

**LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN Y. T**  
**DI BPSLUT SENJA CERAH PANIKI DENGAN**  
**DIAGNOSA DEFISIT PERAWATAN DIRI**  
**DI WISMA PEJUANG**

**Disusun dalam Rangka Menyelesaikan Tahap profesi Ners**



**Oleh**  
**Indra Putra**  
**(22062079)**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE**  
**MANADO**  
**2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Indra Putra

NIM : 22062079

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar Ners atau ijasah pada Universitas Katolik De La Salle manado atau perguruan tinggi lainnya. Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Manado, 27 Juni 2023



Indra Putra

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN Y.T DI BPLSUT  
SENJA CERAH PANIKI DENGAN DIAGNOSA DEFISIT  
PERAWATAN DIRI DI WISMA PEJUANG**

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners

Telah disetujui untuk diuji dihadapan tim penguji KIAN

Program Studi Profesi Ners

Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

**MENYETUJUI**

Manado, 27 Juni 2023

Pembimbing KIAN



**Syenshie V. Wetik, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep..J**

**MENGETAHUI**

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Katolik De La Salle  
Manado



**Wahyu Langelo, BSN., M.Kes**

Ketua Program Studi Profesi Ners  
Universitas Katolik De La Salle  
Manado



**Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners yang disusun dan diajukan oleh :

Nama : Indra Putra, S.Kep

NIM : 22062079

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Gerontik pada Tn.Y.T di BPLSUT Senja Cerah Paniki Dengan Diagnosa Defisit Perawatan Diri di Wisma Pejuang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan tim penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada program studi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.

### TIM PENGUJI

Dosen Penguji :



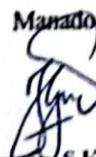
(Syenshie V. Wetik, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.-J)

### MENGETAHUI

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Katolik De La Salle

Manado  
  
Waljany Languelo, BSN., M.Kes

Ketua Program Studi Profesi Ners  
Universitas Katolik De La Salle

Manado  
  
Johanis Kerangah, S.Kep., Ns., M.Kep

Ditetapkan di : Manado

Tanggal : 27 Juni 2023

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena Kasih dan Anugerahnya kepada saya sehingga dapat menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn Y. T Di BPSLUT Senjah Cerah Paniki Dengan Diagnosa Defisit Perawatan Diri Di Wisma Pejuang”. Penulis juga menyadari akan suatu keterbatasan serta kemampuan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini. Tanpa mengurangi rasa hormat penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur, Rektor Universitas Katolik De La Salle Manado.
2. Wahyuny Langelo, BSN., M.Kes, Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
3. Natalia Elisa Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS, sebagai Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
4. Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep, Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Katolik De La Salle Manado.
5. Syenshie V. Wetik, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J, Dosen Pembimbing yang telah banyak dalam memberikan suatu saran, arahan, serta bimbingan pada saat praktek di rumah sakit dan komunitas, dan bahkan kepada penulis pada saat penyusunan karya ilmiah akhir ners selama ini.
6. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado terima kasih banyak untuk semua bantuan selama ini
  
7. BPLSUT Senja Cerah Paniki yang menjadi tempat pelaksanaan praktek stase Gerontik
8. Kepada pasien yang telah menjadi pasien kelolaan penulis dalam penyusunan pembuatan karya ilmiah akhir ners ini, sehingga penulisan karya ilmiah akhir ners ini bisa berjalan dengan baik dan lancar.
9. Papa, mama, kakak beserta keluarga besar yang telah mendukung dan

memberikan bantuan, semangat, dorongan, motivasi serta bahkan perhatian doa yang tulus kepada penulis selama menjalani studi profesi ners di Universitas Katolik De La Salle Manado.

10. Sahabat-sahabat dekat yang tidak dapat penulis sebutkan satu per-satu, terimakasih banyak untuk segala dukungan, bantuan dan semangat yang diberikan kepada penulis selama ini bahkan kebersamaannya selama ini.

11. Teman-teman se-angkatan 2022 Profesi Ners, Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado, terima kasih untuk motivasi serta kebersamaannya selama 1 tahun kita menjalani studi Profesi Ners di Universitas Katolik De La Salle Manado.

Penulis menyadari akan segala keterbatasan dalam penulisan karya ilmiah akhir ners ini, oleh sebab itu penulis mengharapkan suatu kritikan dan saran yang dapat membangun demi kesempurnaan dari karya ilmiah akhir ners ini. Semoga karya ilmiah akhir ners ini bisa bermanfaat dan dapat berguna bagi kita semua.

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN Y. T  
DI BPSLUT SENJA CERAH PANIKI DENGAN  
DIAGNOSA DEFISIT PERAWATAN DIRI  
DI WISMA PEJUANG**

**Putra, Indra<sup>1.</sup>, Wetik, Syenshie<sup>2</sup>**

Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado  
Kairagi 1, Kombos Manado  
[Johan131097@gmail.com](mailto:Johan131097@gmail.com)

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi 5 aspek yaitu biologis, psikologis, sosial, moral dan spiritual. Selain itu adanya kemunduran fungsi dan daya tahan tubuh dapat menyebabkan gangguan dalam pemenuhan perawatan diri yaitu *personal hygiene*.

**Tujuan:** Untuk memaparkan analisis asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan defisit perawatan diri di BPLSUT Senja Cerah Paniki.

**Metode:** Asuhan keperawatan gerontik dilakukan dengan perencanaan keperawatan selama 3 x 8 jam.

**Hasil:** Pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien ini dinilai sesuai dengan kriteria hasil yang ditentukan berdasarkan hasil evaluasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dari masalah keperawatan tersebut menunjukkan hasil evaluasi masalah teratasi sebagian yang ditunjukkan dengan tanda pasien mampu mandi dan berhias meskipun belum optimal

**Kesimpulan:** Pemberian asuhan keperawatan pada kasus ini belum optimal dikarenakan waktu pelaksanaan intervensi keperawatan yang terbatas dan membutuhkan support system yang baik dari pihak pengelola panti.

**Kata Kunci :** Asuhan keperawatan gerontik, defisit perawatan diri, lansia

**Refrensi :** 4 buku, 2 *E-book*, 35 Jurnal

**GERONTIC NURSING CARE TO CLIENT Y.T WITH  
SELF-CARE DEFICIT IN GUEST HOUSE**

**PEJUANG BPSLUT SENJA**

**CERAH PANIKI**

**Putra, Indra<sup>1</sup>., Wetik, Syenshie<sup>2</sup>**

Faculty Nursing De La Salle Catholic University of Manado

[Johan131097@gmail.com](mailto:Johan131097@gmail.com)

***ABSTRACT***

**Background:** The changes that occur in the elderly include five aspects: biological, psychological, social, moral, and spiritual. In fact, that decreased body function and body immune can cause the disturbance in fulfillment elderly personal hygiene

**Objective:** To describe the analysis of gerontic nursing care for patient with self-care deficit in BPLSUT Senja Cerah Paniki

**Metode:** Gerontic nursing care is carried out with nursing planning 3 x 8 hours.

**Result:** The implementation of nursing care for the patient is according to the outcome criteria determined based on the evaluation result. After the nursing action was carried out, the nursing problem showed that the result were partially resolved with indicated patient was able to bathe and dress up, even though it was not optimal.

**Conclusion:** The provision of nursing care in this case was not optimal due to the limited and required time for implementing nursing interventions and requiring assistance from the nursing home management.

**Keyword :** Gerontic N, Self-care deficit, Elderly

**Referensi :** 4 Books, 2 *E-book*, 35 Journals

This translation has been checked and proven accurate.



**Rafael H. Y. Sengkey, S.S., M.Pd.**

*Head of Language Development Office*

*Universitas Katolik De La Salle Manad*

## Daftar Isi

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
ABSTRAK.....	vi
<i>ABSTRACT</i> .....	vii
Daftar Isi.....	viii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 LATAR BELAKANG.....	1
1.2 RUMUSAN MASALAH .....	3
1.3 TUJUAN.....	3
1.3.1 TUJUAN UMUM .....	4
1.3.2 TUJUAN KHUSUS .....	4
1.4 MANFAAT .....	5
1.4.1 MANFAAT TEORITIS .....	5
1.4.2 MANFAAT PRAKTISI.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 LANDASAN TEORI .....	6
2.2 ASUHAN KEPERAWATAN TEORI .....	23
2.3 PENELITIAN TERKAIT .....	29
BAB III GAMBARAN KASUS .....	32
3.1 Pengkajian .....	32
3.2 Diagnosa .....	32
3.3 Intervensi .....	33
3.4 Implementasi .....	34
3.5 Evaluasi.....	38
BAB IV PEMBAHASAN.....	41
4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL.....	41
4.1.1 Pengkajian.....	41
4.1.2 Diagnosis Keperawatan .....	42
4.1.3 Perencanaan .....	43
4.1.4 Implementasi.....	43

4.1.5 Evaluasi.....	44
4.2 KETERBATASAN PELAKSANAAN.....	44
BAB V PENUTUP.....	45
5.1 Kesimpulan.....	45
5.2 Saran.....	45
5.2.1 Saran Untuk Keperawatan .....	45
5.2.2 Saran Untuk Panti Werda .....	45
5.2.3 Saran Untuk Penelitian .....	45
DAFTAR PUSTAKA .....	46

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.2 Sepuluh Penyakit Terbanyak Pada Lansia

Tabel 2.3 Penelitian Terkait

Tabel 3.2 Analisa Data

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Evaluasi keperawatan

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.2 Rentang Respon

Bagan 2.3 Pathway Kasus Defisit Perawatan Diri

## **DAFTAR SINGKATAN**

WHO : *World Health Organization*

SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

SIKI : Standar Intervensi Indonesia

SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.2 LATAR BELAKANG

Lanjut Usia atau yang disingkat lansia ialah manusia yang telah berusia lebih dari 60 tahun dimana dalam usia tersebut manusia memiliki hak yang sama dalam berkehidupan di dalam masyarakat (Akbar et al., 2021). Menurut Almando (2018) periode terakhir pada manusia yaitu ketika telah menjadi lansia, pada pandangan masyarakat lansia dinilai jauh dari kata produktif, kurang bersemangat dan tidak lebih bernilai dibandingkan mereka yang masih dalam keadaan yang prima. Terdapat indikator dalam menentukan status kesehatan masyarakat yaitu angka harapan hidup yang meningkat yang artinya penduduk yang berusia lanjut semakin banyak (Akbar et al., 2020). Lansia merupakan tingkatan akhir dari fase perkembangan manusia.

Pada saat ini WHO (*World Health Organization*) telah mengkategorikan usia lansia dimulai dari umur 45-60 yang disebut *middle age* / paruh baya, usia 60-75 tahun disebut *elderly* / usia lanjut utama, usia 75-90 tahun dengan sebutan *old* / prawasana dan usia diatas 90 tahun / wreda wasana (Andarmayo, 2018).

Saat ini di seluruh dunia, jumlah lanjut usia diperkirakan lebih dari 625 juta jiwa (satu dari 10 orang berusia lebih dari 60 tahun), pada tahun 2025, lanjut usia akan mencapai 1,2 milyar. Disadari atau tidak, ternyata Indonesia telah memasuki era pertambahan jumlah penduduk lansia, sejak tahun 2000, proporsi penduduk lansia di Indonesia telah mencapai diatas 7%. Pada tahun 2010, jumlah lansia diprediksi naik menjadi 9,58% dengan usia harapan hidup 67,4 tahun. Pada tahun 2020, angka tersebut meningkat menjadi 11,20% dengan usia harapan hidup rerata 70,1 tahun. Pada tahun 2022 tercatat jumlah lansia yang terdata di badan Pusat Statistik diperkirakan meningkat menjadi 31 juta jiwa. (Kemenkes, 2022). Data diatas menunjukkan bahwa angka harapan hidup lansia dari tahun ke tahun terus meningkat.

Peningkatan pada bidang kesehatan dan kesejahteraan masyarakat harus sejalan dengan tingkat Usaha Harapan Hidup (UHH). Usaha harapan hidup dari tahun ke tahun terus bertumbuh, dalam hal ini pada kelompok lanjut usia badan

Pusat Statistik, 2020). Pada usia lanjut terjadi banyak perubahan pada ke lima aspek yaitu biologis, psikologis, sosial, moral spiritual, sehingga memiliki potensi mengalami gangguan pemenuhan personal hygiene (Rohmah, 2019). Pertambahan usia yang dialami Lansia dapat menyebabkan gangguan dalam personal hygiene.

Hasil Observasi lapangan yang dimulai dari 27 Februari – 9 maret 2023 di BPSLUT Senja Cerah di Wisma Pejuang, Klien yang merupakan seorang lansia juga memiliki gangguan psikologi tidak memiliki penanganan khusus, maupun dukungan keluarga, yang dimana setelah melakukan pengkajian didapatkan diagnosa yaitu defisit perawatan diri. Penulis tertarik untuk menjadikan klien ini sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul Asuhan Keperawatan dengan Defisit Perawatan Diri di BPSLUT Senja Cerah di Wisma Pejuang dikarenakan klien merupakan lansia dengan gangguan psikologi dan tanpa memiliki dukungan keluarga seperti layaknya lansia pada umumnya yang menyebabkan klien mengalami gangguan perilaku dalam hal ini defisit perawatan diri. Dengan harapan hasil dari karya ilmiah ini dapat menjadi masukan untuk pihak-pihak yang berkaitan.

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di Negara - negara maju. Penyakit yang menempati urutan empat besar adalah penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa dan kecelakaan. Gangguan jiwa memang tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidak mampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, dikarenakan mereka tidak produktif dan tidak efisien (Danyanti, 2019).

Gangguan jiwa tersebut ketidakmampuan serta invaliditas tidak baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pertumbuhan pada individu dan lingkungan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien. Salah satu jenis gangguan jiwa psikososial fungsional yang terbanyak adalah Skizofrenia dengan tanda dan gejala halusinasi merupakan suatu gangguan psikotik yang dapat di tandai dengan gangguan utama pikiran, persepsi, emosi dan perilaku (Davidson, neale & kring 2019).

Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan KEMENKES 2019 di urutan pertama Provinsi Bali 11,1% dan nomor dua disusul oleh Provinsi DI Yogyakarta 10,4%, NTB 9,6%, Provinsi Sumatera Barat 9,1%, Provinsi Sulawesi Selatan 8,8%, Provinsi Aceh 8,7%, Provinsi Jawa Tengah 8,7%, Provinsi Sulawesi Tengah 8,2%, Provinsi Sumatera Selatan 8%, Provinsi Kalimantan Barat 7,9%. Sedangkan Provinsi Sumatera Utara berada pada posisi ke 21 dengan prevalensi 6,3% (KEMENKES, 2019).

Menurut World Health Organization (WHO, 2019), prevalensi masalah kesehatan jiwa saat ini cukup tinggi, 25% dari penduduk dunia pernah menderita masalah kesehatan jiwa, 1% diantaranya merupakan gangguan jiwa berat, potensi seseorang mudah terserang gangguan jiwa memang sangat tinggi, sekitar 450 juta orang diseluruh dunia terkena dampak permasalahan jiwa, saraf maupun perilaku.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 gangguan jiwa meningkat dari tahun 2013 dengan hasil 1.7 menjadi 7 per mil rumah tangga, artinya perseribu rumah tangga terdapat 7 rumah tangga yang memiliki keluarga yang mengalami gangguan jiwa, sehingga diperkirakan jumlahnya sekitar 450.000 ODGJ berat. Dari tahun 2013 sampai 2018, prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia meningkat dari 1,7% menjadi 7%, dan di Sumatra Utara juga mengalami peningkatan dari 1,2% menjadi 6%.

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk dirinya sendiri (Tumanduk, Messakh, & Sukardi, 2018).

Defisit perawatan diri menurut Orem merupakan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan perawatan diri secara adekuat sehingga dibutuhkan beberapa system yang dapat membantu klien memenuhi kebutuhannya. Dalam hal ini Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat menyelesaikan masalah defisit perawatan diri yaitu bertindak untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi dukungan, meningkatkan pengembangan lingkungan, dan mengajarkan pada orang lain (Prihadi & Erlando, 2019).

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Defisit perawatan diri bagi lansia merupakan bentuk dari penurunan kemampuan lansia dalam merawat dirinya, terlebih dengan kurangnya bantuan keluarga serta memilih tinggal di panti werdha dapat menjadi faktor menurunnya kualitas hidup lansia. Perawat sebagai pemberi asuhan memiliki kewajiban dan juga harus memiliki kompetensi untuk lansia agar dapat kembali meningkatkan perawatan dirinya.

Tenaga kesehatan perawat yang memiliki tugas tanggungjawab dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dalam menilai, mengkaji, penentuan masalah keperawatan serta memberikan intervensi yang berdasarkan *evidence base nursing* dilanjutkan dengan evaluasi dari *output* yang di implementasikan yaitu defisit perawatan diri yang di lakukan secara bertahap untuk membiasakan pasien agar tidak berdampak pada kualitas hidup lansia, dengan berdasarkan hal diatas maka penulis akan membuat karya ilmiah akhir ners dengan rumusan masalah : “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Defisit Perawatan Diri di BPSLUT Senja Cerah Wisma Pejuang?”

## **1.3 TUJUAN**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Memaparkan analisis Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Defisit Perawatan Diri di BPSLUT Senja Cerah Wisama Pejuang

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis gambaran khusus pada klien dengan Defisit perawatan diri di BPSLUT Wisma Pejuang
- b. Menganalisis asuhan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri di BPSLUT Senja Cerah Wisma Pejuang
- c. Menganalisis praktik pengelolaan kasus pada klien dengan defisit perawatan diri di BPSLUT Senja Cerah Wisma Pejuang

## **1.4 MANFAAT**

### **Manfaat Teoritis**

Diharapkan karya ilmiah akhir ners ini dapat menjadi referensi dan masukan tambahan bagi perluasan pengetahuan ilmu keperawatan spesifik pada keperawatan gerontik serta diharapkan dapat menjadi wadah sebuah penelitian sehingga menjadi salah satu kontribusi dalam perkembangan ilmu keperawatan.

### **1.1 Manfaat Praktisi**

Diharapkan hasil karya ilmiah akhir ners ini menjadi sebuah masukan kepada pihak panti werdha terkait asuhan keperawatan yang mungkin dapat ditingkatkan dan disesuaikan terlebih khusus kepada klien dengan masalah defisit perawatan diri serta dengan karya ilmiah ini dapat menjadi salah satu referensi dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dengan defisit perawatan diri yang didasarkan *evidence base practice*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini penulis akan menjabarkan teori kasus yang akan di bahas dalam karya ilmiah akhir ners ini, meliputi tinjauan lansia, masalah pada lansia, defisit perawatan diri, asuhan keperawatan teoritis defisit perawatan diri serta penelitian sebelumnya terkait defisit perawatan diri. Penulis menggunakan kepustakaan *e-journal* dan buku elektronik dalam tinjauan teori dari topik yang diangkat.

#### **2.1 LANDASAN TEORI**

##### **2.1.1 DEFINISI LANSIA**

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, seperti didalam Undang-Undang No.13 tahun 1998 yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa. Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho, 2006).

Lansia atau menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk

memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang menyebabkan penyakit degenerative misal, hipertensi, arteriosklerosis, diabetes mellitus dan kanker (Nurrahmani, 2012).

### **2.1.2 BATASAN LANSIA**

1. WHO (1999) menjelaskan Batasan lansia adalah sebagai berikut :

- a. Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun
- b. Usia tua (old) : 75 — 90 tahun
- c. Usia sangat tua (very old) : usia >90 tahun

2. Depkes RI (2005) menjelaskan bahwa Batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

- a. Usia lanjut presenilis yaitu antara 45 — 59 tahun
- b. Usia lanjut yaitu usia > 60 tahun
- c. Usia lanjut beresiko yaitu usia > 70 tahun atau usia > 60 tahun dengan masalah kesehatan

### **2.1.3 PERUBAHAN PADA LANSIA**

Semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah dan Lilik M, 2011).

Perubahan Fisik

Sistem Indra

- a. Sistem pendengaran : *Prebiakusis* (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutamaterhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulitdimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.
- b. Sistem Integumen

Pada lansia kulit mengalami *atrofi*, kendur, tidak elastiskering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan

sehingga menjadi tipis danberbercak. Kekeringan kulit disebabkan *atrofi glandula sebacea* dan *glandula sudoritera*, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

c. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagendan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukungutama kulit, tendon, tulang,

kartilago dan jaringan pengikat mengalamiperubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

1) Kartilago: jaringan kartilagopada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaansendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dandegenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilagopada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan.

2) Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah diamat adalah bagian dari penuaan fisiologi, sehingga akan mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri,deformitas dan fraktur

1) Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.

2) Sendi: pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligamen dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

d. Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan *lipofusin*, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

e. Sistem Respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

f. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), *liver* (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

g. Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju *filtrasi*, *ekskresi*, dan *reabsorpsi* oleh ginjal.

h. Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan *atropi* yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam

melakukan aktifitas sehari-hari.

i. Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya *ovary* dan *uterus*. Terjadi *atrofi* payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi *spermatozoa*, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

2. Perubahan Kognitif: (1) Daya Ingat (*Memory*); (2) IQ (*Intelligent Quotient*); (3) Kemampuan Belajar (*Learning*); (4) Kemampuan Pemahaman (*Comprehension*); (5) Pemecahan Masalah (*Problem Solving*); (6) Pengambilan Keputusan (*Decision Making*); (7) Kebijakan (*Wisdom*); (8) Kinerja (*Performance*); (9) Motivasi (*Motivation*)

3. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

- a. Pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa
- b. Kesehatan umum
- c. Tingkat pendidikan
- d. Keturunan (hereditas)
- e. Lingkungan
- f. Gangguan syaraf panca indera, timbul kebutaan dan ketulian.
- g. Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan.
- h. Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga.
- i. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri. Perubahan spiritual agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya. Lansia semakin matang (*mature*) dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

#### 4. Perubahan Psikososial

##### Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

##### a. Duka cita (*Bereavement*)

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangandapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

##### b. Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi. Depresi juga dapat disebabkan karena stres lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

##### c. Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan: fobia, panik, gangguan cemas umum, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat.

##### d. *Parafrenia*

Suatu bentuk *skizofrenia* pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/diisolasi atau menarik diri

dari kegiatan sosial.

e. *Sindroma Diogenes*

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urinya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

#### **2.1.4 PENYAKIT TERKAIT PERUBAHAN FUNGSI PADA LANSIA**

Lanjut usia mengalami masalah kesehatan. Masalah ini berawal dari kemunduran sel- sel tubuh, sehingga fungsi dan daya tahan tubuh menurun serta faktor resiko terhadap penyakit pun meningkat. Masalah kesehatan yang sering dialami lanjut usia adalah malnutrisi, gangguan keseimbangan, kebingungan mendadak, dan lain-lain. Selain itu, beberapa penyakit yang sering terjadi pada lanjut usia antara lain hipertensi, gangguan pendengaran dan penglihatan, demensia, osteoporosis, dsb. Data Susenas tahun 2012 menjelaskan bahwa angka kesakitan pada lansia tahun 2012 di perkotaan adalah 24,77% artinya dari setiap 100 orang lansia di daerah perkotaan 24 orang mengalami sakit. Di pedesaan didapatkan 28,62% artinya setiap 100 orang lansia di pedesaan, 28 orang mengalami sakit.

No	Jenis Penyakit	Prevalensi Menurut Kelompok Umur		
		55-64 th	65-74 th	75 th +
1	Hipertensi	45,9	57	63,8
2	Artritis	45	51	54,8
3	Stroke	33	46	67
4	Peny. Paru Obstruksi Kronis	5,6	8,6	9,4
5	DM	5,5	4,8	3,5
6	Kanker	3,2	3,9	5
7	Peny. Jantung Koroner	2,8	3,6	3,2
8	Batu ginjal	1,3	1,2	1,1
9	Gagal jantung	0,7	0,9	1,1
10	Gagal ginjal	0,5	0,5	0,6

Tabel 1.1. Sepuluh Penyakit Terbanyak Pada Lansia Tahun 2013 Sumber : Kemenkes RI, Riskesdas, 2013

Berdasarkan Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan, upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis. Selain itu, Pemerintah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lansia untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif, hal ini merupakan upaya peningkatan kesejahteraan lansia khususnya dalam bidang kesehatan. Upaya promotif dan preventif merupakan faktor penting yang harus dilakukan untuk mengurangi angka kesakitan pada lansia. Untuk mencapai tujuan tersebut, harus ada koordinasi yang efektif antara lintas program terkait di lingkungan Kementerian Kesehatan dan organisasi profesi.

Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam pelayanan kesehatan melalui penyediaan sarana pelayanan kesehatan yang ramah bagi lansia bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia supaya lebih berkualitas dan berdaya guna bagi keluarga dan masyarakat.

Upaya yang dikembangkan untuk mendukung kebijakan tersebut antara lain pada pelayanan kesehatan dasar dengan pendekatan Pelayanan Santun Lansia, meningkatkan upaya rujukan kesehatan melalui pengembangan Poliklinik Geriatri Terpadu di Rumah Sakit, dan menyediakan sarana dan prasarana yang ramah bagi lansia. Kesadaran setiap lansia untuk menjaga kesehatan dan menyiapkan hari tua dengan sebaik dan sedini mungkin merupakan hal yang sangat penting. Semua pelayanan kesehatan harus didasarkan pada konsep pendekatan siklus hidup dengan tujuan jangka panjang, yaitu sehat sampai memasuki lanjut usia.

Pendapat lain menjelaskan bahwa lansia mengalami perubahan dalam kehidupannya sehingga menimbulkan beberapa masalah. Permasalahan tersebut diantaranya yaitu :

1. Masalah fisik

Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra penglihatan yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga sering sakit.

2. Masalah kognitif ( intelektual )

Masalah yang dihadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar.

3. Masalah emosional

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga menjadi sangat besar. Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi dan sering stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

4. Masalah spiritual. Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.
- 5.

### 2.1.5 TEORI PENUAAN

Menurut Depkes RI (2016) tentang proses menua yaitu:

1. Teori — teori biologi

- a. Teori genetik dan mutasi (*somatic mutatie theory*)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies — spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul — molekul/DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi sehingga terjadi penurunan kemampuan fungsional sel.

- b. Pemakaian dan rusak

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel — sel tubuh lelah (rusak).

- c. Reaksi dari kekebalan sendiri (*auto immune theory*)

Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

- d. Teori “immunology slow virus” (*immunology slow virus theory*) Sistem immune menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

- e. Teori stres

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres

menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

f. Teori radikal bebas

Radikal bebas dapat terbentuk dalam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini dapat menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

g. Teori rantai silang

Sel-sel yang tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan dan hilangnya fungsi.

h. Teori program

Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.

2. Teori kejiwaan sosial

a. Aktivitas atau kegiatan (*activity theory*)

Lansia mengalami penurunan jumlah kegiatan yang dapat dilakukannya. Teori ini menyatakan bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia berupa mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil.

b. Kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimiliki.

c. Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas

sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*triple loss*), yakni: (1) Kehilangan peran; (2) Hambatan kontak sosial; (3) Berkurangnya kontak komitmen.

## **2.2 DEFISIT PERAWATAN DIRI**

### **2.2.1 DEFINISI DEFISIT PERAWATAN DIRI**

Defisit Perawatan Diri (DPD) adalah ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI T. S., 2019). Penyebab daritumant kurangnya perawatan diri yaitu: gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis / psikototik dan penurunan motivasi / minat, yang menyebabkan penurunan untuk melakukan aktivitas perawatan diri mandi, berpakaian, makan, toileting serta berhias. Defisit perawatan diri adalah keadaan dimana seseorang yang mengalami kelainan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari – hari secara mandiri. Tidak ada keinginan pasien untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau nafas serta penampilan tidak rapi. Defisi perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa (Sutejo, 2019).

Defisit perawatan diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami hambatan ataupun gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi untuk dirinya sendiri (Tumanduk, Messakh, & Sukardi, 2019). Dari defenisi diatas dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri adalah keadaan seseorang yang tidak mampu merawat diri dengan benar dan tidak dapat menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berhias, mencuci tangan sebelum dan sesudah makan/minum serta mencuci tangan setelah Buang air besar dan buang air kecil.

### **2.2.2 ETIOLOGI**

- a. Faktor predisposisi (Nurhalimah, 2019).
  - 1) Biologis, dimana defisit perawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu

melakukan keperawatan diri dan dikarenakan adanya faktor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

- 2) Psikologis, adanya faktor 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 defisit perawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap diri dan lingkungannya termasuk perawatan diri.
- 3) Social, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif/persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Menurut Rochmawati (2019), faktor - faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah:

- 1) Body Image Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
- 2) Praktik Sosial Pada anak - anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.
- 3) Status Sosial Ekonomi Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, alat mandi semuanya yang memerlukan uang untuk menyediakannya
- 4) Pengetahuan pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada klien penderita DM, ia harus menjaga kebersihan kakinya.

- 5) Budaya disebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.
- 6) Kebiasaan seseorang ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampoo dan lain - lain.

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene:

- 1) 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 pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.
- 2) Dampak psikososial masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri dan gangguan interaksi sosial.

### **2.2.3 JENIS – JENIS PERAWATAN DIRI**

Menurut Sutejo (2019) jenis – jenis perawatan diri dibagi menjadi 4 yaitu:

1. Defisit perawatan diri: mandi Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.
2. Defisit perawatan diri: berdandan atau berhias Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
3. Defisit perawatan diri: makan Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.
4. Defisit perawatan diri: toileting Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defeksi atau berkemih tanpa bantuan

#### 2.2.4 MANIFESTASI KLINIS

Menurut Jalil (2019), tanda dan gejala defisit perawatan diri terdiri dari :

a. Data subjektif :

- 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

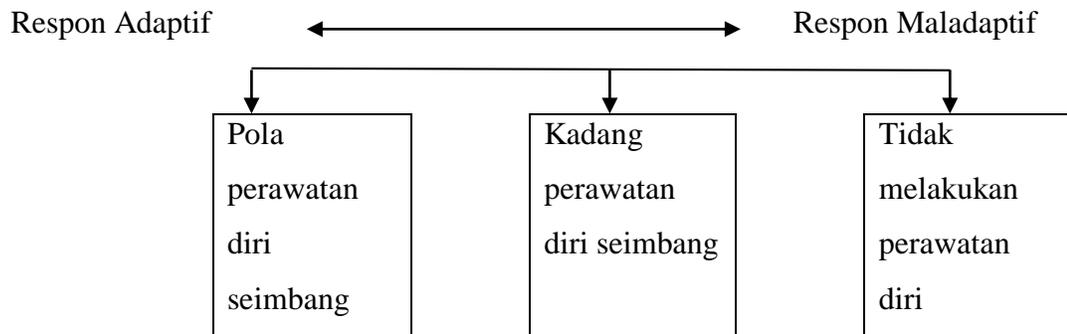
b. Data objektif

- 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, mis: 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 menghabiskan makanan.

- 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.

### 2.2.5 RENTANG RESPON



### 3.2 POHON MASALAH



### 4.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Defisit perawatan diri
2. Menurunnya motivasi perawatan diri
3. Isolasi sosial: menarik diri

### **2.2.6 MEKANISME KOPING**

Menurut (Sutria, 2020), mekanisme koping berdasarkan penggolongan di bagi menjadi 2 yaitu:

#### a. Mekanisme koping adaptif

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

#### b. Mekanisme koping maladaptive

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

### **2.2.7 PENATALAKSANAAN**

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

### **2.2.8 ASUHAN KEPERAWATAN TEORI**

#### a. Pengkajian

Defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Defisit perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan, berhias diri, dan eliminasi (buang air besar dan buang air kecil) secara mandiri. Berikut petunjuk teknis pengisian format pengkajian keperawatan kesehatan jiwa.

#### 1. Identitas

- a) Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang nama perawat, nama klien, panggilan perawat,

panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan dan topik yang akan dibicarakan. Kemudian usia dan No RM.

b) Mahasiswa menuliskan sumber data yang didapat

2. Alasan masuk Tanyakan kepada klien dan keluarga

a) Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke rumah sakit saat ini ?

b) Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga untuk mengatasi masalah ?

c) Bagaimana hasilnya ?

3. Faktor predisposisi

a) Tanyakan kepada klien/keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu.

b) Tanyakan pada klien apakah klien pernah melakukan dan atau mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal.

c) Tanyakan kepada klien atau keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa.

d) Tanyakan kepada klien/keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan, perpisahan, kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu

4. Fisik Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ :

a) Ukur dan observasi TTV.

b) Ukur tinggi badan dan berat badan klien.

c) Tanyakan kepada klien/keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakn oleh klien. e. Kaji lebih lanjut sistem dn fungsi organ serta jelaskan dengan keluhan yang ada.

d) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada.

5. Psikososial
  - a) Genogram
  - b) Konsep diri
  - c) Hubungan social
  - d) Spiritual
6. Status mental
  - a) Penampilan
  - b) Pembicaraan
  - c) Aktivitas motorik
  - d) Alam perasaan
  - e) Afek
  - f) Interaksi selama wawancara
  - g) Persepsi
  - h) Proses pikir
  - i) Isi pikir
  - j) Tingkat kesadaran
  - k) Memori
  - l) Tingkat konsentrasi dan berhitung
  - m) Kemampuan penilaian
  - n) Daya tilik diri
7. Kebutuhan persiapan pulang
  - a) Makan
  - b) BAB/BAK
  - c) Mandi
  - d) Berpakaian
  - e) Istirahat dan tidur
  - f) Penggunaan obat
  - g) Pemeliharaan kesehatan
  - h) Kegiatan didalam rumah
  - i) Kegiatan di luar rumah

8. Mekanisme koping

Data dapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya.

9. Masalah psikososial dan lingkungan Data dapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki klien, beri uraian spesifik, singkat dan jelas.

10. Pengetahuan

Data dapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Pada tiap item yang dimiliki oleh klien simpulkan dalam masalah

11. Aspek medik Tuliskan diagnosa medik klien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan obat-obatan klien saat ini, baik obat fisik, psikofarmako, dan terapi lainnya.

12. Daftar masalah

- a) Tuliskan semua masalah disertai data pendukung, yaitu data subjektif dan data objektif.
- b) Buat pohon masalah dari data yang telah dirumuskan.

13. Daftar diagnosis keperawatan

- a) Rumuskan diagnosa dengan rumusan P (permasalahan) dan E (etiologi) berdasarkan pohon masalah.
- b) Urutkan diagnosis sesuai prioritas.

14. Data yang perlu dikaji

Subjektif:

1. Mengungkapkan dirinya malas melakukan perawatan diri (mandi, dan berhias)
2. Mengungkapkan dirinya tidak ingin makan

Objektif:

1. Tercium aroma tidak sedap dari tubuh klien
2. Pakaian terlihat kotor
3. Rambut dan kulit kotor
4. Kuku panjang dan kotor

5. Gigi kotor dan aroma mulut tidak sedap.
6. Penampilan tidak rapi
7. Tidak bisa menggunakan alat mandi

b. Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosa 1: Defisit Perawatan Diri

Tujuan Umum: Pasien tidak mengalami defisit perawatan diri

Tujuan Khusus: Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri

Pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik

Pasien mampu melakukan makan dengan baik

Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri

Intervensi:

4. Melatih pasien cara - cara perawatan kebersihan diri
  - a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
  - b) Menjelaskan alat - alat untuk menjaga kebersihan diri
  - c) Menjelaskan cara - cara melakukan kebersihan diri
  - d) Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
5. Melatih pasien berdandan/berhias Untuk pasien laki-laki latihan meliputi
  - a) Berpakaian
  - b) Menyisir rambut
  - c) Bercukur untuk pasien wanita, latihannya meliputi : Berpakaian, menyisir rambut, berhias
6. Melatih pasien makan secara mandiri
  - a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
  - b) Menjelaskan cara makan yang tertib
  - c) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan
  - d) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik

### 1.1 Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri

- a) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
- b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
- c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

Diagnosa 2: Isolasi social

Tujuan Umum: Klien tidak terjadi perubahan sensori persepsi

Tujuan Khusus: Klien dapat membina hubungan saling percaya

Intervensi:

1. Bina hubungan saling percaya: salam terapeutik, memperkenalkan diri, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kesepakatan dengan jelas tentang topik, tempat dan waktu.
2. Beri perhatian dan penghargaan: temani klien walau tidak menjawab.
3. Dengarkan dengan empati: beri kesempatan bicara, jangan terburu – buru,

#### c. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).implementasi merupakan pelaksanaan dari intervensi – intervensi yang telah direncanakan dan ditetapkan.

#### d. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah penilaian apa yang telah dicapai dan bagaimana telah tercapai, merupakan identifikasi sejauh mana tujuan dari intervensi keperawatan telah tercapai atau tidak.

## 2.3. PENELITIAN TERKAIT

Tabel 2.1 Penelitian Terkait

No	Penulis	Tempat	Tahun	Tujuan	Desain / Metode/ Statistik Test	Populasi/ Sampling/ Sampel	Hasil	Manfaat dan/atau Limitasi dari Penelitian
1.	Sagita Wulan Sari, Elida Ulfiana dan Rista Fauzinin gtyas	Panti Werdha Surabaya	2020	Tujuan penelitian ini untuk menganalisa faktor yang berhubungan dengan perawatan diri (self care) lansia yang tinggal di Panti Werdha di Surabaya	Metode kuantitatif deskriptif pendekatan <i>cross sectional</i> .	Sampel berjumlah 103 responden	Hasil penelitian yang didapatkan adanya hubungan signifikan antara jenis kelamin ( $p=0,041$ , $r=-0,202$ ), status kesehatan ( $p=0,000$ , $r=0,837$ ), dan kemampuan perawatan diri (self agency) ( $p=0,000$ , $r=0,682$ ) dengan perawatan diri (self care) dan tidak ada hubungan dengan usia ( $p=0,468$ , $r=-0,072$ ).	Manfaat : Informasi mengenai lansia dengan perawatan diri yang kurang dapat menjadi referensi bagi pihak-pihak yang membutuhkan referensi penelitian tersebut.
2.	anti, Rahmi Dwi Putri, Vevi Suryenti	Rumah sakit Jiwa Prov Jambi	2021	Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh komunikasi defisit perawatan diri terhadap	Metode kualitatif dengan uji wilcoxon	Sampel sebanyak 20 responden	Hasil penelitian didapatkan terdapat hubungan	Manfaat: infirmasi terkait komunikasi sangat penting dalam perawatan diri dengan metode komunikasi terapeutik.

				kemandirian pasien.				
3	Aprilia Maria Malle, Trifonia Sri Nurwela, Sabina Gero	Di Desa Noelbaki Kecamatan Kupang Tengah Kabupaten Kupang	2020	Untuk mengetahui tingkat kemandirian terkait pendidikan kesehatan terkait personal hygiene penerapan komunikasi terapiutik pada klien dengan masalah defisit perawatan diri	Deskriptif literatur	Mengambil total sample resopnden	Hasil penelitian diaptkan pengaruh terhadap defisit perawatan diri dengan tingkat kemandirian klien.	Manfaat: Pendidikan kesehatan merupakan salah satu wadah dalam penyampaian tentanbg promosi kesehatan
4	Eviana Dwi Hastuti, Sri Hendarsih, Sarka Ade Susana	RSJ Grhasia	2018	menganalisis pengaruh tugas kesehatan keluarga terhadap	Deskriptif	614 responden	Didapatkan hasil bahwa dengan menggunakan teknik komunikasi terapeutik dapat membantu klien dalam pemenuhan defisit perawatan diri	Manfaat: Mengetahui keefektifan komunikasi terapeutik terhadap klien dengan gangguan mental dapat menjadi kunci dalam pemulihan kesehatan terkait personal hygiene
5	Tutik Yuliyanti, Erna Zakiyah		2019	menganalisis pengaruh tugas kesehatan keluarga terhadap	Quasi eksperimen	sampel 30 keluarga dengan lanjut usia	Ada pengaruh tugas kesehatan keluargasebelum dan sesudah dilakukan asuhan keperawatan keluarga terhadap status kesehatan lanjut usia (CI:	Manfaat : tugas kesehatan keluarga melalui asuhan keperawatan keluarga berpengaruh terhadap status kesehatan lanjut usia,

---

status kesehatan dan kemandirian lanjut usia	95%, $p = 0,000$ ) dengan harga t hitung sebesar 5.022 dan nilai signifikansi sebesar 0,000 ( $p < 0,005$ ).	tetapi tidak berpengaruh terhadap kemandirian lanjut usia.
--	--	--

---

Terkait dengan penelitian serupa yang dilakukan oleh peneliti-peneliti sebelumnya, sebagai peneliti dalam studi kasus yang ditemui memiliki karakteristik yang berbeda yaitu peneliti menemui bahwa klien memiliki gangguan psikologis yang menyebabkan klien mengalami perilaku menyimpang sehingga berakhir dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri.

## **BAB III**

### **GAMBARAN KASUS**

Pada bab ini penulis akan menjelaskan asuhan keperawatan yang di angkat oleh penulis dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi dari klien dengan defisit perawatan diri di BPSLUT Senja Cerah di Wisma Pejuang.

#### **3.1 Pengkajian**

Klien Tn. Y.T berusia 69 tahun dengan status perkawinan cerai hidup, beragama protestan. Klien tidak memiliki pekerjaan dan sumber pendapatan, lingkungan tempat tinggal menurut teman klien kotor dan klien memiliki sifat jorok, ruangan tidur klien tidak tertata dengan bau yang pesing. Kamar klien tidak memiliki sirkulasi udara dikarenakan tidak memiliki jendela. Riwayat kesehatan klien, keluhan utama yaitu klien tidak merasa nyaman dengan lingkungannya, dan tidak tampak klien memiliki upaya untuk mengatasi masalah kesehatannya. Pada pemeriksaan fisik klien, keadaan umum baik dengan TTV : TD: 120/70mmhg, N:87x/menit, SB: 36x/menit, BB/TB:62kg/168cm. tampak kepala simetris, rambut kotor, rambut putih berketombe, tampak mata simetris nampak ikterik dan konjungtiva ikterik tidak menggunakan kacamata, telinga terdapat serumen.

#### **3.2 Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan hasil dari pengkajian yang telah dilaksanakan secara holistik penulis merumuskan dua diagnosa berdasarkan prioritasnya dengan pedoman Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia sebagai berikut : 1) D.0109 Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan psikologis yang di tandai dengan data subjektif : klien mengatakan tidak mau mandi dan klien selalu mengatakan dirinya sudah mandi dan klien tampak tidak mengganti pakaian selama 3 hari, 2) D.0117 Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah yang ditandai dengan data subjektif : teman klien sering mengatakan tempat makan klien sering klien buang sehingga tempat makan klien berupa kantong plastik, teman

klien juga mengatakan klien tidak menyiram setelah BAB dan tidak membersihkan area rektal, data objektif : tampak ruang klien tidak tertata dan berbau pesing, kamar mandi dan WC tampak kotor, dan klien sendiri yang mencemari lingkungan sekitarnya

### **3.3 Intervensi**

Perencanaan keperawatan dilakukan dengan dasar diagnosis yang dirumuskan penulis. Pada diagnosa pertama yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologi yang di tandai dengan klien yang mengatakan tidak mau mandi dan klien selalu mengatakan dirinya sudah mandi dan klien tampak tidak mengganti pakaian selama 3 hari, dengan intervensi keperawatan 1x8 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil: 1) Perawatan diri meningkat 2) Kemampuan mandi meningkat 3) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 4) Kesulitan tidur menurun. Intervensi yang direncanakan ialah : Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, Monitor tingkat kemandirian, Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.

Diagnosa yang kedua yaitu pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah dibuktikan dengan tanda gejala : Teman klien mengatakan klien sering membuang tempat makan yang diberikan sehingga petugas panti menaruh makanan dalam plastik, Teman klien mengatakan klien sering tidak menyiram setelah BAB dan tidak membersihkan rektal, Teman klien mengatakan klien memiliki sifat yang jorok. ojektif : Tampak ruangan klien tidak tertata, kamar berbau pesing, Tampak kotoran klien tidak disiram, kamar mandi dan WC tampak kotor, klien sendiri yang mencemarkan lingkungan sekitarnya, klien tampak membuang sampah sebarangan, kamar klien tampak kotor, klien tampak makan di kantong plastik, klien tampak tidak berminat untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan, klien tampak di kucilkan dan tidak diterima di lingkungannya. dengan intervensi keperawatan 1x8 jam diharapkan pemeliharaan kesehatan meningkat

dengan kriteria hasil: Menunjukkan perilaku adaptif, pemahaman perilaku sehat meningkat, kemampuan menjalankan perilaku sehat.

Intervensi yang direncanakan yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

### 3.4 Implementasi

Dx.Kep	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan
1	Rabu, 01/03-2023	07.25	Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia <b>Hasil:</b> klien selalu mengatakan sudah mandi padahal belum mandi.
		07.35	Memonitor tingkat kemandirian <b>Hasil:</b> klien mampu melakukan semua
		07.50	mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <b>Hasil:</b> pihak panti asuhan telah memberikan perlengkapan mandi dan berhias.
		08.00	Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) <b>Hasil:</b> klien mandi di kamar mandi.
		08.15	Menyiapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) <b>Hasil:</b> Perawat menyediakan peralatan mandi.

---

		08.25	Mendampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri <b>Hasil:</b> Perawat mendampingi dan menjaga klien saat mandi dan berhias.
		08.40	Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <b>Hasil:</b> perawat mendukung klien untuk mandi da berhias secara mandiri, klien mandi secara mandiri dengan pendampingan perawat.
		10.20	Menjadwalkan rutinitas perawatan diri <b>Hasil:</b> Mandi setiap pagi dan sore hari
		10.40	Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan <b>Hasil:</b> Klien mengatakan akan mandi setiap pagi dan sore hari
<b>1</b>	Kamis, 02/03-2023	08.20	Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) <b>Hasil:</b> kamar mandi terdapat pintu dan
		08.40	klien mandi di kamar mandi. Menyiapkan keperluan pribadi(mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) <b>Hasil:</b> Perawat menyediakan peralatan mandi.
		09.10	Mendampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri
		09.30	<b>Hasil:</b> Perawat mendampingi dan menjaga klien saat mandi dan berhias.

---

		09.45	Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <b>Hasil:</b> perawat mendukung klien untuk mandi dan berhias secara mandiri, klien mandi secara mandiri dengan pendampingan perawat.
<b>1</b>	Jumat, 03/03-2023	08.00	Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) <b>Hasil:</b> kamar mandi terdapat pintu dan klien mandi di kamar mandi.
		08.15	Menyiapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) <b>Hasil:</b> Perawat menyediakan peralatan mandi.
		08.25	Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <b>Hasil:</b> perawat mendukung klien untuk mandi dan berhias secara mandiri, klien mengatakan klien sudah mandi padahal belum mandi, klien menolak untuk mandi.
<b>2</b>	Rabu, 01/03-2023	07.30	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <b>Hasil:</b> klien lebih kooperatif dengan perawat laki-laki
		07.50	Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

- 
- Hasil:** klien menurut jika dituntun untuk melakukan hygiene oleh perawat laki-laki
- 09.10 Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- Hasil:** Perawat melakukan penkes tentang PHBS dengan media leaflet.
- 10.00 Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- Hasil:** Penkes akan dilakukan pada hari kamis.
- 10.30 Berikan kesempatan untuk bertanya
- Hasil:** Klien hanya diam dan tidak memberikan pertanyaan.
- 10.35 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- Hasil:** Perawat menjelaskan tentang pentingnya hidup bersih dan sehat, serta harus menjaga lingkungan sekitar.
- 10.45 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- Hasil:** Membimbing klien membersihkan kamar, WC, kamar mandi dan melakukan perawatan diri (mandi, berhias), Klien selalu mengatakan sudah hidup bersih dan sehat, pakaian klien kotor dan kamar tampak tidak rapih
- 11.00 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
-

---

**Hasil:** Meningkatkan kemauan klien untuk menjaga kebersihan dengan membimbing klien untuk mandi setiap pagi dan merapikan kamar serta berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

---

### 3.4 Evaluasi

<b>Dx.Kep</b>	<b>Hari/Tanggal</b>	<b>Jam</b>	<b>Evaluasi Keperawatan</b>
1	Rabu, 01/03-2023	14.00	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien selalu mengatakan sudah mandi padahal belum mandi.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mandi dengan pendampingan perawat, Klien mandi 1x sehari</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defisit perawatan diri</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan diri meningkat</li> </ul> <p><b>I :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan perawatan diri</li> </ul>
1	Kamis, 02/03-2023	13.40	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien selalu mengatakan sudah mandi padahal belum mandi.</li> </ul> <p><b>O :</b></p>

---

---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mandi dengan pendampingan perawat, Klien mandi 1x sehari</li> </ul>
			<p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defisit perawatan diri</li> </ul>
			<p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan diri meningkat</li> </ul>
			<p><b>I :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan perawatan diri</li> </ul>

---

<b>1</b>	Jumat, 03/03-2023	14.00	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan klien sudah mandi padahal belum mandi.</li> <li>• Klien mengatakan akan mandi pada besok hari, dan mengatakan badannya bersih.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien menolak untuk mandi.</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defisit perawatan diri</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawatan diri meningkat</li> </ul> <p><b>I :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan perawatan diri</li> </ul>
----------	----------------------	-------	---

---

<b>2</b>	Rabu, 01/03-2023	14.00	<p><b>S:</b></p>
----------	---------------------	-------	------------------

---

- 
- Klien selalu mengatakan sudah hidup bersih dan sehat.

**O :**

- Pakaian klien tampak diganti kamar tampak rapih
- Klien bersama-sama mengikuti kegiatan kerja bakti

**A :**

- Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif

**P :**

- pemeliharaan kesehatan meningkat

**I :**

- Edukasi Kesehatan
-

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini peneliti akan membahas terkait kesenjangan teori dengan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan defisit perawatan diri pembahasan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, intervensi dan evaluasi. Pada akhir bab ini penulis akan menyertakan terkait keterbatasan pelaksanaan asuhan keperawatan pada kasus.

#### **4.2 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL**

##### **4.1.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien agar dapat mengidentifikasi mengenai masalah-masalah, kebutuhan, kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan ( Effendy 2019). Pada kasus kelolaan klien dengan nama Tn. YT usia 69 Tahun berjenis kelamin laki-laki, klien berada di Wisma Lansia Senja Cerah Paniki dengan masalah Defisit perawatan diri, lingkungan tempat tinggal klien yang kotor, jorok serta ruangan tidur yang tidak tertata serta bau pesing. Berdasarkan penelitian yang dikemukakan oleh Rusdi (2020) klien dengan defisit perawatan diri dengan kelemahan fisik dapat mempengaruhi kegiatan mandi berhias dan perawatan diri secara mandiri. Kemudian menurut Malle (2020) mengatakan bahwa klien dengan deficit perawatan diri yakni tampak kotor pada area rambut dan acak-acakan, gigi kotor, badan berdaki dan bau, kuku yang panjang dan kotor, serta tidak mampu membersihkan diri setelah bak/BAB. Dari data ini dapat dilihat bahwa data pengkajian yang khas pada pasien dengan deficit perawatan diri yakni ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri yang tampak pada keadaan diri yang kotor. Pengkajian yang didapatkan pada kasus memiliki kesamaan dengan teori dari jurnal yang ada. Namun, ada pengkajian yang tidak didapat langsung dari klien sehingga harus didapatkan dari pihak lain yakni kerabat klien di Panti Werdha.

#### 4.1.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada kasus ini diangkat berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017). Penentuan diagnosa keperawatan didasarkan pada prioritas masalah yang dialami pasien, oleh karena itu diangkat 2 diagnosa keperawatan prioritas yaitu 1) Defisit Perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis dan 2) Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah. Dibandingkan dengan asuhan keperawatan teori yang mengangkat 2 diagnosa yakni Defisit Perawatan diri dan Isolasi Sosial. Hal ini berbeda dengan kasus pada klien yang mengangkat diagnosa keperawatan yang kedua yakni pemeliharaan kesehatan tidak efektif. Diagnosa pemeliharaan kesehatan ini sejalan dengan pemikiran dari Utami (2020) yang mengatakan bahwa pemeliharaan kesehatan adalah keadaan individu yang berada pada kondisi gangguan kesehatan karena perilaku yang tidak sehat atau karena minimnya sumber pengetahuan akan kondisinya yang membuat munculnya perilaku yang kurang adaptif terhadap perubahan lingkungan dan kurang berminat untuk berperilaku sehat. Sehingga, hal inilah yang membuat diangkatnya pemeliharaan kesehatan yang sesuai dengan kondisi yang ditemui pada klien saat pengkajian yang menunjukkan hal yang sama sesuai dengan teori yang ada.

Pada kasus ini, prioritas masalah yang diangkat disesuaikan dengan kondisi klien yakni deficit perawatan diri dan pemeliharaan kesehatan tidak efektif. Penentuan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi yang dialami pasien saat dilakukan pengkajian serta dengan menentukan mana masalah yang paling tepat diangkat untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan lain. Sehingga hal ini membuat perawat semakin efektif dan fokus menangani masalah utama yang dialami pasien dan dengan otomatis membuat masalah yang lain boleh tertangani dengan sendirinya.

#### **4.1.3 Intervensi Keperawatan**

Penyusunan intervensi keperawatan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang dialami pasien, sehingga tindakan-tindakan yang disusun dalam perencanaan harus bias mengatasi masalah yang ada. Pada kasus ini, intervensi keperawatan yang dilakukan pada masalah 1) Defisit perawatan diri yaitu identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri, monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan. Hal ini sejalan dengan intervensi keperawatan yang dilakukan oleh Putri,dkk (2018) klien deficit perawatan diri yakni dengan mandi dan berhias. Kemudian, pada masalah 2) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif : pendidikan kesehatan tentang pola hidup bersih dan sehat. Hal ini sejalan dengan penelitian tentang edukasi PHBS pada lansia yang dilakukan oleh Sandra,dkk (2020). Sehingga, dapat dilihat bahwa terdapat kesamaan intervensi yang diterapkan pada klien dengan deficit perawatan diri pada kasus dan penelitian yang lain.

#### **4.1.4 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan pada hari yang sama antara diagnosa yang pertama dan kedua yang dibedakan pada jam pelaksanaannya. Tahap implementasi dimulai setelah rencana tindakan dibuat untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yakni memandikan klien selama 3 hari yakni 1 kali dalam sehari, dimana perawat mendampingi dan menjaga klien saat mandi dan berhias sehingga didapatkan hasil yakni klien mampu mandi secara mandiri pada hari yang ketiga. Implementasi ini sejalan dengan hasil penelitian dari Indriani, dkk (2021) yang memandirikan klien deisit perawatan diri dengan cara mandi dan berhias yang hasilnya yakni kemampuan perawatan kebersihan diri pada klien selama 3 hari mengalami peningkatan kemampuan yang signifikan.

#### **4.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi yang dilakukan adalah tahapan menilai pelaksanaan implementasi yang sudah dilakukan pada pasien apakah tercapai sesuai dengan kriteria hasil, dimana proses evaluasi ini terdiri dari penilaian secara subjektif, objektif, analisis masalah dan penentuan tindakan yang akan dilanjutkan. Dalam kasus, dapat dilihat kalau evaluasi dilakukan setiap hari pada setiap diagnose keperawatan. Secara umum, klien bisa mandi secara mandiri dengan respon yang baik yaitu klien merasa lebih wangi dan bersih setelah mandi dan berhias. Sehingga, dapat dievaluasi kalau defisit perawatan diri yang dialami klien cukup teratasi walaupun kedepannya perlu diingatkan dan didampingi lebih lagi agar klien terbiasa untuk melakukan perawatan diri. Dari penjelasan ini dapat disimpulkan bahwa hasil evaluasi yang didapatkan disesuaikan dengan kondisi yang ditampilkan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan serta berhasilnya tindakan dapat dilihat dari hasil evaluasi : apakah tujuan dan kriteria hasil tercapai.

#### **4.1.6 Keterbatasan Pelaksanaan**

Pelaksanaan proses asuhan keperawatan yang dilakukan tidak sepenuhnya berjalan dengan lancar, berbagai tantangan ditemui oleh penulis dalam proses ini. Pasien memiliki gangguan terhadap psikologi juga klien yang sangat sulit untuk didekati dikarenakan klien cenderung menutup diri. serta keterbatasan dalam hal pemantauan tidak 24 jam untuk intervensi pada klien berkaitan dengan jam dinas.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Pasien Tn. YT berusia 69 tahun dengan jenis kelamin laki-laki di Panti Wherda Senja Cerah paniki dengan masalah utama klien yang merasa tidak nyaman dengan lingkungannya dan tampak klien tidak memiliki upaya untuk mengatasi masalah kesehatannya dengan diagnosa 1) D.0109 Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan ganggaun psikologis. 2) D.0117 Pemeliharaan Kesehatan tidak efektif berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi masalah. Intervensi keperawatan yang dilakukan selama 3x6 jam perawatan sehingga memberikan hasil pada evaluasi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3x7 jam maka semua masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien pada hari pertama sampai hari ketiga bisa tertasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam kasus ini terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan praktek, hal ini dipengaruhi karena kondisi klinis pasien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan sesuai standar 3S (SDKI, SLKI, SIKI).

#### **5.2 Saran**

- 5.2.1 Bagi keperawatan diharapkan dapat mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standar prosedur yang ada dan mengikuti ilmu keperawatan yang terbaru
- 5.2.2 Diharapkan kepada pengurus panti dapat melanjutkan intervensi terhadap klien dengan diagnosa Defisit perawatan diri dan menerapkan implementasi sesuai dengan prosedur
- 5.2.3 Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dalam melakukan karya ilmiah menggunakan metode yang berbeda dan lebih komprehesif sehingga dalam pengaplikasian implementasi dapat dilakukan variasi yang tepat guna mendapatkan hasil yang sesuai dengan penelitian yang serupa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Danyanti. (2018). Gambaran Asuhan Keperawatan Penerapan Tak Stimulasi Persepsi: Defisit Perawatan Diri Untuk Mengatasi Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia. Poltekkes Denpasar.
- Erlando, R (2019). Terapi Kognitif Perilaku Dan Defisit Perawatan Diri: Studi Literatur. *Arteri: Jurnal Ilmu Kesehatan* , (1), 94-100. <https://doi.org/10.37148/arteri.v1i1.9>
- Ginting, N. B., Pratiwi, M., & Mardhiyah, S. A. (2021). *Peran Self-Compassion Terhadap Shame Pada Remaja Yang Orang Tuanya Bercerai*. Sriwijaya University.
- Grasela, M. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Rsjd Dr. Arif Zainudin Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Maisyaroh, S. (2017). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
- Malle, A. M. (2021). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Personal Hygine Pada Klien Dengan Defisit Perawatan Diri Di Desa Noelbaki Kecamatan Kupang Tengah Kabupaten Kupang*. Poltekkes Kemenkes Kupang.
- Ndaha, S. (2021). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny J Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri Di Kota Dumai-Riau. *Osf Preprints*. (1)1.
- Nurhaini, D. (2018). "Pengaruh Konsep Diri Dan Kontrol Diri Dengan Perilaku Konsumtif Terhadap Gadget." *Psikoborneo: Jurnal Ilmiah Psikologi* (6).1.
- Pardede, J. A., Ariyo, A., & Purba, J. M. (2020). Self Efficacy Related To Family Stress In Schizophrenia Patients. *Jurnal Keperawatan*, 12(4), 831- 838. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v12i4.1010>
- Pardede, Ja, & Hasibuan, Ek (2020). Lamanya Perawatan Pasien Skizofrenia Rawat Jalan Dengan Tingkat Stres Keluarga. *Jurnal Kesehatan Trust*

*Indonesia* , 3 (1), 283-288.

PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan

PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia

Sutri, Eny. (2020). Intervensi Perawat Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia:

Tinjauan Sistematis. *Jurnal Praktik Keperawatan* (3).2: 244-252.