

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR MEDIK**

#### **A. Pengertian**

Menurut Wulandari & Pardede (2020) Halusinasi adalah salah satu gejala umum yang ditemukan pada klien yang menderita gangguan jiwa, halusinasi atau bisa disebut juga skizofrenia. Skizofrenia adalah gejala dimana klien menjadi ada sesuatu yang tidak terjadi atau abstrak, yang dapat berupa suara keras atau berdengung, namun yang sering dijumpai berupa kata-kata yang tidak jelas, samar, dan tidak berbentuk dalam suatu kalimat yang sempurna.

Halusinasi merupakan distorsi kognitif palsu yang terjadi dalam respon neurobiologis maladaptif, dan klien justru mengalami distorsi sensorik sebagai hal yang nyata dan menanggapi. Salah satu halusinasi yang umum terjadi yaitu halusinasi pendengaran. Hal ini dapat diartikan sebagai gangguan yang dapat mendengar suara berbicara, mengejek, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu, dan sebagainya (pratiwi dini novi dkk, 2024).

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah dan tidak terkait dengan rangsangan eksternal yang nyata. Klien akan sulit membedakan apakah rangsangan yang timbul berasal dari interna (pikiran atau perasaan) atau dari stimulus eksternal. Keadaan ini mungkin melibatkan salah satu dari panca indera. Halusinasi biasanya terjadi pada klien dengan gangguan terkait zat, skizofrenia dan gangguan manik (Wenny, 2023).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu keadaan dimana individu mengalami gangguan dalam mempresepsikan sesuatu, gangguan ini terjadi pada sistem panca indra, pengelihatn, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Individu merasakan sesuatu yang menggangunya pada hal tanpa rangsangan dari luar.

## **B. Proses Terjadinya Masalah**

### **1. Presipitasi dan Predisposisi**

Menurut Wenny ( 2023) Halusinasi disebabkan oleh dua jenis faktor yaitu faktor prediposisi dan faktor presipitasi.

#### **1. Faktor Prediposisi**

##### **(a) Faktor Perkembangan**

Klien yang mengalami perkembangan yang terganggu, contohnya klien yang kurang bisa mengontrol emosi dan keharmonisan dalam berkeluarga, akan menyebabkan klien tidak mampu menjadi mandiri sejak kecil. Hal ini akan mudah membuat klien frustasi dan kehilangan kepercayaan dirinya.

##### **(b) Faktor Sosiokultural**

Seseorang yang tidak merasa diterima di lingkungannya sejak kecil akan mempengaruhinya hingga dewasa dan merasa tersisih, kesepian dan curiga terhadap orang-orang di sekitarnya.

(c) Faktor Biokimia

Ketika seseorang mengalami stres yang berlebihan, suatu zat diproduksi di dalam tubuh, yang dapat berupa zat halusinogenik neurokimia dan metiltransferase, yang menyebabkan ketidakseimbangan asetilkolin dan dopamine.

(d) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab, mudah jatuh ke dalam kecanduan obat adaptif. Klien lebih menginginkan kesenangan sesaat dan pelarian dari dunia nyata ke dunia fantasi.

(e) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor keluarga memiliki hubungan yang sangat berpengaruh terhadap kelainan persepsi ini.

2. Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi:

(a) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat timbul pada kondisi fisik yang mengalami kelelahan yang luar biasa, konsumsi obat-obatan tertentu, demam, delirium, intoksikasi minuman beralkohol serta gangguan tidur dalam jangka waktu yang lama.

(b) Dimensi Emosional

Klien merasakan kecemasan yang berlebihan atas dasar masalah yang tidak dapat diatasi dapat menyebabkan terjadinya halusinasi. Halusinasi ini dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien terkadang tidak sanggup lagi menentang perintah dari halusinasi tersebut sehingga klien berbuat sesuatu untuk menghadapi ketakutan tersebut.

(c) Dimensi Intelektual

Pada dimensi intelektual ini akan merangsang klien dengan halusinasi memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Halusinasi pada awalnya adalah upaya ego sendiri untuk melawan implus represif, tetapi itu adalah sesuatu yang meningkatkan kewaspadaan, yang dapat mengambil alih seluruh perhatian klien dan sering kali akan mengontrol seluruh perilaku klien.

(d) Dimensi Sosial

Klien merasa kehidupan di dunia nyata sangat berbahaya. Klien sangat menikmati halusinasinya seolah-olah sebagai tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, pengendalian diri dan harga diri yang tidak terpenuhi di dunia nyata. Individu menggunakan kandungan halusinasi sebagai sistem kontrol sehingga ketika perintah halusinasi berupa ancaman, orang atau orang lain akan mencarinya.

Oleh karena itu, aspek penting intervensi keperawatan klien harus mengupayakan proses interaktif yang menciptakan pengalaman interpersonal yang memuaskan dan memungkinkan klien untuk menyendiri, sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak berlangsung.

(e) Dimensi Spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas yang tidak masuk akal, kehilangan aktivitas ibadah, dan jarang upaya penyucian diri secara spiritual. Dia sering mengutuk nasib, tetapi lemah ketika mencoba mengumpulkan harta, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang membuat nasibnya semakin buruk.

## **2. Manifestasi Klinik**

Menurut Wenny, (2023) halusinasi merupakan salah satu masalah keperawatan jiwa yang banyak ditemui pada klien gangguan jiwa.

Jenis-jenis halusinasi adalah:

1) Halusinasi Visual/ Optik

Persepsi penglihatan yang keliru yang dapat berupa bentuk yang jelas (orang, binatang, atau barang lain yang dikenal) dan bentuk tidak jelas (sinar, kilatan, atau cahaya). Keadaan ini sering terjadi pada gangguan medis umum.

2) Halusinasi Auditorik/ Akustik

Persepsi pendengaran yang keliru yang biasanya berupa mendengar, suara manusia, hewan, music atau mesin. Keadaan ini sering ditemukan pada gangguan psikiatri.

3) Halusinasi Olfaktorik

Persepsi penciuman yang keliru berupa mencium suatu bau dan sering pada gangguan medis umum.

4) Halusinasi Gustatorik

Persepsi pengecapan yang keliru berupa rasa mengecap sesuatu. Salah satu contohnya seperti rasa yang tidak enak pada gejala awal dari kejang dan keadaan ini sering terjadi pada gangguan medis umum.

5) Halusinasi Taktil

Persepsi perabaan yang keliru seperti merasa diraba, ditiup, disinari atau sensasi sesuatu (misal serangga) yang merayap di bawah kulit (*formication*).

6) Halusinasi Somantik

Persepsi keliru yang terjadi pada atau di dalam tubuh dan sering menyangkut organ internal (dikenal sebagai *cenesthesis hallucination*).

7) Halusinasi Liliput

Persepsi keliru yang mengakibatkan objek terlihat lebih kecil (*micropsia*).

8) Presepsi Hipnogogik

Presepsi sensorik keliru yang terjadi ketika mulai jatuh tidur.

Keadaan ini ada kalanya terjadi pada organ normal.

9) Halusinasi Hipnipompik

Persepsi sensorik keliru yang terjadi tepat sebelum seseorang terbangun sepenuhnya dari tidur.

10) Halusinasi Histerik

Halusinasi yang timbul pada keadaan neurosis histerik disebabkan oleh konflik emosional.

### 3. Tahap-tahap Halusinasi

Tahap-tahap halusinasi dimulai dari beberapa tahap, hal ini dapat dipengaruhi oleh keparahan dan respon individu dalam menanggapi adanya rangsangan dari luar. Menurut (Nur Syamsi Norma Lalla & Wiwi Yunita, 2022) halusinasi terjadi melalui beberapa tahap, antara lain:

1) Tahap 1: *Sleep Disorder*

Tahap ini merupakan suatu tahap awal sebelum muncul halusinasi. Individu merasa banyak masalah sehingga ingin menghindari dari orang lain dan lingkungan karena takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah (misal: putus cinta, turun jabatan, bercerai, dipenuhi hutang dan lain-lain). Masalah semakin terasa sulit dihadapi karena berbagai stressor terakumulasi

sedangkan support yang didapatkan kurang dan persepsi masalah sangat buruk. Sehingga akan menyebabkan individu tersebut sulit tidur dan akan terbiasa menghayal. Individu akan menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai upaya pemecahan masalah.

2) Tahap 2: *Comforting*

Pada tahap ini, halusinasi bersifat menyenangkan dan secara umum individu menerimanya dengan sesuatu yang alami. Individu mengalami emosi yang berlanjut, seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa dan ketakutan sehingga individu mencoba untuk memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan dan pada penanganan pikiran untuk mengurangi kecemasan tersebut. Dalam tahap ini, ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya dan halusinasi ini bersifat sementara.

3) Tahap 3: *Condemning*

Di tahap ini, halusinasi bersifat menyalahkan dan sering mendatangi klien. Pengalaman sensori individu menjadi sering datang dan mengalami bias sehingga pengalaman sensori tersebut mulai bersifat menjijikan dan menakutkan. Individu mulai merasa kehilangan kendali, tidak mampu mengontrol dan berusaha untuk menjauhi dirinya dengan objek yang dipersepsikan individu. Individu akan merasa malu karena pengalaman sensorinya tersebut



dan pada akhirnya menarik diri dengan orang lain dengan intensitas waktu yang lama.

4) Tahap 4: *Controlling*

Di tahap ini, halusinasi bersifat mengendalikan, fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan dan pengalaman sensori tersebut menjadi penguasa. Halusinasi menjadi lebih menonjol, menguasai, dan mengontrol individu sehingga mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Hingga akhirnya individu tersebut menjadi tidak berdaya dan menyerah untuk melawan halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Individu mungkin akan mengalami kesepian jika pengalaman sensoria atau halusinasinya tersebut berakhir. Dari sinilah dimulainya fase gangguan psikotik.

5) Tahap 5: *Conquering*

Tahap terakhir ini dimana halusinasi bersifat menaklukkan atau menguasai, halusinasi menjadi lebih rumit dan individu mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Pengalaman sensorinya menjadi terganggu dan halusinasi tersebut berubah menjadi mengancam, memerintah, dan menakutkan apabila tidak mengikuti perintahnya sehingga klien mulai terasa mengancam.

#### 4. Rentang Respon

Menurut Anipah.Azhari, KHosim, (2024) rentang respon halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang termasuk dalam rentang respon neurobiologis. Orang sehat mampu mempersepsi dan menafsirkan rangsangan berdasarkan informasi yang diterima dari panca inderanya. Sebaliknya, penderita skizofrenia yang mengalami halusinasi mengalami gangguan persepsi sensorik, yaitu mereka seolah-olah mampu mempersepsikan rangsangan dengan panca inderanya padahal sebenarnya tidak ada. Kisaran halusinasi digambarkan sebagai berikut.

Tabel 2. 1 Rentang Respon Neurobiologis

Rentang Respon Neurobiologis		
Respon Adaptif	Respon Psikososial	Respon Maladaptif
a. Pikiran logis	a. Kadang proses pikir terganggu	a. Gangguan proses pikir (waham)
b. Persepsi akurat	b. Ilusi	b. Halusinasi
c. Emosi konsisten dengan pengalaman	c. Emosi berlebihan/kurang	c. Kerusakan proses emosi
d. Hubungan sosial harmonis	d. Perilaku tidak biasa	d. Perilaku tidak terorganisir
	e. Menarik diri	e. Isolasi sosial

Keterangan:

##### 1. Respon Adaptif

Respon yang dapat diterima menurut norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain, orang tersebut berada batas normal ketika dihadapkan pada suatu masalah dan mampu menyelesaikannya. Berikut sikap yang melibatkan respon adaptif:

- 1) Pikiran yang logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan

- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman adalah perasaan yang timbul dari pengalaman
- 4) Perilaku sosial adalah tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran

## **2. Respon Psikososial**

Adapun respon psikososial sebagai berikut:

- 1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- 2) Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- 3) Emosi berlebih 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

## **3. Respon Maladaptif**

Respon Maladaptif merupakan respon individu yang dalam menyelesaikan masalah mengakibatkan penyimpangan norma-norma sosial budaya dan lingkungan, Adapun respon maladaptif sebagai berikut:

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak nyata.
- 3) Kerusakan proses emosi yaitu perubahan sesuatu yang timbul dari hati.

- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan sesuatu yang tidak teratur.
- 5) Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai sesuatu kecelakaan yang negative mengancam.

## **5. Komplikasi**

Halusinasi dapat menjadi suatu alasan mengapa klien melakukan tindakan perilaku kekerasan karena suara-suara yang diberinya 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. Menurut (Susetyo et al., 2021) komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan masalah utama gangguan prespsi sensori : halusinasi pendengaran antara lain: resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi sosisal.

## **6. Mekanisme Koping**

Menurut Wenny, (2023) Mekanisme koping adalah perilaku yang merupakan upaya untuk melindungi diri sendiri. Mekanime koping halusinasi diantaranya:

- 1) Regresi

Mekanisme ini merupakan suatu proses untuk menghindari stress dan kecemasan. Pada mekanisme ini klien akan menampilkan perilaku kembali pada perilaku perkembangan anak dalam upaya untuk menanggulangi ansietas.

## 2) Proyeksi

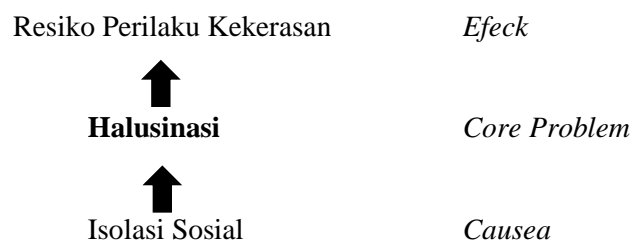
Mekanisme ini memperlihatkan keinginan yang tidak dapat di toleransi. Klien akan mencurahkan emosi pada orang lain dikarenakan kesalahan yang dilakukan diri sendiri. Hal ini dilakukan sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan identitas klien.

## 3) Menarik Diri

Mekanisme ini menampilkan reaksi yang dapat berupa reaksi fisik maupun reaksi psikologis. Reaksi fisiknya seperti klien yang pergi atau lari menghindari sumber stressor. Sedangkan reaksi psikologis seperti klien yang menunjukkan perilaku apatis, tidak berminat, isolasi diri, sering disertai rasa takut dan rasa bermusuhan.

## 7. Pohon Masalah

Menurut Lestari et al.,( 2022) Pohon masalah halusinasi yaitu:



## C. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Isolasi Sosial

## D. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi Pendengaran

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi Pendengaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: 1. Klien mampu mengidentifikasi jenis waktu frekuensi situasi dan respon halusinasi 2. Klien mampu mengontrol halusinasi yang dialami	1. Klien mampu mengidentifikasi jenis halusinasinya. 2. Klien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasinya. 3. Klien mampu mengidentifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi 4. Klien mampu mengidentifikasi respon terhadap halusinasi 5. Klien dapat menerima penjelasan tentang cara mengontrol halusinasi: menghardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan	<b>SP 1:</b> 1. Identifikasi jenis halusinasi 2. Identifikasi halusinasi 3. Identifikasi frekuensi halusinasi 4. Identifikasi waktu terjadinya halusinasi 5. Identifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi 6. Identifikasi respon klien terhadap halusinasi 7. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, obat, bercakap-cakap dan beraktifitas 8. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 9. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik	<b>SP 1:</b> 1. Mewujudkan apa yang diinginkan atau dirasakan klien 2. Upaya mengontrol halusinasi 3. Ketaatan untuk mencegah halusinasi 4. Merupakan tindakan yang dapat mengendalian halusinasi 5. Merupakan tindakan yang dapat mengontrol halusinasi 6. Memberikan pemahaman cara mengontrol halusinasi

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
			<p><b>SP 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian</li> <li>2. Latih mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar obat: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat</li> </ol> <p><b>SP 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan obat</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk Latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</li> </ol>	<p><b>SP 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar klien merasa nyaman dengan diberikan sebuah pujian</li> <li>2. Agar klien mampu mengontrol halusinasi (minum obat dengan 6 benar)</li> <li>3. Agar latihan fisik klien terjadwal</li> </ol> <p><b>SP 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar klien merasa nyaman dengan diberikan sebuah pujian</li> <li>2. Agar klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>3. Agar latihan fisik klien terjadwal</li> </ol>

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
			<p><b>SP 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiata untuk Latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>SP 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar klien merasa nyaman dengan diberikan sebuah pujian</li> <li>2. Agar klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian</li> <li>3. Agar latihan fisik klien terjadwal</li> </ol>



Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: 1. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan 2. Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan	1. Klien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan (RPK) 2. Klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala RPK 3. Klien mampu mengidentifikasi akibat RPK yang dilakukan 4. Klien mampu mendengarkan cara mengontrol RPK: fisik, obat, verbal dan spiritual 5. Klien mau latih secara fisik: Teknik nafas dalam, pukul bantal/Kasur. Klien mau ditambah Latihan mengontrol RPK dengan obat	<b>SP 1:</b> 1. Identifikasi penyebab RPK, tanda dan gejala RPK, yang dilakukan akibat RPK. 2. Jelaskan cara mengontrol RPK (fisik, obat, verbal dan spiritual) 3. Latih mengontrol RPK secara fisik: Tarik nafas dalam dan pukul bantal/Kasur 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik	<b>SP 1:</b> 1. Mengukur mekanisme koping yang dimiliki klien dalam menghadapi masalah RPK 2. Mendeteksi dini dapat mencegah tindakan yang membahayakan 3. Membantu klien melihat dampak yang timbul akibat RPK 4. Tarik nafas dalam untuk mengurangi keinginan klien melakukan RPK 5. Masukkan dalam jadwal kegiatan untuk membiasakan mengontrol RPK

Tabel 2. 6 Intervensi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan (lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
			<p><b>SP 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian</li> <li>2. Latih mengontrol RPK dengan obat (jelaskan 6 benar obat: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</li> </ol> <p><b>SP 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol RPK dengan verbal (3 cara yaitu mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, obat dan verbal</li> </ol>	<p><b>SP 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memotifasi klien untuk teratur minum obat, membantu kesembuhan klien</li> <li>2. Agar klien mampu mengenali obat yang digunakan</li> <li>3. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk membiasakan mengontrol RPK</li> </ol> <p><b>SP 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu merencanakan kegiatan selanjutnya</li> <li>2. Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengendalikan RPK</li> <li>3. Membantu mempercepat klien mengontrol RPK</li> </ol>

Tabel 2. 7 Intervensi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan (lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
			<p><b>SP 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol RPK dengan spiritual</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk, latihan fisik, obat, verbal dan spiritual</li> </ol>	<p><b>SP 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah terjadinya RPK yang pernah dilakukan</li> <li>2. Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengontrol RPK</li> <li>3. Membantu klien mempercepat mengontrol RPK</li> </ol>

Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan Isolasi Sosial

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
Isolasi Sosial	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat berinteraksi dengan orang lain</li> <li>2. Terjadinya hubungan interpersonal yang lebih baik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengidentifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat dan sebabnya</li> <li>2. Klien mampu mengidentifikasi keuntungan punya teman dan bercakap-cakap</li> <li>3. Klien mampu mengidentifikasi kerugian tidak memiliki teman bercakap-cakap</li> <li>4. Klien mampu bercakap-cakap</li> <li>5. Klien mampu melakukan aktivitas sambil bercakap-cakap</li> </ol>	<p><b>SP 1:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat dan sebabnya</li> <li>2. Keuntungan punya teman bercakap-cakap</li> <li>3. Kerugian tidak memiliki teman bercakap-cakap</li> <li>4. Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu</li> <li>5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk Latihan berkenalan</li> </ol>	<p><b>SP 1:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat ditemukan mekanisme koping dalam interaksi sosial</li> <li>2. Memberi pemahaman mengenai keuntungan punya teman dan bercakap-cakap</li> <li>3. Memberi pemahaman mengenai kerugian tidak punya teman dan bercakap-cakap</li> <li>4. Klien dapat menggunakan cara berkenalan untuk interaksi sosial</li> <li>5. Klien terbiasa berlatih cara berkenalan dengan orang lain</li> </ol>

Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan Isolasi Sosial (lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
			<p><b>SP 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang). Beri pujian</li> <li>2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang klien, perawat dan tamu berbicara saat melakukan kegiatan harian</li> </ol> <p><b>SP 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang dan bicara saat melakukan 2 kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru)</li> </ol>	<p><b>SP 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kemampuan klien untuk berlatih cara berkenalan</li> <li>2. Mendorong klien mencapai/merasakan langsung keuntungan interaksi</li> <li>3. Membantu klien mencapai interaksi sosial secara bertahap</li> </ol> <p><b>SP 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Upaya untuk merencanakan kegiatan selanjutnya dalam interaksi sosial</li> <li>2. Mendorong klien merasakan langsung</li> </ol>

Tabel 2. 10 Intervensi Keperawatan Isolasi Sosial (lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
			<p>3. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.</p> <p><b>SP 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian beri pujian</li> <li>2. Latih bicara sosial: meminta sesuatu, menjawab pertanyaan</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latih berkenalan &gt;5 orang-orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan sosialisasi</li> </ol>	<p>keuntungan berinteraksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membantu klien mencapai interaksi sosial secara bertahap</li> </ol> <p><b>SP 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kemampuan klien untuk berlatih cara berkenalan</li> <li>2. Mendorong klien merasakan langsung keuntungan berinteraksi</li> <li>3. Membantu klien mencapai interaksi sosial secara bertahap</li> </ol>