

BAB II

KONSEP DASAR MASALAH

A. Pengertian

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami gangguan sensori persepsi, merasakan persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti & Iskandar, 2012). Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak dapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, dan pengecapan (Yosep & Sutini, 2016).

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi dan sebagai contoh klien mendengar suara padahal pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata, ada yang berbicara (Kusumawati & Hartono, 2010). Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi paling identik dengan skizofrenia. Dari seluruh klien skizofrenia 70% diantaranya mengalami halusinasi (Azizah *et al*, 2016). Halusinasi adalah gangguan sensori persepsi dari suatu objek tanpa adanya

rangsangan dari luar, gangguan sensori persepsi ini meliputi seluruh panca indra (Yusuf *et al*, 2015).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu keadaan dimana individu mengalami gangguan dalam mempersepsikan sesuatu, gangguan ini terjadi pada system panca indra, penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Individu merasakan sesuatu yang mengganguya padahal tanpa rangsangan dari luar.

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Etiologi

Penyebab munculnya halusinasi ada 2 yaitu (Yusuf, 2015) :

a. Faktor predisposisi

1.) Faktor perkembangan

Faktor perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

2.) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat

diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

3.) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

4.) Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventrikel, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

5.) Faktor genetic

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

b. Faktor presipitasi

1.) Stressor Sosial Budaya

Stress dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang

penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

2.) Faktor Biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamine, norepinefrin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

3.) Faktor psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

4.) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

2. Fase halusinasi meliputi 4 fase antara lain (Sutejo, 2019) :

a. Fase pertama

Disebut juga dengan fase *comforting* atau ansietas sedang yaitu halusinasi merupakan suatu kesenangan.

1.) Karakteristik : mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah, ketakutan, mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas, pikiran dan

pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika ansietas dikontrol).

2.) Perilaku klien : tersenyum, menggerakkan bibir tanpa suara, menggerakkan mata dengan cepat, respons verbal yang lambat, diam dan konsentrasi.

b. Fase kedua

Disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menyebabkan rasa antipasti. Termasuk non psikotik.

1.) Karakteristik : pengalaman sensori menakutkan, mulai merasa kehilangan kontrol, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, menarik diri dari orang lain.

2.) Perilaku klien : peningkatan sistem saraf otak, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah, rentang perhatian menyempit, konsentrasi dengan pengalaman sensori, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.

c. Fase ketiga

Disebut dengan fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi. Termasuk dalam gangguan psikotik.

- 1.) Karakteristik : klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya, isi halusinasi menjadi atraktif, kesepian bila pengalaman sensori berakhir.
- 2.) Perilaku klien : perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, gejala fisik ansietas berat berkeringat, tremor dan tidak mampu mengikuti perintah.

d. Fase keempat

Disebut dengan fase *conquering* atau ansietas panik yaitu klien diatur dan dipengaruhi oleh waham. Termasuk dalam gangguan psikotik.

- 1.) Karakteristik : pengalaman sensori menjadi ancaman, halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari.
- 2.) Perilaku klien : perilaku panik, berpotensi untuk membunuh atau bunuh diri, tindakan kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonia, tidak mampu merespons perintah yang kompleks, tidak mampu merespons terhadap lebih dari satu orang.

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala halusinasi menurut Sutejo (2017), dapat dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Adapun tanda dan gejala pada pasien halusinasi adalah :

- a. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien atau keluarga dengan gangguan sensori halusinasi mengatakan bahwa dirinya :
 - 1.) Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
 - 2.) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
 - 3.) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
 - 4.) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
 - 5.) Mencium bau-bauan busuk ataupun wangi seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
 - 6.) Merasakan rasa seperti merasakan makanan atau rasa tertentu yang tidak nyata.
 - 7.) Merasakan sesuatu yang aneh pada tubuhnya seperti yang mengerayap seperti serangga, makhluk halus.
 - 8.) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.
- b. Data objektif adalah data yang didapatkan pada pasien yang tampak secara langsung. Pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal berikut:

- 1.) Bicara atau tertawa sendiri
- 2.) Marah-marah tanpa sebab
- 3.) Mengarahkan telinga menjadi arah tertentu
- 4.) Menutup telinga
- 5.) Menunjuk-nunjuk menjadi arah tertentu
- 6.) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

4. Klasifikasi Halusinasi

Jenis halusinasi dapat dibagi menjadi 5 menurut (Nurhalimah, 2016)

yaitu :

- a. Halusinasi pendengaran (*Auditory- hearing voices or sounds Hallucinations*) adalah halusinasi pendengaran yang dimana pasien merasa ketakutan ataupun senang saat pasien mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- b. Halusinasi penglihatan (*Visual Hallucinations*) adalah halusinasi penglihatan yang dimana pasien merasa ketakutan ataupun senang saat melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- c. Halusinasi pengecapan (*Gustatory Hallucinations*) adalah halusinasi pengecapan yang dimana pasien merasakan makanan atau rasa tertentu yang tidak nyata.

- d. Halusinasi penghidu (*Olfactory Hallucinations*) adalah halusinasi penghirupan yang dimana pasien seperti mencium bau tertentu seperti bau busuk, mayat, anyir darah, feses, atau hal menyenangkan seperti harum parfum atau masakan.
- e. Halusinasi perabaan (*Tactile Hallucinations*) adalah halusinasi perabaan yang dimana pasien merasakan sesuatu yang aneh pada tubuhnya seperti yang mengerayap seperti serangga, makhluk halus atau tangan. Klien merasakan sensasi panas atau dingin bahkan tersengat aliran listrik.

5. Rentang Respon Neurologis Halusinasi

Rentang respon menurut Stuart (2016), adalah :

Respon Adaptif	Respon Psikososial	Respon Maladaptif
Pikiran logis	Distori pikiran	Waham
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi
Emosi konsisten	Emosi tidak stabil	Kerusakan proses pikir
Perilaku sesuai	Perilaku tidak biasa	Perilaku disorganisir
Hubungan sosial	Menarik diri	Isolasi sosial

Gambar 2.1 Rentang Respon Neurologis Halusinasi

a. Respon adaptif

Respon adaptif menurut Stuart (2016) adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku.

Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika

menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif :

- 1.) Pikiran logis adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- 2.) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- 3.) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4.) Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5.) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respon psikososial

Respon psikososial menurut Stuart (2016) meliputi :

- 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 indera.
- 3.) Emosi berlebihan atau berkurang
- 4.) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.

5.) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon maladaptif

Respon maladaptif menurut Stuart (2016) adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

- 1.) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2.) Halusinasi merupakan persepsi sensasi yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3.) Kerusakan proses emosi adalah perubahan suatu yang timbul dari hati.
- 4.) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- 5.) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

6. Komplikasi

Halusinasi dapat menjadi suatu alasan mengapa klien melakukan tindakan perilaku kekerasan karena suara-suara yang memberinya perintah sehingga rentan melakukan perilaku yang tidak adaptif

Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain, komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi, antara lain: resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi sosial (Keliat, 2014).

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Keperawatan

1.) Strategi Pelaksanaan (SP)

SP Pasien

SP I

Mendiskusikan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan respons pasien terhadap halusinasi, melatih pasien mengontrol halusinasi

: menghardik halusinasi, memotivasi pasien memasukkan cara mengontrol dengan menghardik pada jadwal harian.

SP II

Mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan minum obat dan jelaskan benar obat, menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP III

Mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi yaitu dengan cara menghardik dan minum obat, melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan latihan bercakap-cakap dengan orang lain, memotivasi pasien memasukkan jadwal harian.

SP IV

Mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi yaitu dengan cara menghardik, minum obat dan bercakap-cakap melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan kegiatan harian, memotivasi pasien memasukkan dalam jadwal harian.

2.) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus yang terkait dengan pengalaman atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok dan hasil diskusi dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah (Keliat, 2015).

3.) Terapi Psikoreligius

Terapi psikoreligius merupakan suatu pengobatan dalam praktik keperawatan khususnya keperawatan jiwa yang menggunakan pendekatan keagamaan antara lain doa-doa, dzikir, ceramah keagamaan, dan lain-lain untuk

meningkatkan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi beberapa problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial guna peningkatan integrasi (Sumartyawati et al., 2019).

b. Penatalaksanaan Medis

Adapun tindakan penatalaksanaan medis dilakukan dengan berbagai terapi yaitu :

1.) Psikofarmakologis

Obat sangat penting dalam pengobatan skizofrenia, karena obat dapat membantu pasien skizofrenia untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Sehingga pasien skizofrenia harus patuh minum obat secara teratur dan mau mengikuti perawatan (Hafizuddin, 2021).

a) Haloperidol (HLP)

Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.

b) Chlorpromazine (CPZ)

Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol.

c) Trihexiphenidyl (THP)

Obat yang digunakan untuk mengobati semua jenis parkinson dan pengendalian gejala ekstrapiramidal akibat terapi obat.

- 3.) Terapi kejang listrik (*Electro Compulsive Therapy*) adalah perlakuan dengan melakukan serangan pada otak menggunakan listrik. Terapi ini menggunakan aliran listrik melalui elektroda dan dipasang pada kepala sehingga menyebabkan kejang. Hanya aliran ringan yang dibutuhkan untuk menghasilkan serangan otak yang diberikan, karena serangan itu sendiri yang bersifat terapis, bukan aliran listriknya. Tindakan ECT sering dilakukan pada pasien skizofrenia yang tidak menunjukkan perbaikan secara farmakologi, jika tindakan-tindakan ECT menunjukkan perbaikan maka dokter psikiatri dapat melakukan kembali terapi tersebut (Agustina & Sihaloho, 2022).

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori : halusinasi menurut Nurhalimah (2018) meliputi :

- a. Gangguan sensori persepsi : Halusinasi
- b. Harga Diri Rendah
- c. Resiko perilaku kekerasan

D. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tabel 2.1 Rencana Tindakan Gangguan sensori persepsi : Halusinasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan sensori persepsi : Halusinasi penglihatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan : 1. Pasien mampu mengontrol halusinasinya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengidentifikasi isi halusinasi 2. Pasien mampu mengidentifikasi jenis halusinasi 3. Pasien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasi 4. Pasien mampu mengidentifikasi waktu terjadinya halusinasi 5. Pasien mampu mengidentifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi 6. Pasien mampu mengidentifikasi respon terhadap halusinasinya 	<p>SPI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi isi halusinasi 2. Identifikasi jenis halusinasi 3. Identifikasi frekuensi halusinasi 4. Identifikasi waktu terjadinya halusinasi 5. Identifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi 6. Identifikasi respon terhadap halusinasi 7. Jelaskan dan ajarkan cara mengontrol halusinasi : Menghardik 8. Masukkan kedalam jadwal kegiatan pasien SP <p>II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat jelaskan 6 benar minum obat : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat. 3. Masukkan kedalam jadwal kegiatan untuk menghardik dan minum obat

Rencana Tindakan Gangguan sensori persepsi : Halusinasi (Lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat,beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap cakap 3. Masukkan kedalam jadwal kegiatan menghardik,minum obat dan bercakap cakap <p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menhardik,minum obat dan bercakap cakap,beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian 3. Masukkan kedalam jadwal kegiatan menghardik,minum obat,bercakap cakap dan kegiatan harian.

Tabel 2.3 Rencana Tindakan Harga Diri Rendah

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Harga Diri Rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat meningkatkan harga dirinya 2. Pasien mampu melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengidentifikasi pandangan/penilaian tentang diri sendiri dan pengaruh terhadap hubungan dengan orang lain, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi 2. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan melakukan kegiatan 3. Pasien mampu mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki (buat daftar kegiatan) 4. Pasien mampu melakukan latihan kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) 	SP I <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pandangan/penilaian tentang diri sendiri dan pengaruh terhadap hubungan dengan orang lain, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi 2. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif klien (bust daftar kegiatan) 3. Bantu klien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih 4. Latih kegiatan yang dipilih (alat cara melakukannya) 5. Masukkan pada jadwal kegiatan harian SP II <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pertama yang telah dilatih, beri pujian 2. Bantu klien memilih kegiatan yang kedua yang akan dilatih

Rencana Tindakan Harga Diri Rendah (Lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>1. Masukkan kedalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</p> <p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi latihan fisik dan minum obat, beri pujian 2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan baik dan benar) 3. Masukkan kedalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal <p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi latihan fisik, minum obat, dan verbal, beri pujian 2. Latih cara mengontrol PK dengan spiritual 3. Masukkan kedalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual

Tabel 2.5 Rencana Tindakan Resiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan 2. Pasien tidak menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab PK 2. Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala PK 3. Pasien mampu mengidentifikasi akibat PK yang dilakukan 4. Pasien mampu mendengarkan penjelasan cara mengontrol PK dengan : Latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual 5. Pasien mampu Latihan secara fisik : Tarik nafas dalam dan pukul bantal 	<p>SP I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab PK, tanda dan gejala PK, dan akibat dari PK yang dilakukan 2. Jelaskan cara cara mengontrol PK : Latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual 3. Latih cara mengontrol PK dengan Latihan fisik : Tarik nafas dalam dan pukul bantal 4. Masukkan kedalam jadwal kegiatan Latihan fisik <p>SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Evaluasi latihan fisik : Tarik nafas dalam dan pukul bantal, beri pujian 3. Latih cara mengontrol PK dengan minum obat jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuits minum obat

Rencana Tindakan Resiko Perilaku Kekerasan (Lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>4. Masukkan kedalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</p> <p>SP III</p> <p>4. Evaluasi latihan fisik dan minum obat, beri pujian</p> <p>5. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan baik dan benar)</p> <p>6. Masukkan kedalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal</p> <p>SP IV</p> <p>4. Evaluasi latihan fisik, minum obat, dan verbal, beri pujian</p> <p>5. Latih cara mengontrol PK dengan spiritual</p> <p>6. Masukkan kedalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual</p>