

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia berasal dari dua kata “*skizo*” yang berarti retak/pecah, dan “*frenia*” yang berarti jiwa. Penderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan kepribadian (Hawari, 2012). Penyakit skizofrenia diartikan sebagai penyakit yang terpecah, antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Skizofrenia juga berarti suatu gangguan jiwa berat ditandai dengan terjadinya penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan kognitif, gangguan realitas (halusinasi/waham), afek tidak wajar, serta mengalami kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, Wiyono, & Susanti, 2013).

Melinda Herman (2008), mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya.

2.1.2 Etiologi

Menurut Luana penyebab Skizofrenia dalam (Prabowo, 2014) yakni:

1. Faktor biologi
 - a. Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan cenderung meningkatkan seseorang terhadap skizofrenia.

b. Infeksi

Pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia, terdapat perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus. Penelitian mengatakan bahwa terpaparnya infeksi virus pada trimester kedua kehamilan dapat menyebabkan seseorang mengalami skizofrenia.

c. Struktur Otak

Pada skizofrenia otak terlihat sedikit berbeda dengan orang normal. Ventrikel otak terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

d. Hipotensi dopamine

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Kebanyakan obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal tersebut menyekat reseptor dopamine D2, dengan adanya transmisi sinyal pada sistem dopaminergik yang terhalang dapat meredakan gejala psikotik.

2. Faktor genetika

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia, menunjukkan bahwa resiko seumur hidup mengalami *skizofrenia* lebih besar pada keluarga biologis pasien daripada sekitar 1% populasi umum. Pewarisan genetika lebih besar menyebabkan resiko yang lebih besar. Resiko pada anak-anak lebih besar jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia daripada hanya salah satunya (Puri, 2011).

2.1.3 Klasifikasi

Pembagian Skizofrenia yang dikutip dari Maramis (2005) dalam buku Prabowo (2014), antara lain :

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pada anak saat pertama kali mengalami masa pubertas. Gejalanya seperti emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Sering timbul pada masa remaja antara umur 15-25 tahun. Gejala yang muncul yaitu gangguan proses berfikir, adanya *depersenalisasi* atau *double personality*. Perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi juga sering terjadi pada skizofrenia Hebefrenik.

3. Skizofrenia Katatonik

Timbul pada umur 15-30 tahun, bersifat akut, sering di dahului oleh stress emosional, dan sering terjadi gaduh gelisah.

4. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang nampak pada klien skizofrenia paranoid yaitu waham primer, disertai dengan waham sekunder dan halusinasi. Mereka suka menyendiri, mudah tersinggung, dan kurang percaya diri pada orang lain.

5. Skizofrenia Akut

Gejala seperti pasien dalam keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar-samar, muncul perasaan seakan-akan dunia luar serta

dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. Skizofrenia Residual

Skizofrenia dengan gejala primer, tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder dan timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.

7. Skizofrenia Skizo Afektif

Gejala utama yaitu gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Gejala skizofrenia terdiri atas dua kategori besar, yaitu gejala positif (*hard symptoms*) dan gejala negatif (*soft symptoms*).

1. Gejala positif

- a. Ambivalen: mempunyai 2 keyakinan atau kepercayaan yang berlawanan tentang seseorang yang sama, suatu kejadian, atau suatu situasi. Dia mempunyai perasaan atau pikiran yang bertentangan.
- b. *Associative loosen*: pikiran atau ide yang terpisah-pisah dan tidak ada hubungan satu dengan yang lain.
- c. Delusi: keyakinan yang tidak benar, tidak berubah (*fixed*), dan tidak berdasarkan pada kenyataan atau realitas.
- d. *Echopraxia*: meniru gerakan atau gerak-gerak dari orang yang sedang diamatinya.
- e. *Flight of idea*: klien mengungkapkan kata-kata terus menerus atau meloncat-loncat dari topik satu ke topik yang lain.

- f. Halusinasi: persepsi sensori yang tidak benar dan tidak berdasarkan pada realitas.
- g. *Ideas of reference*: pikiran yang tidak benar bahwa kejadian eksternal membawa arti yang khusus untuk dirinya.
- h. Perseverasi: memegang teguh suatu ide atau topik; mengulang-ulang suatu kalimat atau suatu kata; menolak usaha untuk mengubah topik.

2. Gejala negatif

- a. Alogia: cenderung bicara sangat sedikit, pembicaraan tidak berarti atau tidak berisi
- b. Anhedonia: tidak merasakan kegembiraan atau kesenangan dalam hidupnya, dengan relasinya maupun dengan kegiatannya
- c. Apatis: tidak peduli pada orang lain, kejadian atau kegiatannya
- d. Katatonia: imobilitas yang ditimbulkan secara psikologis ketika klien tidak bergerak, kaku seperti dalam keadaan setengah sadar (*trance*).
- e. Afek datar: tidak ada ekspresi wajah yang dapat menunjukkan emosi, perasaan, atau *moodnya*.
- f. Keengganan: tidak ada kemauan, atau ambisi, atau dorongan untuk menyelesaikan atau melakukan sesuatu.

Gejala yang lazim terdapat pada gejala positif adalah delusi, halusinasi, kekacauan yang mencolok dalam berpikir, berbicara, dan tingkah laku, sedangkan yang lazim pada gejala negatif adalah afek datar (emosi atau mood tidak nampak pada wajah); tidak nyaman dengan orang-orang lain dan menarik diri; tidak ada kemauan atau ambisi, atau dorongan untuk menyelesaikan pekerjaan.

Gejala positif dapat dikendalikan dengan obat-obatan, tetapi kurang. Gejala ini yang bertahan terus, merupakan penghalang dalam penyembuhan dan kemampuan maksimal untuk melaksanakan fungsinya sehari-hari. (Mary Baradero & dkk, 2019)

2.1.5 Fase Skizofrenia

1. Fase akut

Mulai munculnya gejala sampai sebelum 6 bulan, disertai dengan gejala negatif dan positif skizofrenia.

2. Fase kronik

Ditandai dengan gejala akut, sudah berlangsung 6 bulan/lebih, disertai dengan ciri tidak memperhatikan kebersihan diri dan gangguan motorik (pergerakan).

3. Fase premorbid

Pada fase ini, fungsi-fungsi individu masih dalam keadaan normatif. (Keliat, Wiyono, & Susanti, 2013)

4. Fase prodromal

Adanya perubahan dari fase premorbid menuju gejala psikotik yang nyata. Fase ini berlangsung dalam beberapa minggu bahkan bulan. Lamanya fase ini merata antara 2 sampai 5 tahun. Individu akan mengalami kemunduran dalam fungsi-fungsi yang mendasar (pekerjaan sosial dan rekreasi) dan muncul gejala seperti gangguan tidur, ansietas, konsentrasi berkurang, depresi, menurunnya kemampuan, mudah lelah, dan adanya defisit perilaku. Gejala positif seperti curiga mulai

berkembang diakhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati mulai menjadi psikosis.

(Muhyi, 2011).

5. Fase psikotik

Berlangsung mulai dengan fase akut, kemudian adanya perbaikan memasuki fase stabilisasi dan kemudian fase stabil

a. Pada fase akut terlihat gambaran psikotik yang jelas, seperti halusinasi, gangguan proses pikir, waham, dan biasanya individu tidak mampu mengurus dirinya sendiri dengan baik.

b. Fase stabilisasi berlangsung selama 6-18 bulan

c. Pada fase stabil terlihat gejala negatif dan residual dari gejala positif. Gejala positif ini masih ada dan biasanya keparahan sudah berkurang dibandingkan dengan fase akut. Beberapa individu dapat dijumpai asimtomatis, dan ada individu lain mengalami gejala nonpsikotik seperti depresi, iritabilitas, ansietas dan dapat terjadi insomnia.

(Muhyi, 2011).

2.1.6 Penatalaksanaan

Terapi pada skizofrenia bersifat komprehensif meliputi terapi psikofarmaka, psikoterapi, psikososial, dan terapi psikoreligius (Muhyi, 2011).

1. Terapi psikofarmaka

Skizofrenia diobati dengan obat antipsikotik terdiri dari golongan tipikal dan atipikal. Golongan tipikal meliputi: klorpromazin, haloperidol, tioridazin, flufenazin dan lain-lain. Sedangkan golongan

atipikal seperti risperidon, klozapin, olanzapin, aripiprazon, quetapin dan lain-lain. Ada perbedaan efek samping dari antipsikotik atipikal dan tipikal.

Antipsikotik atipikal:

- a. Menimbulkan lebih sedikit efek samping neurologis
- b. Lebih besar kemungkinan menimbulkan efek samping metabolik, seperti berat badan yang bertambah, diabetes mellitus, dan sindroma metabolik. Penanggulangan memakai antipsikotik diusahakan sesegera mungkin. Eksaserbasi psikotik akut dapat menyebabkan distress emosional, perilaku individu, membahayakan diri sendiri dan orang lain. Terlebih dulu individu menjalani pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan vital sign sebelum memperoleh antipsikotik. (Muhyi, 2011).

2. Psikoterapi

Psikoterapi (terapi kejiwaan) diberikan apabila penderita dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realita sudah pulih kembali, serta pemahaman mengenai diri sudah kembali baik. Psikoterapi ini diberikan pada penderita yang masih tetap mendapat terapi psikofarmaka. Tujuan dari terapi psikofarmaka yaitu untuk memperkuat struktur kepribadian, mematangkan kepribadian, memperkuat ego, meningkatkan citra diri, memulihkan kepercayaan diri, dan semuanya untuk mencapai kehidupan yang berarti dan bermanfaat (Muhyi, 2011).

3. Psikososial

Terapi psikososial ini agar penderita mampu beradaptasi kembali dengan lingkungan sekitarnya, mampu merawat diri secara mandiri sehingga tidak menjadi beban keluarga dan masyarakat. Penderita skizofrenia diusahakan untuk tidak menyendiri, melamun dan diupayakan agar diberi banyak kegiatan dan bersosialisasi (Muhyi, 2011).

4. Terapi psikoreligius

Terapi keagamaan terhadap penderita skizofrenia juga mempunyai manfaat. Kelompok yang mendapat terapi keagamaan, gangguan jiwa skizofrenia cenderung cepat hilang, perawatan hanya membutuhkan waktu yang tidak lama, lebih cepat hilang, kemampuan adaptasi lebih cepat.

Terapi keagamaan yang dimaksudkan berupa kegiatan ritual keagamaan seperti sholat, berdoa, memanjatkan puji-pujian kepada tuhan, ceramah keagamaan, kajian kitab suci dan lain sebagainya. Adanya keyakinan yang salah bahwa agama dapat mencetuskan terjadinya gangguan jiwa skizofrenia. Diamati dengan adanya gejala waham keagamaan, jalan pikiran yang patologis dengan pola sentral keagamaan. Dengan terapi ini gejala patologis dengan pola sentral keagamaan dapat diluruskan, keyakinan dan keimanan penderita dapat dipulihkan kembali ke jalan yang benar (Muhyi, 2011).

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang yang mengalami hambatan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas sehari-harinya secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi, menyalir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau nafas, dan penampilan yang tidak rapi. (Yusuf & dkk, 2015).

Herdman (2012) mendefinisikan defisit perawatan diri sebagai suatu gangguan didalam melakukan aktivitas perawatan diri (kebersihan diri, berhias, makan, toileting). Sedangkan perawatan diri adalah kemampuan dasar individu dalam memenuhi kebutuhannya untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya.

2.2.2 Proses terjadinya masalah

Menurut Herdman (2012) proses terjadinya masalah defisit perawatan diri terdiri dari dua faktor. Berikut ini adalah faktor-faktor yang menyebabkan individu mengalami defisit perawatan diri, yaitu :

1. Faktor prediposisi

- a. Biologis

Seringkali 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.

b. Psikologis

Faktor perkembangan memegang peranan yang tidak kalah penting hal ini 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 tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.

c. Sosial

Dukungan yang kurang dan latihan yang kurang dalam perawatan diri dari lingkungan klien. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2. 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.

- e. Tidak mau berhias/berdandan
 - f. Tidak bisa/tidak mau menggunakan alat mandi/kebersihan diri
 - g. Tidak menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum
 - h. BAB dan BAK sembarangan
 - i. Tidak membersihkan diri dan tempat BAB dan BAK setelah BAB dan BAK
 - j. Tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar
2. Data objektif
- a. Badan bau, kotor, berdaki, rambut kotor, gigi kotor, kuku panjang
 - b. Tidak menggunakan alat-alat mandi pada saat mandi dan tidak mandi dengan benar
 - c. Rambut kusut, berantakan, kumis dan jenggot tidak rapi, serta tidak mampu berdandan
 - d. Pakaian tidak rapi, tidak mampu memilih, mengambil, memakai, mengencangkan, dan memindahkan pakaian, tidak memakai sepatu, tidak mengkancingkan baju atau celana
 - e. Memakai barang-barang yang tidak perlu dalam berpakaian, misal memakai pakaian berlapis-lapis, penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Melepas barang-barang yang perlu dalam berpakaian, misal telanjang
 - f. Makan dan minum sembarangan serta berceceran, tidak menggunakan alat makan, tidak mampu (menyiapkan makanan, memindahkan makanan ke alat makan (dari panci ke piring atau

mangkok, tidak mampu menggunakan sendok dan tidak mengetahui fungsi alat-alat makan), memegang alat makan, membawa makanan dari piring ke mulut, mengunyah, menelan makanan secara aman dan menghabiskan makanan)

- g. 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)

(Herdman, 2012)

2.2.5 Mekanisme Koping

Menurut Saputra (2017) mekanisme koping meliputi :

1. Adaptif

Biasanya klien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak dapat menyelesaikan masalah, dan tidak mau berolahraga karena pasien selalu malas.

2. Maladaptif

Biasanya pasien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan, klien sama sekali tidak mau berkerja, dan menghindari orang lain.

3. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien mengalami masalah psikososial biasanya seperti berinteraksi sosial. Disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, kurangnya pendidikan, masalah sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan

4. Pengetahuan

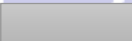
Pasien dengan defisit perawatan diri biasanya mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

2.2.6 Pohon Masalah



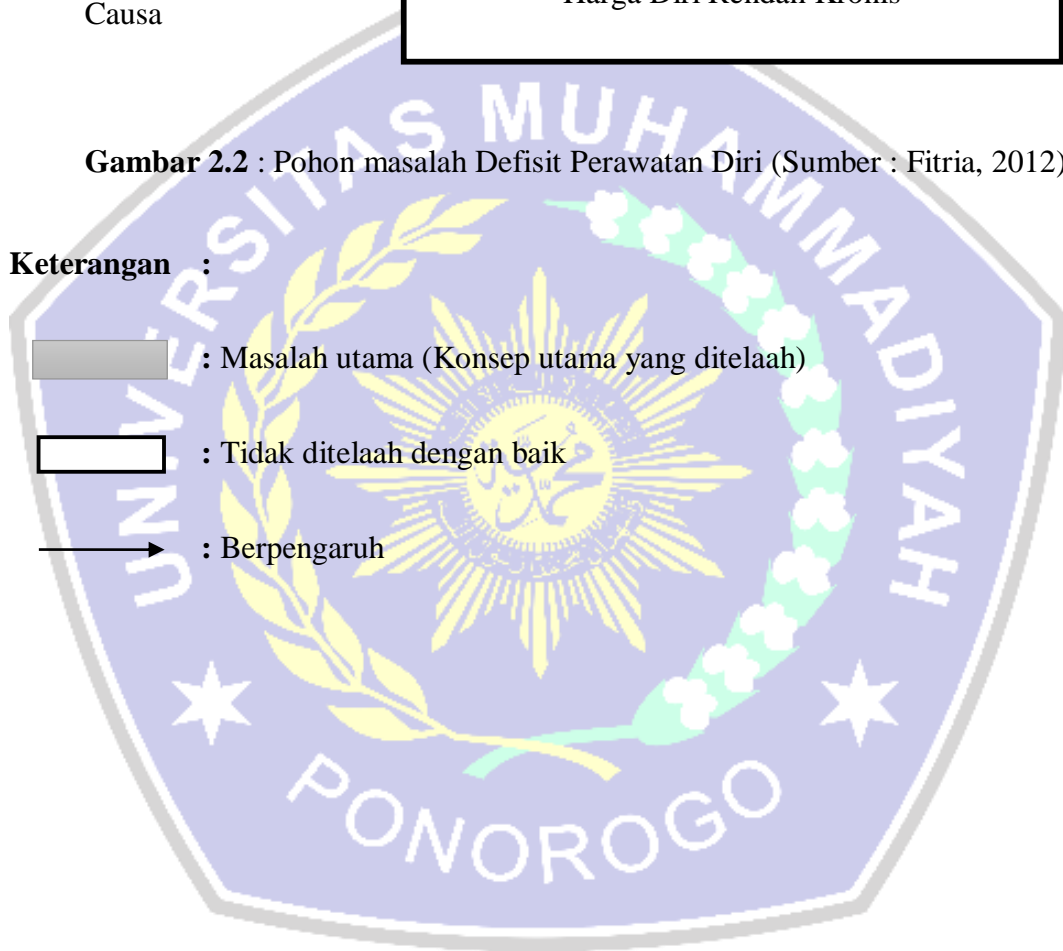
Gambar 2.2 : Pohon masalah Defisit Perawatan Diri (Sumber : Fitria, 2012)

Keterangan :

 : Masalah utama (Konsep utama yang ditelaah)

 : Tidak ditelaah dengan baik

 : Berpengaruh



2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Skizofrenia dengan Defisit Perawatan Diri

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

Terdiri dari: nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, alasan masuk, nomer rekam medik, keluarga yang dapat dihubungi (Saputra, 2017).

2. Alasan Masuk

Masalah yang dialami klien yaitu senang menyendiri, tidak mau banyak bicara dengan orang lain, terlihat murung, penampilan acak-acakan, tidak peduli dengan diri sendiri dan mulai mengganggu orang lain (Saputra, 2017).

3. Faktor Predisposisi

a. Biologis

1) Riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, diturunkan melalui kromosom orang tua (kromosom keberapa masih dalam penelitian). Di duga kromos No.6 dengan kontribusi genetik tambahan nomor 4, 8, 15 dan 22. Pada anak yang keduanya tidak menderita, kemungkinan terkena penyakit adalah 1%. Sementara pada anak yang salah satu orang tuanya tidak menderita kemungkinan terkena adalah 15%. Jika kedua orang tuanya penderita maka risiko terkena adalah 35%.

2) Kembar identik berisiko mengalami gangguan sebesar 50% sedangkan kembar fraterna berisiko mengalami gangguan 15%.

3) Riwayat janin saat prenatal trauma, penurunan konsumsi oksigen pada saat dilahirkan, prematur, preeklamsi, malnutrisi, stress, ibu perokok, alkohol, pemakaian obat-obatan, infeksi, hipertensi dan agen teratogenik. Anak yang dilahirkan dalam kondisi seperti ini pada saat dewasa (25 tahun) mengalami pembesaran ventrikel otak dan atrofi kortek otak.

4) Nutrisi: Adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa.

5) Sensitifitas biologi: riwayat penggunaan obat, riwayat terkena infeksi dan trauma kepala, serta radiasi dan riwayat pengobatan. Ketidakseimbangan dopamin dengan serotonin neurotransmitter.

6) Paparan terhadap racun: pada trimester 3 kehamilan terjadi paparan virus influenza dan riwayat keracunan CO, asbestos karena mengganggu fisiologi otak.

(Wahyuni, 2017).

b. Psikologis

1) Adanya riwayat kerusakan struktur pada lobus frontal menyebabkan suplay oksigen dan glukosa terganggu dimana lobus tersebut mempengaruhi proses kognitif sehingga anak mempunyai intelegasi dibawah rata-rata dan menyebabkan kurangnya kemampuan menerima informasi dari luar.

2) Kurangnya keterampilan komunikasi verbal, seperti tidak mampu berkomunikasi, komunikasi tertutup (non verbal), gagap, riwayat

kerusakan fungsi bicara, misalnya trauma kepala dan berdampak kerusakan pada area *broca* dan area *wernich*.

3) Moral: riwayat tinggal dilingkungan dapat mempengaruhi moral individu, misalnya keluarga *broken home*, ada konflik keluarga dan menutup diri.

4) Kepribadian: orang yang mudah kecewa dan putus asa, kecemasan yang tinggi dan menutup diri.

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

a) Orang tua otoriter, selalu membandingkan, yang mengambil jarak dengan anaknya, penilaian negatif yang terus-menerus

b) Anak yang diasuh oleh orang tua yang suka cemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berperasaan

c) Penolakan atau tindak kekerasan dalam rentang hidup klien

d) Konflik orang tua, disfungsi sistem keluarga

e) Kematian orang terdekat, adanya perceraian

f) Takut penolakan sekunder akibat obesitas, penyakit terminal, sangat miskin dan pengangguran, putus sekolah.

g) Riwayat ketidakpuasan yang berhubungan dengan penyalahgunaan obat, perilaku yang tidak matang, pikiran delusi, penyalahgunaan alkohol

6) Konsep diri: ideal diri yang tidak realistis, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, gambaran diri negatif, spiritual dapat terganggu karena ketika pasien mengalami gangguan jiwa ibadah tidak dilakukan.

- 7) Motivasi: adanya riwayat kegagalan dan kurangnya penghargaan.
- 8) Pertahankan psikologis, ambang toleransi terhadap stress yang rendah, riwayat gangguan perkembangan sebelumnya.
- 9) *Self control*: tidak mampu melawan terhadap dorongan untuk menyendiri

c. Sosial Budaya

- 1) Usia: Ada riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai
- 2) Gender: ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender
- 3) Pendidikan: pendidikan yang rendah dan riwayat sekolah yang tidak selesai
- 4) Pekerjaan: *stressfull* dan berisiko tinggi
- 5) Pendapatan: penghasilan rendah
- 6) Status sosial: kehidupan terisolasi (hilangnya kontak sosial, contohnya pada lansia) dan interaksi dengan orang lain terganggu karena klien kotor.
- 7) Latar belakang budaya: tuntutan sosial budaya tertentu adanya stigma masyarakat, budaya yang berbeda (bahasa tidak dikenal)
- 8) Agama dan keyakinan: riwayat hambatan menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin
- 9) Keikutsertaan dalam politik: riwayat kegagalan dalam berpolitik
- 10) Pengalaman sosial: perubahan dalam kehidupan seperti adanya bencana dan kerusuhan. Kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan dan ketidakutuhan keluarga.

- 11) Peran sosial: isolasi sosial: khususnya usia lanjut, stigma negatif dari masyarakat, praduga negatif dan stereotipi, perilaku sosial tidak diterima oleh masyarakat.

(Wahyuni, 2017).

4. Faktor Presipitasi

a. Nature

1) Biologi

- a) Dalam enam bulan terakhir mengalami penyakit infeksi otak (encephalitis) atau trauma kepala yang mengakibatkan lesi daerah frontal, temporal dan limbik sehingga terjadi ketidakseimbangan dopamine dan serotonin neurotransmitter.
- b) Dalam enam bulan terakhir terjadi gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa yang berdampak pada pemenuhan glukosa di otak yang dapat mempengaruhi fisiologi otak terutama bagian fungsi kognitif.
- c) Sensitivitas biologi: putus obat atau mengalami obesitas, kecacatan fisik, kanker dan pengobatannya yang dapat menyebabkan perubahan penampilan fisik.
- d) Paparan terhadap racun, misalnya CO dan asbestos yang dapat mempengaruhi metabolisme di otak sehingga mempengaruhi fisiologis otak

2) Psikologis

- a) Dalam enam bulan terakhir terjadi trauma atau kerusakan struktur di lobus frontal dan terjadi suplay oksigen dan glukosa terganggu sehingga mempengaruhi kemampuan dalam memahami persepsi dan kognitif
- b) Keterampilan verbal, tidak mampu komunikasi, gagap, mengalami kerusakan yang mempengaruhi fungsi bicara
- c) Dalam enam bulan terakhir tinggal di lingkungan yang dapat mempengaruhi moral: lingkungan keluarga yang *broken home*, konflik atau tinggal dalam lingkungan dengan perilaku sosial yang tidak diharapkan
- d) Konsep diri: harga diri rendah, perubahan penampilan fisik, ideal diri tidak realistis, gangguan pelaksanaan peran (konflik peran, peran ganda, ketidakmampuan menjalankan peran, tuntutan peran tidak sesuai dengan usia)
- e) *Self control*: tidak mampu melawan dorongan untuk menyendiri dan ketidakmampuan mempercayai orang lain.
- f) Motivasi: tidak mempunyai motivasi untuk melakukan aktivitas
- g) Kepribadian: mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan yang tinggi sampai panik, menutup diri

3) Sosial budaya

- a) Usia: dalam enam bulan terakhir alami ketidaksesuaian tugas perkembangan dengan usia, atau terjadi perlambatan dalam

- penyelesaian tugas perkembangan atau regresi ketahap perkembangan sebelumnya
- b) Gender: enam bulan terakhir alami ketidaksesuaian identitas dan kegagalan peran gender (model peran negatif)
 - c) Pendidikan: dalam enam bulan terakhir mengalami putus sekolah dan gagal sekolah
 - d) Pekerjaan: pekerjaan stressfull dan beresiko atau tidak bekerja (PHK)
 - e) Pendapatan: penghasilan rendah atau dalam enam bulan terakhir tidak mempunyai pendapatan atau terjadi perubahan status kesejahteraan
 - f) Status sosial: tuna wisma dan kehidupan isolasi, tidak mempunyai system pendukung dan menarik diri
 - g) Agama ada keyakinan: tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin. Terdapat nilai-nilai sosial di masyarakat yang tidak diharapkan
 - h) Kegagalan dalam berpolitik: kegagalan dalam berpolitik
 - i) Kejadian sosial saat ini: perubahan dalam kehidupan : perang, bencana, kerusuhan, tekanan dalam pekerjaan, kesulitan mendapat pekerjaan, sumber-sumber personal yang tidak adekuat akibat perang, bencana
 - j) Peran sosial: dalam enam bulan terakhir isolasi sosial, deskriminasi dan praduga negatif, ketidakmampuan untuk mempercayai orang lain

b. Origin

Internal: persepsi klien yang buruk tentang personal hygiene, toileting, berdandan dan berhias

Eksternal : kurangnya dukungan sosial keluarga dan ketersediaan alat/fasilitas

c. Time

- 1) Waktu terjadinya stressor pada waktu yang tidak tepat
- 2) Stressor terjadi secara tiba-tiba atau bisa juga secara bertahap
- 3) Stressor terjadi berulang kali dan antara satu stressor dengan stressor yang lain saling berdekatan

d. Number

- 1) Sumber stress lebih dari satu (banyak)
 - 2) Stress dirasakan sebagai masalah yang berat
- (Wahyuni, 2017).

5. Fisik

Keadaan sehat secara umum : gangguan neuromuskular, gangguan muskuloskeletal, kelemahan, kelelahan dan kecacatan. Biasanya pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), pemeriksaan secara keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang biasanya penampilan klien yang kotor dan acak-acakan. (Trihadi, 2014).

6. Psikososial

a. Genogram

Biasanya menggambarkan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

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

2) 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.

3) Peran diri

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

4) 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.

5) Harga diri

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

6) Hubungan sosial

Biasanya hubungan pasien dengan orang lain sangat terganggu karena penampilan klien yang kotor dan bau sehingga orang disekitar klien menghindari. Adanya hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat berinteraksi dengan orang lain.

7) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Biasanya nilai dan keyakinan terhadap agama pasien terganggu

b) Kegiatan ibadah

Biasanya kegiatan ibadah pasien tidak dilakukan ketika pasien mengalami gangguan jiwa

(Trihadi, 2014).

7. Status mental

a. Penampilan

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

b. Pembicaraan

Biasanya cara bicara pasien lambat, gagap, sering terhenti, apatis serta kesulitan memulai pembicaraan

c. Aktivitas motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif

d. Alam perasaan

Biasanya keadaan pasien tampak sedih, putus asa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina

e. Afek

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

f. Interaksi selama wawancara

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

g. Persepsi

Biasanya pasien halusinasi tentang ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan serta perabaan yang membuat klien tidak mau melakukan perawatan diri dan mengalami depersonalisasi

h. 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.

i. Isi pikir

Data didapatkan melalui wawancara:

- 1) Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya
- 2) Phobia: ketakutan yang tidak logis terhadap objek / situasi tertentu
- 3) Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada
- 4) Depersonalisasi: perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang atau lingkungan
- 5) Ide yang terkait: keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya
- 6) Pikiran magis: keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil/diluar kemampuannya.
- 7) Waham
 - a. Agama: keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai kenyataan
 - b. Somatik: klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai kenyataan
 - c. Kebesaran: klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
 - d. Curiga: klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya

yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan

e. Nihilistik: klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia / meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan

8) Masalah keperawatan sesuai dengan data

j. Tingkat kesadaran

Data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui observasi, orientasi klien (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara :

- 1) Bingung, tampak bingung dan kacau
- 2) Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar / tidak sadar
- 3) Stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat dikatakan dalam sikap canggung dan dipertahankan tetapi klien mengerti semua yang terjadi dilingkungan
- 4) Orientasi waktu, tempat, orang jelas
- 5) Masalah keperawatan sesuai dengan data

k. Memori

Data diperoleh melalui wawancara :

- 1) Gangguan daya ingat jangnan panjang: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan

- 2) Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir
 - 3) Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
 - 4) Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya
 - 5) Masalah keperawatan sesuai dengan data
- l. Tingkat konsentrasi dan berhitung
- Data diperoleh dari wawancara:
- 1) Mudah dialihkan: perhatian klien mudah berganti dari satu objek ke objek yang lain
 - 2) Tidak mampu berkonsentrasi: klien selalu minta agar pertanyaan diulang / tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan
 - 3) Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan / pengurangan pada benda-benda nyata
 - 4) Masalah keperawatan sesuai data
- m. Kemampuan penilaian
- 1) Gangguan kemampuan penilaian ringan: dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Misalnya berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi terlebih dahulu baru makan atau sebaliknya. Jika diberi penjelasan klien dapat mengambil keputusan

- 2) Gangguan kemampuan penilaian bermakna: tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu. Misalnya berikan kesempatan untuk memilih mandi terlebih dahulu baru makan atau sebaliknya. Jika diberi penjelasan, klien masih tidak mampu untuk mengambil keputusan
- 3) Masalah keperawatan sesuai dengan data

n. Daya tilik diri

Data diperoleh melalui wawancara :

- 1) Mengingkari penyakit yang diderita: tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan
- 2) Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain / lingkungan yang menyebabkan kondisi saat orang lain / lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.
- 3) Masalah keperawatan sesuai dengan data

(Saputra, 2017).

8. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

- 1) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka / tidak suka / pantang) dan cara makan
- 2) Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan

b. BAB/BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK :

- 1) Pergi, menggunakan dan membersihkan WC
- 2) Membersihkan diri dan merapikan pakaian

c. Mandi

- 1) Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot, dan rambut)
- 2) Observasi kebersihan tubuh dan bau badan

d. Berpakaian

- 1) Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian dan alas kaki
- 2) Observasi penampilan dan dandan klien
- 3) Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian
- 4) Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien : mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian

e. Istirahat dan tidur

- 1) Lama dan waktu tidur siang / tidur malam
- 2) Persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, cuci kaki dan berdoa
- 3) Kegiatan sesudah tidur, seperti merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka dan menyikat gigi

f. Penggunaan obat

- 1) Penggunaan obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara
- 2) Reaksi obat

g. Pemeliharaan kesehatan

- 1) Apa, bagaimana, kapan dan kemana, perawatan dan pengobatan lanjut
- 2) Siapa saja system pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya

h. Kegiatan didalam rumah

Merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan

- 1) Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel)
- 2) Mencuci pakaian sendiri
- 3) Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari

i. Kegiatan diluar rumah

- 1) Belanja untuk kebutuhan sehari-hari
- 2) Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum
- 3) Kegiatan lain yang dilakukan klien diluar rumah (bayar listrik / telepon / air, kantor pos dan bank)

(Saputra, 2017).

9. 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.

(Saputra, 2017)

10. Masalah psikososial dan lingkungan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki klien beri uraian yang spesifik, singkat, dan jelas. (Yusuf & dkk, 2015).

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.

11. Pendidikan

Biasanya pada pasien dengan defisit perawatan diri mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan (Saputra, 2017)

12. Sumber Koping

a. *Personal ability*

- 1) Tidak komunikatif dan cenderung menarik diri
- 2) Kesehatan umum klien, terdapat kecacatan, atau kelemahan otot

- 3) Ketidakmampuan mengambil keputusan dan memecahkan masalah
- 4) Kemampuan berhubungan dengan orang lain tidak adekuat
- 5) Pengetahuan tentang masalah perawatan diri
- 6) Kurang mampu melakukan perawatan diri
- 7) Integritas ego yang tidak adekuat

b. Sosial support

- 1) Tidak adanya orang terdekat yang mendukung keluarga, teman, kelompok
- 2) Hubungan antara individu, keluarga dan masyarakat tidak adekuat
- 3) Kurang terlibat dalam organisasi sosial
- 4) Adanya konflik nilai budaya

c. Material assest

- 1) Penghasilan individu atau keluarga yang tidak mencukupi
- 2) Sulit mendapatkan pelayanan kesehatan
- 3) Tidak memiliki pekerjaan
- 4) Tidak punya uang untuk berobat, tidak ada tabungan
- 5) Tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang berharga

d. Positif belief

- 1) Tidak memiliki keyakinan dan nilai positif terhadap kesehatan
- 2) Tidak memiliki motivasi untuk sembuh
- 3) Penilaian negatif tentang pelayanan kesehatan
- 4) Tidak menganggap apa yang dialami merupakan sebuah masalah

(Wahyuni, 2017).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala defisit perawatan diri yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala defisit perawatan diri, maka diagnosa yang ditegakkan adalah :

Defisit Perawatan Diri : Kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK

(Herdman, 2012).

2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Rencana tindakan keperawatan defisit perawatan diri dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat memberikan pelayanan di rumah sakit (bila ada pasien dikunjungi atau didampingi keluarga), puskesmas atau kunjungan rumah, maka perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian dan melatih cara untuk mengatasi defisit perawatan diri yang dialami pasien (Herdman, 2012).

Setelah perawat selesai melatih pasien, maka perawat kembali menemui keluarga dan melatih keluarga untuk merawat pasien, serta menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu keluarga lakukan yaitu untuk membimbing pasien melatih kemampuan mengatasi defisit perawatan diri yang telah diajarkan oleh perawat (Herdman, 2012).

Tindakan keperawatan untuk pasien dan keluarga dilakukan pada setiap pertemuan, minimal empat kali pertemuan hingga pasien dan keluarga mampu mengatasi defisit perawatan diri.

1. Tindakan keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

Tujuan : Pasien mampu :

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Melakukan kebersihan diri mandi secara mandiri
- c. Melakukan berhias/berdandan secara baik dan benar
- d. Melakukan makan dan minum dengan baik dan benar
- e. Melakukan BAB/BAK secara mandiri

2. Tindakan keperawatan untuk Pasien Defisit Perawatan Diri

- a. Membina hubungan saling percaya dengan cara :
 - 1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
 - 2) Berkenalan dengan pasien, serta tanyakan nama dan panggilan pasien
 - 3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
 - 4) Buat kontrak asuhan : apa yang akan dilakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana
 - 5) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
 - 6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
 - 7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan

b. Menjelaskan pentingnya perawatan kebersihan diri

Untuk melatih pasien dalam menjaga kebersihan diri, perawat dapat melakukan tahapan tindakan yang meliputi :

- 1) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
- 2) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
- 3) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
- 4) Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri

c. Melatih pasien berdandan/berhias

Untuk pasien laki-laki latihan meliputi: Berpakaian, Menyisir rambut, dan Bercukur

Untuk pasien wanita, latihannya meliputi: Berpakaian, Menyisir rambut dan Berhias

d. Melatih pasien makan dan minum secara mandiri

Untuk melatih pasien makan dan minum pasien, perawat dapat melakukan tahapan sebagai berikut :

- 1) Menjelaskan kebutuhan (kebutuhan makan perhari dewasa 2000-2200 kalori (untuk perempuan) dan untuk laki-laki antara 2400-2800 kalori setiap hari makan minum 8 gelas (2500ml setiap hari) dan cara makan dan minum
- 2) Menjelaskan cara makan dan minum yang tertib
- 3) Menjelaskan cara merapikan peralatan makan dan minum setelah makan dan minum
- 4) Mempraktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik

- e. Mengajarkan pasien melakukan BAB dan BAK secara mandiri

Perawat dapat melatih pasien untuk BAB dan BAK mandiri sesuai tahapan berikut :

- 1) Menjelaskan tempat BAB dan BAK yang sesuai
- 2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
- 3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK
- 4) Mempraktikkan BAB dan BAK dengan baik

3. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga Pasien Defisit Perawatan Diri

Keluarga diharapkan dapat merawat pasien defisit perawatan diri di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien

Tujuan: Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami defisit perawatan diri

Tindakan keperawatan :

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien defisit perawatan diri
- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri dan mengambil keputusan merawat pasien
- c. Diskusikan dengan keluarga tentang fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien untuk menjaga perawatan diri pasien
- d. Latih keluarga cara merawat dan membimbing kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK pasien
- e. Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung perawatan diri pasien

- f. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
- g. Menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur

(Herdman, 2012)

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan (Stuart dan Sundeen, 2006 dalam Muhith, 2015).

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 respons pasien didokumentasikan (Prabowo, 2014).

Tindakan keperawatan :

Tabel 2.1 : Strategi Pelaksanaan pada Pasien (Sumber : Ah. Yusuf, 2019)

SP 1 Pasien	<p>Melatih cara perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pentingnya menjaga perawatan diri b. Menjelaskan alat-alat untuk menjaga perawatan diri c. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri d. Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
-------------	--

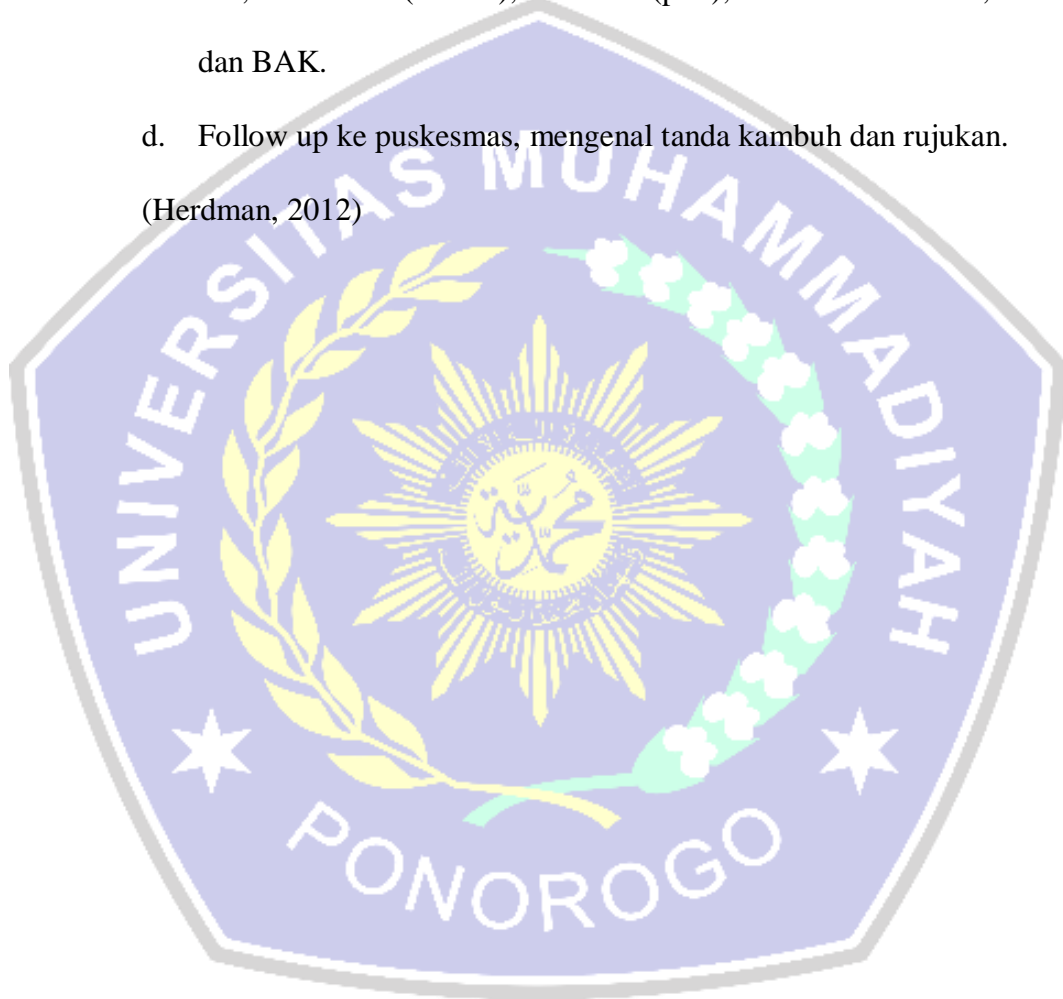
SP 2 Pasien	<p>Melatih pasien berdandan/berhias</p> <p>Untuk pasien laki-laki latihan meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berpakaian Menyisir rambut Bercukur <p>Untuk pasien perempuan latihannya meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berpakaian Menyisir rambut Berhias
SP 3 Pasien	<p>Melatih pasien cara makan secara mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan cara mempersiapkan makan Menjelaskan cara makan yang tertib Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik
SP 4 Pasien	<p>Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

2.3.5 Evaluasi kemampuan pasien dan keluarga

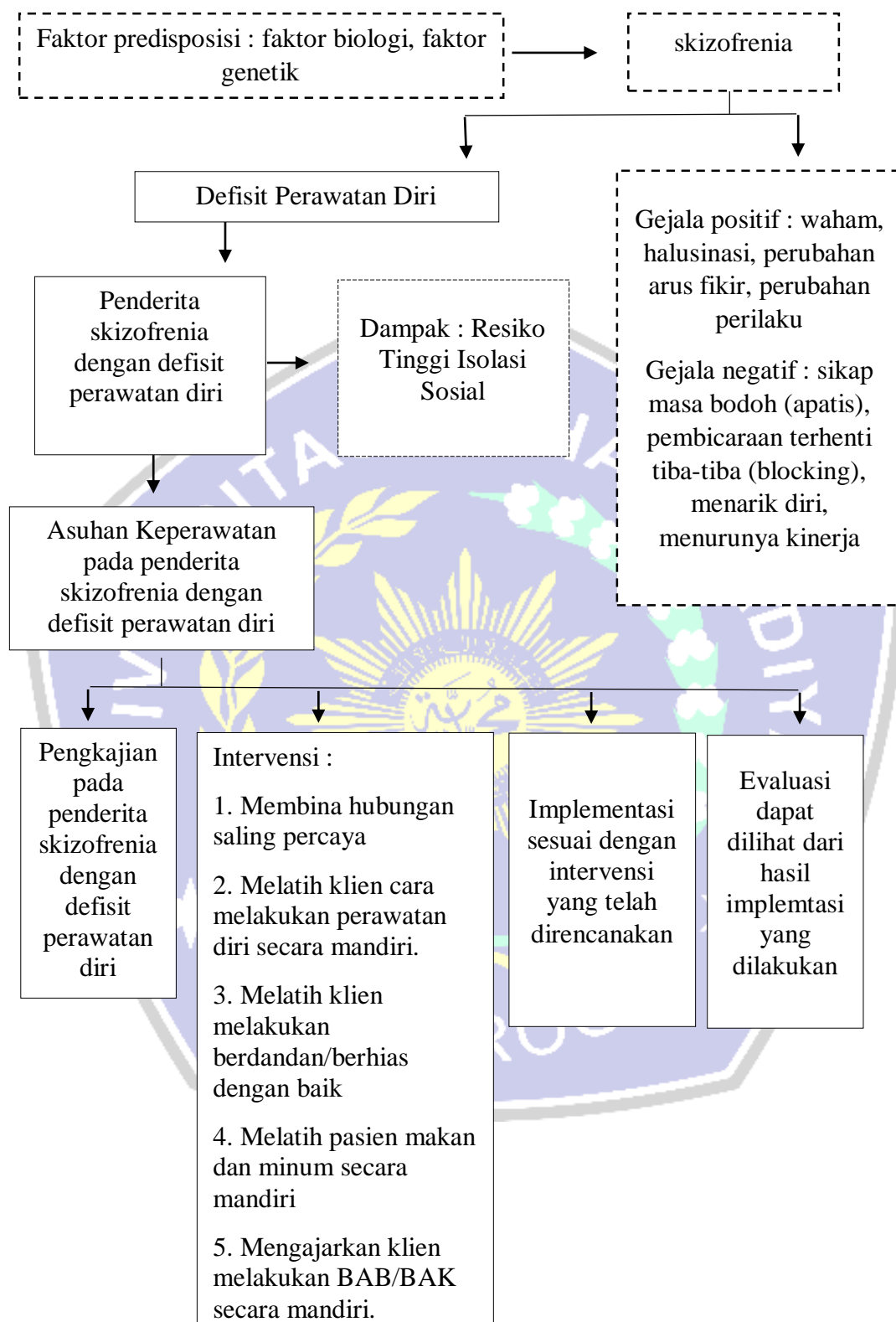
- Keberhasilan pemberian asuhan keperawatan ditandai dengan peningkatan kemampuan pasien dalam perawatan diri, seperti klien mampu melakukan mandi, mencuci rambut, menggosok gigi dan menggunting kuku dengan benar dan bersih, mengganti pakaian dengan pakaian bersih, membereskan pakaian kotor, berdandan dengan benar, mempersiapkan makanan, mengambil makanan dan minum dengan benar, BAB dan BAK pada tempatnya, BAB dan BAK dengan bersih
- Evaluasi kemampuan keluarga defisit perawatan diri berhasil apabila keluarga dapat :

- a. Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri)
- b. Menyediakan fasilitas kebersihan diri yang dibutuhkan oleh pasien
- c. Merawat dan membimbing pasien dalam merawat diri : kebersihan diri, berdandan (wanita), bercukur (pria), makan dan minum, BAB dan BAK.
- d. Follow up ke puskesmas, mengenal tanda kambuh dan rujukan.

(Herdman, 2012)



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 : Hubungan Antar Konsep Defisit Perawatan Diri