BAB II
TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Penyakit Skizofrenia

1. Defenisi

Skizofrenia paranoid merupakan salah satu contoh kasus gangguan mental yang sering terjadi. Skizofrenia paranoid merupakan salah satu tipe psikosis dimana antara realita serta pikiran tidak bisa sejalan. Sehingga hal ini akan mempengaruhi bagaimana cara sesorang berperilaku maupun berpikir. Gangguan skizofrenia paranoid ini biasanya akan muncul saat usia akhir masa remaja atau saat dewasa awal. Kecenderungan pengidap skizofrenia paranoid adalah tidak mampu berpikir secara rasional serta selalu merasa curiga terhadap segala sesuatu. Akibat dari keadaan tersebut, penderita skizofrenia paranoid biasanya sulit untuk melakukan pekerjaan, sulit menjalin hubungan dalam rumah tangga, berinteraksi serta bersosialisasi dengan orang lain dan lingkungan (Ningnurani dkk., 2022).

2. Etiologi

Secara garis besar ada 2 penyebab utama terjadinya skizofrenia paranoid yaitu:

a. Faktor Predisposisi
   1. Faktor Biologi
      a) Faktor Genetik adalah faktor utama pencetus dari 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 biologis mereka.
      b) Faktor neuroanatomi, peneliti menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit.
      c) Neurokimia, secara konsisten peneliti memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia.
   2. Faktor psikologis skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial. Skizofrenia yang

parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri.

3. Faktor sosiokultural dan lingkungan faktor ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadahi, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :

1. Biologis stresssor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidak mampuan untuk 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 stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

3. Manifestasi Klinis

a. Gejala Positif

Gejala positif yang dimaksud adalah gejala yang muncul akibat penyakit skizofrenia yang awalnya gejala tersebut tidak didapatkan pada orang sehat. Beberapa kondisi yang termasuk gejala positif adalah sebagai berikut:

1) Waham/delusi

Suatu keyakinan atau kenyataan yang diyakini terus menerus meskipun sudah diberi bukti bahwa keyakinan tersebut itu tidak benar.

2) Halusinasi

Gangguan persepsi indera manusia yang muncul tanpa adanya rangsangan, sehingga penderita mampu, mendengar, melihat, membau,

mengecap, dan meraba sesuatu yang tidak mampu dilakukan oleh orang lain.

3) Bicara Melantur

Bicara melantur ini menandakan adanya gangguan pada proses berpikir penderita skizofrenia dan diekspresikan melalui pembicaraan penderita, yakni tanpak tidak nyambung saat diajak bicara, mengatakan kata-kata baru (seperti madur, laus), menyampaikan hal yang menyimpang atau tidak benar terjadi.

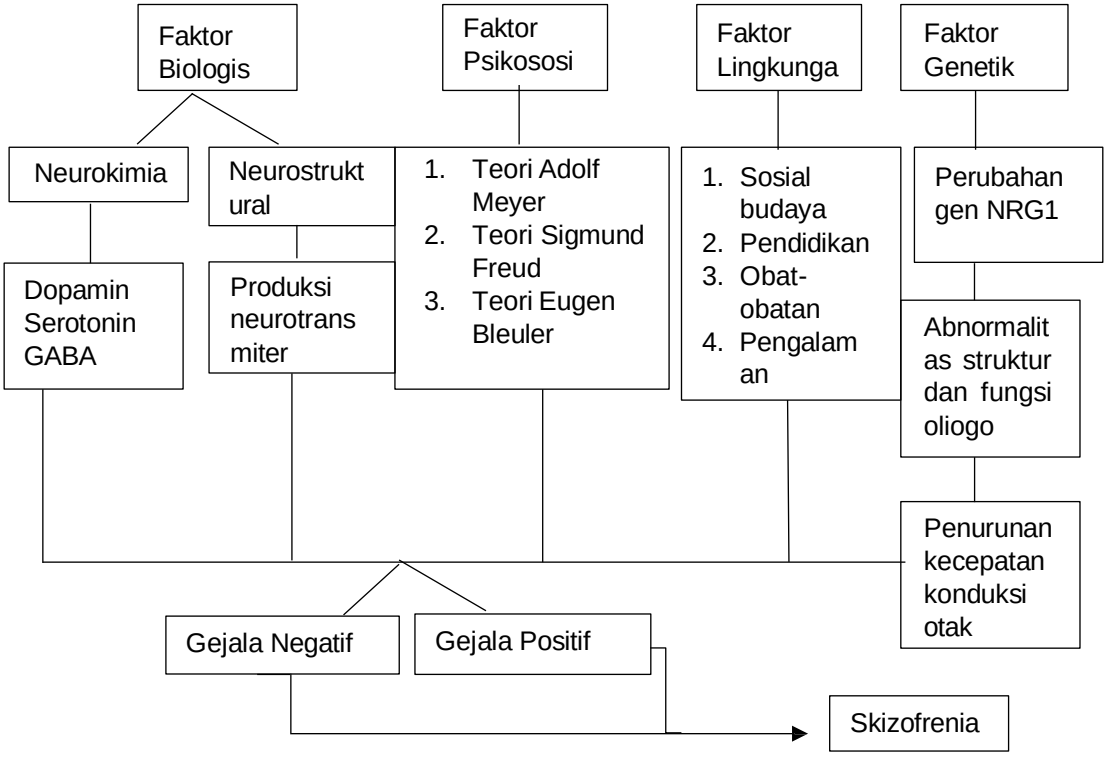
4) Perilaku aneh

Perilaku pada penderita skizofrenia bisa bermacam-macam, kadang pasien terlihat gelisah, memperagakan gerakan aneh tertentu atau melakukan gerakan tertentu tanpa tujuan yang diulang-ulang.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif yang dimaksud disini sebelumnya sudah dimiliki oleh orang sehat), tapi fungsi tersebut menurun atau tidak didapatkan pada penderita karena penderita sering menampilkan ekspresi yang kosong (melamun) (Mashudi, 2021).

4. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

5. Klasifikasi

Menurut (Putri & Maharani, 2022) Skizofrenia dapat di bedakan menjadi beberapa tipe menurut DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, Text Revition*) adalah sebagai berikut :

a. Skizofrenia Paranoid

   Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Halusinasi dan atau waham harus menonjol, suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit *(whistling)*, mendengar *(humming)*, atau bunyi tawa *(laughing)*.

b. Skizofrenia Terdisorganisasi/Hebefrenik

   Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III menyatakan bahwa skizofrenia hebefrenik memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun). Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas: pemalu dan senang menyendiri *(solitary)*, namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis. Untuk diagnosis hebefrenia yang menyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan: perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan serta mannerisme; ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (*solitary*),dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan efek pasien dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfred*) dan senyum sendiri.

c. Skizofrenia Residual

   Untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, berikut ini merupakan kriterianya,yaitu gejala negatif skizofrenia yang menonjol seperti aktivitas menurun, afek yangmenumpul sikap pasif atau tidak ada inisiatif, komunikasi non verbal yang buruk seperti seperti dalam menunjukkan ekspresi wajah, perawatan diri yang krang dan kinerja sosial yang buruk.

d. Skizofrenia Katatonik

   Salah satu dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya yaitu menampilkan posisi tubuh tertentu (aneh dan tidak wajar),

gelisah-gaduh, sangat berkungan dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan gejala-gejala lain seperti *"command automatism"* atau kepatuhan secara otomatis terhadap perintah dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

e. Skizofrenia Tak Terinci

Untuk jenis skizofrenia ini memiliki kriteria penting yaitu adanya gejala yang menunjukkan kriteria A, namun tidak termasuk dalam jenis skizofrenia paranoid, hebefrenik, residual ataupun katatonik.

6. Penatalaksanaan

Beberapa hal yang dapat dijadikan penatalaksanaan pada pasien skizofrenia yaitu :

a. Manajemen keperawatan pasien halusinasi
b. Bina hubungan saling percaya
c. Kaji gejala halusinasi, termasuk lama, intensitas, dan frekuensi
d. Minta pasien untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi
e. Kaji penggunaan obat dan alkohol
f. Jika perawat ditanya oleh pasien, katakan secara singkat bahwa perawat tidak mengalami stimulus yang sama
g. Sarankan dan kuatkan penggunaan hubungan interprofesional sebagai suatu teknik penatalaksanaan gejala
h. Bantu pasien mengenali isi halusinasi
i. Tentukan gejala pasien terhadap aktivitas hidup sehari-hari
j. Manajemen psikofarmaka

Psikofarmaka: mengumpulkan data sebelum pengobatan, mengordinasikan obat dengan terapi modalitas, pendidikan kesehatan, monitor efek samping obat, perawat mampu memonitor efek samping obat, melaksanakan prinsip pengobatan psikofarmalogi, melaksanakan program pengobatan, menyesuaikan dengan terapi nonfarmalogi.

7. Komplikasi

Menurut Keliat, 2014 dalam (Sirait, 2021) halusinasi dapat menjadi suatu alasan mengapa klien melakukan tindakan perilaku kekerasan karena suara-suara yang memberinya perintah sehingga rentan melakukan perilaku yang tidak adaptif. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan

sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain, komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi, antara lain: resiko prilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi sosial.

Konsep Teori Halusinasi Pendengaran

1. Defenisi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensorik yang menyebabkan seseorang merasakan atau menangkap suatu rangsangan meskipun sebenarnya tidak terdapat stimulus nyata dari lingkungan. Kondisi ini ditandai dengan munculnya persepsi palsu melalui pancaindra, sehingga individu seolah-olah mengalami suatu kejadian yang sesungguhnya tidak ada.

Halusinasi termasuk salah satu gejala yang sering ditemukan pada gangguan jiwa. Pada kondisi ini, klien mengalami perubahan dalam persepsi sensori sehingga merasakan adanya rangsangan yang tidak berasal dari sumber eksternal. Sensasi yang dialami dapat berupa suara, penglihatan, bau, rasa, maupun sentuhan yang sebenarnya tidak nyata.

Halusinasi merupakan pengalaman persepsi tanpa adanya stimulus dari luar, namun dirasakan oleh klien seolah-olah benar-benar terjadi. Salah satu bentuk halusinasi yang paling sering dijumpai adalah halusinasi pendengaran. Pada kondisi ini, individu mendengar suara, bunyi, atau percakapan yang tidak didengar oleh orang lain. Suara tersebut dapat berupa bisikan yang samar hingga ucapan yang terdengar jelas, bahkan dapat berkembang menjadi percakapan antara dua atau lebih suara. Dalam beberapa kasus, suara yang didengar memberikan perintah kepada klien untuk melakukan tindakan tertentu. Hal ini perlu mendapat perhatian khusus karena perintah tersebut dapat bersifat membahayakan diri sendiri maupun orang lain. (Pratama, A. A., & Senja, 2023)

2. Klasifikasi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran terbagi menjadi dua tipe, di antaranya halusinasi verbal pendengaran dan halusinasi bunyi-bunyian. Berikut masing-masing penjelasannya:

a. Halusinasi Verbal Pendengaran: Kondisi ini ketika penderitanya mendengar suara-suara berbicara atau berdialog yang bisa berasal dari mana saja. Suara ini dapat bersifat positif, negatif, atau netral. Terkadang, suara yang didengar dapat membuat penderita kesal atau tertekan, bahkan

memerintahkan penderita melakukan sesuatu yang membahayakan dirinya sendiri atau orang lain.

b. Mendengar bunyi-bunyian: Halusinasi pendengaran bisa berupa suara bunyi-bunyian, seperti musik, suara binatang, suara alam, dan lain-lain. Suara ini bisa tampak berasal dari mana saja, di sekitar atau di dalam pikiran penderitanya. Volume suara juga bisa bervariasi, mulai dari yang sangat pelan hingga sangat keras.

3. Etiologi Halusinasi Pendengaran

Menurut (Pratama, A. A., & Senja, 2023) Terdapat dua faktor penyebab halusinasi yaitu faktor prediposisi dan faktor prepitasi yaitu:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres yang diperoleh dari klien maupun keluarganya. Faktor predisposisi meliputi faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetik.

1. Faktor Perkembangan: Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.
2. Faktor Sosiokultural: Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebab-kan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya.
3. Faktor Biokimia: Mempunyai pengaruh terhadap terhadap terjadi- nya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stres yang berlebihan, maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *Buffofenon* dan *Dimethytrenferase* (DMP).
4. Faktor Psikologis: Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.
5. Faktor Genetik: Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Presipitasi

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, penasaran, tidak aman, gelisah, dan bingung. Halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu sebagai berikut.

1. Dimensi Fisik: Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.
2. Dimensi Emosional: Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.
3. Dimensi Intelektual: Halusinasi merupakan usaha dari ego untuk melawan implus yang menekan merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien.
4. Dimensi Sosial: Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri, atau harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.
5. Dimensi Spiritual: Secara spiritual halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah, dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri.

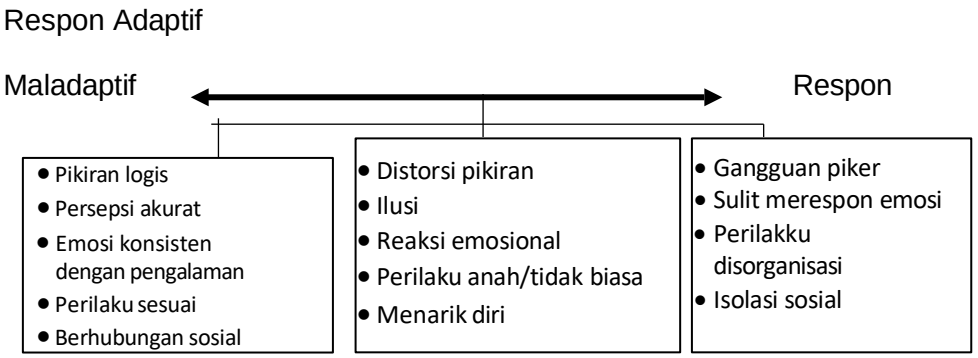
4. Manifestasi Klinis Halusinasi Pendengaran

Menurut (Mislika, 2021) tanda dan gejala Halusinasi diantaranya:

a. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindar diri dari orang lain
b. Tersenyum sendiri, tertawa sendiri
c. Duduk terpukau (berkhayal)
d. Bicara sendiri
e. Memandang satu arah, menggerakan bibir tanpa suara, penggerakan mata yang cepat, dan respon verbal yang lambat
f. Menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain
g. Tiba-tiba marah,curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan)
h. Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel, terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.

5. Rentang Respon Halusinasi Pendengaran

Halusinasi adalah reaksi maladaftif individu yang berbeda Rentang respons neurobiologis (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016 dalam (Hulu & Pardede, 2018)). Rentang respon neurobiologis yang paling adaptif yaitu adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sedangkan, respon maladaptive yang meliputi waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak teroganisasi, dan isolasi sosial. Rentang respon neurobiologis halusinasi digambaran sebagai berikut.



Gambar 2.2 Rentang Respon Gangguan Sensori Halusinasi

Keterangan :

a. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi sesuatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.
   1) Pikiran logis adalah pandangan yang mempengaruhi pada kenyataan.
   2) Presepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
   3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
   4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingakah laku yang masih dalam batas kewajaran.
b. Respon psikososial meliputi :
   1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
   2) Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang

penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangasangan panca indra.

3) Emosi berlebihan atau berkurang.
4) Perilaku tidak biasa adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelasaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakinkan oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial .

   Halusinasi merupakan presepsi sensori yang salah atau presepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
2) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
3) Perilaku yang tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.

6. Penatalaksanaan Halusinasi

a. Famakologi

Tatalaksana yang digunakan secara farmakologi pada pasien dengan halusinasi biasanya berupa jenis obat-obat antipsikotis seperti *chloepromazine (promatictile, largactil), haloperidol (haldo, serenace, lodomer), clozapine (clozaril) dan resperidone (risperdal)* (Nugraha *et al*., 2024) .

b. Non Farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi pada pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

1) Psikoterapi dan rehabilitasi

   Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan pasien kembali kemasyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri karena dapat

membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas.

2) Terapi aktivitas

Menurut Anipah *et al*., (2024), terdapat beberapa cara/terapi aktivitas yang dapat digunakan untuk mengurangi gejala halusinasi, seperti:

a) Terapi musik yang mana pasien akan menikmati dengan relaksasi musik yang disukai pasien. Fokus : mendengar, memainkan alat musik, dan bernyanyi.
b) Terapi seni berfokus untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai pekerjaan seni.
c) Terapi menari berfokus pada ekspresi perasaan melalui gerakan tubuh
d) Terapi relaksasi berfokus pada belajar dan praktik relaksasi dalam kelompok untuk koping/perilaku maladaptive/deskriptif meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.
e) Terapi sosial berfokus pada kemampuan pasien belajar bersosialisai dengan pasien lain.

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan *Physical Exercise*

1. Definisi *Physical Exercise*

Setiap otot rangka bekerja maka akan menimbulkan gerakan tubuh dan terjadi pengeluaran energi serta tenaga, hal inilah yang disebut dengan aktivitas fisik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Aktivitas fisik mengacu pada semua gerakan yang dilakukan individu termasuk kegiatan selama waktu luang, perpindahan dari satu tempat ke tempat lain, atau bagian dari pekerjaan. Terdapat banyak cara untuk tetap aktif, seperti berjalan, bersepeda, berolahraga, bermain dan berekreasi, serta kegiatan lain sesuai dengan kesenangan masing-masing (*World Health Organization, 2022)*.

2. Klasifikasi *Physical Exercise*

a. Berdasarkan intensitas, aktivitas fisik dikelompokkan menjadi tiga, yaitu aktivitas fisik ringan, aktivitas fisik sedang, dan aktivitas fisik berat (*Departemen of Health and Human Services*, 2018).

1) Aktivitas fisik ringan (*light-intensity activity*)

Aktivitas fisik ringan adalah aktivitas yang tidak memerlukan banyak energi ketika beraktivitas, yaitu kurang dari tiga METs (satuan yang

digunakan untuk menggambarkan pengeluaran energi dari aktivitas tertentu). Adapun aktivitas yang termasuk aktivitas fisik ringan adalah berjalan santai, mandi, dan aktivitas lain yang tidak meningkatkan frekuensi nadi atau respirasi ketika melakukan aktivitas.

2) Aktivitas fisik sedang (*moderate-intensity activity)*

Aktivitas fisik sedang adalah aktivitas yang ketika dilakukan akan meningkatkan frekuensi nadi dan napas, namun tetap dapat berbicara ketika melakukan aktivitas. Energi yang diperlukan yaitu sekitar tiga sampai enam METs. Aktivitas yang termasuk aktivitas fisik sedang seperti jalan cepat, bersepeda, mengepel lantai, atau menyapu halaman.

3) Aktivitas fisik berat (*vigorous-intensity activity*)

Aktivitas fisik berat adalah aktivitas yang memerlukan energi sebanyak enam METs atau lebih dan terjadi peningkatan frekuensi nadi, napas, pengeluaran keringat, sampai tidak mampu berbicara saat melakukan aktivitasnya. Aktivitas yang termasuk aktivitas fisik berat, yaitu berlari, berenang, mendaki, membawa barang berat, atau mengikuti kelas olahraga.

b. Berdasarkan jenis, aktivitas fisik dikelompokkan menjadi empat, yaitu latihan ketahanan, latihan kekuatan, latihan keseimbangan, dan peregangan (*National Institute on Aging*, 2021).

1) Latihan ketahanan (*endurance*)

Latihan ketahanan sering disebut sebagai aerobic, merupakan latihan yang meningkatkan pernapasan dan detak jantung. Aktivitas yang termasuk latihan ketahanan, yaitu jalan cepat, melakukan pekerjaan rumah, berlari, bersepeda, berenang, menaiki tangga, dan lain sebagainya.

2) Latihan kekuatan (*strength*)

Latihan kekuatan yang dimaksud adalah berkaitan dengan otot dan tulang. Latihan kekuatan berupa senam aerobic dapat membantu menjaga keseimbangan, karena semakin kuat otot dan tulang maka kejadian jatuh dapat diminimalkan. Aktivitas yang dapat dilakukan untuk latihan kekuatan, yaitu mengangkat beban, membawa belanjaan yang berat, menggunakan alat *band* resistensi.

3) Latihan keseimbangan (*balance*)

Latihan keseimbangan juga dapat mencegah kejadian jatuh . Aktivitas yang dapat dilakukan untuk latihan keseimbangan, seperti *tai chi*, berdiri dengan satu kaki, dan berdiri dari posisi duduk, gerakan aerobic.

4) Latihan fleksibilitas (*flexibility*)

Latihan fleksibilitas atau peregangan dapat meningkatkan kelenturan tubuh. Latihan yang dapat dilakukan pada senam aerobic, seperti peregangan punggung, serta peregangan kaki dan paha.

3. Faktor Yang Mempengaruhi *Physical Exercise*

Ketika melakukan aktivitas, terdapat banyak faktor yang turut memengaruhi, mulai dari faktor pribadi, sosial, dan lingkungan (Permata *et al*., 2019).

a. Faktor pribadi

Faktor pribadi adalah faktor yang berasal dari diri individu, seperti tidur yang kurang, stres, nyeri, rasa bosan, dan finansial. Pada kelompok tertentu terdapat faktor tersendiri yang memengaruhi aktivitas fisik, yaitu usia , maupun penyakit kronis.

b. Faktor sosial

Faktor sosial dipengaruhi oleh orang-orang disekitar individu, seperti dukungan keluarga, dan *bullying*.

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang memengaruhi aktivitas fisik, seperti keamanan lingkungan, sarana untuk aktifitas fisik yang terbatas, dan kondisi cuaca.

4. Manfaat *Physical Exercise*

Physical exercise merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang direkomendasikan sebagai terapi pendamping pada pasien skizofrenia. Latihan fisik yang dilakukan secara teratur memberikan manfaat terhadap aspek fisik, psikologis, kognitif, maupun sosial sehingga dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan *Activity of Daily Living* (ADL). Menurut WHO (2022), Manfaat *physical exercise* pada pasien skizofrenia meliputi:

a. Meningkatkan kemampuan *Activity of Daily Living* (ADL). Physical exercise membantu meningkatkan kekuatan otot, koordinasi gerak, keseimbangan, dan daya tahan tubuh sehingga pasien menjadi lebih

mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan, berpindah tempat, dan menjaga kebersihan diri.

b. Meningkatkan fungsi motorik dan kebugaran fisik. Latihan fisik secara rutin memperbaiki fleksibilitas, keseimbangan, kekuatan otot, dan kapasitas kardiorespirasi sehingga kemampuan fungsional pasien meningkat.
c. Mengurangi gejala negatif skizofrenia. *Physical exercise* terbukti dapat mengurangi gejala negatif seperti apatis, kurang motivasi *(avolition)*, menarik diri dari lingkungan, dan afek datar sehingga pasien lebih aktif mengikuti kegiatan rehabilitasi.
d. Meningkatkan fungsi kognitif. Latihan fisik mampu meningkatkan perhatian, konsentrasi, memori, serta fungsi eksekutif yang berperan penting dalam keberhasilan pasien melakukan aktivitas sehari-hari.
e. Meningkatkan kualitas hidup dan interaksi sosial. Pelaksanaan *physical exercise* secara kelompok mendorong pasien berinteraksi dengan lingkungan, meningkatkan rasa percaya diri, serta memperbaiki kualitas hidup secara keseluruhan.
f. Membantu mengontrol gejala psikologis. Aktivitas fisik dapat menurunkan tingkat stres, kecemasan, dan depresi serta meningkatkan suasana hati melalui peningkatan pelepasan endorfin sehingga pasien lebih kooperatif dalam menjalani terapi.
g. Mencegah komplikasi akibat gaya hidup sedentari. Pasien skizofrenia memiliki risiko tinggi mengalami obesitas, sindrom metabolik, diabetes melitus, dan penyakit kardiovaskular akibat penggunaan antipsikotik. *Physical exercise* membantu menurunkan risiko tersebut sehingga kesehatan fisik pasien tetap terjaga.

Konsep Teori *Activity Daily Living* (ADL)

1. Defenisi *Activity of Daily Living*

Suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan *activity of daily living* secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsion dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Nurulistyaman dkk., 2018). Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif.

Activity Daily Living (ADL) merupakan suatu yang perlu untuk mempertahankan kelangsungan hidup *Activity Daily Living (ADL)* merupakan suatu yang perlu untuk mempertahankan kelangsungan hidup. Pada umumnya orang dengan gangguan jiwa akan selalu bergantung akan bantuan orang lain dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari hari *Activity Daily Living* (ADL) Seperti makan dan minum, mandi, berpakaian dan sebagainya. Pada umumnya orang dengan gangguan jiwa akan selalu bergantung akan bantuan orang lain dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari *Activity Daily Living* (ADL) Seperti makan dan minum, mandi, berpakaian dan sebagainya (Permanasari dkk., 2022).

Activity of Daily Living (ADL) ada 2 yaitu, ADL standar dan ADL instrumental. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil, dan mandi. Sedangkan ADL instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang. *Activity of Daily Living* adalah pengukuran terhadap aktivitas yang dilakukan rutin oleh manusia setiap hari. Aktivitas tersebut antara lain: memasak, berbelanja, merawat/mengurus rumah, mencuci, mengatur keuangan, minum obat dan memanfaatkan sarana transportasi.

Skala ADL terdiri atas skala ADL dasar atau *Basic Activity of Daily Living* (BADLs), dan *Advanced Activity of Daily Living* (AADLs). Skala ADL dasar mengkaji kemampuan dasar seseorang untuk merawat dirinya sendiri (*self care*), dan hanya mewakili rentang (*range*) yang sempit dari kinerja (*performance*) (Masan Leton dkk., 2022).

Skala ADL dasar ini sangat bermanfaat dalam menggambarkan status fungsional dasar dan menentukan target yang ingin dicapai untuk pasien–pasien dengan derajat gangguan fungsional yang tinggi, terutama pada pusat–pusat rehabilitasi. Terdapat sejumlah alat atau instrument ukur yang telah teruji validitasnya untuk mengukur ADL dasar salah satunya adalah indeks ADL *Katz*. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi defisit status fungsional dasar dan mencoba memperoleh cara mengatasi dan memperbaiki status fungsional dasar tersebut.

2. Jenis-Jenis *Activity Daily Living*

Beberapa jenis-jenis *activiy daily living* yang dapat dikenali, yaitu: 1. ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukan kontinensi buang air besaar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini.

a. ADL instrumental, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telfon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.
b. ADL vokasional, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
c. ADL non vokasional, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang (Wiliyanarti, 2018).

3. Faktor–faktor yang Mempengaruhi *Activity of Daily Living (ADL)*

a. Umur dan Status Perkembangan

   Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*.

b. Fungsi Kognitif

   Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living.* Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah.

c. Fungsi Psikososial

   Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara

d. Tingkat Stress

   Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress *(stressor)*, dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

e. Ritme Biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkardian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaaan irama sirkardian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkardian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi *activity of daily living*.

f. Status Mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasarnya.

g. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dan sosial kesejahteraan pada segmen yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain.Jenis pelayanan kesehatan dalam salah satunya adalah pemeliharan *Activity of Daily Living* secara aktif melakukan kunjungan ke RS, kualitas hidupnya akan lebih baik (Hardywinoto, 2017).

4. Teori Keperawatan Terkait Pemenuhan ADL Pasien

Pandangan Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Konsep keperawatan Orem (2001) mengembangkan tiga bentuk teori *self care*, diantaranya:

a. Teori perawatan diri sendiri (*Self Care Theory*)

Teori *self care,* Orem mengemukakan bahwa *self care* meliputi : pertama; *self care* itu sendiri, yang merupakan aktivitas dan nisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan. Kedua; *self care agency,* merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan

perawatan diri sendiri, yang dapat di pengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain. Ketiga; adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan. Keempat; kebutuhan *self care* merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyedia dam perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan sehari-hari (ADL) dengan mengelompokkan ke dalam kebutuhan dasar manusianya.

b. Teori Defisit Perawatan Diri (*Defisit Self Care Theory*)

   Teori ini merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Dalam pemenuhan perawatan diri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain. Dalam praktek keperawatan Orem melakukan identifikasi kegiatan praktek dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam pemecahan masalah, menentukan kapan dan bagaimana pasien memerlukan bantuan keperawatan, bertanggung jawab terhadap keinginan, permintaan, serta kebutuhan pasien, mempersiapkan bantuan secara teratur bagi pasien dan mengkoordinasi serta mengintegrasikan keperawatan dalam kehidupan sehari-hari pada pasien dan asuhan keperawatan diperlukan ketika klien tidak mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan dan sosial.

c. Teori Sistem Keperawatan *(Theory of Nursing System)*

   Teori ini menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri yang didasari pada pendapat Orem yang mengemukakan tentang pemenuhan kebutuhan diri sendiri, kebutuhan pasien dan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri. Dalam pandangan teori sistem ini, Orem memberikan identifikasi dalam sistem pelayanan keperawatan diantaranya:

1) Sistem bantuan secara penuh *(wholly compensatory system)*

   Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mendiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan

2) Sistem bantuan sebagian *(partially compensatory system)*

   Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal seperti pada pasien yang post operasi abdomen dimana pasien ini memiliki kemampuan seperti cuci tangan, gosok gigi, cuci muka akan tetapi butuh pertolongan perawat dalam ambulasi dan melakukan perawatan luka.

3) Sistem suportif dan edukatif

   Merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan pembelajaran. Pemberian sistem ini dapat dilakukan pada pasien yang memerlukan informasi termasuk prosedur (Muhlisin dkk., 2017).

5. Penilaian *Activity Of Daily Living* (ADL)

Penelitian ini menggunakan pengukuran indeks Katz untuk mengukur *Basic Activity Daily Living* pasien, seperti di bawah ini:

Tabel 2.1 Indeks Katz BADL

NO	Aktivitas	Kemampuan	Skor
1	Mandi	Mandiri	3
		Dibantu sebagian	2
		Dibantu total	1
2	Berpakaian	Mandiri	3
		Dibantu sebagian	2
		Dibantu total	1
3	Toileting	Mandiri	3
		Dibantu sebagian	2
		Dibantu total	1

4	Membersihkan Tempat Tidur	Mandiri	3
		Dibantu sebagian	2
		Dibantu total	1
5	Kontinesia	Mandiri	3
		Dibantu sebagian	2
		Dibantu total	1
6	Makan dan Minum	Mandiri	3
		Dibantu sebagian	2
		Dibantu total	1

Keterangan :

Skor 13-18 : Mandiri

Skor 7-12 : Dibantu sebagian

Skor 0-6 : Dibantu total

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan Jiwa

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dari tahapan proses keperawatan, yang harus memperhatikan data dasar dari pasien untuk mendapatkan informasi yang diharapkan. Pengkajian dilakukan pada (individu, keluarga, komunitas) terdiri dari data objektif dari pemeriksaan diagnostic serta sumber lain. Pengkajian individu terdiri dari riwayat kesehatan (data subyektif) dan pemeriksaan fisik (data objektif).

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, dan mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format. Metode utama dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik. Menurut Keliat (2014), bahwa faktor-faktor terjadinya halusinasi meliputi:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi atau faktor yang mendukung terjadinya halusinasi adalah sebagai berikut.

1) Faktor biologis, pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada skizofrenia. Kembar

identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian schizophrenia lebih tinggi dari pada saudara sekandung yang dibesarkan secara terpisah.

2) Faktor psikologis, hubungan interpersonal yang tidak harmonis akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang berakhir dengan gangguan orientasi realita.
3) Faktor sosial budaya, stress yang menumpuk awitan schizophrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pencetus halusinasi adalah sebagai berikut.

1) Faktor Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif adalah gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus. Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan prilaku.

2) Stres Sosial/Budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat apabila terjadi penurunan stabilitas keluarga, terpisahnya dengan orang terpenting atau disingkirkan dari kelompok.

3) Faktor Psikologik

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah dapat menimbulkan perkembangan gangguan sensori persepsi halusinasi.

4) Mekanisme Koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi: regresi, berhunbungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas sehari-hari. Proyeksi sebagai upaya untuk menejlaskan kerancuan persepsi dan menarik diri.

5) Sumber Koping

Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak–anak dan dewasa muda tentang keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Disumber keluarga dapat pengetahuan tentang penyakit,finensial yang cukup, faktor ketersediaan waktu dan tenaga serta kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan.

6) Perilaku Halusinasi

Batasan karakteristik halusinasi yaitu bicara teratawa sendiri, bersikap seperti memdengar sesuatu, berhenti bicara ditengah – tengah kalimat untuk mendengar sesuatu, disorientasi, pembicaraan kacau dan merusak diri sendiri, orang lain serta lingkungan.

2. Diagnosis Keperawatan

Analisis keperawatan adalah bagian penting dari memutuskan asuhan keperawatan yang tepat untuk membantu klien mencapai kesejahteraan yang ideal. Analisis keperawatan berencana untuk membedakan reaksi klien individu, keluarga dan jaringan terhadap kedaaan terkait kesejahteraan (Pokja SDKI DPP PPNI., 2017).

Setelah mendapatkan informasi dari evaluasi yang cermat, penyelidikan informasi dilakukan dan analisis keperawatan tertutup. Berikut gambaran permasalahan yang muncul pada klien yang mengalami skizofrenia adalah sebagai berikut:

a) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (D.0085)
b) Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)
c) Isolasi Sosial : Menarik Diri (D.0121)
d) Defisit Perawatan Diri (D.0109)

3. Intervensi keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dapat dilakukan berdasarkan diagnosis adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	**Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)**	**Persepsi Sensori (L.09083)** Setelah dilakukan Tindakan 4x30 menit, diharapkan gangguan persepsi sensori menurun dan teratasi dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Frekuensi halusinasi menurun. 4. Mampu mengenali halusinasi. 5. Mampu mengontrol halusinasi. 6. Respons sesuai stimulus nyata membaik. 7. Kecemasan menurun.	**Manajemen Halusinasi (I.09288)** **Observasi :** 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan Tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) **Terapeutik :** 1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien. 2. Pertahankan lingkungan yang aman bagi pasien dan orang lain. 3. Diskusikan perasaan dan respon yang berkaitan dengan halusinasi. 4. Hindari memperdebatkan isi halusinasi pasien. 5. Fokuskan pembicaraan pada realitas. 6. Berikan aktivitas terstruktur sesuai kemampuan pasien. 7. Dampingi pasien ketika halusinasi muncul. 8. Anjurkan pasien melakukan aktivitas yang dapat mengalihkan

			perhatian dari halusinasi. **Edukasi :** 1. Anjurkan monitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. **Kolaborasi :** 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antianssietas sesuai program terapi. 2. Kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan jiwa dalam evaluasi perkembangan pasien.
2.	**Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)**	**Kontrol Diri (L.09076)** Setelah dilakukan Tindakan 4 x 30 menit, diharapkan resiko perilaku kekerasan menurun dan teratasi dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun	**Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)** **Observasi :** 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) 2. Identifikasi faktor pencetus kemarahan. 3. Kaji isi halusinasi, terutama yang bersifat memerintah.

		3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Perilaku agresif/amuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Bicara ketus menurun	4. Pantau tanda-tanda peningkatan agresivitas. 5. Identifikasi riwayat perilaku kekerasan. 6. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. **Terapeutik :** 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. **Edukasi :** 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. teknik relaksasi napas dalam, bercerita) 3. Ajarkan cara mengungkapkan marah secara konstruktif. 4. Latih aktivitas fisik untuk menyalurkan energi, seperti memukul bantal sesuai prosedur terapeutik yang berlaku.
3.	**Isolasi Sosial (D.0121)**	**Keterlibatan Sosial (L.13116)** Setelah dilakukan Tindakan 4 x 30 menit, diharapkan isolasi sosial membaik dengan kriteria hasil : 1. Minat interaksi sosial meningkat. 2. Minat terhadap aktivitas meningkat	**Promosi Sosialisasi (I.13498)** **Observasi:** 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial. 2. Identifikasi kemampuan interaksi dengan orang lain 3. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain.

		3. Verbalisasi isolasi menurun 4. Kontak mata membaik 5. Mampu memulai percakapan. 6. Perilaku menarik diri menurun 7. Mampu berpartisipasi dalam aktivitas kelompok. 8. Perasaan kesepian, murung/sedih menurun. 9. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun 10. Kemampuan komunikasi meningkat.	**Terapeutik :** 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. jalan-jalan) 5. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 6. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan. **Edukasi :** 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan pasien mengikuti kegiatan kelompok. 4. Libatkan pasien dalam aktivitas kelompok 5. Jelaskan manfaat memiliki hubungan sosial. 6. Ajarkan keterampilan komunikasi sederhana.
4.	**Defisit Perawatan Diri (D.0109)**	**Perawatan Diri (L.11103)** Setelah dilakukan Tindakan 6 x 30 menit, diharapkan perawatan diri meningkat dan teratasi dengan kriteria	**Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11348)** **Observasi :** 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri

		hasil: 1. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 2. Kemampuan mandi meningkat 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat 4. Mampu mempertahankan kebersihan diri 5. Mampu mempertahankan kebersihan mulut	2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) **Terapeutik :** 1. Sediakan peralatan mandi 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. **Edukasi :** 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah, 2017). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi,

pendidikan untuk klienkeluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul di kemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Suarni & Apriyani, 2018). Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Nursalam, 2019).

5. Evaluasi keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Setyadevi, 2020). Evaluasi dibagi menjadi 2, yaitu :

a. Evaluasi formatif

   Evaluasi formaif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan SOAP.

b. Evaluasi sumatif

   Evaluasi sumatif adalah evaluasi yan dilakukan setelah semua proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai danmemonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dilakukan dalam evaluasi ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait layanan keperawatan dan mengadakan pertemuan pada akhir layanan.