

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan mental kronik, pervasif, dan bersifat kambuhan yang umumnya menyerang seseorang pada usia produktif serta merupakan penyebab utama disabilitas pada kelompok usia 15-44 tahun. Pada umumnya beberapa gangguan dialami oleh penderita skizofrenia, seperti gangguan pada proses berpikir, gangguan dalam mengendalikan emosi, gangguan perilaku, dan gangguan yang berkaitan dengan penurunan fungsi pada otak yang berhubungan dengan kemampuan atensi, konsentrasi, kalkulasi, pengambilan keputusan atau sering disebut dengan disfungsi kognitif. Gangguan yang dialami oleh penderita skizofrenia membuat penderita skizofrenia mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas yang berhubungan dengan pekerjaan, kemampuan bersosialisasi, kemampuan untuk merawat diri dan banyak bidang lainnya yang tidak mampu dilakukan secara optimal seperti manusia normal pada umumnya (Budi Riastri et al., n.d.)

2. Etiologi

Penyebab dari skizofrenia diantaranya adalah:

- a. Biologis, yaitu genetik, neurobiologi, teori virus, ketidakseimbangan neurotransmitter (peningkatan dopamine), dan perkembangan otak.

- b. Psikologis, yaitu kegagalan memenuhi tugas perkembangan psikososial dan ketidakharmonisan keluarga meningkatkan risiko skizofrenia, terhadap awitan skizofrenia, stressor sosiokultural dan gangguan psikotik lainnya (Stuart, 2013 dalam Hermiati, 2018).

3. Manifestasi klinis

Gejala–gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 2 kelompok yaitu:

- a. gejala primer (gangguan proses pikir, gangguan afek dan emosi, gangguan kemauan, gejala psikomotor).
- b. gejala sekunder (waham, dan halusinasi) Skizofrenia merupakan gangguan yang berlangsung selama minimal 1 bulan gejala fase aktif. Dibanding dengan gangguan mental yang lain, skizofrenia bersifat kronis dan melemahkan, bagi individu yang pernah mengidap skizofrenia dan pernah dirawat, maka kemungkinan kambuh sekitar 50- 80%. (Sutejo, 2017 dalam Afconneri & Puspita 2020).

4. Mekanisme koping

Menurut Sutria (2020), mekanisme koping berdasarkan penggolongan dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Mekanisme koping adaptif, yaitu yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan.
- b. Mekanisme koping maladaptif, yaitu yang menghambat fungsi integrasi, menurunkan otonomi, memecah pertumbuhan dan cenderung menguasai lingkungan (Ndaha, 2021).

5. Penatalaksanaan Skizofrenia

Adapun jenis penatalaksanaan pada pasien skizofrenia yaitu:

a. Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Strategi pengobatan 12 tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu.

b. Elektro Convulsive Terapi (ECT)

Terapi Elektrokonvulsi (ECT) atau terapi kejang listrik adalah suatu prosedur tindakan pengobatan pada pasien gangguan jiwa, menggunakan aliran listrik untuk menimbulkan kebangkitan kejang umum, berlangsung sekitar 25-150 detik dengan menggunakan alat khusus yang dirancang aman untuk pasien.

c. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi suportif atau kelompok dapat membantu pasien memberikan bimbingan yang praktis sehingga mampu mengembalikan tingkat kesadaran pasien baik secara fisik dan mental.

d. Terapi Aktivitas

Terapi aktivitas dapat mengontrol halusinasi, salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah terapi aktivitas dengan menggambar yang merupakan suatu bentuk psikoterapi suportif berupa aktivitas yang menghasilkan kemandirian secara manual, kreatif dan edukatif untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan dan meningkatkan derajat kesehatan fisik dan mental serta makna tujuan hidup pasien (Maramis 2018 dalam Alfiana Fauzia Liambo 2023).

B. Konsep Defisit Perawatan Diri

1. Definisi

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (*hygiene*), berpakaian/berhias dan makan. Perawatan diri merupakan kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, pasien dinyatakan terganggu perawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri, dalam kehidupan sehari-hari.

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau

badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapi. defisit perawatan diri sangat berpengaruh bagi kesehatan fisik, seseorang dapat mengalami banyak gangguan kesehatan yang akan dideritanya karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, serta gangguan fisik lainnya

2. Etiologi

Menurut (Widodo, 2022) defisit perawatan diri disebabkan karena dua faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor pretisipasi

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi meliputi faktor biologis sering kali defisit perawatan diri disebabkan karena adanya penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri dan adanya faktor herediter yaitu ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu sehingga perkembangan inisiatif terganggu. Pasien gangguan jiwa mengalami defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang sehingga menyebabkan pasien gangguan jiwa tidak peduli terhadap dirinya dan lingkungannya termasuk perawatan diri. Faktor sosial kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif/persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir, sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri seperti mandi secara mandiri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan buang air besar atau kecil (toileting) secara mandiri.

3. Jenis-Jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut (Wulandari et al., 2022) Jenis-jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu:

- a. Defisit perawatan diri : mandi tidak ada keinginan, mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan tidak rapih.
- b. Defisit perawatan diri : berpakaian, berdandan atau berhias kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut.
- c. Defisit perawatan diri : makan mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makanan hanya beberapa suap dari piring.

- d. Defisit perawatan diri : ketidakmampuan untuk pergi ke toilet atau kurangnya keinginan untuk buang air besar dan kecil tanpa bantuan.

4. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Tanda dan gejala defisit perawatan diri menurut (Nafiyah, 2018)

a. Data subjektif

Klien mengatakan:

- 1) Malas mandi
- 2) Tidak mau menyisir rambut
- 3) Tidak mau menggosok gigi
- 4) Tidak mau memotong kuku
- 5) Tidak mau berhias/berdandan
- 6) Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
- 7) BAB dan BAK sembarangan
- 8) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
- 9) Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar

b. Data objektif

- 1) Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang.
- 2) Tidak menggunakan alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar.

- 3) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan.
- 4) Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju atau celana.
- 5) Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, mis: memakai pakaian berlapis-lapis, penggunaa pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, mis: telanjang.
- 6) Makan dan minum sembarangan dan berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan makanan, memindahkan makanan kea lat makan, tidak mampu memegang.

5. Dampak Defisit Perawatan Diri

Menurut (Elfariyani 2021) dampak yang sering timbul pada masalah *personal hygiene* ialah:

a. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

6. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri

Data yang biasa ditemukan dalam defisit perawatan diri (Hastuti & Rohmat, 2018) yaitu:

a. Data Subjektif

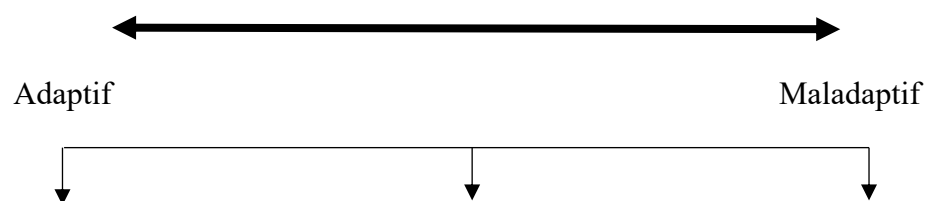
- 1) Klien merasa lemah
- 2) Malas untuk beraktivitas
- 3) Merasa tidak berdaya

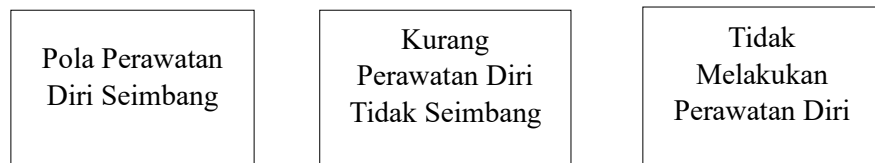
b. Data Objektif

- 1) Rambut kotor, acak-acakan
- 2) Badan dan pakaian kotor dan bau
- 3) Mulut dan gigi bau
- 4) Kulit kusan dan kotor
- 5) Kuku panjang dan tidak terawat

7. Rentang Respon

Menurut (Yanti, 2021) rentang respon perawatan diri pada klien adalah sebagai berikut:





Gambar 2.1 Rentang Respon Defisit Perawatan Diri

Keterangan:

- a. Pola perawatan diri seimbang, saat klien mendapatkan stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
- b. Kadang perawatan kadang tidak, saat klien mendapatkan stressor kadang kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- c. Tidak melakukan perawatan diri, klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak bisa melakukan perawatan saat stressor. Mekanisme koping adaptif yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan belajar mencapai tujuan akan memberikan pengaruh yang positif bagi pasien. Kategorinya adalah pasien bisa memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Berbeda dengan mekanisme koping maladaptif yang dapat menghambat fungsi integrasi pasien yang dapat memecahkan pertumbuhan pasien, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan (Wulandari et al., 2022)

8. Penatalaksanaan

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan defisit perawatan diri sebagai berikut.

- a. Jelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri serta melatih pasien merawat diri: mandi mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri.
 - 1) Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat defisit perawatan diri.
 - 2) 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 : berpakaian dan berhias
 - 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. Melatih cara melakukan perawatan diri : makan/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. Melatih 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 (Nissa, 2023).

C. Konsep Personal hygiene

1. Definisi personal hygiene

Personal hygiene merupakan upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologisnya. Pemenuhan *personal hygiene* diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan dan kesehatan. Kebutuhan personal hygiene ini diperlukan baik pada orang sehat maupun pada orang sakit. Tujuan dari *personal hygiene* adalah untuk mempertahankan perawatan diri baik secara mandiri maupun dengan bantuan, dapat melatih hidup bersih dan sehat dengan cara memperbaiki diri serta menciptakan penampilan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan, membuat rasa

nyaman dan relaksasi dapat dilakukan untuk menghilangkan kelelahan serta mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah dan mempertahankan integritas kulit (Lubis, 2019 dalam Rochmah, 2023).

2. Manfaat personal hygiene

Manfaat *personal hygiene* menurut (Andriani 2016)

- a. Memberikan rasa nyaman dan rileks pada pasien karena tubuh dalam keadaan bersih dan tidak bau
- b. Melatih hidup sehat dan bersih
- c. Mencegah infeksi nosokomial yang timbul dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar.
- d. Mempertahankan integritas kulit tubuh sehingga dapat melindungi tubuh kita dari kuman dan trauma jaringan dari dalam sehingga menjaga keutuhan kulit.

3. Tujuan pemenuhan personal hygiene

Tujuan pemenuhan *personal hygiene* menurut (Mututumanikam & Rahmiaji, 2019)

- a. Meningkatkan derajat kesehatan
- b. Memelihara kebersihan diri seseorang
- c. Memperbaiki personal hygiene yang kurang
- d. Mencegah penyakit
- e. Meningkatkan kepercayaan diri seseorang
- f. Menciptakan keindahan

4. Faktor - faktor yang mempengaruhi personal hygiene

Menurut Faktor - faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* (Sari, 2019).

a. Praktik sosial

Kebiasaan keluarga, jumlah orang rumah, dan ketersediaan air panas atau air yang mengalir hanya merupakan beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan *personal hygiene*.

b. Citra tubuh

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. *Personal hygiene* yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu. Gambaran individu sangat mempengaruhi kebersihan dirinya.

c. Status sosial ekonomi

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampo, dan alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

d. Budaya

Kepercayaan kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi personal hygiene. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktik perawatan diri yang berbeda pula.

e. Kebiasaan seseorang

Setiap individu mempunyai pilihan kapan untuk mandi, bercukur, dan melakukan perawatan rambut. Ada kebiasaan

orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan dirinya.

f. Kondisi fisik

Pada keadaan sakit, tentu kemampuan untuk merawat diri berkurang dan terkadang perlu bantuan untuk melakukan kebersihan diri.

g. Pengetahuan

Pengetahuan *personal hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup. Seseorang harus termotivasi untuk memelihara perawatan dirinya. Seringkali pembelajaran tentang penyakit atau kondisi yang mendorong individu untuk meningkatkan *personal hygiene*.

5. Prosedur Personal Hygiene

Terdapat beberapa Pelaksanaan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan *personal hygiene* pada pasien dengan masalah defisit perawatan diri menurut (Mututumanikam & Rahmiaji, 2019), dengan tindakan keperawatan yang bertujuan untuk dimana pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri, pasien mampu melakukan berhias atau berdandan secara baik dan pasien mampu melakukan buang air besar atau kecil di tempat secara mandiri, dengan beberapa tahap pelaksanaan yaitu:

a. Melatih pasien kebersihan diri mandi

1) Mengidentifikasi kebersihan diri pasien

- 2) Mengkaji pemahaman pasien tentang kebersihan diri
- 3) Menjelaskan alat-alat untuk kebersihan diri meliputi (sabun, sampo, gosok gigi, pasta gigi, gayung dan handuk)
- 4) Melakukan cara-cara melakukan kebersihan diri (mandi) serta melatih pasien mempraktikkan cara melakukan kebersihan diri

b. Melatih pasien berdandan atau berhias

- 1) 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.
- 2) Sedangkan untuk pasien wanita tindakan yang dilakukan meliputi menjelaskan cara berpakaian, menyisir rambut, dan berdandan yang benar, kemudian melatih pasien mempraktikkannya.

c. Mengajarkan pasien makan dan minum

- 1) Menjelaskan alat-alat makan dan minum meliputi (piring, sendok, gelas).
- 2) Menjelaskan cara makan yang baik dan benar.

d. Mengajarkan pasien melakukan buang air besar dan kecil secara mandiri.

- 1) Menjelaskan tempat buang air besar atau kecil yang sesuai.

3) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah buang air besar atau kecil

3) Menjelaskan cara membersihkan tempat setelah BAB/BAK

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengelompokkan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping dan kemampuan yang dimiliki (Mashudi, 2021)

a. Identitas

Terdiri dari: nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, alasan masuk, nomor rekam medis, keluarga yang dapat dihubungi.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang menyebabkan pasien dibawa ke rumah sakit biasanya akibat adanya kumunduran kemauan dan kedangkalan emosi.

c. Faktor Predisposisi Faktor predisposisi sangat erat terkait dengan faktor etiologi yakni keturunan, endokrin, metabolisme, susunan syaraf pusat, kelemahan ego.

d. Psikososial

1) Genogram Orang tua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, saudara kembar 2-15%, saudara kandung 7-15%.

2) Konsep Diri Kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi yang mengenai pasien akan mempengaruhi konsep diri pasien.

3) Hubungan Sosial

Klien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, berdiam diri.

4) Spiritual Aktifitas spiritual menurun seiring dengan kemunduran kemauan.

e. Status Mental

1) Penampilan Diri Pasien tampak lesu, tak bergairah, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tak terkunci, baju tak diganti, baju terbalik sebagai manifestasi kemunduran kemauan pasien.

2) Pembicaraan Nada suara rendah, lambat, kurang bicara, apatis.

3) Aktivitas Motorik Kegiatan yang dilakukan tidak berfariatif, kecenderungan mempertahankan pada satu posisi yang dibuatnya sendiri (katalepsia).

4) Emosi

Emosi dangkal.

5) Afek

Dangkal, tak ada ekspresi roman muka.

6) Interaksi Selama Wawancara

Cenderung tidak kooperatif, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara, diam.

7) Persepsi

Tidak terdapat halusinasi atau waham.

8) Proses Berfikir

Gangguan proses berfikir jarang ditemukan.

9) Kesadaran

Kesadaran berubah, kemampuan mengadakan hubungan dengan dan pembatasan dengan dunia luar dan dirinya sendiri sudah terganggu pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan (secara kualitatif).

10) Memori

Tidak ditemukan gangguan spesifik, orientasi tempat, waktu, orang baik.

11) Kemampuan Penilaian Tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan meskipun alasan tidak jelas atau tidak tepat.

12) Tilik Diri Tidak ada yang khas.

f. Kebutuhan Sehari-hari Pada permulaan penderita kurang memperlihatkan diri dan keluarganya, makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kamauan. Minat untuk memenuhi kebutuhannya sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat tidur.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau

proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Novieastari, 2014).

Tabel 2. 1 Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Psikologi Atau Psikitik

Defisit Perawatan Diri : (<i>Spesifikkan</i>)		D.0109
Kategori : Perilaku		
Subkategori : Kebersihan Diri		
Definisi		
Tidak Mampu Melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri		
Penyebab		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikitik 5. Penurunan motivasi/minat 		
Gejala dan Tanda Mayor		
Subjektif	Objektif	
1. Menolak melakukan perawatan diri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang 	
Gejala dan Tanda Minor		
Subjektif (<i>tidak tersedia</i>)	Objektif (<i>tidak tersedia</i>)	
Kondisi klinis terkait		

<ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Depresi 4. Arthritis rheumatoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia 8. Gangguan amnestic 9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain 10. Fungsi penilaian terganggu
Keterangan
Diagnosis ini dispesifikkan menjadi salah satu atau lebih dari : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mandi 2. Berpakaian 3. Makan 4. <i>Toileting</i> 5. Berhias

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Luaran	Intervensi keperawatan
1	Defisit perawatan diri (D.0109)	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka, perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi dari menurun menjadi meningkat. 2. Kemampuan mengenakan pakaian dari menurun menjadi meningkat. 3. Kemampuan makan dari menurun 	Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352) Obervasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)

		<p>menjadi meningkat.</p> <p>4. Kemampuan ke toilet dari menurun menjadi meningkat.</p> <p>5. Minat melakukan perawatan diri dari menurun menjadi meningkat</p>	<p>2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>3. Fasilitasi mengosok gigi sesuai kebutuhan</p> <p>4. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</p> <p>5. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</p> <p>2. Ajarakan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu</p>
2			<p>Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian (I.11349)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau</p> <p>2. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan</p> <p>3. Fasilitasi mengenakan pakain, jika perlu</p> <p>4. Fasilitasi berhias (mis. Menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)</p> <p>5. Jaga privasi selama berpakaian</p>

			<p>6. Tawarkan untuk <i>laundry</i>, jika perlu</p> <p>7. Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu 2. Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu
3			<p>Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum (I.11351)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status dehidrasi pasien, jika perlu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 4. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 5. Siapkan makan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan

			<p>6. Sediakan makanan dan minuman yang disukai</p> <p>7. berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu</p> <p>8. motivasi untuk makan di ruang makan, jika bersedia</p> <p>Edukasi</p> <p>1. jelaskan posisi pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetik) sesuai kebutuhan</p>
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai kondisi pasien saat ini. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan dan strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi. (Siregar, 2024)

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Kurniati, 2019) Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana:

- a. S (subjektif) : Ungkapan perasaan atau keluhan yang di keluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah di berikan implementasi keperawatan.
- b. O (objektif) : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.
- c. A (Analisis) : perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.
- d. P (Perencanaan) : selanjutnya setelah perawat melakukan analisis. Tugas dari evaluator adalah melakukan evaluasi, menginterpretasi data sesuai dengan kriteria evaluasi, menggunakan penemuan dari evaluasi untuk membuat keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan.