

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional yang faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas yang ditandai dengan gangguan utama pada proses pikir 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 (Hermann, 2008).

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya.

Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak di jumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas. (Herman,2008)

2. Etiologi

Gangguan skizofrenia dapat terjadi karena (Keliat, 2011) :

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 (dopamin dan glutamat).

d. Faktor lingkungan

Seperti kekurangan gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran, stres pada kondisi lingkungan, dan stigma (penyebab kekambuhan pada pasien skizofrenia).

3. Manifestasi klinis

Gejala – gejala dari skizofrenia (Keliat, 2011) yaitu :

a. Gejala positif dapat berupa :

- 1). Waham merupakan keyakinan yang salah, yang tidak sesuai dengan kenyataan, di pertahankan dan di sampaikan berulang ulang (waham curiga, waham kejar, waham kebesaran)
- 2). Halusinasi merupakan gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus esterna (halusinasi pendengaran, pengelihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan).
- 3). perubahan arus pikir dapat berupa :

Arus pikir terputus yaitu dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat meneruskan isi pembicaraan.

Inkoheren yaitu pembicaraan yang tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

Neurologisme yaitu menggunakan kata- kata yang di mengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak di mengerti orang lain.

4). Perubahan perilaku

Hiperaktif merupakan perilaku motorik yang berlebihan.

Agitasi merupakan perilaku yang menunjukkan kegelisahan.

Iritabilitas merupakan perasaan mudah tersinggung.

b. Gejala negatif dapat berupa :

- 1). Sikap masa bodoh (apatis)
- 2). Pembicaraan terhenti tiba-tiba (blocking)
- 3). Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)
- 4). Menurunnya kinerja atau aktivitas soaial sehari-hari

4. Fase skizofrenia

Menurut Keliat,(2011) Fase skizofrnia di bagi menjadi dua, yaitu :

- a. fase akut merupakan fase mulai munculnya gejala sampai dengan sebelum 6 bulan, di tandai dengan gejala positif dan negatif.
- b. Fase kronik merupakan diagnosis skizofrenia kronik yang di tandai dengan gejala akut, sudah berlangsung 6 bulan atau lebih, disertai :
 - 1). Tidak memperhatikan kebersihan diri.
 - 2). Gangguan motorik atau pergerakan.

5. Tipe diagnostik

Menurut PPDGJ-III jenis-jenis skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa antara lain:

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan waham kejar (rasa menjadi korban atau di mata-matai) atau waham kebesaran, (fokus waham agama), perilaku agresif dan bermusuhan.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Diagnose hebefrenia untuk pertama kalinya hanya di tegakkan pada usia remaja atau usia muda (onset biasanya mulai 15-25 tahun). Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas : pemalu dan senang menyendiri (*solitary*), pengamatan continue selama 2 atau 3 bulan, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas yaitu perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat di ramalkan, serta mannerism ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (*solitary*), dan perilaku menunjukkanhampa tujuan dan hampa perasaan, afek pasien dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inap appropriate*), sering di sertai oleh cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum sendiri, sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mnnerisme, mengibuli secara bersendau gurau, dan ungkapan kata yang berulang-ulang.

c. Skizofrenia Katatonik

Di tandai dengan gangguan psikomotor yang nyata, baik dalam bentuk tanpa gerakan atau aktivitas motoric yang berlebihan, negativism yang ekstrem, multivisme, gerakan volunteer yang aneh.

d. Skizofrenia tak terinci

Tipe ini merupakan tipe yang menampilkan perubahan pola symptom-siptom yang cepat menyangkut semua indicator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan, emosi yang tidak di pegang karena berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autism seperti mimpi, depresi, dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

e. Skizofrenia Residual

Tipe ini merupakan kategori yang di anggap lepas telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala- gejala residual atau

sis, seperti keyakinan-keyakinan negative, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara social, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

- f. Skizofrenia pasca-skizofrenia
- g. Skizofrenia simpleks
- h. Skizofrenia lainnya
- i. Skizofrenia YTT

6. Test diagnostik

a. CT Scan

CT Scan dapat menunjukkan struktur abnormalitas otak pada beberapa kasus skizofrenik (misal: atrofi lobus temporal) pembesaran vertikal dengan rasio vertikal otak meningkat yang dapat dihubungkan dengan derajat gejala yang dapat dilihat.

b. Pemindai PET (*Positron Emission Tomography*)

Mengukur aktifitas metabolik dan area spesifik otak dan dapat menyatakan aktifitas metabolik yang rendah dari lobus frontal, terutama pada area prefrontal dari konteks serebral.

c. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Suatu teknik radiologi untuk mendapatkan gambaran struktur otak dan dapat mendeteksi perubahan kecil sekalipun dalam struktur tubuh atau otak.

d. RCBF (*Regional Cerebral Blood Flow*)

Mematikan aliran darah dan menyatakan intensitas aktivitas pada daerah otak yang bervariasi.

e. BEAM (*Brain Electrical Activity Mapping*)

Menunjukkan respon gelombang terhadap rangsangan yang bervariasi disertai dengan adanya respon yang terhambat dan menurun, kadang-kadang di lobus temporal dan sistem limbik.

f. ASI (*Addiction Severity Index*)

Menentukan masalah-masalah ketergantungan, yang mungkin dikaitkan dengan penyakit mental, dan mengidentifikasi area pengobatan yang diperlukan.

g. MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)

Suatu test psikologi untuk mengidentifikasi psikopatologis seseorang secara obyektif dan empiris.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia adalah :

a. Metode biologis (Town,2006)

Obat psikosis akut antipsikotik atypical baru (kisaran dosis ekuivalen = chlorpromazine 300-600 mg/hari). Ketidakepatuhan inu obat sering terjadi, oleh karena itu perlu di berikan depoflufenazine atau haloperidol. Penambahan itium, benzodiazepin, ataudiasepam 15-30 mg/hari atau klonazepam 5-15 mg/hari sangat membantu menangani skizofrenia yang di sertai dengan keceasan atau depresi. Tetapi 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 Psikofarmakologi (Videback, 2008)

Jenis psikotropika (obat yang digunakan untuk mengobati gangguan jiwa). Klorpromazin (Thorazine), suatu antipsikotik, dan litium, suatu agens antimanik, adalah obat-obatan pertama yang dikembangkan. Antidepresan inhibitor monoamin oksidase. Haloperidol suatu antipsikotik antidepresan trisiklik dan agens antiansietas yang di sebut benzodiazepin di perkenalkan lebih dari 10 tahun kemudian. Untuk pertama kali obat yang benar-benar mengurangi agitasi, pemikiran psikotik, dan anti depresi, memperbaiki kondisi banyak pasien.

B. Halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi adalah gangguan persepsi yang dapat timbul pada klien skizofrenia, psikosa, pada sindroma otak organik, epilepsi, nerosa histerik, intoksikasi atropin atau kecubung dan zat halusinogenik.

Persepsi adalah daya mengenal barang, kualitas atau hubungan serta perbedaan antara hal ini melalui proses mengamati, mengetahui dan mengartikan setelah panca inderanya mendapat rangsang.(Trimelia,2011)

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan persepsi sensori yang dialami oleh pasien gangguan jiwa, pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan/penghidu tanpa adanya stimulus nyata (Keliat, 2011)

Persepsi adalah proses di terimanya rangsang sampai rangsang tersebut di sadari dan di mengerti pengindraan/sensasi, gangguan persepsi : ketidak mampuan manusia dalam membedakan antara rangsang yang timbul dari sumber internal (pikiran , perasaan) dan stimulus eksternal.

Halusinasi adalah gerakan penyerapan (persepsi) panca indra tanpa ada rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem panca indra terjadi pada saat kesadaran individu penuh / baik (Dermawan, 2013)

Halusinasi adalah persepsi yang salah oleh panca indra tanpa adanya rangsang (stimulus) eksternal.

Persepsi merupakan proses mental yang terjadi pada diri individu yang akan menunjukkan bagaimana kerja panca indra di sekitar kita.persepsi di sebut juga suatu pengalaman yang di bentuk berupa data-data yang di dapatkan melalui pengindraan, hasil pengolahan otak dan ingatan dari pengalaman masa lalu, jadi persepsi melibatkan kognitif dan emosional akan obyek yang di rasakan. Gangguan persepsi adalah ketidakmampuan individu menerima hasil kerja panca indra berupa pengalaman dan hasil pengolahan otak. (Erlinafsiah, 2013)

Kesimpulan : Halusinasi merupakan persepsi yang salah tentang suatu obyek, gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya pengaruh rangsang dari luar yang terjadi pada semua sistem pengindraan dan hanya di rasakan oleh pasien tetapi tidak dapat di buktikan dengan nyata yang

berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan/penghidu tanpa adanya stimulus nyata

2. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala menurut Trimelia, (2011), yaitu :

- a. Menyeringai dan tertawa yang tidak sesuai
- b. Menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara
- c. Gerakan mata cepat
- d. Respon verbal lamban atau diam
- e. Diam dan di penuhi sesuatu yang mengasikkan
- f. Terlihat bicara sendiri
- g. Menggerakkan bola mata dengan cepat
- h. Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu
- i. Duduk terpaku, memandang sesuatu, tiba-tiba lari ke ruangan lain
- j. Disorientasi (waktu,tempat dan orang)
- k. Perubahan kemampuan dan memecahkan masalah
- l. Perubahan perilaku dan pola komunikasi
- m. Gelisah, ketakutan, ansietas
- n. Peka rangsang
- o. Melaporkan adanya halusinasi

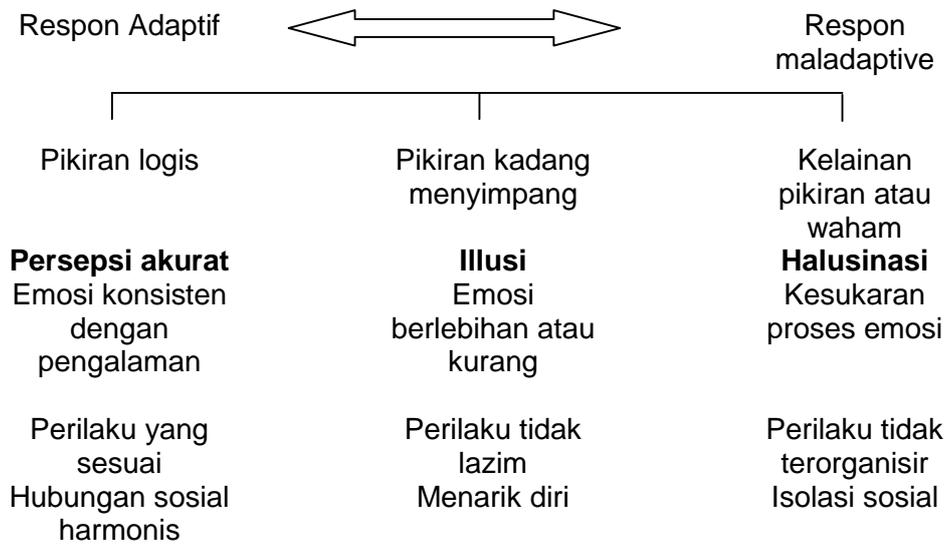
Gejala dari halusinasi menurut Dermawan (2013) yaitu:

- a. Bicara atau tertawa sendiri
- b. Marah-marah tanpa sebab
- c. Menyedengkan telinga kearah tertentu
- d. Menutup telinga

3. Rentan respon

Respon neurobiologis merupakan berbagai respon perilaku klien yang terkait dengan fungsi otak. Gangguan respon neurobiologis di tandai dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

Respon neurobiologis individu dapat diidentifikasi sepanjang rentan respon adaptif sampai maladaptif.



Gambar 2.1 Rentang respon neurobiologik (Stuart dan Laraia, 2005)

Respons adaptif :

- Pikiran logis adalah keadaan dimana individu dapat memikirkan sesuatu dengan kenyataan atau realita.
- Persepsi akurat adalah daya mengenal barang, kualitas atau hubungan serta perbedaan antara hal ini melalui proses mengamati, mengetahui, dan mengartikan setelah panca indra mendapat rangsang dan mampu mempersepsikan sesuai dengan stimulus yang diterima.
- Emosi konsisten dengan pengalaman adalah reaksi emosi yang sesuai dengan yang dialami atau kejutan yang sedang terjadi.
- Perilaku sesuai adalah keadaan dimana individu sesuai apa yang sedang dialami atau dihadapi.
- Hubungan sosial harmonis adalah keadaan dimana individu mampu menjalin hubungan dengan orang lain dan sekitar dengan selaras.

Respons 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.

- c. 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 respon neurobiologis yang mengakibatkan terganggunya fungsi-fungsi utama dari sistem saraf pusat, sehingga tidak ada koordinasi antara isi pikiran, perasaan dan tingkah laku (kataton, meringis, stereotipik, avolisi)
- e. Isolasi sosial adalah ketidak mampuan untuk menjalin hubungan, kerja sam dan saling tergantung dengan orang lain.

4. Tipe diagnostik

- a. Halusinasi pendengaran (auditory)

Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintakkan untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya).

Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat kaamit dan ada geraka tangan.
- b. Halusinasi pengelihatn (visual)

Stimulus pengelihatn dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luar dan kompleks, bisa menyenangkan dan menaakutkan.

Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk kearah tertentu, kekuatan pada objek yang dilihat.
- c. Halusinasi penciuman (olfactory)

Tercium bau busuk, amis dan bau-bau yang menjijikan, seperti bau darah, urine atau fesses atau bau harum seperti parfum.

Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu dan menutup hidung.
- d. Halusinasi pengecapn (gustatory)

Merasa mengecap sesuat⁴ yang busuk, amis, dan menjijikkan seperti rasa darah, urine dan feses.

Perilaku yang muncul aadalah seperti mengecap, mulut seperti gerakan mengunyahsesuatu, sering meludah daan muntah

e. Halusinasi perabaan (taktil)

Merasakan sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang tidak terlihat. Merasakan sensasi listrik dari tanah, benda mati atau orang. Merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil dan makhluk halus.

Perilaku yang muncul adalah mengusap, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

f. Halusinasi sinestetik

Merasakan fungsi tubuh, seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan di cerna atau pembentukan urine, perasaan tubuhnya melayang di permukaan bumi.

Perilaku yang muncul adalah klien terlihat menatap tubuhnya sendiri atau terlihat seperti merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.

(Trimelia,2011)

5. Proses terjadinya halusinasi

Menurut Trimelia, (2011) halusinasi berkembang melalui 4 fase, yaitu :

a. Fase pertama

Di sebut juga dengan fase *comporting* yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan non psikotik.

Karakteristik : klien mengalami stres, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat di selesaikan. Klien mulai melamun memikirkan hal-hal yang menyenangkan. Cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku klien : tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa bersuara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lamban jika sedang asik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

b. Fase kedua

Disebut juga dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi yang menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jadi dominan, mulai di rasakan adanya bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingi orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.

Perilaku klien : meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asik 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, mengancam dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

Perilaku klien : kemauan di kendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringan, 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 dan lingkungan.

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

6. Psikodinamika

a. Faktor predisposisi

Menurut Keliat, (2006) faktor predisposisi dari gangguan persepsi halusinasi adalah pengalaman gangguan jiwa yang dialami sebelumnya

1) Faktor biologis

Terdapat lesi pada area frontal, temporal dan limbik.

2) Faktor perkembangan

Rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan individu tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang

percaya diri dan lebih rentan terhadap stres adalah merupakan salah satu tugas perkembangan yang terganggu.

3) Faktor sosiokultural

Individu yang merasa tidak di terima di lingkungan keluarganya akan merasa di singkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

4) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebih di alami individu maka di dalam tubuh akan di hasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dandimetytransferase (DMP). Akibat stres berkempanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmiter otak. Misal terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamin.

5) Faktor psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab, mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Selain itu ibu yang pencemas, overprotektif, dingin, tidak sensitif, pola asuh tidak adekuat, konflik perkawinan, koping tidak adekuat juga berpengaruh pada ketidakmampuan individu dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Individu lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari aalam nyata menuju alam nyata.

6) Faktor genetik

Penelitian menunjukkan bahwa anak yang di asuh oleh orang tua skizofrenia cenderung akan mengalami skizofrenia juga.

b. Faktor presipitasi

Secara umum pasien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2006).

Faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Psikososial

Keluarga pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon psikologis klien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

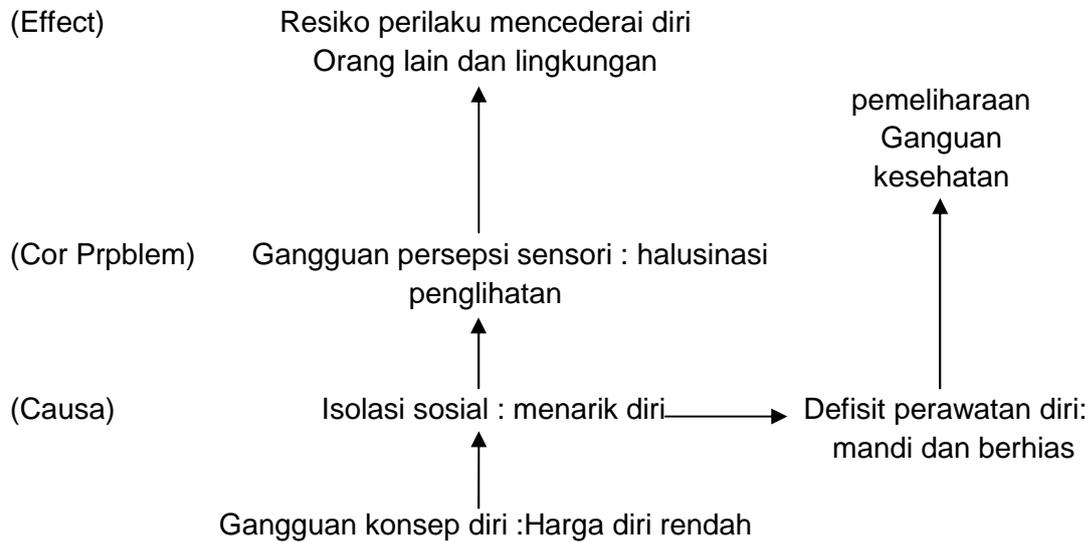
3) Kondisi sosial budaya

Mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik, sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

c. Penilaian Terhadap Stressor

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan pada pasien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul. Kecermatan perawat akan meningkatkan kualitas asuhan terhadap pasien dengan gangguan ini

7. Pohon masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah (Keliat, 2006)

8. Diagnosa Keperawatan yang Muncul

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pengelihatan
- c. Isolasi sosial : menarik diri

9. Intervensi

Tabel 2.1 intervensi

DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 12x interaksi masing-masing selama 15 menit, diharapkan pasien dapat mengontrol halusinasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi, perasaan dan respon munculnya halusinasi 2. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat 4. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap 5. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan 	<p>Pasien</p> <p>Sp 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi halusinasi (isi, frekuensi, waktu, situasi, perasaan, respon) 2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk menghardik <p>Sp 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan minum obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat <p>Sp 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap

DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
			Sp 4
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap 2. Latih cara mengontrol halusinaasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan
		Keluarga:	Keluarga
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu mengenal masalah halusinasi 2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat halusinasi 3. Keluarga mampu merawat halusinasi 4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mendukung mengurangi halusinasi 5. Keluarga mampu menilai perkembangan dan perubahan kemampuan pasien 6. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan 	Sp1
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang di rasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian , tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi 3. Jelaskan cara merawat halusinasi 4. Latih cara merawat halusinasi : menghardik 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan beri pujian
			Sp 2
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluaasi kegiatan keluarga dalaam meatih dan merawat pasien menghardik, beri pujian 2. Jelaskan 6 benar cara pemberian obat 3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian
			Sp 3
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberi obat, ber

DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
			<p>pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi 3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat terjadi halusinasi 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian
			<p>Sp 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam melatih/merawat pasien menghardik , memberi obat,bercakap-cakap, beri pujian 2. Jelaskan follow up Rsi/PKM tanda-tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkanmembantu pasien sesuai jadwal, beri pujian
			<p>Sp 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, minum obat, bercakap-cakap, memberi kegiatan dan follow up RSI/PKM, beri pujian 2. Nilai kemampuan kekuarga merawat pasien 3. Nilai kemampuan 4. keluarga melakukan kontrol ke RSI/PKM
Isolasi sosial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 12x interaksi masing-masing selama 15 menit,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab isolasi sosial 2. Pasien mampu menjelaskan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain 3. Pasien mampu 	<p>Pasien</p> <p>Sp 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identivikasi penyebab isolasi sosial : siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat dan apa sebabnya 2. keuntungan punya teman dan bercakap-cakap

DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
	diharapkan pasien dapat berinteraksi dengan orang lain	berkenalan dengan beberapa orang 4. Pasien mampu berbicara saat melakukan kegiatan harian 5. Pasien mampu berbicara dalam kegiatan sosial	<ol style="list-style-type: none"> 3. kerugian tidak punya teman dan bercakap-cakap 4. latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat 5. masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan <p>Sp 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang), beri pujian 2. latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan) 3. masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan <p>Sp 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi latihan berkenalan (beberapa orang) dan bicara saat melakukan 2 kegiatan, beri pujian 2. latih cara bicara saat melakukan kegiatan harian (2kegiatan baru) 3. masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, dan bicara saat melakukan 4 kegiatan <p>Sp 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi latihan berkenalan bicara saat melakukan 4 kegiatan, beri pujian 2. latih cara bicara sosial : meminta sesuatu dan menjawab pertanyaan 3. masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan > 5 orang, orang baru, bicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi

DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
			Sp 5
			<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan kegiatan dan sosialisasi, beri pujian 2. latih kegiatan harian 3. nilai kemampuan yang telah mandiri 4. nilai apakah isolasi sosial teratasi
		Keluarga :	Keluarga
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu mengenal masalah isolasi sosial 2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat isolasi sosial 3. Keluarga mampu merawat isolasi sosial 4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mendukung mengurangi isolasi sosial 5. Keluarga mampu menilai perkembangan dan perubahan kemampuan pasien 6. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan 	Sp 1
			<ol style="list-style-type: none"> 1. diskusi masalah yang di rasakan dalam merawat pasien 2. jelaskan pengertian, tanda gejala dan proses terjadinya isolasi sosial 3. jelaskan cara merawat isolasi sosial 4. latih 2 cara merawat, berkenalan, dan berbicara saat melakukan kegiatan harian 5. anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan beri pujian
			Sp 2
			<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, beri pujian 2. jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan/sholat bersama) di rumah 3. latih cara membimbing pasien berbicara dan beri pujian 4. anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian
			Sp 3
			<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih

DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
			<p>pasien berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti belanja, meminta sesuatu dll 3. latih keluarga mengajak pasien belanja saat besuk 4. anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian
			<p>Sp 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi kegiatan keluarga dalam melatih/merawat pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian, belanja, beri pujian 2. jelaskan follow up ke RSI/PKM tanda kekambuhan, rujuk 3. anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian
Resiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 12x interaksi masing-masing selama 15 menit, diharapkan pasien dapat mengontrol marah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengidentifikasi RPK 2. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya terhadap RPK 3. Pasien mampu menetapkan kegiatan yang sesuai 4. Pasien mampu melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuan 5. Pasien mampu mempraktekkan dan melakukan kegiatan 	<p>Pasien</p> <p>Sp 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat pk 2. jelaskan cara mengontrol PK : fisik, obat, verbal dan spiritual 3. latih cara mengontrol PK : tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur 4. masukkan pada jadwal untuk latihan fisik <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)

DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
			3. masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat
			Sp 3
			1. evaluasi kegiatan latihan fisik dan minum obat, beri pujian
			2. latih cara mengontrol PK secara verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar
			3. masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal
			Sp 4
			1. evaluasi untuk kegiatan latihan fisik, minum obat dan verbal, beri pujian
			2. latih cara mengontrol PK dengan spiritual
			3. masukkan pada jadwal untuk kegiatan latihan fisi, minum obat, verbal dan spiritual
		Keluarga :	Keluarga
		1. Keluarga mampu mengenal masalah RPK	Sp 1
		2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk merawat RPK	1. diskusikan masalah dalam merawat pasien
		3. Keluarga mampu merawat RPK	2. jelaskan pengertian, tanda gejala, dan proses terjadinya PK
		4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang mendukung mengurangi RPK	3. jelaskan cara merawat PK
		5. Keluarga mampu menilai perkembangan dan perubahan kemampuan klien	4. latih 1 cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal
		6. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	5. anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian
			Sp 2
			1. evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik, beri pujian
			2. jelaskan 6 benar pemberian obat
			3. latih cara memberikan/membimbing minum obat

DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
			4. anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian
		Sp 3	1. evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberi obat, beri pujian
			2. latih cara membimbing : cara bicara yang baik
			3. latih cara membimbing kegiatan spiritual
			4. anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian
		Sp 4	1. evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik, memberi obat, latihan berbicara yang baik dan kegiatan spiritual, beri pujian
			2. jelaskan follow up ke RSI/PKM, tanda kambuh, rujukan
			3. anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian