

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi skizofrenia

Skizofrenia adalah sindroma klinik yang ditandai oleh psikopatologi berat dan beragam, mencakup aspek kognisi, emosi, persepsi dan perilaku, dengan gangguan pikiran sebagai gejala pokok (Fitrikasari & Kartikasari, 2022). Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Tukatman, 2023). Skizofrenia adalah suatu gangguan psikosis fungsional berupa gangguan mental berulang yang ditandai dengan gejala-gejala psikotik yang khas dan kemunduran fungsi social, fungsi kerja, dan perawatan diri (Azizah, 2011). Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas. Skizofrenia menyebabkan pikiran, persepsi, emosi dan perilaku individu menjadi menyimpang. Seperti jenis kanker, skizofrenia dianggap sebagai sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala yang berbeda (Mashudi, 2021).

Berdasarkan penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan mental serius yang ditandai oleh gangguan dalam berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku. Skizofrenia sering menimbulkan penurunan fungsi sosial, pekerjaan dan perawatan diri.

2. Etiologi skizofrenia

Menurut Ardiansyah *et al* (2023) yaitu skizofrenia dapat disebabkan oleh dua faktor, meliputi :

a. Faktor predisposisi

Terdapat beberapa faktor predisposisi dari penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) Faktor biologis

a) Faktor genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologisnya. Hal tersebut dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15% terkena skizofrenia, angka ini meningkat sampai dengan 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography* (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission* (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia.

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada massa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitter otak pada penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak pasien penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim akan mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan menyelesaikan perkembangan awal psikososial. Contohnya seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya, dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia parah tampak pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada.

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini

berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi yang tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan juga perasaan putus asa.

b. Faktor presipitasi

Terdapat beberapa faktor presipitasi pada penderita skizofrenia antara lain, adalah :

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi, gangguan komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan juga stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang umumnya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, serta perilaku individu.

3. Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Mashudi (2021) Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif :

a. Gejala Positif

Gejala yang ada pada pasien dan tidak boleh ada pada orang normal dan biasanya dapat diamati. Ini adalah gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan juga masyarakat serta merupakan salah satu motivasi dari keluarga untuk membawa pasien berobat. Gejala positif adalah sebagai berikut :

1) Waham

Waham adalah keyakinan yang salah atau tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang.

2) Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal.

3) Perubahan arus pikir

a) Arus pikir terputus : dalam berbicara tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.

b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

c) Neologisme : berbicara menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.

4) Perubahan perilaku

Perubahan perilaku yang dimaksud seperti gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, yang ditunjukkan dengan perilaku marah, merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya, berpikiran penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.

b. Gejala negatif

Gejala yang bisa ada pada orang normal tetapi pada skizofrenia lebih berat, termasuk tidak adanya pengaruh, tidak adanya pemikiran, tidak adanya motivasi, tidak adanya kesenangan, dan tidak adanya perhatian. Gejala negatif ini merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, maka dari itu pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat. Gejala-gejala negatif yang dimaksud yaitu:

- 1) Alam perasaan (*affect*) tumpul dan mendatar, ini terlihat dari wajah pasien yang tidak menunjukkan ekspresi.
- 2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul maupun kontak dengan orang lain serta suka melamun (*day dreaming*).
- 3) Kontak emosional amat miskin, sulit bila diajak bicara, dan pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan di lingkungan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak
- 6) Pola berpikir stereotip

c. Gejala kognitif

Gejala kognitif skizofrenia mungkin tidak terlihat, terutama pada awal proses penyakit, tetapi sangat mengganggu dan menyebabkan sebagian besar kecacatan yang terkait dengan gangguan ini. Gejala kognitif termasuk gangguan perhatian, memori kerja, dan fungsi eksekutif.

4. Klasifikasi skizofrenia

Menurut Kaplan & Sadock (2022) klasifikasi skizofrenia dibagi menjadi lima:

a. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik memiliki ciri yang khas yaitu gangguan psikomotor yang signifikan. Gangguan ini dapat berupa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan, atau bahkan tanpa gerakan motorik, negativisme yang ekstrem, mutisme, gerakan volunter yang abnormal, ekolalia atau ekopraksia.

b. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid memiliki gejala utama yaitu waham dan halusinasi terhadap ketakutan tertentu. Hal ini sering kali membuat penderitanya memiliki kecurigaan pada orang-orang sekitar secara berlebihan sehingga sulit untuk mengendalikan emosi atau keinginannya.

c. Skizofrenia hebefrenik (tidak terorganisasi)

Skizofrenia hebefrenik menimbulkan gejala berupa afek datar, inkoherensi, asosiasi yang longgar, dan disorganisasi perilaku yang ekstrim.

d. Skizofrenia residual Skizofrenia residual ditandai dengan kondisi penderita yang mengalami setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, menarik diri, afek datar serta perilaku yang tidak teratur.

e. Skizofrenia tak terinci (tidak dapat dibedakan)

Skizofrenia tak terinci memiliki gejala-gejala skizofrenia campuran disertai dengan adanya gangguan pikiran, emosi dan perilaku.

5. Pemeriksaan penunjang

Menurut Sarni & Wahyuni (2024) untuk menegakkan diagnosis skizofrenia, sejumlah pemeriksaan penunjang harus dilakukan pada pasien, antara lain:

a. Pemeriksaan psikologi

1) Pemeriksaan psikiatri: pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan apakah seseorang mampu melakukan tugas-tugas tertentu dengan baik dan bersosialisasi dengan orang lain.

2) Pemeriksaan psikometri: pemeriksaan yang digunakan untuk menilai bakat, kepribadian, perilaku, dan bakat seseorang. Tujuan utama tes ini adalah untuk menentukan kecocokan seseorang untuk pekerjaan atau posisi tertentu. Tes psikometri melibatkan pengajuan pertanyaan-pertanyaan kepada peserta berupa kuesioner, menguji kepribadian dan melihat catatan akademik peserta.

b. Pemeriksaan tambahan lain jika diperlukan: darah rutin, fungsi hepar, faal ginjal, enzim hepar, *Elektrokardiografi* (EKG), *Computerized Tomography* (CT Scan), *Electroencephalogram* (EEG).

6. Penatalaksanaan skizofrenia

Menurut Mashudi (2021) Penatalaksanaan atau pengobatan pada klien dengan skizofrenia sebagai berikut:

a. Psikofarmaka

Obat psikofarmaka ditujukan pada pasien dengan gangguan fungsi neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis yang ada dapat dihilangkan. Obat psikofarmaka lebih berkhasiat menghasilkan gejala negatif skizofrenia daripada gejala positif skizofrenia atau sebaliknya, ada juga yang lebih cepat menimbulkan

efek samping dan lain sebagainya. Beberapa contoh obat psikofarmaka yang beredar di Indonesia yang termasuk obat golongan generasi pertama yaitu *Chlorpromazine HCl*, *Trifluoperazine HCL*, *Thioridazine HCl*, dan *Haloperidol*. Yang termasuk obat golongan generasi kedua yaitu *Risperidone*, *Paliperidone*, *Clozapine*, *Quetiapine*, *Olanzapine*, dan *Aripiprazole*. Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (*typical*) maupun generasi kedua (*atypical*) pada pemakaian jangka panjang sering menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan *typical* khususnya berkhasiat dalam mengatasi gejala-gejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Sementara itu pada penderita skizofrenia dengan gejala negative, pemakaian golongan *typical* kurang memberikan respon. Selain itu obat golongan *typical* tidak memberikan efek yang baik pada pemulihan fungsi kognitif penderita. Obat golongan *typical* sering kali menimbulkan efek samping berupa gejala ekstra piramidal (EPS).

b. Terapi psikososial

Terapi psikososial dilakukan agar penderita skizofrenia mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak akan menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Penderita yang menjalani terapi psikososial hendaknya tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka sebagaimana juga hanya waktu menjalani psikoterapi. Psikoterapi suportif atau kelompok dapat membantu pasien dan memberikan bimbingan yang praktis bermaksud untuk mengembalikan pasien kembali ke masyarakat. Terapi perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, merawat diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal. Perilaku adaptif didorong dengan

pemberian pujian atau hadiah yang diharapkan sehingga frekuensi perilaku maladaptif dapat diturunkan.

c. Terapi *elektro-konvulsi* (TEK)

Terapi *elektro-konvulsi* (TEK) baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terhadap skizofrenia simpleks efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.

B. Defisit Perawatan Diri

1. Definisi defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat (Yusuf *et al.*, 2015). Defisit Perawatan Diri merupakan suatu keadaan atau kondisi seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI, 2018). Defisit perawatan diri merupakan kondisi kurangnya perawatan diri pada klien dengan gangguan jiwa yang terjadi akibat perubahan proses pikir sehingga menurunkan kemampuan dalam melakukan aktivitas perawatan diri (Laela *et al.*, 2024).

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan seseorang dalam melakukan aktivitas dasar yang diperlukan untuk menjaga kebersihan dan kesehatan diri meliputi mandi, makan/minum, berpakaian dan *toileting*.

2. Faktor penyebab

Menurut PPNI (2016) faktor penyebab yang dapat menimbulkan tanda gejala defisit perawatan diri sebagai berikut :

- a. Gangguan muskuloskeletal
- b. Gangguan neuromuskuler
- c. Kelemahan
- d. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e. Penurunan motivasi/minat.

3. Data mayor dan minor

Menurut PPNI (2016) terdapat data tanda gejala mayor dan minor pada pasien yang akan diangkat diagnosis defisit perawatan diri yaitu:

- a. Gejala dan Tanda Mayor
 - 1) Data Subjektif
 - a) Menolak melakukan perawatan diri
 - 2) Data Objektif
 - a) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
 - b) Minat melakukan perawatan kurang.
- b. Gejala dan Tanda Minor
 - 1) Data Subjektif (tidak tersedia)
 - 2) Data Objektif (tidak tersedia)

4. Kondisi klinis terkait

Menurut PPNI (2016) kondisi klinis pasien yang mengalami masalah keperawatan defisit perawatan diri yaitu:

- a. Stroke
- b. Cedera medula spinalis
- c. Depresi
- d. Arthritis reumatoid
- e. Retardasi mental
- f. Delirium
- g. Demensia
- h. Gangguan amnestik
- i. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- j. Fungsi penilaian terganggu

5. Penatalaksanaan

Terdapat berbagai penatalaksanaan dalam perawatan pasien skizofrenia dengan defisit perawatan diri. Intervensi utama yang dapat dipilih adalah dukungan perawatan diri yang nantinya dapat dispesifikan sesuai dengan kebutuhan dari pasien yang ditemukan (PPNI, 2016). Dengan dilakukannya dukungan perawatan diri tersebut, maka diharapkan masalah defisit perawatan diri tersebut dapat teratasi dan perawatan diri pasien dapat meningkat dengan kriteria hasil dan juga tujuan yang ingin dicapai seperti verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri dan juga minat melakukan perawatan diri dapat meningkat (PPNI, 2016). Selain secara umum tersebut, tujuan dilakukan dukungan perawatan diri pada pasien dengan masalah defisit perawatan diri adalah 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 (Yusuf *et al.*, 2015)

Intervensi keperawatan jiwa non farmakologi juga dapat membantu meningkatkan keberhasilan dukungan perawatan diri, pemberian yang dapat diberikan untuk membantu penanganan pasien skizofrenia dengan masalah defisit perawatan diri, tindakan tersebut adalah terapi okupasi : token ekonomi. Terapi token ekonomi yang merupakan bentuk dari modifikasi perilaku yang didesain untuk meningkatkan perilaku yang diharapkan dan menurunkan perilaku yang tidak diharapkan dengan menggunakan token. Individu menerima token sesudah melakukan perilaku yang diharapkan (Rochman *et al.*, 2024). Kunci harapan utama dalam terapi kesehatan jiwa adalah menginginkan klien dapat berperilaku atau berperan sesuai dengan harapan sosial atau keadaan sosial. Pelaksanaan token ekonomi meliputi mengidentifikasi kemampuan interpersonal yang positif dan perilaku *self care* klien yang akan dikuatkan dan mendapatkan dispensasi berupa tanda pada klien apabila kemampuannya meningkat. Apabila klien mengerjakan perilaku yang diinginkan akan mendapatkan tanda, sebaliknya jika tidak mengerjakan apa yang dilatih akan kehilangan tanda (Parendrawati, 2021). Teknik ini didasarkan pada prinsip penguatan positif dalam perilaku, dan dapat digunakan untuk memperkuat perilaku yang (Nasution *et al.*, 2021).

C. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri Pada Pasien Dengan Skizofrenia

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang merupakan suatu proses mengumpulkan informasi dari beberapa sumber untuk mengevaluasi dan menentukan kondisi kesehatan klien. Untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan memberikan asuhan keperawatan harus sesuai dengan kondisi pasien melalui pengkajian secara menyeluruh (Ekaputri et al., 2024)

Menurut Mashudi (2021) terdapat beberapa hal yang perlu dikaji pada pasien skizofrenia dengan defisit perawatan diri yaitu sebagai berikut:

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data keperawatan adalah proses sistematis untuk mengumpulkan, menganalisis, dan mendokumentasikan informasi yang relevan tentang kondisi fisik, mental, emosional, dan sosial pasien. Proses ini merupakan langkah awal dalam praktik keperawatan yang bertujuan untuk memahami kebutuhan pasien dan merencanakan intervensi yang sesuai. Berikut adalah pengumpulan data keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri:

1) Identitas pasien

Sering ditemukan pada usia muda atau muncul pertama kali pada masa pubertas.

2) Alasan masuk

Biasanya pasien mengeluh malas mandi, tidak mau menggosok gigi, tidak mau

memotong kuku, tidak mau berhias atau berdandan, tidak bisa dan tidak mau menggunakan alat mandi atau alat kebersihan diri, tidak mau menggunakan alat makan dan minum saat makan dan minum, tidak mau membersihkan diri dan tempat buang air besar dan buang air kecil setelah buang air besar dan buang air kecil atau tidak mengetahui cara perawatan diri yang benar. Masalah pasien yang muncul suka menyendiri, tidak mau berinteraksi dan berbicara kepada orang lain, berpenampilan yang tidak rapi dan kotor serta berbau, senang menyendiri, tidak mau banyak berbicara dengan orang lain, terlihat murung, tidak peduli dengan diri sendiri dan mulai mengganggu orang lain.

3) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko atau faktor pencetus atau penyebab utama timbulnya masalah kejiwaan yang dialami klien. Pada klien yang mengalami defisit perawatan diri ditemukan adanya faktor herediter mengalami gangguan jiwa, adanya penyakit fisik dan mental yang diderita klien sehingga menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri. Ditemukan adanya faktor perkembangan dimana keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu, menurunnya kemampuan realitas sehingga menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri serta didapatkan kurangnya dukungan dan situasi lingkungan yang mempengaruhi kemampuan dalam perawatan diri.

4) Pemeriksaan fisik

Biasanya pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV), pemeriksaan secara keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan *head to toe*

dan juga mengobservasi penampilan klien, biasanya penampilan klien tampak kotor dan acak-acakan.

5) Psikososial

a) Genogram

Biasanya menggambarkan klien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

b) Konsep diri

(1) Citra tubuh

Biasanya gambaran dari pasien mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian yang dia sukai dan ada bagian yang tidak dia sukai.

(2) Identitas diri

Pasien biasanya mampu menilai identitasnya

(3) Peran

Pasien menyadari peran dirinya sebelum sakit, saat dirawat peran pasien terganggu

(4) Ideal diri

Biasanya pasien berperilaku tidak berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu. Pasien biasanya tidak menandakan adanya persepsi positif terhadap kebersihan diri

(5) Harga diri

Pasien memiliki harga diri rendah yang akan berakibat pasien tidak peduli akan perawatan diri sehingga terjadi defisit perawatan diri

c) Hubungan sosial

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

d) Spiritual

Pada klien dengan gangguan jiwa, biasanya pandangan klien terhadap agama dan keyakinannya terganggu karena klien tidak menghiraukan lagi dirinya. Selain itu, juga perlu dikaji kegiatan keagamaan yang dilakukan klien serta bagaimana pendapat klien tentang ibadah tersebut, tetapi pada klien dengan gangguan jiwa biasanya kegiatan ibadah tidak dilakukan

6) Status mental

a) Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, kotor, tidak serasi atau tidak cocok dan berubah dari biasanya

b) Pembicaraan

Biasanya tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, dan berbelit-belit

c) Motorik

Biasanya aktivitas motorik meningkat atau menurun, impulsif, kataton dan beberapa gerakan yang abnormal

d) Alam Perasaan

Biasanya beberapa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.

e) Afek

Biasanya afek sering tumpul dan datar

f) Interaksi selama wawancara

Biasanya selama interaksi dapat dideteksi sikap pasien yang tampak komat-kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan, menggaruk – garuk, gatal dan juga kacau

g) Persepsi

Biasanya pasien berhalusinasi tentang ketakutan terhadap hal-hal kebersihan diri baik halusinasi pendengaran, penglihatan serta halusinasi perabaan yang membuat pasien tidak mau membersihkan diri dan pasien mengalami depersonalisasi.

h) Proses pikir

Biasanya pasien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan pasien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap pasien

i) Isi pikir

Biasanya pasien tidak bisa menilai realitas dengan benar, tidak paham pentingnya kebersihan atau kesehatan diri, menolak bantuan karena berpikir hal tersebut membahayakan atau tidak perlu.

j) Tingkat kesadaran

Kaji tingkat kesadaran klien tersebut apakah mengalami gangguan kesadaran secara kuantitas (kesadaran meninggi atau menurun) atau secara kualitas (kesadaran berubah).

k) Memori

Mengkaji kemampuan klien dalam mengingat hal-hal yang telah terjadi (jangka panjang/jangka pendek/sesaat) dan mengkaji apakah ada gangguan pada daya ingat klien seperti lupa, hiperamnesia, paramnesia.

l) Tingkat konsentrasi

Mengkaji tingkat konsentrasi klien dalam memperhatikan selama wawancara atau berinteraksi, apakah terjadi gangguan atau tidak, seperti konsentrasi yang mudah beralih atau tidak mampu berkonsentrasi.

m) Kemampuan menilai

Kaji kemampuan klien dalam menilai atau mengambil keputusan, hal ini dapat dikaji dengan menggali keterlibatan klien dalam aktivitas, bagaimana kemampuan klien dalam menilai sesuatu hal dan bagaimana ia mengambil ia suatu keputusan terhadap sesuatu hal, masalah atau peristiwa di lingkungan sekitarnya.

n) Daya tilik diri

Daya tilik diri merujuk pada pemahaman klien tentang sifat suatu penyakit atau gangguan, kaji bagaimana klien menilai atau memandang dirinya secara keseluruhan terhadap dirinya dan lingkungan sekitarnya.

7) Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah suatu pola untuk menahan ketegangan yang mengancam dirinya (pertahanan diri/maladaptif) atau untuk menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapi (mekanisme koping/adaptif). Mengkaji reaksi klien bila menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang adaptif seperti berbicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan

masalah, teknik relaksasi, berolahraga, ataukah menggunakan cara-cara maladaptif seperti minum alkohol, reaksi lambat berlebihan, bekerja berlebihan, menghindar, mencederai diri, dan lainnya.

8) Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

9) Kurang pengetahuan

Biasanya klien dengan defisit perawatan diri mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan. Biasanya pasien kurang mengetahui tentang penyakit fisik, sistem pendukung, penyakit jiwa

b. Daftar masalah

Daftar masalah keperawatan merupakan suatu urutan masalah yang terjadi pada klien berdasarkan skala prioritas dalam keperawatan. Daftar ini mencerminkan kondisi pasien jiwa secara menyeluruh sehingga mempermudah perawat dalam menentukan tindakan keperawatan yang perlu diprioritaskan. Dengan menyusun masalah berdasarkan tingkat urgensi, perawat dapat memberikan intervensi mulai dari yang paling utama hingga yang tetap penting untuk ditangani sepenuhnya. Hal ini bertujuan untuk mencapai asuhan keperawatan yang berkualitas dan komprehensif (Bustan & P, 2023).

c. Pohon masalah

Pohon masalah merupakan bagan yang membentuk proses terjadinya suatu masalah berdasarkan daftar masalah yang telah dibuat. Untuk membuat pohon

masalah, minimal harus ada tiga masalah yang berkedudukan sebagai penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*), dan akibat (*effect*). Dengan demikian, pohon masalah merupakan rangkai urutan peristiwa yang menggambarkan urutan kejadian masalah pada pasien sehingga dapat mencerminkan psikodinamika terjadinya gangguan jiwa (Yusuf et al., 2015).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang mencerminkan tanggapan (status kesehatan atau perubahan dalam pola interaksi aktual/ potensial) dari individu atau kelompok (Ekaputri et al., 2024). Diagnosis keperawatan merupakan penilaian profesional terhadap reaksi pasien tentang masalah kesehatan atau peristiwa kehidupan yang aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk menentukan respons pasien terhadap keadaan yang berhubungan dengan kesehatan individu, keluarga, dan komunitas. Diagnosis keperawatan mempunyai dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosis keperawatan dengan menggambarkan inti dari respons pasien terhadap proses kehidupannya atau kondisi kesehatan, dan indikator diagnostik yang terdiri dari penyebab (*etiology*), tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*), serta faktor risiko. Tanda dan gejala mayor yang ditemukan pada 80 - 100% digunakan untuk memvalidasi diagnosis, tanda dan gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat membantu memperkuat diagnosis (PPNI, 2016).

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian penentuan langkah – langkah keperawatan guna mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh klien. Perencanaan keperawatan terdiri dari standar luaran (*outcome*) dan standar

intervensi. Standar luaran (*outcome*) merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan dibagi menjadi dua, yaitu luaran negatif dan luaran positif. Luaran negatif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan. Sedangkan luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran ini mengarahkan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment atau tindakan 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, definisi, dan tindakan. Label adalah nama dari intervensi keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi adalah komponen yang menjelaskan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Pada studi kasus ini, intervensi utama yang diberikan adalah dukungan perawatan diri dan intervensi pendukung dukungan perawatan diri: mandi. Disajikan dalam tabel 1.

Tabel 1
Kajian Teori Intervensi Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri
: Mandi dengan Terapi Okupasi : Token Ekonomi pada Pasien Skizofrenia
di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama

Tgl/ jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Hari, tgl, tahun dan pukul	Defisit Perawatan Diri: Mandi Faktor Risiko : 1. Gangguan muskuloskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan dalam 15 menit maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Terbina hubungan saling percaya 2. Kemampuan mandi meningkat 3. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 4. Kemampuan makan meningkat 5. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 6. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 7. Minat melakukan perawatan diri meningkat 8. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 9. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	Dukungan Diri Observasi 1. Lakukan hubungan saling bina 2. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 3. Monitor tingkat kemandirian 4. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan keluarga dalam	Dukungan Diri Observasi 1. Untuk meningkatkan penerimaan, motivasi, dan partisipasi pasien dalam perawatan diri serta terapi kejiwaan. 2. Mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 3. Mengetahui tingkat kemandirian 4. Mengetahui kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1. peningkatan hubungan saling percaya 2. Sebagai sarana dalam pemberian bantuan perawatan diri 3. Agar pasien dapat terarah melakukan perawatan diri 4. Agar pasien dapat lebih menerima keadaan dirinya 5. Agar pasien dapat lebih mudah memahami tentang perawatan diri 6. Sebagai terapi bantuan dalam meningkatkan perawatan diri pasien Edukasi 1. Sebagai sarana keberlanjutan peningkatan kemampuan perawatan diri pasien secara mandiri di rumah

Tgl/ jam	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
			memberi dukungan perawatan diri	Kolaborasi 1. Agar perawatan diri pasien meningkat dengan adanya <i>support system</i>
			Dukungan Perawatan Diri: Mandi Observasi 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit	Dukungan Perawatan Diri: Mandi Observasi 1. Mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Memantau kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Memantau integritas kulit
			Terapeutik 1. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) 2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian	Terapeutik 1. Sebagai saranan dalam perawatan diri 2. Agar pasien merasa nyaman dan nyaman 3. Agar pasien dapat melakukan gosok gigi 4. Agar pasien mampu mandi secara mandiri 5. Agar kebersihan diri pasien tetap terjaga 6. Agar pasien mandiri 7. Untuk mengubah perilaku pasien menjadi lebih baik
			Edukasi 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu	Edukasi 1. Agar pasien mengetahui manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

Sumber : (PPNI SIKI, 2018), (PPNI SLKI, 2019)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Pengumpulan data secara terus menerus, pemantauan reaksi klien baik saat dan setelah tindakan dilaksanakan, serta evaluasi data baru merupakan kegiatan tambahan yang terkait dengan implementasi (Ekaputri *et al.*, 2024). Implementasi atau tindakan keperawatan adalah serangkaian tindakan atau perilaku yang digunakan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Implementasi keperawatan pada defisit perawatan diri: mandi dibuat dalam bentuk tabel 2.

Tabel 2
**Kajian Teori Implementasi Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri :
Mandi dengan Terapi Okupasi : Token Ekonomi pada Pasien Skizofrenia di
Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama**

Waktu	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Respon	Paraf
Hari, tanggal, tahun dan pukul diberikan implement asi	Defisit perawatan diri berhubungan dengan isolasi sosial	Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan	Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan objektif	Bukti tindakan sudah diberikan dengan dilengkapi nama terang

Waktu	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Respon	Paraf
		sabun mandi)		
		3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri		
		4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan		
		5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri		
		6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri		
		Edukasi		
		1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan		
		Observasi		
		1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri		
		2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan		
		3. Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku)		
		4. Monitor integritas kulit		
		Terapeutik		
		1. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)		
		2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman		
		3. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan		
		4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan		
		5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri		
		6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian		
		7. Terapi Okupasi : Token Ekonomi		
		Edukasi		
		1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan		
		2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu		

Sumber : (PPNI SIKI, 2018)

5. Evaluasi keperawatan

Penilaian terakhir dalam proses asuhan keperawatan didasarkan pada luaran (*outcome*) yang sudah ditetapkan. Evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi yang menentukan tujuan rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk memahami bagaimana pasien merespons perawatan membuat kesimpulan tentang tujuan yang telah dicapai, dan menghubungkan intervensi keperawatan dengan kriteria hasil (Ekaputri *et al.*, 2024). Menurut PPNI (2016) evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan acuan SOAP meliputi, subjektif (S) merupakan respons subjektif dari klien terhadap implementasi keperawatan yang telah diberikan, objektif (O) merupakan data dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat, analisa ulang (A) merupakan kumpulan data subjektif dan objektif yang menggambarkan masalah teratasi atau belum, dan perencanaan (P) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilaksanakan berdasarkan analisis sebelumnya. Evaluasi pada pasien defisit perawatan diri disajikan dalam tabel 3.

Tabel 3
Kajian Teori Evaluasi Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri : Mandi dengan Terapi Okupasi : Token Ekonomi pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama

Waktu	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Hari, tanggal, tahun dan pukul diberikan implementasi	Defisit perawatan diri berhubungan dengan isolasi sosial	S : Pasien mengatakan akan mempertahankan kebersihan diri seperti mandi dengan sabun, menggosok gigi, mencuci rambut dengan sampo O : Pasien tampak kemampuan	Bukti tindakan sudah diberikan dengan dilengkapi nama terang

Waktu	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	Paraf
		mandi meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat A : Defisit Perawatan Diri: Mandi Teratasi P : Motivasi pasien untuk mempertahankan kebersihan diri	

Sumber : (PPNI SLKI, 2019)

D. Token Ekonomi

1. Definisi token ekonomi

Token adalah salah satu bentuk penguat / pengukuh bersyarat (*conditioning reinforcement*) yang berbentuk kartu, koin, tiket, tanda bintang, poin, kupon atau tanda cek. Token dapat menahan perilaku sampai token tersebut ditukar dengan pengukuh pendukung (*backup reinforcer*) seperti makanan, uang, atau hadiah lainnya. Oleh karena itu, token ekonomi merupakan program yang dapat dikenakan pada kelompok dan individu. Pada prosedur ini adalah untuk mengubah motivasi ekstrinsik menjadi motivasi intrinsik (Rohmaniar & Krisnani, 2020). Token ekonomi berfokus pada pemberian penguatan yang terorganisir dan terstruktur, yang membantu individu belajar perilaku yang lebih baik dan meningkatkan kualitas hidup mereka, baik dalam konteks keperawatan maupun pendidikan. Sistem ini telah terbukti efektif dalam mengelola perilaku melalui penguatan sekunder, yang memberikan peluang besar dalam perawatan jangka panjang (Hackenberg, 2020).

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa token ekonomi

adalah metode terapi yang menggunakan sistem penghargaan berbasis token untuk mendorong perubahan perilaku positif. Pasien diberikan token sebagai imbalan atas perilaku yang diinginkan.

2. Tujuan token ekonomi

Menurut Prabaningsih (2020), tujuan token ekonomi adalah:

- a. Untuk mengubah motivasi ekstrinsik menjadi motivasi intrinsik.
- b. Token ekonomi digunakan untuk menahan perilaku lebih lama, setidaknya sampai token tersebut ditukar dengan *backup reinforcer*.

Prabaningsih (2020) mengemukakan tujuan token ekonomi adalah untuk menguatkan perilaku yang diinginkan. Hal ini dilakukan untuk mengurangi perilaku yang tidak menyenangkan melalui sebuah lingkungan terstruktur dengan memberikan suatu perlakuan. Dapat disimpulkan bahwa tujuan dari teknik token ekonomi adalah untuk mengurangi perilaku yang maladaptif dan mengembangkan perilaku yang adaptif melalui pemberian *reinforcement* berupa *reward* (hadiah) dengan menggunakan token.

3. Prinsip token ekonomi

Menurut Rohmaniar & Krisnani (2020), terdapat 5 prinsip token economy yaitu:

- a. Penguatan (*reinforcement*), penguat ini bisa menjadi kompleks dan juga memperkuat perilaku. dalam operant conditioning jadwal penguat merupakan komponen penting dalam proses belajar. Jadwal tersebut bisa dilakukan terus menerus maupun secara parsial. Penguat parsial dibagi menjadi empat yaitu rasio jadwal tetap, rasio jadwal variabel, interval jadwal tetap dan interval jadwal variabel

- b. Hukuman (*punishment*), konsekuensi menurunkan probabilitas suatu perilaku yang menyebabkan tingkah laku berkurang atau dihapuskan,
- c. Generalisasi, memberikan respon terhadap stimulus terkondisi untuk memberikan respon yang sama terhadap stimulus yang serupa,
- d. Diskriminasi, merespon stimulus tertentu dan tidak merespon stimulus lainnya,
- e. Pemunahan (*extinction*), terjadi jika respon yang sebelumnya diperkuat tidak lagi diperkuat dan responnya berkurang.

4. Langkah-langkah pelaksanaan token ekonomi

Terdapat langkah-langkah Implementasi Token Ekonomi (Suharni, 2021), yaitu:

a. Menentukan perilaku target

Langkah yang dilakukan pertama kali untuk token ekonomi adalah penentuan perilaku target. Perilaku target yang dimaksud bisa berupa perilaku yang diinginkan dan bisa pula perilaku yang tidak diinginkan. Untuk perilaku yang diinginkan, maka token ekonomi digunakan untuk meningkatkannya, sedangkan untuk perilaku yang tidak diinginkan, token ekonomu digunakan untuk mengurangi perilaku tersebut. Tujuannya adalah untuk menegaskan bahwa individu yang ingin diubah perilakunya, benar-benar mengetahui apa yang harus dilakukannya.

b. Mencari garis basal

Yakni memperoleh data sebelum melakukan penanganan, biasanya melalui pengamatan terhadap perilaku target. Sesudah program dimulai, kita bisa membandingkan data dengan data yang diperoleh saat menentukan garis basal, sehingga program. dapat menentukan efektivitas

c. Memilih *Back up Reincover*

Perlu diperhatikan bagaimana karakteristik peserta program dan apa saja kira-kira barang yang dibutuhkannya. Barang yang menjadi pengukuh pendukung haruslah barang yang dapat digunakan atau *consumable*. Selain barang, *back up reincover* juga bisa termasuk hal-hal apa saja yang diinginkan oleh peserta program sebagai pengukuh pendukung kekuatannya.

d. Memilih tipe token yang akan digunakan

Secara umum, tipe token haruslah menarik, ringan, mudah dipindahkan, tahan lama, mudah dipegang, dan tidak mudah dipalsukan. Beberapa contoh yaitu stiker, kepingan logam, koin, *check-mark*, *poin*, *poker chip*, stempel. Sumber yang bisa membantu adalah staff lembaga, praktikan, mahasiswa, residen, dan orang yang akan dikenai token itu sendiri.

e. Memilih lokasi yang tepat

Token dapat diberikan dan dilakukan dimana saja, asal diberikan setelah perilaku target muncul.

5. Standar operasional prosedur terapi token ekonomi

Tabel 4
Standar Operasional Prosedur Terapi Token Ekonomi

SOP TOKEN EKONOMI	
No	Prosedur/langkah kegiatan
Fase pra interaksi	
1	Persiapan alat : - ATK - Buku catatan - Token - Barang pendukung
Fase orientasi	
2	Ucapkan salam
3	Perkenalkan diri
4	Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan, kontrak waktu
5	Menyiapkan alat
Fase kerja	
6	Identifikasi perilaku target: mandi pagi, sikat gigi setiap mandi, keramas, potong kuku, mandi sore
7	Siapkan token fisik (stiker bintang).
8	Tentukan daftar reward (hadiah yang dapat ditukar) : pasta gigi, sikat gigi, waktu lebih banyak di luar
9	Tentukan nilai tukar token terhadap reward.
10	Bina hubungan saling percaya
11	Jelaskan apa itu token ekonomi, manfaatnya, dan cara kerjanya.
12	Tentukan bersama pasien jadwal penukaran token (harian, mingguan, atau setelah jumlah tertentu) - Perilaku yang diberi token - Waktu dan aturan pemberian token - Kapan dan bagaimana token ditukar
13	Berikan token segera setelah pasien menunjukkan perilaku positif, misalnya selesai mandi tanpa disuruh.
14	Gunakan pujian verbal bersamaan
15	Catat setiap pemberian token dalam lembar monitoring harian
Fase terminasi	
16	Evaluasi respon klien terhadap tindakan dan kontrak pertemuan selanjutnya
17	Bereskan sarana dan prasarana
18	Dokumentasikan

Sumber : SOP terapi token ekonomi Universitas Muhammadiyah, 2020

6. Keefektifan terapi okupasi: token ekonomi pada pasien skizifrenia dengan defisit perawatan diri: mandi

Metode token ekonomi atau biasa disebut dengan tabungan kepingan adalah salah satu bentuk aplikasi dari pendekatan behavior, yang mana pendekatan ini erat kaitannya dengan modifikasi perilaku, modifikasi perilaku diformulasikan untuk meningkatkan frekuensi dari perilaku yang diinginkan dan menurunkan kemunculan perilaku yang tidak diinginkan. Dalam pelaksanaannya, reinforcement yang berbentuk token ini harus diberikan sesegera mungkin setelah tingkah laku yang dikehendaki muncul. Simbol atau tanda yang digunakan dalam token ini dapat berbentuk sticker, label, bungkus, kepingan plastik, tutup botol, tanda bintang, cap, tanda tangan, tanda lingkaran, kupon, dan sebagainya. Simbol atau tanda tersebut harus terlebih dahulu dikumpulkan sampai dengan jumlah tertentu, untuk selanjutnya dapat ditukar dengan reinforce yang asli/ hadiah (Rohmaniar & Krisnani, 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Khanifudin (2021) menyatakan bahwa hasil pengkajian menunjukkan kelima pasien memiliki permasalahan yang sama yaitu Defisit perawatan diri. Diagnosa keperawatan prioritas pada Pasien I-V adalah deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu dukungan perawatan diri : mandi dan token ekonomi. Hasil evaluasi keperawatan pada kelima pasien menunjukkan adanya peningkatan perawatan diri. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kesuma *et al* (2024) Terapi ini diberikan secara tatap muka pada Tn. F (33 tahun) dan Tn. A (28 tahun) selama 7 hari dengan frekuensi 1 kali sehari dengan waktu 30 menit. Hasil setelah implementasi yang dilakukan terdapat

peningkatan pemahaman serta mampu melakukan perawatan diri seperti kegiatan mandi, menggosok gigi, potong kuku, berpakaian, eliminasi, dan cara makan yang baik dan benar. Penelitian Parendrawati (2021) juga menyatakan bahwa kemampuan merawat diri pada klien yang mendapatkan terapi token ekonomi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi.