BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses yang sistemis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi masalah perawatan diri dengan dukungan perawatan diri mandi pada pasien gangguan jiwa. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh seperti, faktor predisposisi, presipitasi, penilaian stressor, perilaku, sumber koping dan mekanisme koping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama proses pengkajian. (Rindi Dwi Aryani et al., 2024)

a. Identitas pasien

   Identitas pasien meliputi : nama pasien, tempat dan tanggal lahir, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, jenis pekerjaan, tanggal pengkajian, No Rm, sumber informasi.

b. Alasan masuk

   Ada beberapa alasan mengapa pasien gangguan jiwa yang mengalami defisit perawatan diri perlu di rawat di rumah sakit jiwa. (Indriani et al., 2021)

   1) Dampak fisik

      Gejala seperti gangguan integritas kulit, kerusakan mukosa mulut, infeksi mata dan telinga.

   2) Dampak psikososial

      Gejala seperti gangguan rasa nyaman, kebutuhan akan kasih sayang, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

   3) Kurangnya Dukungan Sosial

      Pada pasien gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri mungkin merasa stres berkepanjangan karena gangguan jiwa. Kurangnya

dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan dalam merawat diri.

4) Kebutuhan akan perawatan medis

Pada pasien gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri mungkin memerlukan perawatan medis untuk mengatasi masalah perawatan diri. Hal ini dapat mencakup obat-obatan, terapi atau kombinasi keduanya. Perawatan dirumah sakit juga dapat membantu proses penyembuhan atau pemulihan pada pasien dengan masalah perawatan diri.

a) Faktor Predisposisi

(1) Faktor Biologis

Pasien gangguan jiwa beresiko mengalami masalah gangguan jiwa seperti, defisit perawatan diri disebabkan karena penyakit fisik dan mental yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri karena adanya faktor keturunan atau bawaan dimana terdapa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

(2) Faktor Psikologis

Faktor perkembangan memegang peran yang tidak kalah penting, hal ini di karenakan keluarga terlalu melingdungi dan memanjakan individu sehingga perkembangan insiatif menjadi terganggu karena kemampuan realita yang kurang sehingga menyebabkan pasien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri. (Martianingrum et al., 2023)

(3) Faktor Sosial Budaya

Faktor lainnya yang menjadi latar belakang pasien defisit perawatan diri adalah faktor sosial merupakan bentuk aktivitas yang dilakukan dua orang atau lebih, sehingga mampu merubah perilaku dari seseorang tersebut. Sedangkan budaya merupakan suatu kebiasaan dengan

melandaskan adat-istiadat, nilai-nilai dan kebiasaan yang berlaku disuatu daerah atau kelompok tertentu. Karena dengan sosial dan budaya seseorang akan mengalami perubahan perilaku dan berdampak kepada koping dan masalah pada kesehatan jiwa. (Ika Sukmawati et al, 2023)

b) Fisik

Pada saat pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* dimulai dari kepala sampai ujung kaki.

(1) Tanda-tanda Vital: a) Tekanan Darah; b) Suhu; c) Nadi; d) Frekuensi Nafas e) SPO2
(2) Ukur: a) Tinggi Badan; b) Berat Badan
(3) Keluhan Utama

c. Psikososial

1) Genogram

Genogram mengggambarkan klien dan keluarga yang mengalami gangguan jiwa, di lihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuhan. (Mardhianti, 2022)

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Persepsi pasien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang di sukai, reaksi pasien mengenai tubuh yang di sukai maupun tidak disukai.

b) Identitas

Identitas diri adalah cara individu mengenali dan mendefinisikan dirinya dalam kerangka sosial.

c) Peran

Peran diri adalah serangkaian pola sikap, perilaku, nilai, dan tujuan oleh masyarakat yang dikaitkan dengan fungsi individu dalam kelompok sosial atau masyarakat.

d) Ideal Diri

Ideal diri adalah persepsi seorang individu mengenai bagaimana individu tersebut berperilaku berdasar pada standar pribadinya dan terkait dengan cita-citanya.

e) Harga Diri

Harga diri adalah pemandangan secara keseluruhan yang dimiliki individu tentang dirinya. Individu menghargai hal-hal yang mereka pedulikan. Harga diri juga mencakup nagaimana individu melihat diri mereka sebagai individu yang mampu, berharga dan sukses.

d. Hubungan sosial

Berupa siapa orang terdekat saat ini dengan pasien. Kegiatan masyarakat atau kegiatan yang sedang di ikuti saat ini.

a) Spiritual: 1) Nilai dan keyakinan; 2) Kegiatan ibadah

b) Status Mental: 1) Penampilan pasien; 2) Pembicaraan; 3) Aktivitas motorik; 4) Alam perasaan; 5) Afek; 6) Interaksi selama wawarncara; 7) Persepsi; 8) Proses pikir; 9) Isi pikir; 10) Tingkat kesadaran; 11) Tingkat konsentrasi dan berhitung; 12) Kemampuan penilaian; 13) Daya tarik diri

e. Penggunaan obat

f. Pemeliharaan kesehatan

g. Kegiatan di dalam rumah

h. Kegiatan di luar rumah

i. Mekanisme koping

Kemampuan individu dalam menanggulangi defisit perawatan diri secara kontruksi merupakan faktor utama yang membuat pasien berperilaku tidak baik, menyimpang atau tidak

j. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien akan mengalami masalah dalam cara berinteraksi dengan lingkungan disebabkan oleh kurangnya dukungan dari kelompok,

masalah pendidikan, pekerjaan, masalah ekonomi dan masalah pelayanan kesehatan.

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses hidup yang di alaminya. (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2023)

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) rumusan diagnosa defisit perawatan diri yaitu :

a. Defisit Perawatan Diri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) kode diagnosa (D.0109, Hal. 240)
    1) Definisi

       Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
    2) Penyebab
        a) Gangguan muskuloskeletal
        b) Gangguan neuromuskuler
        c) Kelemahan
        d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
        e) Penurunan motivasi
    3) Gejala dan tanda mayor
        a) Subjektif
            (1) Menolak melakukan perawatan diri
        b) Objektif
            (1) Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri
            (2) Minat melakukan perawatan diri kurang
    4) Gejala dan tanda minor: (a) Subjektif (tidak tersedia); b) Objektif (tidak tersedia)
    5) Kondisi klinis terkait: a) Stroke; b) Cedera medula spinalis; c) Depresi; d) Arthritis reumatoid; e) Retardasi mental; f) Delirium; g)

Demensia; h) Gangguan amnestik; i) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain; j) Fungsi penilaian terganggu

6) Keterangan: a) Mandi; b) Berpakaian; c) Makan

3. Intervensi Keperawatan (SIKI)

Intervensi dukungan perawatan diri pada pasien yang mengalami masalah defisit perawatan diri dalam hal mandi, makan, BAB/BAK, penting untuk membangun hubungan saling percaya dengan pasien melalui komunikasi terapeutik, mendiskusikan dengan pasien tentang pentingnya perawatan diri, berikan motivasi pada pasien agar mereka inisiatif dalam melakukan perawatan diri seperti mandi dan makan, kemudian memberikan dukungan dan bantuan dalam memfasilitasi perawatan diri, berikan pujian pada pasien ketika mereka berhasil melakukan perawatan diri dengan baik. Tujuan dari melakukan intervensi dukungan perawatan diri pada pasien adalah untuk mempertahankan tingkat perawatan diri yang baik. (Sciences, 2024)

Intervensi dukungan perawatan diri pada pasien defisit perawatan diri menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

<table>
<tr><th>No</th><th>Diagnosa Keperawatan (SDKI)</th><th>Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)</th><th>Intervensi Keperawatan (SIKI</th></tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Kode diagnosa: Defisit perawatan diri D.0109
Definisi :
Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Gejala dan tanda mayor :
<u>Subjektif :</u>
1. Menolak melakukan perawatan diri
<u>Objektif :</u>
1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoilet /berhias secara mandiri
2. Minat melakukan perawatan diri kurang
Gejala dan tanda minor :
<u>Subjektif :</u>
(Tidak tersedia)
<u>Objektif :</u></td>
<td>Tujuan :
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :
<table>
<tr><th>No</th><th>Kriteria hasil</th><th>Menurun</th><th>Cukup Menurun</th><th>Sedang</th><th>Cukup Meningkat</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Kemapuan mandi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Kemampuan mengenakan pakaian</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Kemampuan makan</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>Verbalisasi Keinginan melakaukan perawatan diri</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr>
</table>
</td>
<td>Kode intervensi utama : Dukungan perawatan diri 1.09268
Observasi
1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
2. Monitor tingkat kemandirian
3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,</td>
</tr>
</table>

	(Tidak tersedia)	**6. Mempertahankan kebersihan mulut** **1** **2** **3** **4** **5**	berpakaian, berhias, dan makan **Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. siapkam keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri **Edukasi**

			1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai Kemampuan

4. Implementasi

Tabel 2.2 Strategi Pelaksanaan Defisit Perawatan Diri

Implementasi pada pasien	Implementasi pada keluarga
SP 1: 1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat 2. Mengidentifikasi masalah perawatan diri: kebersihan diri 3. Menjelaskan cara dan alat kebersihan diri 4. Latihan kegiatan cara menjaga kebersuhan diri: mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, dan cuci rambut 5. Memasukkan pada jadwal untuk latihan	**SP 1:** 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Mendiskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang di butuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien 3. Menganjurkan keluarga untuk terlibat dalam merawat diri dan membantu mengingatkan pasien dalam merawat diri 4. Menganjurkan keluarga untuk memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam merawat diri
SP 2: 1. Mengidentifikasi kegiatan perawatan 2. Menjelaskan cara-cara berdandan yang baik dan benar 3. Latihan cara berdandan yang baik dan benar 4. Memasukkan pada jadwal untuk latihan fisik	
SP 3: 1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat 2. Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan 3. Menjelaskan alat dan cara makan dan minum yang benar 4. Memasukkan pada jadwal kegitan untuk latihan makan dan minum yang baik	
SP 4: 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara BAB/BAK yang baik dan benar 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. (Bustan & P, 2023)

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

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

P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien

B. Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri

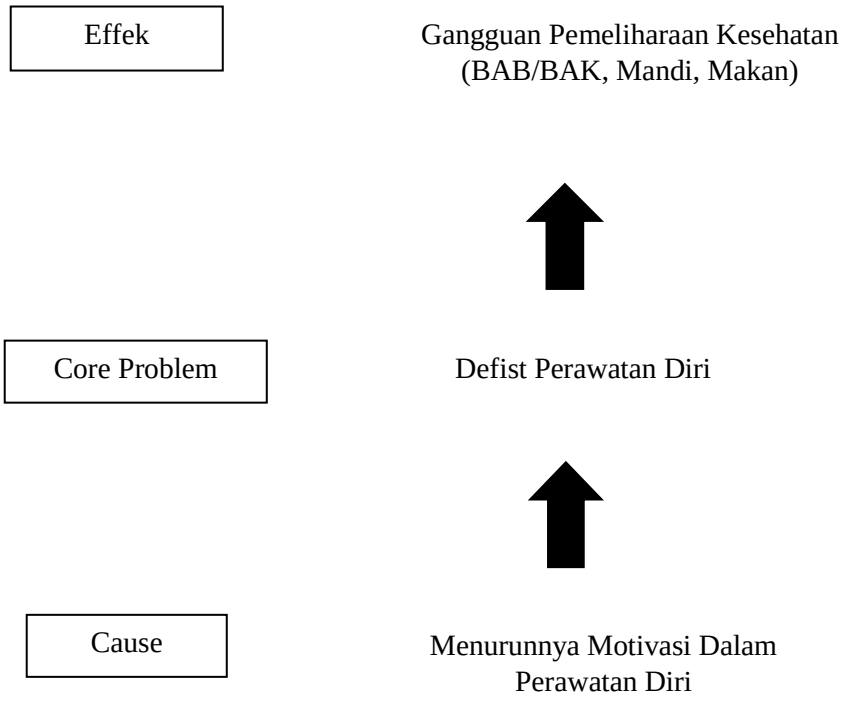
1. Definisi

Defisit perawatan diri adalah hubungan antara tuntutan perawatan terapeutik individual dan kekuatan agen perawatan dirinya, dimana kemampuan perawatan diri yang telah dikembangkan didalam agen perawatan diri tidak bisa dioperasikan atau tidak memadai untuk mengetahui dan memenuhi beberapa atau semua komponen permintaan perawatan diri terapeutik yang diproyeksikan. Kurang perawatan diri pada pasien gangguan jiwa maka kemampuan untuk melakukan aktvitas perawatan diri menurun, seperti tidakmampuan merawat kebersihan diri, ketidakmampuan makan secara mandiri, ketidakmampuan berhias, dan ketidakmampuan toileting (BAB/BAK) secara mandiri. (Herawati & Afconneri, 2020).

2. Etiologi

Defisit perawatan diri di sebabkan oleh adanya gangguan kognitif atau persepsi yang menyebabkan ketergantungan terhadap kebutahan perawatan dirinya, penyebab lainya apabila defisit perawatan diri tidak ditangani maka akan berakibat buruk baik bagi orang lain serta lingkungan sekitarnya. penyebab psikososial yaitu gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi dan gangguan interaksi sosial. (Sapitri et al., 2024)

3. Pohon Masalah



Bagan 2.1 Pohon Masalah (Ika Sukmawati et al, 2023)

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala defisit perawatan diri yaitu : tidak ada keinginan untuk mandi, tidak merapikam rambut, tidak mau membersihkan gigi dan kuku, tidak mau berhias, alat makan dan minum tidak dibersihkan kembali, BAB/BAK sembarangan dan tidak mau membersihkannya,bau badan dan berdaki. (Tri Utami Rusmawati et al., 2023).

5. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, inferksi pada mata dan telinga, serta gangguan lainnya. (Indriani et al., 2021)

6. Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri adalah dengan memberi dukungan perawatan diri dilakukan untuk membantu memfasilitasi pemenuhan kebutuhan, baik mandi, berpakaian, perawatan kuku, makan dan minum, serta edukasi perawatan diri agar dapat melakukannya secara mandiri. (Robbiah et al., 2024)

C. Konsep Dukungan Perawatan Diri

Dukungan keluarga merupakan hal yang sangat penting untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri pada paisen dengan gangguan jiwa yang meliputi : dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian untuk tingkat kemampuan perawatan diri yaitu, mandi, berpakaian, makan dan BAB/BAK. Selanjutnya menunjukkan bahwa perlu dilakukan rencana tindakan dukungan perawatan diri terkait membangun hubungan saling percaya pada pasien melalui komunikasi terapeutik, dimulai dengan perkenalkan diri dan memberikan kesempatan pada pasien untuk memperkenalkan diri. Setelah itu, pasien diberikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaan dan masalah yang mereka hadapi. Tahap selanjutnya adalah mendiskusikan dengan pasien tentang pentingnya perawatan diri. Pasien di ajarkan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan mereka, sambil memberikan dukungan agar terlihat memiliki inisiatif mandiri dalam melakukan perawatan diri seperti mandi dan makan. Tahap selanjutnya adalah memberikan dukungan dan bantuan dalam memfasilitasi perawatan diri, membantu persiapan alat mandi, pakaian serta mengingatkan pasien untuk mencuci tangan sebelum atau sesudah makan dan makan secara perlahan. Pujian di berikan kepada pasien ketika mereka berhasil melakukan perawatan diri dengan baik. (Daulay & Ginting, 2021). Tujuan dukungan perawatan diri adalah untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam menyelesaikan aktivitas perawatan diri.