

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2011).

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

Skizifrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya. (Melinda Hermann, 2008)

2. Etiologi

Gangguan skizofrenia dapat terjadi karena beberapa hal antara lain:

- a. Faktor genetik belum teridentifikasi secara spesifik, namun pengaruh lokasi kromosom 6 pada gen dengan kromosom 4,8,15,22 berhubungan dengan terjadinya skizofrenia.
- b. Faktor keturunan atau bawaan merupakan faktor penyebab yang tidak besar pengaruhnya bagi munculnya gangguan skizofrenia.
- c. Ketidakseimbangan *neurotransmitter (dopamine dan glutamat)*.
- d. Faktor lingkungan seperti kekurangan gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran, stress pada kondisi lingkungan, dan stigma (penyebab kekambuhan pasien skizofrenia) (Keliat, 2011).

3. Manifestasi Klinik (Tanda dan Gejala)

Gejala-gejala dari skizofrenia (Keliat, 2011) adalah sebagai berikut :

- a. Gejala positif dapat berupa sebagai berikut:
 - 1) Waham merupakan keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

- 2) Halusinasi merupakan gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, dan perabaan).
 - 3) Perubahan arus pikir dapat berupa sebagai berikut:
 - a) Arus pikir terputus yaitu dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkoheren yaitu berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (berbicara kacau).
 - c) Neologisme yaitu menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
 - 4) Perubahan perilaku
 - a) Hiperaktif merupakan perilaku motorik yang berlebihan.
 - b) Agitasi merupakan perilaku yang menunjukkan kegelisahan.
 - c) Iritabilitas merupakan perasaan mudah tersinggung.
 - b. Gejala negatif dapat berupa sebagai berikut:
 - 1) Sikap masa bodoh (apatis)
 - 2) Pembicaraan terhenti tiba-tiba (*blocking*)
 - 3) Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)
 - 4) Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari
4. Fase skizofrenia dibagi menjadi dua antara lain:
- a. Fase akut merupakan fase mulai munculnya gejala sampai dengan sebelum 6 bulan, ditandai dengan gejala positif dan negatif.
 - b. Fase kronik merupakan diagnosis skizofrenia kronik ditandai dengan gejala akut, sudah berlangsung 6 bulan atau lebih, disertai:
 - 1) Tidak memperhatikan kebersihan diri.
 - 2) Gangguan motorik atau pergerakan. (Keliat, 2011)
5. Jenis skizofrenia
- Jenis-jenis skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa antara lain:
- a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan kecurigaan ekstrem terhadap orang lain dan dengan halusinasi serta waham curiga (paranoid dan waham kebesaran. Individu sering kali tegang dan bersikap hati-hati serta argumentative, kasar, dan agresif.

b. Skizofrenia Hebefrenic

Pada Skizofrenia hebefrenic, perilaku biasanya regresif dan primitif. Afek tidak sesuai, dengan karakteristik umum wajah dung, cekikikan yang tidak pada tempatnya, wajah menyeringai, dan menarik diri total. Komunikasi selalu inkoheren.

c. Skizofrenia Katatonik

Dimanifestasikan dalam bentuk stupor (retardasi psikomotor, mutisme, *waxy-flexibility(posturing)*, *negativisme* dan *rigiditas*) atau kegaduhan (agitasi psikomotor ekstrem, mengakibatkan kelelahan atau kecenderungan menciderai diri sendiri atau orang lain bila tidak dihentikan).

d. Skizofrenia Residual

Perilaku pada skizofrenia residual adalah eksentrik, tetapi gejala psikosis, jika ada, tidak menonjol. Menarik diri dan afek yang tidak sesuai merupakan tanda khas gangguan ini. Pasien mempunyai riwayat paling tidak satu episode skizofrenia dengan gejala psikosis menonjol.

e. Skizofrenia Tak terinci

Jenis skizofrenia ini ditandai dengan perilaku tidak terarah dan gejala psikosis (misal : waham, halusinasi, inkoheren, perilaku tak terarah yang tampak jelas) yang dapat muncul pada lebih dari satu kategori skizofrenia.

f. Skizofrenia Simplex

Gejala utamanya adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan (Direja, 2011)

6. Test Diagnostik

Menurut Maramis (2009), test diagnostik pada skizofrenia antara lain:

- a. MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) suatu test psikologi untuk mengidentifikasi psikopatologis seseorang secara obyektif dan empiris.
- b. EEG (*Electroencephalogram*), suatu pemeriksaan yang bertujuan untuk memberikan informasi penting tentang kerja dan fungsi otak.
- c. CT Scan, untuk mendapatkan gambaran otak tiga dimensi.

- d. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), suatu teknik radiologi untuk mendapatkan gambaran struktur otak dan dapat mendeteksi perubahan kecil sekalipun dalam struktur tubuh atau otak

7. Penatalaksanaan

Pengobatan untuk penderita skizofrenia dapat menggunakan beberapa metode antara lain:

a. Metode biologik

Obat psikosis akut dengan obat anti psikotik, lebih disukai dengan anti psikotik atypical baru (kisaran dosis ekuivalen = chlorpromazine 300-600 mg/hari). Ketidaktepatan minum obat sering terjadi, oleh karena itu perlu diberikan depo flufenazine atau haloperidol kerja – lama merupakan obat terpilih. Penambahan litium, benzodiazepine, atau diazepam 15-30 mg/ hari atau klonazepam 5-15 mg/hari sangat membantu menangani skizofrenia yang disertai dengan kecemasan atau depresi. Terapi kejang listrik dapat bermanfaat untuk mengontrol dengan cepat beberapa psikosis akut. Sangat sedikit pasien skizofrenia yang tidak berespon dengan obat-obatan dapat membaik dengan ECT.

b. Metode psikoterapi.

Menurut Hawari (2006, p.105-108) jenis psikoterapi yang dilakukan untuk menangani penyakit skizofrenia antara lain:

1) Psikoterapi suportif.

Bentuk terapi yang bertujuan memberikan dorongan semangat dan motivasi agar penderita tidak merasa putus asaan semangat juangnya (*fighting spirit*) dalam menghadapi hidup.

2) Psikoterapi reedukatif.

Bentuk terapi yang dimaksudkan member pendidikan ulang untuk merubah pola pendidikan lama dengan yang baru sehingga penderita lebih adaptif terhadap dunia luar.

3) Psikoterapi rekonstruksi.

Terapi yang dimaksudkan untuk memperbaiki kembali kepribadian yang mengalami keresahan.

4) Terapi tingkah laku.

Adalah terapi yang bersumber dari teori psikologi tingkah laku (*behavior psychology*) yang mempergunakan stimulasi dan respon modus operandi dengan pemberian stimulasi yang positif akan timbul proses positif.

5) Terapi keluarga.

Bentuk terapi yang menggunakan media sebagai titik tolak terapi karena keluarga selain sebagai sumber terjadinya gangguan tingkah laku juga sekaligus sarana terapi yang dapat mengembalikan fungsi psikis dan sosial melalui komunikasi timbal balik.

6) Psikoterapi kognitif.

Memulihkan kembali fungsi kognitif sehingga mampu membedakan nilai-nilai sosial dan etika.

Selanjutnya, dalam konsep keperawatan, akan dibahas mengenai halusinasi yang merupakan salah satu gejala positif dari skizofrenia.

B. Resiko Perilaku kekerasan

1. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Herman, 2011).

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan (Keliat, 2011).

Perilaku kekerasan adalah nyata melakukan kekerasan, ditunjukkan pada diri sendiri/orang lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan (Deden Dermawan, 2013)

2. Etiologi

Penyebab dari perilaku kekerasan diantaranya :

- a. Kehilangan harga diri karena tidak dapat memenuhi kebutuhan sehingga individu tidak berani bertindak, cepat tersinggung dan lekas marah
- b. Frustrasi akibat tujuan tidak tercapai atau terhambat sehingga individu merasa cemas dan terancam. Individu akan berusaha mengatasi tanpa memperhatikan hak-hak orang lain.
- c. Kebutuhan aktualisasi diri yang tidak tercapai sehingga menimbulkan ketegangan dan membuat individu cepat tersinggung.

(Ernawati, 2009)

3. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan (Ernawati, 2009)

a. Respon Adaptif

1) Asertif

Mengemukakan pendapat/ ekspresi tidak senang/ tidak setuju tanpa menyakiti lawan bicara. Hal ini menimbulkan ketegangan.

2) Frustrasi

Respon akibat gagal mencapai tujuan, kepuasan atau rasa aman. Individu tidak dapat menunda sementara atau menemukan alternatif lain.

b. Respon Maladaptif

1) Pasif

Perilaku yang ditandai dengan perasaan tidak mampu untuk mengungkapkan perasaannya sebagai usaha mempertahankan hak-haknya. Merasa kurang mampu, HDR, pendiam, malu, sulit diajak berbicara.

2) Agresif

Suatu perilaku yang menyertai marah merupakan dorongan mental untuk bertindak dan masih mengontrol.

3) Violence

Rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri sehingga dapat merusak diri dan lingkungan.

4. Tipe diagnostik

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain (Deden Dermawan, 2013)

a. Menyerang atau menghindari (*fight of flight*). Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprine yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, sekresi HCl meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat disertai ketegangan otot, seperti rahang mengatup, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif (*assertiveness*). Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahan yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Disamping itu perilaku ini dapat juga untuk pengembangan diri pasien.

c. Memberontak (*acting out*)

Perilaku yang muncul biasanya disertai akibat konflik perilaku "*acting out*" untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

5. Psikodinamika

a. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor yang mendukung terjadinya masalah perilaku kekerasan adalah faktor biologis, psikologis dan sosiokultural.

1) Faktor biologis

a) *Instinctual Drive Theory* (Teori Dorongan Naluri)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat.

b) *Psychosomatic Theory* (Teori Psikosomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dalam hal ini sistem limbik berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

2) Faktor Psikologis

a) *Frustration Aggression Theory* (Teori Agresif-Frustasi)

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau menghambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b) *Behavior Theory* (Teori Perilaku)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas/situasi yang mendukung.

c) *Eksistensial Theory* (Teori Eksistensi)

Bertingkah laku adalah kebutuhan dasar manusia, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka individu akan memenuhinya melalui berperilaku destruktif.

3) Faktor Sosiokultural

a) *Social Environment Theory* (Teori Lingkungan Sosial)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.

b) *Social Learning Theory* (Teori Belajar Sosial)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

b. Stresor Presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injuri secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.
- 2) Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri pasien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
- 3) Lingkungan : panas, padat, dan bising.

6. Penilaian stresor

Beberapa penilaian stresor :

- a. Ancaman terhadap fisik : pemukulan, penyakit fisik.
- b. Ancaman terhadap konsep diri : frustrasi, harga diri rendah.
- c. Ancaman eksternal : serangan fisik, kehilangan orang/benda berarti.
- d. Ancaman internal : kegagalan, kehilangan perhatian.

(Ernawati, 2009)

7. Sumber coping

Sumber coping dapat berupa (Stuart & Laraia, 2006) :

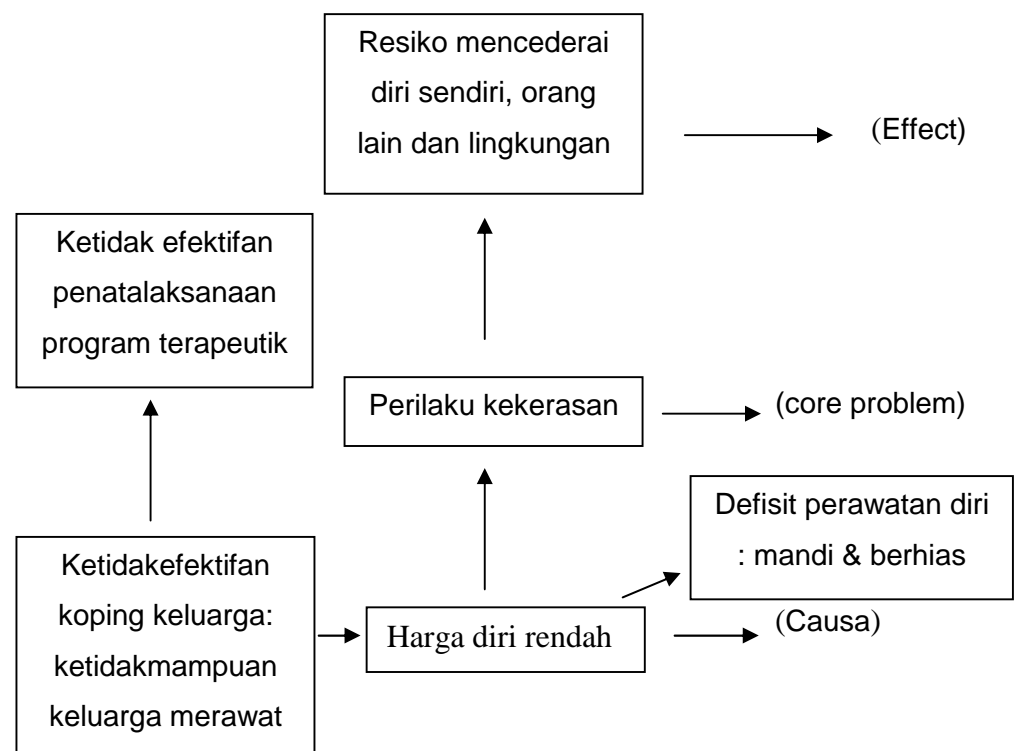
- a. Aset ekonomi
- b. Kemampuan dan ketrampilan
- c. Teknik defensif
- d. Dukungan sosial
- e. Motivasi
- f. Kesehatan dan energi
- g. Dukungan spiritual
- h. Keyakinan positif
- i. Ketrampilan menyelesaikan masalah dan sosial
- j. Sumber daya sosial dan material
- k. Kesejahteraan fisik.

8. Mekanisme coping

Beberapa mekanisme coping yang digunakan pasien dengan perilaku kekerasan antara lain (Herman, 2011) :

- a. Denial yaitu mekanisme pertahanan ini cenderung meningkatkan marah seseorang karena sering digunakan untuk mempertahankan harga diri akibat ketidakmampuannya.
- b. Sublimasi yaitu dengan mengalihkan rasa marah pada aktivitas lainnya.
- c. Proyeksi yaitu cenderung meningkatkan ekspresi marah karena individu berusaha mengekspresikan marahnya terhadap orang/benda tanpa dihalangi
- d. Formasi yaitu perilaku pasif-agresif karena perasaannya tidak dikeluarkan akibat ketidakmampuannya mengekspresikan kemarahannya atau memodifikasi perilakunya. Pada saat-saat tertentu individu dapat menjadi agresif secara tiba-tiba.
- e. Represi yaitu mekanisme pertahanan yang dapat menimbulkan permusuhan yang tidak disadari sehingga individu bersifat eksploitatif, manipulatif, dan ekspresi lainnya yang mudah berubah.

9. Pohon Masalah



Gambar 2.2. Pohon Masalah (Keliat, 2006)

10. Diagnosa Keperawatan

- a. Perilaku kekerasan
- b. Gangguan konsep diri : harga diri rendah
- c. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- d. Koping keluarga tidak efektif
- e. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik
- f. Defisit perawatan diri : mandi & berhias

11. Intervensi

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
			PASIEEN	KELUARGA
1	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x pertemuan. Interaksi selama 15 menit di harapkan Tn.T dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil : 1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal 2) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara minum obat. 3) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara verbal: meminta menolak, meminta secara baik. 4) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual.	SP 1 1) Identifikasi penyebab, tanda & gejala, PK yang di lakukan, akibat PK 2) Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual 3) Latihan cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal 4) Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik SP 2 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian 2) Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis,	SP 1 1) Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien 2) Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya PK (gunakan boolket) 3) Jelaskan cara merawat PK 4) Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal 5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian SP 2 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih pasien fisik. Beri pujian

-
- | | |
|--|---|
| <p>frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</p> <p>3) Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</p> | <p>2) Jelaskan 6 benar cara memberikan obat</p> <p>3) Latih cara memberikan / membimbing minum obat</p> <p>4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian</p> |
|--|---|

SP 3

- 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat. Beri pujian.
- 2) Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)
- 3) Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal

SP 3

- 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 jadual dan memberikan pujian.

SP 4

- 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik & obat & verbal. Beri pujian
- 2) Latihan cara mengontrol spiritual (2 kegiatan)
- 3) Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.

SP 4

- 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik & kegiatan spiritual. Beri pujian
 - 2) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan
 - 3) Anjurkan membantu
-

				pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
			SP 5	SP 5
			1) Evaluasi kegiatan fisik 1,2 & obat & verbal & spiritual. Beri pujian	1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/mela tih pasien fisik memberikan obat, cara bicara yang baik & kegiatan spiritual dan follow
			2) Nilai kemampuan yang telah mandiri	2) Nilai kemampuan keluarga merawat pasien
			3) Nilai apakah PK terkontrol.	3) Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RS/PKM
2.	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 18x interaksi masing-masing selama 15 menit, dengan kriteria hasil:	SP 1	SP 1
		a. Mampu mengidentifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, BAK/BAB, makan dan minum.	1) Mengidentifikasi masalah perawatan diri: kebersihan diri,berdandan, makan/minum,BAB/B AK	a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
		b. Mampu menjelaskan pentingnya kebersihan diri.	2) Menjelaskan pentingnya kebersihan diri.	b) Menjelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet).
		c. Mampu menjelaskan cara menjaga kebersihan diri.	3) Latih cara menjaga kebersihan diri.	c) Menjelaskan cara merawat defisit perawatan diri.
		d. Mampu menjelaskan cara dan alat kebersihan diri.	4) Melatih cara menjaga kebersihan diri: mandi, ganti pakaian ,sikat gigi,cuci rambut dan potong kuku	d) Melatih dua cara merawat: kebersihan diri dan berdandan.
		e. Mampu memasukkan jadwal kegiatan untuk latihan perawatan diri.	5) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi,sikat gigi(2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu),potong kuku(satu kali per	e) Menganjurkan membantu

minggu).

pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP 2

- 1) Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian.
- 2) Menjelaskan cara dan alat untuk berdandan.
- 3) Melatih cara berdandan setelah kebersihan diri: sisiran, rias muka untuk (perempuan), sisiran, cukur rambut untuk (pria).
- 4) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan.

SP 2

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien DPD. Beri pujian.
- b) Latih 2 cara yang lain : makan dan minum.
- c) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal. Beri pujian.

SP 3

- 1) Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.
- 2) Menjelaskan cara dan alat makan dan minum.
- 3) Melatih cara makan dan minum yang baik.
- 4) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latih kebersihan diri, berdandan dan makan dan minum yang baik.

SP 3

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien DPD. Beri pujian.
- b) Bimbing keluarga merawat kebersihan diri, berdandan, makan dan minum pasien.
- c) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP 4

- 1) Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian.
- 2) Menjelaskan BAB dan BAK yang baik.
- 3) Melatih BAB dan BAK yang baik.
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih kebersihan

SP 4

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien ; mandi, berdandan, makan dan minum. Beri pujian.
 - b) Bimbing keluarga
-

			diri,berdandan,makan dan minum dan BAB dan BAK.	merawat eliminasi (BAB/BAK) pasien. c) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan. d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
3.	Harga diri rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 18x interaksi masing-masing selama 15 menit, dengan kriteria hasil : a. Klien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif klien b. Menilai kegiatan yang dapat dilakukan. c. Memilih kegiatan yang dapat dilakukan. Berlatih kegiatan yang dipilih, mengetahui alat dan cara.	SP 1 1) Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon. 2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. 3) Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik.	SP 1 a) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. b) Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah (gunakan booklet). c) Diskusikan kemampuan atau aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit. d) Jelaskan cara merawat pasien harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal positif pada pasien. e) Latih keluarga memberi

tanggung jawab kegiatan pertama yang dipilih pasien: bimbing dan beri pujian.

- f) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP 2

- 1) Evaluasi kegiatanmenghardik. Beri pujian.
- 2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).
- 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.

SP 2

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing paseian melaksanakan kegiatan pertama yang dipilih dan dilatih pasien. Beri pujian.
- b) Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih pasien.

- c) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP 3

- 1) Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat. Beri
- 2) pujian.
- 3) Latih cara mengontrol halusinasi dengan

SP 3

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing paseian melaksanakan
-

	bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.	kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih. Beri pujian.
	4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.	b) Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan ketiga yang dipilih. c) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
SP 4		SP 4
	1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. Beri pujian.	a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua dan ketiga. Beri pujian.
	2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan).	b) Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih.
	3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.	c) Jelaskan follow up ke RSJ/ PKM, tanda kambuh, rujukan. d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

4.	Halusinasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 18x interaksi masing-masing selama 15 menit, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. Berlatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. Berlatih cara mengontrol halusinasi dengan minum obat. Berlatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. Berlatih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan. 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik. 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet). Jelaskan cara merawat halusinasi. Latih cara merawat halusinasi: menghardik. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
			<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 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.
SP 3	SP 3	SP 3
1) Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat. Beri pujian.	a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian.	
2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.	b) Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi.	
3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.	c) Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi.	
	d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.	
SP 4	SP 4	SP 4
1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. Beri pujian.	a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien menghardik dan memberikan obat & bercakap-	
2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan).		

-
- 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.
- b) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan.

Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP 5

- 1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap – cakap & kegiatan harian. Beri pujian
- 2) latih kegiatan harian.
- 3) Nilai kemampuan yang telah mandiri.
- 4) Nilai apakah Halusinasi terkontrol

SP 5

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih pasien menghardik & memberikan obat & bercakap-cakap dan melakukan kegiatan harian & follow up. Beri pujian
- b) Nilai kemampuan keluarga merawat pasien
- c) Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ / PKM.
-