

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia atau *Schizophrenia* artinya kepribadian yang terpecah; antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaannya. (Prabowo, 2014 : 22)

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses piker, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi. (Herman, 2011 : 95)

2. Etiologi

(Prabowo, 2014 : 22) menjelaskan menjelaskan penyebab dari skizofrenia dalam model diathesis-stress, bahwa Skizofrenia timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan. Di bawah ini beberapa penyebab skizofrenia, yakni:

a. Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia.

b. Struktur otak

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

3. Tipe Skizofrenia

(Herman, 2011 : 95) menjelaskan tipe – tipe skizofrenia adalah :

- a. Skizofrenia simplek yaitu dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemundurkan kemauan.
- b. Skizofrenia hebefrenik yaitu dengan gejala utama gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Skizofrenia katatonik yaitu dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. Skizofrenia paranoid yaitu dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kebesaran.
- e. Episode skizofrenia akut (lir skizofrenia) adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. Skizofrenia psiko-afektif yaitu adanya gejala atau skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Skizofrenia residual adalah skizofrenia dengan gejala – gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

4. Tanda dan gejala

(Keliat, 2011) menjelaskan tanda dan gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

- a. Gejala positif
 - 1) Delusi atau waham yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
 - 2) Halusinasi yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus).
 - 3) Kekacauan alam pikir yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya.
 - 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar – mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
 - 5) Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.

6) Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan – akan ada ancaman terhadap dirinya.

7) Menyimpan rasa permusuhan

b. Gejala negatif

1) Alam perasaan (affect) “tumpul” atau “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.

2) Menarik diri atau mengasingkan diri.

3) Kontrak emosional amat miskin, pendiam

4) Pasif dan apatis

5) Sulit dalam berpikir abstrak

6) Kehilangan dorongan kehendak dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa – apa .

5. Fase Skizofrenia

(Keliat, 2011) menjelaskan fase skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu :

a. Fase akut yaitu fase mulai munculnya gejala sampai sebelum 6 bulan yang ditandai dengan gejala primer dan sekunder.

b. Fase kronik yaitu ditandai dengan gejala pada fase akut sudah berlangsung 6 bulan atau lebih, disertai dengan tidak memperhatikan kebersihan diri, gangguan motorik atau pergerakan.

6. Penatalaksanaan Skizofrenia

Stuart (2006) menjelaskan ringkasan bukti pengobatan untuk skizofrenia yaitu:

Obat antipsikotik digunakan untuk mengatasi gejala psikotik (misalnya perubahan perilaku, agitasi, agresif, sulit tidur, halusinasi, waham, proses piker kacau).

Obat – obatan untuk pasien skizofrenia yang umum digunakan adalah sebagai berikut :

1. Chlorpromazine (CPZ)

a) Indikasi

Untuk sindrom psikosis yaitu berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, kesadaran diri terganggu, waham, halusinasi, gangguan

perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

b) Mekanisme kerja

Memblokade dopamine pada reseptor pasca sinape di otak khususnya system ekstra pyramidal

c) Efek samping

Sedasi gangguan otonomik (hipotensi, mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, gangguan irama jantung), gangguan endokrin

d) Kontra indikasi

Penyakit hati, penyakit darah, epilepsy dan kelainan jantung.

2. Haloperidol

a) Indikasi

Berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas dalam fungsi internal serta dalam fungsi kehidupan sehari – hari.

b) Mekanisme kerja

Obat anti psikosis dalam memblokade dopamine pada reseptor pasca sinoptik neuron di otak khususnya sistem limbic dan system ekstra pyramidal.

c) Efek samping

Sedasi , gangguan otonomik, gangguan endokrin.

d) Kontra indikasi

Penyakit hati, penyakit darah, epilepsy dan kelainan jantung.

3. Trihexypenidil

a) Indikasi

Segala jenis penyakit Parkinson termasuk pasca encephalitis dan idiopatik.

b) Mekanisme kerja

Sinergis dengan klonidin, obat anti depresi dan anti kolinergik lainnya.

c) Efek samping

Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, binggung, takikardi, retensi urine.

d) Kontra indikasi

Hipersensitif terhadap Trihexypenidil, psikosis berat, psikoneurosis dan obstruksi saluran cerna.

(Stuart, 2006)

Menurut dosis dan waktu pemberian obat pada pasien skizofrenia yang umum dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Pengobatan pada fase akut
 - 1) Haloperidol 3 x 5 mg (tiap 8 jam) intra muscular.
 - 2) Clorpromazin 25 – 50 mg diberikan intra muscular setiap 6 – 8 jam sampai keadaan akut teratasi.
- b. Pengobatan fase kronis
 - 1) Haloperidol 2 x 0,5 – 1 mg perhari
 - 2) Klorpromazin 1 x 50 mg sehari (malam)
 - 3) Triheksifenidil 1 – 2 x 2 mg sehari.

B. Defisit perawatan diri

1. Pengertian

Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting). (Nurjannah, 2004 : 152)

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari – hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat. (Yusuf, 2015 : 154)

Jenis–Jenis Perawatan Diri

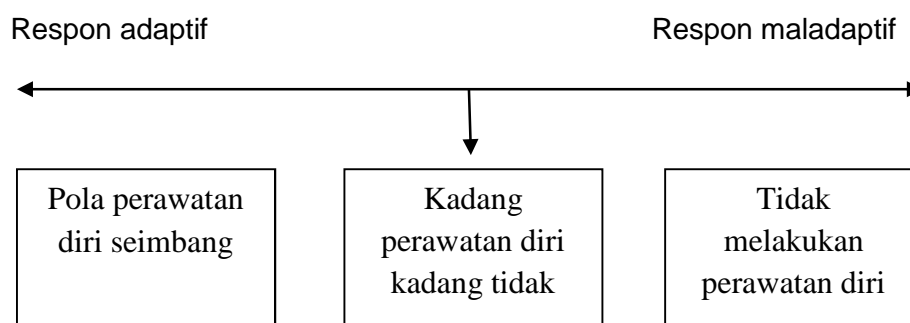
1. Kurang perawatan diri : Mandi / kebersihan

Kurang perawatan diri (mandi) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas mandi/kebersihan diri.
2. Kurang perawatan diri : Mengenakan pakaian / berhias.

Kurang perawatan diri (mengenakan pakaian) adalah gangguan kemampuan memakai pakaian dan aktivitas berdandan sendiri.

3. Kurang perawatan diri : Makan
Kurang perawatan diri (makan) adalah gangguan kemampuan untuk menunjukkan aktivitas makan.
4. Kurang perawatan diri : Toileting
Kurang perawatan diri (toileting) adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas toileting sendiri. (Nurjannah : 2004 : 79)

2. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon (Novriadi, 2012)

- a. Pola perawatan diri seimbang yaitu saat klien mendapat stressor dan mampu untuk berperilaku adaptif, maka pola perawatan yang dilakukan klien seimbang, klien masih melakukan perawatan diri.
- b. Kadang perawatan diri kadang tidak yaitu saat klien mendapat stressor kadang – kadang klien tidak memperhatikan perawatan dirinya.
- c. Tidak melakukan perawatan diri yaitu klien mengatakan dia tidak peduli dan tidak biasa melakukan perawatan saat stressor.

3. Faktor Predisposisi

- a. Perkembangan
Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.
- b. Biologis
Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri

- c. Kemampuan realitas turun.
Klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.
- d. Sosial
Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.
(Tarwoto dan Wartonah, 2003)

4. Faktor Presipitasi

- a. *Body Image*
Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
- b. Praktik Sosial
Pada anak – anak yang selalu di manja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.
- c. Status Sosial Ekonomi
Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.
- d. Pengetahuan
Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan.
- e. Budaya
Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.
- f. Kebiasaan Seseorang
Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampoo, dan lain – lain.
- g. Kondisi fisik atau psikis
Pada keadaan tertentu/sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya.

h. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diterima seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangam dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

i. Dampak Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

(Tarwoto dan Wartonah, 2003)

5. Mekanisme Klinis

Tanda dan gejala :

- a. Gangguan kebersihan diri/mandi klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu, atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi. Ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor.
- b. Ketidakmampuan berhias/berpakaian, ditandai dengan rambut acak – acakan , pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki – laki bercukur, pada pasien perempuan tidak berdandan.
- c. Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai oleh ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
- d. Ketidakmampuan eliminasi secara mandiri, ditandai dengan buang air besar atau buang air kecil tidak pada tempatnya, dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK.

(Keliat, 2012)

6. Psikodinamika

Pada klien dengan gangguan jiwa berat (skizofrenia) terbagi menjadi 2 fase yaitu fase akut dan fase kronik. Pada fase akut tanda dan gejala

skizofrenia akan muncul dalam 6 bulan yang ditandai dengan gejala positif (waham, halusinasi, perubahan arus fikir) dan gejala negative (gangguan afek, menarik diri, dan apatis). Sedangkan pada fase kronik gejala sudah berlangsung 6 bulan atau lebih, disertai dengan tidak memperhatikan kebersihan diri, gangguan motorik dan pergerakan. Pada fase kronik klien mengalami keterbatasan dalam perawatan diri (Keliat, 2011)

Keterbatasan perawatan diri biasanya diakibatkan karena stressor yang cukup berat dan sulit ditangani oleh klien (klien bisa mengalami harga diri rendah), sehingga dirinya tidak mau mengurus atau merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi, berpakaian, berhias, makan, BAB dan BAK. Bila tidak dilakukan intervensi oleh perawat, maka kemungkinan klien bisa mengalami masalah resiko tinggi isolasi sosial. (Herman, 2011 : 153)

7. Mekanisme Koping

- a. Regresi : menjadi malas beraktivitas sehari – hari
 - b. Penyangkalan
 - c. Isolasi sosial : menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal
 - d. Intelektualisasi
- (Gladys, 2013)

8. Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatai stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada dilingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang efektif. (Fitria, 2012)

9. Penatalaksanaan Umum

- a. Penatalaksanaan Keperawatan
 1. Tindakan keperawatan untuk pasien

Tujuan :

- a) Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri.
- b) Pasien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik.
- c) Pasien mampu melakukan makan dengan baik.
- d) Pasien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri.

Tindakan Keperawatan :

- a) Melatih klien cara melakukan perawatan diri. Meliputi :
 - 1) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
 - 2) Menjelaskan alat – alat untuk menjaga kebersihan diri
 - 3) Menjelaskan cara – cara melakukan kebersihan diri
 - 4) Melatih pasien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
 - b) Melatih klien berdandan/berhias
 - 1) Untuk klien laki – laki latih cara berpakaian, menyisir rambut, dan mencukur.
 - 2) Untuk klien perempuan ajarkan cara berpakaian, menyisir rambut dan berdandan
 - c) Melatih klien makan secara mandiri
 - 1) Menjelaskan cara mempersiapkan makan.
 - 2) Menjelaskan cara makan yang tertib.
 - 3) Menjelaskan cara merapihkan peralatan makan setelah makan.
 - 4) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik.
 - d) Melatih klien BAB/BAK secara mandiri :
 - 1) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
 - 2) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - 3) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK.
2. Tindakan keperawatan pada keluarga

Tindakan keperawatan untuk pasien kurang perawatan diri juga ditunjukkan untuk keluarga sehingga keluarga mampu mengarahkan pasien dalam melakukan perawatan diri.

Tujuan :

Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri.

Tindakan keperawatan :

- a. Identifikasi masalah keluarga dalam merawat klien dengan masalah kebersihan diri, berdandan, makan, BAB/BAK.
- b. Jelaskan pada keluarga mengenai defisit perawatan diri.
- c. Jelaskan cara merawat kebersihan diri, berdandan, makan, BAB/ BAK.

(Herman, 2011: 154)

10. Pohon Masalah



Menurunnya motivasi diri

Gambar 2.2 Pohon Masalah (Herman, 2011 : 154)

11. Diagnosa Keperawatan

- 1) Defisit perawatan diri
- 2) Harga diri rendah
- 3) Isolasi Sosial
- 4) Koping individu tidak efektif
- 5) Menurunnya motivasi diri

12. Data yang perlu dikaji

Data subyektif, meliputi :

- a. Klien mengatakan dirinya malas mandi karena airnya dingin atau di RS tidak ada alat mandi.
- b. Klien mengatakan dirinya malas berdandan.

- c. Klien mengatakan ingin disuapi makan.
- d. Klien mengatakan jarang membersihkan alat kelaminnya setelah BAK maupun BAB.

Data Obyektif, meliputi :

- a. Ketidakmampuan dalam membersihkan diri ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan bau, serta kuku panjang dan kotor.
- b. Ketidakmampuan berhias/berpakaian, ditandai dengan rambut acak – acakan , pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki – laki bercukur, pada pasien perempuan tidak berdandan.
- c. Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai oleh ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
- d. Ketidakmampuan eliminasi secara mandiri, ditandai dengan buang air besar atau buang air kecil tidak pada tempatnya, dan tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB/BAK.

13. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6-12 kali pertemuan diharapkan pasien mampu merawat diri	Pasien mampu : 1.Mengidentifikasi masalah perawatan diri 2.Menjelaskan pentingnya kebersihan diri 3.Menjelaskan cara dan alat kebersihan diri 4.Melatih cara menjaga kebersihan diri 5.Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi (2kali per hari), cuci rambut (2kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu).	Intervensi untuk pasien : SP 1 1. Membina hubungan saling percaya 2. Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan/minum. 3. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 4. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri 5. Latih cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku. 6. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi (2kali per hari), cuci rambut (2kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu) SP2 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan 3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk perempuan ; sisiran, cukuran untuk pria. 4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan. SP3 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian. 2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum 3. Latih cara makan dan minum

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
			<p>yang baik</p> <p>4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan dan makan dan minum yang baik</p> <p>SP4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian. 2. Jelaskan cara BAB dan BAK yang baik. 3. Latih BAB dan BAK yang baik 4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan kebersihan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK. <p>SP5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan minum, BAB dan BAK. Beri pujian. 2. Latih kegiatan harian 3. Nilai kemampuan yang telah mandiri. 4. Nilai apakah perawatan diri telah baik. <p>Intervensi untuk keluarga :</p> <p>SP1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet). 3. Jelaskan cara merawat defisit

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
			<p>perawatan diri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Latih dua cara merawat kebersihan diri dan berdandan. 5. Anjurkan membantu pasien, sesuai jadual dan memberikan pujian.
			<p>SP2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian. 2. Latih dua (yang lain) cara merawat : makan dan minum, BAB dan BAK. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan member pujian
			<p>SP3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian. 2. Bimbingan keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan dan makan dan minum pasien 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan berikan pujian.
			<p>SP4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien kebersihan diri dan berdandan, makan dan minum. Beri pujian. 2. Bimbingan keluarga merawat BAB dan BAK pasien. 3. Jelaskan follow up ke RSI / PKM tanda kambuh, rujukan. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
			pujian.
			SP5
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien dalam perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK. Beri pujian. 2. Latih kegiatan harian 3. Nilai kemampuan yang telah melakukan control ke RSJ / PKM
Harga diri rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 – 12 kali tatap muka diharapkan klien tidak mengalami harga diri rendah	<p>Pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan) 2. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan): buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini. 3. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) 4. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari 	<p>Intervensi untuk pasien :</p> <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan) 2. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan): buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini. 3. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih 3. Latih kegiatan kedua (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan : dua kegiatan masing – masing dua kali perhari

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
			<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih 3. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan : tiga kegiatan, masing – masing dua kali per hari <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memilih kegiatan ke empat yang akan dilatih 3. Latih kegiatan ke empat (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan : empat kegiatan masing – masing dua kali per hari <p>SP5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan dan berikan pujian. 2. Latih kegiatan dilanjutkan sampai tak terhingga 3. Nilai kemampuan yang telah mandiri 4. Nilai apakah harga diri pasien meningkat. <p>Intervensi untuk keluarga :</p> <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
			<p data-bbox="1042 367 1129 394">pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="995 400 1449 495">2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah <li data-bbox="995 501 1449 629">3. Diskusikan kemampuan atau aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit <li data-bbox="995 636 1449 763">4. Jelaskan cara merawat harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal yang positif pada pasien <li data-bbox="995 770 1449 898">5. Latih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan pertama yang dipilih pasien : bimbing dan beri pujian <li data-bbox="995 904 1449 965">6. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian <p data-bbox="995 1032 1062 1059">SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="995 1093 1449 1256">1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama yang dipilih dan dilatih pasien. Beri pujian <li data-bbox="995 1263 1449 1391">2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih pasien <li data-bbox="995 1397 1449 1491">3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian <p data-bbox="995 1559 1062 1585">SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="995 1619 1449 1783">1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih. Beri pujian <li data-bbox="995 1789 1449 1883">2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan ketiga yang dipilih <li data-bbox="995 1890 1449 1982">3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
			<p>SP4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua dan ketiga. Beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih 3. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian <p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melakukan kegiatan yang dipilih oleh pasien. Beri pujian 2. Nilai kemampuan keluarga membimbing pasien 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM
Isolasi Sosial	Setelah dilakuakn tindakn keperawatan selama 6 – 12 kali tatap muka diharapkan klien tidak mengalami isolasi sosial.	<p>Pasien Mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi penyebab isolasi sosial. 2. Mengetahui keuntungan mempunyai teman dabrn bercakap cakap. 3. Mengetahui kerugian tidak punya teman dan bercakap cakap. 4. Berlatih berkenalan dan berbicara saat 	<p>Intervensi untuk pasien :</p> <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab,tanda dan gejala,PK yang dilakukan,akibat PK . 2. Jelaskan cara mengontrol PK : fisik,obat,verbal,spiritual. 3. Latih cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
		melakukan kegiatan.	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat <p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, men oak dengan benar). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latiahn fisik, minum obat dan verbal. <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat, dan verbal. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual. <p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik (tarik nafas dalam dan pukul bantal)dan obat, verbal dan spiritual. Beri pujian 2. Nilai kemampuan yang telah mandiri. 3. Nilai apakah PK terkontrol.

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
			Intervensi untuk keluarga :
			SP 1
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya PK. 3. Jelaskan cara merawat PK. 4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.
			SP 2
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih pasien melatih fisik. Beri pujian 2. Jelaskan 6 benar cara memeberikan obat. 3. Latih cara memeberikan/ membimbing minum obat. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.
			SP 3
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien fisik dan memberikan obat. Beri pujian 2. Latih cara membimbing , cara bicara yang baik. 3. Latih cara membimbing kegiatan spiritual. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.
			SP 4
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi
			<p>dalam merawat/ melatih pasien fisik, memberikan obat,latihan cara yang baik dan kegiatan spiritual. Beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM,tanda kambuh, rujukan. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian. <p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien fisik, memberikan obat,cara bicara yang baik dan kegiatan spiritual dan follow up. Beri pujian 2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien. 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM.