

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

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

Skizofrenia adalah penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Melinda Hermann, 2008 dalam Direja, Ade Herman S. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011).

Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi kognisi, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial, tetapi skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda (Videbeck, 2008: Jurnal Keperawatan Jiwa PPNI; 2013).

Skizofrenia adalah gangguan otak yang mempengaruhi seseorang dalam berfikir, bahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan untuk menerima realita dengan benar (Varcarolis, dkk, 2006: Jurnal Keperawatan Jiwa PPNI; 2013).

2. Etiologi

Gangguan skizofrenia dapat terjadi karena :

- 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, stress pada kondisi lingkungan, dan stigma (penyebab kekambuhan pasien skizofrenia).

(Keliat, 2011).

3. Manifestasi Klinik

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

- a. Gejala positif
 - 1) Waham : Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
 - 2) Halusinasi : Gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, dan perabaan).
 - 3) Perubahan arus pikir :
 - a) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.

- b) Inkoheren : berbicara tidak sesuai dengan lawan bicara (bicara kacau).
 - c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- 4) Perubahan perilaku :
- a) Hiperaktif : perilaku motorik yang berlebihan.
 - b) Agitasi : perilaku yang menunjukkan kegelisahan.
 - c) Iritabilitas : mudah tersinggung.
- b. Gejala negatif
- 1) Sikap masa bodoh (apatis).
 - 2) Pembicaraan terhenti tiba-tiba (bloking).
 - 3) Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial).
 - 4) Menurunnya kinerja atau aktivitas sehari-hari.
4. Fase skizofrenia dibagi menjadi dua :
- a. Fase akut : fase mulai munculnya gejala sampai dengan sebelum 6 bulan, ditandai dengan gejala positif dan negatif.
 - b. Fase kronik : diagnosis skizofrenia kronik ditandai dengan gejala akut, sudah berlangsung 6 bulan atau lebih, disertai :
 - 1) Tidak memperhatikan kebersihan diri.
 - 2) Gangguan motorik atau pergerakan.

(Keliat, 2011)

5. Tipe Diagnostik

Beberapa tipe skizofrenia sebagai berikut :

- a. Skizofrenia jenis tidak terorganisasi :

Cirinya :

- 1) Waham tidak sistematis.
- 2) Inkoheren, asosiasi lepas, perilaku umum tidak terorganisasi.
- 3) Afeknya datar, tumpul atau tidak wajar.

b. Skizofrenia Katatonik

Dengan gejala mayor yaitu : abnormalitas motorik, baik aktivitas yang berlebihan atau terdapat inaktivitas, termasuk imobilitas, fleksibilitas seperti lilin (menempatkan ekstremitasnya pada suatu sikap dan mempertahankannya untuk beberapa waktu).

c. Skizofrenia Paranoid

Dengan gejala mayor yaitu waham persekusi, dicari, cemburu, dan dapat terjadi gejala grandiositas sebagai mekanisme kompensasi.

d. Skizofrenia Hebefrenik

Dengan tanda deteriorasi, ditunjukkan oleh perilaku kekanakan dan afek yang tidak wajar seperti tertawa, terkekeh, atau tingkah laku ritual.

e. Skizofrenia Simple (sederhana)

Biasanya ditandai dengan menyendiri dan afek yang datar.

(Lumbantobing, 2007)

6. Test Diagnostik

Jenis pemeriksaan skizofrenia sebagai berikut :

a. CT-scen

Pemeriksaan CT-scen secara konsisten menunjukkan bahwa otak penderita skizofrenia mempunyai pelebaran ventrikel lateral dan ventrikel III dan volum korteks berkurang sedikit. Banyak penelitian CT menunjukkan korelasi antara CT yang abnormal dengan adanya

gejala negatif atau gejala difisit, gangguan neuropsikiatri, meningkatnya gangguan neurologi.

b. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Penelitian MRI otak pada penderita kembar monosigot didapatkan bahwa kembaran yang menderita skizofrenia ventrikelnya lebih besar dari pada yang tidak terkena skizofrenia.

c. MRI fungsional

Penelitian menunjukkan bahwa pada aktivisasi korteks sensorimotorik penderita skizofren terdapat perbedaan dari yang normal dan didapatkan aliran darah yang mengurang di lobus oksipital.

d. MRS (Magnetic Resonance Spectroscopy)

Pemeriksaan MRS menunjukkan hipoaktivitas prefrontal bagian dorsolateral.

e. PET (Positron Emission Tomography)

Penelitian PET mendapatkan bahwa penderita skizofrenia mempunyai aktivitas metabolik yang kurang dibagian kiri anterior talamus yang diukur dengan menggunakan (18 Fluorodeoxyglucose PET). Perubahan pada bangunan arsitektur talamus dan aktivitasnya mungkin memainkan peranan pada skizofrenia.

f. RCBF (Regional Cerebral Blood Flow) dan PET (Positron Emission Tomography)

Pemeriksaan ini menunjukkan adanya reduksi relatif pada aktivitas metabolisme di korteks otak frontal pada skizofrenia. Daerah otak frontal bertanggung jawab pada banyak aspek pikiran dan emosi, mengkoordinasi dan mengintegrasikan aktivitas pusat bagian otak

lainnya. Dari penelitian ini didapat kesan bahwa otak penderita skizofrenia tidak dapat bereaksi cepat dan efisien seperti halnya pada otak yang sehat.

(Lumbantobing, 2007)

7. Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Lumbantobing, 2007 tentang terapi skizofrenia sebagai berikut :

a. Terapi Biologi

Terdapat 2 kelas mayor obat antipsikotik yaitu :

1) ARD (Antagonis Reseptor Dopamine)

ARD efektif mengobati gejala skizofrenia terutama gejala positif, seperti delusi, halusinasi, namun hanya sekitar 25% mengalami kemajuan hingga fungsi mental menjadi normal. Sekitar 50% tidak banyak tertolong.

Berikut beberapa obat antipsikotik tipikal ARD :

- | | |
|---------------------|---------------------|
| a) Chlorpromazine | 25-2000 mg per oral |
| b) Fluphenazine | 1-40 mg per oral |
| c) Perphenazine | 4-64 mg per oral |
| d) Prochlorperazine | 15-150 mg per oral |
| e) Trifluoperazinen | 2-40 mg per oral |
| f) Mesoridazine | 75-400 mg per oral |
| g) Thioridazine | 75-800 mg per oral |
| h) Haloperidol | 1-100 mg per oral |
| i) Chlorprothixene | 30-60 mg per oral |
| j) Thiothixene | 6-60 mg per oral |
| k) Molindine | 15-225 mg pr oral |

l) Loxapine 1-250 mg per oral

2) ASD (Antagonis Serotonin Dopamine)

ASD menyebabkan lebih sedikit atau tidak ada efek samping gangguan ekstrapiramidal, dibanding ARD. Obat lebih efektif terhadap gejala positif dan lebih efektif pula terhadap gejala negatif dibanding ARD. Obat ini dinamai juga sebagai obat antipsikosis atipikal (atypical antipsychotic drugs). Berikut beberapa obat antipsikotik atipikal :

- a) Clozapine 25-300 mg
- b) Risperidone 1-6 mg
- c) Olanzapine 5-20 mg
- d) Quetiapine 25-500 mg
- e) Ziprasidone 40-160 mg

Obat ASD yang saat ini ada dipasaran ialah : clozapine, risperidone, olanzapine, sertindole, quetiapine, ziprasidone.

3) Terapi biologi lainnya

Terapi elektrokonvulsif sekarang sudah sangat jarang digunakan, demikian juga halnya dengan operasi lobus frontal. Kadang dapat ditambahkan benzodiazepine (misalnya diazepam), atau antikolvasan (misalnya karbamazepin).

b. Terapi Rumatan

Apabila gejala berkurang, obat antipsikotik dapat diturunkan dosisnya dan digunakan sebagai maintenance. Penyakit skizofrenia mungkin kambuh dan dengan terapi rumatan kambuhnya penyakit mungkin dapat diredam. Dapat juga dilakukan pengobatan

intermiten, yaitu segera diberi obat antipsikotik begitu gejala kambuh. Dengan demikian hebatnya gejala dapat dikurangi. Keuntungan terapi intermiten ialah obat tidak dimakan terus menerus sehingga kemungkinan timbulnya efek samping obat kurang, namun kerugiannya ialah keluarga harus selalu waspada memperhatikan timbulnya kambuh penyakit. Sekitar setenga penderita skizofren mengalami kambuh dalam kurun waktu 2 tahun, dan mereka yang tidak diobati 84% akan kambuh.

c. Terapi Non-Biologi

Psikoterapi dapat berfungsi membantu terapi biologis farmakoterapi. Terhadap penyakit skizofrenia, menurut penelitian The American Psychiatric Association Commision on Psycotherapy, psikoterapi tidak bermanfaat bila digenakan sendiri saja, harus digunakan sebagai membantu terapi biologi. Berbagai terapi nonbiologi dapat dilakukan, misalnya :

- 1) Terapi psikologis
- 2) Terapi psiko-sosial
- 3) Terapi perilaku: Reward and punishment
- 4) Social skill training
- 5) Family oriented therapy
- 6) Group therapy
- 7) Cognitive behavioral therapy
- 8) Individual psychotherapy
- 9) Vocational therapy

B. Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2010, dalam Ade Herman, 2011).

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

Perilaku kekerasan adalah nyata melakukan kekerasan, ditujukan pada diri sendiri/ orang lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan (Depkes RI, 2006 dalam Deden Dermawan, 2013).

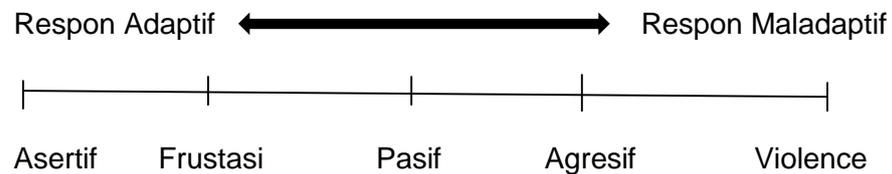
2. Etiologi :

Penyebab dari perilaku kekerasan diantaranya :

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

(Ermawati, 2009)

3. Rentang Respon



Gambar 2.1: Rentang Respon Perilaku Kekerasan (Ermawati, 2009)

a. Respon Adaptif

1) Asertif

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

2) Frustrasi

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

b. Respon Maladaptif

1) Pasif

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

2) Agresif

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

3) Violence

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

4. Tipe diagnostik

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

- a. Menyerang atau menghindar (*fight of flight*). Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom beraksi terhadap sekresi epinephrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, sekresi HCl meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat disertai ketegangan otot, seperti rahang mengatup, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.
- b. Menyatakan secara asertif (*assertiveness*). Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahan yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan marah karena individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Di samping itu perilaku ini dapat juga untuk pengembangan diri pasien.
- c. Memberontak (*acting out*).
Perilaku yang muncul biasanya disertai akibat konflik perilaku "*acting out*" untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan.

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

5. Psikodinamika

a. Faktor Predisposisi

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

1) Faktor Biologis

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

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

b) *Psychosomatic Theory* (Teori Psikosomatik)

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

2) Faktor Psikologis

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

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

b) *Behavior Theory* (Teori Perilaku)

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

c) *Eksistensial Theory* (Teori Eksistensi)

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

3) Faktor Sosiokultural

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

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

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

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

b. Stresor Presipitasi

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

- 1) Klien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan.

- 2) Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
- 3) Lingkungan : panas, padat, dan bising.

c. Penilaian Stresor

Beberapa penilaian stressor :

- 1) Ancaman terhadap fisik : pemukulan, penyakit fisik.
- 2) Ancaman terhadap konsep diri : frustrasi, harga diri rendah.
- 3) Ancaman eksternal : serangan fisik, kehilangan orang/benda berarti.
- 4) Ancaman internal : kegagalan, kehilangan perhatian.

(Ermawati, 2009)

d. Sumber Koping :

Sumber koping dapat berupa (Stuart & Laraia, 2005) :

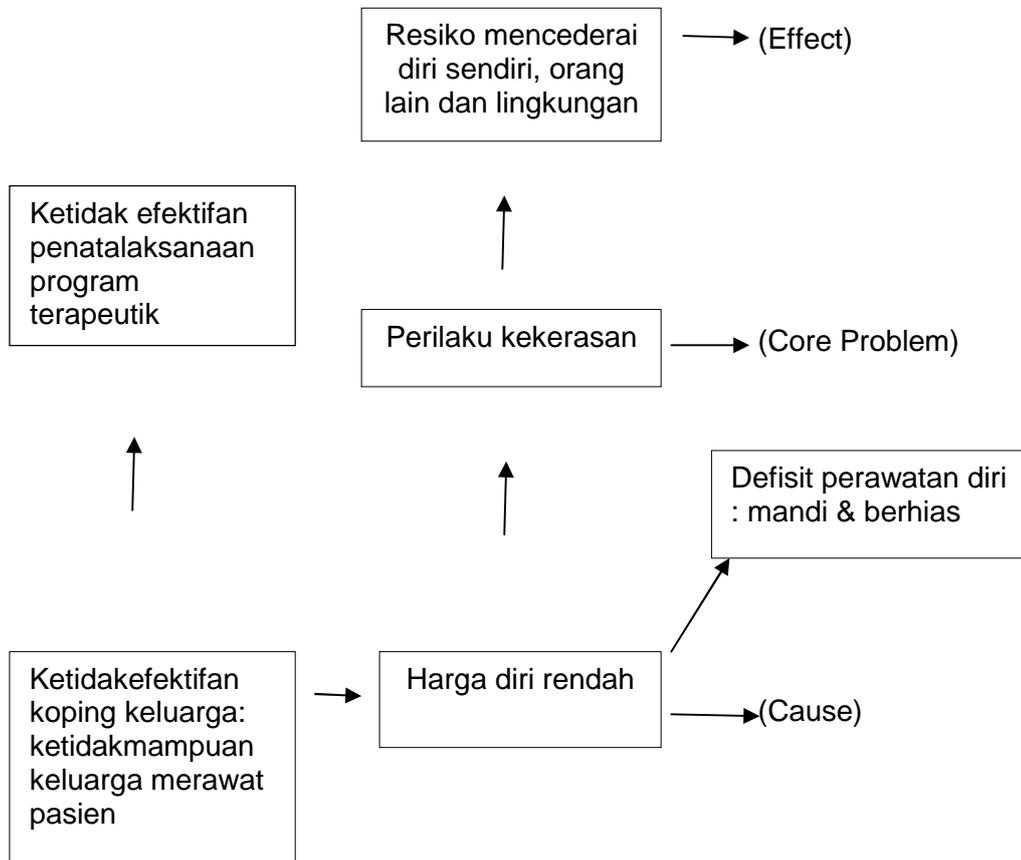
- 1) Aset ekonomi
- 2) Kemampuan dan ketrampilan
- 3) Teknik defensif
- 4) Dukungan sosial
- 5) Motivasi
- 6) Kesehatan dan energi
- 7) Dukungan spiritual
- 8) Keyakinan positif
- 9) Keterampilan menyelesaikan masalah dan sosial
- 10) Sumber daya sosial dan material
- 11) Kesejahteraan fisik.

e. Mekanisme Koping

Beberapa mekanisme koping yang digunakan pasien dengan perilaku kekerasan antara lain (Direja, Ade Herman S, 2011) :

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

6. Pohon Masalah



Gambar 2.2: Pohon Masalah (Keliat, 2005)

7. Diagnosa Keperawatan

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

8. Intervensi

Tabel 2.1: Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 12x interaksi, pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat perilaku kekerasan. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik : tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur. Mengontrol perilaku kekerasan dengan obat. Mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (3 cara : mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar). Mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual. 	<p>SP Pasien</p> <p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat perilaku kekerasan. Jelaskan cara mengontrol PK : fisik, obst, verbal, spiritual. Latihan cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik. <p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat). Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat. <p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan latihan fisik dan minum obat, berikan pujian. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara : mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar). Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal.

SP 4 :

- a. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat, dan verbal.
- b. Latihan cara mengontrol PK dengan spiritual.
- c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.

SP Keluarga

SP 1 :

- a. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
- b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan.
- c. Jelaskan cara merawat perilaku kekerasan.
- d. Latih satu cara merawat perilaku kekerasan dengan melakukan kegiatan fisik : tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur.
- e. Ajarkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.

SP 2 :

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien secara fisik, beri pujian.
 - b. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat.
 - c. Latih cara memberikan/ membimbing minum obat.
 - d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.
-

		<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none">Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberikan obat, beri pujian.Latih cara membimbing cara bicara yang baik.Latih cara membimbing kegiatan spiritual.Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian. <p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none">Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik dan kegiatan spiritual, berikan pujian.Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan.Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.
Harga Diri Rendah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 12x interaksi, pasien dapat melakukan kegiatan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none">Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien.Menilai kegiatan yang dapat dilakukan.Memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan.	<p>SP Pasien</p> <p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none">Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien.Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini.Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dipilih.Latih kegiatan yang telah dipilih.Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.

SP 2 :

- a. Evaluasi kegiatan pertama yang telah dilakukan dan beri pujian.
- b. Bantu pasien dalam memilih kegiatan kedua yang akan dilatih.
- c. Latih kegiatan kedua.
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.

SP 3 :

- a. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian.
- b. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih.
- c. Latihan kegiatan ketiga.
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.

SP 4 :

- a. Evaluasi kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian.
- b. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih.
- c. Latih kegiatan keempat.
- d. Masukkan pada jadwal untuk latihan.

SP Keluarga :

SP 1 :

- a. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
 - b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah.
 - c. Diskusikan kemampuan atau aspek positif
-

pasien yang pernah dimiliki sebelumnya dan setelah sakit.

- d. Jelaskan cara merawat harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal yang 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 beri pujian.

SP 2 :

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien 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 beri pujian.

SP 3 :

- a. Evaluasi keluarga dalam membimbing pasien 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 berikan pujian.
-

Defisit Perawatan Diri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 12x interaksi, defisit perawatan diri pasien teratasi dengan kriteria hasil :

- a. Mengidentifikasi masalah defisit perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan / minum, BAB / BAK.
- b. Mengetahui alat dan cara kebersihan diri.
- c. Menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku.

SP 4 :

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga. Beri pujian.
- b. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih.
- c. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan.
- d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP Pasien**SP 1 :**

- a. Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK.
- b. Jelaskan pentingnya kebersihan diri.
- c. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri.
- d. Latih cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku.
- e. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (1 kali per minggu).

SP 2 :

- a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Berikan pujian.
 - b. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan.
 - c. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka untuk perempuan;
-

sisiran, cukuran untuk pria.

- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan.

SP 3 :

- a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.
- b. Jelaskan cara dan alat makan dan minum.
- c. Latih cara makan dan minum yang baik.
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan dan makan & minum yang baik.

SP 4 :

- a. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan & minum. Beri pujian.
- b. Jelaskan cara BAB dan BAK yang baik.
- c. Latih BAB dan BAK yang baik.
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan & minum dan BAB & BAK.

SP Keluarga

SP 1 :

- a. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
 - b. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet).
 - c. Jelaskan cara merawat defisit perawatan diri.
 - d. Latih dua cara merawat : kebersihan diri dan berdandan.
-

e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

SP 2 :

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian.
- b. Latih dua (yang lain) cara merawat: makan & minum, BAB & BAK.
- c. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.

SP 3 :

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

SP 4 :

- a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan & minum. Beri pujian.
 - b. Bimbing keluarga merawat BAB dan BAK pasien.
 - c. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan.
 - d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.
-

Koping keluarga tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x interaksi , keluarga dapat : a. Mengidentifikasi masalah yang dihadapi : asal, sifat, waktu, dan jumlah. b. Mengidentifikasi koping yang selalu digunakan untuk menyelesaikan masalah. c. Mempraktekkan penyelesaian masalah. d. Mempraktekkan latihan dicara terbuka.	SP 1 : a. Mengidentifikasi masalah yang dihadapi : asal, sifat, waktu, dan jumlah. b. Mengidentifikasi koping yang selalu digunakan menyelesaikan masalah. c. Membantu keluarga menggunakan koping yang efektif. d. Mengidentifikasi koping yang efektif. SP 2 : a. Membantu keluarga mempraktekkan latihan bicara terbuka. SP 3 : a. Membantu keluarga mempraktikkan penyelesaian masalah.
-------------------------------	---	---
