

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Skizofrenia**

##### 1. Pengertian

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

*Skizofrenia* adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang melibatkan perilaku psikotik, pemikiran kongkret, kesulitan dalam memperoleh informasi dan hubungan interpersonal serta kesulitan dalam memecahkan masalah (Stuart, 2007:375)

*Skizofrenia* adalah gangguan yang umumnya ditandai oleh distorsi pikiran dan persepsi yang mendasar dan khas, dan oleh afek yang tidak wajar atau tumpul (Harnawati, 2008).

*Skizofrenia* merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta perilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaac, 2005:151).

## 2. Etiologi

Gangguan *skizofrenia* dapat terjadi karena :

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

(Keliat, 2011).

## 3. Jenis-jenis *skizofrenia*

Jenis-jenis *skizofrenia* antara lain (Townsend, 2009) :

### a. *Skizofrenia Paranoid*

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

### b. *Skizofrenia Hebefrenic*

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

c. *Skizofrenia* Katatonik

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

d. *Skizofrenia* Residual

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

e. *Skizofrenia* Takterinci

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

f. *Skizofrenia* Simplex

Gejala utamanya adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

#### 4. Tanda dan Gejala

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, eaham curiga, waham kebesaran).
- 2) Halusinasi : gangguan penerimaan panca indra tanpa da stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, dan perabaan).
- 3) Perubahan arus pikir :
  - a) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
  - b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (berbicara 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 (blocking)
- 3) Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)
- 4) Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari

5. Fase *skizofrenia* dibagi menjadi dua (Keliat, 2011) :

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

6. Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Menurut Tomb, 2004), pengobatan untuk penderita *skizofrenia* dapat menggunakan beberapa metode antara lain.

a. Metode Biologis

Obat psikosis akut dengan obat anti psikotik, lebih disukai dengan anti psikotik atypical baru (kisaran dosis ekuivalen = chlorpromazine 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 menangani skizofrenia yang disertai dengan kecemasan atau depresi. Terapi kejang listrik dapat bermanfaat untuk mengontrol dengan cepat beberapa psikosis akut. Sangat sedikit pasien *skizofrenia* yang tidak berespon dengan obat-obatan dapat membaik dengan ECT.

## b. Metode Psikoterapi

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

### 1) Psikoterapi suportif

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

### 2) Psikoterapi redukatif

Bentuk terapi yang dimaksudkan memberi 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) Psikoterapi 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 perilaku kekerasan yang merupakan salah satu gejala positif dari *skizofrenia*.

### **B. Perilaku Kekerasan**

#### 1. Pengertian

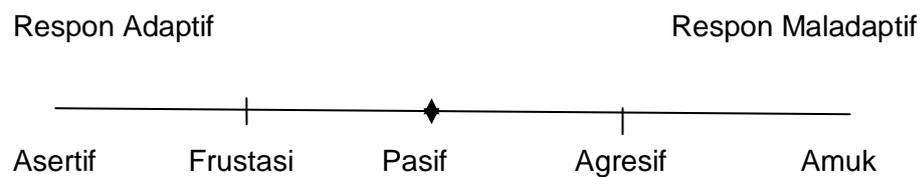
Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang merupakan respon dari kecemasan dan kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Yosep, 2007).

Perilaku kekerasan merupakan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali baik secara verbal maupun tindakan dengan mencederai diri, orang lain, dan merusak lingkungan (Depkes RI, 2007, p.76).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Direja, 2011).

Perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang diajukan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut (Purba dkk, 2008).

## 2. Rentang Respon Marah



Adapun respon Adaptif :

### a. Asertif

Kemarahan yang diungkap pada orang lain dengan kata-kata yang tidak menyinggung sehingga memberikan kelegaan dan tidak menimbulkan masalah baru.

### b. Frustrasi

Respon yang terjadi akibat individu gagal mencapai tujuan karena tujuan tidak realistis atau hambatan dalam proses keinginan.

### c. Pasif

Merupakan perilaku dimana seseorang merasa tidak mampu untuk mengungkapkan perasaannya sebagai (usaha untuk mempertahankan hak-haknya).

Adapun respon Maladaptif :

a. Agresif

Perilaku yang menyertai rasa marah dan merupakan dorongan mental untuk bertindak (dapat konstruktif/destruktif) dan masih terkontrol.

b. Amuk

Merupakan respon terhadap kemarahan yang maladaptif ditandai dengan perasaan marah meluap-luap dan hostilitas yang kuat disertai hilangnya kontrol diri yang dapat merusak diri, orang lain dan lingkungan.

3. Etiologi

Menurut Yosep (2007) faktor penyebab perilaku kekerasan meliputi faktor predisposisi. Faktor predisposisi terjadinya masalah perilaku kekerasan adalah faktor biologis, psikologis, sosial budaya, dan presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Psikologis

a) *Psychoanalytical Theory*

Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives

b) *Frustration-aggression Theory*

Teori dikembangkan oleh pengikut Freud yang mengatakan bahwa bila usaha seseorang mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi

perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebutkan frustrasi.

## 2) Faktor Sosial Budaya

*Social-Learning Theory*, teori yang dikembangkan oleh Bandura (1977) mengemukakan bahwa agresif tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresif saat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya.

## 3) Faktor Biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis. Kerusakan fungsi limbic (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk interpretasi indera penciuman dan memori).

Neurotransmitter yang sering digunakan dengan perilaku agresif : serotonin, dopamine, norepinephrine, acetilkolin, dan asam amino GABA.

Faktor-faktor yang mendukung :

- a) Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan
- b) Sering mengalami kegagalan
- c) Kehidupan yang penuh tindakan agresif
- d) Lingkungan yang tidak kondusif (bising, padat)

#### b. Faktor Presipitasi

Secara umum, seseorang akan berespon dengan marah apabila merasa dirinya terancam. Ancaman tersebut dapat berupa injuri secara psikis, atau lebih dikenal dengan adanya ancaman terhadap diri konsep diri seseorang merasa terancam, maka dia tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Bila dilihat dari sudut perawat-klien, maka faktor yang mencetuskan perilaku kekerasan terbagi dua, yakni :

- 1) Klien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri
- 2) Lingkungan : ribut, kehilangan orang tua, objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

Stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Contoh stressor dari luar antara lain serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain. Sedangkan stressor yang bersal dari dalam adalah putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan rasa cita, ketakutan yang terlalu ribut, padat kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

#### 4. Psikodinamika

Perilaku kekerasan atau amuk dapat disebabkan karena frustrasi, takut, manipulasi atau intimidasi. Perilaku kekerasan merupakan hasil konflik emosional yang belum dapat diselesaikan. Perilaku kekerasan

juga menggambarkan rasa tidak aman, kebutuhan akan perhatian dan ketergantungan pada orang lain.

Perilaku kekerasan juga dapat diartikan sebagai agresif berkaitan dengan trauma pada masa anak-anak saat lapar, kedinginan, basah atau merasa tidak nyaman. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi secara terus menerus, maka ia menampakkan reaksi berupa menangis, kejang, atau kontraksi otot, perubahan ekspresi warna kulit, bahkan mencoba menahan nafasnya (Barry, 1998). Setelah anak bertambah dewasa, maka ia akan menampakkan reaksi yang lebih keras pada saat kebutuhan-kebutuhannya tidak terpenuhi, seperti melempar barang, menjerit, menahan nafas, mencakar, merusak atau bersikap agresif terhadap barang mainannya. Bila *reward* dan *punishment* tidak dijalankan, maka ia cenderung menganggap perbuatan tersebut benar. Kontrol lingkungan seputar anak yang tidak berfungsi dengan baik, menimbulkan reaksi agresi pada anak yang bertambah kuat sampai dewasa. Sehingga bila ia merasa benci dan frustrasi dalam mencapai tujuannya ia akan bertindak agresif. Hal ini akan bertambah apabila ia merasa kehilangan orang-orang yang ia cintai atau orang yang berarti. Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau kepanikan (takut). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai sesuatu rentang, dimana agresif verbal disatu sisi dan kekerasan disisi yang lain.

## 5. Manifestasi Klinis

Gambaran klinis menurut Keliat (2012) adalah :

Muka tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir, bicara kasar, suara tinggi, berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, memaksakan kehendak, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang/benda, tidak mempunyai kemampuan mengontrol perilaku kekerasan.

Tanda dan gejala menurut Iyus Yosep (2009) adalah sebagai berikut :

### a. Fisik

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/pandangan tajam
- 3) Tangan mengepal
- 4) Rahang mengatup
- 5) Postur tubuh kaku
- 6) Jalan mondar-mandir

### b. Verbal

- 1) Bicara kasar
- 2) Suara tinggi, membentak atau berteriak
- 3) Mengancam secara verbal atau fisik
- 4) Mengumpat dengan kata-kata kotor
- 5) Suara keras
- 6) Bicara ketus

c. Perilaku

- 1) Melempar atau memukul benda/orang lain
- 2) Menyerang orang lain
- 3) Melukai diri sendiri/orang lain
- 4) Merusak lingkungan
- 5) Amuk/agresif

d. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

e. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

f. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

g. Spriritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

6. Mekanisme Koping

Menurut Stuart & Laraia (2005), mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain :

- a. Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada objek lain seperti

meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

- b. Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
- c. Represi, yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
- d. Reaksi informasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang terbaik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
- e. *Displacement*, yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang ada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

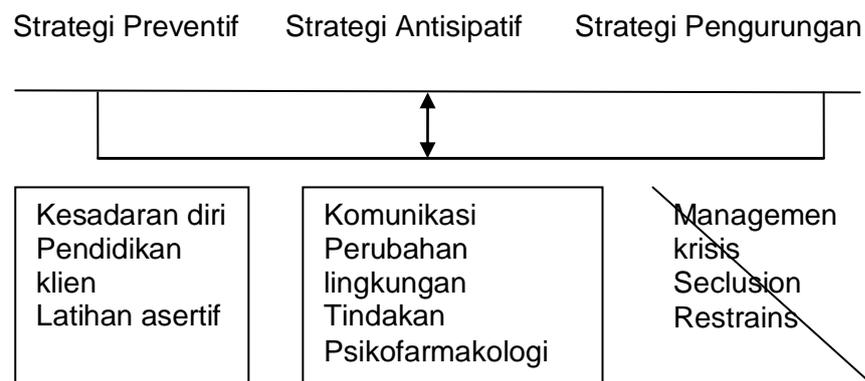
## 7. Sumber Koping

Menurut Stuart & Laraia (2005), sumber koping dapat berupa aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik defensif, dukungan sosial, dan motivasi. Hubungan antar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini. Sumber koping lainnya termasuk kesehatan dan energi, dukungan spiritual, keyakinan positif, keterampilan menyelesaikan masalah dan sosial, sumber daya sosial dan material, dan kesejahteraan fisik.

Keyakinan spiritual dan melihat dari positif dapat berfungsi sebagai dasar harapan dan dapat mempertahankan usaha seseorang mengatasi hal yang paling buruk. Keterampilan pemecahan masalah termasuk kemampuan untuk mencari informasi, mengidentifikasi masalah, menimbang alternatif, dan melaksanakan rencana tindakan. Keterampilan sosial memfasilitasi penyelesaian masalah yang melibatkan orang lain, meningkatkan kemungkinan untuk mendapatkan kerjasama dan dukungan dari orang lain, dan memberikan kontrol sosial individu yang lebih besar. Akhirnya, aset materi berupa barang dan jasa yang bisa dibeli dengan uang. Sumber koping sangat meningkatkan pilihan seseorang mengatasi di hampir semua situasi stress. Pengetahuan dan kecerdasan yang lain dalam menghadapi sumber daya yang memungkinkan orang untuk melihat cara yang berbeda dalam menghadapi stress. Akhirnya, sumber koping juga termasuk kekuatan ego untuk mengidentifikasi jaringan sosial, stabilitas budaya, orientasi pencegahan kesehatan dan konstitusional.

## 8. Penatalaksanaan Umum

Menurut Yosep (2007) perawat dapat mengimplementasikan berbagai cara untuk mencegah dan mengelola perilaku agresif melalui rentang intervensi keperawatan.



Gambar 2.2 : Rentang Intervensi Keperawatan (Yosep, 2007)

Dari gambar tersebut dapat disimpulkan bahwa :

### 1) Strategi Preventif

#### a) Kesadaran diri

Perawat harus terus menerus meningkatkan kesadaran dirinya dan melakukan supervisi dengan memisahkan antara masalah pribadi dan masalah klien

#### b) Pendidikan Klien

Pendidikan yang diberikan mengenai cara berkomunikasi dan cara mengekspresikan marah yang tepat

#### c) Latihan Asertif

Kemampuan dasar interpersonal yang harus dimiliki meliputi :

(1) Berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang

(2) Mengatakan tidak untuk sesuatu yang tidak beralasan

(3) Sanggu melakukan komplain

(4) Mengekspresikan penghargaan dengan tepat

## 2) Strategi Antisipatif

### a) Komunikasi

Strategi berkomunikasi dengan klien perilaku agresif : bersikap tenang, bicara lembut, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dan dengan cara konkret, tunjukkan rasa hormat, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi, fasilitasi pembicaraan klien dan dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan dan jangan buat janji yang tidak bisa ditepati.

### b) Perubahan Lingkungan

Unit perawatan sebaiknya menyediakan berbagai aktivitas seperti : membaca, grup program yang dapat mengurangi perilaku klien yang tidak sesuai dan meningkatkan adaptasi sosialnya.

### c) Tindakan perilaku

Pada dasarnya membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima serta konsekuensi yang didapat bila kontrak dilanggar.

## 3) Strategi Pengurangan

### a) Manajemen Krisis

Bila pada waktu intervensi awal tidak berhasil, maka diperlukan intervensi yang lebih aktif

*b) Seclusion*

Merupakan tindakan keperawatan yang terakhir dengan menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri dan dipisahkan dengan pasien lain.

*c) Restraints*

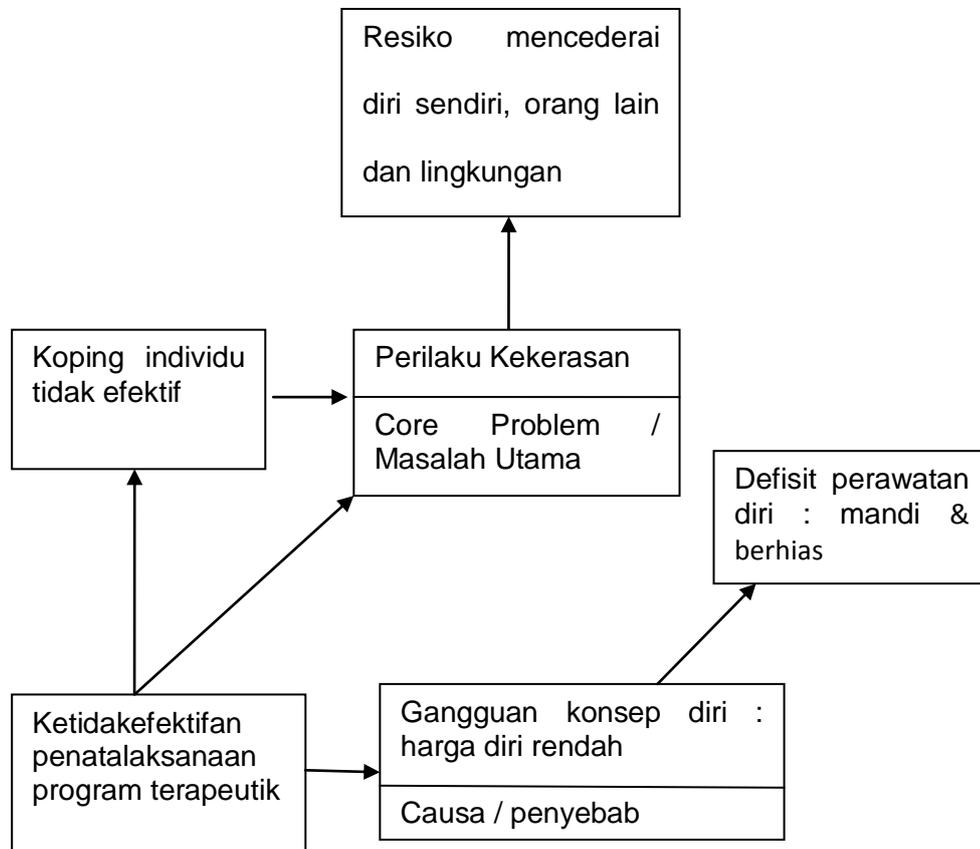
Restraints adalah pengekangan fisik dengan menggunakan alat manual untuk membatasi gerakan fisik pasien menggunakan manset, sprei pengekang.

9. Masalah Keperawatan

Menurut (Keliat, 2005) masalah keperawatan yang sering muncul pada perilaku kekerasan, adalah :

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

## 10. Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon Masalah (Keliat, 2005)

## 11. Diagnosa Keperawatan

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

## 12. Fokus Intervensi

Tabel 2.1

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Pasien	Keluarga
Resiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x pertemuan pasien diharapkan dapat : 1. Mengidentifikasi penyebab dan tanda resiko perilaku kekerasan 2. Menyebutkan jenis resiko perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 3. Menyebutkan akibat dari resiko perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan 5. Mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara : - Fisik - Sosial/Verbal - Spiritual - Terapi psikofarmako	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala akibat PK</li> <li>2. Jelaskan cara mengontrol PK : Fisik, Obat, Verbal, Spiritual</li> <li>3. Latihan cara mengontrol PK secara fisik, tarik nafas dan pukul kasur dan bantal</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik</li> </ol> <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</li> </ol>	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah-masalah yang dirasakan dalam merawat pasien</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya PK (gunakan booklet)</li> <li>3. Jelaskan cara merawat PK</li> <li>4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ol> <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik. Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat</li> <li>3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ol>

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Pasien	Keluarga
		<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik minum obat dan verbal</li> </ol>	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberikan obat. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara membimbing: cara bicara yang baik</li> <li>3. Latih cara membimbing : kegiatan spiritual</li> </ol>
		<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan minum obat dan verbal. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual</li> </ol>	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien cara fisik, memberikan obat, spiritual. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKH tanda kambuh, rujukan</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ol>
		<p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1,2 dan minum obat dan verbal dan spiritual. Beri pujian</li> <li>2. Nilai kemampuan yang telah mandiri</li> <li>3. Nilai apakah PK terkontrol</li> </ol>	<p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik, memberikan obat, cara bicara yang baik dan kegiatan spiritual dan follow up. Beri pujian</li> </ol>

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Pasien	Keluarga
			2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM
Defisit perawatan diri	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x pertemuan diharapkan pasien mampu : 1. Menjaga kebersihan diri 2. Berdandan / berhias 3. Makan 4. BAB / BAK 5. Mampu melakukan cara merawat diri	SP 1 1. Identifikasi masalah perawatan diri: kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAK/BAB 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri 3. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri 4. Latih cara menjaga kebersihan diri: mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku. 5. 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 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan	SP 1 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda % gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet) 3. Jelaskan cara merawat defisit perawatan diri 4. Latih dua cara merawat: kebersihan diri dan berdandan 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian  SP 2 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Pasien	Keluarga
		3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri: sisiran, rias muka untuk perempuan; sisiran, cukuran untuk pria.	2. Latih dua (yang lain) cara merawat: makan/minum, BAB/BAK 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
		SP 3 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum 3. Latih cara makan dan minum yang baik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan dan makan dan minum yang baik	SP 3 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian 2. Bimbing keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan dan makan & minum pasien 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian
		SP 4 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan & minum. Beri pujian 2. Jelaskan cara BAB dan BAK yang baik 3. Latih BAB dan BAK yang baik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan & minum	SP 4 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan & minum. Beri pujian 2. Bimbing keluarga merawat BAB dan BAK pasien 3. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Pasien	Keluarga
			4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
		SP 5 1. Evaluasi kegiatan latihan perawatan diri: kebersihan diri, berdandan, makan & minum, BAB & BAK. Beri pujian 2. Latih kegiatan harian 3. Nilai kemampuan yang telah mandiri 4. Nilai apakah perawatan diri telah baik	SP 5 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien dalam perawatan diri: kebersihan diri, berdandan, makan & minum, BAB & BAK. Beri pujian 2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM
Harga rendah	diri Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 6x pertemuan diharapkan pasien dapat melakukan kegiatan dengan kriteria hasil : 1. Mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif 2. Membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini 3. Mengevaluasi kegiatan yang telah dilakukan	SP 1 1. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan) 2. Bantu pasien membagi kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) : buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini	SP 1 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya harga diri rendah (booklet) 3. Diskusikan kemampuan atas aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit

	<p>3. Bantu pasien dalam memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih</p>	
	<p>4. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya )  5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari.</p>	<p>4. Jelaskan cara merawat harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal yang positif pada pasien  5. Latih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan pertama yang dipilih pasien : bimbing dan beri pujian  6. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>
<p>SP 2</p> <p>1. Evaluasi kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian  2. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih  3. Latih kegiatan kedua (alat dan cara)  4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan : dua kegiatan</p>		<p>SP 2</p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama yang dipilih dan dilatih pasien. Beri pujian  2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan harian yang dipilih pasien  3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p>

Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	
		Pasien	Keluarga
		SP 3 1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua dan berikan pujian 2. Bantu pasien memiliki kegiatan ketiga yang akan dilatih 3. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan : tiga kegiatan masing-masing dua kali per hari	SP 3 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua dan ketiga. Beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih 3. Jelaskan follow up RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukkan 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
		SP 4 1. Evaluasi kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian 2. Bantu pasien memiliki kegiatan keempat yang akan dilatih 3. Latih kegiatan keempat (alat dan cara)	