

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Skizofrenia**

Skizofrenia adalah gangguan mental serius yang mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasa, dan berperilaku (NIMH, 2018). Orang dengan skizofrenia mungkin tampak seperti kehilangan kontak dengan mereka realitas. Mereka mungkin mendengar suara yang tidak didengar orang lain. Mereka mungkin berpikir orang lain mencoba menyakiti mereka. Skizofrenia menurut PPDGJ III adalah gangguan psikosis yang ditandai oleh distorsi pikiran dan persepsi yang mendasar dan khas serta afek yang tidak wajar atau tumpul (Maslim, 2013).

Fungsi diagnosis adalah untuk menunjukkan perawatan dan untuk membantu dokter merawat pasien dengan lebih baik. Peran mendasar diagnosis adalah memprediksi hasil dan prognosis Emil Krapelin membagi

psikosis nonorganik (disebut fungsional) menjadi dua entitas nosografi, menciptakan pendekatan dikotomi untuk klasifikasi yang bertahan hingga saat ini. Dia membedakan gangguan itu sebagai *demensia praecox* (sekarang dikenal sebagai Skizofrenia) dan kegilaan manik-depresi, sekarang dikenal sebagai *Bipolar Disorder* (Dacquino, De Rossi, & Spalletta, 2015).

Penemuan terbaru di berbagai bidang penelitian psikiatri, seperti *neuroimaging*, neuropatologi, neuroimunologi, neuropsikologi dan genetika, telah mengarah pada konseptualisasi lainnya. Individu dengan schizophrenia atau gangguan bipolar sangat bervariasi berkaitan dengan gejala, penyakit, respon pengobatan, kognitif dan gangguan fungsional dan korelasi biologis. Bahkan, adalah mungkin untuk menemukan korelasi heterogen bahkan dalam sindrom yang sama, yaitu, dari satu tahap gangguan ke yang lain. Dengan demikian, dimungkinkan untuk mengidentifikasi yang berbeda

subsindrom, yang berbagi beberapa karakteristik klinis dan neurobiologist (Dacquino et al., 2015).

Sayangnya, 60 tahun setelah itu pengenalan pemulihan agen antipsikotik masih belum memuaskan di lebih dari 50% pasien. Gejala negatif dan yang paling penting disfungsi kognitif tampaknya menjadi inti dari hal yang tidak menguntungkan ini hasil dan karenanya perlu ditargetkan dalam penelitian untuk mencapai pilihan pengobatan yang lebih baik (Falkai et al., 2015).

Selain gejala kejiwaan, fungsi neurokognitif, seperti kecepatan pemrosesan, diperlukan untuk memodulasi perilaku, mengantisipasi hasil, dan beradaptasi dengan perubahan situasi; semuanya dapat menjadi penting untuk mobilitas optimal. Dimensi manajemen gejala dimulai dengan penilaian diikuti dengan mengidentifikasi fokus untuk intervensi (Falkai et al., 2015). Ini adalah proses dinamis yang dapat membutuhkan perubahan dalam strategi dari waktu ke waktu. Untuk dewasa yang lebih tua dengan skizofrenia, manajemen gejala dapat mencakup

kegiatan seperti regimen pengobatan dan perawatan psikososial (Falkai et al., 2015).

Baik pengalaman gejala dan dimensi manajemen gejala terkait dengan dimensi ketiga, hasil. Memahami hubungan antara pengalaman gejala (yang termasuk gejala dan fungsi neurokognitif) dan hasil diperlukan untuk dapat merancang strategi manajemen gejala, seperti peningkatan mobilitas intervensi, yang spesifikasinya ditentukan. untuk orang dewasa yang lebih tua dengan skizofrenia (Falkai et al., 2015).

a. Faktor predisposisi

Skizofrenia adalah gangguan otak perkembangan saraf. Tidak ada yang menyebabkan skizofrenia. Ini adalah hasil akhir dari interaksi yang rumit di antara ribuan gen dan banyak faktor risiko lingkungan, tidak ada yang menyebabkannya sendiri skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguan neurobiologis kompleks sirkuit neurotransmitter otak,

defisit neuroanatomikal, kelainan neuroelektrik, dan disregulasi sirkulasi saraf (Stuart, 2013).

1) Genetika.

Genetika memainkan peran dalam skizofrenia tetapi sulit untuk memisahkan pengaruh genetika dan lingkungan.

2) Neurobiologi.

Studi menunjukkan anatomis, fungsional, dan kelainan neurokimia dalam hidup dan postmortem otak orang-orang dengan skizofrenia.

3) Teori viral dan Infeksi.

Bukti menunjukkan bahwa paparan pra natal pada virus influenza, khususnya selama trimester pertama, dapat menjadi salah satu faktor dalam etiologi skizofrenia pada beberapa orang tetapi tidak pada orang lain. Teori ini didukung oleh fakta bahwa lebih banyak orang dengan skizofrenia lahir di musim dingin atau awal musim semi dan di perkotaan, menunjukkan potensi

dampak musim dan tempat lahir pada risiko skizofrenia.

b. *Precipitating Stressors* (Pemicu Gejala)

1) Kesehatan

- a) Nutrisi buruk
- b) Kurang tidur
- c) Irama sirkadian yang tidak seimbang
- d) Kelelahan
- e) Infeksi
- f) Obat sistem saraf pusat
- g) Kurang berolahraga
- h) Hambatan untuk mengakses perawatan kesehatan

2) Lingkungan Hidup

- a) Permusuhan / lingkungan kritis
- b) *Housing difficulties* (perumahan tidak memuaskan)
- c) Tekanan untuk melakukan (hilangnya hidup mandiri)

- d) Perubahan dalam peristiwa kehidupan, pola aktivitas harian
  - e) *Interpersonal difficulties*, gangguan dalam hubungan interpersonal
  - f) Isolasi sosial
  - g) Kurangnya dukungan social
  - h) Tekanan pekerjaan (keterampilan kerja yang buruk)
  - i) Stigmatisasi
  - j) Kemiskinan
  - k) Kurangnya transportasi (sumber daya)
  - l) Ketidakmampuan untuk mendapatkan / mempertahankan pekerjaan
- 3) Sikap / Perilaku
- a) "Kasihani sekali saya" (konsep diri rendah)
  - b) "Putus asa" (kurangnya rasa percaya diri)
  - c) "Saya gagal" (kehilangan motivasi untuk menggunakan keterampilan)
  - d) "Kurangnya kontrol" (demoralisasi)

- e) Merasa dikuasai oleh gejala
- f) "Tidak ada yang suka saya" (tidak dapat memenuhi kebutuhan spiritual)
- g) Terlihat / bertindak berbeda dari orang lain yang pada usia yang sama, budaya
- h) Keterampilan sosial yang buruk
- i) Perilaku agresif
- j) Perilaku kekerasan
- k) Manajemen obat yang buruk
- l) Manajemen gejala yang buruk

Temuan Falkai et al (2015) mendukung korelasi gejala skizofrenia dengan jaringan fungsional otak efisiensi pemrosesan informasi. Tingkat keparahan gejala, terutama gejala negatif dan gejala depresi dan kecemasan, berkorelasi positif dengan pemrosesan informasi global efisiensi dalam otak skizofrenia istirahat. Dalam penelitian ini, peningkatan gejala terkait efisiensi pemrosesan informasi diamati dalam jarak pendek, subnetwork otak lokal, daripada dalam

jangkauan subnetwork otak jangka panjang. Efisiensi *nodal/central* dari *amygdala*, *hippocampus*, dan daerah otak *frontotemporal-parietal* mempengaruhi kegembiraan, kognitif, positif, dan negative gejala (Falkai et al., 2015).

Gejala skizofrenia dibagi menjadi 3 kategori yaitu : positif, negative dan kognitif (NIMH, 2018). Gejala positif adalah pengalaman psikotik yang umumnya tidak terlihat pada orang sehat. Orang-orang dengan gejala-gejala ini terkadang tidak dapat mengatakan apa yang nyata dari apa yang dibayangkan. Gejala-gejala ini bisa parah, dan pada waktu lain, hampir tidak terlihat.

a. Gejala positif meliputi:

- 1) Halusinasi: ketika seseorang melihat, mendengar, mencium, mengecap, atau merasakan hal-hal yang tidak nyata. "Mendengar suara" adalah umum untuk orang dengan skizofrenia. Orang-orang yang

mendengar suara mungkin mendengar mereka untuk waktu yang lama sebelum keluarga atau teman-teman melihat masalah.

- 2) Delusi: ketika seseorang percaya hal-hal yang tidak benar. Misalnya, seseorang mungkin percaya bahwa orang-orang di radio dan televisi berbicara langsung kepadanya. Terkadang orang percaya bahwa mereka dalam bahaya dan yang lain mencoba untuk menyakiti mereka.
- 3) Gangguan Pemikiran: ketika seseorang memiliki cara berpikir yang aneh atau tidak logis. Orang dengan gangguan pikiran mungkin mengalami kesulitan mengatur pikiran mereka. Terkadang seseorang akan berhenti berbicara di tengah-tengah pikiran atau membuat kata-kata yang tidak memiliki makna.

- 4) Gangguan gerakan: ketika seseorang mungkin muncul sebagai gerakan tubuh yang gelisah. Seseorang dapat mengulang gerakan tertentu berulang kali. Dalam ekstrem yang lain, seseorang dapat berhenti bergerak atau berbicara untuk sementara waktu, yang merupakan kondisi langka yang disebut katatonia.
- b. Gejala "Negatif" mengacu pada penarikan sosial, kesulitan menunjukkan emosi, atau kesulitan berfungsi secara normal. Orang-orang dengan gejala negatif mungkin memerlukan bantuan dengan tugas sehari-hari. Gejala negatif termasuk:
- 1) Berbicara dengan suara yang membosankan
  - 2) Tidak menunjukkan ekspresi wajah, seperti senyuman atau cemberut
  - 3) Kesulitan mengalami kebahagiaan

4) Memiliki kesulitan merencanakan dan berpegang pada aktivitas, seperti berbelanja bahan makanan

5) Berbicara sangat sedikit kepada orang lain, bahkan ketika itu penting

c. Gejala kognitif tidak mudah dilihat, tetapi mereka dapat menyulitkan orang untuk memiliki pekerjaan atau mengurus diri sendiri. Seringkali, gejala-gejala ini hanya terdeteksi ketika tes specific dilakukan. Gejala kognitif termasuk:

1) Kesulitan menggunakan informasi untuk membuat keputusan

2) Masalah menggunakan informasi segera setelah mempelajarinya

3) Kesulitan memusatkan perhatian

## 2. Perawatan Diri (*Self Care*) Berdasarkan Orem

*Self-care* adalah sebuah pemikiran bahwa perilaku seseorang untuk memelihara, meningkatkan dan memajukan kesehatan mereka sendiri selama mereka

dalam kondisi ketidakmampuan, mengalami penyakit atau kesejahteraan. Perilaku dan aktifitas dibutuhkan untuk mengembalikan kesehatan dan kesejahteraan yang membutuhkan *therapeutic self-care demand*. *Self-care agency* merupakan kapasitas/kapabilitas untuk belajar bagaimana memenuhi *self-care requisities* dengan *self-care demand*. Saat seseorang tidak bisa memenuhi *self-care demand* karena ketidakmampuan atau ketidakadekuatan *self-care agency*, maka orang tersebut akan mengalami *self care deficit*. *Nursing agency* menerapkan kapasitas dan kapabilitasnya untuk menciptakan *nursing system* untuk menyediakan perawatan individu (Orem, 2001).

Tiga teori yang saling berhubungan menurut Orem (Alligood, 2014):

- a. Teori perawatan diri (*self care theory*): tujuan dan cara individu melakukan perawatan dirinya digambarkan dan dijelaskan.

- b. Teori deficit perawatan diri (*deficit self care theory*): keadaan individu yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri, digambarkan dan dijelaskan. Orem memiliki metode dalam mengatasi penurunan perawatan diri yaitu bertindak atau berbuat sesuatu untuk orang lain, memberikan support fisik, memberikan support psikologis dan meningkatkan pengembangan lingkungan untuk mengembangkan pribadi serta mengajarkan atau mendidik orang lain.
- c. Teori system keperawatan (*nursing system theory*): hubungan interpersonal yang harus dilakukan dan dipertahankan oleh perawat agar dapat melakukan sesuatu secara produktif digambarkan dan dijelaskan. Terdapat tiga kategori sistem keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri klien berdasarkan Orem (2001) sebagai berikut:

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

Tiga kondisi yang termasuk yaitu : tidak dapat melakukan tindakan *self care* misalnya koma; dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan *manipulative*; tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang perawatan dirinya. *Wholly Compensatory System* merupakan suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care*, dan menerima *self care* secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu yang mempengaruhinya.

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

Merupakan sebuah situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan

memenuhi kebutuhan *self care*. Perawat atau pasien masing-masing mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan *self care*.

3) Sistem dukungan pendidikan (*supportif education system*)

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau eksternal *self care* tetapi melakukannya dengan bantuan. Karena hal tersebut maka dikenal dengan *supportive developmental system*.

Teori *self care* dalam Alligood (2014) meliputi :

- a. *Self Care* dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan dan merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu.
- b. *Self Care Agency* merupakan suatu kemampuan individu yang dipengaruhi oleh usia, *perkembangan*,

sosiokultural, kesehatan dan lain-lain dalam melakukan perawatan diri sendiri.

- c. *Self Care Demand* merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri untuk memenuhi tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat. Kondisi faktor dasar yang mempengaruhi kebutuhan permintaan terapi perawatan diri dan / atau agen perawatan diri seseorang pada waktu tertentu dan dalam keadaan tertentu. Sepuluh berikut faktor telah diidentifikasi sebagai berikut (Alligood, 2014) :

- 1) Umur
- 2) Jenis kelamin
- 3) Negara berkembang
- 4) Keadaan kesehatan
- 5) Pola hidup
- 6) Faktor sistem perawatan kesehatan
- 7) Faktor sistem keluarga

- 8) Faktor sosial budaya
  - 9) Ketersediaan sumber daya
  - 10) Faktor lingkungan eksternal
- d. *Self Care Requisites*: kebutuhan self care merupakan suatu tindakan yang bersifat universal dan ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri serta berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh. *Self Care Requisites* terdiri dari beberapa jenis, yaitu: *Universal Self Care Requisites* (kebutuhan universal manusia yang merupakan kebutuhan dasar), *Developmental Self Care Requisites* (kebutuhan yang berhubungan perkembangan individu) dan *Health Deviation Requisites* (kebutuhan yang timbul sebagai hasil dari kondisi pasien), yaitu:
- 1) *Universal self care requisites* (kebutuhan perawatan diri universal): kebutuhan yang umumnya dibutuhkan oleh manusia untuk perkembangan dan pertumbuhan, penyesuaian

terhadap lingkungan, dan lainnya yang berguna bagi kelangsungan hidupnya selama siklus kehidupannya seperti kebutuhan fisiologis dan psikososial termasuk kebutuhan udara, air, makanan, eliminasi, aktivitas, istirahat, sosial, dan pencegahan bahaya.

- 2) *Development self care requisites* (kebutuhan perawatan diri pengembangan): kebutuhan yang berguna untuk meningkatkan proses perkembangan sepanjang siklus hidup berhubungan dengan pertumbuhan *manusia* dan proses perkembangannya, kondisi, peristiwa yang terjadi selama variasi tahap dalam siklus kehidupan (misal, bayi prematur dan kehamilan) dan kejadian yang dapat berpengaruh buruk terhadap perkembangan.
- 3) *Health deviation self care requisites* (kebutuhan perawatan diri penyimpangan kesehatan): kebutuhan yang berhubungan dengan genetik *atau*

keturunan, kerusakan struktur manusia, kerusakan atau penyimpangan cara, struktur norma, penyimpangan fungsi atau peran dengan pengaruhnya. Diagnosa medis, penatalaksanaan beserta pengaruhnya, dan integritas yang dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk melakukan *self care*.

### 3. *Activities of Daily Living*

*Activities of Daily Living* (ADLs), sering disebut *physical ADLs* atau *basic ADLs*, termasuk keterampilan dasar biasanya diperlukan untuk mengelola kebutuhan fisik dasar, terdiri dari bidang-bidang berikut: perawatan / kebersihan pribadi, berpakaian, toileting / kontinensia, transfer / ambulasi, dan makan. Keahlian fungsional ini dikuasai sejak dini dan relatif lebih awet jika dibandingkan dengan penurunan fungsi kognitif ketika dibandingkan dengan tugas tingkat yang lebih tinggi. *Basic ADLs* umumnya dikategorikan secara terpisah dari Aktivitas Instrumental Kehidupan Sehari-hari (*IADL*),

yang mencakup kegiatan yang lebih kompleks yang terkait dengan kehidupan mandiri di masyarakat (misalnya, mengelola keuangan dan obat-obatan) (Mlinac & Feng, 2016).

Kemampuan untuk melakukan ADL dan IADL tergantung pada kemampuan kognitif (misalnya, penalaran, perencanaan), motorik (misalnya, keseimbangan, ketangkasan), dan perseptual (termasuk sensorik). Ada juga perbedaan penting dari kemampuan individu untuk menyelesaikan tugas (kemampuan fisik dan / atau kognitif) versus kemampuan untuk mengenali bahwa tugas perlu dilakukan tanpa mendorong (kemampuan kognitif) (Mlinac & Feng, 2016). Dalam banyak pengaturan, ADL secara langsung dinilai oleh okupasi, terapi fisik atau bicara, atau oleh perawat dan anggota tim medis lainnya untuk memandu perawatan sehari-hari dan / atau sebagai bagian dari perencanaan pulang (Mlinac & Feng, 2016). Pengkajian kapasitas ADL sering diminta selama tahap demensia tengah atau

selanjutnya tetapi mungkin juga terjadi selama proses pemulihan untuk kejadian akut seperti stroke. Rujukan untuk evaluasi kemampuan ADL dapat mencakup pertanyaan faktor kognitif, emosional, atau perilaku yang dapat mengganggu fungsi dalam keterampilan dasar ini, dan bagaimana hambatan ini dapat diatasi untuk meningkatkan kemandirian (Mlinac & Feng, 2016).

Beberapa jenis pendekatan telah digunakan untuk mengukur tingkat kemandirian dalam ADL. Menurut Jekel *et al* (2015) ADL dapat diukur dengan laporan diri, proksi / pengasuh / laporan informan, dan / atau observasi langsung. Alat-alat ini mendapatkan pengertian umum tentang tingkat bantuan yang diperlukan dan jenis pengaturan yang paling sesuai untuk pasien. Langkah-langkah pelaporan diri nyaman untuk dikelola dan sering digunakan ketika pengamatan langsung tidak mungkin atau ketika individu secara relatif kognitif utuh. Namun, mereka mungkin kurang valid ketika individu memiliki wawasan miskin ke dalam gangguan fungsional mereka

(Desai, Grossberg, & Sheth, 2004, Jekel *et al.*, 2015).

Pengukuran berbasis kinerja dapat memberikan data obyektif tentang fungsi ADL tetapi umumnya membutuhkan lebih banyak pelatihan untuk dikelola dibandingkan dengan laporan diri atau informan.

Barthel Index merupakan alat untuk mengukur kemandirian fungsional dan perlu bantuan dalam mobilitas dan perawatan diri (Mahoney *et al.*, 1965). Kontennya merupakan kegiatan dasar kehidupan sehari-hari (misalnya, makan, transfer, kebersihan). Item dinilai dalam hal apakah individu dapat melakukan aktivitas secara mandiri, dapat melakukan dengan bantuan, atau tergantung. Metode yang digunakan adalah menggunakan rekam medis, observasi langsung atau dengan wawancara (Katz *for the Association of Rheumat*, 2003). Pada versi modifikasi ada 10 item pernyataan, dimana kategori masing-masing kategori fungsi dari 0-1, 0-2, atau 0-3, tergantung fungsi masing-masing item. Interpretasi skor antara 0 -20, semakin rendah skor maka mempunyai

indikasi peningkatan ketidakmampuan/disabilitas. Jika digunakan untuk mengukur peningkatan setelah rehabilitasi, perubahan lebih dari dua poin dalam total skor mencerminkan masalah perubahan yang nyata, dan mengubah pada satu item dari sepenuhnya bergantung menjadi independen juga cenderung dapat diandalkan (Liu, Unick, Galik, & Resnick, 2015).

*Indeks Katz independen* dalam ADL adalah salah satu alat yang paling umum digunakan untuk menilai ADL dasar (mandi, berpakaian, memindahkan toileting, kontinensia, dan memberi makan). Dokter menilai individu sebagai baik sepenuhnya independen (tidak ada pengawasan, arah, atau bantuan pribadi diperlukan) atau tergantung (membutuhkan pengawasan, arah, bantuan pribadi, atau perawatan total) di enam keterampilan, dengan skor maksimum enam poin yang menunjukkan sepenuhnya independen, empat poin cukup terganggu, dan dua poin sangat terganggu. Ukuran ini awalnya dibuat

untuk menilai fungsi fisik di antara mereka yang berada dalam rehabilitasi (Mlinac & Feng, 2016).

The Barthel mencakup delapan domain: makan, mandi, perawatan, berpakaian, usus, kandung kemih, toilet, transfer, mobilitas dan tangga. Dokter menilai pasien pada kemampuan untuk melakukan ADL ini dalam pengaturan dunia nyata selama 24-48 jam sebelumnya, berdasarkan laporan diri, informasi kolateral, dan observasi langsung. Kinerja pada domain ini dinilai oleh tingkat bantuan yang diperlukan, dengan setiap tugas menghasilkan skor maksimum 100 poin, dengan kemandirian dalam mentransfer dan tangga berbobot lebih berat daripada ADL lainnya. Salah satu kekuatannya dibandingkan dengan Katz adalah bahwa ia mungkin menawarkan gambaran kecacatan yang lebih bernuansa dan mampu mendeteksi perubahan yang lebih halus dalam fungsi (Mlinac & Feng, 2016).

Versi asli dari Taksonomi ADL dikembangkan untuk menggambarkan kinerja seseorang dalam ADL

pribadi dan instrumental. Ini memiliki 12 kegiatan yang ditetapkan yang diorganisasikan ke dalam sejumlah tindakan yang diarahkan, bertujuan, dan disengaja. Keegiatannya adalah makan dan minum, mobilitas, pergi ke toilet, berpakaian, kebersihan pribadi, perawatan, komunikasi, transportasi, memasak, berbelanja, membersihkan dan mencuci (Holmqvist & Holmefur, 2018).

Jumlah *tindakan* dalam setiap kegiatan bervariasi dari tiga hingga enam dan mereka dipesan dari yang paling mudah hingga yang paling menuntut. Taksonomi ADL dapat dikelola dengan tiga cara: wawancara, observasi dan kuesioner. Taksonomi ADL adalah instrumen yang banyak digunakan dalam praktik klinis untuk orang dengan keterbatasan, untuk orang dengan gangguan mental memiliki 16 kegiatan dengan masing-masing tiga hingga enam tindakan (Holmqvist & Holmefur, 2018).

**Tabel 2. 1 Taksonomi ADL**

<i>ACTIVITIES</i>	<i>ACTIONS</i>
<i>Eating and drinking</i>	<i>(1) Drinking alone</i>
<i>Defined as eating and drinking alone, or together with others, with acceptable table manners</i>	<i>(2) Eating and drinking together with others</i>
	<i>(3) Eating alone</i>
 Makan dan minum	
Didefinisikan sebagai makan dan minum sendiri, atau bersama dengan orang lain, dengan sopan santun meja yang dapat diterima	(1) Minum sendirian
	(2) Makan dan minum bersama orang lain
	(3) Makan sendirian
<i>Orientation and mobility</i>	<i>(1) In known indoor environment</i>
<i>Defined as goal-directed orientation and mobility from one place to another</i>	<i>(2) In known outdoor environment</i>
	<i>(3) In unknown environment</i>
Orientasi dan mobilitas	
Didefinisikan sebagai orientasi yang diarahkan pada tujuan dan mobilitas dari satu tempat ke tempat lain	(1) Di lingkungan dalam ruangan yang dikenal
	(2) Di lingkungan luar yang dikenal
	(3) Di lingkungan yang tidak dikenal
<i>Dressing</i>	<i>(1) Undress</i>
<i>Defined as dressing and undressing, regularly changing to clean clothing, choosing appropriate clothing for the weather and activity, and to manage changing clothes in public places (such as fitting room, gym, bathhouse)</i>	<i>(2) Dress</i>
	<i>(3) Choose appropriate clothing</i>
	<i>(4) Change to clean clothing</i>
	<i>(5) Changing clothes in public spaces</i>

---

## Berpakaian

Didefinisikan sebagai berpakaian dan membuka pakaian, berganti pakaian secara teratur, memilih pakaian yang sesuai untuk cuaca dan aktivitas, dan mengelola pakaian ganti di tempat-tempat umum (seperti ruang pas, gym, pemandian)

- (1) Menanggalkan pakaian
- (2) Berpakaian
- (3) Pilih pakaian yang sesuai
- (4) Ganti dengan pakaian bersih
- (5) Mengganti pakaian di ruang publik

---

*Going to the toilet* (1) *Cleaning oneself after elimination*  
*Defined as get to the toilet room in* (2) *Perform urinary and bowel*  
*time, performing the necessary* *elimination*  
*elimination, arranging clothes, and* (3) *Arranging clothes*  
*performing hygiene afterwards* (4) *Washing hands*

Pergi ke toilet (1) Membersihkan diri setelah eliminasi  
Didefinisikan sebagai sampai ke ruang toilet tepat waktu, melakukan eliminasi yang diperlukan, mengatur pakaian, dan melakukan kebersihan sesudahnya

- (2) Lakukan eliminasi urin dan usus
- (3) Mengatur pakaian
- (4) Mencuci tangan

---

*Personal hygiene* (1) *Washing oneself*  
*Defined as regularly washing body and* (2) *Bathing/shower*  
*hair, using appropriate amount of* (3) *Washing hair*  
*soap/shampoo and wiping oneself dry*

## Kebersihan pribadi

---

<p>Didefinisikan sebagai mencuci tubuh dan rambut secara teratur, menggunakan sabun / sampo dalam jumlah yang tepat dan menyeka diri sendiri hingga kering</p>	<p>(1) Membasuh sendiri (2) Mandi / shower (3) Mencuci rambut</p>
<p><i>Grooming</i> <i>Defined as regularly manage and take care of one's outward appearance, and to use necessary hygiene products (i.e. tooth paste)</i> <i>Manicuring and pedicuring means cutting or filing one's nails</i></p>	<p>(1) <i>Shaving/make-up</i> (2) <i>Manicuring</i> (3) <i>Brushing teeth</i> (4) <i>Combing one's hair/fix a hairstyle</i> (5) <i>Pedicuring</i></p>
<p>Dandan Didefinisikan sebagai mengelola dan merawat penampilan luar seseorang secara teratur, dan menggunakan produk-produk kebersihan yang diperlukan (mis. Pasta gigi) Manikur dan pedikur berarti memotong atau mengikir kuku seseorang.</p>	<p>(1) Cukur / make-up (2) Manikur (3) Menyikat gigi (4) Menyisir rambut seseorang / memperbaiki gaya rambut (5) Pedikur</p>
<p><i>Reading and writing</i> <i>Defined as reading papers/books, own mail and notes, and writing and using own written material (incl. Internet)</i></p>	<p>(1) <i>Writing signature</i> (2) <i>Writing messages</i> (3) <i>Reading mail/messages</i> (4) <i>Using own notes</i> (5) <i>Reading papers/books</i></p>

---

	<i>(6) Filling in forms</i>
Membaca dan menulis	
Didefinisikan sebagai membaca makalah / buku, memiliki surat dan catatan, dan menulis dan menggunakan bahan tertulis sendiri (termasuk Internet)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Menulis tanda tangan</li> <li>(2) Menulis pesan</li> <li>(3) Membaca surat / pesan</li> <li>(4) Menggunakan catatan sendiri</li> <li>(5) Membaca makalah / buku</li> <li>(6) Mengisi formulir</li> </ul>
<hr/>	
<i>Handling communication aids</i>	<i>(1) Managing computer/tablet</i>
<i>Defined as communicating through communication aids, absorbing information, managing communication equipment and its software (TV, radio, telephone, mobile phone, computer/tablet) and to make calls (incl. finding actual phone number)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>(2) Managing phone/cell phone</i></li> <li><i>(3) Managing TV/radio</i></li> <li><i>(4) Answering phone calls</i></li> <li><i>(5) Making phone calls</i></li> </ul>
Menangani alat bantu komunikasi	
Didefinisikan sebagai berkomunikasi melalui alat bantu komunikasi, menyerap informasi, mengelola peralatan komunikasi dan perangkat lunaknya (TV, radio, telepon, ponsel, komputer / tablet) dan untuk melakukan panggilan (termasuk menemukan nomor telepon aktual)	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Mengelola komputer / tablet</li> <li>(2) Mengelola ponsel / ponsel</li> <li>(3) Mengelola TV / radio</li> <li>(4) Menjawab panggilan telepon</li> <li>(5) Melakukan panggilan telepon</li> </ul>
<hr/>	
<i>Interaction with others</i>	<i>(1) Interacting with few people</i>

---

---

*Defined as following social norms with regard to their own and other people's integrity, to interact with few or many people, to take formal contacts, to create and maintain intimate relationships and when needed end contacts/relationships*

(2) *Taking formal contacts*  
 (3) *Interacting with many people*  
 (4) *Ending contacts/relationships*  
 (5) *Creating and maintaining intimate relationships*

Interaksi dengan orang lain  
 Didefinisikan sebagai mengikuti norma sosial sehubungan dengan norma mereka sendiri dan lainnya integritas orang, untuk berinteraksi dengan sedikit atau banyak orang, untuk mengambil formal kontak, untuk membuat dan memelihara hubungan intim dan ketika dibutuhkan, akhiri kontak / hubungan

(1) Berinteraksi dengan beberapa orang  
 (2) Mengambil kontak formal  
 (3) Berinteraksi dengan banyak orang  
 (4) Mengakhiri kontak / hubungan  
 (5) Menciptakan dan memelihara hubungan intim

---

*Handling economy*

*Defined as planning own economy, withdrawing money, paying bills and having control over own economy (meaning to plan and monitor so that there is enough money)*

(1) *Withdraw money*  
 (2) *Paying bills*  
 (3) *Having control over own economy*

Menangani ekonomi  
 Didefinisikan sebagai merencanakan

(1) Menarik uang  
 (2) Membayar tagihan

---

perekonomian sendiri, menarik uang, membayar tagihan, dan memiliki kendali atas perekonomian sendiri (artinya merencanakan dan memantau sehingga ada cukup uang)	(3) Memiliki kendali atas ekonomi sendiri
<i>Shopping</i> <i>Defined as making plans for shopping (i.e. making shopping list), getting to the store, getting the groceries, paying for them and bringing them home, alternatively shopping online</i>	(1) <i>Daily or small quantity shopping in neighborhood shop</i> (2) <i>Making plans for shopping</i> (3) <i>Weekly or large quantity shopping</i> (4) <i>Shopping online</i>
Perbelanjaan Didefinisikan sebagai membuat rencana untuk berbelanja (mis. Membuat daftar belanja), pergi ke toko, membeli bahan makanan, membayarnya dan membawanya pulang, atau berbelanja online	(1) Belanja harian atau jumlah kecil di lingkungan toko (2) Membuat rencana untuk berbelanja (3) Belanja mingguan atau jumlah besar (4) Belanja online
<i>Cooking</i> <i>Defined as planning, getting together utensils, preparation, cooking, laying the table, washing the dishes and tidying after meals</i>	(1) <i>Heating up liquid or prepared food</i> (2) <i>Preparing a cold meal</i> (3) <i>Washing the dishes and tidying</i> (4) <i>Cooking a hot meal</i>
Memasak Didefinisikan sebagai perencanaan,	(1) Memanaskan cairan atau makanan olahan (2) Menyiapkan makanan dingin

---

berkumpul bersama peralatan, (3) Mencuci piring dan merapkannya  
 persiapan, memasak, meletakkan meja, (4) Memasak makanan panas  
 mencuci piring dan merapikan setelah  
 makan

---

*Cleaning* (1) *Identifying need for cleaning*  
*Defined as light cleaning (i.e. making* (2) *Sorting waste*  
*the bed, clearing away/tiding up,* (3) *Daily light cleaning*  
*wiping off, dusting) and heavy* (4) *Weekly heavy cleaning*  
*cleaning (i.e. vacuuming/washing* (5) *Clearing out*  
*floors, washing toilet and bathroom,*  
*linen change). Cleaning also includes*  
*identifying the need for cleaning,*  
*clearing out and getting rid of things*  
*that are not used, and waste sorting*

### Pembersihan

Didefinisikan sebagai pembersihan (1) Mengidentifikasi kebutuhan untuk  
 ringan (mis. Membuat tempat tidur, pembersihan  
 membersihkan / membereskan, (2) Memilah sampah  
 mengelap, membersihkan debu) dan (3) Pembersihan ringan setiap hari  
 pembersihan berat (mis. Penyedot debu (4) Pembersihan mingguan yang berat  
 / lantai cuci, toilet cuci dan kamar (5) Pembersihan seluruhnya  
 mandi, penggantian linen).  
 Pembersihan juga termasuk  
 mengidentifikasi kebutuhan untuk  
 membersihkan, membersihkan dan  
 menyingkirkan hal-hal yang tidak

---

---

digunakan, dan memilah sampah.

---

<i>Washing</i>	<i>(1) Washing</i>
<i>Defined as making plans for washing (identifying need, booking laundrytime, remembering the time), washing up, hanging up, folding, or ironing/mangling and sorting the laundry. Transporting oneself and the laundry to and from the washing place is also included.</i>	<i>(2) Planning for washing</i> <i>(3) Taking care of clean laundry</i>

Pencucian	<i>(1) Mencuci</i>
Didefinisikan sebagai membuat rencana untuk mencuci (mengidentifikasi kebutuhan, memesan waktu binatu, mengingat waktu), mencuci, menutup telepon, melipat, atau menyetrika / mangling dan menyortir cucian. Mengangkut diri sendiri dan cucian <i>ke dan dari</i> tempat cuci juga termasuk.	<i>(2) Perencanaan untuk mencuci</i> <i>(3) Merawat cucian bersih</i>

---

<i>Transportation</i>	<i>(1) Going by car</i>
<i>Defined as getting to and from, in and out, and traveling with public or private transportation.</i>	<i>(2) Going by bus/tram/tube</i> <i>(3) Going by train/boat/aeroplane</i> <i>(4) Riding bicycle/moped</i> <i>(5) Driving car/motorcycle</i>

---

Angkutan	(1) Pergi dengan mobil
Didefinisikan sebagai pergi ke dan dari, masuk dan keluar, dan bepergian dengan transportasi umum atau pribadi.	(2) Naik bus / trem / kereta bawah tanah (3) Naik kereta / perahu / pesawat terbang (4) Mengendarai sepeda / moped (5) Mengemudi mobil / motor
<i>Managing the day/time</i>	(1) <i>Getting up in time</i>
<i>Defined as planning/structuring the day to be able to perform the daily activities that one wants or expects to do</i>	(2) <i>Doing things in time/being on time</i> (3) <i>Getting to bed in time</i> (4) <i>Estimating time consumption</i>
Mengelola hari / waktu	(1) Bangun tepat waktu (2) Melakukan sesuatu tepat waktu / tepat waktu
Didefinisikan sebagai perencanaan / penataan hari untuk dapat melakukan aktivitas harian yang diinginkan atau diharapkan dilakukan	(3) Tidur tepat waktu (4) Memperkirakan konsumsi waktu

Keterlibatan sosial telah menjadi prioritas bagi banyak negara Eropa (WHO, 2008). Sebagian besar mengakui ketidakmampuan dan kerugian yang ditimbulkan oleh kesehatan mental yang buruk. Beberapa Negara sekarang berbicara tentang "model pemulihan" untuk layanan kesehatan mental. Definisi bervariasi dan,

khususnya, bahwa untuk "pemulihan" menurut apakah itu didefinisikan oleh para profesional (dokter memutuskan kapan orang telah pulih), dalam kaitannya dengan status kerja / manfaat (di sini pemulihan berarti kemungkinan untuk kembali bekerja) atau oleh individu itu sendiri (Crepaz-keay, 2010).

Pemulihan dari penyakit mental yang serius secara historis belum dianggap kemungkinan atau bahkan hasil yang mungkin. Namun, berbagai bukti menunjukkan program SMI (*Serious Mental Illness*) yang heterogen dengan pemulihan menjadi hasil yang paling mungkin. Salah satu penghalang untuk mempelajari pemulihan di SMI adalah bahwa pemulihan telah dioperasionalkan dalam cara yang berbeda dan tampaknya tidak kompatibel, sebagai hasil obyektif, versus proses subjektif (Leonhardt et al., 2017).

Sebuah tinjauan pemulihan/*recovery* ditinjau dari beberapa area sebagai proses dan pemulihan subjektif sebagai hasil obyektif; 1) kontras metodologi yang

digunakan oleh masing-masing pendekatan untuk menilai pemulihan; 2) melaporkan tingkat dan berkorelasi dengan pemulihan; dan 3) mengeksplorasi hubungan antara bentuk pemulihan obyektif dan subyektif (Leonhardt et al., 2017).

Menurut Stuart (2009) *recovery* didefinisikan sebagai proses dimana orang dapat hidup, bekerja, sekolah/kuliah dan berpartisipasi penuh di masyarakat. Dalam pengertian *recovery* pada orang dengan skizofrenia menurut Buckland, Schepp et al. (2013) ada 3 elemen *recovery* : i) berupaya terus memenuhi harapan dan memeliharanya harapan tersebut; ii) meningkatkan identitas yang positif; dan iii) terus mencari arti hidup dan mempunyai tanggungjawab terhadap orang lain. Pengertian *recovery* yang lain adalah sebuah proses yang merupakan pengalaman pasien dalam upayanya memenuhi harapan dan hidup bertanggungjawab di masyarakat (Mamnua, 2017).

#### 4. Teori system perilaku dari Johnson

Teori keperawatan Dorothy E Johnson diukur dengan *behavioral system theory*. Model konsep dan teori keperawatan menurut Johnson adalah dengan pendekatan system perilaku, dimana individu dipandang sebagai sistem perilaku yang selalu ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas, baik di lingkungan internal maupun eksternal, juga memiliki keinginan dalam mengatur dan menyesuaikan diri dari pengaruh yang ditimbulkannya (Skolny & Riehl, 1980).

Perawatan, seperti yang dipandang Johnson, adalah tindakan eksternal untuk memberikan organisasi perilaku pasien ketika pasien dalam kondisi stres dengan memakai mekanisme pengaturan yang berkesan atau dengan penyediaan sumberdaya. Johnson memandang manusia sebagai system perilaku dengan pola, pengulangan dan cara bersikap dengan maksud tertentu yang menghubungkan dirinya dengan lingkungannya.

Johnson memandang kesehatan sebagai suatu kondisi yang sulit dipahami (elusive) dan dinamis, yang dipengaruhi oleh factor-faktor biologis, psikologis dan social. Dalam teori Johnson, lingkungan terdiri dari seluruh factor yang bukan bagian system perilaku individu tetapi hal itu mempengaruhi system, dan dapat dimanipulasi oleh perawat untuk mencapai kesehatan yang menjadi tujuan pasien. Johnson's Model menawarkan perawat alat yang akan memungkinkannya untuk memprediksi secara akurat hasil intervensi keperawatan sebelum perawatan, merumuskan standar untuk perawatan, dan yang paling penting mengelola perawatan keperawatan yang benar-benar holistik (Skolny & Riehl, 1980). Penulis menggunakan teori dan konsep dari Johnson Theory dalam mengubah perilaku pasien untuk mempunyai kemampuan yang lebih meningkat setelah dilakukan intervensi SSMP.

### 5. *The Symptom Self Management Program*

Manajemen diri adalah tentang menempatkan pasien (pengguna layanan) dalam kontrol langsung mengelola kondisi mereka. Ada sejumlah pendekatan untuk manajemen diri tetapi mereka cenderung berfokus pada memungkinkan pasien untuk mengatasi dalam satu atau lebih dari bidang-bidang berikut: pemecahan masalah, penetapan tujuan, mengidentifikasi pemicu dan indikator kesehatan yang memburuk dan menanggapi ini sendiri sebelum mengandalkan pada intervensi yang dipimpin dokter. Tema umum adalah pendekatan terstruktur yang berkembang dari waktu ke waktu melalui pengalaman sehingga pasien mengambil lebih banyak kendali lebih dari mengidentifikasi perubahan dan membuat tanggapan awal kepada mereka. Dukungan sebaya dibangun di atas pendekatan ini dengan mendorong kerja kelompok dan dukungan timbal balik yang memungkinkan orang untuk memanfaatkan pengalaman masing-masing (Crepaz-keay, 2010).

Manajemen diri adalah tentang mengalihkan fokus dari mengobati suatu kondisi atau penyakit untuk memungkinkan orang untuk hidup dengan itu dalam jangka panjang. Dalam konteks kesehatan yang buruk mental, fokus tidak harus pada diagnosis atau penyakit tertentu; melainkan bisa tentang bagaimana menanggapi rintangan yang dihadapi oleh individu, apakah ini dilihat melalui lensa neurologis, biokimia, psikologis, sosial atau spiritual (Crepaz-keay, 2010).

Manajemen diri bukan pro-antipsikiatri, juga bukan pelestarian ideologi tertentu. Bagi banyak orang, narasi klasik yang mengikuti diagnosis psikiatri adalah salah satu dari keputusan, kurangnya harga diri, hilangnya kesempatan hidup, dan hilangnya kontrol. Berurusan dengan kesehatan mental yang buruk dan banyak konsekuensinya adalah pengalaman yang menantang dimana tidak ada yang mempersiapkan orang. Secara historis, dokter dan layanan telah berfokus pada pengelolaan gejala dan mengurangi penderitaan. Manajemen diri menawarkan kesempatan untuk

memungkinkan orang membangun kembali kehidupan mereka dalam konteks hidup dengan kesehatan mental yang buruk. Ini adalah pendekatan terstruktur untuk mentransfer kontrol kembali ke individu; itu harus meningkatkan hubungan klinis dengan membuat kemitraan lebih setara; itu juga harus meningkatkan cara di mana individu dan pengasuh mereka bekerja (dan hidup) bersama dengan menyediakan kerangka kerja untuk hubungan yang konstruktif dan penuh perhatian (Crepaz-keay, 2010).

Meskipun manajemen diri adalah pendekatan yang mapan dan berdasarkan bukti untuk sejumlah kondisi medis jangka panjang, itu masih merupakan hal yang relatif baru untuk orang-orang dengan kejiwaan diagnosa, terutama yang dianggap lebih parah. Banyak pekerjaan yang menjanjikan sedang berlangsung dan ada basis bukti yang kecil namun terus berkembang, yang tentu saja cukup untuk direkomendasikan memperluas ketersediaan manajemen diri. Lebih banyak penelitian diperlukan,

namun, khususnya ke potensi manfaat ekonomi dari manajemen diri (Crepaz-keay, 2010).

*Self-management* merupakan seperangkat prinsip atau prosedur yang meliputi pemantauan diri (*self-monitoring*), *reinforcement* yang positif (*self-reward*), perjanjian dengan diri sendiri (*self contracting*), penguasaan terhadap rangsangan (*stimulus control*) dan merupakan keterkaitan antara teknik *cognitive, behavior*, serta *affective* dengan susunan sistematis berdasarkan kaidah pendekatan *cognitive-behavior therapy*, digunakan untuk meningkatkan keterampilan siswa dalam proses pembelajaran yang diharapkan (Budiman, 2005).

SSM mengacu pada sebuah strategi yang bisa digunakan pasien dengan skizofrenia untuk menurunkan gejala psikotik. Program ini menggunakan struktur protocol dari SSM. SSM berdasar pada program yang diajukan oleh Kanfer (1991), yang meliputi *self-monitoring, self-evaluation*, dan *self-reinforcement*. Program ini disusun menjadi 4 fase untuk mengatasi gejala psikotik, yaitu 1) Fase Pengkajian Masalah dan

Identifikasi kebutuhan 2) Fase Persiapan Manajemen Gejala 3) Fase Pelaksanaan Manajemen Gejala, dan 4) Fase Evaluasi Manajemen Gejala. Pada fase 1 dan 2 dilaksanakan secara berkelompok dan fase 3 dan 4 yang dilakukan secara individual. Secara detail dijelaskan pada tabel 2.2 sebagai berikut :

**Tabel 2. 2 Ringkasan Proses Intervensi**

<i>PHASE</i>	<i>CONTENTS</i>	<i>METHOD</i>	<i>SESSION &amp; TIME</i>
Fase Pengkajian Masalah dan Identifikasi kebutuhan	- Bina hubungan saling percaya - Pengenalan program - Penetapan tujuan bersama - Partisipasi dalam proses	- <i>Group process</i>	Sesi 1 60 menit
Fase Persiapan Manajemen Gejala	- Pengetahuan tentang skizofrenia dan gejala skizofrenia - Pengetahuan tentang manajemen gejala skizofrenia	- <i>Group process</i> - <i>Group teaching</i> - <i>Group training</i>	Sesi 2 60 menit Sesi 3 60 menit
Fase Pelaksanaan Manajemen Gejala	- <i>Self-monitoring</i> - <i>Self-evaluation</i> - <i>Self-reinforcement</i>	- <i>Daily self-monitoring</i> - <i>Telephone follow up</i> - <i>Individual counseling</i>	Sesi 4 dan 5
Fase Evaluasi Manajemen Gejala	- Proses evaluasi - Evaluasi <i>outcome</i>	- <i>Self-monitoring harian</i> - Berpartisipasi dengan peneliti	Sesi 6

Disadur dari (Stithyudhakarn, 2010).

## 6. *Token Economy*

Ekonomi *Token* adalah satu bentuk perubahan perilaku yang dirancang untuk meningkatkan perilaku yang disukai dan mengurangi perilaku yang tidak disukai dengan menggunakan token atau koin (Ayllon, 1999). Seorang individu akan menerima token dengan segera setelah menampilkan perilaku yang disenangi, sebaliknya akan mendapat pengurangan token jika menampilkan perilaku yang tidak disukai. *Token-token* ini dikumpulkan dan kemudian dalam jangka waktu tertentu dapat ditukarkan dengan hadiah atau sesuatu yang mempunyai makna (Ayllon, 1999).

Purwanta (2005) menjelaskan bahwa “*token economy*” merupakan salah satu teknik dalam modifikasi perilaku dengan cara pemberian satu kepingan (atau satu tanda, satu isyarat) sesegera mungkin setiap kali setelah perilaku sasaran muncul”. Teknik *token economy* dalam pelaksanaannya terdiri dari beberapa tahapan. Purwanta (2005) menjelaskan bahwa “pelaksanaan teknik *token*

*economy* dibagi dalam tiga tahap, yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap evaluasi”. Agar pelaksanaan program *token economy* dapat berjalan dengan baik, ada beberapa hal yang harus diperhatikan pada tiap tahapan. Tahapan dalam *token economy* tersebut yaitu:

1) Tahap persiapan

Ada empat hal yang perlu dipersiapkan dalam melaksanakan teknik *token economy* yaitu: a) menetapkan tingkah laku yang akan diubah, disebut sebagai tingkah laku yang ditargetkan; b) menentukan barang (benda) yang mungkin dapat menjadi penukar kepingan; c) memberi nilai atau harga untuk setiap kegiatan atau tingkah laku yang ditargetkan dengan kepingan; d) menetapkan harga barang dengan kepingan.

2) Tahap pelaksanaan

Tahap pelaksanaan diawali dengan pembuatan kontrak antara siswa dengan guru. Kontrak cukup secara lisan dan kedua belah pihak dapat saling

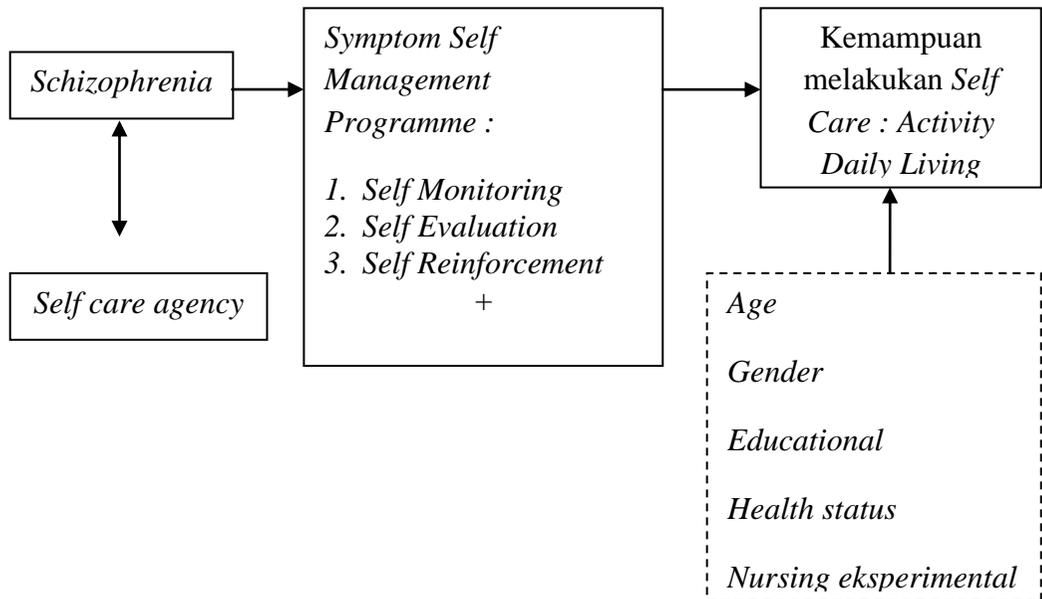
memahami, atau dapat ditulis tangan dan ditandatangani pihak yang bersangkutan. Guru dalam tahap ini melaksanakan pembelajaran sesuai perencanaan. Apabila tingkah laku yang ditargetkan muncul, maka siswa segera diberikan kepingan. Setelah kepingan sudah mencukupi untuk ditukarkan dengan barang yang diinginkan, siswa dibimbing ke tempat penukaran kepingan dengan membeli barang sesuai nilai kepingan yang didapat.

### 3) Tahap evaluasi

Pada tahap ini akan diketahui faktor-faktor yang perlu ditambah atau dikurangi dalam daftar perubahan perilaku yang telah dilaksanakan. Misalnya nilai kepingan perlu diuji untuk setiap tingkah laku yang akan diubah, dan melihat ketertarikan subjek dalam program yang dibuat. Keberhasilan dan kekurangan dalam pelaksanaan didiskusikan untuk merencanakan program selanjutnya.



### C. Kerangka Konsep



**Bagan 2. 2 Kerangka Konsep SSMP dengan *Token Economy* pada pasien dengan skizofrenia terhadap kemampuan *self care* : ADL**

### D. Hipotesis

Ha : pemberian SSMP dengan *Token Economy* efektif terhadap kemampuan *self care* : ADL pada pasien dengan skizofrenia.

Ho : pemberian SSMP dengan *Token Economy* tidak efektif terhadap kemampuan *self care* : ADL pada pasien dengan skizofrenia.