

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post ORIF dengan Defisit Perawatan Diri

1. Pengertian fraktur

Fraktur merupakan suatu patahan pada kontinuitas struktur jaringan tulang atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh trauma, baik trauma langsung ataupun tidak langsung (Manurung, 2018). Fraktur terjadi apabila tulang terkena stres yang lebih besar dari yang dapat diabsorpsinya. Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan puntir mendadak dan bahkan kontraksi otot ekstrem (Smeltzer & Bare, 2013).

Fraktur atau patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan/atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh ruda paksa. Trauma yang dapat menyebabkan tulang patah dapat berupa trauma langsung, misalnya benturan pada lengan bawah yang menyebabkan patah tulang radius dan ulna, dan dapat berupa trauma tidak langsung, misalnya jatuh bertumpu pada tangan yang menyebabkan tulang klavikula atau radius distal patah. Akibat trauma pada tulang bergantung pada jenis trauma, kekuatan dan arahnya. Trauma tajam yang langsung atau trauma tumpul yang kuat dapat menyebabkan tulang patah dengan luka terbuka sampai ke tulang yang disebut patah tulang terbuka. Patah tulang di dekat sendi atau mengenai sendi dapat menyebabkan patah tulang disertai luksasi sendi yang disebut fraktur dislokasi (Sjamsuhidajat & Wim de jong, 2011).

2. Penyebab fraktur

Fraktur terjadi ketika tulang mendapat tekanan yang lebih besar dari yang dapat diserapnya. Fraktur dapat disebabkan oleh hantaman langsung, kekuatan

yang meremukkan, gerakan memuntir yang mendadak, atau bahkan karena kontraksi otot yang ekstrem (Smeltzer & Bare, 2013). Klasifikasi penyebab fraktur dapat digolongkan ke dalam fraktur traumatik, fraktur patologis dan fraktur stres (Noor Helmi, 2014).

a. Fraktur traumatik

Disebabkan oleh traumayang tiba-tiba mengenai tulang yang dapat berupa pukulan, penekukan atau penarikan yang berlebihan. Tulang tidak mampu menahan trauma tersebut sehingga terjadi fraktur pada tempat yang terkena dan jaringan lunakpun juga rusak. Kecelakaan ataupun tekanan kecil dapat mengakibatkan fraktur.

b. Fraktur patologis

Disebabkan oleh kelemahan tulang sebelumnya akibat kelainan patologis di dalam tulang. Fraktur patologis terjadi pada daerah-daerah tulang yang telah menjadi lemah karena tumor atau proses patologis lainnya. Penyebab yang paling sering dari fraktur-fraktur semacam ini adalah tumor, baik primer maupun metastasis.

c. Fraktur stres

Disebabkan oleh trauma yang terus-menerus pada suatu tempat tertentu, misalnya pada seorang atlet yang mengalami trauma minor berulang kali.

1. Patofisiologi

Tulang bersifat rapuh namun cukup mempunyai kekuatan dan gaya pegas untuk menahan tekanan. Tetapi, apabila tekanan eksternal yang datang lebih besar dari yang dapat diserap tulang, maka terjadilah trauma pada tulang yang mengakibatkan rusaknya atau terputusnya kontinuitas tulang. Setelah terjadi

fraktur, periosteum dan pembuluh darah serta saraf dalam korteks, marrow, dan jaringan lunak yang membungkus tulang rusak. Fraktur dibagi menjadi fraktur terbuka dan fraktur tertutup. Tertutup apabila kulit tidak ditembus oleh fragmen tulang sehingga tidak mempunyai hubungan dengan dunia luar. Terbuka apabila mempunyai hubungan dengan dunia luar melalui luka pada kulit dan jaringan lunak (Noor Helmi, 2014).

Sewaktu tulang patah perdarahan biasanya terjadi disekitar tempat patah dan ke dalam jaringan lunak sekitar tulang tersebut dan terbentuklah hematoma di rongga medula tulang. Sel-sel darah putih dan sel mast berakumulasi menyebabkan aliran darah ke tempat tersebut. Di tempat patahan tersebut terbentuk fibrin dan berfungsi sebagai jala-jala untuk melekatkan sel-sel baru. Aktivitas osteoblast terangsang dan terbentuk tulang baru imatur yang disebut callus. Bekuan fibrin direabsorpsi dan sel-sel tulang baru mengalami remodeling untuk membentuk tulang sejati. Insufisiensi pembuluh darah atau penekanan saraf yang berkaitan dengan pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstremitas dan mengakibatkan kerusakan saraf perifer. Bila tidak terkontrol pembengkakan yang tidak ditangani dapat menurunkan asupan darah ke ekstremitas dan mengakibatkan peningkatan tekanan jaringan, oklusi darah total dapat berakibat anoksia jaringan yang mengakibatkan rusaknya serabut otot dan jaringan otot. Komplikasi ini dinamakan sindrom kompartmen (Smeltzer & Bare, 2013).

Reduksi terbuka fiksasi interna (ORIF) umumnya insisi dilakukan pada tempat yang mengalami cedera dan diteruskan sepanjang bidang anatomis menuju tempat yang mengalami fraktur. Hematoma fraktur dan fragmen-fragmen tulang

yang telah mati diirigasi dari luka. Fraktur kemudian direposisi dengan tangan agar menghasilkan posisi yang normal kembali. Setelah fraktur direduksi tahap selanjutnya adalah mengimobilisasi dan mempertahankan fragmen tulang dengan fiksasi interna yang bisa berupa pen yang dipasang di dalam sumsum tulang panjang, bisa juga berupa plat dengan sekrup di permukaan tulang (Noor Helmi, 2014). Reduksi dan immobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimobilisasi atau dipertahankan dalam posisi dan kesejajaran sampai terjadi penyatuan yang solid yang disebut fase remodeling. Pasien dengan post ORIF akan merasakan perubahan dalam konsep diri dan mengalami kecemasan mengenai kondisi setelah pembedahan dan pemikiran mengenai masa rehabilitasi yang cukup lama sampai pasien bisa kembali pada aktivitas normalnya (Smeltzer & Bare, 2013).

Kondisi kecemasan yang berkepanjangan dapat berlanjut pada depresi. Selama mengalami depresi akan terjadi ketidakseimbangan dalam pelepasan neurotransmitter asetilkolin (Pieter & Lubis, 2012). Hal ini dapat berpengaruh pada otot volunter dan menimbulkan kelemahan otot-otot rangka (Mutaqqin, 2014). Kelemahan ini juga terjadi akibat proses penyambungan tulang yang belum solid. Kekuatan tulang telah kembali ketika osteon yang baru sudah terbentuk secara sempurna. Dengan fiksasi internal yang kaku, tulang mengalami penyembuhan melalui remodeling tulang kortikal yang dapat mencapai waktu berbulan-bulan. Proses ini lebih lambat daripada jika tulang mengalami penyembuhan melalui kalus. Selama fase penyembuhan, tulang masih mengalami kelemahan seperti menurunnya tonus otot, adanya ketebatasan gerak, dan menurunnya kekuatan otot (Smeltzer & Bare, 2013).

2. Prinsip penanganan fraktur

Prinsip penanganan pada fraktur meliputi reduksi, imobilisasi, dan pengembalian fungsi dan kekuatan normal dengan rehabilitasi. Reduksi fraktur (*setting* tulang) berarti mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya dan rotasi anatomis. Metode dalam reduksi fraktur adalah dengan reduksi tertutup, traksi dan reduksi terbuka. Metode tertentu yang dipilih bergantung dari sifat fraktur, namun prinsip yang mendasarinya tetap sama. Kebanyakan kasus reduksi tertutup dilakukan dengan mengembalikan fragmen tulang ke posisinya (ujung-ujungnya saling berhubungan) dengan manipulasi dan traksi manual. Metode traksi dapat digunakan untuk mendapatkan efek reduksi dan imobilisasi. Beratnya traksi akan disesuaikan dengan spasme otot yang terjadi. Fraktur tertentu memerlukan reduksi terbuka atau disebut dengan fiksasi internal (ORIF) (Smeltzer & Bare, 2013).

Dengan pendekatan bedah, fragmen tulang direduksi. Alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku, atau batangan logam yang digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi. Alat ini dapat diletakkan disisi tulang atau dipasang melalui fragmen tulang atau langsung ke rongga sumsum tulang. Alat tersebut menjaga aproksimal dan fiksasi yang kuat bagi fragmen tulang. Tahapan selanjutnya adalah mengimobilisasi dan mempertahankan fragmen tulang dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan fiksasi interna atau eksterna. Metode fiksasi eksterna meliputi pembalutan, gips, bidai, traksi kontinu, pin dan teknik gips. Implant logam umumnya digunakan untuk fiksasi interna. Mempertahankan dan mengembalikan

fragmen tulang dapat dilakukan dengan mempertahankan reduksi dan imobilisas. Pantau status neurovaskular, latihan isometrik dan memotivasi klien untuk berpartisipasi dalam memperbaiki kemandirian fungsi dan harga diri (Smeltzer & Bare, 2013).

3. Defisit perawatan diri pada pasien post ORIF

a. Pengertian

Defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (mandi, berpakaian, *toileting*) (PPNI, 2017). Defisit perawatan diri terjadi bila tindakan perawatan diri tidak adekuat dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri yang disadari. Teori defisit perawatan diri bukan hanya saat keperawatan dibutuhkan saja, melainkan cara membantu orang lain dengan menerapkan metode bantuan, yaitu melakukan, memandu, mengajarkan, mendukung dan menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kemampuan individu untuk memenuhi tuntutan akan perawatan diri saat ini atau dimasa yang akan datang (Kozier, 2010).

b. Penyebab defisit perawatan diri pada post ORIF

Penyebab (*etiology*) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. *Etiology* dapat mencakup empat kategori yaitu : a) Fisiologis, Biologis atau Psikologis; b) Efek terapi/ tindakan; c) Situasional (lingkungan atau personal); d) Maturasional (PPNI, 2017).

Defisit perawatan diri pada pasien post ORIF adalah suatu kondisi di mana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri yang disebabkan oleh kelemahan (PPNI, 2017). Penanganan fraktur dengan alat fiksasi interna dalam bentuk pin, kawat, sekrup, plat, paku, atau batangan logam

dapat digunakan untuk mempertahankan fragmen tulang dalam posisinya sampai penyembuhan tulang yang solid terjadi. Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimobilisasi sementara, atau dipertahankan dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan yang disebut fase remodeling. Akibatnya terjadi kelemahan seperti menurunnya tonus otot, adanya ketebatasan gerak, dan menurunnya kekuatan otot (Smeltzer & Bare, 2013).

c. Faktor yang mempengaruhi defisit perawatan diri

Kebersihan diri seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut (Tarwoto & Wartolah, 2015) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi praktik kebersihan diri individu antara lain :

(1) Citra tubuh

Gambaran individu terhadap dirinya sangat memengaruhi kebersihan diri. Citra tubuh merupakan konsep subjektif dari seseorang tentang penampilan fisiknya. Citra tubuh dapat berubah akibat adanya pembedahan atau penyakit fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.

(2) Kebiasaan dan kondisi fisik seseorang

Setiap pasien memiliki keinginan dan pilihan tentang kapan untuk mandi atau melakukan perawatan diri. Orang yang menderita penyakit tertentu atau yang menjalani operasi seringkali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan *hygiene*. Seorang pasien yang menjalani pembedahan pasca ORIF membutuhkan bantuan dalam perawatan diri yang lengkap seperti mandi, berpakaian dan *toileting* karena ketebatasan dalam melakukan pergerakan.

d. Proses terjadinya defisit perawatan diri pada post ORIF

Reduksi dan immobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan. Setelah fraktur direduksi, fragmen tulang harus diimmobilisasi atau dipertahankan dalam posisi dan kesejajaran yang benar sampai terjadi penyatuan yang disebut fase remodeling. Pengembalian bertahap pada aktivitas semula diusahakan sesuai batasan terapeutik. Selama fase remodeling pasien masih mengalami kelemahan seperti penurunan tonus otot, adanya ketebatasan gerak, dan menurunnya kekuatan otot, akibatnya semua bentuk kegiatan menjadi berkurang termasuk kemandirian dalam aktivitas perawatan diri. Fungsi kemandirian akan menurun pada kegiatan yang memerlukan perubahan posisi yang dominan, seperti mandi, berpakaian dan penggunaan urinal atau pispot sehingga berakibat pada masalah defisit perawatan diri (Smeltzer & Bare, 2013).

e. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis defisit perawatan diri terdiri dari gejala dan tanda mayor dan minor. Mayor merupakan tanda/gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosis. Minor merupakan tanda/gejala yang tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis (PPNI, 2017).

Tabel 1
Gejala dan Tanda Mayor & Minor Defisit Perawatan Diri

Keterangan	Mayor	Minor
1	2	3
Subjektif	Menolak melakukan perawatan diri	(tidak tersedia)
Objektif	Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ ke <i>toilet</i> secara mandiri Minat melakukan perawatan diri kurang	(tidak tersedia)

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017)

f. Dampak

Dampak yang dapat ditimbulkan pada pasien dengan defisit perawatan diri yaitu dampak fisik dan dampak psikososial (Tarwoto & Wartonah, 2015).

1) Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan diri dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit dan risiko infeksi.

2) Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan kebersihan diri adalah gangguan rasa nyaman dan gangguan harga diri.

g. Penanganan

Pasien yang tidak mampu dalam perawatan diri secara mandiri tentunya membutuhkan bantuan orang lain. Dalam hal ini perawat dan keluarganya yang dapat mengambil peran tersebut. Pasien yang tidak mampu bangkit dari tempat tidur, maka perawatan diri ini dilakukan di tempat tidur (Sutanto & Fitriani, 2017)

1) Mandi merupakan praktik menjaga kebersihan dengan menggunakan agen pembersih seperti sabun dan air untuk membuang keringat, kotoran, dan mikroorganisme dari kulit (Tarwoto & Wartonah, 2015). Aktivitas mandi dilakukan dengan modifikasi, di mana pasien melakukannya di atas tempat tidur. Aktivitas mandi dikategorikan dalam *bed bath* dan atau *towel bath*. Pasien post ORIF akan mengalami kesulitan dalam hal menyediakan alat mandi seperti air, sabun, dan washlap serta membersihkan pada area belakang seperti punggung dan ekstremitas.

- 2) Berpakaian mengalami masalah gangguan karena harus melibatkan mobilitas dominan pada bagian ekstremitas tetapi dapat dimodifikasi dengan menggunakan pakaian yang sesuai. Pasien dapat mengenakan pakaian dari bagian ekstremitas yang sakit dahulu dan melepaskannya dari ekstremitas yang sehat.
- 3) *Toileting* berkaitan dengan aktivitas eliminasi fekal dan urine. Kesulitan yang dialami pada pasien post ORIF dalam aktivitas *toileting* yaitu kehilangan kemandirian dalam mencapai *toilet* secara mandiri. Hal ini dapat dimodifikasi dengan penggunaan pispot atau urinal. Perawat atau keluarga dapat membantu dalam menyediakan pispot atau urinal dan membersihkan alat genital dan perineal serta memperhatikan penekanan pada area yang sakit.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Post ORIF dengan Defisit Perawatan Diri

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan yaitu menilai informasi yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menentukan normal atau abnormal yang nantinya akan dipertimbangkan dalam kaitannya dengan diagnosis yang berfokus masalah atau resiko. Pengkajian terdiri dari dua yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Keduanya membutuhkan pengumpulan data, keduanya mempunyai tujuan yang berbeda.

Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan data. Pengkajian mendalam lebih fokus, memungkinkan perawat untuk mengeksplorasi informasi yang diidentifikasi dalam pengkajian skrining awal, dan untuk mencari petunjuk tambahan yang mungkin mendukung atau menggugurkan bakal diagnosis

keperawatan (NANDA, 2018). Terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji yakni respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, keamanan dan proteksi (PPNI, 2017).

Pengkajian pada pasien post ORIF menggunakan pengkajian mendalam mengenai defisit perawatan diri, dengan kategori perilaku dan subkategori kebersihan diri. Pengkajian dilakukan sesuai dengan gejala dan tanda mayor defisit perawatan diri yaitu dilihat dari data subjektifnya pasien menolak melakukan perawatan diri. Dilihat dari data objektif yaitu pasien tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke *toilet*/berhias secara mandiri dan minat perawatan diri kurang sedangkan gejala dan tanda minor tidak tersedia (PPNI, 2017).

Selain itu, pengkajian keperawatan pada pasien post ORIF dengan defisit perawatan diri meliputi data umum mengenai identitas pasien, anamnesis riwayat penyakit, dan pengkajian psikososial (Asmadi, 2008).

- a. Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosa medis.
- b. Data keluhan utama merupakan keluhan yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan, seperti keluarga pasien mengeluh bahwa pasien tidak mampu melakukan aktivitas ADL secara mandiri yang disebabkan oleh keterbatasan gerak dan menurunnya kekuatan otot.

- c. Data riwayat penyakit saat ini merupakan pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari fraktur sampai pembedahan ORIF (*Open Reduction Interna Fixation*) yang menyebabkan defisit perawatan diri sehingga pasien tidak mampu untuk melakukan ADL secara mandiri.
- d. Data riwayat penyakit dahulu merupakan suatu riwayat penyakit yang pernah dialami oleh pasien sebelumnya seperti penyakit sistem muskuloskeletal (osteoporosis, fraktur, arthritis). Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang yang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes mellitus dengan luka pada kaki sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang (Padila, 2012).
- e. Data riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes mellitus, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan, dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik (Padila, 2012).
- f. Data pengkajian psikososial berhubungan dengan kondisi penyakitnya serta dampak terhadap kehidupan sosial pasien. Keluarga dan pasien akan menghadapi kondisi yang menghadirkan situasi kecemasan atau rasa takut terhadap penyakitnya yang menyebabkan pasien tidak mampu untuk melakukan ADL secara mandiri.

g. Data pasien defisit perawatan diri termasuk dalam kategori perilaku dan subkategori kebersihan diri, perawat harus mengkaji data gejala dan tanda mayor dan minor (PPNI, 2017) meliputi :

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif : menolak melakukan perawatan diri

b) Objektif : tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ke toilet secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang

2) Gejala dan tanda minor

a) Subjektif : tidak tersedia

b) Objektif : tidak tersedia

h. Kemampuan dalam perawatan diri

Perawat juga harus menentukan tingkat fungsional klien dan mempertahankan serta meningkatkan kemandirian klien semaksimal mungkin.

Pengkajian tingkat fungsional perawatan diri disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 2
Tingkat Fungsional Perawatan Diri

	(0)	(+1)	Semimandiri (+2)	Bergantung sebagian (+3)	Bergantung Total (+4)	
Faktor	Mandiri Total	Dengan alat bantu	Bantuan dari orang lain untuk membantu, mengawasi, atau mengajarkan	Bantuan dari orang lain dan alat bantu	Bantuan orang lain, tidak berpartisipasi dalam aktivitas	
	1	2	3	4	5	6
Mandi			Perawat menyediakan semua peralatan; mengatur	Perawat menyediakan semua peralatan;	Klien memerlukan bantuan	

1	2	3	4	5	6
			posisi klien di tempat tidur/kamar mandi. Klien mandi dengan lengkap kecuali bagian punggung dan kaki	mengatur posisi klien; mencucipunggung, tungkai, perineum dan semua bagian, sesuai kebutuhan. Klien dapat membantu	sepenuhnya; klien tidak dapat membantu sama sekali
Berpakaian		Perawat	mengumpulkan barang-barang untuk klien; mungkin kancing, penjepit, atau mengikat baju. Klien dapat berpakaian	Perawat membantu berpakaian, mengancing dan mengikat baju	Klien perlu dibantu mengenakan baju dan tidak dapat membantu perawat
Eliminasi		Klien dapat berjalan	kekamar mandi/kursi buang air dengan bantuan; perawat membantu berpakaian	Perawat menyediakan pispot, mengatur posisi klien saat menggunakan dan selesai menggunakan pispot	Klien inkontinensia; perawat meletakkan klien di atas pispot

(Sumber :Mutaqin, Buku Saku Gangguan Muskuloskeletal : Aplikasi pada Praktik Klinik Keperawatan, 2011)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Proses penegakan diagnosa (*diagnostic*

process) merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosa. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan, dan indikator diagnostik yang terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko. Pada diagnosis aktual, indikator diagnostik hanya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala. Defisit perawatan diri termasuk dalam jenis kategori diagnosis keperawatan negatif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarah pada pemberian intervensi yang bersifat penyembuhan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan (b.d) kelemahan dibuktikan dengan (d.d) pasien menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ke *toilet* secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang. Adapun tanda dan gejala minor pada defisit perawatan diri tidak tersedia (PPNI, 2017).

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label merupakan nama dari intervensi yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi tersebut. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi

sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan. Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan merupakan rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari empat komponen meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi. (PPNI, 2018).

Klasifikasi intervensi keperawatan defisit perawatan diri termasuk dalam kategori perilaku yang merupakan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat. Dan termasuk ke dalam subkategori kebersihan diri yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan perilaku sehat dan merawat diri (PPNI, 2018). Dalam perencanaan keperawatan dibuat prioritas dengan kolaborasi pasien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, modifikasi asuhan keperawatan dan catat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan penatalaksanaan klinik.

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (*outcome*). Luaran (*outcome*) terdiri dari dua jenis yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (PPNI, 2019). Adapun luaran yang diharapkan pada klien dengan defisit perawatan diri yaitu perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil meliputi kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan *ke toilet*

(BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat (PPNI, 2019). Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan pasien dengan defisit perawatan diri yaitu menggunakan intervensi utama dan pendukung. Intervensi utama terdiri dari label dukungan perawatan diri: mandi, berpakaian, BAB/BAK dan intervensi pendukung terdiri dari pengaturan posisi (PPNI, 2018).

Tabel 3
Perencanaan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3
Defisit perawatan diri berhubungan (b.d) dengan kelemahan dibuktikan dengan (d.d) pasien menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ke toilet secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Perawatan Diri meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri: Mandi Observasi 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) Terapeutik 3. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) 4. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 5. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi 6. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 7. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien

**Dukungan Perawatan Diri:
Berpakaian**

Observasi

1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian

Terapeutik

2. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau
3. Fasilitasi pasien dalam mengenakan pakaian

Edukasi

4. Ajarkan cara mengenakan pakaian sesuai kondisi pasien

Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK

Observasi

1. Identifikasi kebiasaan eliminasi

Terapeutik

2. Dukung penggunaan pispot atau urinal secara konsisten
3. Jaga privasi eliminasi

Pengaturan Posisi

Edukasi

Ajarkan cara menggunakan postur tubuh yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya (Kozier, 2010). Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018). Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Fase ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Deswani, 2011). Evaluasi keperawatan pada pasien defisit perawatan diri dilakukan untuk memonitor kemampuan pasien dalam hal melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian dan *toileting*. Dalam perumusan evaluasi

keperawatan menggunakan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni S (*Subjective*) merupakan data informasi berupa ungkapan keluhan pasien, O (*Objective*) merupakan data berupa hasil pengamatan, penilaian, dan pemeriksaan, A (*Analysis/ Assesment*) merupakan interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam perencanaan perawatan tercapai. Dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan, sebagian tercapai apabila perilaku pasien tidak seluruhnya tercapai sesuai tujuan, sedangkan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan, dan selanjutnya P (*Planning*) merupakan rencana perawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa data. Jika tujuan telah tercapai, maka perawat akan menghentikan rencana dan apabila sebagian tercapai atau belum tercapai, perawat akan melanjutkan atau melakukan modifikasi perencanaan perawatan (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany, 2013). Pada pasien dengan defisit perawatan diri indikator evaluasi yang diharapkan yaitu :

- a. Kemampuan mandi meningkat
- b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- c. Kemampuan ke *toilet* (BAB/BAK) meningkat
- d. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
- e. Minat melakukan perawatan diri meningkat