

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang melibatkan perilaku psikotik, pemikiran kongkret, kesulitan dalam memperoleh informasi dan hubungan interpersonal serta kesulitan dalam memecahkan masalah (Stuart, 2006). Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Skizofrenia adalah suatu bentuk psiko fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek / emosi, kemauan dan halusinasi ; asosiasi terbagi – bagi / sehingga timbul inkoherensi (Herman 2011). Menurut Melinda Hermann (2008), mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya.

2. Etiologi

Skizofrenia dapat terjadi karena beberapa hal antara lain sebagai berikut :

- a. Faktor biologis yaitu faktor gen yang melibatkan skizofrenia, obat – obatan, anak keturunan dari ibu skizofrenia, anak kembar yang identik \ataupun frental dan abnormalitas cara kerja otak.
- b. Faktor psikologis yaitu faktor - faktor yang berhubungan dengan gangguan pikiran, keyakinan, opini yang salah, ketidakmampuan

membina, mempertahankan hubungan sosial, adanya delusi dan halusinasi yang abnormal dan gangguan efektif.

- c. Faktor lingkungan yaitu pola asuh yang cenderung skizofrenia, adopsi keluarga skizofrenia dan tuntunan hidup yang tinggi.
- d. Faktor organis yaitu ada perubahan atau kerusakan pada sistem syaraf sentral juga terdapat gangguan-gangguan pada sistem kelenjar adrenalin dan pituitari (kelenjar dibawah otak). Kadangkala kelenjar tiroid dan kelenjar adrenal mengalami atrofi berat. Dapat juga disebabkan oleh proses klimakterik dan gangguan menstruasi. Semua gangguan tadi menyebabkan degenerasi pada energi fisik dan energi mental.

3. Manifestasi Klinik

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 (dua), yaitu gejala positif dan negatif :

a. Gejala Positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan

dengankenyataan. Misalnya, pada penderita skizofrenia, lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat - amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada, dan sebagainya.

b. Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut

muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Perasaan depresi adalah sesuatu yang sangat menyakitkan. Disamping itu, perubahan otak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang manusia usia muda antara 15 hingga 30 tahun, tetapi serangan kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun keatas. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi. Diperkirakan penderita skizofrenia sebanyak 1 % dari jumlah manusia yang ada di bumi.

4. Tipe Diagnostik

Jenis –jenis antara lain :skizofrenia

a. Skizofrenia simplex

Gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

b. Skizofrenia hebefrenik

Gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.

c. Skiofrenia katatonik

Gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.

d. Skizofrenia paranoid

Gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.

e. Episode schizoprenia akut (lir schizoprenia)

Kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.

f. Skizofrenia psiko-afektif

Adanya gejala utama skiofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.

g. Skizofrenia residual

Schizoprenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

5. Test Diagnostik

a. CT Scan

Dapat menunjukkan struktur abnormalitas otak pada beberapa kasus skiofrenik (misalnya Atrofi Lobus Temporal) :pembesaranventrikel-otak meningkat yang dapat dihubungkan deng4an derajat gejala yang dapat dilihat.

b. Pemindai PET (Positron Emission Tomography)

Mengukur aktivitas metabolic dari area spesifik otak dan dapat menyatakan aktivitas metabolic yang rendah dari lobus frontal, terutama pada area prefrontal dan korteks serebral.

c. MRI

Memberikan gambaran otak tiga dimensi, dapat memperlihatkan gambaran yang lebih kecil dan lobus frontal rata-rata, atrofi lobus temporal (terutama hipokampus, girus parahipokampus, dan girus temporal superior).

d. RCBF (Regional Cerebral Blood Flow)

Memetakan aliran darah dan menyatakan intensitas aktivitas pada daerah otak bervariasi.

e. BEAM (Brain Electrical Activity Mapping)

Menunjukkan respon gelombang otak terhadap rangsangan yang bervariasi disertai dengan respon yang terhambat dan menurun, kadang-kadang di lobus temporal dan system limbic.

f. ASI (Addiction Severity Index)

Menentukan masalah-masalah ketergantungan zat, yang mungkin dikaitkan dengan penyakit mental, mengindikasikan area pengobatan yang diperlukan.

g. Uji Psikologis (misalnya MMPI)

Menyatakan kerusakan pada satu area atau lebih. Catatan : Tipe paranoid biasanya menunjukkan sedikit atau tidak ada kerusakan. (Doenges dkk, 2007).

6. Penatalaksanaan

Menurut Tomb (2005), 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 = chlorpromaxine 300-600 mg/hari). Ketidak patuhan 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 mengani 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 skiofrenia antara lain :

1) Psikoterapi Suportif

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

2) Psikoterapi redukatif

Bentuk terapi yang dimaksudkan member pendidikan ulang untuk merubah pola pendidkkan 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

Terapi yang bersumber dari teori psikologis 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 saran terapi yang dapat mengembalikan fungsi psikis dan sosial melalui komunikasi timbale balik.

6) Psikoterapi Kognitif

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

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

B. Isolasi Sosial

1. Pengertian

Isolasi sosial adalah keadaan seseorang individu yang mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Keliat, 2012). Isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel

yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial (Depkes RI, dalam tri meilia, 2011).

Isolasi sosial adalah kondisi sendirian, yang dialami oleh individu dan di ekspresikan disebabkan orang lain dan sebagai kondisi yang negatif atau mengancam (Tounsand, dalam Kusumawati F dan Hartono Y, 2010). Isolasi sosial adalah suatu keadaan yang dialami oleh seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam (Twonsend, dalam Kusumawati F dan Hartono Y, 2010).

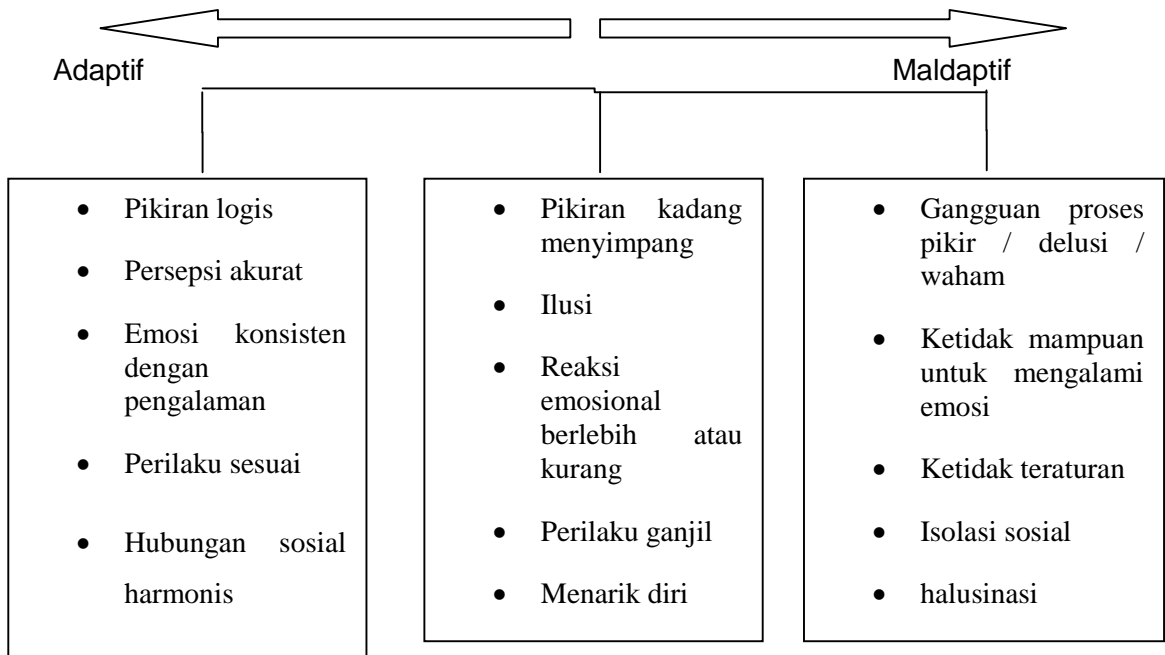
Isolasi Sosial adalah upaya menghindari suatu hubungan komunikasi dengan orang lain karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagai rasa, pikiran dan kegagalan. Klien mengalami kesulitan dalam berhubungan secara spontan dengan orang lain yang dimanifestasikan dengan mengisolasi diri, tidak ada perhatian, dan tidak sanggup berbagi pengalaman. (Balitbang, 2007). Jadi isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak teriam, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

2. Etiologi

Terjadinya gangguan ini dipengaruhi oleh factor predisposisi di antaranya perkembangan dan sosial budaya. Kegagalan dapat mengakibatkan individu tidak percaya pada diri, tidak percaya pada orang lain, ragu, takut salah, pesimis, putus asa terhadap orang lain, tidak mampu merumuskan keinginan, dan merasa tertekan. Keadaan ini dapat

menimbulkan perilaku tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain, dan kegiatan sehari-hari terabaikan (Herman,2011).

3. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Neurologis

Sumber : Stuart and Sundent 2007

a. Respons Adaptif

Respons adaptif adalah respons yang masih dapat diterima oleh norma-norma social dan kebudayaan secara umum yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut masih dalam batas normal ketika menyelesaikan masalah. Berikut ini adalah sikap yang termasuk respons adaptif.

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.

- 3) Emosi konsisten dengan mengalami yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
- 5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan

b. Respon Neurobiologis Border Line

- 1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- 2) Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar – benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra.
- 3) Emosi berlebihan atau berkurang .
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- 5) Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon Neurobiologis Maladaptif

Respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma – norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif ini meliputi :

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walau tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.

- 2) Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah satu persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur.

Respons maladaptive adalah respons yang menyimpang dari norma social dan kehidupan di suatu tempat. Berikut ini adalah perilaku yang termasuk respons maladaptive.

- 1) Menarik diri, seseorang yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.
- 2) Ketergantungan, seseorang gagal mengembangkan rasa percaya diri sehingga tergantung dengan orang lain.
- 3) Manipulasi, seseorang yang mengganggu orang lain sebagai objek individu sehingga tidak dapat membina hubungan social secara mendalam.
- 4) Curiga, seseorang gagal mengembangkan rasa percaya terhadap orang lain.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada klien isolasi sosial : Menarik diri menurut Trimeilia (2011) yaitu sebagai berikut :

a. Gejala subyektif :

- 1) Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain.
- 2) Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain.
- 3) Respon verbal kurang dan sangat singkat.

- 4) Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain.
- 5) Klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu.
- 6) Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan.
- 7) Klien merasa tidak berguna.
- 8) Klien tidak yakin dapat melangkan hidup.
- 9) Klien merasa ditolak.

b. Gejala obyektif

- 1) Klien banyak diam dan tidak mau bicara.
- 2) Tidak mengikuti kegiatan.
- 3) Banyak berdiam diri dikamar.
- 4) Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat.
- 5) Klien tampaksedih,ekspresi datar dan dangkal.
- 6) Lontakmata kurang.
- 7) Kurang seponan.
- 8) Apatitis (acuh terhadap lingkungan).
- 9) Ekspresi wajah kurang berseri.
- 10) Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri.
- 11) Mengisolasi diri.
- 12) Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitar.
- 13) Masukkan makanan dan minuman terganggu.
- 14) Retensi urine dan feses.
- 15) Aktivitas menurun.
- 16) Kurang energi.
- 17) Rendah diri.

18) Postur tubuh berubah misalnya sikap vetus atau janin(khususnya pada posisi tidur).

5. Psikodinamik

a. Faktor Predisposisi

Menurut Timeilia (2011) faktor predisposisi dibagi atas :

1) Faktor tumbuh kembang

Pada setiap tahapan tumbuh kembang individu ada tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tidak terjadi gangguan dalam hubungan sosial. Bila tugas – tugas dalam perkembangan ini tidak terpenuhi maka akan menghambat fase perkembangan sosial yang nantinya akan dapat menimbulkan masalah.

Misalnya : adanya kegagalan menjalin hubungan intim dengan sesama jenis atau lawan jenis, tidak mampu mandiri dan menyelesaikan tugas, kegagalan dalam bekerja, bergaul, sekolah, itu semua akan mengakibatkan pada ketergantungan pada orang tua, dan rendahnya ketahanan terhadap kegagalan.

2) Faktor komunikasi dalam keluarga

Gangguan komunikasi dalam keluarga merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Dalam teori ini yang termasuk masalah dalam berkomunikasi sehingga menimbulkan ketidak jelasan (*doubele bind*) yaitu suatu keadaan dimana seorang anggota keluarga menerima pesan yang saling bertentangan dalam waktu bersamaan atau ekspresi atau emosi yang tinggi dalam keluarga yang menghambat untuk berhubungan dengan lingkungan diluar keluarga.

3) Faktor sosial budaya

Isolasi sosial merupakan suatu faktor pendukung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Hal ini disebabkan oleh norma-norma yang salah dianut oleh keluarga, dimana setiap anggota keluarga yang tidak produktif seperti usia lanjut, berpenyakit kronis, dan penyandang cacat diasingkan dari lingkungan sosialnya.

4) Faktor biologis

Faktor biologis juga merupakan salah satu faktor penghubung terjadinya gangguan dalam hubungan sosial. Organ tubuh yang dapat mempengaruhi terjadinya hubungan sosial adalah otak, misalnya pada klien skizofrenia yang mengalami masalah dalam hubungan sosial memiliki struktur yang abnormal pada otak seperti atrofi otak, serta perubahan ukuran dan bentuk dalam limbic dan daerah kortikal.

5) Faktor Presipitasi

Terjadinya gangguan hubungan sosial juga dapat ditimbulkan oleh faktor internal dan eksternal seseorang. Faktor stresor presipitasi dapat dikelompokkan sebagai berikut :

a) Faktor Eksternal

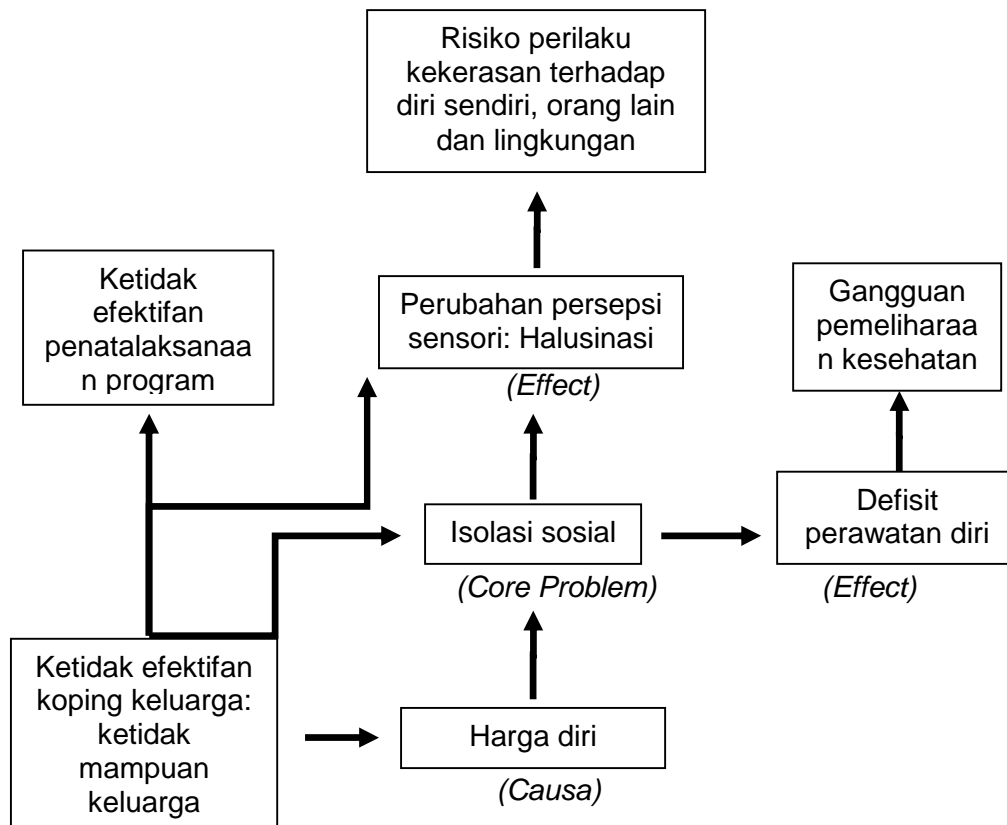
Contohnya adalah stresor sosial budaya, yaitu stres yang ditimbulkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga.

b) Faktor internal

Contohnya adalah faktor psikologis, yaitu stres terjadi akibat ansietas atau kecemasan yang berkepanjangan dan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan individu untuk

mengatasinya. Ansietas ini dapat terjadi akibat tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau tidak terpenuhinya kebutuhan individu.

6) Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah Isolasi sosial. Keliat (2005)

7) Diagnosa Keperawatan

- a) Isolasi sosial.
- b) Harga diri rendah kronis.
- c) Perubahan persepsi sensori : Halusinasi.
- d) Koping individu tidak efektif.
- e) Koping keluarga tidak efektif.
- f) Intoleransi aktifitas.

g) Defisit perawatan diri.

h) Reiko tinggi menciderai diri, orang lain dan lingkungan.

8) Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
			PASIE	KELUARGA
1.	Isolasi sosial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 18x interaksi masing-masing selama 15 menit dengan kriteria hasil: a. Membina hubungan saling percaya dengan perawat. b. Mengidentifikasi penyebab Isolasi sosial. c. Mengetahui keuntungan mempunyai teman dan bercakap-cakap. d. Mengetahui kerugian tidak punya teman dan bercakap-cakap. e. Berlatih berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan.	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial: siapa orang terdekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya. 2) Keuntungan punya teman dan bercakap-cakap. 3) Kerugian tidak punya teman dan bercakap-cakap. 4) Melatih cara berkenalan dengan pasien, perawat atau tamu. 5) Memasukkan dalam jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan. <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang). Beri pujian. 2) Melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian. (latih 2 kegiatan). 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. b) Menjelaskan pengertian, tanda & gejala dan proses terjadinya Isolasi sosial (gunakan booklet). c) Menjelaskan cara merawat pasien Isolasi sosial. d) Melatih dua cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. e) Menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat menjenguk. <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan

-
- 3) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, perawat, tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian.
- b) Menjelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat bersama) di rumah. Melatih cara membimbing pasien berbicara dan memberi pujian.
- c) Menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat menjenguk.

SP 3

- 1) Mengevaluasi kegiatan latihan berkenalan (berapa orang) dan bicara saat melakukan 2 kegiatan harian. Beri pujian.
- 2) Melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (dua kegiatan baru).
- 3) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.

SP 4

- 1) Mengevaluasi

SP 3

- a) Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian.
- b) Menjelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja, meminta sesuatu.
- c) Melatih keluarga mengajak pasien belanjaan menjenguk.
- d) Menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat menjenguk.

SP 4

- a) Mengevaluasi
-

		kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan 4 kegiatan harian. Beri pujian.	kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian, berbelanja. Beri pujian.	
		2) Melatih cara berbicara sosial: meminta sesuatu, menjawab pertanyaan.	b) Menjelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan.	
		3) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan lebih dari 5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.	c) menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.	
2.	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 18x interaksi masing-masing selama 15 menit, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> a. Mampu mengidentifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, BAK/BAB, makan dan minum. b. Mampu menjelaskan pentingnya kebersihan diri. c. Mampu menjelaskan cara menjaga kebersihan diri. d. Mampu menjelaskan cara dan alat kebersihan diri. e. Mampu memasukkan jadwal kegiatan untuk latihan perawatan diri. 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi masalah perawatan diri: kebersihan diri,berdandan, makan/minum,BAB/B AK 2) Menjelaskan pentingnya kebersihan diri. 3) Latih cara menjaga kebersihan diri. 4) Melatih cara menjaga kebersihan diri: mandi, ganti pakaian ,sikat gigi,cuci rambut dan potong kuku 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 minggu). <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian. 2) Menjelaskan cara dan 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. b) Menjelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet). c) Menjelaskan cara merawat defisit perawatan diri. d) Melatih dua cara merawat: kebersihan diri dan berdandan. e) Menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian. <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/

-
- | | |
|---|--|
| <p>alat untuk berdandan.</p> <p>3) Melatih cara berdandan setelah kebersihan diri: sisiran, rias muka untuk (perempuan), sisiran, cukur rambut untuk (pria).</p> <p>4) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan.</p> | <p>melatih pasien DPD. Beri pujian.</p> <p>b) Latih 2 cara yang lain : makan dan minum.</p> <p>c) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal. Beri pujian.</p> |
|---|--|

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 latihan 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 latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum dan BAB dan BAK.

SP 4

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien ; mandi, berdandan, makan dan minum. Beri pujian.
 - b) Bimbing keluarga merawat eliminasi (BAB/BAK) pasien.
 - c) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan.
-

			d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
		SP 5	SP 5
		1) Mengevaluasi kegiatan latihan perawatan diri:kebersihan diri,berdandan,makan, minum, BAB dan BAK.Beri pujian.	a) Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien dalam perawatan diri :kebersihan diri, berdandan, makan & minum,BAB & BAK, beri pujian.
		2) Melatih kegiatan harian	b) Menilai kemampuan keluarga merawat pasien
		3) Menilai kemampuan yang telah mandiri	c) Menilai kemampuan keluarga melakukan control ke RSJ/PKM
		4) Menilai apakah perawatan diri telah baik	
1.	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	SP 1
		1) Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon.	a) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
		2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.	b) Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah (gunakan booklet).
		3) Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.	c) Diskusikan kemampuan atau aspek positif pasien
		4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik.	

-
- 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 pujian.
- 2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.

SP 3

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing paseian melaksanakan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih. Beri pujian.
- b) Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan ketiga yang dipilih.
- c) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP 4

- 1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. Beri pujian.
- 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

SP 4

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

		harian.	keempat yang dipilih. c) Jelaskan follow up ke RSJ/ PKM, tanda kambuh, rujukan. d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.	
2.	Halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 18x interaksi masing-masing selama 15 menit, dengan kriteria hasil: a. Mengidentifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon. b. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. c. Berlatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. d. Berlatih cara mengontrol halusinasi dengan minum obat. e. Berlatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. Berlatih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan.	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian. 2) Latih cara mengontrol 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. b) Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet). c) Jelaskan cara merawat halusinasi. d) Latih cara merawat halusinasi: menghardik. e) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian. <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/

halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).	melatih pasien menghardik. Beri pujian.
3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.	b) Jelaskan 6 benar cara memberikan obat. c) Latih cara memberikan/ membimbing minum obat. d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.
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

SP 4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. Beri pujian. 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. 	<p>pujian.</p> <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien menghardik dan memberikan obat & bercakap-cakap. Beri pujian. b) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan.
SP 5	<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p> <p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 /

3.	Resiko perilaku kekerasan	<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"> Mampu mengidentifikasi penyebab, tanda & gejala, PK yang dilakukan, akibat PK. Mampu menjelaskan cara mengontrol PK : fisik, obat, verbal, spiritual Mampu berlatih cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam & pukol kasur dan bantal Mampu memasukkan jadwal kegiatan untuk latihan fisik 	SP1	<ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab, tanda & gejala, PK yang dilakukan, akibat PK. Jelaskan cara mengontrol PK : fisik, obat, verbal, spiritual. latihan cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam & pukol kasur & pukol bantal masukkan pada jadwal untuk latihan fisik. 	SP1	<ol style="list-style-type: none"> Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien Jelaskan pengertian, tanda dan gejala & poses terjadinya PK (gunakan booklet). Jelaskan cara merawat P Latih 1 cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik : tarik nafas dalam dan pukol kasur dan bantal Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
			SP2	<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi latihan kegiatan latihan fisik. Beri pujian Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum 	SP2	<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien fisik. Beri pujian Jelaskan 6 benar cara

-
- obt)
- 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.
- c) Latih cara memberikan/membimbing minum obat
- d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian

SP3

- 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik & obat. Beri pujian.
- 2) Latih cara mengontrol PK secara verbal (34 cara, yaitu : mengungkapkan, memintan, menolak dengan benar)
- 3) Memasukkan dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat & verbal

SP 3

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberikan obat. Beri pujian
- b) Latih cara membimbing : cara bicara yang baik
- c) Latih cara membimbing kegiatan spiritual
- d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP4

- 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat dan verbal. Beri pujian
- 2) Latih cara mengontrol spiritual (12 kegiatan)
- 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat,

SP4

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik dan kegiatan
-

verbal & spiritual

- spiritual. Beri pujian
 b) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan
 c) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

SP 5

- 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik 1, 2 & obat & verbal & spiritual.beri pujian.
- 2) Nilai kemampuan yang telah mandiri
- 3) Nilai apakah PK terkontrol

SP5

- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik dan kegiatan spiritual. Beri pujian.
 - b) Nilai kemampuan keluarga merawat pasien.
 - c) Nilai kemampuan keluarga kontrol ke RSJ/PKM.
-

