

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. (Videbeck, 2008)

Skizofrenia adalah merupakan penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi pasien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Yosep, 2007).

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

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah penyakit gangguan jiwa/ penyakit neurologis yang mempengaruhi proses pikir, persepsi, perilaku sosial, bahasa, dan gerakan.

2. Etiologi

Menurut (Videbeck, 2008) penyebab skizofrenia ada 3 yaitu :

a. Faktor genetik

Kebanyakan penelitian genetik berfokus pada keluarga terdekat, seperti orang tua, saudara kandung, dan anak – cucu untuk melihat apakah skizofrenia diwariskan atau diturunkan secara genetik. Pada penelitian anak kembar yang menunjukkan bahwa kembar identik beresiko mengalami gangguan ini sebesar 50%, sedangkan kembar fraternal beresiko hanya 15%. Hal ini mengindikasikan bahwa skizofrenia sedikit diturunkan. Penelitian penting lain menunjukkan bahwa anak – anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b. Faktor neuroanatomi dan neurokimia

Para ilmuwan mampu meneliti struktur otak (neuroanatomi) dan aktivitas otak (neurokimia) individu penderita skizofrenia. Penelitian menunjukkan bahwa penderita individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *CT scan* menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Penelitian *PET* menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Patologi ini berkorelasi dengan tanda – tanda positif skizofrenia (lobus temporalis) seperti psikosis dan tanda – tanda negatif (lobus frontalis) seperti tidak memiliki kemauan atau motivasi dan anhedonia.

c. Faktor imunivirologi

Ada teori yang mengatakan bahwa perubahan patologi otak pada individu penderita skizofrenia dapat disebabkan oleh paparan virus, atau respons imun tubuh terhadap virus dapat mengubah fisiologi otak. Walaupun ilmuwan terus meneliti hal ini, tidak banyak penelitian mampu memvalidasi teori tersebut.

3. Manifestasi klinik

Gejala skizofrenia menurut (Videbeck, 2008) ada 2 macam, yaitu :

a. Gejala positif (gejala nyata)

1) Waham

Keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

2) Halusinasi

Gangguan persepsi sensori yang salah atau pengalaman persepsi yang tidak terjadi dalam realitas (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, dan perabaan).

3) Ekopraksia

Peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati klien.

- 4) *Flight of ideas*
Aliran verbalisasi yang terus – menerus saat individu melompat dari satu topik ke topik yang lain dengan cepat.
 - 5) Perseverasi
Terus – menerus membicarakan satu topik atau gagasan; pengulangan kalimat, kata, atau frasa secara verbal, dan menolak untuk mengubah topik tersebut.
 - 6) Asosiasi longgar
Pikiran atau gagasan yang terpecah – pecah atau buruk.
 - 7) Gagasan rujukan
Kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.
 - 8) Ambivalensi
Mempertahankan keyakinan atau perasaan yang tampak kontradiktif tentang individu, peristiwa, atau situasi yang sama.
- b. Gejala negatif (gejala samar)
- 1) Apati
Perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, peristiwa.
 - 2) Alogia
Kecenderungan berbicara sangat sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna (miskin isi).
 - 3) Afek datar
Tidak adanya ekspresi wajah yang menunjukkan emosi atau mood.
 - 4) Afek tumpul
Rentang keadaan perasaan emosional atau mood yang terbatas.
 - 5) Anhedonia
Merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas, atau hubungan.
 - 6) Katatonia
Imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira; klien tampak bergerak, seolah – olah dalam keadaan setengah sadar.

7) Tidak memiliki kemauan

Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas – tugas.

4. Tipe diagnostik

Menurut (PPDGJ - III) ada beberapa jenis skizofrenia, yaitu :

a. Skizofrenia Paranoid

Dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran. Gejala lain yang dapat timbul yaitu halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah.

b. Skizofrenia hebefrenik

Gejala yang timbul seseorang menjadi pemalu dan senang menyendiri (*solitary*), perilaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, afek dangkal dan tidak wajar, tersenyum sendiri, dan gangguan proses pikir.

c. Skizofrenia katatonik

Dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah, negativisme, menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh, rigiditas (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya), kepatuhan secara otomatis terhadap perintah, dan pengulangan kata – kata atau kalimat.

d. Skizofrenia Tak Terinci

Tipe ini merupakan tipe yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yaang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan, emosi yang tidak dipegang karena berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme seperti mimpi, depresi, dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

e. Skizofrenia Residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap lepas telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinan-keyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional.

Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan efek datar.

- f. Skizofrenia pasca-skizofrenia
- g. Skizofrenia simpleks
- h. Skizofrenia lainnya
- i. Skizofrenia YTT (PPDGJ –III)

5. Test Diagnostik

Jenis alat menurut (Ade Herman, 2011) untuk mengetahui gangguan struktur otak yang dapat digunakan adalah :

- a. *Electroencephalogram (EEG)*, suatu pemeriksaan yang bertujuan memberikan informasi penting tentang kerja dan fungsi otak.
- b. *CT Scan*, untuk mendapatkan gambaran otak tiga dimensi.
- c. *Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)*, melihat wilayah otak dan tanda-tanda abnormalitas pada otak dan menggambarkan perubahan-perubahan aliran darah yang terjadi.
- d. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Suatu teknik radiologi dengan menggunakan magnet, gelombang radio dan komputer untuk mendapatkan gambaran struktur tubuh atau otak dan dapat mendeteksi perubahan yang kecil sekalipun dalam struktur tubuh atau otak. Beberapa prosedur menggunakan kontras gadolinium untuk meningkatkan akurasi gambar.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Videbeck, 2008) ada 2, yaitu :

- a. Penatalaksanaan medis

Terapi medis utama untuk skizofrenia ialah psikofarmakologi. Di masa lalu, terapi elektrokonvulsif, terapi syok insulin, dan bedah psikosis digunakan, tetapi dengan ditemukannya klorpomazin (thorazine) pada tahun 1952. Antipsikotik yang juga dikenal sebagai neuroleptik, diprogramkan terutama karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik. Obat – obatan ini tidak menyembuhkan skizofrenia, tetapi digunakan untuk mengatasi gejala penyakit tersebut.

b. Penatalaksanaan non medis

Selain terapi farmakologi, banyak mode terapi lain dapat bermanfaat bagi penderita skizofrenia. Terapi kelompok dan individual, terapi lingkungan, dan terapi keluarga dapat dilaksanakan pada klien di lingkungan rawat inap maupun lingkungan masyarakat. Di lingkungan perawatan akut, suatu lingkungan yang terstruktur terbukti lebih bermanfaat bagi klien penderita skizofrenia daripada lingkungan yang tidak struktur atau terbuka. Lingkungan dapat menyediakan kelompok aktivitas, sumber – sumber untuk menyelesaikan konflik, dan kesempatan untuk mempelajari keterampilan baru. Perawat juga dapat menggunakan musik dan menggambar untuk mengurangi perilaku klien menarik diri dari masyarakat, mengurangi ansietas, dan meningkatkan motivasi.

B. Halusinasi

1. Pengertian

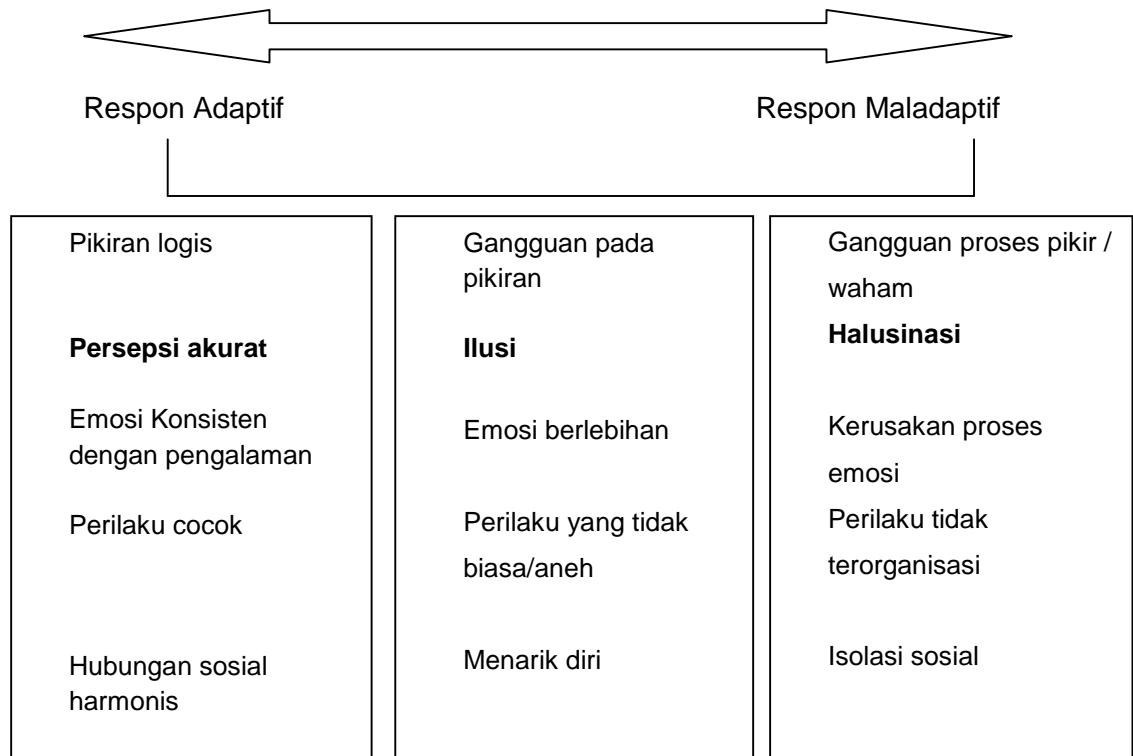
Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mendengarkan suara padahal tidak ada orang yang berbicara. (Herman, 2011)

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. (Kusumawati, dkk 2010)

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus / rangsang dari luar. Halusinasi merupakan distorsi persepsi yang muncul dari berbagai indera. (Stuart & Laraia, 2005 dalam buku Trimelia, 2011)

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan hausinasi adalah hilangnya kemampuan manusia membedakan rangsangan internal dan rangsangan eksternal. Pasien memberikan persepsi pada tanpa objek atau rangsangan yang nyata.

2. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologik (Herman, 2011)

Respon maladaptif :

- Perubahan proses pikir adalah waham / delusi adalah suatu bentuk kelainan pikiran (adanya ide – ide / keyakinan yang salah).
- Halusinasi adalah persepsi yang salah, meskipun tidak ada stimulus tetapi klien merasakannya.
- Ketidakmampuan untuk mengalami emosi adalah terjadi karena klien berusaha membuat jarak dengan perasaan tertentu, kalau tidak, hal ini akan menimbulkan kecemasan.

- d. Perilaku tidak terorganisir / ketidakteraturan adalah respons neurobiologis yang mengakibatkan terganggunya fungsi – fungsi utama dari sistem syaraf pusat, sehingga tidak ada koordinasi antara isi pikiran, perasaan dan tingkah laku (kataton, meringis, stereotipik, avolisi).
 - e. Isolasi sosial adalah ketidakmampuan untuk menjalin hubungan, kerjasama dan saling tergantung dengan orang lain.
3. Etiologi
- Penyebab halusinasi menurut (Trimelia, 2011; Deden 2013) ada 2 macam, yaitu :
- a. Faktor Predisposisi
 - 1) Faktor biologis

Adanya hambatan dalam perkembangan otak khusus konteks lobus povital, temporal dan limbik yang disebabkan gangguan perkembangan dan fungsi susunan saraf pusat. Sehingga menyebabkan hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan mungkin perilaku menarik diri dapat menyebabkan orang tidak mau bersosialisasi sehingga kemampuan dalam menilai dan berespon dengan realita dapat hilang dan sulit membedakan rangsang internal dan eksternal.
 - 2) Faktor perkembangan

Rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan individu tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress adalah merupakan salah satu tugas perkembangan yang terganggu.
 - 3) Faktor sosiokultural

Individu yang merasa tidak diterima lingkungannya akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

4) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami individu maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytransferase (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan Acetylcholin dan Dopamin.

5) Faktor psikologis

Halusinasi dapat terjadi pada orang yang mempunyai keluarga overprotektif sangat cemas. Hubungan dalam keluarga yang dingin dan tidak harmonis, perhatian dengan orang lain yang sangat berlebih ataupun yang sangat kurang sehingga menyebabkan koping individe dalam menghadapi stress tidak adaptif.

6) Faktor genetik

Penelitian menunjukkan bahwa anak yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung akan mengalami skizofrenia.

b. Faktor Presipitasi

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologik yang maladaptif termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi dan adanya abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi rangsangan.

2) Pemicu gejala

Pemicu atau stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit yang biasanya terdapat pada respons neurobiologis yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

a) Kesehatan, seperti gizi buruk, kurang tidur, kelelahan, infeksi, obat sisten syaraf pusat, gangguan proses

informasi, kurang olahraga, alam perasaan abnormal dan cemas.

- b) Lingkungan, seperti lingkungan penuh kritik, gangguan dalam hubungan interpersonal, masalah perumahan, stress, kemiskinan, tekanan terhadap penampilan, perubahan dalam kehidupan dan pola aktivitas sehari – hari, kesepian (kurang dukungan) dan tekanan pekerjaan.
- c) Perilaku, seperti konsep diri rendah, keputusasaan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual, bertindak berbeda dengan orang lain, kurang keterampilan sosial, perilaku agresif dan amuk.

4. Proses Terjadinya Halusinasi

Halusinasi berkembang melalui empat fase menurut (Herman, 2011) yaitu sebagai berikut :

a. Fase pertama

Disebut juga sebagai fase comforting yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik : klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, perasaan bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal – hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku pasien : tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

b. Fase Kedua

Disebut dengan fase condemming atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan, termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik : pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin oranglain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.

Perilaku klien : meningkatnya tanda – tanda sistem syaraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

c. Fase ketiga

Adalah fase controlling atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik.

Karakteristik : bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

Perilaku klien : kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda – tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

d. Fase keempat

Adalah fase conquering atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat.

Karakteristik : halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan.

Perilaku klien : perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakatonik, tidak mampu merespons terhadap kompleks, dan tidak mampu berespons lebih dari satu orang.

5. Jenis dan Tanda – Tanda Halusinasi

Tabel 2.1 Jenis dan Tanda Halusinasi (Keliat, 2010)

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi pendengaran (auditory)	a. Bicara atau ketawa sendiri b. Marah – marah tanpa sebab c. Mengarahkan telinga ke arah tertentu d. Menutup telinga	a. Mendengar suara atau kegaduhan b. Mendengar suara yang mengajak bercakap – cakap c. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi Penglihatan (visual)	a. Tatapan mata pada tempat tertentu b. Menunjuk – nunjuk ke arah tertentu c. Ketakutan terhadap sesuatu yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster
Halusinasi Penghidu / Penciuman (Olfactory)	a. Menghidu seperti sedang membaui bau – bauan tertentu b. Menutup hidung	Membau bau – bauan seperti bau darah, urine, feses kadang – kadang bau itu menyenangkan
Halusinasi Pengecap (gustatory)	a. Sering meludah b. Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urine atau feses
Halusinasi Peraba (taktil)	Menggaruk – garuk permukaan kulit	a. Menyatakan ada serangga dipermukaan kulit b. Merasa tersengat listrik

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien halusinasi dengan cara :

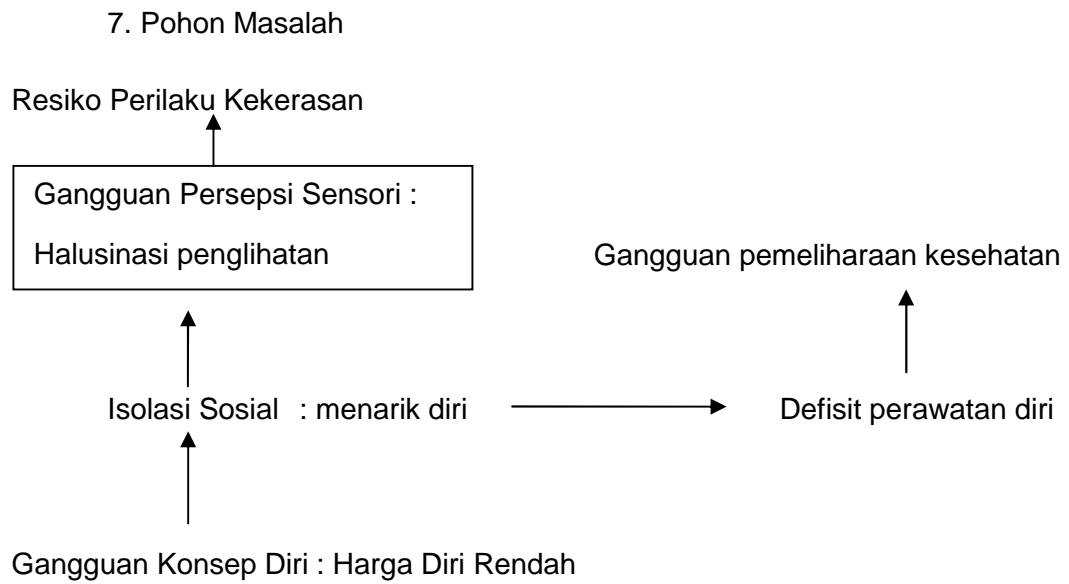
a. Penatalaksanaan non medis

- 1) Menciptakan lingkungan yang terapeutik Untuk mengurangi tingkat kecemasan, kepanikan dan ketakutan pasien akibat halusinasi, sebaiknya pada permulaan pendekatan di lakukan secara individual dan usahakan agar terjadi kontak mata menyentuh atau memegang pasien. Pasien jangan di isolasi baik secara fisik atau emosional. Setiap perawat masuk ke kamar atau mendekati pasien, bicaralah dengan pasien. Begitu juga bila akan meninggalkannya hendaknya pasien di beritahu. Pasien di beritahu tindakan yang akan di lakukan.
- 2) Mengidentifikasi halusinasi (isi, frekuensi, waktu, perasaan, dan respon).
- 3) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
- 4) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap.
- 5) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara aktivitas sehari – hari dan spiritual.

b. Penatalaksanaan medis

Menurut (Stuart, Laraia, 2005 dalam buku Muhith 2015) penatalaksanaan pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi dengan pemberian obat – obatan dan tindakan lain, yaitu :

- 1) Pasikofarmakologis, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah Fenotiazin Asetofenazin (Tindal), Kloropromazin (Thorazine), Flufenazine (Prolixine, Permitil), Mesoridazin (Serentil), Perfenazin (Trilafon), Proklorperazin (Compazine), Promazin (Sparine), Tioridazin (Mellaril).
- 2) Terapi kejang listrik/ *Electro Compulsive Therapy (ECT)*
- 3) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)



Gambar 2.2 Pohon Masalah (Keliat, 2006)

8. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan.
- b. Resiko perilaku kekerasan.
- c. Isolasi sosial : menarik diri.
- d. Gangguan konsep diri : harga diri rendah.
- e. Gangguan pemeliharaan kesehatan.
- f. Defisit perawatan diri.

9. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan (Keliat, 2006)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
			PASIENT	KELUARGA
1	Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 12x interaksi masing-masing selama 15 menit, diharapkan pasien dapat mengontrol halusinasi, dengan tujuan pasien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu mengenal halusinasinya. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas. <p>Kriteria hasil :</p> <p>Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi timbulnya halusinasi. Pasien mampu menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengontrol halusinasinya. Pasien mampu 	<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon. Jelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik, obat, bercakap – cakap, melakukan kegiatan. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan. <p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (Jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas, minum obat). Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat. <p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan menghardik dan obat. Beri pujian. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap saat terjadi halusinasi. 	<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet) Jelaskan cara merawat pasien halusinasi Latih cara merawat halusinasi : menghardik Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian. <p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien menghardik. Beri pujian. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat. Latih cara memberikan / membimbing minum obat. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian. <p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian. Jelaskan cara bercakap – cakap kegiatan untuk mengontrol halusinasi. Latih dan sediakan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
			PASIE	KELUARGA
		<p>mendemonstrasikan cara menghardik.</p> <p>d. Pasien mampu mendemonstrasikan minum obat.</p> <p>e. Pasien mampu mendemonstrasikan bercakap – cakap dengan orang lain.</p> <p>f. Pasien mampu mendemonstrasikan pelaksanaan kegiatan sehari – hari</p> <p>Keluarga :</p> <p>a. Keluarga mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala halusinasi.</p> <p>b. Keluarga mampu menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat, serta efek samping obat.</p>	<p>c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap – cakap.</p> <p>SP 4 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, dan bercakap – cakap. Beri pujian.</p> <p>b. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan)</p> <p>c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap – cakap, dan kegiatan harian.</p> <p>SP 5 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, bercakap – cakap, dan kegiatan harian. Beri pujian.</p> <p>b. Latih kegiatan harian.</p> <p>c. Nilai kemampuan yang telah mandiri.</p> <p>d. Nilai apakah halusinasi terkontrol.</p>	<p>waktu bercakap – cakap dengan pasien terutama saat halusinasi.</p> <p>d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p> <p>SP 4 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien menghardik, memberikan obat, dan bercakap – cakap. Beri pujian.</p> <p>b. Jelaskan follow up ke RSJ / PKM, tanda kambuh, rujukan.</p> <p>SP 5 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien menghardik dan memberikan obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan harian dan follow up. Beri pujian.</p> <p>b. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien.</p> <p>c. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ / PKM.</p>
2	Resiko perilaku kekerasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 12x interaksi masing-masing selama 15 menit, diharapkan pasien dapat mengontrol marah, dengan tujuan pasien mampu :</p> <p>a. Pasien mampu mengidentifikasi</p>	<p>SP 1 :</p> <p>a. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK.</p> <p>b. Jelaskan cara mengontrol PK : fisik, obat, verbal, spiritual.</p> <p>c. Latih cara mengontrol PK secara fisik : tarik</p>	<p>SP 1 :</p> <p>a. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</p> <p>b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya PK (gunakan booklet)</p> <p>c. Jelaskan cara merawat PK.</p> <p>d. Latih satu cara</p>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
			PASIENT	KELUARGA
		<p>penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK.</p> <p>b. Pasien mampu mengontrol marah dengan latihan fisik tarik nafas dalam pukul kasur atau bantal.</p> <p>c. Pasien mampu mengontrol PK dengan obat.</p> <p>d. Pasien mampu mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan benar.</p> <p>e. Pasien mampu mengontrol marah dengan spiritual.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Pasien :</p> <p>a. Pasien mampu mengungkapkan penyebab perasaannya jengkel/kesal (dari diri sendiri, lingkungan, atau orang lain)</p> <p>b. Pasien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk menyelesaikan masalah.</p> <p>Keluarga :</p> <p>a. Keluarga dapat mendemonstrasikan cara merawat pasien.</p> <p>b. Keluarga mampu menyebutkan 6 cara benar pemberian obat kepada pasien. Keluarga mampu membimbing cara bicara yang baik.</p>	<p>nafas dalam dan pukul kasur / bantal.</p> <p>d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.</p> <p>SP 2 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian.</p> <p>b. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</p> <p>c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.</p> <p>SP 3 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat. Beri pujian.</p> <p>b. Latih mengontrol PK secara verbal (3 cara, yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)</p> <p>c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal.</p> <p>SP 4 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat, dan verbal.</p> <p>b. Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan)</p> <p>c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik minum obat, verbal, dan spiritual.</p> <p>SP 5 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1,2 dan</p>	<p>merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur / bantal.</p> <p>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.</p> <p>SP 2 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien secara fisik. Beri pujian.</p> <p>b. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat.</p> <p>c. Latih cara memberikan / membimbing minum obat.</p> <p>d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.</p> <p>SP 3 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien fisik dan memberikan obat. Beri pujian.</p> <p>b. Latih cara membimbing cara bicara yang baik.</p> <p>c. Latih membimbing kegiatan spiritual.</p> <p>d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal. Beri pujian.</p> <p>SP 4 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik, dan kegiatan spiritual.</p> <p>b. Jelaskan follow up ke RSJ / PKM, tanda kambuh, rujukan.</p> <p>c. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal</p>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
			PASIE	KELUARGA
			obat, verbal, dan spiritual. Beri pujian. b. Nilai kemampuan yang telah mandiri. c. Nilai apakah PK terkontrol	dan memberikan pujian. SP 5 : a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien fisik, memberikan obat, cara bicara yang baik, kegiatan spiritual, dan follow up. Beri pujian. b. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien. c. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol RSJ / PKM.
3	Isolasi sosial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 12x interaksi masing-masing selama 15 menit, diharapkan pasien dapat berinteraksi dengan orang lain, dengan tujuan pasien mampu: a. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab isolasi : siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya. b. Pasien mampu berkenalan dengan 1 orang atau lebih. c. Pasien mampu melakukan keegiatan harian (4 kegiatan). d. Pasien mampu bersosialisasi. Kriteria hasil : Pasien : a. Pasien mampu	SP 1 : a. Identifikasi penyebab isolasi : siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya. b. Keuntungan punya teman dan bercakap - cakap. c. Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap. d. Latih cara berkenalan dengan pasien atau perawat atau tamu. e. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan. SP 2 : a. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang) beri pujian. b. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan). c. Masukkan pada	SP 1 : a. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial (gunakan booklet). c. Jelaskan cara merawat isolasi sosial. d. Latih dua cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan honan. e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk. SP 2 : a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian. b. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
			PASIENT	KELUARGA
		<p>menyebutkan penyebab menarik diri(diri sendiri, lingkungan, orang lain)</p> <p>b. Pasien mampu berinteraksi secara bertahap.</p> <p>c. Pasien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berinteraksi.</p> <p>Keluarga :</p> <p>a. Keluarga mampu menjelaskan cara merawat anggota keluarga yang menarik diri.</p> <p>b. Keluarga mampu mendemonstrasikan perawatan pasien menarik diri.</p> <p>c. Keluarga mampu berpartisipasi dalam perawatan pasien yang menarik diri.</p>	<p>jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien,perawat dan tamu,berbicara saat melakukan kegiatan harian.</p> <p>SP 3 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (berapa orang) & berbicara saat melakukan dua kegiatan harian.beri pujian</p> <p>b. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru).</p> <p>c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang,berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.</p> <p>SP 4 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan,bicara saat melakukan empat kegiatan harian. Beri pujian.</p> <p>b. Latih cara bicara sosial:meminta sesuatu,menjawab pertanyaan.</p> <p>c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan >5 orang,orang baru ,berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.</p> <p>SP 5 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan,berbicara saat melakukan</p>	<p>dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat bersama) dirumah.</p> <p>c. Latih cara membimbing pasien berbicara dan memberi pujian.</p> <p>d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besok.</p> <p>SP 3 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian.</p> <p>b. Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja, meminta sesuatu, dll.</p> <p>c. Latih keluarga mengajak pasien belanja saat besok.</p> <p>d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besok.</p> <p>SP 4 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian / RT, berbelanja. Beri pujian.</p> <p>b. Jelaskan follow up ke RSJ / PKM, tanda kambuh, rujukan.</p> <p>c. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.</p> <p>SP 5 :</p> <p>a. Evaluasi kegiatan</p>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
			PASIENT	KELUARGA
			kegiatan harian dan sosialisasi. Beri pujian b. Latih kegiatan harian. c. Nilai kemampuan yang telah mandiri. d. Nilai apakah isolasi sosial teratasi.	keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian / RT, berbelanja & kegiatan lain dan follow up. Beri pujian. b. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien. c. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ / PKM.