

Pengaruh Strategi Pelaksanaan terhadap Kemampuan Self Care pada Pasien Defisit Perawatan Diri

Structured Nursing Implementation Strategies and Self Care Ability in Patients With Self Care Deficits

Marisca Agustina¹, Alya Nabila Zahra²

^{1,2}Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Indonesia Maju, Jakarta, Indonesia

Korespondensi: MariscaAgustina@gmail.com

Abstract

Background: Self care deficits can interfere with hygiene, dressing, eating, and toileting among people receiving mental health care. **Objective:** To compare self care ability changes after a structured nursing implementation strategy versus routine care. **Methods:** A two group quasi experimental analysis used 40 synthetic profiles, 20 per group. The seven day strategy consisted of demonstration, graded practice, activity scheduling, and self review. Ability across four domains was scored from 0 to 16. **Results:** Mean scores changed from 6.3 ± 2.2 to 12.3 ± 2.3 in the structured strategy group and from 6.5 ± 1.7 to 8.5 ± 2.0 in the comparison group. The between group difference in mean change was 4.0 points. **Conclusion:** Synthetic profiles show larger improvements after the structured strategy. Effects in actual patients require ethically approved observation with validated measures and follow up.

Keywords: implementation strategy; self care deficit; self care; daily activities; psychiatric nursing

Abstrak

Pendahuluan: Defisit perawatan diri dapat menghambat kebersihan, berpakaian, makan, dan penggunaan toilet pada pasien yang memerlukan dukungan kesehatan jiwa. **Tujuan:** Membandingkan perubahan kemampuan self care setelah strategi pelaksanaan keperawatan terstruktur dan perawatan rutin. **Metode:** Rancangan kuasi-eksperimental dua kelompok menggunakan 40 profil, masing-masing 20 per kelompok. Intervensi tujuh hari meliputi demonstrasi, bertahap, jadwal aktivitas, dan evaluasi mandiri. Skor kemampuan empat domain berkisar 0–16. **Hasil:** Rerata skor kelompok strategi pelaksanaan berubah dari $6,3 \pm 2,2$ menjadi $12,3 \pm 2,3$, sedangkan pembandingan dari $6,5 \pm 1,7$ menjadi $8,5 \pm 2,0$. Selisih rerata perubahan sebesar 4,0 poin. **Kesimpulan:** Perubahan kemampuan lebih besar pada data kelompok strategi pelaksanaan; manfaat pada pasien sebenarnya belum dapat disimpulkan.

Kata kunci: strategi pelaksanaan; defisit perawatan diri; self care; aktivitas sehari-hari; keperawatan jiwa

Artikel

Disubmit (Received) : 04 Desember 2024

Diterima (Accepted) : 17 Desember 2024

Diterbitkan (Published) : 29 Desember 2024

Copyright: © 2024 by the authors. License DPOAJ, Jakarta, Indonesia. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Pendahuluan

Kemampuan merawat diri mencakup tindakan sehari-hari yang memungkinkan seseorang menjaga kebersihan, mengenakan pakaian, makan, dan menggunakan toilet. Gangguan jiwa berat dapat memengaruhi inisiatif, perencanaan, konsentrasi, serta rutinitas tersebut; layanan kesehatan jiwa perlu mendukung fungsi dan martabat pasien (World Health Organization [WHO], 2022). Diagnosis keperawatan defisit perawatan diri mengharuskan pengkajian bagian kegiatan yang belum dapat dilakukan mandiri (Persatuan Perawat Nasional Indonesia [PPNI], 2017; Herdman et al., 2021).

Teori Orem (2001) menjelaskan kebutuhan bantuan keperawatan ketika kemampuan memenuhi tuntutan perawatan diri belum mencukupi. Strategi pelaksanaan dalam kajian ini berupa urutan pengajaran yang dapat diulang: membangun hubungan, memilih satu kegiatan, menunjukkan langkah, mengajak praktik, dan mengevaluasi kemandirian. Standar intervensi serta luaran Indonesia membantu menyelaraskan tindakan dengan indikator hasil (PPNI, 2018, 2019). Kerangka terapi okupasi memandang aktivitas sehari-hari sebagai tindakan bermakna di lingkungan nyata, bukan hanya skor penilaian (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2020).

Penelitian pe keterampilan dan dukungan lingkungan pada skizofrenia menunjukkan bahwa fungsi sehari-hari dapat menjadi sasaran intervensi, meskipun intensitas program berbeda (Lieberman et al., 1998; Quee et al., 2014; Velligan et al., 2015). Kesenjangan yang ditelaah ialah perubahan skor kemampuan empat kegiatan spesifik setelah strategi pelaksanaan singkat dengan pembandingan perawatan rutin. Kebaruan operasionalnya adalah urutan dan observasi keempat domain dengan skala yang sama pada dua waktu ukur. Tujuan penelitian ialah membandingkan perubahan kemampuan self care selama tujuh hari antara kedua pendekatan.

Metode

Analisis kuasi-eksperimental pretest–posttest dengan dua kelompok dibuat dari 40 profil pasien, masing-masing 20 pada strategi pelaksanaan dan perawatan rutin. Tidak ada rekrutmen pasien atau intervensi nyata. Skenario sasaran adalah orang dewasa dengan hambatan perawatan diri yang mampu berlatih dengan bantuan sesuai penilaian klinis. Kelompok strategi pelaksanaan secara hipotetis menerima tujuh sesi harian 20 menit: identifikasi kebutuhan dan tujuan bersama, demonstrasi kebersihan diri, berpakaian, makan, serta toileting, bertahap, penyusunan jadwal, dan umpan balik. Pembandingan memperoleh layanan rutin pada interval setara; pengobatan diasumsikan tidak berubah. Empat domain diberi skor 0–4 (0: sepenuhnya dibantu; 4: mandiri dan konsisten), total 0–16. Skala merupakan operasionalisasi untuk data dan belum tervalidasi; observasi lapangan sebenarnya memerlukan uji reliabilitas penilai. Profil dibangkitkan dengan benih tetap dan dibatasi pada rentang skor. Rerata $\pm$ simpangan baku, uji t berpasangan, dan uji t Welch untuk selisih perubahan hanya menjelaskan distribusi buatan. Lokasi, tanggal, persetujuan pasien, serta persetujuan etik lapangan tidak diklaim.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1 memperlihatkan skor awal $6,3 \pm 2,2$ pada kelompok strategi pelaksanaan dan $6,5 \pm 1,7$ pada pembandingan. Pada hari ketujuh, skor menjadi $12,3 \pm 2,3$ dan $8,5 \pm 2,0$. Kenaikan rerata 6,0 poin dibanding 1,9 poin menghasilkan selisih perubahan 4,0 poin (uji t Welch, $p < 0,001$). Baris proporsi skor akhir sekurangnya 12 menunjukkan distribusi profil, bukan jumlah pasien yang benar-benar menjadi mandiri. Semua angka berasal dari data dan tidak dapat dipakai menaksir efektivitas layanan.

Tabel 1. Skor kemampuan self care pada 40 profil pasien

Waktu dan perubahan	Strategi (n=20)	Rutin (n=20)
Skor sebelum, 0–16	6,3 ± 2,2	6,5 ± 1,7
Skor sesudah, 0–16	12,3 ± 2,3	8,5 ± 2,0
Perubahan skor	6,0 ± 1,5	1,9 ± 1,5
Skor akhir ≥12, n (%)	14 (70%)	1 (5%)

Skor total memudahkan peninjauan perubahan, tetapi empat domain dapat berkembang secara tidak seragam. Orang yang mampu makan tanpa bantuan mungkin masih memerlukan pengingat untuk mandi atau memilih pakaian. Definisi diagnosis PPNI (2017) dan NANDA International (Herdman et al., 2021) membantu membedakan kesulitan spesifik dari penilaian umum bahwa seseorang tidak merawat diri. Karena data dalam tabel dibangun dari skor total, persentase per domain tidak dapat diklaim sebagai hasil. Studi nyata sebaiknya menyajikan kebersihan, berpakaian, makan, dan toileting secara terpisah.

Teori defisit perawatan diri Orem (2001) membedakan kebutuhan bantuan menyeluruh, bantuan sebagian, dan dukungan edukatif. Urutan strategi pelaksanaan dapat menggeser bantuan dari tindakan yang dilakukan perawat menuju praktik yang dilakukan pasien sesuai kemampuan. Pergeseran tersebut memerlukan pilihan kegiatan yang realistis, ketersediaan alat, dan penghormatan pada preferensi pribadi. Peningkatan skor selama satu minggu belum membuktikan bahwa pasien dapat mempertahankan rutinitas tanpa dukungan ketika lingkungan berubah; tindak lanjut setelah pulang menjadi bagian penting pertanyaan penelitian berikutnya.

Standar intervensi PPNI (2018) mengarahkan observasi kemampuan, dukungan aktivitas, dan edukasi, sedangkan standar luaran PPNI (2019) membantu menetapkan tanda kemajuan yang dapat dilihat. Dalam pelaksanaan, tindakan seperti menunjukkan cara menyiapkan perlengkapan mandi lalu meminta pasien mencoba merupakan komponen aktif yang dapat dicatat. Jadwal kegiatan dapat mengurangi kebutuhan mengingat seluruh langkah sekaligus. Akan tetapi, pasien yang memiliki hambatan motorik, nyeri, atau keterbatasan akses alat memerlukan penyesuaian berbeda; tidak setiap ketergantungan bersumber dari motivasi atau gejala kejiwaan.

Penelitian Liberman et al. (1998) membandingkan pe keterampilan dengan terapi okupasi psikososial pada skizofrenia persisten. Studi Quee et al. (2014) menilai cognitive adaptation training sebagai intervensi keperawatan, termasuk dukungan yang disesuaikan lingkungan. Uji Velligan et al. (2015) membandingkan beberapa pendekatan psikososial untuk meningkatkan fungsi pada skizofrenia kronis. Ketiga intervensi itu memiliki dosis, setting, serta luaran yang berlainan dari tujuh sesi dalam tabel, sehingga tidak tersedia angka pembandingan langsung untuk selisih skor ini.

Dukungan lingkungan mempunyai peran khusus ketika fungsi eksekutif terganggu. Tanda visual, tempat alat yang tetap, dan daftar langkah dapat mempermudah memulai dan menyelesaikan aktivitas; hal ini sejalan dengan prinsip adaptasi kognitif yang diuji Velligan et al. (2015). Kerangka AOTA (2020) menekankan hubungan antara tuntutan aktivitas, kemampuan individu, dan konteks. Karena itu, pencapaian kegiatan pada ruang rawat yang telah ditata dengan rapi tidak selalu berpindah otomatis ke rumah yang menyediakan ruang, alat, serta pendampingan berbeda.

Manajemen penyakit dan pemulihan juga menempatkan pilihan pasien serta tujuan hidup sebagai hal penting (Mueser et al., 2002). Percobaan Hasson-Ohayon et al. (2007) menunjukkan bahwa program pemulihan terstruktur menargetkan pengetahuan dan kemajuan tujuan pribadi, bukan hanya kepatuhan pada jadwal. Strategi pelaksanaan dapat dihubungkan dengan tujuan bermakna bagi pasien, misalnya mampu menyiapkan diri sebelum bertemu keluarga. Penguatan positif perlu spesifik terhadap langkah yang telah berhasil, tidak menggunakan teguran yang dapat merendahkan atau menganggap kegagalan sekali sebagai penolakan perawatan.

Pedoman APA (2020) dan NICE (2014) menempatkan dukungan fungsi dalam tata laksana lebih luas yang mencakup pengobatan, psikoterapi bila sesuai, serta koordinasi pelayanan. Panduan mhGAP WHO (2016) menekankan evaluasi klinis, dukungan psikososial, dan kesinambungan layanan. Dalam penelitian nyata, perubahan obat, sedasi, gejala positif, gejala negatif, dan penyakit fisik perlu didokumentasikan karena dapat menjelaskan perubahan kemampuan yang tidak berasal dari sesi. Pasien yang makin mengantuk setelah terapi obat mungkin membutuhkan penyesuaian jadwal, bukan diberi label tidak kooperatif.

Keterbatasan mendasar meliputi penggunaan profil, skala operasional yang belum divalidasi, tidak adanya data per domain, serta tidak adanya alokasi atau pembutaan penilai nyata. Peningkatan proporsi yang melampaui 12 poin bergantung pada ambang yang ditentukan penulis dan tidak dapat diterjemahkan sebagai pemulihan klinis. Penelitian selanjutnya memerlukan penilaian reliabilitas antarpenilai, catatan bantuan yang diterima tiap pasien, tindak lanjut setelah pulang, dan persetujuan etik. Laporan juga sebaiknya memuat perbedaan awal serta interval kepercayaan untuk perubahan, bukan hanya nilai p.

Secara praktis, hasil pada tabel menyediakan kerangka pengukuran untuk menguji apakah bertahap membuat pasien lebih berdaya dalam kegiatan sehari-hari. Evaluasi kemajuan harus dilakukan bersama pasien, disertai kesempatan menyampaikan kegiatan yang dianggap penting dan kesulitan yang belum tertangani. Keselamatan serta privasi selama mandi dan toileting perlu dijaga dalam setiap intervensi. Bila target suatu minggu belum tercapai, rencana dapat dipecah menjadi langkah lebih kecil daripada memaksakan skor total yang tinggi.

Perubahan kemandirian juga perlu mempertimbangkan siapa yang mengamati kegiatan. Penilaian oleh perawat yang sekaligus memberikan sesi dapat menghasilkan harapan positif dan skor lebih tinggi meski perilaku belum berubah di luar jam . Observasi pada beberapa waktu dan penilai berbeda dapat mengurangi persoalan itu. Definisi skor 4, misalnya, harus memerlukan kemampuan melakukan aktivitas secara konsisten dengan alat yang tersedia dan tanpa petunjuk terus-menerus, sehingga setiap penilai memahami maknanya dengan sama.

Keterlibatan keluarga dapat mendukung keberlanjutan jadwal, dengan persetujuan serta privasi pasien tetap dijaga. Bila dukungan keluarga belum tersedia, tim dapat menyiapkan pengingat visual dan rujukan yang sesuai. Ukuran keberhasilan juga mencakup keputusan pasien mengelola rutinitasnya. Konsep pemulihan WHO (2022) menempatkan partisipasi penerima layanan sebagai bagian penting penilaian hasil.

Kesimpulan

Pada 40 profil, strategi pelaksanaan keperawatan terstruktur berkaitan dengan kenaikan skor kemampuan self care yang lebih besar daripada perawatan rutin. Angka tersebut menggambarkan hipotesis, bukan bukti perubahan pada pasien nyata. Penelitian klinis lanjutan perlu menggunakan ukuran per domain yang tervalidasi, menilai kebutuhan bantuan secara individual, mengendalikan perubahan kondisi dan pengobatan, serta memeriksa apakah kemampuan bertahan dalam kehidupan sehari-hari.

Referensi

- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- American Psychiatric Association. (2020). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (3rd ed.)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841>
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services*, 58(11), 1461–1466. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17978257/>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021–2023 (12th ed.)*. Thieme.
- Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J. V., & Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155(8), 1087–1091. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.8.1087>
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S. M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., & Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272–1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management (CG178)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. Mosby.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik (edisi 1)*. DPP PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan (edisi 1)*. DPP PPNI.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan (edisi 1)*. DPP PPNI.
- Quee, P. J., Stiekema, A. P. M., Wigman, J. T. W., Schneider, H., van der Meer, L., Maples, N. J., van den Heuvel, E. R., Velligan, D. I., & Bruggeman, R. (2014). Improving functional outcomes for schizophrenia patients in the Netherlands using Cognitive Adaptation Training as a nursing intervention: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 158(1–3), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.06.020>

- Velligan, D. I., Tai, S., Roberts, D. L., Maples-Aguilar, N., Brown, M., Mintz, J., & Turkington, D. (2015). A randomized controlled trial comparing cognitive behavior therapy, cognitive adaptation training, their combination and treatment as usual in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 597–603. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu127>
- World Health Organization. (2016). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental health Gap Action Programme (version 2.0)*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>