

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia adalah gangguan mental yang sangat berat, dimana antipsikotik merupakan terapi yang efektif mengobatinya (Saha et al, 2005).

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 timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008).

Skizofrenia adalah penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Hermann, 2008)

2. Etiologi

Menurut Juliana (2013) skizofrenia dapat terjadi disebabkan beberapa hal diantaranya sebagai berikut :

- a. Faktor biologis yaitu faktor gen yang melibatkan skizofrenia, obat-obatan, anak keturunan dari ibu skizofrenia, anak kembar yang identik ataupun prenatal 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 afektif.

- 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 saraf sentral juga terdapat gangguan gangguan pada sistem kelenjar adrenalin dan piluitari.

3. Manifestasi klinik Skizofrenia

Menurut videback (2008) gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Gejala positif

- 1) Halusinasi yaitu persepsi sensori yang salah atau pengalaman persepsi yang tidak terjadi dalam realitas.
- 2) Waham yaitu keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
- 3) Ekopraksia yaitu peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati klien.
- 4) *Flight of ideas* yaitu aliran verbalisasi yang terus menerus saat individu melompat dari satu topik ketopik lain dengan cepat.
- 5) Perverasi yaitu terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan dan menolak mengubah topik tersebut.
- 6) Asosiasi longgar yaitu pikiran atau gagasan yang terpecah pecah.

b. Gejala negatif

- 1) Apati yaitu perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, peristiwa.
- 2) Alogia yaitu kecenderungan bicara sangat sedikit makna.

3) Afek datar yaitu tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi.

4) Afek tumpul yaitu rentang keadaan peristiwa emosional.

4. Tipe Skizofrenia

Menurut Herman (2011) skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa jenis, antara lain:

a. Skizofrenia Simplex

Gejala utamanya adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Pada Skizofrenia hebefrenik terdapat gejala gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.

c. Skizofrenia Katatonik

Pada skizofrenia katatonik terdapat gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh.

d. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan kecurigaan ekstrem terhadap orang lain dan dengan halusinasi serta waham curiga (paranoid dan waham kebesaran).

e. Episode skizofrenia akut (lir schizoprenia)

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

f. Skizofrenia Residual

Perilaku pada skizofrenia residual muncul setelah beberapa kali serangan skizofren

g. Skizofrenia Takterinci

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.

5. 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

6. Penatalaksanaan Medis

Menurut Hawari (2006), 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 lorazepam 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.

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 re edukatif.

Bentuk terapi yang dimaksudkan memberikan 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. Halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi adalah terganggunya persepsi sensori seseorang dimana tidak terdapat stimulus (Vacrarolis, 2006)

Halusinasi adalah persepsi klien dengan lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Stuart dan Laraia, 2005)

Halusinasi adalah persepsi tanpa adanya rangsangan apapun pada panca indera seorang pasien yang terjadi dalam keadaan sadar/terbangun. (Maramis, 2009)

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) (Kusumawati, 2010).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi merasakan sensori palsu (Herman, 2011)

2. Etiologi

Gangguan sensori persepsi halusinasi terdiri dari dua faktor penyebab yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Yosep, 2010).

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres.

a. Faktor Perkembangan

Jika tugas dan perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.

b. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stress yang berlebihan, maka didalam tubuhnya akan dihasilkan zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *buffofenon* dan *dimethytranferase* (DMP).

c. Faktor Genetik

Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga yang sangat berpengaruh terhadap penyakit ini.

d. Faktor Psikologis

Teori psikodinamika yang menggambarkan bahwa halusinasi terjadi karena adanya isi alam tidak sadar yang masuk alam sadar sebagai suatu respon terhadap konflik psikologis dan kebutuhan yang tidak terpenuhi, sehingga halusinasi merupakan gambaran dan rangsangan dan ketakutan yang dialami oleh klien.

e. Faktor Sosial Budaya

Stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain tetapi diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

Faktor presipitasi

Menurut Keliat (2006) Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya.

Faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

a. 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.

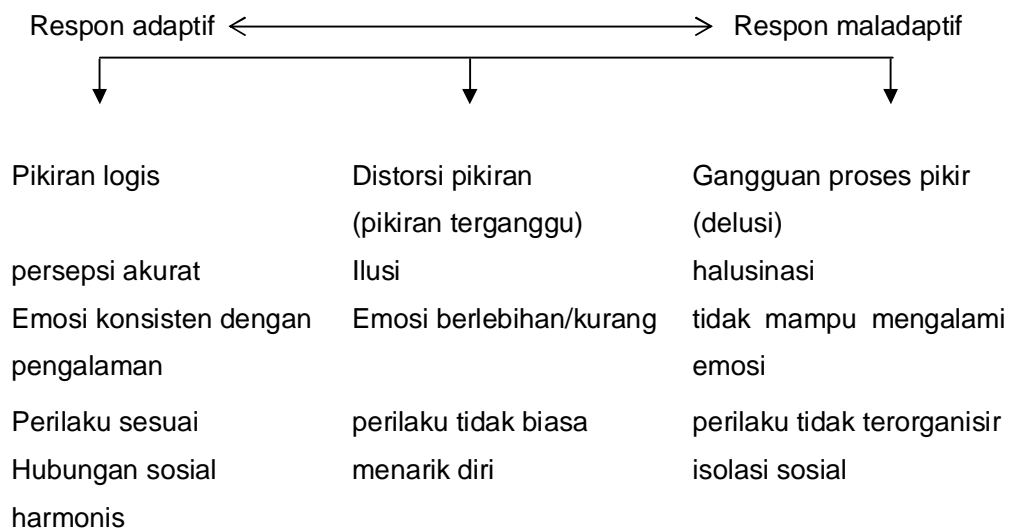
b. Psikososial

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.

c. Kondisi sosial budaya

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

3. Rentang respon



Gambar 2.1

Rentang Respon Neurobiologis (Stuart ,2005)

Keterangan:

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.

- c. Emosi konsisten dengan pengalaman adalah reaksi emosi yang sesuai dengan yang dialami atau kejutan yang sedang terjadi.
- d. Perilaku sesuai adalah keadaan dimana individu sesuai apa yang sedang dialami atau dihadapi.
- e. Hubungan sosial harmonis adalah keadaan dimana individu mampu menjalin hubungan dengan orang lain dan sekitar dengan selaras.

Maladaptif:

- a. Gangguan proses pikiran (delusi) adalah suatu keyakinan terhadap sesuatu secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
- b. Halusinasi adalah dimana seseorang mengalami perubahan dalam jumlah dan pola dari stimulus yang mendekat (yang dipraktikkan secara internal dan eksternal) berlebihan, kelainan berespon terhadap stimulus.
- c. Kesukaran respon emosi adalah keadaan dimana individu tidak dapat berespon terhadap reaksi emosi secara tepat.
- d. Perilaku tidak terorganisir adalah suatu perilaku individu yang tidak sesuai antara apa yang dipikirkan dengan apa yang dilakukan.
- e. Isolasi sosial adalah keadaan dimana individu tidak mampu berinteraksi dengan orang lain dan alam sekitar.

4. Tipe Diagnostik

a. Fase fase halusinasi

Menurut Herman (2011), tahap-tahap halusinasi terdiri dari empat tahapan, yaitu:

1) Fase pertama

Disebut juga dengan fase *conforting*. Pada tahap ini, halusinasi mampu memberikan rasa nyaman pada klien, tingkat orientasi sedang. Secara umum pada tahap ini halusinasi merupakan hal yang menyenangkan bagi klien. Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan, mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas, pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran.

2) Fase kedua

Disebut dengan fase *condemning*. Pada tahap ini klien bersikap menyalahkan dan mengalami tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati. Adapun karakteristiknya yaitu pengalaman sensori menakutkan, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, mulai merasa kehilangan kontrol, menarik diri dari orang lain.

3) Fase ketiga

Disebut dengan fase *controlling*. klien biasanya dapat mengontrol dirinya sendiri, tingkat kecemasan berat, dan halusinasinya tidak dapat ditolak lagi. Adapun karakteristiknya yaitu klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (halusinasi), isi halusinasinya menjadi atraktif, kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

4) Fase keempat

Disebut fase *conquering*. Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi dan biasanya klien terlihat panik. Adapun karakteristiknya yaitu

pengalaman sensori menjadi mengancam, halusinasi dapat menjadi beberapa jam atau beberapa hari.

b. Jenis Jenis halusinasi

Menurut Trimelia (2011) jenis jenis halusinasi adalah sebagai berikut :

1) Halusinasi Pendengaran (*auditory*)

Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat kamit dan ada gerakan tangan.

2) Halusinasi penglihatan (*Visual*)

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, bisa yang menyenangkan atau menakutkan.

Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada objek yang dilihat.

3) Halusinasi penciuman (*olfactory*)

Tercium bau amis, busuk, dan bau yang menjijikan, seperti bau darah, urin, atau feses atau bau harum seperti parfum.

Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu, menutup hidung.

4) Halusinasi pengecap (*gustatory*)

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan, seperti rasa darah, urine atau feses.

Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti gerakan mengunyah sesuatu dan sering meludah atau muntah.

5) Halusinasi peraba (*taktil*)

Merasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti 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 permukaan kulit, terlihat menggerakkan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

6) Halusinasi sintetik

Merasakan fungsi tubuh, seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine, perasaan tubuh melayang

Perasaan yang muncul adalah klien menatap tubuhnya sendiri dan terlihat seperti merasakan seperti sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.

5. Psikodinamika

a. Proses terjadinya halusinasi terbagi menjadi 4 tahap yaitu :

1) Tahap Pertama

Pada fase ini halusinasi berada pada tahap menyenangkan dengan tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi bersifat menyenangkan. Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah orang yang berhalusinasi mengalami keadaan emosi seperti

ansietas, kesepian, merasa takut serta mencoba memusatkan penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas.

2) Tahap Kedua

Pada tahap ini halusinasi berada pada tahap menyalahkan dengan tingkat ansietas yang berat. Adapun karakteristik yang tampak pada individu yaitu individu merasa kehilangan kendali dan mungkin berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersiapkan, individu mungkin merasa malu dengan pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain.

3) Tahap Ketiga

Pada tahap ini halusinasi berada pada tahap pengendalian dengan tingkat ansietas berat, pengalaman sensori yang dirasakan individu menjadi penguasa. Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah orang yang berhalusinasi menyerah untuk melawan pengalaman halusinasinya dan membiarkan halusinasi tersebut menguasai dirinya, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir.

4) Tahap Keempat

Pada tahap ini halusinasi berada pada tahap menakutkan dengan tingkat ansietas panik. Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah, dimana halusinasi bisa berlangsung beberapa jam atau beberapa hari, apabila tidak ada intervensi terapeutik (Stuart, 2007)

b. Penilaian stresor

Evaluasi tentang makna stresor bagi kesejahteraan Individu yang dapat berperan serta dalam hubungan interpersonal yang sehat tetap rentan terhadap efek stress psikologis. Penilaian stressor individu sangat penting dalam hal ini. Rasa sedih karena suatu kehilangan atau beberapa kehilangan dapat sangat besar sehingga individu tidak mau menghadapi kehilangan dimasa depan, bukan mengambil resiko mengalami banyak kesedihan. Respon ini lebih mungkin terjadi jika individu mengalami kesulitan dalam tugas perkembangan yang berkaitan dengan berhubungan (Stuart, 2013)

c. Sumber koping

Menurut Stuart (2007) sumber koping individu harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak dan perilaku, kekuatan dapat meliputi modal, seperti intelegensi atau kreativitas yang tinggi. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda untuk keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Sumber keluarga dapat berupa pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, ketersediaan waktu dan tenaga dan kemampuan untuk memberikan dukungan serta berkesinambungan.

d. Mekanisme Koping

Menurut Stuart (2007) mekanisme koping adalah sebagai berikut :

1) Regresi

Menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

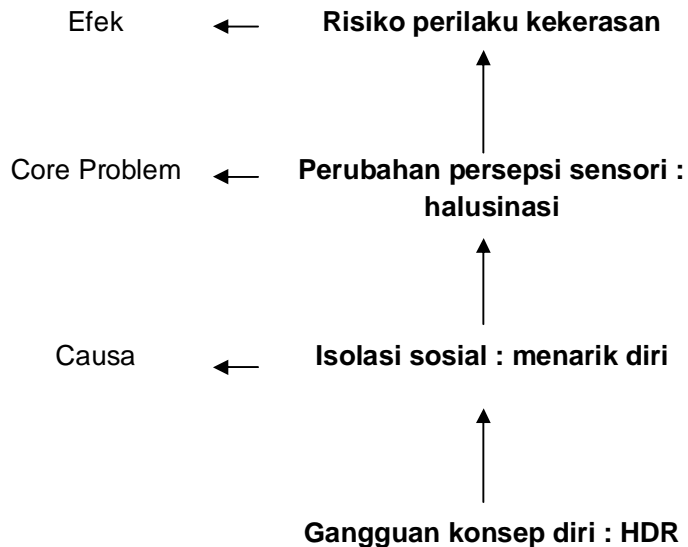
2) Proyeksi

Mencoba menjelaskan gangguan persepsi dan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau suatu benda.

3) Menarik diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain. Sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

6. Pohon Masalah



Gambar 2.2

Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Keliat,2006)

7. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko perilaku kekerasan
- b. Perubahan persepsi sensori : halusinasi
- c. Isolasi sosial : menarik diri
- d. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

8. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1
Intervensi keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Isolasi Sosial : Menarik diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x pertemuan diharapkan klien : 1. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri 2. Klien mengerti keuntungan dan kerugian bercakap-cakap 3. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial bertahap 4. Klien dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain.	<p>SP 1 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya 2. Keuntungan punya teman dan bercakap-cakap 3. Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap 4. Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan <p>SP 2 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa 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 harian <p>SP 3 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (berapa
			<p>SP 1 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial (gunakan booklet) 3. Jelaskan cara merawat isolasi sosial 4. Latih dua cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk <p>SP 2 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien berkenalan dan berbicara 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 memberi pujian 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besuk <p>SP 3 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Isolasi Sosial : Menarik diri		<p>orang) & bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian</p> <p>2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru)</p> <p>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan kegiatan harian</p> <p>SP 4 pasien</p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan empat kegiatan harian. Beri pujian</p> <p>2. Latih cara bicara sosial: meminta sesuatu, menjawab pertanyaan</p> <p>Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan berkenalan >5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi</p> <p>SP 5 pasien</p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi. Beri pujian</p> <p>2. Latih kegiatan harian</p> <p>3. Nilai kemampuan yang telah mandiri</p> <p>4. Nilai apakah isolasi sosial teratasi</p>
			<p>merawat/melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja, meminta sesuatu dll</p> <p>3. Latih keluarga mengajak pasien belanja saat besuk</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan berikan pujian saat besuk</p> <p>SP 4 keluarga</p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian/RT, berbelanja. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual kegiatan dan memberikan pujian</p> <p>SP 5 keluarga</p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian/RT, berbelanja & kegiatan lain dan follow up. Beri pujian</p> <p>2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien</p> <p>3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM</p>
2.	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x pertemuan	<p>SP 1 pasien</p> <p>1. Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon</p>
			<p>SP 1 keluarga</p> <p>1. Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien</p> <p>2. Jelaskan pengertian,</p>

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	
2.	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi	<p>diharapkan klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi halusinasi : Isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon 2. Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi : menghardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan 3. Klien dapat berinteraksi dengan orang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik <p>SP 2 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) 3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat <p>SP 3 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dg bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap 	<p>tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan cara merawat halusinasi 4. Latih cara merawat halusinasi: hardik 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian <p>SP 2 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik. Beri pujian 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat 3. Latih cara memberikan/ membimbing minum obat 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian <p>SP 3 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi 3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
2	Gangguan persepsi sensorial : Halusinasi		<p>SP 4 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian <p>SP 5 pasien</p> <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
3.	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x pertemuan diharapkan klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan tanda, gejala, PK yang dilakukan, akibat PK 2. Klien tidak mencederai orang lain 3. Klien mampu mengontrol PK dengan cara : Fisik, obat, verbal, spiritual 	<p>SP 1 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab, tanda & gejala, PK yang dilakukan, akibat PK 2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual 3. Latihan cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal 4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik <p>SP 2 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol
			<p>SP 4 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, memberikan obat & bercakap-cakap. Beri pujian 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian <p>SP 5 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik & memberikan obat & bercakap-cakap & melakukan kegiatan harian dan follow up. Beri pujian 2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM <p>SP 1 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya PK (gunakan booklet) 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 <p>SP 2 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
3.	Resiko Perilaku Kekerasan		<p>PK dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</p> <p>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</p> <p>SP 3 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik & 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 <p>SP 4 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik & obat & verbal. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual <p>SP 5 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1,2 & obat & verbal & spiritual. Beri pujian 7. Nilai kemampuan yang telah mandiri 8. Nilai apakah PK terkontrol
			<p>pasien fisik. Beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat 3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian <p>SP 3 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberikan obat. Beri pujian Latih cara membimbing: cara bicara yang baik 2. Latih cara membimbing kegiatan spiritual 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian <p>SP 4 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 jadual dan memberikan pujian <p>SP 5 keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik, memberikan obat, cara bicara yang baik & kegiatan spiritual dan follow up. Beri pujian 2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien

No.	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
3.	Resiko Perilaku Kekerasan		3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM