

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri**

Konsep asuhan keperawatan deficit perawatan diri sebagai berikut

##### **1. Pengkajian**

Defisit Perawatan Diri pada klien dengan gangguan jiwa ada perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri makan secara mandiri berhias diri secara mandiri dan eliminasi BAB/BAK secara mandiri (Nissa, 2023)

##### **a. Identitas**

Terdiri dari : Nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medis, keluarga yang dapat dihubungi. b. Alasan masuk Merupakan penyebab klien atau keluarga datang, atau dirawat dirumah sakit. Biasanya masalah yang dialami klien yaitu senang menyendiri, tidak mau banyak berbicara dengan 15 orang lain, terlihat murung, penampilan acak-acakan, tidak peduli dengan diri sendiri dan mulai mengganggu orang lain.

##### **b. Alasan masuk**

Merupakan penyebab klien atau keluarga datang, atau dirawat dirumah sakit. Biasanya masalah yang dialami klien yaitu senang menyendiri, tidak mau banyak berbicara dengan orang lain, terlihat murung, penampilan acak-acakan, tidak peduli dengan diri sendiri dan mulai mengganggu orang lain.

c. Faktor predisposisi

- 1) Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu.
- 2) Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.
- 3) Pengobatan sebelumnya kurang berhasil
- 4) Harga diri rendah, klien tidak mempunyai motivasi untuk merawat diri.
- 5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan saksi penganiayaan.
- 6) Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, pengalaman masalah yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan TTV, pemeriksaan head to toe yang merupakan penampilan klien yang kotor dan acak-acakan.

e. Psikososial

- 1) Genogram Menurut (Hastuti, 2018), genogram menggambarkan klien dan anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuhan.
- 2) Konsep Diri
  - a) Citra tubuh Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien tubuh yang disukai maupun tidak disukai (Nurgaini, 2018).
  - b) Identitas diri Kaji status dan posisi pasien sebelum klien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan (Bunaini, 2020)
  - c) Peran diri Meliputi tugas atau peran klien didalam keluarga/pekerjaan/kelompok maupun masyarakat,

kemampuan klien didalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan yang terjadi disaat klien sakit maupun dirawat, apa yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi (Ndaha, 2021).

d) Ideal diri Berisi harapan klien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan/sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya (Bunaini, 2020).

e) Harga diri

Kaji klien tentang hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien yang berhubungan dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai dengan harapan, penilaian klien tentang pandangan atau penghargaan orang lain (Safitri, 2020).

f) Hubungan sosial Hubungan klien dengan orang lain akan sangat terganggu karena penampilan klien yang kotor yang mengakibatkan orang sekitar menjauh dan menghindari klien. Terdapat hambatan dalam berhubungan dengan orang lain (Bunaini, 2020).

g) Spritual

Nilai dan keyakinan serta kegiatan ibadah klien terganggu dikarenakan klien mengalami gangguan jiwa.

h) Status mental

(1) Penampilan Penampilan klien sangat tidak rapi, tidak mengetahui caranya berpakaian dan penggunaan pakaian tidak sesuai (Putri, 2018).

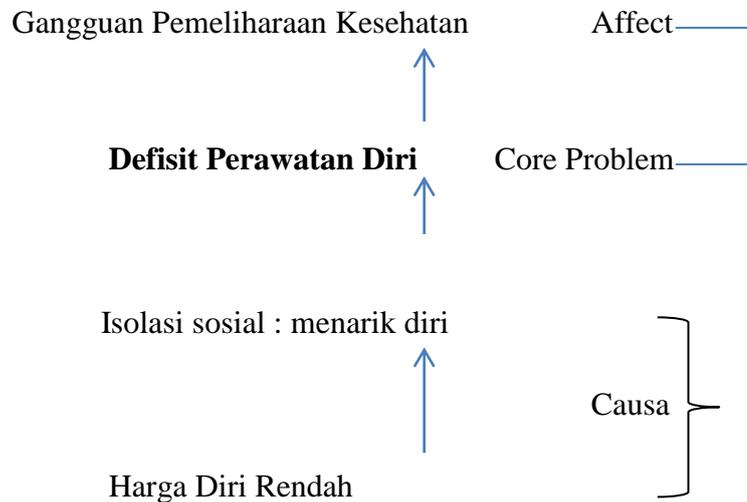
(2) Cara bicara/Pembicaraan Cara bicara klien yang lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatis serta tidak mampu memulai pembicaraan (Malle, 2021).

(3) Aktivitas Motorik Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif (Putri, 2018).

- (4) Alam perasaan Klien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina (Malle, 2021).
  - (5) Afek Klien tampak datar, tumpul, emosi klien berubah – ubah, kesepian, apatis, depresi/sedih, dan cemas (Putri, 2018).
  - (6) Interaksi Saat Wawancara Respon klien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga yang menunjukkan sikap ataupun peran tidak percaya kepada pewawancara/orang lain.
  - (7) Persepsi Klien berhalusinasi mengenai ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan, dan perabaan yang membuat klien tidak ingin membersihkan diri dan klien mengalami depersonalisasi.
  - (8) Proses pikir Bentuk pikir klien yang otistik, dereistik, sirkumtansial, terkandang tangensial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik dan terkadang pembicaraan berhenti tiba-tiba
- i) Kebutuhan Klien Pulang
- (1) Makan Klien kurang mampu makan, cara makan klien yang terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.
  - (2) Berpakaian Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan.
  - (3) Mandi Klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, mencuci rambut, memotong kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau.

- (4) BAB/BAK Klien BAB/BAK tidak pada tempatnya seperti ditempat tidur dan klien tidak dapat membersihkan BAB/BAK nya.
  - (5) Istirahat Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.
  - (6) Penggunaan obat Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.
  - (7) Aktivitas di Rumah Klien tidak mampu melakukan semua aktivitas di dalam rumah karena klien selalu merasa malas.
- j) Mekanisme Koping (Dayanti, 2018) yaitu :
- (1) Adaptif, klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, klien tidak mampu berolahraga karena klien sama sekali, selalu menghindari orang lain.
  - (2) Maladaptive, klien bereaksi sangat lambat terkadang berlebihan, klien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain.
  - (3) Masalah Psikososial dan Lingkungan, klien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.
  - (4) Pengetahuan, klien defisit perawatan diri terkadang mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.
- k) Sumber koping, sumber koping merupakan evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang terdapat dilingkungannya. Sumber koping ini dijadikan modal untuk menyelesaikan masalah (Dayanti, 2018).

## Bagan 2. 1 Pohon Masalah



Sumber: (Astuti, 2019)

### 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang baik yang berlangsung aktual 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 defisit perawatan diri :

- Defisit Perawatan diri b.d penurunan motivasi / minat
- Resiko perilaku kekerasan b.d alam perasaan depresi
- Harga diri rendah b.d perubahan peran social

### 3. Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) intervensi keperawatan adalah setiap perawatan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan ( Tim pokja D. PPNI, 2016 ).

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No .	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)																																																	
1.	<p>Kode Diagnosa: Defisit perawatan diri <b>D.0109</b></p> <p><b>Definisi :</b> Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menolak melakukan perawatan diri</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri</li> <li>Minat melakukan perawatan diri kurang</li> <li></li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="600 475 1675 1233"> <thead> <tr> <th data-bbox="600 475 667 587">No</th> <th data-bbox="667 475 936 587">Kriteria Hasil</th> <th data-bbox="936 475 1070 587">Menurun</th> <th data-bbox="1070 475 1205 587">Cukup Menurun</th> <th data-bbox="1205 475 1339 587">Sedang</th> <th data-bbox="1339 475 1473 587">Cukup Meningkat</th> <th data-bbox="1473 475 1675 587">Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="600 587 667 667">1.</td> <td data-bbox="667 587 936 667">Kemampuan mandi</td> <td data-bbox="936 587 1070 667">1</td> <td data-bbox="1070 587 1205 667">2</td> <td data-bbox="1205 587 1339 667">3</td> <td data-bbox="1339 587 1473 667">4</td> <td data-bbox="1473 587 1675 667">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="600 667 667 746">2.</td> <td data-bbox="667 667 936 746">Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td data-bbox="936 667 1070 746">1</td> <td data-bbox="1070 667 1205 746">2</td> <td data-bbox="1205 667 1339 746">3</td> <td data-bbox="1339 667 1473 746">4</td> <td data-bbox="1473 667 1675 746">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="600 746 667 826">3.</td> <td data-bbox="667 746 936 826">Kemampuan makan</td> <td data-bbox="936 746 1070 826">1</td> <td data-bbox="1070 746 1205 826">2</td> <td data-bbox="1205 746 1339 826">3</td> <td data-bbox="1339 746 1473 826">4</td> <td data-bbox="1473 746 1675 826">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="600 826 667 906">4.</td> <td data-bbox="667 826 936 906">Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td data-bbox="936 826 1070 906">1</td> <td data-bbox="1070 826 1205 906">2</td> <td data-bbox="1205 826 1339 906">3</td> <td data-bbox="1339 826 1473 906">4</td> <td data-bbox="1473 826 1675 906">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="600 906 667 986">5.</td> <td data-bbox="667 906 936 986">Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td data-bbox="936 906 1070 986">1</td> <td data-bbox="1070 906 1205 986">2</td> <td data-bbox="1205 906 1339 986">3</td> <td data-bbox="1339 906 1473 986">4</td> <td data-bbox="1473 906 1675 986">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="600 986 667 1066">6.</td> <td data-bbox="667 986 936 1066">Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td data-bbox="936 986 1070 1066">1</td> <td data-bbox="1070 986 1205 1066">2</td> <td data-bbox="1205 986 1339 1066">3</td> <td data-bbox="1339 986 1473 1066">4</td> <td data-bbox="1473 986 1675 1066">5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	1.	Kemampuan mandi	1	2	3	4	5	2.	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5	3.	Kemampuan makan	1	2	3	4	5	4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5	5.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5	6.	Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5	<p>Kode intervensi utama : Dukungan perawatan diri <b>1.09268</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>Monitor tingkat kemandirian</li> <li>Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan</li> </ol>
No	Kriteria Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat																																														
1.	Kemampuan mandi	1	2	3	4	5																																														
2.	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5																																														
3.	Kemampuan makan	1	2	3	4	5																																														
4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5																																														
5.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5																																														
6.	Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5																																														

	<p><b>: Subjektif :</b> (Tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b> (Tidak tersedia)</p>		<p>lingkungan yang terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Siapkan keperluan pribadi</li> <li>3. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>
2.	<p>Kode diagnosa : Resiko perilaku kekerasan <b>D.0132</b></p> <p><b>Definisi :</b> Kemarahan yang di</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <hr/> <p>no Kriteria hasil Menurun Cukup Sedang Cukup Meningkatkan</p>	<p>Kode intervensi utama :</p> <p><b>Pencegahan perilaku kekerasan</b></p>

<p>ekspresikan secara berlebihan dan tidak dikendalikan secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan/atau merusak lingkungan</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengancam</li> <li>2. Mengumpat dengan kata-kata kasar</li> <li>3. Suara keras</li> <li>4. Bicara ketus</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyerang orang lain</li> <li>2. Melukai diri sendiri/orang lain</li> <li>3. Merusak lingkungan</li> <li>4. Perilaku agresif/amuk</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p>						Menurun						Meningkat	<p><b>I. 00146</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan</li> <li>2. Monitor keamanan barang yang dibawah oleh pengunjung</li> <li>3. Memonitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</li> <li>2. Libatkan</li> </ol>
	<b>1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>							
	<b>2. Verbalisasi umpatan</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>							
	<b>3. Perilaku menyerang</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>							
	<b>4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>							
	<b>5. Perilaku merusak lingkungan sekitar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>							
	<b>6. Perilaku agresif/amuk</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>							
	<b>7. Suara keras</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>							
	<b>8. Bicara ketus</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>							

	<p><b>: Subjektif :</b> (Tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mata melotot atau pandangan tajam</li> <li>2. Tangan mengepal</li> <li>3. Rahang mengatup</li> <li>4. Wajah memerah</li> <li>5. Postur tubuh kaku</li> </ol>		<p>keluarga dalam perawatan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</li> <li>2. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif</li> <li>3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal</li> </ol>														
3.	<p>Kode diagnosa : Harga diri rendah <b>D.0087</b></p> <p><b>Definisi :</b> Evaluasi atau perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan harga diri rendah meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="600 1118 1671 1268"> <thead> <tr> <th>no</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Menu run</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td><b>Penilaian</b></td> <td><b>1</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>4</b></td> <td><b>5</b></td> </tr> </tbody> </table>	no	Kriteria hasil	Menu run	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	1.	<b>Penilaian</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<p>Kode intervensi utama : <b>Dukungan penampilan pelan l.0102</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi</li> </ol>
no	Kriteria hasil	Menu run	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat											
1.	<b>Penilaian</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>											

<p>terhadap situasi saat ini</p> <p><b>Gejala dan tanda mayor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai diri negatif</li> <li>2. Merasa malu/bersalah</li> <li>3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</li> <li>4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berbicara pelan dan lirih</li> <li>2. Menolak berinteraksi dengan orang lain</li> <li>3. Berjalan menunduk</li> <li>4. Postur tubuh menunduk</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sulit berkonsentrasi</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p>	<p><b>diri positif</b></p> <table border="1"> <tr> <td>2. <b>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri</b></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3. <b>Postur tubuh menampakkan wajah</b></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4. <b>Perasaan malu</b></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>Meningkat</td> <td>Cukup Meningkat</td> <td>Sedang</td> <td>Cukup Menurun</td> <td>Menurun</td> </tr> <tr> <td>5. <b>Perasaan bersalah</b></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	2. <b>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri</b>	1	2	3	4	5	3. <b>Postur tubuh menampakkan wajah</b>	1	2	3	4	5	4. <b>Perasaan malu</b>	1	2	3	4	5	Kriteria hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	5. <b>Perasaan bersalah</b>	1	2	3	4	5	<p>sebagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi peran yang ada dalam keluarga</li> <li>3. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan yang tidak diinginkan</li> <li>2. Fasilitasi bermain</li> </ol>
2. <b>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri</b>	1	2	3	4	5																											
3. <b>Postur tubuh menampakkan wajah</b>	1	2	3	4	5																											
4. <b>Perasaan malu</b>	1	2	3	4	5																											
Kriteria hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun																											
5. <b>Perasaan bersalah</b>	1	2	3	4	5																											

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontak mata kurang</li> <li>2. Lesu dan tidak bergairah</li> <li>3. Pasif</li> <li>4. Tidak mampu membuat keputusan</li> </ol>		<p>peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Fasilitasi diskusi tentang peran orang tua</li> <li>4. Fasilitasi diskusi harapan adaptasi peran saat anak meninggalkan rumah</li> <li>5. Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>perilaku yang dibutuhkan untuk mengembankan peran</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan</li><li>3. Diskusikan perubahan peran dalam menerima ketergantungan orang tua</li><li>4. Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran</li></ol>
--	--	--	---

#### 4. Implementasi

**Tabel 2. 2 Strategi Pelaksanaan Defisit Perawatan Diri Pada Pasien dan Keluarga**

<p><b>Defisit perawatan diri</b></p>	<p><b>SP 1 Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri</li> <li>2. Menjelaskan cara menjaga kebersihan diri</li> <li>3. Membantu pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri</li> <li>4. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP II Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengavaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Menjelaskan cara makan yang baik</li> <li>3. Membantu pasien mempraktekkan cara makan yang baik</li> <li>4. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP III Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengavaluasi jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>SP 1 Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan kelluarga dalsm merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian tanda dan gejala defisit perawatan diri dan jenis defisit perawatan diri beserta yang di alami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara merawat pasiean defisit perawatan diri</li> </ol> <p><b>SP II Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan defisit perawatan diri</li> <li>5. Melatih keluarga melakukan cara perawatan langsung kedpada pasien defisit perawatan diri</li> </ol> <p><b>SP III Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal</li> <li>2. Aktifitas di rumah termasuk minum obat ( discharga</li> </ol>
--------------------------------------	---	---

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menjelaskan cara eliminasi yang baik</li> <li>3. Membantu pasien mempraktekkan cara eliminasi yang baik dan memasukan dalam jadwal</li> <li>4. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP IV Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. menjelaskan cara berbedaan</li> <li>3. Membantu pasien mempraktekkan cara berdandan</li> <li>4. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadawal kegiatan harian</li> </ol>	<p>planning)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</li> </ol>
--	---	---

## 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, tahap penilaian atau perbandingan yang sistematis, dan terencana tentang kesehatan pasien, dengan tujuan yang telah ditetapkan yang dilakukan secara berkesinambungan. Pada tahap evaluasi perawat membandingkan status kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Mubarrok, 2022).

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Yunus, 2019).

Format evaluasi menggunakan :

1. S : Subjektif adalah informasi yang didapat berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan setelah tindakan diperbaiki.
2. O : Objektif adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, dan dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan
3. A : Analisa data membandingkan antara infoermsi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil kemudian di ambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, muncul masalah baru.
4. P : Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa baik itu rencana diteruskan, dimodifikasi, dibatalkan ada masalah baru, selesai (tujuan tercapai).

## B. Konsep defisit perawatan diri

### 1. Definisi

Defisit perawatan diri (DPD) adalah keadaan di mana seseorang yang mengalami kelainan tidak dapat melakukan atau menyelesaikan a ktivitas perawatan diri. ketidakmampuan ini dapat disebabkan oleh gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis atau psikototik, dan penurunan motivasi atau minat untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, mencuci, dan berhias. Pasien tidak ingin mandi secara teratur, menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, dan bau nafas. Salah satu masalah yang

sering dihadapi pasien gangguan jiwa adalah ketidakmampuan mereka untuk memperoleh perawatan diri (Mardhianti, 2022).

## 2. Jenis-jenis defisit perawatan diri (Mardhianti, 2022)

### a. Defisit perawatan diri mandi

Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

### b. Defisit perawatan diri berdandan atau berhias

Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukurkumis.

### 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. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi;

### e. Defisit perawatan diri : berdandan atau berhias kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis;

### f. Defisit perawatan diri : makan mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring;

Defisit perawatan diri : toileting yaitu ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defeksi atau berkemih tanpa bantuan (Rochmah, 2023).

## 3. Etiologi

### a. Faktor predisposisi

1) Biologis, dimana deficit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan kperawatan diri dan dikarenakan adanya factor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2) Psikologis, adanya factor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi

terganggu. Klien yang mengalami deficit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

3) Social, kurangnya dukungan social dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.

b. Factor presipitasi

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

c. 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

d. Psikologis, adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan 9 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.

e. Sosial, kurangnya dukungan social dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam perawatan diri (Rochmah, 2023).

**4. Tanda dan gejala**

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
- 7) Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum

- 8) BAB dan BAK sembarangan
- 9) Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK
- 10) 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, misalnya memakai pakaian berlapis-lapis, penggunaa pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, misalnya telanjang.
- 6) Makan dan minum sembarangan dan berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan, tidak mampu memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskanmakanan.
- 7) BAB dan BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri setelah BAB dan BAK, tidak mampu menjaga kebersihan toilet dan menyiram toilet setelah BAB dan BAK.

**5. Mekanisme coping defisit perawatan diri**

a. Mekanisme coping adaptif

Yaitu mekanisme coping yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan. Kategori ini adalah klien bisa memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri.

b. Mekanisme coping maladaptive

Yaitu mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah tidak ingin merawat diri.

#### **6. Penatalaksanaan**

- a. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
- b. Membimbing dan menolong klien merawat diri
- c. Ciptakan lingkungan yang mendukung

### **C. Konsep Dukungan Perawatan Diri**

Dukungan keluarga merupakan hal yang sangat penting untuk meningkatkan kemampuan perawatan diri pada orang dengan gangguan jiwa meliputi : dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental dan dukungan penilaian dan untuk tingkat kemampuan perawatan diri meliputi : mandi , berpakaian, makan dan BAB/BAK. Keluarga mempunyai tanggung jawab untuk melakukan perawatan pada ODGJ, karena keluarga yang paling sering berhubungan ataupun kontak langsung dengan ODGJ, keluarga juga di anggap paling paham mengenai kondisi sssanggota keluarganya, dan keluarga adalah pemberi perawatan yang paling utama untuk mencapai pemenuhan kebutuhan dasar dan mengoptimalkan ketenangan jiwa bagi ODGJ yang membutuhkan waktu yang sangat lama dalam terapi penyembuhan ODGJ. Pemahaman keluarga dalam merawat ODGJ masih belum tepat sehingga menimbulkan sikap yang negatif terhadap pasien. Sikap negatif yang diberikan keluarga kepada ODGJ bisa dilihat dari pendapatnya bahwa penyakit yang terjadi pada ODGJ adalah penyakit menetap ataupun penyakit yang tidak dapat disembuhkan sehingga keluarga lebih sering membiarkan pasien asalkan tidak mengganggu. Keluarga juga menganggap bahwa gejala yang timbul pada pasien ODGJ merupakan hal yang biasa karena pasien adalah penderita gangguan jiwa. Hampir semua keluarga berpendapat bahwa pasien ODGJ hanya bisa menjadi beban bagi keluarga karena tidak memiliki kemampuan dalam merawat diri sendiri (Daulay & Ginting, 2021)