

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Skizofrenia**

##### **1. Pengertian**

Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang melibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, kesulitan dalam memperoleh informasi dan hubungan interpersonal serta kesulitan dalam memecahkan masalah (Stuart, 2006).

Sedangkan (Videbeck, 2008) Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu

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)

##### **2. Etiologi**

Gangguan skizofrenia dapat terjadi karena beberapa hal antara lain :

- 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 (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. Manifestasi klinis

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

#### a. Gejala positif dapat berupa sebagai berikut :

- 1) Waham merupakan keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran)
- 2) Halusinasi merupakan gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, dan perabaan)
- 3) Perubahan arus pikir dapat berupa sebagai berikut :
  - a) Arus pikir terputus yaitu dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan
  - b) Inkoheren yaitu berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (berbicara kacau).
  - c) Neologisme yaitu menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- 4) Perubahan perilaku
  - a) Hiperaktif merupakan perilaku motorik yang berlebihan
  - b) Agitasi merupakan perilaku yang menunjukkan kegelisahan
  - c) Iritabilitas merupakan perasaan mudah tersinggung.

b. Gejala negatif dapat berupa sebagai berikut :

- 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 (keliat, 2011)

#### 4. Jenis Skizofrenia

Jenis-jenis skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa antara lain :

##### a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan kecurigaan ekstrem 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, cekikian yang tidak pada tempatnya, wajah menyeringai, dan menarik diri total. Komunikasi selalu inkoheren.

##### c. Skizofrenia Katatonik

Dimanifestasikan dalam bentuk stupor (retardasi psikomotor, mutisme, *waxy-flexibility* (posturing), negativisme dan rigiditas) atau kegaduhan (agitasi psikomotor ekstrem, mengakibatkan kelelahan atau kecenderungan menciderai 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 episode skizofrenia dengan gejala psikosis menonjol.

e. 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.

f. Skizofrenia simplex

Gejala utamanya adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan (Townsend, 2009)

5. Fase Skizofrenia

Menurut (Keliat, 2011) Fase skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu :

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

6. Test Diagnostik

a. Ct-Scan

Dapat menunjukkan struktur abnormalitas otak pada beberapa kasus skizofrenik (misal Atrofi labus temporal); pembesaran ventrikel

dengan rasio ventrikel-otak meningkat yang dapat dihubungkan dengan derajat gejala yang dapat dilihat.

b. Pemindaian PET (Positron Emission Tomography)

Mengukur aktivitas metabolik dari arena spesifik otak dan dapat menyatakan aktivitas metabolik yang rendah dari lobus frontal, terutama pada area prefrontal dari konteks serebral

c. RCBF (Regional Cerebral Blood Flow)

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

d. BEAM (Brain Electrical Activity Mapping)

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

e. ASI (addiction Serenity Indeks)

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

7. Penatalaksanaan

Obat-obatan untuk pasien skizofrenia yang umum digunakan adalah klopromazine (sediaan: klopromazine tablet 25 mg, 100 mg, injeksi: 25 mg/ml), haloperidol (sediaan: haloperidol tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg, injeksi: 5 mg/ml), heksifenidil (sediaan: tablet 2 mg).

a. Pengobatan pada fase akut:

1) Dalam keadaan akut yang disertai agitasi dan hiperaktif, berikan injeksi.

a) Haloperidol 3x5 mg (tiap 8 jam) intramuskular.

- b) Klopromazin 25 - 50 mg diberikan intramuskular yang dalam, setiap 6 - 8 jam sampai keadaan akut teratasi.
  - c) Kombinasi haloperidol 5 mg IM, kemudian diazepam 10 mg IM dengan interval 1 - 2 menit. Dengan kombinasi ini, jarang dibutuhkan suntikan kedua.
- 2) Dalam keadaan ini tidak agitasi dan tidak hiperaktif, berikan tablet.
- a) Haloperidol 2 × 1,5 – 2,5 mg sehari.
  - b) Klopromazin 2 × 100 mg sehari.
  - c) Triheksifenidil 2 × 2 mg sehari.
- b. Pengobatan fase kronis:
- 1) Berikan obat pada bentuk tablet.
    - a) Haloperidol 2 × 0,5 – 1 mg sehari.
    - b) Klopromazin 1 × 50 mg sehari (malam).
    - c) Triheksifenidil 1 – 2 × 2 mg sehari.
  - 2) Tingkatkan perlahan – lahan, berikan kesempatan obat untuk bekerja, dan lakukan tindakan perawatan dan pendidikan kesehatan.
  - 3) Dosis maksimal: haloperidol 40 mg, sehari (tablet) dan klopromazin 600 mg sehari dalam bentuk tablet.

## B. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengertian

Persepsi adalah proses diterimanya rangsang sampai rangsang tersebut disadari dan dimengerti penginderaan / sensasi. Perubahan persepsi: ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara

rangsang yang timbul dari sumber internal (pikiran, perasaan) dan stimulus eksternal. Selain itu, persepsi adalah daya mengenal barang, kualitas atau hubungan serta perbedaan antara hal ini melalui proses mengamati, mengetahui dan mengartikan setelah panca inderanya mendapatkan rangsang. Jadi persepsi dapat terganggu oleh gangguan otak, seperti kerusakan otak, keracunan, dan oleh gangguan jiwa (Trimelia, 2011:2). Trimelia mengartikan Halusinasi adalah perubahan persepsi yang dapat timbul pada klien skizofrenia, psikosa, pada sindroma otak organik, epilepsi, nerosa, histerik, intoksikasi atropin atau kecubung dan zat halusisogenik.

Halusinasi adalah persepsi yang salah satu atau palsu tetapi tidak ada rangsang yang menimbulkan atau tidak ada objek (Drs Sunaryo dalam buku Ermawati)

Halusinasi adalah pencerapan tanpa adanya rangsang apapun pada panca indra, dan terjadi dalam keadaan sadar atau bangun. Dasarnya mungkin organik, fungsional, psikotik, ataupun histerik (Maramis, 2009).

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsang internal (pikiran) dan rangsang eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsang yang nyata (Kusumawati, 2011 : 107)

Halusinasi adalah salah satu gejala persepsi sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Klien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghidu tanpa stimulus nyata. (Keliat, 2011: 147).

## 2. Etiologi

Etiologi halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi (Deden Dermawan Rusdi, 2013):

### a. Dimensi fisik

Halusinasi dapat meliputi kelima indera, tapi yang paling sering ditentukan adalah halusinasi pendengaran, halusinasi dapat ditimbulkan dari beberapa kondisi seperti kelelahan yang luar biasa. Penggunaan obat-obatan demam tinggi hingga terjadi delirium intoksikasi, alkohol, dan kesulitan-kesulitan untuk tidur dan dalam jangka waktu yang lama.

### b. Dimensi emosional

Terjadi halusinasi karena ada perasaan cemas yang berlebihan yang tidak dapat diatasi. Isi halusinasi : perintah memaksa dan menakutkan → tidak dapat dikontrol dan menentang. Sehingga menyebabkan klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

### c. Dimensi intelektual

Penunjukkan penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha ego sendiri melawan impuls yang menekan menimbulkan kewaspadaan mengontrol perilaku dan mengambil seluruh perhatian klien.

### d. Dimensi sosial

Halusinasi dapat disebabkan oleh hubungan interpersonal yang tidak memuaskan sehingga koping yang digunakan untuk menurunkan kecemasan akibat hilangnya kontrol terhadap diri,





Adalah respon yang dapat diterima oleh 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 ini antara lain :

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

b. Respon neurobiologis border line

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

c. Respon neurobiologis maladaptive

Adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptive ini meliputi :

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walau tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah satu persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur
- 5) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai sesuatu kecelakaan yang negative mengancam. (Stuart, 2007) dalam Ernawati, Dkk. 2009)

#### 4. Tipe Diagnostik

Menurut Kusumawati 2010 :

##### a. Halusinasi pendengaran

Mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, di mana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara klien kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.

##### b. Halusinasi penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penghidu

Membau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, farfum, atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang atau dimensia.

d. Halusinasi Perabaan

Merasa mengalami nyeri, rasa kesertrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

e. Halusinasi Pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses atau yang lainnya

f. Halusinasi Kinestetik

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

5. Fase Halusinasi

Menurut Kusumawati (2010 ), ada empat fase yaitu:

a. Fase pertama

Disebut juga dengan *fase comforting* yaitu fase menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik.

1) Karakteristik :

a) Klien mengalami stess, cemas, perasan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan.

b) Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

2) Perilaku klien :

a) Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai.

b) Menggerakkan bibir tanpa suara.

- c) Pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

b. Fase Kedua

Disebut dengan *fase condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan. Termasuk dalam psikotik ringan.

1) Karakteristik :

- a) Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan
- b) Kecemasan meningkat, melamun, dan berpikir sendiri jadi dominan
- c) Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas
- d) Klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.

2) Perilaku Klien :

- a) Meningkatkan tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah
- b) Klien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

c. Fase ketiga

Adalah *fase Controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik.

1) Karakteristik :

- a) Bisikan, bayangan, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien.
- b) Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

2) Perilaku klien :

- a) Kemauan dikendalikan halusinasi

- b) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik
- c) Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah
- d. Fase Keempat

Adalah *fase conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat.

1) Karakteristik

- a) Halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien.
- b) Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain.

2) Perilaku klien :

- a) Perilaku teror akibat panik
- b) Potensi bunuh diri
- c) Perilaku kekerasan, menarik diri atau katatonik
- d) Tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.
- e)

6. Psikodinamika

Psikodinamika menurut Sunaryo, 2004 dalam (Ermawati, 2009)

a. Faktor predisposisi

Adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress, diperoleh baik dari klien maupun keluarga, mengenal faktor perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologi dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang

dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Menurut (Yosep, 2009:208) faktor predisposisi terjadinya halusinasi adalah :

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (unwanted child) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusiogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimetytranferase (DMP). Akibat stress yang berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamin.

4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil study menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya (Erlinafsiah, 2010).

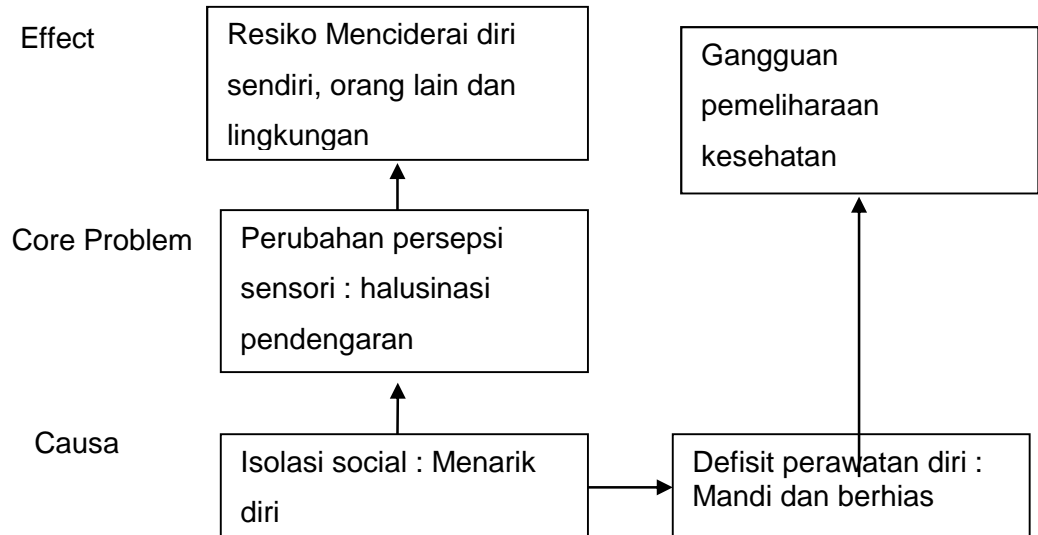
c. Mekanisme koping, menurut Ermawati, 2009

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologi termasuk :

- 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, keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi)
- 3) Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindar 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.



## 7. Pohon Masalah



Tabel 2.1. Pohon Masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran  
(Keliat : 2005)

## 8. Diagnosa keperawatan yang muncul

- a. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
- b. Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- c. Isolasi social : menarik diri
- d. Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis
- e. Defisit perawatan diri : mandi dan berhias

### 3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan klien dapat : Mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil : 1) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan obat (6 benar jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) 3) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 4) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan kegiatan harian	SP 1 : 1. Identifikasi halusinasi : Isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi, pencetus, perasaan respon. 2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan 3. Latih cara menghardik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik SP 2 : 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 jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat. SP 3 : 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, dan minum obat beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukkan pada jadwal kegiatan latihan menghardik,

---

		minum obat, dan bercakap-cakap.
		SP 4:
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat dan bercakap-cakap dan kegiatan harian, beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan, menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan kegiatan harian</li> </ol>
		SP 5:
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat dan bercakap-cakap dan kegiatan harian, beri pujian.</li> <li>2. Latihan kegiatan harian</li> <li>3. Nilai kemampuan yang telah mandiri</li> <li>4. Nilai apakah halusinasi terkontrol.</li> </ol>
Resiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x pertemuan di harapkan klien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :	SP 1 :
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik : tarik nafas dalam, dan pukul bantal.</li> <li>2) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara minum obat</li> <li>3) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara verbal : meminta,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi Penyebab, tanda, gejala, pk yang dilakukan, akibat perilaku kekerasan</li> <li>2. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan : fisik, minum obat, verbal, spiritual.</li> <li>3. Cara mengontrol secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik</li> </ol>
		SP 2:
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan fisik beri pujian</li> </ol>

---

- menolak, meminta secara baik.  
4) Klien mampu mengontrol kekerasan dengan spiritual.

perilaku

2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat.
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.

SP 3 :

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat beri pujian
2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (menolak, dengan benar)
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal.

SP 4:

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat, verbal, dan beri pujian
2. Latih cara mengontrol spiritual
3. Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual

SP 5 :

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat, verbal, spiritual, beri pujian
2. Nilai kemampuan telah mandiri
3. Nilai apakah perilaku kekerasan terkontrol.

SP 1 :

1. Mengidentifikasi penyebab isolasi social, 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 klien lain, tamu dan perawat.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x pertemuan diharapkan klien dapat :

Melakukan sosialisasi dengan kriteria hasil :

- Isolasi sosial: 1) Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial : siapa yang serumah, siapa yang dekat,

menarik diri

- dan siapa sebabnya.
- 2) Keuntungan punya teman dan bercakap-cakap
  - 3) Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap
  - 4) Berkenalan dengan klien lain, tamu, perawat
  - 5) Berbicara saat melakukan kegiatan harian
  - 6) Dapat meminta sesuatu, menjawab pertanyaan

5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan  
SP 2 :

1. Evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang) beri pujian
2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang klien, perawat, berbicara saat melakukan kegiatan harian.

SP 3:

1. Evaluasi kegiatan harian berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian, beri pujian
2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian ( 2 kegiatan baru)
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang berbicara saat kegiatan.

SP 4 :

1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan empat kegiatan harian, beri pujian.
2. Latih cara berbicara sosial meminta sesuatu, menjawab pertanyaan
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan > 5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.

SP 5 :

1. Evaluasi kegiatan berkenalan saat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi
  2. Latih kegiatan harian
  3. Nilai kemampuan yang telah mandiri
  4. Nilai apakah isolasi sosial teratasi.
-

