

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “Tn. S”
DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI
DI RUANG KENARI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI
KOTA MAKASSAR
TANGGAL 30 MEI S/D 03 JUNI 2022**



**Karya Tulis Ilmiah
Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
pada Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

**MAWAR IRMALASARI
NIM. C017191009**

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : **MAWAR IRMALASARI**

NIM : C017191009

INSTITUSI : D-III Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien “Tn. S” Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kenari Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Kota Makassar, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 15 September 2022

YANG MEMBUAT PERNYATAAN,



MAWAR IRMALASARI

PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “Tn. S”
DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI
DI RUANG KENARI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI KOTA
MAKASSAR
TANGGAL 30 MEI S/D 03 JUNI 2022**

Disusun dan Diajukan Oleh :

MAWAR IRMALASARI
NIM. C017191009

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang
Program Studi D.III Keperawatan Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin

Makassar, 17 Juni 2022
Menyetujui :

Pembimbing I

Pembimbing II



Dr. ARIYANTI SALEH, S.Kp., M.Si
NIP. 196804212001122002



HAPSAH, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198305072010122002

Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



Nurmaulida, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198312192010122004

**PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “Tn. S”
DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI
DI RUANG KENARI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI KOTA
MAKASSAR
TANGGAL 30 MEI S/D 03 JUNI 2022**

Disusun dan Diajukan Oleh :

MAWAR IRMALASARI
NIM.C017191009

Karta tulis ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Sidang
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, pada:

Hari/Tanggal : Jumat, 24 Juni 2022
Waktu : 15.00 s.d 17.00 WITA
Tempat : Ruang PB 322 Prodi D.III Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Tim Penguji :

1. Ketua/Penguji I : Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
2. Penguji II : Hapsah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
3. Penguji III : Nurlaila Fitriani, S.Kep.,M.Kep.,Ns. Sp.Kep.J
4. Penguji IV : Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN

()
()
()
()

Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

1. Nama : Mawar Irmalasari
2. Tempat/Tgl Lahir : Agats, 25 Juni 2001
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
5. Agama : Islam
6. No.Tlp : 081256431989
7. Email : mawarirmalasari95@gmail.com
8. Alamat : Wisma 2 Unhas Tamalanrea

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. TK YAPIS AGATS Tahun 2004 s/d 2005
2. SD YPGGI Tahun 2006 s/d 2012
3. SMP NEGERI 2 AGATS Tahun 2013 s/d 2015
4. SMA NEGERI 1 AGATS Tahun 2016 s/d 2019

ABSTRAK

MAWAR IRMALASARI. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien “Tn. S” Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kenari Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Kota Makassar (dibimbing oleh Dr. Ariyanti Saleh dan Hapsah).*

Defisit perawatan diri adalah kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun.

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Kenari Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Kota Makassar selama 5 hari mulai tanggal 30 Mei s/d 03 Juni 2022. Sumber data dari pasien, buku RM dan penulisan literatur yang berkaitan dengan kasus. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan program pengobatan yang berpedoman pada format pengkajian keperawatan jiwa. Studi kasus ini sebagai gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri bahwa perawat tidak hanya terfokus pada melakukan implementasi pada diagnosa defisit perawatan diri saja tetapi harus memperhatikan diagnosa penyerta kerusakan integritas kulit.

Kesimpulan dari studi kasus ini bahwa ke 4 tahap proses keperawatan meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pendokumentasian dilakukan selama 5 Hari di ruang Kenari Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Kota Makassar mulai tanggal 30 Mei s/d 03 Juni 2022.

Kata Kunci: Defisit Perawatan Diri

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : *“Asuhan Keperawatan Pada Pasien “Tn. S” Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Kenari Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Kota Makassar”*.

Karya Tulis Ilmiah ini telah membantu penulis untuk belajar menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan ilmiah pada setiap tahap proses keperawatan. Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan mulai dari pengambilan kasus sampai selesai, namun berkat usaha, bantuan dan motivasi dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Prof. Dr.Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc, Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep.,M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Elisa Kambu, S.Sos, selaku Bupati Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat
4. Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D, selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan
5. Dr. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan, Keuangan dan Sumber Daya Fakultas Keperawatan
6. Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Kemitraan Fakultas Keperawatan
7. Dr. Suni Hariati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Gugus Penjaminan Mutu Fakultas Keperawatan
8. Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
9. Direktur RS Khusus Daerah Dadi dr Arman Bausat Sp.B
10. Dr Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Pembimbing I sekaligus Penguji
11. apсах, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Pembimbing II sekaligus Penguji
12. Nurlaila Fitriani, S.Kep., M.Kep., Ns. Sp.Kep.J, selaku Penguji III

13. Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN selaku Penguji IV
14. Pasien Bapak Saharman yang sudah bersedia diwawancarai
15. Keluarga Penulis Bapak Nur Ali dan Ibu Asti, Kakak Nur Kolis, S.Kom yang senantiasa mendoakan, menyemangati, dan mendukung sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
16. Yeoja Squad (Ana, Halima, dan Winda) yang menjadi tempat keluh kesah penulis dari SMA
17. Anggota NCT terutama Lee Haechan, Mark Lee, Jung Jaehyun, dan Lee Jenoo yang memotivasi dan jadi penyemangat Penulis melalui karyanya.
18. Sahabat penulis jumi dan ana yang menemani penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah.
19. Seluruh pengelola dan staf prodi DIII vokasi terutama ibu Elis yang sudah membantu dalam proses penyusunan KTI.
20. Kepada diri saya sendiri karena sudah berusaha keras selama 3 tahun ini, yang sudah percaya sama diri sendiri, dan yang berusaha menyelesaikan karya tulis ilmiah untuk 2 minggu ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan saran dari semua pihak terkait untuk kesempurnaan penulisan karya ilmiah yang akan datang.

Makassar, 17 Juni 2022

Penulis,

MAWAR IRMALASARI

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	4
D. Metode Penulisan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Etiologi.....	7
3. Rentang Respon Defisit Perawatan Diri.....	8
4. Jenis-jenis Defisit Perawatan Diri.....	8
5. Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri.....	9
6. Dampak Defisit Perawatan Diri.....	10
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	11
1. Pengkajian Keperawatan.....	11
2. Pohon Masalah.....	16
3. Diagnosa Keperawatan	16

	4. Rencana Keperawatan.....	17
	5. Tindakan Keperawatan	18
	6. Evaluasi Keperawatan.....	18
BAB III	TINJAUAN KASUS.....	20
	A. Pengkajian Keperawatan.....	20
	B. Diagnosa Keperawatan	29
	C. Rencana Keperawatan	30
	D. Tindakan Keperawatan	33
	E. Evaluasi Keperawatan	33
BAB IV	PEMBAHASAN.....	36
	A. Pengkajian Keperawatan.....	36
	B. Diagnosa Keperawatan	37
	C. Rencana Keperawatan	38
	D. Tindakan Keperawatan	38
	E. Evaluasi Keperawatan	39
BAB V	PENUTUP.....	40
	A. Kesimpulan	40
	B. Penutup	42
	DAFTAR PUSTAKA	43
	LAMPIRAN-LAMPIRAN	45

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data

Table 2.2 Intervensi Keperawatan

Table 2.3 Implementasi Keperawatan

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Rentang respon defisit perawatan diri	8
Gambar 2.2 Pohon Masalah secara teori	16
Gambar 2.3 Pohon Masalah	28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Logbook KTI

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir, kehendak, emosi dan tindakan, di mana individu tidak dapat menyesuaikan diri dengan orang lain dan lingkungan (Marshaly, 2013). Menurut Madalisedkk (2015) Gangguan jiwa menyebabkan penderitanya tidak sanggup menilai dengan baik kenyataan, tidak menguasai dirinya untuk mencegah mengganggu orang lain atau merusak/menyakiti dirinya sendiri.

Data World Health Organization (WHO) menunjukkan, terdapat sekitar 350 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang menderita skizofrenia, serta 47,5 juta orang terkena dimensia. Karena berbagai faktor biologis, psikologis, sosial dan keanekaragaman penduduk, maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah serta memberikan dampak pada penambahan beban negara dan produktivitas manusia untuk jangka panjang (WHO 2016).

Pravalensi gangguan jiwa berat di Indonesia dengan gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di DI Yogyakarta dan Aceh (masing-masing 2,7%), sedangkan yang terendah di Kalimantan Barat (0,7%). Prevalensi gangguan jiwa berat nasional sebesar 1,7 jiwa per mil. Sedangkan di Provinsi Sumatera Barat prevalensi gangguan jiwa berat dalam persentase sekitar 1,9%, dibawah DI Yogyakarta dan Aceh yang mengalami gangguan jiwa berat paling tinggi (Risksedas,2013).

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berhias, makan dan BAK/BAB (Khaeriyah,2013). Menurut Yusuf (2015) 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 napas dan penampilan tidak rapi.

Tanda dan gejala pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri biasanya tampak seperti rambut kotor, gigi kotor, badan berdaki dan bau, kuku panjang dan kotor, rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien perempuan tidak berdandan, ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran dan tidak pada tempatnya, buang air besar atau buang air kecil tidak pada tempatnya dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah buang air besar atau buang air kecil (Keliat dan Akemat, 2014).

Dampak apabila defisit perawatan diri tidak ditangani, maka akan berakibat buruk baik bagi dirinya sendiri, orang lain serta lingkungan sekitarnya. Dampak fisik bagi dirinya sendiri yaitu banyaknya gangguan kesehatan yang di derita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan diri dengan baik seperti gangguan integritas kulit, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku. Sedangkan untuk dampak psikososial yaitu gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi dan gangguan interaksi sosial (Dermawan, 2013). Sedangkan dampak bagi orang lain dan lingkungan sekitarnya adalah terganggunya kenyamanan dan ketentraman masyarakat.

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan diantaranya sebagai pendidik, narasumber, penasihat dan pemimpin (Direja, 2011). Adapun peran perawat dalam penanganan masalah defisit perawatan diri di rumah sakit jiwa yaitu melakukan penerapan asuhan keperawatan berupa penerapan strategi pelaksanaan defisit perawatan diri. Strategi pelaksanaan pada pasien defisit perawatan diri yaitu dengan melatih pasien cara perawatan kebersihan diri/mandi, melatih pasien berdandan atau berhias, melatih pasien makan dan minum secara mandiri dan mengajarkan pasien melakukan buang air besar dan buang air kecil secara mandiri (Fitria, 2012).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri di Ruang Kenari Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum dapat dibuat tujuan khusus sebagai berikut :

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri di Ruang Kenari Rumah Sakit khusus Daerah Dadi Kota Makassar.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri di Ruang Kenari Rumah Sakit khusus Daerah Dadi Kota Makassar.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri di Ruang Kenari Rumah Sakit khusus Daerah Dadi Kota Makassar.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri di Ruang Kenari Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Kota Makassar.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri di Ruang Kenari Rumah Sakit khusus Daerah Dadi Kota Makassar.

C. Manfaat Penulisan

1. Aplikatif

- a. Bagi Rumah Sakit dan Perawat

Sebagai masukan serta acuan bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan, terutama dalam penerapan keperawatan pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri

b. Peneliti

Sebagai pengembangan kemampuan peneliti dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan bagi peneliti dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan defisit perawatan diri.

2. Pengembangan Keilmuan

Hasil penulisan yang di peroleh dapat digunakan sebagai perbandingan dan bahan untuk penelitian selanjutnya di bidang keperawatan dan dapat menjadi referensi dan rujukan dalam pembuatan ataupun pengaplikasian aspek gangguan Defisit Perawatan Diri.

D. Metode Penulisan

1. Desain penulisan

Penulisan ini menggunakan metode observasi dan Tanya jawab dengan menggunakan pengkajian keperawatan jiwa untuk melengkapi data yang diperlukan.

2. Tempat dan waktu pelaksanaan praktek

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Kota Makassar di Ruang Kenari dari tanggal 30 mei-03 juni 2022.

3. Sumber dan teknik pengumpulan data

Sumber data berupa primer dan sekunder. Data primer diambil secara langsung melalui data pengkajian dari pasien. Data sekunder diambil dari RM di Ruang Kenari. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik dengan berpedoman pada format pengkajian keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, pasien dinyatakan terganggu keperawatannya jika tidak dapat melakukan keperawatan diri (Yusuf, Fitriyanti, & Nihayati, 2015).

Defisit perawatan diri adalah 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 terlihat dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri antaranya mandi, makan minum secara mandiri, berhias secara mandiri, toileting (BAK/BAB) (Damaiyanti, Mukhrimah, & Iskandar, 2012).

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 napas, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat (Widodo & Arif, 2004).

2. Etiologi

Menurut Keliat, Panjaitan, & Helena (2006) penyebab kurang perawatan diri adalah kelelahan fisik dan penurunan kesadaran. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan R (2000) penyebab kurang perawatan diri adalah:

a. Faktor prediposisi

1) Biologis

Penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri.

2) Psikologis

Factor perkembangan dimana keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif terganggu. Kemampuan realitas turun. Pasien gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

3) Sosial

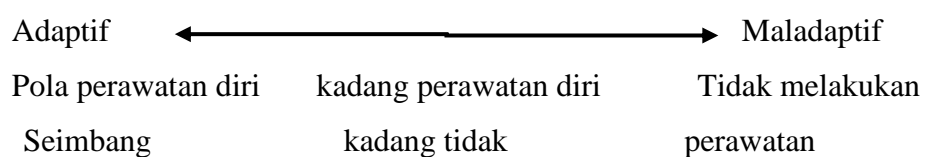
Kurang dukungan dan situasi lingkungan mempengaruhi kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan defisit perawatan diri adalah penurunan motivasi, kerusakan kognitif atau persepsi, cemas, lelah, lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

3. Rentang Respon Defisit Perawatan Diri

Menurut Direja (2011), adapun rentang respon defisit perawatan diri sebagai berikut :



Gambar 2.1 Rentang Respon

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

4. Jenis-jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Damaiyanti (2012) jenis-jenis defisit perawatan diri terdiri dari :

- a. Defisit perawatan diri :mandi/Kebersihan
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/beraktivitas perawatan diri sendiri.
- b. Defisit perawatan diri : berpakaian/berhias
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri.
- c. Defisit perawatan diri : makan
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan sendiri.
- d. Defisit perawatan diri : eliminasi
Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.

5. Tanda dan gejala Defisit Perawatan Diri

Tanda dan gejala defisit perawatan diri dapat dinilai dari pernyataan pasien tentang kebersihan diri, berdandan dan berpakaian, makan dan minum, BAB dan BAK dan didukung dengan data hasil observasi

a. Data subjektif

Pasien mengatakan tentang :

- 1) Malas mandi, tidak mau menyisir rambut.
- 2) Tidak mau menggosok gigi.
- 3) Tidak mau memotong kuku.
- 4) Tidak mau berhias/ berdandan.
- 5) Tidak bisa / tidak mau menggunakan alat mandi / kebersihan diri.
- 6) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
- 7) BAB dan BAK sembarangan.
- 8) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah 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, tidak menggunakan alat-alat mandi, tidak mandi dengan benar.
- 2) Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, pakaian tidak rapi, tidak mampu berdandan, memilih, mengambil, dan memakai pakaian, memakai sandal, sepatu, memakai resleting, memakai barang-barang yang perlu dalam berpakaian, melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian.
- 3) Makan dan minum sembarangan, berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan, memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman, menyelesaikan makan).

- 4) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu (menjaga kebersihan toilet, menyiram toilet).

6. Dampak Defisit Perawatan Diri

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene menurut Damaiyanti, Mukhrifah, & Iskandar (2012) sebagai berikut :

- 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 membrane mukosa mulut, infeksi mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

- b. Dampak psikososial

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

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

- a. Identitas

Biasanya identitas terdiri dari: nama pasien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk alasan masuk, nomor rekam medik, keluarga yang dapat dihubungi.

- b. Alasan Masuk

Biasanya apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang. atau dirawat dirumah sakit. Biasanya masalah yang di alami. pasien yaitu senang menyendiri, tidak mau banyak berbicara. dengan orang lain, terlihat murung, penampilan acak-acakan.

- c. Faktor Predisposisi

adanya faktor herediter mengalami gangguan jiwa, adanya tidak peduli dengan diri sendiri dan mulai mengganggu orang lain Pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri ditemukan penyakit fisik dan mental yang diderita pasien sehingga menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri. Ditemukan adanya faktor perkembangan dimana keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif terganggu, menurunnya kemampuan realitas sehingga menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri serta didapatkan kurangnya dukungan dan situasi lingkungan yang mempengaruhi kemampuan dalam perawatan diri.

d. Pemeriksaan Fisik

Biasanya pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), pemeriksaan secara keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang biasanya penampilan pasien yang kotor dan acak-acakan.

e. Psikososial

1) Genogram

Biasanya menggambarkan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Biasanya persepsi pasien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b) Identitas diri

Biasanya dikaji 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 dan posisinya.

c) Perandiri

Biasanya meliputi tugas atau peran pasien dalam keluarga/pekerjaan kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.

d) Ideal diri

Biasanya berisi harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan sekitar, serta harapan pasien terhadap penyakitnya.

e) Harga diri

Biasanya mengkaji tentang hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien berubungan dengan orang lain, fungsi peran tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain.

3) 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, minat berinteraksi dengan orang lain.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Biasanya nilai dan keyakinan terhadap agama pasien terganggu karena tidak menghiraukan lagi dirinya.

b) Kegiatan ibadah

Biasanya kegiatan ibadah pasien tidak dilakukan ketika pasien mengalami gangguan jiwa.

5) Status mental

a) Penampilan

Biasanya penampilan pasien sangat tidak rapi, tidak tahu cara berpakaian, dan penggunaan pakaian tidak sesuai.

b) Cara bicara/ pembicaraan

c) Biasanya cara bicara pasien lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatis tidak mampu memulai pembicaraan.

d) Aktivitas motorik Biasanya pasien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif.

e) Alam perasaan Biasanya keadaan pasien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina.

f) Afek

Biasanya afek pasien tampak datar, tumpul, emosi pasien berubah-ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih dan cemas.

g) Interaksi selama wawancara

Biasanya respon pasien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga yang menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

h) Persepsi

Biasanya pasien berhalusinasi tentang ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan serta halusinasi perabaan yang membuat pasien tidak mau membersihkan diri dan pasien mengalami depersonalisasi.

i) Proses pikir

Biasanya bentuk pikir pasien otistik, dereistik, sirkumtansial, kadang tangensial, kehilangan asosiasi,

pembicaraan meloncat dari topik satu ke topik lainnya dan kadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

6) Kebutuhan pasien pulang

a) Makan

Biasanya pasien kurang makan, cara makan pasien terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan menyiapkan dan membersihkan alat makan.

b) Berpakaian

Biasanya pasien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa menggunakan pakaian yang sesuai dan tidak bisaberdandan.

c) Mandi

Biasanya pasien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, tidak mencuci rambut, tidak menggunting kuku, tubuh pasien tampak kusam dan badan pasien mengeluarkan aroma bau.

d) BAB/BAK

Biasanya pasien BAB/BAK tidak pada tempatnya seperti di tempat tidur dan pasien tidak bisa membersihkan WC setelah BAB/BAK.

e) Istirahat

Biasanya istirahat pasien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.

f) Penggunaan obat

Apabila pasien mendapat obat, biasanya pasien minum obat tidak teratur.

g) Aktivitas dalam rumah

Biasanya pasien tidak mampu melakukan semua aktivitas di dalam maupun diluar rumah karena pasien selalu merasa malas.

7) Mekanisme koping

a) Adaptif

Biasanya pasien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, pasien tidak mampu berolahraga karena pasien selalu malas.

b) Maladaptif

Biasanya pasien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan, pasien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.

c) Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

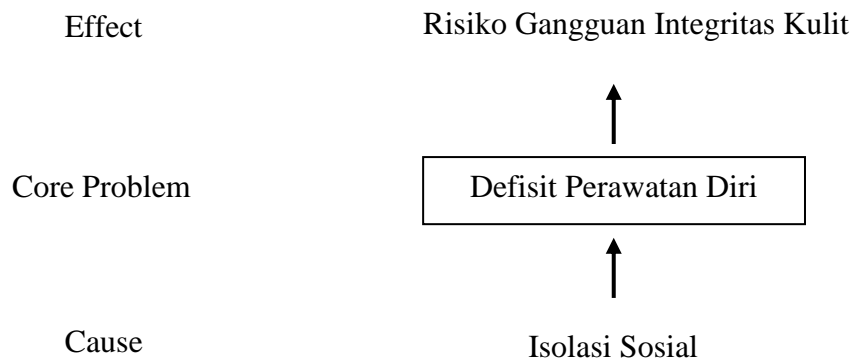
d) Pengetahuan

Biasanya pasien defisit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

8) Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada di lingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang efektif.

2. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah secara teori Defisit Perawatan Diri (Fitria, 2012)

3. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan defisit perawatan diri menurut Fitria (2012), adalah sebagai berikut:

- a. Defisit Perawatan Diri
- b. Isolasi Sosial
- c. Risiko Gangguan Integritas Kulit

4. Rencana Keperawatan

Menurut Dermawan (2013), penatalaksanaan defisit perawatan diri dapat dilakukan pendekatan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan tersebut adalah :

SP 1:

- 1) Identifikasi masalah perawatan diri kebersihan diri, berhias, makan/minum, BAB/BAK.
- 2) Jelaskan pentingnya kebersihan diri.
- 3) Jelaskan cara dan alat kebersihan diri.
- 4) Latih cara menjaga kebersihan diri, mandi, ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, dan potong kuku.
- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk mandi, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu)

SP 2 :

- a) Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian.
- b) Jelaskan cara dan alat untuk berhias.
- c) Latih cara berhias setelah kebersihan diri, sisir rambut, rias muka untuk perempuan, sisir rambut, bercukur untuk pria.
- d) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berhias.

SP 3 :

- 1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berhias. Beri pujian.
- 2) Jelaskan cara dan alat makan dan minum.
- 3) Latih cara makan dan minum yang baik.
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias, dan minum yang baik.

SP 4 :

- 1) Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berhias, makan dan minum. Beri pujian.
- 2) Jelaskan cara buang air besar dan buang air kecil yang baik.
- 3) Latih buang air besar dan buang air kecil yang baik.
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum serta buang air kecil.

5. Tindakan Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon pasien didokumentasikan.

6. Evaluasi Keperawatan

Menurut Direja (2011), evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat

dibagi dua yaitu: Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai berikut

- a. S : respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan menanyakan kepada pasien langsung.
- b. O : respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan.
- c. A : analisis ulang atas data subjektif dan data objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.
- d. P : perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon pasien yang terdiri dari tindakan lanjut pasien dan tindakan lanjut oleh perawat.

Rencana tindakan lanjut dapat berubah.

- a. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah.
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan.
- c. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan.
- d. Rencana atau diagnose selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru. Pasien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar dapat melihat perubahan berusaha mempertahankan dan memelihara. Pada evaluasi sangat diperlukan reinforcement untuk menguatkan perubahan

yang positif. Pasien dan keluarga juga dimotivasi untuk melakukan self-reinforcement (prabowo,2014)