

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi dan perilaku aneh atau katatonik suatu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan hambatan dalam berkomunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Nurhidayah & Akuntansi, 2020).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang umum terjadi dengan karakteristik adanya kerusakan pada pikiran, persepsi, emosi, pergerakan dan perilaku individu yang menyimpang Skizofrenia suatu sindrom heterogen yang tidak teratur dan gangguan perilaku-prilaku aneh, delusi, halusinasi, emosi yang tidak wajar dan gangguan fungsi utama psikososial ditandai dengan delusi, halusinasi, pemikiran dan ucapan yang tidak teratur, perilaku motorik abnormal, dan gejala negative (I. A. Putri & Maharani, 2022).

Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat di seluruh dunia. Salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu. Gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (Herawati & Afconneri, 2020).

2. Etiologi

Skizofrenia disebabkan oleh multifaktorial. Penderita skizofrenia memiliki keterangan biologis spesifik (diatesis), yang dipicu oleh kondisi stres, lalu menimbulkan gejala – gejala skizofrenia. Kondisi stress ini bisa berupa faktor genetik, biologis, kondisi psikologis maupun lingkungan social. Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab timbulnya skizofrenia (Sitawati et al., 2022), antara lainnya adalah :

a. Faktor genetic (faktor keturunan)

Individu dengan riwayat keluarga menderita skizofrenia (faktor genetik) akan lebih rentan juga menderita skizofrenia dibandingkan individu yang tidak memiliki keluarga yang menderita skizofrenia. Sebagai contoh, jika ada salah satu orang tua kandung seseorang menderita skizofrenia adalah sebesar 13% jika kedua orang tua kandungnya menderita skizofrenia maka risikonya naik menjadi 30 – 46% meskipun demikian, banyak penderita skizofrenia yang ternyata tak memiliki faktor genetik. Oleh karena itu, risiko seseorang menderita penyakit skizofrenia dipengaruhi oleh beberapa faktor.

b. Faktor biologis

Terdapat beberapa abnormalitas pada struktur dan fungsi otak yang dikaitkan dengan pencetus penyakit skizofrenia, di antaranya adalah pelebaran vertikel, penurunan ukuran otak. Selain itu, juga didapatkan adanya kelainan fungsi kognitif penderita skizofrenia,

terutama pada fungsi ingatan dan kemampuan berinteraksi dengan orang lain.

c. Kondisi psikologis

Ada kalanya seseorang tidak memiliki seseorang untuk berbagi cerita atau memiliki kepribadian yang pendiam dan tertutup di saat dirinya mengalami stressor, sehingga orang tersebut cenderung memendam permasalahannya sendiri. Hal ini juga dapat meningkatkan risiko seseorang rentan mengalami penyakit skizofrenia.

d. Kondisi lingkungan

Ada beberapa faktor lingkungan yang ditengarai dapat meningkatkan risiko seseorang rentan menderita penyakit skizofrenia, yang bisa disebut sebagai stressor psikososial. Menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang tersebut terpaksa beradaptasi agar dapat mengatasi stressor tersebut. Namun, tidak semua orang mampu beradaptasi dan di antaranya adalah skizofrenia.

3. Tanda dan gejala

Ada beberapa tanda dan gejala menurut (Freska & Wenny, 2022) sebagai berikut :

a. Kognitif

Klien dengan skizofrenia sering tidak dapat menghasilkan pemikiran logis yang rumit dan mengungkapkan kalimat karena

neurotransmisi dalam system pengolahan informasi otak rusak. Tanda dan gejala gangguan pada kognitif dapat berupa masalah pada fungsi :

- 1) Memori : kesulitan menerima dan menggunakan memori yang disimpan, kerusakan memori jangka pendek/jangka panjang.
- 2) Perhatian : sukar mempertahankan perhatian, kurang konsentrasi, distrakbiliti, ketidakmampuan menggunakan perhatian selektif
- 3) Gangguan formal pikiran : kehilangan asosiasi, tangensial, inkoheren/ neologisme, illogical, sirkumtansial, bicara kacau, miskin bicara.
- 4) Pengambilan keputusan : gagal membuat kesimpulan, bimbang, insight yang kurang (anosognosis), kerusakan pembentukan konsep, kerusakan peniaian, ilogikal/pikiran tidak konkret, kurang perencanaan dan kurang memiliki kemampuan pemecahan masalah, kesulitan memulai tugas.
- 5) Kontek/proses pikiran : delusi, paranoid, grandiose, religious, somatic, nihilistik, control piker, sisip piker, control piker.

b. Persepsi

Persepsi adalah identifikasi dan interpretasi awal stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui penglihatan, suara, rasa, sentuhan, dan bau. Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi dalam respon neurobiologis maladaptif. Respon

yang tidak tepat ini dapat terjadi pada kelima panca Indera, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan. Isi halusinasi dapat bermacam – macam yaitu : halusinasi pendengaran, halusinasi penciuman, halusinasi penglihatan, halusinasi pengecapan, halusinasi perabaan, dan halusinasi kinestetik.

c. Emosi

Emosi digambarkan sebagai suasana hati/mood dan afek. Mood didefinisikan sebagai nada perasaan yang luas dan berkelanjutan yang dapat dialami selama beberapa jam atau selama bertahun – tahun dan terasa dapat mempengaruhi pandangan dunia seseorang. Afek mengacu pada perilaku seperti gerakan tangan dan tubuh, ekspresi wajah, dan nada suara yang dapat diamati Ketika seseorang mengepresikan dan mengalami perasaan dan emosi.

d. Perilaku dan Gerakan

Perilaku maladaptif dalam skizofrenia termasuk memburuk penampilan, kurangnya ketekunan di tempat kerja atau sekolah, avolition, perilaku berulang atau stereotip, agresi, agitasi, dan negativisme. Gerakan maladaptif yang terkait dengan skizofrenia termasuk katatonia, Gerakan mata abnormal, tingkah laku menerisme. Perilaku agresif, agitasi, dan perilaku kekerasan

sering digunakan untuk menggambarkan klien dengan skizofrenia

e. Sosial / sosialisasi

Sosialisasi adalah kemampuan untuk membentuk hubungan Kerjasama dan saling bergantung dengan orang lain. Masalah social dapat terjadi dari penyakit secara langsung maupun tidak langsung, efek langsung terjadi Ketika gejala mencegah orang dari sosialisasi, mengakibatkan penarikan social, isolasi dari kegiatan kehidupan, ketidakmampuan untuk berkomunikasi, hilangnya dorongan dan ketertarikan, penurunan keterampilan social, kebersihan pribadi yang buruk.

4. Mekanisme Koping Skizofrenia

mekanisme koping dibagi menjadi dua yaitu mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif dimana mekanisme koping adaptif yaitu mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan, sedangkan mekanisme koping maladaptif merupakan mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonom dan cenderung menguasai lingkungan. Strategi koping merupakan sarana utama yang digunakan individu untuk mengatasi situasi yang dianggap berbahaya sehingga apabila individu memiliki mekanisme koping adaptif maka individu akan terbebas dari stres, sebaliknya

apabila mekanisme coping maladaptif, maka individu akan mengalami stress (Herwanto et al., 2023).

5. Penatalaksanaan

1) Terapi medis

Pengobatan skizofrenia lebih efektif bila dimulai sedini mungkin saat gejala mungkin saja gejala mulai muncul. Tatalaksana pengobatan skizofrenia mengacu pada penatalaksanaan skizofrenia secara umum yaitu :

a. Anti psikotik

Obat antipsikotik memiliki dua kelompok yaitu antipsikotik generasi pertama (tipikal) dan antipsikotik generasi kedua (atipikal). Antipsikotik tipikal mempunyai peranan yang cepat dalam menurunkan gejala positif seperti waham atau halusinasi tetapi juga cepat menyebabkan kekambuhan. Jenis antipsikotik tipikal antara lain haloperidol, trifluoperazine, chlorpromazine (CPZ) dan lozaprine. Antipsikotik atipikal efektif untuk mengatasi simptom negative. Jenis antipsikotik atipikal adalah clozapine, risperidone, olanzapine, dan aripipazole.

b. Anti mania

Klien skizofrenia disertai dengan gejala akut perilaku kekerasan efektif diatasi dengan pemberian antimaniak seperti lithium. Lithium membantu menekan episode kekerasan pada

skizofrenia. Anti mania selain digunakan untuk klien gangguan bipolar, juga dapat digunakan untuk menekan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

B. Konsep Dasar Perawatan Diri

1. Definisi

Perawatan diri adalah kemampuan diri untuk mengurus atau menolong diri sendiri dalam kehidupan sehari-hari sehingga tidak tergantung dengan orang lain salah satu perawatan diri yang penting adalah *personal hygiene*, dimana ini merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri yang terdiri dari makan, mandi, eliminasi, dan kebersihan pakaian tanpa dibantu orang lain. Jika seseorang memiliki gangguan dalam melakukan perawatan diri maka akan beresiko untuk mengalami defisit perawatan diri (Mariyani et al., 2018).

Perawatan diri merupakan suatu kontribusi berkelanjutan orang dewasa bagi eksistensinya, kesehatannya dan kesejahteraannya. Ini menggambarkan dan menjelaskan manfaat perawatan diri guna mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraannya. Jika dilakukan secara efektif, upaya perawatan diri dapat memberi kontribusi bagi integritas struktural fungsi dan perkembangan manusia (W et al., 2021)

Perawatan diri atau kebersihan diri (*personal hygiene*), merupakan tindakan merawat diri sendiri untuk menjaga kesehatan dan mencegah dari penyebaran penyakit. Tindakan merawat diri sendiri termasuk dalam

memelihara kebersihan bagian tubuh seperti kebersihan pada tangan, kaki dan kuku, kulit dan rambut, mulut dan gigi, juga genetalia. Kebutuhan personal hygiene diperlukan oleh setiap individu baik pada keadaan individu kebutuhan perawatan diri/ kebersihan yang sehat maupun yang sakit. Pada individu yang sakit, diri perlu adanya bantuan dari orang lain yang merawatnya untuk menjaga kenyamanan dan kesehatan individu tersebut (Nurchayaningtyas et al., 2024).

2. Tujuan perawatan diri

Ada beberapa tujuan perawatan diri menurut (Isrofah et al., 2024) sebagai berikut :

1. Menghilangkan minyak yang menumpuk, keringat, sel-sel kulit yang mati dan bakteri
2. Menghilangkan bau badan yang berlebihan
3. Memelihara integritas permukaan kulit
4. Menstimulasi sirkulasi/peredaran darah
5. Memberikan kesempatan pada perawatan untuk mengkaji kondisi kulit
6. Meningkatkan percaya diri seseorang
7. Menciptakan keindahan
8. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

3. Dampak kurangnya perawatan diri

- a) Dampak fisik

Seseorang yang sedang sakit banyak gangguan kesehatan yang dideritanya, karena kurangnya perawatan diri/kebersihan dirinya dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan infeksi pada mata dan telinga, mata dan telinga, dan gangguan membrane mukosa mulut.

b) Dampak psikososial

Dampak gangguan psikososial yaitu gangguan pada kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan rasa ingin dicintai, kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

4. Macam – macam perawatan diri

Kebersihan dan perawatan diri meliputi kebersihan kulit dan membrane mukosa kulit sangatlah penting karena kulit merupakan garis pertahanan tubuh yang pertama dari kuman penyakit. Dalam menjalankan fungsinya, kulit menerima berbagai rangsangan dari luar dan menjadi pintu masuk utama kuman pathogen ke dalam tubuh. Macam – macam perawatan diri meliputi :

1. Mandi

Umumnya, kulit dibersihkan dengan cara mandi. Ketika mandi kita sebaiknya menggunakan jenis sabun yang banyak mengandung lemak nabati karena dapat mencegah hilangnya kelembapan dan menghaluskan kulit. Sabun deterjen jarang digunakan untuk mandi karena sifatnya iritatif.

Cara perawatan sebagai berikut :

- a. Biasakan mandi minimal dua kali sehari atau setelah beraktivitas
- b. Gunakan sabun yang tidak bersifat iritatif
- c. Sabuni seluruh tubuh, terutama area lipatan kulit, seperti sela – sela jari, ketiak, belakang telinga dan lain – lain .
- d. Jangan gunakan sabun mandi untuk wajah
- e. Segera keringkan tubuh dengan handuk yang lembut dari wajah, tangan, badan hingga kaki.

2. Rambut

Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu, melalui rambut perubahan status kesehatan diri dapat diidentifikasi. Klien yang dalam keadaan imobilisasi rambutnya cenderung cenderung terlihat kusut. Klien yang mampu melakukan perawatan diri harus dimotivasi untuk memelihara perawatan rambut sehari – hari. Sementara pada klien yang memiliki keterbatasan mobilisasi memerlukan bantuan perawat atau keluarga klien dalam melakukan hygiene rambut. Masalah yang sering terjadi pada rambut yaitu kutu, dan ketombe. Tujuan melakukan Tindakan keperawatan menjaga kebersihan rambut antar lain : mencegah infeksi pada kulit kepala serta meningkatkan konsep diri (kepercayaan diri).

Cara merawat rambut antara lain sebagai berikut :

1. Cuci rambut 1 – 2 kali seminggu (atau sesuai kebutuhan)

2. Pangkas rambut agar terlihat rapi
 3. Gunakan sisir yang bergigi besar untuk merapikan rambut keriting dan olesi rambut dengan minyak.
 4. Jangan gunakan sisir yang bergigi tajam karena bisa melukai kulit kepala
 5. Pijat – pijat kulit kepala pada saat mencuci rambut untuk merangsang pertumbuhan rambut
 6. Pada jenis rambut ikal dan keriting, sisir rambut mulai dari ujung hingga ke pangkal dengan pelan dan hati – hati .
3. Gigi dan mulut

Tujuan perawatan hygiene mulut klien yaitu agar mukosa mulut utuh yang terhidrasi baik serta untuk mencegah penyebaran penyakit yang ditularkan melalui mulut dan gigi (misalnya tifus, hepatitis), mencegah penyakit mulut dan gigi (holitasis, chilosis), meningkatkan daya tahan tubuh, mencapai rasa nyaman, memahami praktek hygiene mulut dan mampu melakukan sendiri perawatan hygiene mulut dengan benar.

Cara merawat gigi dan mulut antara lain sebagai berikut :

1. Tidak makan makanan yang terlalu manis dan asam
2. Tidak menggunakan gigi untuk mengigit atau mencongkel benda keras (misalnya membuka tutup botol)
3. Menghindari kecelakaan seperti jatuh yang dapat menyebabkan gigi patah

4. Menyikat gigi sesudah makan dan khususnya sebelum tidur
 5. Memakai sikat gigi yang berbulu banyak, halus dan kecil sehingga dapat menjangkau bagian dalam gigi
 6. Meletakkan sikat pada sudut 45 di pertemuan antara gigi dan gusi dan sikat menghadap ke arah yang sama dengan gusi
 7. Menyikat gigi dari atas ke bawah dan seterusnya
 8. Memeriksa gigi setiap enam bulan
4. Pakaian

Pakaian yang sudah kotor dan berbau tidak enak, juga sebagai timbulnya penyakit yang disebabkan oleh jamur misalnya panu. Oleh karena itu, pakaian yang sudah kotor dan tidak layak dipakai segeralah dicuci dengan sabun cuci. Pakaian yang sudah kotor akan berakibat udara dipermukaan kulit akan lembab sehingga fungsi penyerapan keringat akan terganggu. Pakaian yang sehat yaitu pakaian yang bersih dari kotoran dan debu.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Defisit Perawatan Diri pada klien dengan gangguan jiwa terjadi akibat ada perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri dan eliminasi (buang air besar/buang air kecil) secara mandiri (Anita et al., 2022).

a. Identitas Terdiri dari :

nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medik, keluarga yang dapat di hubungi.

b. Alasan masuk

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

c. Faktor predisposisi

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

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan tanda – tanda vital (TTV) pemeriksaan head to toe yang merupakan penampilan klien yang kotor dan acak-acakan.

e. Psikososial

Pada genogram biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pada komunikasi klien terganggu dengan begitupun dengan pengambilan Keputusan dan pola asuh.

f. Konsep diri

1) Citra Tubuh

Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien mengenai tubuh yang disukai maupun tidak disukai (Nurhaini, 2018).

2) Identitas Diri

Kaji status dan posisi pasien sebelum klien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan (Bunaini, 2020).

3) Peran Diri

Meliputi tugas atau peran klien didalam keluarga/ pekerjaan/ kelompok maupun masyarakat, kemampuan klien didalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan yang terjadi disaat klien sakit maupun dirawat, apa yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi (Ndaha, 2021).

4) Ideal Diri

Berisi harapan pasien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan/sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya (Grasela, 2021).

5) Harga Diri

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

6) Hubungan Sosial

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

g. Spiritual

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

- 1) Penampilan Penampilan klien sangat tidak rapi, tidak mengetahui caranya berpakaian dan penggunaan pakaian tidak sesuai.
- 2) Cara bicara/Pembicaraan Cara bicara klien yang lambat, gagap, sering terhenti/bloking, apatis serta tidak mampu memulai pembicaraan.

- 3) Aktivitas Motorik Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif.
- 4) Alam Perasaan Klien tampak sedih, putusasa, merasa tidak berdaya, rendah diri dan merasa dihina.
- 5) Afek Klien tampak datar, tumpul, emosi klien berubah – ubah kesepian, apatis, depresi/sedih dan cemas .
- 6) Interaksi Saat Wawancara Respon klien saat wawancara tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga yang menunjukkan sikap atau pun peran tidak percaya kepada pewawancara/oranglain.
- 7) Persepsi Klien membuat klien tidak ingin membersihkan diri dan klien mengalami depersonalisasi.

g. Kebutuhan Klien Pulang

1. Makan Klien kurang makan, cara makan klien yang terganggu serta pasien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.
2. Berpakaian Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan.
3. Mandi klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, mencuci rambut, menggunting kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau.
4. BAB/BAK Klien tidak pada tempat nya seperti di tempat tidur dan klien tidak dapat membersihkan BAB/BAK.

5. Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur.
6. Proses pikir Bentuk pikir klien yang otistik, dereistik, sirkumtansial, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik dan terkadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan bagian integral untuk menentukan asuhan keperawatan yang tepat sehingga klien dapat mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosa keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan maka diperlukan suatu standar diagnosa keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia, mengacu pada standar diagnosa internasional yang telah dibukukan sebelumnya (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan pada pasien perawatan diri :

1. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi minat.

3. Intervensi Keperawatan

Menurut yanti (2021) perencanaan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri yaitu:

- a. Tujuan jangka panjang pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan secara mandiri.

- b. Bina hubungan saling percaya kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawatan dalam melakukan pendekatan keperawatan.
- c. Tujuan jangka panjang pasien dapat memelihara atau merawat kebersihan secara mandiri.
- d. Bina hubungan saling percaya kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawatan dalam melakukan pendekatan keperawatan.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Dukungan Perawatan Diri

Diagnosa Keperawan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan
Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/minat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi dari menurun menjadi meningkat 2. kemampuan mengenakan pakaian dari menurun menjadi meningkat 3. mempertahankan kebersihan mulut dari menurun menjadi meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks,) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)) 3. Damping dalam melakukan

		<p>perawatan diri secara mandiri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
--	--	---

Sumber: PPNI 2017

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan (Anita et al., 2022). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini menurut Kusumawati dan (Elfariyani, 2021).

5. Evaluasi

Menurut Ginting (2021) evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien (Wulandari, et al., 2022). Evaluasi dapat dibagi dua yaitu: Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil tau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan.