti. Data tersebut dapat berupa rekam medis, catatan keperawatan, dokumen, serta literatur ilmiah yang berkaitan dengan penelitian (Kelly et al., 2024). Dalam penelitian ini, data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien, catatan asuhan keperawatan, hasil pemeriksaan, jurnal ilmiah, dan buku referensi yang berkaitan dengan defisit perawatan diri. Data tersebut digunakan untuk melengkapi dan mendukung data primer dalam penelitian.

b. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari pasien melalui proses pengkajian. Data tersebut dapat diperoleh melalui wawancara dan observasi terhadap pasien (Ernawati, 2024). Dalam penelitian ini, data primer diperoleh melalui wawancara dengan pasien dan observasi terhadap kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri. Data yang diperoleh digunakan untuk mengetahui kondisi pasien secara langsung dan mendukung proses asuhan keperawatan.

2. Metode pengumpulan data

a. Wawancara :

Wawancara merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan secara langsung kepada pasien untuk memperoleh informasi yang akurat dan mendalam terkait kondisi yang dialami (Sugiiyono,2021).Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan secara terstruktur dengan menggunakan pedoman wawancara yang telah diusun sebelumnya mengenai.Wawancara bertujuan untuk menggali data identitas pasien,keluhan utama,riwayat kesehatan,serta kebersihan perawatan diri.

1.Wawancara dengan perawat

Menanyakan identitas ,berapa lama kerja dirumah sakit,apakah tindakan komplementer yang dilakukan pada pasien defisit perawatan diri.

2.Wawancara dengan pasien

Menanyakan identitas pasien ,keluhan yang dirasakan, riwayat kesehatan, tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan personal hygiene

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi adalah metode yang memperhatikan suatu objek dengan menggunakan seluruh alat indra pada penelitian ini obserasi dilakukan untuk mendapatkan data penunjang. Pemeriksaan fisik meliputi pengecekan tekanan darah, suhu, dan nadi. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan, memperoleh data dasar guna menyusun rencana asuhan keperawatan, dan memperoleh hasil evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan.

c. Studi dokumentasi dan format keperawatan jiwa

Peneliti menggunakan studi dokumentasi dan format asuhan keperawatan jiwa berupa hasil pengukuran tanda – tanda vital pada lembar observasi, ADL dan pedoman wawancara.

3. Instrumen Pengumpulan data

a. Format pengkajian keperawatan untuk mendapatkan data pasien secara komprehensif
b. SOP perawatan diri berpakaian dan berhias
c. Menggunakan skala penilaian ADL (*Activity Daily Living*)
d. Nursing kit digunakan untuk mengukur tekanan darah
e. Lembar penetapan subjek penelitian berdasarkan kriteria inklusi dan ekslusi
f. Lembar hasil observasi ADL (*Activity Daily Living*)
g. Lembar monitoring pelaksanaan terapi (waktu, durasi, dan respon pasien selama terapi berlangsung)
h. Lembar dokumentasi perkembangan kondisi pasien selama penelitian

G. Analisa Data

1. Pengumpulan data

   Data dikumpulkan berdasarkan dari wawancara, observasi, serta dokumentasi yang kemudian ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkip atau catatan yang terstruktur.

2. Penyajian data

   Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan, maupun teks naratif. Penyajian data diawali dengan gambaran umum kondisi pasien sebelum dilakukan intervensi latihan kemandirian, seperti tingkat kemampuan dalam menjaga kebersihan diri (mandi, berpakaian, dan kebersihan mulut). Kerahasiaan dari pasien dijamin dengan jalan mengaburkan atau menutupi identitas pasien.

3. Kesimpulan

   Berdasarkan data yang telah disajikan, selanjutnya dilakukan pembahasan dengan membandingkan hasil penelitian dengan teori dan hasil penelitian terdahulu. Penarikan kesimpulan dilakukan secara induktif, yaitu berdasarkan fakta-fakta yang ditemukan selama penelitian. Data yang dianalisis meliputi hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan berupa Latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene, serta evaluasi terhadap perubahan defisit perawatan diri setelah intervensi diberikan. Hasil analisis ini diharapkan dapat

memberikan gambaran mengenai penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri.

H. Etika Penelitian

1.Informed consent (lembar persetujuan

Responden telah menyetujui informed consent sebelum dilakukannya intervensi.

2. Nonimity (tanpa nama)

Untuk menjaga identitas responden penulisan tidak mencantumkan nama responden melainkan hanya inisial nama, kode nomor atau kode tertentu pada lembar pengumpulan data (format pengkajian, lembar observasi pengkuran tekanan darah dan pengukuran skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan tindakan akupresur) yang akan diisi oleh peneliti sehingga identitas responden tidak diketahui.

3.Confidential (kerahasiaan)

Peneliti tidak akan menyebarkan informasi yang diberikan oleh responden dan kerahasiaannya akan dijamin oleh peneliti.

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Jalannya penelitian

a. Persiapan

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menyiapkan alat dan bahan satu hari sebelum dilaksanakannya penelitian. Peneliti juga mempersiapkan lembar *Activity Daily Living*, penjelasan untuk mengikuti penelitian (PSP), lembar penetapan subjek berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, lembar inform consent, lembar SOP dan peneliti juga menyiapkan alat seperti nursing kits, buku catatan kecil untuk mencatat hasil yang didapat dari pasien, serta peralatan mandi dan berhias. Setelah alat dan bahan sudah siap pada tanggal 21– 25 Juli 2026 peneliti melakukan penelitian tersebut di Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu dengan kasus "Penerapan Latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri Di Ruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu".

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan peneliti dilakukan di ruang anggrek rumah sakit jiwa soeprapto provinsi Bengkulu pada tanggal 21 Juli – 25 juli 2026 untuk melakukan observasi sesuai kemampuan dan hambatan pasien dalam melakukan personal hygiene.

Pasien 1 (Nn. D) memenuhi kriteria (terpilih sebagai responden utama) Nn. D adalah seorang pasien perempuan berusia 20 tahun yang dirawat di ruang anggrek RSJS Provinsi Bengkulu. Hasil observasi menunjukkan ia mengalami masalah Defisit Perawatan Diri (DPD) berat, ditandai dengan ketidakmampuan mandi, berpakaian, dan berhias secara mandiri (celana terbalik, rambut kusut, kuku kotor). Pasien mengalami gangguan aktivitas sehari-hari (ADL), namun berada dalam kondisi kooperatif dan perilakunya terkontrol. Nn. D serta penanggung jawabnya bersedia menandatangani *informed consent* untuk mengikuti seluruh proses latihan kemandirian selama

5 hari. Ia memenuhi seluruh kriteria inklusi dan tidak masuk dalam kriteria eksklusi.

Pasien 2 (Nn. Y) tidak memenuhi kriteria (eksklusi: mengundurkan diri) Nn. Y merupakan pasien perempuan di ruang anggrek dengan diagnosis medis gangguan jiwa disertai masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri. Pada awal observasi, ia menunjukkan gangguan kemampuan ADL (kebersihan diri) dan sempat menyatakan bersedia untuk ikut serta dalam penelitian. Kondisi motorik pasien juga cukup kooperatif di awal. Namun, di tengah fase persiapan sebelum intervensi dimulai, pasien memutuskan untuk mengundurkan diri dari perawatan atau penelitian. Oleh karena itu, Nn. Y dimasukkan ke dalam kriteria eksklusi dan tidak dapat dijadikan responden.

Pasien 3 (Nn. A) tidak memenuhi kriteria (eksklusi: perilaku kekerasan & mengundurkan Diri) Nn. A adalah pasien perempuan yang dirawat di ruang anggrek dengan gejala klinis penurunan perawatan diri (mandi dan berhias tidak teratur). Walaupun pada awalnya menyatakan bersedia menjadi responden, hasil pemeriksaan status mental menunjukkan bahwa pasien memiliki perilaku kekerasan yang tidak terkontrol. Pasien juga tidak kooperatif saat akan diberikan penjelasan prosedur penelitian (PSP). Sebelum lembar persetujuan ditandatangani secara sah, pasien mengundurkan diri dari keikutsertaan sehingga dinyatakan gugur berdasarkan kriteria eksklusi.

Pasien 4 (Nn. I) tidak memenuhi kriteria (eksklusi: perilaku kekerasan & tidak kooperatif) Nn. I adalah pasien wanita di Ruang Anggrek yang teridentifikasi mengalami Defisit Perawatan Diri: kebersihan diri. Saat dilakukan pendekatan awal, pasien menolak berbicara, mondar-mandir, dan menunjukkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang tidak terkontrol. Akibat kondisi jiwanya yang belum stabil, pasien menjadi tidak kooperatif terhadap tim peneliti dan tidak mampu menerima penjelasan instruksi latihan. Merujuk pada standar

keselamatan etik, Nn. I dikeluarkan dari daftar kandidat karena memenuhi kriteria eksklusi.

Pasien 5 (Nn. P) Tidak memenuhi kriteria (eksklusi: menolak lanjutan Intervensi) Nn. P merupakan pasien perempuan di ruang anggrek yang memiliki masalah defisit perawatan diri dan gangguan kemampuan ADL yang nyata. Pada tahapan awal observasi kriteria inklusi, pasien sempat menunjukkan sikap kooperatif dan menyatakan bersedia menjadi responden. Namun, pada saat proses finalisasi atau ketika hendak diberikan lembar *informed consent* untuk memulai jadwal kegiatan, pasien menolak untuk melanjutkan intervensi dan memilih mundur. Berdasarkan kriteria eksklusi (menolak lanjutan intervensi), Nn. P tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian.

Pasien yang akan dijadikan responden berdasarkan sesuai dengan kriteria inklusi dan ekslusi yang telah ditentukan peneliti, selanjutnya memberikan penjelasan untuk mengikuti proses penelitian kepada pasien, dan melakukan informed consent. Maka dari itu peneliti melakukan penelitian "Penerapan Latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri Di Ruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu".

2. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu. Penelitian ini dilaksanakan tanggal 21 – 25 Juli 2026, tenaga keperawatan di ruang anggrek terdiri dari 1 kepala ruangan, 2 kepala tim dan 12 orang perawat pelaksana, kasus yang dirawat meliputi: Halusinasi , isolasi sosial, resiko bunuh diri resiko perilaku kekerasan, dan defisit perawatan diri.

a. Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu beralamat Jl. Bakti Husada Lingkar Barat Bengkulu Di ruang Anggrek
b. Sarana dan prasarana yang dimiliki Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu cukup baik dan mendukung dalam proses perawatan pasien dengan masala gangguan jiwa. Sarana dan

Prasarana yang dimilki antara lain: Mushola, 3 ruang rawat / kamar tidur yang terdiri dari 26 bad tempat tidur, 6 kamar mandi di setiap kamar tidur, serta kondisi lingkungan yang mendukung yaitu lokasi rehab yang sangat luas di pergunakan untuk kebutuhan berkebun bertujuan untuk menggali kemampuan pasien dalam melakukan pekerjaan secara mandiri dan untuk pemanfaatan hasil bumi.

c. Jumlah klien di ruang Anggrek berjumlah 21 orang perempuan. Terdiri dari 12 pasien halusinasi, 2 pasien isolasi sosial, 5 pasien defisit perawatan diri, 1 pasien resiko bunuh diri, 1 resiko bunuh diri.
d. Perawat yang berada diruang penelitian berjumlah 11 orang, yang terdiri dari kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksana.
e. Ruangan ini sudah dijadikan tempat penelitian sebelumnya. Fokus penelitian tentang masalah Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri.

3. Hasil Studi Kasus

A. Pengkajian

Tabel Hasil Anamnesa Pasien dengan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygine pada pasien Defisit Perawatan Diri Diruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu.

1) Anamnesa

No	Anamnesa	Hasil Anamnesa
1	Identitas	
	Nama	Nn. D
	Usia	20 tahun
	Pekerjaan	Belum bekerja
	Agama	Islam
	Alamat	Lubuk linggau
	Tanggal pengkajian	20 Juli 2026
2	Alasan Masuk	Pasien masuk rumah sakit jiwa soeprapto provinsi Bengkulu pada tanggal 19 Juni 2026 melalui IGD diantar oleh ibu dan kakak nya karena pasien gelisah, mengamuk tanpa sebab, emosi labil, semenjak satu minggu terakhir sebelum masuk rumah sakit pasien sering mengurung diri dikamar, pasien ingin memukul dan menggigit ibunya. Pasien tidak mau mandi dan kurang memperhatikan kebersihan dirinya. Pasien tampak kurang menjaga kebersihan diri sehingga perawatan diri pasien tidak dilakukan dengan baik **(MK:Defisit Perawatan Diri)**
3	Keluhan utama	Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Juli 2026, pasien mengatakan malas melakukan perawatan diri, Pasien tampak kurang rapi, kebersihan diri kurang, seperti mandi dan menggosok gigi. Saat dilakukan observasi, pasien tampak kurang menjaga kebersihan dan penampilan diri. Wajah pasien tampak kotor dan kusam, rambut pasien tampak kusut dan banyak ketombe, sekitaran mata tampak ada kotoran pakaian yang digunakan terbalik, badan pasien tampak kotor, ada nya bau badan, gigi pasien tampak kuning dan bau mulut, rambut tampak berminyak, kurang

		rapi, terdapat ketombe, dan kebersihan rambut kurang, paisen tampak menggunakan celana secara terbalik, pasien tampak sering menyendiri, pasien lebih banyak diam dan tidak mau memulai pembicaraan terlebih dahuklu, saat diajak bicara pasien mampu menjawab pertanyaan dengan baik, dan kulit pasien kusam dan kering tampak ada bekas cacar dibagian tangan, badan dan kaki, kuku panjang dan kotor karena jarang memotong kuku. **(MK: Defisit Perawatan Diri)**
4	Faktor Predisposisi	Pasien sebelumnya tidak pernah mengalami gangguan jiwa dan riwayat keluarga pasien juga tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

2) Pemeriksaan Fisik

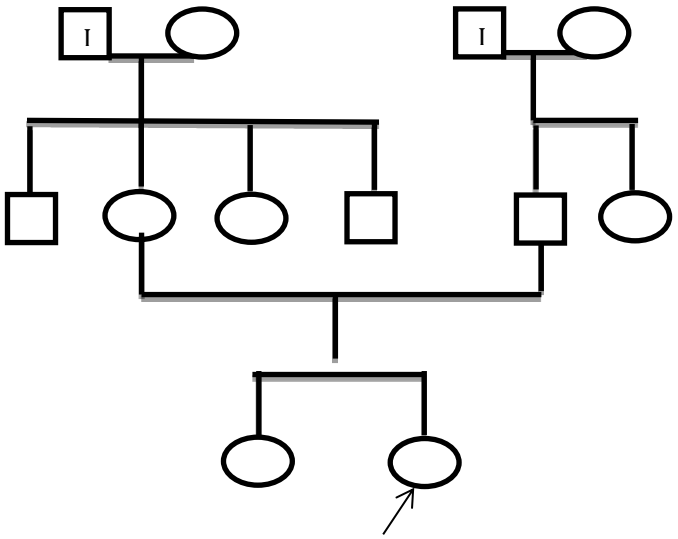
Tanda - tanda vital	TD : 100/70 N : 85 P :21 S :36,5
Kepala (head)	Inspeksi : Bentuk kepala simetris Palpasi : tidak ada nyeri tekan Rambut : tampak kotor, jarang dirawat, dan kusut Kulit kepala: tampak berminyak dan banyak ketombe
Wajah	Inspeksi: Wajah tampak simetris, wajah pasien tampak kotor dan kusam, ekspresi wajah tampak datar, pasien tampak kurang memperhatikan kebersihan diri Kebersihan : wajah tampak kurang bersih, terdapat sedikit kotoran pada beberapa bagian wajah Kulit wajah : tampak kering, ada bekas cacar berupa beberapa bintik/skar kecil pada wajah. Tidak terdapat luka terbuka atau tanda infeksi
Mata	Inpeksi : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, palpebra tampak sedikit bengkak dan terdapat kotoran pada sudut mata. Pupil : reaktif terhadap cahaya. Gerakan bola mata : normal Pasien tampak sering menatap kosong dan kurang mampu menilai dengan jelas

Telinga	Inpeksi : Bentuk telinga normal dan simetris tetapi tampak kotor Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pasien dapat merespons suara dengan baik
Hidung	Inspeksi : tampak simetris, mukosa hidung tampak kering dan kotor Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan
Mulut	Inspeksi : bibir tampak kering dan pecah-pecah, dan bau mulut Gigi : tampak kotor, gigi kuning dan bau mulut, ada karies karena pasien jarang menyikat gigi
Leher	Leher tampak simetris, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid
Thorax/dada	Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak terdapat retraksi. Palpasi : ekspansi dada kanan dan kiri sama. Perkusi : Sonor Auskultasi : suara napas vesikuler, tidak terdapat ronki, wheezing maupun stridor
Abdomen	Tampak datar, tidak terdapat nyeri tekan maupun massa
Genetalia	tampak normal, tidak terdapat kelainan yang tampak. Kebersihan area genital kurang terjaga
Ektermitas	Atas : bentuk kanan dan kiri simetris, tidak terdapat deformitas maupun edema. Tampak bekas cacar berupa bercak/skar kehitaman pada kulit, tidak terdapat luka terbuka atau tanda infeksi, kuku kaki dan tangan tampak panjang dan kotor, terdapat kotoran pada sela-sela jari kaki, kulit kaki dan tangan tampak kering dan kurang bersih Bawah : Bentuk kanan dan kiri simetris, tidak terdapat deformitas maupun edema. Tampak beberapa bekas cacar berupa bercak/skar kehitaman pada kulit, tidak terdapat luka terbuka atau tanda infeksi.
Punggung	Bentuk simetris, tidak terdapat deformitas. Tampak bekas cacar berupa bercak/skar kehitaman pada kulit, tanpa luka terbuka maupun tanda infeksi. Tidak terdapat nyeri tekan dan luka tekan, kulit punggung tampak kurang bersih
Kulit	Tampak kering dengan kebersihan kurang terjaga.terdapat bekas cacar berupa bercak/ skar kehitaman pada beberapa bagian kulit, tanpa luka terbuka maupun tanda infeksi. suhu kulit hangat dan turgor sedikit menurun,badan pasien tampak kotor, berdaki dan bau
Neurologis	Kesadaran compos mentis, orientasi baik, mampu mengikuti instruksi dan

	berkomunikasi dengan baik. Kekuatan motorik 5/5, sensibilitas baik, refleks dalam batas normal, serta koordinasi gerak baik. Pasien tampak kurang memperhatikan perawatan diri.

3) Psikososial

a) Genogram



Keterangan :

= Laki – Laki

= Perempuan

= Pasien

= Meninggal

b) Konsep diri

No	Kriteria Pemeriksaan	Hasil pemeriksaan
1	Citra tubuh	Pasien mengatakan bagian tubuh yang ia sukai adalah hidung dan matanya
2	Identitas diri	Pasien menyadari bahwa ia berusia 20 tahun dan berjenis kelamin perempuan dan belum pernah menikah dan baru menyelesaikan Sekolah Menengah Atas (SMA)
3	Peran diri	Pasien merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara. Pasien tinggal bersama kakaknya.
4	Ideal diri	Pasien mengatakan ingin pulang karena ingin bertemu orang tua dan kakak nya agar dapat berkumpul seperti biasanya.
5	Harga diri	Saat ini pasien mengatakan belum mau menikah karena pasien masih sangat muda dan ingin bekerja dulu untuk mencari pengalaman.

4) Hubungan Sosial

No	Kriteria pemeriksaan	Hasil pemeriksaan
1	Orang terdekat	Pasien mengatakan orang terdekat bagi pasien adalah kakak nya karena kakak nya sering mendengarkan keluhan dan bisa menghargai pasien.
2	Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat	Dirumah sakit pasien kurang aktif dalam aktifitas kelompok yang dibuat oleh pihak rumah sakit. Pasien lebih sering menyendiri dari pada mengikuti kegiatan. **(MK:Isolasi Sosial)**
3	Hambatan dalam ber hubungan dengan orang lain	Pasien mengatakan sedikit mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan teman-teman di rumah sakit karena merasa malu dan canggung. Pasien tampak kurang percaya diri saat berinteraksi dengan orang lain, pasien lebih banyak diam dan tidak mau memulai pembicaraan terlebih dahulu **(MK:Isolasi Sosial)**

5) Spiritual

No	Kriteria pemeriksaan	Hasil pemeriksaan
1	Nilai Keyakinan	Pasien mengatakan beragama islam dan percaya bahwa tuhan itu ada
2	Kegiatan Ibadah	Pasien mengatakan kadang – kadang sholat lima waktu.

6) Status Mental

No	Kriteria pemeriksaan	Hasil pemeriksaan
1	Penampilan	Pasien tampak kurang rapi, kebersihan diri kurang, pakaian tampak kusut dan kurang bersih, terkadang menggunakan celana secara terbalik, badan tampak kotor dan berbau, kuku panjang serta kotor, rambut kusut, dan gigi tampak kuning serta kotor. Pasien mengatakan bahwa dirinya jarang memotong kuku, jarang menggosok gigi, dan jarang menyisir rambut, Pasien menggunakan celana secara terbalik. **(MK:Defisit Perawatan Diri)**
2	Pembicaraan	Pasien dapat berbicara dengan lancar dan menjawab pertanyaan dengan benar, tetapi pasien tidak mau memulai pembicaraan terlebih dahulu. Pasien lebih sering menunggu orang lain untuk mengajak berbicara. **(MK:Isolasi Sosial)**
3	Aktivitas motorik	Pasien tampak lesu dan mengantuk. Pasien lebih banyak duduk, tidur, dan makan serta tidak banyak melakukan aktivitas. Pasien juga sering menyendiri dan jarang berinteraksi dengan orang lain. Pasien sesekali mengikuti kegiatan senam pagi. **(MK:Isolasi Sosial)**
4	Afek dan emosi	Labil
5	Interaksi selama wawancara	Pasien kooperatif saat dilakukan wawancara dan mampu menjawab pertanyaan dengan baik. Namun, setelah berbicara cukup lama, pembicaraan pasien mulai sedikit kacau dan sulit dipahami. Saat diajak berbicara, pasien dapat melakukan kontak mata, tetapi tatapannya tampak kosong dan kurang fokus. **(Mk:Gangguan proses pikir)**

6	Persepsi sensori	Pasien mengatakan tidak ada melihat bayangan atau mendengar suara yang tidak nyata.
7	Proses pikir	Pada saat diajak berbicara pasien menjawab dengan pertanyaan sederhana, namun terkadang pasien menjawab dengan sedikit berbelit.Isi pikiran klien saat diajak berbicara ia bertanya kapan pihak keluarga menjemputnya dari rumah sakit, karena ia ingin segera pulang dan berkumpul lagi bersama k.eluarga. **(Mk:Gangguan proses pikir)**
8	Tingkat kesadaran	Saat diajak interaksi pasien dalam keadaan sadar, namun sering tampak bingung, dan klien mengetahui dimana keberadaan nya saat ini
9	Orientasi	Pasien tidak mengalami disorientasi.
10	Memori	Pasien tidak mengalami gangguan memori karena pasien mampu mengingat masa lalu dan waktu saat ini.Hal ini ditandai dengan kemampuan pasien dalam mengingat anggota keluarga dan pengalaman pasien terdahulu pada saat diwawancara.
11	Tingkat konsentrasi	Pasien sering mengulangi pertanyaan yang diberikan kepadanya. Pasien tampak kurang berkonsentrasi dan mudah teralihkan saat diajak berinteraksi. **(Mk:Gangguan proses pikir)**
12	Kemampuan penilaian	a. Daya tilik diri : pasien menyadari ia masuk RSKJ karena ingin memukul ibunya dengan kayu dan mengamuk tanpa sebab sehingga dibawa oleh keluarga nya. **(MK:resiko perilaku kekerasan)** b.Kebutuhan persiapan pulang : untuk persiapan pulang
13	Pengaruh kurang pengetahuan	Pasien belum mengetahui cara melakukan perawatan diri dengan baik. Pasien hanya mengetahui cara makan, minum, buang air besar, dan buang air kecil. Pasien belum mengetahui cara melakukan kebersihan diri seperti mandi, menggosok gigi, menyisir rambut, dan merawat kuku. **(MK:Defisit Perawatan Diri)**

7) Penatalaksanaan farmakologi

No	Nama Obat	Fungsi Obat	Tanggal dan waktu pemberian
1	Arzola Dosis : 1x10ml Bentuk : sirup Warna:putih kekuningan	Membantu pikiran menjadi lebih jernih, suasana hati lebih stabil, dan perilaku lebih terkendali	02 Juli 2026 Pukul 06.00 WIB pada pagi hari
2	Hexymer Dosis : 2x2mg Bentuk : tablet Warna:kuning terang	Merelaksasikan otot dan menyeimbangkan kembali sistem saraf pusat agar tubuh kembali nyaman	26 Juni 2026 Pukul 06.00 dan 18.00 WIB pada pagi dan sore hari
3	Resperidone Dosis : 2x2 Mg Bentuk : tablet Warna : kuning	Menjaga kestabilan emosi dan kemampuan untuk berpikir secara lebih jernih	03 Agustuts 2026 Pukul 06.00 dan 18.00 WIB pada pagi dan sore hari
4	Haldol (haloperidol) Dosis : 2,5mg x 2 Bentuk : tablet Warna : pink/merah muda	Meredakan emosi dan kegelisahan	02 Juli 2026 Pukul 06.00 dan 18.00 WIB pada pagi dan sore hari

B. Diagnosa Keperawatan

1) Analisa Data

No	Data Senjang	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan tidak ingin melakukan perawatan diri (mandi. berpakaian dan berhias) 2. Pasien mengatakan belum mengetahui cara melakukan perawatan diri dengan baik. 3. Pasien mengatakan kalau ia jarang mandi dan berhias 4. Pasien mengatakan kalau lebih senang menyendiri, melamun, malas berinteraksi dengan teman nya 5. Pasien mengatakan merasa malu dan canggung saat berkomunikasi dengan teman-teman di rumah sakit. Data Objektif 1. Pasien tampak kurang rapi, kebersihan diri kurang, pakaian tampak kusut dan kurang bersih 2. Wajah pasien tampak kotor dan kusam 3. Sekitaran mata tampak ada kotoran 4. Badan pasien tampak kotor, berdaki dan bau. 5. Kulit punggung tampak kurang bersih 6. Gigi kuning dan bau mulut 7. kuku kaki dan tangan tampak panjang dan kotor, terdapat kotoran pada sela-sela jari kaki, kulit kaki dan tangan tampak kering dan kurang bersih 8. Rambut tampak berminyak, kurang rapi, terdapat ketombe, dan kebersihan rambut kurang. 9. Pasien menggunakan celana secara terbalik 10. Pasien sering menyendiri 11. lebih banyak diam dan tidak mau memulai pembicaraan terlebih dahulu 12. Saat diajak berbicara, pasien mampu menjawab pertanyaan dengan baik	Isolasi sosial ↓ Defisit perawatan diri	Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri

2) Rumusan Diagnosa

b) Defisit perawatan diri : kebersihan diri

C. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Defisit Perawatan Diri : Kebersihan Diri	Setelah dilakukan intervensi selama (5x6Jam) diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasill: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ketoilet meningkat 4. Melamun menurun 5. Konsenterasi meningkat	Intervensi utama : Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian, dan berhias 3. Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan yang aman, tenang dan privasi 2. Siapkan keperluan pribadi (baju bersih, sabun mandi, sampo, sisir, kaca, bedak, lipstik) 3. Dampingi pasien saat melakukan perawatan diri 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Intervensi Pendukung: Berhias(I.11350) Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian dan berhias Terapeutik 1. Sediakan pakaian sesuai kebutuhan 2. Fasilitasi berhias (mis.menyisir rambut, berbedak, berkaca, dan gunakan lip) 3. Jaga privasi selama berpakaian 4. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian dan berhias secara mandiri Edukasi 1. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu 2. Ajarkan berpakaian dengan benar dan rapi

Strategi pelaksanaan pada pasien defisit perawatan diri :
Sp 1 : Identifikasi hambatan pasien dalam melakukan perawatan diri, melatih pasien dalam melakukan kebersihan diri seperti mandi, menggosok gigi, mencuci rambut dan berhias.
Sp 2 : menjelaskan cara berpakaian dan berhias, melatih cara berpakaian dan berdandan dengan rapi
Sp 3 : menjelaskan cara makan dan minum dengan benar, melatih pasien makan dan minum
Sp 4 : menjelaskan cara BAB/BAK ditempat yang benar, melatih pasien BAB/BAK, buatkan jadwal *activity daily living*

D. Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Waktu Pelaksanaan	Implementasi	Respon Hasil	Evaluasi formatif
Defisit Perawatan Diri	Selasa, 21 Juli 2026	1. Mengamati kemampuan dan perilaku pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, menyisir rambut, dan berhias. 2. Mengidentifikasi kebiasaan pasien dalam melakukan perawatan diri serta mengetahui aktivitas yang masih membutuhkan bantuan 3. Memonitor tingkat kemandirian pasien dalam melakukan kebersihan diri, berpakaian, dan berhias 4. Mempertahankan lingkungan yang aman, nyaman, tenang, dan menjaga privasi pasien selama melakukan perawatan diri 5. Mengidentifikasi kebutuhan pasien dalam melakukan perawatan diri, seperti sabun, sampo, sikat gigi, pakaian bersih, sisir, cermin,	1. Pasien tampak kurang memperhatikan kebersihan diri dan penampilan, rambut tampak tidak rapi serta pakaian tampak kurang rapi 2. Pasien mengatakan jarang melakukan perawatan diri dan membutuhkan bantuan untuk melakukan beberapa aktivitas perawatan diri 3. Lingkungan pasien tampak aman, tenang, nyaman, dan privasi pasien terjaga selama melakukan perawatan diri 4. Pasien tampak kurang bersemangat dalam melakukan aktivitas perawatan diri dan masih membutuhkan arahan dari perawat 5. Pasien bersedia didampingi dan dibantu oleh perawat saat melakukan perawatan diri 6. Pasien melakukan kegiatan perawatan diri dengan tahapan sebagai berikut: a. Pasien menjawab salam dari perawat dan bersedia berkomunikasi b. Pasien tampak memahami penjelasan perawat mengenai pentingnya menjaga kebersihan dan kerapian diri c. Pasien mengatakan bersedia melakukan kegiatan perawatan diri dengan didampingi perawat	S : 1.Pasien mengatakan jarang melakukan perawatan diri 2.Pasien mengatakan bersedia mencoba melakukan perawatan diri secara rutin 3.Pasien mengatakan masih membutuhkan bantuan dalam melakukan beberapa aktivitas perawatan diri O : 1.Pasien tampak kurang memperhatikan kebersihan dan kerapian diri 2.Pasien tampak kurang bersemangat dalam melakukan aktivitas perawatan diri 3.Pasien masih membutuhkan arahan dan bantuan dari Perawat

	bedak, dan perlengkapan berhias lainnya 6. Mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri dengan tahapan sebagai berikut: a. Perawat membuka percakapan dengan mengucapkan salam dan menyapa pasien dengan ramah b. Perawat menjelaskan tujuan dan manfaat melakukan perawatan diri kepada pasien. c. Perawat menanyakan kesediaan pasien untuk melakukan kegiatan perawatan diri d. Perawat menyiapkan perlengkapan perawatan diri yang dibutuhkan pasien e. Perawat membantu pasien menciptakan lingkungan yang nyaman dan menjaga privasi selama melakukan perawatan diri	d. Pasien tampak nyaman dan mengikuti arahan perawat dalam melakukan perawatan diri e. Pasien melakukan perawatan diri di lingkungan yang tenang dan privasi pasien tetap terjaga f. Pasien menggunakan perlengkapan perawatan diri yang telah disiapkan, seperti sabun, sampo, sisir, dan pakaian bersih g. Pasien mampu melakukan beberapa kegiatan perawatan diri, seperti mandi, mengganti pakaian, menyisir rambut, dan berhias dengan bantuan serta arahan perawat h. Pasien mengatakan merasa lebih segar dan nyaman setelah melakukan perawatan diri i. Pasien mengatakan merasa lebih segar dan nyaman setelah melakukan perawatan diri j. Pasien menerima pujian dan motivasi dari perawat serta mengatakan bersedia mencoba melakukan perawatan diri secara rutin dan mengikuti kegiatan selanjutnya	4.TTV: TD:103/60 N:74 S:36 P:20 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6 E : Defisit perawatan diri R: Tidak ada revisi

		f. Perawat mengarahkan pasien untuk melakukan perawatan diri secara bertahap, seperti mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, berpakaian, dan berhias. g. Perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri sesuai dengan kemampuan nya h. Perawat membantu pasien pada bagian yang belum mampu dilakukan secara mandiri i. Perawat memberikan pujian dan motivasi kepada pasien setelah pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri j. Perawat mengajarkan pasien untuk melakukan perawatan diri secara rutin dan terjadwal	

		k. Perawat mengevaluasi kemampuan dan perasaan pasien setelah melakukan kegiatan perawatan diri l. Perawat menutup tindakan dengan mengucapkan salam dan membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya		
Defisit Perawatan Diri	Rabu, 22 Juli 2026	1. Mengobservasi kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dan membandingkannya dengan kemampuan pasien pada hari pertama. 2. Menanyakan kepada pasien apakah sudah melakukan perawatan diri secara mandiri setelah kegiatan pada hari sebelumnya. 3. Memonitor tingkat kemandirian pasien dalam melakukan kegiatan kebersihan diri, berpakaian, dan berhias. 4. Mempertahankan lingkungan yang aman, tenang, nyaman, dan menjaga privasi pasien	1. Pasien tampak lebih rapi dibandingkan hari pertama, rambut sudah tersisir dan pakaian tampak lebih bersih dan rapi 2. Pasien mengatakan sudah mencoba melakukan perawatan diri setelah diberikan arahan oleh perawat 3. Pasien tampak lebih mampu melakukan aktivitas perawatan diri dan masih membutuhkan sedikit bantuan dari perawat 4. Lingkungan pasien tampak aman, tenang, nyaman, dan privasi pasien tetap terjaga selama melakukan perawatan diri. 5. Pasien tampak lebih bersemangat dan kooperatif dalam mengikuti kegiatan perawatan diri. 6. Pasien mengikuti kegiatan perawatan diri dengan tahapan sebagai berikut: a. Pasien menjawab salam dan bersedia mengikuti kegiatan perawatan diri.	S : 1.Pasien mengatakan sudah mencoba melakukan perawatan diri setelah diarahkan oleh perawat 2.Pasien mengatakan bersedia mencoba melakukan perawatan diri secara rutin 3.Pasien mengatakan masih membutuhkan bantuan dalam melakukan beberapa aktivitas perawatan diri O : 1.Pasien tampak kurang memperhatikan kebersihan dan kerapian diri

	selama melakukan perawatan diri. 5. Menyiapkan perlengkapan perawatan diri pasien, seperti sabun, sampo, sisir, pakaian bersih, cermin, dan perlengkapan berhias. 6. Membimbing pasien melakukan perawatan diri secara bertahap, dengan tahapan sebagai berikut: a. Perawat membuka percakapan dengan mengucapkan salam dan menyapa pasien. b. Perawat menanyakan kondisi pasien dan mengingatkan kembali pentingnya menjaga kebersihan dan kerapian diri. c. Perawat menanyakan kesediaan pasien untuk melakukan kegiatan perawatan diri. d. Perawat mengarahkan pasien untuk mempersiapkan perlengkapan perawatan diri secara mandiri.	b. Pasien mengatakan memahami kembali pentingnya menjaga kebersihan dan kerapian diri. c. Pasien mengatakan bersedia melakukan perawatan diri secara lebih mandiri. d. Pasien mampu menyiapkan sebagian perlengkapan perawatan diri dengan arahan perawat. e. Pasien mampu melakukan kegiatan mandi, menggosok gigi, dan mengganti pakaian dengan sedikit bantuan dari perawat. f. Pasien mampu menyisir rambut dan merapikan pakaian secara mandiri. g. Pasien tampak lebih rapi dan bersih setelah melakukan perawatan diri. h. Pasien mengatakan merasa lebih segar, nyaman, dan senang setelah melakukan perawatan diri. i. Pasien tampak senang setelah mendapatkan pujian dari perawat dan mengatakan akan mencoba melakukan perawatan diri secara rutin. j. Pasien bersedia mengikuti kegiatan perawatan diri pada pertemuan selanjutnya.	2.Pasien tampak kurang bersemangat dalam melakukan aktivitas perawatan diri 3.Pasien masih membutuhkan arahan dan bantuan dari Perawat 4.TTV: TD:100/60 N:74 S:36,5 P:20x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6 E : Defisit perawatan diri R: Tidak ada revisi

	e. Perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan kegiatan perawatan diri secara mandiri sesuai dengan kemampuannya. f. Perawat mengarahkan pasien untuk mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, mengganti pakaian, menyisir rambut, dan berhias. g. Perawat memberikan bantuan hanya pada bagian yang belum mampu dilakukan oleh pasien. h. Perawat memberikan pujian dan motivasi ketika pasien mampu melakukan kegiatan perawatan diri secara mandiri. i. Perawat mengajarkan pasien untuk melakukan perawatan diri secara rutin sesuai jadwal yang telah dibuat. j. Perawat menanyakan perasaan pasien	

			setelah melakukan kegiatan perawatan diri. k. Perawat mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri. l. Perawat menutup kegiatan dengan mengucapkan salam dan membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya.		
Defisit Perawatan Diri	Kamis, 23 Juli 2026		2. Menanyakan kepada pasien mengenai kegiatan perawatan diri yang telah dilakukan sejak pertemuan sebelumnya. 3. Memonitor tingkat kemandirian pasien dalam melakukan kebersihan diri, berpakaian, dan berhias. 4. Mempertahankan lingkungan yang aman, tenang, nyaman, dan menjaga privasi pasien selama melakukan perawatan diri. 5. Menyiapkan dan memastikan perlengkapan	2. Pasien mengatakan sudah mulai terbiasa melakukan perawatan diri secara rutin. 3. Pasien tampak lebih mandiri dalam melakukan aktivitas perawatan diri dan hanya membutuhkan sedikit arahan dari perawat. 4. Lingkungan pasien tampak aman, tenang, nyaman, dan privasi pasien tetap terjaga selama melakukan kegiatan perawatan diri. 5. Pasien tampak kooperatif dan bersemangat mengikuti kegiatan perawatan diri. 6. Pasien mengikuti kegiatan perawatan diri dengan tahapan sebagai berikut: a. Pasien menjawab salam dan bersedia mengikuti kegiatan perawatan diri. b. Pasien mengatakan memahami pentingnya menjaga kebersihan dan kerapian diri.	S : 1.Pasien mengatakan sudah mampu melakukan perawatan diri dengan sedikit arahan 2.Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah merawat diri 3.Pasien mengatakan bersedia melakukan perawatan diri secara rutin O : 1.Pasien tampak lebih rapi dan bersih 2.Pasien tampak mampu melakukan perawatan diri

	perawatan diri pasien tersedia, seperti sabun, sampo, sikat gigi, pakaian bersih, sisir, dan perlengkapan berhias. 6. Membimbing pasien melakukan perawatan diri secara mandiri dengan tahapan sebagai berikut: a. Perawat membuka percakapan dengan mengucapkan salam dan menyapa pasien. b. Perawat menanyakan kondisi pasien dan mengingatkan kembali jadwal perawatan diri. c. Perawat menanyakan kesediaan pasien untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. d. Perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk menyiapkan perlengkapan perawatan diri tanpa bantuan. e. Perawat mengarahkan pasien untuk melakukan kegiatan	c. Pasien mengatakan bersedia melakukan perawatan diri secara mandiri. d. Pasien mampu menyiapkan sebagian besar perlengkapan perawatan diri secara mandiri. e. Pasien mampu melakukan mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, dan mengganti pakaian dengan mandiri. f. Pasien mampu menyisir rambut dan merapikan pakaian tanpa bantuan perawat. g. Pasien tampak lebih percaya diri setelah mampu melakukan kegiatan perawatan diri secara mandiri. h. Pasien mengatakan merasa lebih segar, nyaman, dan senang setelah melakukan perawatan diri. i. Pasien menerima pujian dan motivasi dari perawat serta mengatakan akan mempertahankan kebiasaan melakukan perawatan diri setiap hari. j. Pasien bersedia mengikuti kegiatan perawatan diri dan berhias pada pertemuan berikutnya.	3.Pasien masih membutuhkan arahan dan bantuan dari Perawat 4.TTV: TD:110/70 N:80 S:36 P:18x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan I : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6 E : Defisit perawatan diri R: Tidak ada revisi

	perawatan diri sesuai urutan yang telah diajarkan. f. Pasien diarahkan untuk mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, mengganti pakaian, menyisir rambut, dan berhias secara mandiri. g. Perawat mengurangi bantuan dan hanya membantu apabila pasien mengalami kesulitan dalam melakukan kegiatan perawatan diri. h. Perawat memberikan pujian dan motivasi atas kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. i. Perawat mengingatkan pasien untuk mempertahankan kebiasaan perawatan diri secara rutin setiap hari. j. Perawat mengevaluasi kemampuan dan	

		perasaan pasien setelah melakukan kegiatan perawatan diri. k. Perawat memberikan penguatan positif agar pasien tetap mempertahankan kemandirian dalam melakukan perawatan diri. l. Perawat menutup kegiatan dengan mengucapkan salam dan membuat kontrak untuk kegiatan selanjutnya.		
Defisit Perawatan Diri	Jum'at 24 Juli 2026	2. Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam memilih pakaian dan melakukan kegiatan berhias secara mandiri. 3. Memonitor tingkat kemandirian pasien dalam berpakaian dan berhias. 4. Mempertahankan lingkungan yang aman, nyaman, tenang, dan menjaga privasi pasien selama melakukan kegiatan berhias.	2. Pasien mengatakan sudah terbiasa melakukan perawatan diri dan mulai memperhatikan kerapian penampilan. 3. Pasien tampak lebih mandiri dalam memilih pakaian, berpakaian, dan melakukan kegiatan berhias. 4. Lingkungan pasien tampak aman, nyaman, tenang, dan privasi pasien tetap terjaga selama melakukan kegiatan berpakaian dan berhias. 5. Pasien tampak kooperatif dan antusias mengikuti kegiatan berhias. 6. Pasien mengikuti kegiatan berpakaian dan berhias dengan tahapan sebagai berikut:	S : 1.Pasien mengatakan sudah mencoba melakukan perawatan diri setelah diarahkan oleh perawat 2.Pasien mengatakan belum terbiasa berpakaian dan berhias secara mandiri. 4.Pasien mengatakan bersedia belajar berpakaian dan berhias O :

	5. Menyiapkan perlengkapan berhias pasien, seperti pakaian bersih, sisir, cermin, bedak, dan lipstik sesuai kebutuhan pasien. 6. Mendampingi pasien melakukan kegiatan berpakaian dan berhias dengan tahapan sebagai berikut: a. Perawat membuka percakapan dengan mengucapkan salam dan menyapa pasien. b. Perawat menanyakan kondisi pasien dan mengingatkan kembali pentingnya menjaga kebersihan serta kerapian penampilan. c. Perawat menanyakan kesediaan pasien untuk melakukan kegiatan berpakaian dan berhias. d. Perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk memilih pakaian yang akan digunakan sesuai dengan kebutuhan	a. Pasien menjawab salam dan bersedia mengikuti kegiatan berpakaian dan berhias. b. Pasien mengatakan memahami pentingnya menjaga kebersihan dan kerapian penampilan. c. Pasien mengatakan bersedia melakukan kegiatan berpakaian dan berhias secara mandiri. d. Pasien mampu memilih pakaian yang akan digunakan sesuai dengan keinginannya. e. Pasien mampu mengenakan pakaian dengan benar dan rapi tanpa bantuan perawat. f. Pasien mampu menyisir rambut, berkaca, dan merapikan penampilan secara mandiri. g. Pasien mampu menggunakan bedak dan lipstik dengan sedikit arahan dari perawat. h. Pasien tampak lebih percaya diri setelah selesai berpakaian dan berhias. i. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman, segar, dan senang dengan penampilannya. j. Pasien menerima pujian dari perawat dan tampak senang atas kemampuan yang telah dilakukan secara mandiri. k. Pasien mengatakan akan berusaha mempertahankan kebiasaan berpakaian rapi dan berhias setiap hari.	1.Pasien tampak kurang rapi 2.Pasien tampak belum mampu berhias secara mandiri 3.Pasien masih membutuhkan arahan dan bantuan dari Perawat 4.TTV: TD:105/80 N:88 S:36 P:20x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan I : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6 E : Defisit perawatan diri R: Tidak ada revisi

	dan kenyamanan pasien. e. Perawat mengarahkan pasien untuk mengenakan pakaian dengan benar dan rapi. f. Perawat memfasilitasi pasien untuk menyisir rambut, berkaca, menggunakan bedak, dan menggunakan lipstik sesuai keinginan pasien. g. Perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan kegiatan berhias secara mandiri dan membantu apabila pasien mengalami kesulitan. h. Perawat memberikan pujian dan motivasi kepada pasien atas kemampuan dalam berpakaian dan berhias secara mandiri. i. Perawat mengajarkan pasien untuk mempertahankan	l. Pasien bersedia mengikuti kegiatan perawatan diri pada pertemuan selanjutnya.	

		kebiasaan berpakaian rapi dan berhias setelah melakukan perawatan diri. j. Perawat menanyakan perasaan pasien setelah selesai berpakaian dan berhias. k. Perawat mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan berpakaian dan berhias. l. Perawat menutup kegiatan dengan mengucapkan salam dan mengingatkan pasien untuk melakukan perawatan diri dan berhias secara rutin.		
Defisit Perawatan Diri	Sabtu, 25 Juli 2026	2. Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri, berpakaian, dan berhias secara mandiri. 3. Memonitor tingkat kemandirian pasien dan membandingkan perkembangan kemampuan	2. Pasien mengatakan sudah terbiasa melakukan perawatan diri dan berhias secara rutin. 3. Pasien tampak mampu melakukan aktivitas perawatan diri, berpakaian, dan berhias secara mandiri tanpa bantuan perawat. 4. Lingkungan pasien tampak aman, nyaman, tenang, dan privasi pasien tetap terjaga selama melakukan kegiatan perawatan diri dan berhias.	S : 1.Pasien mengatakan sudah mencoba berpakaian dan berhias 2.Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah berpakaian dan berhias.

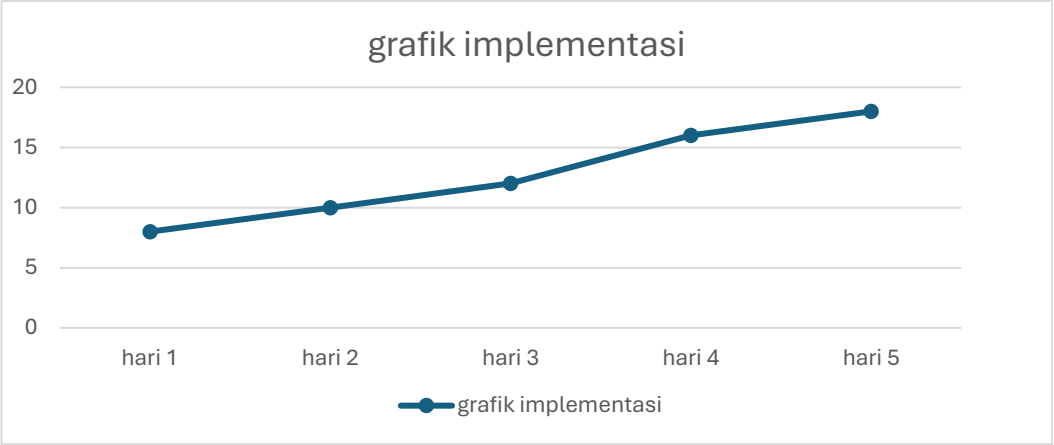
	pasien dari hari pertama sampai hari kelima. 4. Mempertahankan lingkungan yang aman, nyaman, tenang, dan menjaga privasi pasien selama melakukan perawatan diri dan berhias. 5. Memastikan perlengkapan perawatan diri dan berhias pasien tersedia dan dapat digunakan secara mandiri. 6. Membimbing pasien melakukan perawatan diri dan berhias secara mandiri dengan tahapan sebagai berikut: a. Perawat membuka percakapan dengan mengucapkan salam dan menyapa pasien. b. Perawat menanyakan kondisi pasien serta mengingatkan kembali pentingnya menjaga kebersihan dan kerapian diri. c. Perawat menanyakan kesediaan pasien untuk melakukan perawatan diri dan berhias secara mandiri.	5. Pasien tampak kooperatif, percaya diri, dan bersemangat dalam melakukan kegiatan perawatan diri. 6. Pasien melakukan kegiatan perawatan diri dan berhias dengan tahapan sebagai berikut: a. Pasien menjawab salam dan bersedia mengikuti kegiatan perawatan diri. b. Pasien mengatakan memahami pentingnya menjaga kebersihan dan kerapian diri. c. Pasien mengatakan mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. d. Pasien mampu menyiapkan perlengkapan perawatan diri tanpa bantuan perawat. e. Pasien mampu melakukan mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, dan mengganti pakaian secara mandiri. f. Pasien mampu memilih pakaian yang sesuai dan mengenakannya dengan benar serta rapi. g. Pasien mampu menyisir rambut, berkaca, menggunakan bedak, dan merapikan penampilan secara mandiri. h. Pasien tampak lebih percaya diri dan senang setelah selesai melakukan perawatan diri dan berhias. i. Pasien mengatakan merasa lebih segar, nyaman, dan senang karena mampu merawat dirinya sendiri.	3.Pasien mengatakan bersedia melakukannya secara rutin O : 1.Pasien tampak lebih rapi dalam berpakaian 2.Pasien masih membutuhkan arahan dan bantuan perawat. 3.Pasien tampak kooperatif saat latihan 4.TTV: TD:95/60 N:78 S:36 P:22x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan I : Intervensi dihentikan E : Defisit perawatan diri R: Tidak ada revisi

	d. Perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk menyiapkan sendiri perlengkapan perawatan diri dan berhias. e. Pasien diarahkan untuk melakukan kebersihan diri, mengganti pakaian, menyisir rambut, dan berhias secara mandiri. f. Perawat mengamati kegiatan pasien dan memberikan bantuan hanya jika pasien mengalami kesulitan. g. Perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk memilih pakaian yang akan digunakan dan menggunakannya dengan benar serta rapi. h. Perawat memberikan pujian dan penguatan positif atas peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan	j. Pasien mampu mengulangi kembali cara melakukan perawatan diri dan berhias yang telah diajarkan oleh perawat. k. Pasien mengatakan bersedia mempertahankan kebiasaan mandi, menjaga kebersihan diri, berpakaian rapi, dan berhias secara rutin setiap hari. l. Pasien menerima pujian dan penguatan positif dari perawat atas peningkatan kemampuan dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. m. Pasien mengucapkan salam dan bersedia mempertahankan kegiatan perawatan diri secara rutin setelah intervensi selesai.	

	perawatan diri dan berhias. i. Perawat mengingatkan pasien untuk mempertahankan kebiasaan mandi, menjaga kebersihan diri, berpakaian rapi, dan berhias secara rutin. j. Perawat mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dan berhias secara mandiri. k. Perawat menanyakan perasaan pasien setelah mampu melakukan kegiatan perawatan diri dan berhias. l. Perawat memberikan motivasi kepada pasien agar tetap mempertahankan kemandirian dalam melakukan perawatan diri setelah kegiatan keperawatan selesai.	

		m. Perawat menutup kegiatan dengan mengucapkan salam.	

Grafik Impelemntasi



Grafik menunjukkan adanya peningkatan skor ADL selama lima hari implementasi, yaitu dari skor :

8 pada hari pertama menjadi

10 pada hari kedua

12 pada hari ketiga

16 pada hari keempat

18 pada hari kelima.

Peningkatan skor tersebut menunjukkan adanya perkembangan personal hygiene secara bertahap selama 5 hari observasi

E. Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif
1	Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri	S: 1. Pasien mengatakan mau melakukan perawan diri seperti mandi, berpakaian dan berhias 2. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan bersih setelah melakukan perawatan diri O: 1. Pasien mandi, menggosok gigi, dan berganti pakaian, secara mandiri dengan arahan yang diajarkan 2. Pasien tampak tampak bersih, berpakaian rapi, rambut tersisir 3. Pasien mampu mengikuti jadwal kegiatan perawatan diri yang telah disusun A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di hentikan

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan pada responden Nn. D dengan kasus Defisit Perawatan Diri diruang perawatan Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu, maka dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap Responden Nn. D dengan kasus Defisit Perawatan Diri dalam penyusunan asuhan keperawatan, penulis melaksanakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi dengan uraian sebagai berikut :

1. Pengkajian

Hasil penelitian Susilawati, Hasanah, dan Utami (2023) menunjukkan bahwa penerapan latihan personal hygiene dapat memberikan perubahan terhadap kemampuan pasien dengan defisit perawatan diri. Penelitian tersebut menggunakan wawancara dan observasi serta menunjukkan adanya perubahan kemampuan pasien setelah diberikan latihan personal hygiene. Hal ini sejalan dengan kondisi Nn. D yang mengalami hambatan dalam melakukan kebersihan diri bukan karena keterbatasan fisik, tetapi lebih berkaitan dengan kurangnya motivasi dan minat dalam melakukan perawatan diri.

Selanjutnya, penelitian Kesuma, Nauli, dan Nelma (2024) mengenai asuhan keperawatan jiwa pada pasien defisit perawatan diri dengan masalah personal hygiene menunjukkan bahwa intervensi keperawatan dapat digunakan untuk membantu meningkatkan kemampuan perawatan diri pasien. Penelitian tersebut memiliki kesesuaian dengan kasus Nn. D karena sama-sama berfokus pada pasien gangguan jiwa dengan masalah defisit perawatan diri dan personal hygiene.

Penelitian Handayani, Hasanah, dan Fitri (2025) juga menunjukkan bahwa implementasi personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri dapat meningkatkan kemandirian dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari. Peningkatan kemampuan terjadi setelah

intervensi diberikan secara bertahap dan berulang. Hasil tersebut sesuai dengan kondisi Nn. D yang membutuhkan latihan secara bertahap, bimbingan, motivasi, dan pengulangan agar mampu melakukan aktivitas personal hygiene secara lebih mandiri.

Berdasarkan ketiga penelitian terdahulu tersebut, hasil pengkajian terhadap Nn. D berusia 20 tahun, di Ruang anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu diperoleh data pasien mengalami masalah Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri. Berdasarkan data subjektif, Nn. D secara terbuka mengungkapkan bahwa dirinya merasa malas untuk mandi dan menggosok gigi, serta kurang mempedulikan kebersihan tubuhnya. Pernyataan ini sesuai riwayat masuk rumah sakit yang disampaikan keluarga, di mana pasien mulai mengurung diri dan tidak mau mandi sejak satu minggu sebelum dirawat. Selain itu, Nn. D mengeluhkan merasa malu, canggung, dan lebih memilih melamun serta menyendiri daripada berinteraksi dengan pasien lain.

Berdasarkan hasil observasi Nn. D tampak kurang rapi, kotor, dan tidak terawat, bahkan ditemukan yaitu memasang celana secara terbalik. Pada pemeriksaan fisik area kepala, rambut pasien tampak kotor, kusut, berminyak, dan penuh ketombe, disertai adanya kotoran pada sudut mata. Area mulut pasien menunjukkan kondisi gigi yang menguning dan bau mulut akibat jarang menyikat gigi. Secara keseluruhan, kondisi fisik pasien tampak kotor, berdaki, mengeluarkan bau badan tidak sedap, kuku tangan dan kaki panjang serta kotor, dan kulit teraba kering. Temuan data klinis ini menjadi dasar yang kuat bagi peneliti untuk menetapkan diagnosis keperawatan utama Defisit Perawatan Diri.

Berdasarkan teori defisit perawatan diri merupakan kondisi ketika individu tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri, meliputi mandi, berpakaian atau berhias, makan, dan toileting sehingga memerlukan bantuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya (Arianti, 2024). Tanda dan gejala defisit perawatan diri meliputi penolakan melakukan perawatan diri serta kurangnya minat dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri.

Menurut analisis peneliti, kondisi yang ditemukan pada Nn. D sesuai dengan karakteristik masalah Defisit Perawatan Diri, khususnya pada aspek kebersihan diri. Nn. D masih memiliki kemampuan fisik untuk melakukan aktivitas perawatan diri, namun kurang memiliki motivasi dan minat untuk melaksanakannya secara optimal. Hal tersebut terlihat dari perilaku pasien yang malas mandi dan menggosok gigi, jarang mengganti pakaian, tampak kurang rapi, rambut kotor dan kusut, bau badan, serta kuku tangan dan kaki yang panjang dan kotor. Kondisi tersebut juga didukung oleh skor ADL awal pasien sebesar 8 yang menunjukkan masih adanya ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Responden Nn. D belum pernah mengalami perawatan di rumah sakit jiwa maupun menjalani pengobatan gangguan jiwa sebelumnya. Keluarga juga tidak mempunyai riwayat gangguan jiwa pada anggota keluarga. gangguan jiwa yang dialami Nn. D merupakan kejadian pertama dan tidak ditemukan faktor predisposisi berupa riwayat gangguan jiwa dalam keluarga. Dengan demikian, pengkajian yang dilakukan telah memberikan data yang cukup untuk mengidentifikasi kemampuan dan hambatan Nn. D dalam melakukan personal hygiene, tingkat motivasi serta kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri, sebagai dasar dalam menentukan diagnosis keperawatan Defisit Perawatan Diri dan menyusun intervensi keperawatan selanjutnya.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Nn. D menunjukkan adanya defisit perawatan diri yang ditandai dengan kurangnya motivasi untuk mandi, mengganti pakaian, menggosok gigi, menyisir rambut, dan menjaga kebersihan diri. Kondisi tersebut sejalan dengan penelitian Indriantika (2025) yang menunjukkan bahwa pasien dengan defisit perawatan diri mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene dan setelah diberikan penerapan personal hygiene secara bertahap selama 7 hari menunjukkan peningkatan inisiatif dan kemandirian dalam melakukan perawatan diri. Hal tersebut mendukung kondisi Nn. D yang

pada awal pengkajian masih memerlukan arahan dan bimbingan dalam melakukan aktivitas personal hygiene.

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Defisit Perawatan Diri (D.0109) merupakan kondisi ketika individu tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri sebagian masih diarah kan dan dibantu perawat. Diagnosis ini dapat berkaitan dengan gangguan psikologis atau psikotik serta penurunan motivasi atau minat. Tanda dan gejala mayor meliputi menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu melakukan aktivitas mandi, mengenakan pakaian, makan, toileting, atau berhias secara mandiri, serta kurangnya minat melakukan perawatan diri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada kasus Nn. D, data yang ditemukan sesuai dengan karakteristik diagnosis tersebut. Nn. D menunjukkan penolakan dan kurangnya minat dalam melakukan perawatan diri. Kondisi yang dialami bukan terutama disebabkan oleh ketidakmampuan fisik, karena pasien masih memiliki kemampuan untuk melakukan aktivitas mandi, berhias, berpakaian, makan, dan toileting secara mandiri, tetapi aktivitas tersebut tidak dilakukan secara optimal. Kondisi tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis berupa penurunan motivasi, sikap apatis, atau gangguan proses pikir (Karokaro & Sitepu, 2022). Data pada Nn. D juga sejalan dengan penelitian Kesuma et al. (2024) yang menunjukkan bahwa pasien dengan defisit perawatan diri mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri, seperti mandi, menggosok gigi, memotong kuku, berpakaian, makan, dan eliminasi. Pada Nn. D ditemukan kondisi serupa berupa kurang menjaga kebersihan diri, jarang mandi, tidak teratur menggosok gigi, jarang memotong kuku, dan jarang menyisir rambut selain itu skor ADL awal 8. Dengan demikian, tidak ditemukan kesenjangan yang berarti antara teori, hasil pengkajian, dan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada Nn. D. Hasil pengkajian menjadi dasar bagi peneliti dalam menentukan intervensi berupa penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene, melalui latihan secara bertahap, pemberian motivasi, bimbingan, supervisi, serta

evaluasi kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri belum secara mandiri pada Nn. D.

3. Intervensi keperawatan

Berdasarkan diagnosis Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri (D.0109) yang telah ditegakkan pada Nn. D, peneliti menyusun intervensi keperawatan dengan tujuan membantu pasien meningkatkan kemampuan dan kemandirian dalam melakukan personal hygiene. Intervensi yang diberikan meliputi membina hubungan saling percaya, mendiskusikan pentingnya menjaga kebersihan diri, mengidentifikasi kemampuan dan hambatan pasien dalam melakukan personal hygiene, serta melatih pasien melakukan perawatan diri secara bertahap sesuai dengan kemampuan pasien. Latihan meliputi mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, berhias, menyisir rambut, menjaga kebersihan kuku, dan mengganti pakaian. Peneliti juga memberikan motivasi, bimbingan, pendampingan, supervisi, serta evaluasi terhadap kemampuan pasien dalam mempertahankan kebersihan diri. Pada pelaksanaannya, beberapa aktivitas personal hygiene masih dilakukan dengan arahan dan bantuan perawat.

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama pada pasien dengan Defisit Perawatan Diri adalah Dukungan Perawatan Diri (I.11348). Intervensi tersebut meliputi mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri, memonitor tingkat kemandirian, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, menyediakan lingkungan yang tenang dan memberikan privasi, menyiapkan kebutuhan pribadi seperti sabun mandi dan sikat gigi, mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, serta memfasilitasi kemandirian pasien dan memberikan bantuan apabila pasien belum mampu melakukan perawatan diri secara optimal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dalam KTI ini, intervensi tersebut dikembangkan melalui penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene pada Nn. D.

Pelaksanaan latihan kemandirian dilakukan secara bertahap dan berulang sesuai dengan kemampuan pasien. Pada hari pertama, peneliti

menjelaskan pentingnya personal hygiene, mengenalkan peralatan kebersihan diri, serta mengidentifikasi kemampuan dan hambatan pasien. Selanjutnya pasien diberikan latihan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, dan membersihkan tubuh menggunakan sabun. Pada hari kedua dan ketiga, latihan dilakukan kembali dengan memberikan arahan, pendampingan, motivasi, pujian, dan penguatan positif. Pada hari keempat, pasien dilatih melakukan kegiatan berhias dan berpakaian, seperti menyisir rambut, merapikan penampilan, mengganti pakaian bersih dan sesuai, serta mempertahankan kerapian setelah mandi. Pada hari kelima, pasien kembali mempraktikkan kegiatan berpakaian dan berhias dengan arahan minimal dari perawat, kemudian dilakukan evaluasi terhadap kemampuan personal hygiene pasien.

Penerapan latihan personal hygiene secara bertahap juga didukung oleh penelitian Santoso, Mulia, dan Mariani (2024) yang menunjukkan bahwa penerapan personal hygiene pada pasien skizofrenia dengan masalah Defisit Perawatan Diri dapat membantu menurunkan tanda dan gejala defisit perawatan diri serta meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri. Penelitian tersebut menggunakan pendekatan studi kasus pada satu pasien, sehingga memiliki kesesuaian dengan penerapan pada Nn. D yang juga menggunakan pendekatan studi kasus.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Kaghoo, Massa, dan Mangundap (2024) yang menemukan bahwa sebagian besar pasien skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri masih mampu melakukan perawatan diri dengan bantuan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pemberian dukungan, arahan, dan pendampingan diperlukan untuk membantu pasien meningkatkan kemampuan perawatan diri secara bertahap. Temuan tersebut sesuai dengan kondisi Nn. D yang pada awal penerapan belum mampu melakukan aktivitas personal hygiene secara optimal dan masih membutuhkan arahan dalam beberapa kegiatan.

Selain itu, penelitian Indriantika (2025) mengenai penerapan personal hygiene pada klien dengan Defisit Perawatan Diri menunjukkan adanya peningkatan inisiatif dan kemandirian pasien dalam melakukan

aktivitas perawatan diri setelah diberikan latihan personal hygiene secara terstruktur. Hasil tersebut memperkuat bahwa latihan yang dilakukan secara terarah, berulang, dan disesuaikan dengan kemampuan pasien dapat membantu meningkatkan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene.

Menurut analisis peneliti, intervensi yang direncanakan pada Nn. D telah sesuai dengan masalah keperawatan yang ditemukan karena intervensi tidak hanya berfokus pada pemenuhan kebersihan diri pasien, tetapi juga diarahkan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. Pembinaan hubungan saling percaya menjadi dasar agar pasien dapat menerima arahan dan mengikuti latihan yang diberikan. Identifikasi kemampuan dan hambatan dilakukan untuk menyesuaikan latihan dengan kondisi pasien, sedangkan latihan secara bertahap dan berulang bertujuan membantu pasien membentuk kebiasaan dalam melakukan personal hygiene. Pemberian motivasi, pujian, dan penguatan positif digunakan untuk meningkatkan minat dan kepercayaan diri pasien dalam melakukan perawatan diri. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian terdahulu yang menunjukkan bahwa latihan personal hygiene dan dukungan keperawatan dapat membantu meningkatkan kemampuan serta kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri.

Hasil penerapan menunjukkan adanya peningkatan kemampuan personal hygiene Nn. D secara bertahap. Berdasarkan lembar observasi Activity Daily Living (ADL), skor pasien meningkat dari 8 pada hari pertama menjadi 10 pada hari kedua, 12 pada hari ketiga, 16 pada hari keempat, dan 18 pada hari kelima. Peningkatan skor tersebut menunjukkan adanya perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas personal hygiene setelah diberikan latihan kemandirian secara bertahap dan berulang. Dengan demikian, intervensi yang disusun telah sesuai dengan teori Dukungan Perawatan Diri (I.11348) dan kondisi Nn. D serta mendukung tujuan KTI, yaitu meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene. Meskipun demikian, beberapa tindakan masih memerlukan

arahan karena pasien mengalami keterbatasan dalam mengingat instruksi dengan cepat, sehingga latihan kemandirian perlu dilakukan secara bertahap, berulang, dan disertai penguatan positif.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Nn. D dilakukan setelah peneliti membina hubungan saling percaya dengan pasien dan memastikan pasien bersedia mengikuti tindakan yang diberikan. Pelaksanaan dilakukan melalui intervensi nonfarmakologis berupa latihan kemandirian untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene secara bertahap. Sebelum latihan dilakukan, peneliti mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan personal hygiene, meliputi kebiasaan mandi, menyikat gigi, mencuci rambut, mengganti pakaian, serta mengidentifikasi faktor yang menyebabkan pasien mengalami defisit perawatan diri.

Pada hari pertama, tanggal 21 Juli 2026 peneliti membina hubungan saling percaya, menjelaskan tujuan latihan kemandirian, serta mengidentifikasi kemampuan dan hambatan pasien dalam melakukan personal hygiene. Selanjutnya, peneliti mempraktikkan cara melakukan perawatan diri seperti mandi dengan mencuci rambut, menyikat gigi, dan membersihkan seluruh tubuh menggunakan sabun secara bertahap sesuai kemampuan pasien. Selama tindakan, pasien diberikan arahan dan pendampingan serta motivasi agar dapat berpartisipasi aktif dalam latihan. Pada hari kedua, tanggal 22 Juli 2026 peneliti mengevaluasi kembali kemampuan pasien setelah latihan sebelumnya, mengingatkan tujuan dan manfaat menjaga kebersihan diri, kemudian memberikan kesempatan kepada pasien untuk mempraktikkan kembali kegiatan personal hygiene secara bertahap. Peneliti memberikan motivasi, penguatan positif, dan membantu pasien mengatasi hambatan yang muncul selama Latihan. Pada hari ketiga, tanggal 23 Juli 2026 peneliti mengulas kembali kemampuan pasien dalam mengingat cara menjaga kebersihan diri secara mandiri. Pasien diarahkan untuk mempraktikkan kembali kegiatan mandi, mencuci rambut, menyikat gigi, dan membersihkan seluruh tubuh menggunakan sabun sesuai kemampuannya. Peneliti tetap memberikan pendampingan

dan arahan selama tindakan serta memberikan pujian dan penguatan positif terhadap usaha pasien dalam meningkatkan kemandirian. Pada hari keempat, tanggal 24 Juli 2026 peneliti mengevaluasi kemampuan pasien dalam mempertahankan kebiasaan personal hygiene yang telah dilatih. Selanjutnya, pasien diberikan latihan berpakaian dan berhias dengan sebagian bantuan dan arahan dari perawat, seperti memilih pakaian yang bersih dan sesuai, memakai pakaian dengan rapi, menyisir rambut, merapikan penampilan, serta mempertahankan kerapian diri setelah mandi.

Pada hari kelima, tanggal 25 Juli 2026 sekaligus hari terakhir penelitian, peneliti mengulas kembali kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan berpakaian dan berhias sebagian masih dibantu dan diarahkan perawat. Pasien diminta mempraktikkan kembali cara memilih pakaian yang bersih dan sesuai, memakai pakaian dengan rapi, menyisir rambut, serta menjaga penampilan diri. Peneliti memberikan motivasi, penguatan positif, dan apresiasi terhadap kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri. Hasil penerapan latihan menunjukkan adanya peningkatan kemampuan personal hygiene secara bertahap, dengan skor ADL meningkat dari 8 pada hari pertama, 10 pada hari kedua, 12 pada hari ketiga, 16 pada hari keempat, hingga 18 pada hari kelima. Pada hari kelima, pasien mampu melakukan seluruh aktivitas personal hygiene sebagian masih dibantu dan diarahkan perawat.

Pelaksanaan tindakan tersebut sesuai dengan prinsip implementasi keperawatan, yaitu tindakan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan dan disesuaikan dengan kondisi serta tingkat kemampuan pasien. Dalam KTI, implementasi mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta SOP penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene. Latihan dilakukan secara bertahap melalui edukasi, demonstrasi, latihan langsung, bimbingan, motivasi, supervisi, dan evaluasi sehingga pasien memperoleh kesempatan untuk meningkatkan kemampuan perawatan dirinya secara perlahan sesuai dengan tingkat kemandiriannya.

Menurut analisis peneliti, implementasi yang dilakukan pada Nn. D menunjukkan bahwa latihan kemandirian dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan kemampuan pasien. Pengulangan tindakan pada setiap pertemuan diperlukan agar pasien tidak hanya memahami cara melakukan personal hygiene, tetapi juga mampu mempraktikkannya secara mandiri dalam kegiatan sehari-hari. Pemberian motivasi, bimbingan, pujian, dan penguatan positif selama latihan membantu pasien untuk berpartisipasi aktif serta meningkatkan kepercayaan diri dalam melakukan perawatan diri. Perkembangan kemampuan pasien terlihat dari peningkatan skor ADL dari 8 menjadi 18 selama lima hari pelaksanaan latihan kemandirian.

Namun, dalam pelaksanaan ditemukan beberapa hambatan, yaitu strategi pelaksanaan kepada keluarga tidak dapat dilakukan karena keluarga responden tidak berkunjung selama penelitian. Selain itu, peneliti tidak dapat melaksanakan seluruh tindakan yang terdapat dalam perencanaan sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia karena keterbatasan waktu. Oleh karena itu, implementasi yang telah dilakukan dapat dinilai sesuai dengan kondisi dan kemampuan Nn. D, tetapi tetap memerlukan tindak lanjut dari perawat ruangan agar latihan kemandirian dan pemenuhan personal hygiene pasien dapat dilanjutkan secara berkesinambungan.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi pada Nn. D setelah dilakukan tindakan keperawatan menunjukkan adanya perkembangan positif dalam kemampuan melakukan personal hygiene. Pada evaluasi akhir, pasien mengatakan sudah mampu melakukan perawatan diri, seperti mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, dan menyisir rambut. Pasien juga mengatakan merasa tubuhnya lebih bersih, segar, dan nyaman setelah melakukan perawatan diri. Secara objektif, kebersihan tubuh pasien tampak terjaga, kulit tampak bersih, pakaian bersih dan rapi, rambut tersisir rapi, kebersihan mulut terjaga, serta tidak tercium bau badan.

Hasil observasi menggunakan lembar *Activity Daily Living* (ADL) menunjukkan adanya peningkatan kemampuan personal hygiene secara bertahap selama lima hari penerapan latihan kemandirian. Skor ADL meningkat dari 8 pada hari pertama, 10 pada hari kedua, 12 pada hari ketiga, 16 pada hari keempat, hingga 18 pada hari kelima. Pada hari kelima, pasien telah mampu melakukan seluruh aktivitas personal hygiene sebagian masih dengan arahan. Berdasarkan hasil tersebut, masalah Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri pada Nn. D dinilai teratasi sebagian, karena pasien telah menunjukkan peningkatan kemandirian dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene.

Menurut teori keperawatan, evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang dilakukan untuk menilai respons pasien terhadap tindakan yang telah diberikan serta menentukan ketercapaian tujuan keperawatan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan setelah diberikan intervensi. Dalam kasus Nn. D, hasil evaluasi menunjukkan adanya perubahan positif setelah diberikan latihan kemandirian melalui edukasi, demonstrasi, latihan langsung, bimbingan, motivasi, dan evaluasi secara bertahap. Perubahan tersebut terlihat dari peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas personal hygiene serta meningkatnya kemandirian pasien dalam mempertahankan kebersihan diri.

Hasil tersebut sejalan dengan penerapan latihan kemandirian yang dilakukan dalam KTI, yaitu latihan personal hygiene secara bertahap melalui kegiatan mandi, mencuci rambut, menyikat gigi, mengganti pakaian, dan berhias. Pemberian latihan disesuaikan dengan kemampuan pasien dan dilakukan dengan arahan, pendampingan, motivasi, pujian, serta penguatan positif. Pada tahap akhir, pasien diberikan kesempatan untuk mempraktikkan kembali kegiatan berpakaian dan berhias secara mandiri, seperti memilih pakaian yang bersih dan sesuai, memakai pakaian dengan rapi, menyisir rambut, serta menjaga penampilan diri.

Menurut analisis peneliti, peningkatan skor ADL dari 8 menjadi 18 menunjukkan bahwa penerapan latihan kemandirian memberikan perkembangan terhadap kemampuan Nn. D dalam melakukan personal

hygiene. Perubahan tidak hanya terlihat dari peningkatan skor, tetapi juga dari kemampuan pasien melakukan mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, menyisir rambut, berpakaian, dan berhias dengan tingkat kemandirian yang semakin baik. Pemberian latihan secara berulang dan bertahap membantu pasien memahami serta mempraktikkan kembali aktivitas perawatan diri, sedangkan motivasi, pujian, dan penguatan positif membantu meningkatkan kemauan pasien untuk berpartisipasi dalam melakukan personal hygiene.

Meskipun demikian, hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah Defisit Perawatan Diri pada Nn. D melakukan perawatan personal hygiene secara mandiri, pasien tetap memerlukan pemantauan dan dukungan dari perawat ruangan untuk mempertahankan kebiasaan personal hygiene yang telah terbentuk. Latihan kemandirian perlu dilanjutkan secara berkesinambungan agar kemampuan yang telah dicapai dapat dipertahankan dan pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri dalam kehidupan sehari-hari. Hasil akhir KTI menunjukkan bahwa setelah lima hari penerapan latihan kemandirian secara bertahap, Nn. D mengatakan sudah mencoba mandi, berpakaian dan berhias secara mandiri, pasien merasa lebih nyaman dan pasien bersedia melakukan nya secara rutin.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus Keperawatan Jiwa dengan Penerepan Latilhan Kemandiran untuk Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri diruang rawat Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu yang telah penulis lakukan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian

   Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada responden yaitu Nn. D didapatkan data subjektif dan data objektif. Dari data subjektif, pasien mengatakan malas untuk mandi, jarang menggosok gigi, tidak rutin mengganti pakaian, serta mengatakan kurang memiliki keinginan untuk melakukan perawatan diri. Pasien juga mengatakan membutuhkan dorongan dan bantuan untuk melakukan kebersihan diri. Data ini diperkuat dengan data yang terdapat di buku status rawat pasien. Data objektif didapatkan pasien tampak kurang memperhatikan kebersihan diri, penampilan tampak kurang rapi, rambut tampak berantakan, pakaian tampak kurang bersih dan kurang rapi, terdapat bau badan, gigi tampak kurang bersih, serta pasien tampak kurang berminat melakukan perawatan diri secara mandiri. Pasien membutuhkan motivasi, arahan, dan pengawasan dalam melakukan aktivitas personal hygiene
2. Diagnosa yang mucul pada pasien Defisit Perawatan Diri: Mandi/Kebersihan Diri berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Yang ditandai dengan ketidakmampuan Nn. D mempertahankan kebersihan diri, penampilan kurang rapi, serta ketergantungan dalam melakukan aktivitas personal hygiene.
3. Berdasarkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun intervensi yang disesuaikan dengan *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*

(SIKI), dan ditambahkan dengan *Strategi Operasional Prosedur* (SOP) penerapan latihan kemandirian yang digunakan sebagai standar tindakan yang dilakukan pada pasien untuk mencapai tujuan dilakukannya penelitian. Intervensi juga disesuaikan dengan kemampuan penulis serta teori mengenai Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri. Pada perencanaan berdasarkan *core problem*, teori Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri menjadikan masalah defisit perawatan diri sebagai masalah utama, demikian pula pada responden Nn. D, Defisit Perawatan Diri: Kebersihan Diri ditetapkan sebagai *core problem*. Intervensi yang diberikan meliputi identifikasi kemampuan dan hambatan pasien dalam melakukan perawatan diri, memantau tingkat kemandirian, mendampingi pasien melakukan perawatan diri, melatih mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, berpakaian dan berhias, serta memberikan motivasi dan penguatan positif secara bertahap.

4. Implementasi

   Tahapan ini tindakan keperawatan disesuaikan dengan perencanaan yang telah penulis susun pada asuhan keperawatan terlampir dan teori. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada responden adalah diagnosa Defisit perawatan diri : kebersihan diri.

   Pada tahap pelaksanaan ini penulis menemukan hambatan dan kesulitan berupa tidak terlaksananya strategi pelaksanaan kepada keluarga karena keluarga responden tidak pernah berkunjung selama penulis melakukan penelitian kepada responden yang dirawat diruang anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu. Kesulitan dan hambatan yang kedua peneliti tidak bisa melakukan seluruh tindakan yang ada pada perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan standar intervensi keperawatan indonesia, karena tidak cukupnya waktu untuk melakukan seluruh tindakan yang ada pada perencanaan.

5. Evaluasi keperawatan

Berdasarkan hasil evaluasi selama lima hari penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene dikombinasikan dengan tindakan keperawatan sesuai strategi pelaksanaan (SP) pada pasien defisit perawatan diri, diperoleh perkembangan kondisi pasien secara bertahap semua tindakan keperawatan dikategorikan berhasil. Responden setelah dilakukan evaluasi yaitu mengatakan sudah mampu melakukan personal hygiene secara mandiri, seperti mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, dan menyisir rambut. Kebersihan tubuh terjaga, kulit tampak bersih, pakaian bersih dan rapi, rambut tersisir rapi, kebersihan mulut terjaga, serta tidak tercium bau badan. Pasien juga mengatakan merasa tubuh nya lebih bersih, segar, dan nyaman setelah melakukan perawatan diri, masalah defisit perawatan diri Nn. D teratasi sebagian dan mampu bergaul dengan teman satu ruang dan beraktivitas.

B. Saran

1. Tempat penelitian

Diharapkan rumah sakit, khususnya ruangan tempat pasien dirawat, dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan pada pasien DPD dengan memberikan latihan kemandirian secara optimal dalam pemenuhan personal hygiene. Perawat diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan, sehingga pasien mampu meningkatkan kemandirian dalam melakukan personal hygiene seperti mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, berpakaian, dan menjaga kebersihan diri secara bertahap.

2. Instusi Pendidikan

Menambah keluasan ilmu dan menambah wawasan bagi mahasiswa mengenai penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri.

3. Bagi peneliti selanjutnya

   Bagi peneliti selanjutnya dapat dijadikan acuan atau pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa secara optimal dan sesuai *Standar Operasional Prosedur* (SOP) yang telah ada, serta dapat melakukan tindakan yang menjadi hambatan dan kesulitan selama penulis melakukan penelitian, yaita berupa melaksanakan strategi pelaksanaan terhadap keluarga pasien, dan melakukan seluruh tindakan keperawatan sesuai dengan *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI)

DAFTAR PUSTAKA

Akper, A., et al. (2024). Tingkat kemandirian pasien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri. Jurnal Keperawatan Jiwa, 12(1), 45–52.

Alqomaria E. Personal hygiene pada odgj dengan defisit perawatan diri di kelurahan Padang harapan kecamatan Gading Cempaka kota Bengkulu, 38225. *Pengabdi Masy Cendekia*. 2024: 3(1):22-24. doi: 10.55426/pmc.v3i1.281

Brigita. (2021). Standar operasional prosedur berhias pada pasien gangguan jiwa.

Dewi, P., & Riyanto, A. (2025). Metodologi penelitian kesehatan dan pengkajian keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Efendi, H. S. F., & Widowati, S. (2026). *Aplikasi Personal Hygiene dan Aktifitas Terjadwal kepada Pasien Skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri.*

Elfariyani. (2021). Validasi rencana tindakan keperawatan jiwa. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, 10(2), 310–318.

Ernawati, N. (2024). *Modul Metodologi Keperawatan: Pengkajian Keperawatan*. Modul pembelajaran keperawatan. Sumber tersebut menjelaskan pengumpulan data primer dan sekunder dalam proses pengkajian keperawatan

Fajriyati. (2023). Gambaran klinis pasien gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri. Jurnal Keperawatan Mental, 5(2), 89–97.

Ginting. (2021). Evaluasi proses dan hasil dalam asuhan keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Ginting. *Evaluasi Proses Dan Hasil Dalam Asuhan Keperawatan*. Salemba Medika; 2021.

Handayani, et al. (2025). Implementasi personal hygiene pada pasien dengan defisit perawatan diri: Studi kasus. Jurnal Asuhan Keperawatan Indonesia, 6(1), 12–20.

Hasana. (2021). Jenis-jenis perawatan diri pada pasien gangguan jiwa. Jurnal Ilmiah Kesehatan, 14(3), 201–209.

Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International Diagnosis Keperawatan: Definisi Dan Klasifikasi 2021-2023*. EGC; 2021.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2021). NANDA International diagnosis keperawatan: Definisi dan klasifikasi 2021–2023. Jakarta: EGC.

Imelisa. (2021). Faktor penyebab defisit perawatan diri.

Indonesia KKR. *Data Prevalensi Dan Dukungan Keluarga Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Indonesia*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI; 2022.

Indriani B, Fitri NL, Utami IT. Pengaruh Penerapan Aktivitas Mandiri: Kebersihan Diri terhadap Kemandirian Pasien Defisit Perawatan Diri. *J Cendekia Muda*. 2021;1(4):455-462.

Indriani, B., Fitri, N. L., & Utami, I. T. (2021). Pengaruh penerapan aktivitas mandiri terhadap kemandirian pasien defisit perawatan diri. Jurnal Cendekia Muda, 1(4), 455–462.

Indriantika, D. (2025). *Asuhan Keperawatan Penerapan Personal Hygiene: Kebersihan Diri pada Klien dengan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Data prevalensi gangguan jiwa di Indonesia. Jakarta: Kemenkes RI.

Kelly, M. M., Martin-Peters, T., & Farber, J. S. (2024). Secondary data analysis: Using existing data to answer new questions. *Journal of Pediatric Health Care, 38*(4), 615–618.

Kesuma, R. P., Nauli, F. A., & Nelma, U. (2024). Asuhan keperawatan jiwa pasien defisit perawatan diri dengan masalah personal hygiene menggunakan terapi token ekonomi. *Jurnal Keperawatan Profesional, 12*(2), 51–59

Khairun N. *Perencanaan Tindakan Keperawatan Untuk Pasien Defisit Perawatan Diri Berbasis Keluarga*. PT. Global Eksekutif Teknologi; 2023.

Lestari, & Supriyono. (2024). Latihan kemandirian dalam meningkatkan personal hygiene pasien. Jurnal Keperawatan.

Malo O, Rosdiana Y, Trishinta SM. Nursing Care Using a Case Study of Self-Care Deficit Using Dorotheo Orem's Self-Care Theory Approach. *ASSYIFA J Ilmu Kesehat*.2023;1(1):16-24.

Malo, M., Rosdiana, R., & Trishinta, S. (2023). Penerapan latihan kemandirian pada pasien gangguan jiwa. Jurnal Keperawatan Jiwa.

NANDA International. (2021). Diagnosis keperawatan defisit perawatan diri. Jakarta: EGC.

Organization WH. *Mental Health and Self-Care*. WHO Guidelines; 2022.

Periza RH. *Dampak Fisik Dan Psikososial Defisit Perawatan Diri*. Binarupa Aksara; 2021.

Periza, R. H. (2021). Dampak fisik dan psikososial defisit perawatan diri.

Permana, V. R., Rahmawati, A. N., & Sundari, R. I. (2024). *Self-care education for schizophrenia patients with self-care deficits.* Proceeding International Conference on Health and Biological Science.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2022). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta: DPP PPNI.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2022). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Jakarta: DPP PPNI.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2023). *Fundamentals of Nursing* (11th ed.). Elsevier.

Pratama, Senja. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Defisit Perawatan Diri (Studi Review Tinjauan Imelisa 2021). *J Ris Kesehat Nas*. 2022;4(2):115-123.

Simanjuntak. (2024). Rentang respon defisit perawatan diri pada pasien psikiatri. Medan: Perdana Publishing.

Simanjuntak. Pemanfaatan Data Sekunder dan Rekam Medis dalam Riset Keperawatan. *J Penelit Kesehat*. 2024;15(1):33-41.

Stuart, G. W. (2020). Principles and practice of psychiatric nursing.

Sugiyono.(2021). Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta

Susilawati, C., Hasanah, U., & Utami, I. T. (2023). Penerapan latihan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri. Jurnal Cendekia Muda, 3(2), 210–217.

Townsend MC. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 10th ed. F.A. Davis Company; 2022.

Townsend, M. C. (2022). Psychiatric mental health nursing (10th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Videbeck SL. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 9th ed. Wolters Kluwer; 2021.

Videbeck, S. L. (2021). Psychiatric mental health nursing (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Wati, et al. (2023). Penerapan latihan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri. Jurnal Keperawatan Klinis, 11(3), 175–183.

Wati. Penerapan Latihan Personal Hygiene pada Pasien Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Jiwa. *J Keperawatan Klin*. 2023;11(3):175-183.

Wulandari Y, Laia VAS, Zega R, Saleha, Siregar SL, Pardede JA. Peningkatan Kemampuan dan Penurunan Gejala Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri: Studi Kasus. *Osf*. 2022;(March):45.

L A M P I R A N

Lampiran 1

Jadwal Kegiatan Pembuatan KTI

No.	Kegiatan	April				Mei				Juni				Juli				Agustus				september		
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1.	Pengajuan Judul																							
2.	Penyusunan Proposal KTI/TA																							
3.	Seminar Proposal KTI/TA																							
4.	Revisi Proposal KTI/TA																							
5.	Perijinan Penelitian																							
6.	Persiapan Penelitian																							
7.	Pelaksanaan Penelitian																							
8.	Pengolahan Data																							
9.	Laporan KTI/TA																							
10.	Sidang KTI/TA																							
11.	Revisi laporan KTI/TA Akhir																							

Lampiran 2 Naskah PSP

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

1. Kami adalah peneliti yang berasal dari STIKes Sapta Bakti Bengkulu. Program Studi DIII Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Penerapan Latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene pada Pada Pasien Defisit Perawatan Diri Diruang Murai Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu"
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah Mengetahui gambaran Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Defisit Perawatan Diri dengan Penerapan latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene Dirumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu
3. Proposal pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 10-15 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidak nyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan kesehatan
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikut sertaan anda dalam penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan
5. Nama dan Jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada no HP: 082384182097

PENELITI

Charisyah ayu khairani

Strategi pelaksanaan pasien

1. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

   Nama : Nn. D

   Umur : 20 tahun

   Ruangan : A

   Pertemuan : 1 (SP 1)

   Jam : 09.00-10.00

   Durasi intervensi inti :10-15 menit

   a. Sp 1 pasien : Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab defisit perawatan diri, dan melatih pasien melakukan perawatan diri (mandi atau kebersihan diri)
   b. Orientasi

      Selamat pagi dek, perkenalkan nama saya Charisyah Ayu Khairani, biasa dipanggil icak. Saya mahasiswa yang sedang praktik diruangan ini. Hari ini saya bertugas dari pukul 08.00-14.00 WIB dan akan merawat adek. Nama adek siapa, dan senang dipanggil apa? Bagaimana perasaan adek saat ini? Baiklah dek hari ini kita akan berbincang mengenai kebersihan diri, seperti mandi, gosok gigi dan beganti pakaian. Setelah itu saya akan membantu dan melatih adek melakukan perawatan diri. Berapa lama adek bersedia?bagaimana kalau sekitar 10-15 menit? Kita berbincang ditaman belakang ya dek.
   c. Kerja

      Apakah hari ini adek sudah mandi? Biasanya adek mandi berapa kali dalam sehari? Apa yang membuat adek belum atau jarang mandi? Apakah adek mengalami kesulitan untuk mandi, menggosok gigi, menyisir rambut, atau mengganti pakaian? Menurut adek, apa manfaat menjaga kebersihan diri? Baik dek, menjaga kebersihan diri dapat membuat tubuh terasa segar, mencegah penyakit, menghilangkan bau badan,dan membuat kita lebih nyaman. Sekarang saya akan membantu adek mandi. Langkah-langkah nya Adalah menyiapkan perlengkapan mandi, membasahi tubuh, memakai sabun dan sampo, membersihkan seluruh tubuh, membilas, mengeringkan tubuh dengan handuk, kemudian

memakai pakaian bersih. Mari dek sekarang adek coba melakukan nya. Saya akan mendampingi dan membantu bila adek mengalami kesulitan. Bagus dek, adek sudah berusaha melakukan perawatan diri dengan baik.

d. Terminasi

Bagaimana perasaan adek setelah mandi dan membersihkan diri? Adek sudah melakukan sebagian kegiatan mandi dengan bantuan minimal. Mulai besok usahakan mandi 2x sehari sehari, menggosok gigi pagi dan malam, menyisir rambut, serta mengganti pakaian setiap hari. Besok kita akan bertemu lagi untuk melakukan perawatan diri berikut nya, seperti berhias dan menjaga kerapian penampilan. Waktunya sekitar pukul 09.00 WIB selama kurang lebih 10-15 menit. Apakah adek bersedia?

Strategi pelaksanaan pasien

2. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

   Nama : Nn. D

   Umur : 20 tahun

   Ruangan : A

   Pertemuan : 2 (SP 1)

   Jam : 09.00-10.00

   Durasi intervensi inti :10-15 menit

   a. Sp 1 pasien : Membina hubungan saling percaya dan mengevaluasi kembali kemampuan pasien dalam melakukan kebersihan diri, mengidentifikasi hambatan yang masih ada, memberikan penguatan positif, dan melatih pasien melakukan perawatan diri (mandi atau kebersihan diri) secara mandiri
   b. Orientasi

      Selamat pagi, Dek. Masih ingat dengan saya? Saya Charisyah Ayu Khairani, biasa dipanggil Icak. Bagaimana kabar dan perasaan adek hari ini? Kemarin kita sudah belajar dan berlatih tentang menjaga kebersihan diri, seperti mandi, menggosok gigi, dan mengganti pakaian. Hari ini kita akan melihat kembali bagaimana latihan yang sudah adek lakukan, kemudian kita akan berlatih lagi agar adek semakin terbiasa melakukan perawatan diri secara mandiri. Kegiatan ini akan berlangsung sekitar 10–15 menit. Apakah adek bersedia? Kalau bersedia, kita berbincang di taman belakang seperti kemarin, ya.
   c. Kerja

      Apakah hari ini adek sudah mandi? Biasanya adek mandi berapa kali dalam sehari? Apa yang membuat adek belum atau jarang mandi? Apakah adek mengalami kesulitan untuk mandi, menggosok gigi, menyisir rambut, atau mengganti pakaian? Menurut adek, apa manfaat menjaga kebersihan diri? Baik dek, menjaga kebersihan diri dapat membuat tubuh terasa segar, mencegah penyakit, menghilangkan bau badan,dan membuat kita lebih nyaman. Sekarang saya akan membantu adek mandi. Langkah-langkah nya Adalah menyiapkan perlengkapan mandi,

membasahi tubuh, memakai sabun dan sampo, membersihkan seluruh tubuh, membilas, mengeringkan tubuh dengan handuk, kemudian memakai pakaian bersih. Mari dek sekarang adek coba melakukan nya. Saya akan mendampingi dan membantu bila adek mengalami kesulitan. Bagus dek, adek sudah berusaha melakukan perawatan diri dengan baik.

d. Terminasi

Bagaimana perasaan adek setelah kembali melakukan kebersihan diri hari ini? Saya senang karena adek sudah menunjukkan kemajuan dalam menjaga kebersihan diri. Mulai sekarang usahakan tetap mandi dua kali sehari, menggosok gigi pagi dan malam, mengganti pakaian setiap hari, serta menyisir rambut agar tubuh tetap bersih dan rapi. Besok kita akan melanjutkan latihan kebersihan diri kembali dan melihat perkembangan kemampuan adek dalam melakukannya secara mandiri. Pertemuan akan dilaksanakan pukul 09.00 WIB selama kurang lebih 10–15 menit. Apakah adek bersedia? Sampai bertemu besok ya.

Strategi pelaksanaan pasien

3. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

   Nama : Nn. D

   Umur : 20 tahun

   Ruangan : A

   Pertemuan : 3 (SP 1)

   Jam : 09.00-10.00

   Durasi intervensi inti :10-15 menit

   a. Sp 1 pasien : Membina hubungan saling percaya dan mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan kebersihan diri mengidentifikasi hambatan yang masih ada, memberikan penguatan positif, dan melatih pasien melakukan perawatan diri (mandi atau kebersihan diri) secara mandiri
   b. Orientasi

      Selamat pagi, Dek. Masih ingat dengan saya? Saya Charisyah Ayu Khairani, biasa dipanggil Icak. Bagaimana kabarnya hari ini? Kemarin kita sudah berlatih kembali menjaga kebersihan diri. Hari ini kita akan mengevaluasi hasil latihan tersebut dan mempraktikkan kembali cara melakukan perawatan diri agar adek semakin mandiri. Waktu kita sekitar 10–15 menit. Apakah adek bersedia? Kalau bersedia, kita berbincang di taman belakang seperti biasa, ya..
   c. Kerja

      Dek, apakah tadi pagi adek sudah mandi? Apakah adek sudah menggosok gigi, menyisir rambut, dan mengganti pakaian yang bersih? Menurut adek, apakah sekarang menjaga kebersihan diri sudah terasa lebih mudah dibandingkan beberapa hari yang lalu? Apakah masih ada kesulitan atau hambatan yang adek rasakan saat melakukan kebersihan diri? Bagus sekali, Dek. Adek sudah menunjukkan kemajuan dalam merawat diri. Menjaga kebersihan diri secara rutin dapat membuat tubuh tetap sehat, segar, terhindar dari penyakit, dan membuat adek merasa lebih nyaman. Sekarang mari kita praktikkan kembali. Silakan adek menyiapkan perlengkapan mandi, kemudian mandi menggunakan sabun dan sampo,

membilas tubuh hingga bersih, mengeringkan tubuh dengan handuk, memakai pakaian yang bersih, menggosok gigi, dan menyisir rambut. Saya akan mendampingi dan membantu bila ada yang masih sulit dilakukan. Bagus sekali, Dek. Hari ini adek sudah mampu melakukan sebagian besar kegiatan kebersihan diri secara mandiri. Terus pertahankan kebiasaan baik ini setiap hari.

d. Terminasi

Bagaimana perasaan adek setelah melakukan kebersihan diri hari ini? Saya senang karena kemampuan adek dalam merawat diri semakin meningkat. Pertahankan kebiasaan mandi dua kali sehari, menggosok gigi pagi dan malam, mengganti pakaian setiap hari, serta menyisir rambut agar tubuh tetap bersih, sehat, dan rapi.Bagaimana perasaan adek setelah melakukan kebersihan diri hari ini? Saya senang karena kemampuan adek dalam merawat diri semakin meningkat. Pertahankan kebiasaan mandi dua kali sehari, menggosok gigi pagi dan malam, mengganti pakaian setiap hari, serta menyisir rambut agar tubuh tetap bersih, sehat, dan rapi. Besok kita akan melanjutkan latihan berikutnya, yaitu SP 2 tentang berhias dan menjaga kerapian penampilan, pada pukul 10.00 WIB selama kurang lebih 10–15 menit. Apakah adek bersedia? Sampai bertemu besok.

Strategi pelaksanaan pasien

4. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

   Nama : Nn. D

   Umur : 20 tahun

   Ruangan : A

   Pertemuan : 4 (SP 2)

   Jam : 10.00-11.00

   Durasi intervensi inti :10-15 menit

   a. Sp 2 pasien : Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan kebersihan diri dan melatih pasien melakukan berhias serta menjaga kerapian penampilan secara mandiri.
   b. Orientasi

      Selamat pagi, Dek. Masih ingat dengan saya? Bagaimana kabar adek hari ini? Bagaimana perasaan adek pagi ini? Kemarin kita sudah belajar dan melakukan latihan tentang kebersihan diri seperti mandi, menggosok gigi, dan mengganti pakaian. Hari ini kita akan melanjutkan latihan yaitu berhias dan menjaga kerapian penampilan, seperti menyisir rambut, merapikan pakaian, dan menjaga penampilan agar tetap bersih dan rapi. Kegiatan ini akan berlangsung sekitar 10–15 menit. Apakah adek bersedia? Kita lakukan latihan di depan cermin, ya.
   c. Kerja

      Dek, apakah hari ini adek sudah mandi dan mengganti pakaian yang bersih? Apakah adek sudah menyisir rambut pagi ini? Menurut adek, apa manfaat dari menjaga penampilan agar tetap rapi? Bagus, Dek. Menjaga penampilan yang rapi dapat membuat kita merasa nyaman, meningkatkan rasa percaya diri, dan membuat orang lain merasa nyaman saat berinteraksi dengan kita. Sekarang saya akan menjelaskan cara berhias dan menjaga kerapian penampilan. Pertama, pastikan rambut dalam keadaan bersih dan rapi dengan cara menyisir rambut. Kedua, gunakan pakaian yang bersih, rapi, dan sesuai. Ketiga, rapikan bagian pakaian yang kusut. Setelah itu, lihat penampilan di cermin untuk memastikan sudah terlihat rapi. Sekarang coba adek praktikkan sendiri.

Silakan adek menyisir rambut, merapikan pakaian, dan melihat kembali penampilan adek di cermin. Saya akan mendampingi dan membantu apabila adek mengalami kesulitan. Bagus sekali, Dek. Adek sudah mampu mencoba berhias dan menjaga kerapian penampilan dengan baik. Pertahankan kebiasaan ini setiap hari.

d. Terminasi

Bagaimana perasaan adek setelah melakukan latihan berhias dan merapikan penampilan hari ini? Saya senang karena adek sudah mulai mampu memperhatikan kebersihan dan kerapian diri. Tetap pertahankan kebiasaan baik ini, seperti mandi secara teratur, menyisir rambut, memakai pakaian bersih, dan menjaga penampilan agar selalu rapi. Besok kita akan bertemu kembali untuk mengevaluasi kemampuan adek dalam berhias dan melatih kembali agar adek semakin mandiri dalam menjaga penampilan. Kita bertemu pukul 10.00 WIB selama kurang lebih 10–15 menit. Apakah adek bersedia?

Strategi pelaksanaan pasien

5. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

   Nama : Nn. D

   Umur : 20 tahun

   Ruangan : A

   Pertemuan : 5 (SP 2)

   Jam : 10.00-11.00

   Durasi intervensi inti :10-15 menit

   a. Sp 2 pasien : Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan berhias dan menjaga kerapian penampilan secara mandiri serta memberikan penguatan untuk mempertahankan perilaku personal hygiene.
   b. Orientasi

      Selamat pagi, Dek. Masih ingat dengan saya? Bagaimana kabar adek hari ini? Bagaimana perasaan adek pagi ini? Hari ini kita akan mengevaluasi kembali kemampuan adek dalam menjaga kerapian penampilan setelah beberapa hari kita berlatih. Kita akan melihat apakah adek sudah mampu melakukan berhias secara mandiri, seperti menyisir rambut, memakai pakaian yang bersih dan rapi, serta menjaga penampilan sehari-hari. Waktu kita sekitar 10–15 menit. Apakah adek bersedia? Kita lakukan latihan di depan cermin, ya.
   c. Kerja

      Dek, apakah hari ini adek sudah mandi dan mengganti pakaian yang bersih? Apakah adek sudah menyisir rambut pagi ini? Menurut adek, apa manfaat dari menjaga penampilan agar tetap rapi? Bagus, Dek. Menjaga penampilan yang rapi dapat membuat kita merasa nyaman, meningkatkan rasa percaya diri, dan membuat orang lain merasa nyaman saat berinteraksi dengan kita. Sekarang saya akan menjelaskan cara berhias dan menjaga kerapian penampilan. Pertama, pastikan rambut dalam keadaan bersih dan rapi dengan cara menyisir rambut. Kedua, gunakan pakaian yang bersih, rapi, dan sesuai. Ketiga, rapikan bagian pakaian yang kusut. Setelah itu, lihat penampilan di cermin untuk memastikan sudah terlihat rapi. Sekarang coba adek praktikkan sendiri.

Silakan adek menyisir rambut, merapikan pakaian, dan melihat kembali penampilan adek di cermin. Saya akan mendampingi dan membantu apabila adek mengalami kesulitan. Bagus sekali, Dek. Adek sudah mampu mencoba berhias dan menjaga kerapian penampilan dengan baik. Pertahankan kebiasaan ini setiap hari.

d. Terminasi

Bagaimana perasaan adek setelah melakukan latihan berhias dan menjaga kerapian diri hari ini? Saya senang melihat adek sudah mampu melakukan personal hygiene dengan lebih mandiri. Adek sudah dapat menjaga kebersihan diri dan penampilan dengan baik. Mulai sekarang tetap lakukan kebiasaan tersebut setiap hari agar tubuh tetap bersih, sehat, nyaman, dan meningkatkan rasa percaya diri. Hari ini merupakan pertemuan terakhir latihan kita. Terima kasih karena adek sudah bekerja sama dan mau mencoba melakukan perawatan diri secara mandiri. Semoga kebiasaan baik ini tetap dipertahankan. Bagaimana, apakah adek bersedia untuk terus melanjutkan kebiasaan menjaga kebersihan diri secara mandiri setelah ini? Semoga selalu sehat.

Lampiran 4 Tabel SOP

Standar Operasional Prosedur (SOP) **Berpakaian & Berhias**	
Pengertian	Tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa yang terjadi adanya perubahan proses pikir sehinggaa kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun (Brigita,2021)
Tujuan	1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya : Sebagai acuan perepan langkah – langkah untuk 2. Pasien mampu melakukan mandi, berpakaian dan berhias diri secara baik 3. Meningkatkan kemandirian diri
Setting	1.Klien dan perawat duduk berhadapan 2.Waktu 5 hari dan dalam waktu 10-15 menit disetiap pertemuan pagi hari
Alat dan bahan	1. Sisir 2. Bedak dan kaca 3. Lipstik 4.Baju bersih 5.Sabun, sampo, listerin,
Prosedur pelaksanaan	Tahap Pra-interaksi 1.Memilih pasien dengan kriteria pasien defisit perawatan diri 2.Meminta persetujuan pasien untuk menandatangani inform consent 3.Membuat kontrak waktu dengan pasien 4.Mempersiapkan alat – alat yang akan digunakan untuk melakukan tindakan latihan kemandirian seperti mandi, berpakaian, dan berhias Tahap Orientasi: a. salam terapeutik 1) Mengucapkan salam terapeutik 2)Jelaskan pada klien tujuan yang akan dilakukan 3)Membuat kontrak topik,waktu dan tempat b. evaluasi dan validasi 1) Menanyakan perasaan klien saat ini 2)Menanyakan masalah yang dirasakan saat ini c. kontrak 1) Membuat kontrak asuhan apa yang dilakukan bersama pasien,berapa lama dan tempat pelaksanaan tindakan 2) Menjelaskan tujuan kegiatan dan menjelaskan bahwa akan

merasiakan informasi yang diperoleh

Tahap Kerja:

1) Melatih pasien mandi,berpakaian dan berhias untuk pasien perempuan meliputi:
   a. Membasahi kepala, tubuh sampai kekaki
   b. Berikan sampo dikepala, dan sabuni seluruh tubuh
   c. Bilas dengan air bersih
   d. Ajarkan pasien berkumur dengan listerin
   e. Keringkan badan dengan handuk
   f. Berpakaian
   g. Menyisir rambut
   h. Berbedak dan lipstik menggunakan kaca
   i. Memberikan contoh mengenai cara dasar berdandan
2) Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dilakukan pasien
3) Dengan menyediakan latihan kemandiran dengan mandi berpakaian dan berhias diharapkan pasien memiliki aktivitas rutin yang dimasukan kedalam ADL pasien
4) Berikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan latihan kemandirian dengan berhias

Tahap Terminasi:

1) Melakukan evaluasi tindakan
2) Menganjurkan pasien untuk kembali periksa jadwal yang telah ditentukan
3) Mengajarkan pasien membereskan alat-alat yang digunakan ketempat semula

Rencana Tindak Lanjut:

1) Menganjurkan pasien untuk melakukan latihan kemandirian dengan mandi, berpakaian dan berhias

Kontrak yang akan datang :

1) Menyepakati kegiatan yang akan datang
2) Menyepakati waktu dan tempat kegiatan

Dokumentasi :

	Proses dokumetasi dapat dilakukan secara bertahap setelah tindakan asuhan keperawatan diberikan

Lampiran 5 Penetapan Subjek Penelitian Berdasarkan Kriteria Inklusi

No	Kriteria inklusi	Nn.D	Nn.Y	Nn.A	Nn.I	Nn.P
1	Pasien yang bersedia menjadi responden	✓	✓	✓	✓	✓
2	Pasien dengan diagnosa defisit perawatan diri (tidak mampu melakukan aktivitas seperti mandi, berpakaian, dan berhias).	✓	✓	✓	✓	✓
3	Pasien yang mengalami gangguan kemampuan aktivitas sehari-hari (ADL) seperti kebersihan diri.(mandi, berpakaian & berhias)	✓	✓	✓	✓	✓
4	Pasien perempuan diruang anggrek rumah sakit jiwa soeprapto provinsi bengkulu	✓	✓	✓	✓	✓
5	Pasien kooperatif	✓	✓			✓
No	Kriteria ekslusi					
1	Pasien défisit perawatan diri yang perilaku kekerasan tidak terkontrol			✓	✓	
2	Pasien mengundurkan diri selama perawatan		✓	✓		✓
3	Pasien yang menolak lanjutan intervensi					✓

Lampiran 6 lembar observasi ADL

Lembar observasi *activity daily living*
pada pasien defisit perawatan diri

No	Aktivitas personal hygiene	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5
1.	Menyiapkan alat mandi	1	1	1	2	2
2.	Mandi menggunakan sabun	1	1	1	2	2
3.	Membilas tubuh sampai bersih	1	1	2	2	2
4.	Mengeringkan tubuh dengan handuk	1	1	1	1	2
5.	Menggosok gigi	1	1	2	2	2
6.	Keramas/mencuci rambut	1	1	1	1	1
7.	Memakai pakaian bersih	1	1	1	1	2
8.	Menyisir/merapikan rambut	0	1	1	2	2
9.	Menjaga kebersihan kuku	0	1	1	1	1
10.	Menyelesaikan kegiatan personal hygiene	1	1	1	2	2
	Total skor	8	10	12	16	18

Kemudian pasien diberikan latihan kemandirian secara bertahap misalnya:
Hari 1: menjelaskan pentingnya personal hygiene dan mengenalkan peralatan kebersihan diri.
Hari 2: latihan mandi, menggosok gigi dan keramas.
Hari 3: latihan berpakaian, merapikan rambut, dan berhias
Hari 4: pasien melakukan seluruh kegiatan dengan arahan minimal
Hari 5: pasien melakukan personal hygiene secara mandiri dan dievaluasi.
Permana et al. (2024)

Kriteria skor:

2: pasien mampu melakukan secara mandiri tanpa arahan.
1: pasien mampu melakukan setelah diberikan arahan/bimbingan.
0: pasien tidak mampu melakukan kegiatan

2. Observasi perkembangan kemampuan personal hygiene

Berdasarkan hasil observasi kemampuan personal hygiene menggunakan lembar *Activity Daily Living* (ADL), diperoleh skor 8 pada hari pertama, 10 pada hari kedua, 12 pada hari ketiga, 15 pada hari keempat, dan 18 pada hari kelima. Hasil observasi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas personal hygiene setelah diberikan latihan kemandirian secara bertahap dan berulang. Pada hari pertama pasien masih membutuhkan arahan dalam sebagian besar kegiatan personal hygiene dan belum mampu merapikan rambut dan menjaga kebersihan kuku secara

mandiri. Pada hari ketiga terjadi peningkatan kemampuan yang ditunjukkan dengan sebagian besar aktivitas dapat dilakukan dengan lebih baik. Pada hari keempat 16 dan kelima pasien memperoleh skor maksimal 18, yang menunjukkan pasien mampu melakukan sebagian aktivitas personal hygiene secara mandiri tetapi sebagian masih dengan arahan.

Lampriran 7 Informed consent

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: Nn D
Umur	: 20 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: Belum bekerja
Alamat	: Lubuk Linggau

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul "Penerapan Latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri Diruang Anggrek Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu".
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian
6. Persetujuan perizinan tempat penelitian
7. Hak keamanan dan privasi

Dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

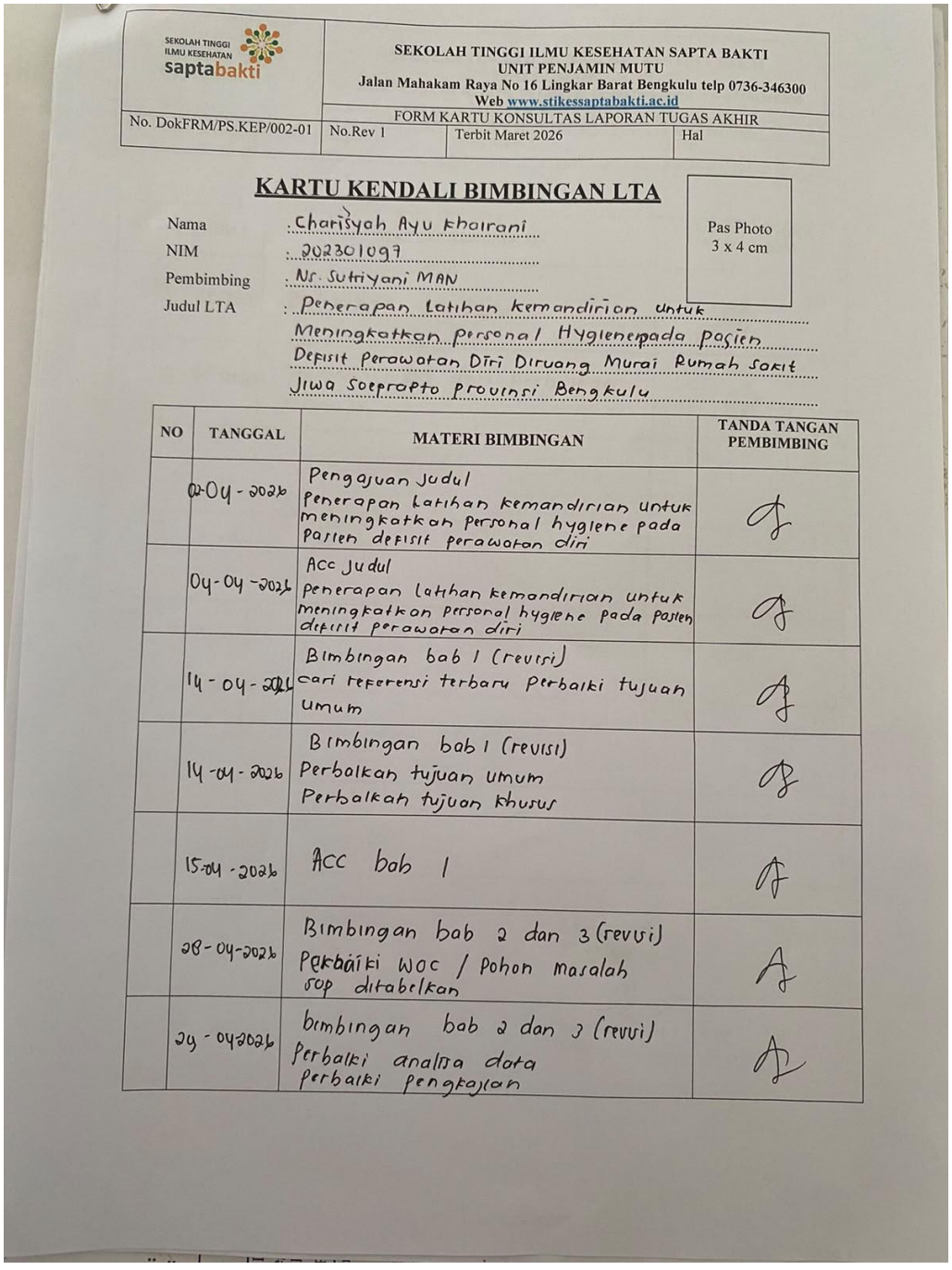
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Tanda Tangan Partisipan	Dwi Sapitri	**Tanggal 20 Juli 2026**	

Nama saksi :

Tanda Tangan saksi*		**Tanggal 20 Juli 2026**	

Lampiran 8 lembar bimbingan



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN saptabakti

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
UNIT PENJAMIN MUTU
Jalan Mahakam Raya No 16 Lingkar Barat Bengkulu telp 0736-346300
Web www.stikessaptabakti.ac.id

FORM KARTU KONSULTAS LAPORAN TUGAS AKHIR

No. DokFRM/PS.KEP/002-01	No.Rev 1	Terbit Maret 2026	Hal

KARTU KENDALI BIMBINGAN LTA

Pas Photo 3 x 4 cm

Nama : Charisyah Ayu Khairani
NIM : 202301097
Pembimbing : Ns. Sutriyani MAN
Judul LTA : Penerapan Latihan Kemandirian untuk Meningkatkan Personal Hygienepada pasien Defisit Perawatan Diri Diruang Murai Rumah Sakit Jiwa Soeprapto provinsi Bengkulu

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
	02-04-2026	Pengajuan judul Penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri	
	04-04-2026	Acc judul Penerapan latihan kemandirian untuk meningkatkan personal hygiene pada pasien defisit perawatan diri	
	14-04-2026	Bimbingan bab 1 (revisi) cari referensi terbaru perbaiki tujuan umum	
	14-04-2026	Bimbingan bab 1 (revisi) Perbaikan tujuan umum Perbaikan tujuan khusus	
	15-04-2026	Acc bab 1	
	28-04-2026	Bimbingan bab 2 dan 3 (revisi) Perbaiki WOC / Pohon masalah SOP ditabelkan	
	29-04-2026	bimbingan bab 2 dan 3 (revisi) Perbaiki analisa data Perbaiki pengkajian	

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN saptabakti	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI UNIT PENJAMIN MUTU Jalan Mahakam Raya No 16 Lingkar Barat Bengkulu telp 0736-346300 Web www.stikessaptabakti.ac.id		
	FORM KARTU KONSULTAS LAPORAN TUGAS AKHIR		
No. DokFRM/PS.KEP/002-01	No.Rev 1	Terbit Maret 2026	Hal

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
	04-05-2026	Perbaikan penulisan	
	13-05-2026	rapikan judul dan perbaikan penulisan	

Mengetahui,
Pembimbing

(.....)
NIDN: .....

Lampiran 9 pra-penelitian



PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS KESEHATAN
UPTD KHUSUS RUMAH SAKIT KHUSUS JIWA SOEPRAPTO
Jl. Bhakti Husada Lingkar Barat Bengkulu 38225 Telp.Kantor/Fax (0736) 22988 Telp.IGD (0736) 343339
Website : rskj.bengkuluprov.go.id; e-mail : rskj.soeprapto@bengkuluprov.go.id

MEMO DINAS

Kepada : 1. Kasi Rawat Inap dan Rehabilitasi
2. Kasi Penunjang Medik dan Non Medik
3. Ka. Instalasi Rekam Medis
4. Ka. Ruangan Rawat Inap

Dari : Kepala Seksi Diklat dan Akreditasi
Tanggal : 08 April 2026
Perihal : Permohonan izin Pra Penelitian

Sehubungan dengan surat dari Ketua LTA STIKes Sapta Bakti Bengkulu, Nomor : 03.02.205/STIKES.SB/IV/2026 Tanggal 08 April 2026, Perihal: Permohonan Pengambilan Data Pra Penelitian. Bersama ini mohon Saudara dapat memberikan data yang diperlukan sebagai bahan dalam Penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) kepada:

Nama : Charisyah Ayu Kahirani
NIM : 202301097
Prodi : DIII Keperawatan
Judul : Penerapan Latihan Kemendirian dalam Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Bengkulu

Demikian atas perhatian dan proses lebih lanjut diucapkan terima kasih.

Kasi Diklat dan Akreditasi
RS Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu

FORI YUMITA S, SKM., M.Kes
NIP. 19810331 200502 2 003

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN saptabakti	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI UNIT PENJAMIN MUTU Jalan Mahakam Raya No 16 Lingkar Barat Bengkulu telp 0736-346300 Web www.stikessaptabakti.ac.id		
	FORM SURAT PRA PENELITIAN		
No. Dok FRM/PS.KEP/008-01	No.Rev 0	Tanggal Terbit 2026	Hal

Bengkulu, 08 April 2026

Nomor : 03.02. 105 /STIKES SB/ IV/2026
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Pengambilan Data Pra-Penelitian**

Kepada Yth.
Kepala Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Porvinsi Bengkulu
di-
BENGKULU

Dengan hormat,
Dengan ini kami mohon bantuan bapak/ ibu agar dapat mengizinkan mahasiswa tersebut dibawah ini:

No	Nama Mahasiswa	NIM	Judul
1	Charisyah Ayu Kahirani	202301097	Penerapan Latihan Kemandirian dalam Meningkatkan *Personal Hygiene* pada Pasien Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Porvinsi Bengkulu

Untuk mendapatkan data dalam rangka penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) sebagai salah satu syarat Ujian Akhir Program di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Tahun Akademik 2025/2026.
Demikian harapan kami, agar kiranya bapak/ ibu dapat mengabulkannya. Atas bantuan dan kerjasamanya, diucapkan terima kasih.

Mengetahui,
Ketua LTA

Ns. Maritta Sari, MAN
NIK: 2012.085

LAMPIRAN 10 kode etik

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN saptabakti

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
STIKes SAPTA BAKTI
SURAT LAYAK ETIK
No: 018/DIII/KEPKSTIKesSaptaBakti/2026

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :

Peneliti utama: *Principal Investigator*	Charisyah Ayu Khairani
Nama Institusi: *Name of The Institution*	STIKes Sapta Bakti
Judul:	Penerapan Latihan Kemandirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu **Implementation of Independence Training to Improve Personal Hygiene in Patients with Self-Care Deficits at Soeprapto Mental Hospital Bengkulu Province**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.
On behalf of the Research Ethics Committee (REC), I hereby give ethical approval in respect of the undertakings contained in the above mention research protocol. The approval is based on 7 (seven) WHO 2011 Standard and Guidance part III, namely Ethical Basis for Decision-making with reference to the fulfilment of 2016 CIOMS Guideline (see enclosed).
Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 02 Juli 2026 sampai dengan tanggal 02 Juli 2027.
This declaration of ethichs applies during the period 02 July 2026 *until* 02 July 2027.

02 Juli 2026
Ketua Komite Etik Penelitian

Ns. Novi Lasmadasari, M. Kep

Lampiran 11 Permohonan Izin Penelitian

PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS KESEHATAN
UPTD KHUSUS RUMAH SAKIT KHUSUS JIWA SOEPRAPTO
Jl. Bhakti Husada Lingkar Barat Bengkulu 38225 Telp.Kantor/Fax (0736) 22988 Telp.IGD (0736) 343339
Website : *rskj.bengkuluprov.go.id*; e-mail : *rskj.soeprapto@bengkuluprov.go.id*

MEMO DINAS

Kepada : 1. Kasi Rawat Inap dan Rehabilitasi Psikososial
2. Kasi Penunjang Medik dan Non Medik
3. Ka. Instalasi Rekam Medis
4. Ka. Ruangan Rawat Inap

Dari : Kepala Seksi Diklat dan Akreditasi
Tanggal : 16 Juli 2026
Perihal : Permohonan izin Penelitian

Sehubungan dengan surat dari Ka. Prodi Keperawatan STIKes Sapta Bakti Bengkulu, Nomor : 03.02.422/STIKES.SB/VII/2026 Tanggal 16 April 2026, Perihal: Permohonan Izin Penelitian. Bersama ini mohon Saudara dapat memberikan data yang diperlukan sebagai bahan dalam Penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) kepada:

Nama : Charisyah Ayu Kahirani
NIM : 202301097
Prodi : DIII Keperawatan
Judul : Penerapan Latihan Kemendirian Untuk Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Bengkulu.

Demikian atas perhatian dan proses lebih lanjut diucapkan terima kasih.

Kasi Diklat dan Akreditasi
RS Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu

FORI YUMITA S, SKM., M.Kes
NIP. 19810331 200502 2 003

Lampiran 12 surat selesai Penelitian

PEMERINTAH PROVINSI BENGKULU
DINAS KESEHATAN
UPTD KHUSUS RUMAH SAKIT KHUSUS JIWA SOEPRAPTO
JL. Bhakti Husada Lingkar Barat Bengkulu 38225 Telp. Kantor/Fax. (0736) 22988 Telp. IGD (0736) 343339
Website : rskj.bengkuluprov.go.id e-email : rskj.soeprapto@bengkuluprov.go.id

SURAT KETERANGAN
Nomor : ~~5446~~ /445/1.3/RSKJ/VII/2026

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	:	Fori Yumita Sumartin, SKM., M.Kes
NIP	:	19810331 200502 2 003
Pangkat/ Gol	:	Pembina / IV.A
Jabatan	:	Kasi Diklat dan Akreditasi UPTD Khusus RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu

Menerangkan bahwa :

Nama	:	Charisyah Ayu Kahirani
NIM	:	202301097
Prodi	:	DIII Keperawatan
Judul	:	Penerapan Latihan Kemandirian untuk Meningkatkan Personal Hygiene Pada Pasien Defisit Perawatan Diri RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu.

Telah selesai melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu Pada tanggal 21 s.d 25 Juli 2026.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana perlunya.

BENGKULU, 29 JULI 2026
KASI DIKLAT DAN AKREDITASI
UPTD KHUSUS RSKJ SOEPRAPTO
PROVINSI BENGKULU

FORI YUMITA SUMARTIN, SKM., M.Kes
NIP. 19810331 200502 2 003

Lampiran 12 Dokumentasi Penelitian

Persetujuan peneliti dengan responden



Bina hubungan saling percaya dan menjelaskan cara melakukan perawatan diri dengan benar



Hasil dokumentasi dari tanggal 21-25 Juli 2026



Tambah Teks

Selasa, 21 Juli 2026 pukul 08.28 Sesuaikan
IMG_3510

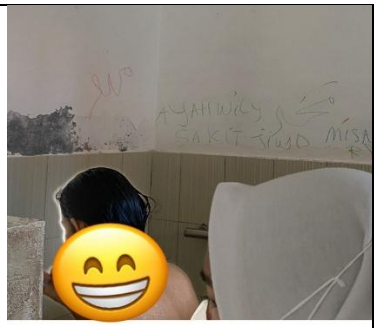
Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 2 MB
ISO 32 | 35 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/121 s



Tambah Teks

Selasa, 21 Juli 2026 pukul 08.27 Sesuaikan
IMG_3508

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 2,8 MB
ISO 64 | 29 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/122 s



Tambah Teks

Rabu, 22 Juli 2026 pukul 08.40 Sesuaikan
IMG_3518

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 1,8 MB
ISO 400 | 43 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/60 s



Tambah Teks

Rabu, 22 Juli 2026 pukul 08.44 Sesuaikan
IMG_3530

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 2,4 MB
ISO 125 | 26 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/75 s



Tambah Teks

Rabu, 22 Juli 2026 pukul 08.46 Sesuaikan
IMG_3537

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 2,4 MB
ISO 160 | 26 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/60 s



bah Teks

is, 23 Juli 2026 pukul 08.48 Sesuaikan
IMG_3542

le iPhone 11 JPEG
era Lebar — 26 mm ƒ1.8
P • 3024 × 4032 • 2,6 MB
60 | 26 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/60 s



Tambah Teks

Kamis, 23 Juli 2026 pukul 08.49 Sesuaikan
IMG_3553

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 2,5 MB
ISO 200 | 26 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/60 s





Tambah Teks

Jumat, 24 Juli 2026 pukul 09.29 Sesuaikan
IMG_3604

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 2,1 MB
ISO 32 | 32 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/288 s





Tambah Teks

Jumat, 24 Juli 2026 pukul 09.30 Sesuaikan
IMG_3610

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 2,1 MB
ISO 32 | 32 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/312 s

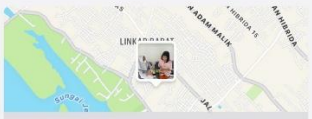




Tambah Teks

Sabtu, 25 Juli 2026 pukul 09.29 Sesuaikan
IMG_3597

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 2 MB
ISO 32 | 32 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/279 s

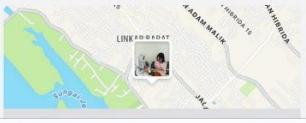




Tambah Teks

Sabtu, 25 Juli 2026 pukul 09.30 Sesuaikan
IMG_3620

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 1,8 MB
ISO 32 | 32 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/307 s





Tambah Teks

Sabtu, 25 Juli 2026 pukul 09.28 Sesuaikan
IMG_3592

Apple iPhone 11 JPEG
Kamera Lebar — 26 mm ƒ1.8
12 MP • 3024 × 4032 • 2,1 MB
ISO 32 | 32 mm | 0,3 ev | ƒ1.8 | 1/333 s

