

BAB II

KONSEP DASAR MASALAH

A. PENGERTIAN

Perilaku kekerasan adalah Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. 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 (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Estika, 2021).

Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah ungkapan perasaan marah yang mengakibatkan hilangnya kontrol dimana setiap individu berperilaku menyerang atau melakukan suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, dan orang lain maupun lingkungan. Sedangkan resiko perilaku kekerasan adalah adanya kemungkinan seorang individu melakukan tindakan kekerasan

B. PROSES TERJADINYA MASALAH

1. Faktor Predisposisi

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

a) Faktor Biologis

Instinctual Drive Theory (Teori Dorongan Naluri)

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

1) Psychosomatic Theory (Teori Psikosomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologi terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dalam hal ini sistim limbik berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah (Deden dan Rusdin, 2013)

b) Factor Psikologis

1) Frustration Aggression Theory (Teory Agresif-Frustasi) Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi

frustasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau menghambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

- 2) Behavior Theory (Teori Perilaku) Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas/situasi yang mendukung.
- 3) Eksistensial Theory (Teori Eksistensi) Bertingkah laku adalah kebutuhan dasar manusia, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi melalui berperilaku destruktif.

c) Faktor Sosiokultural

- 1) Sosial Environment Theory (Teori Lingkungan Sosial)
Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.
- 2) Sosial Learning Theory (Teori Belajar Sosial) Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi (Deden dan Rusdin, 2013).

2. Faktor Presipitasi

Stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar (serangan fisik, kehilangan, kematian) ataupun dalam (putus hubungan dengan

orang yang berarti, kehilangan rasa cinta, takut terhadap penyakit fisik). Selain itu lingkungan yang terlalu rebut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan (Deden dan Rusdin, 2013).

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala menurut Azizah (2016) adalah sebagai berikut:

a. Fisik

Mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

b. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata- kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus.

c. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/ orang lain, merusak lingkungan, amuk/ agresif.

d. Emosi

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

e. Intelektual

Mendominasi cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata- kata bernada sarkasme.

f. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.

g. Sosial

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

h. Perhatian

Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

4. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti Displacement, sublimasi, proyeksi, represi, denial dan reaksi formasi (Deden dan Rusdin, 2013)

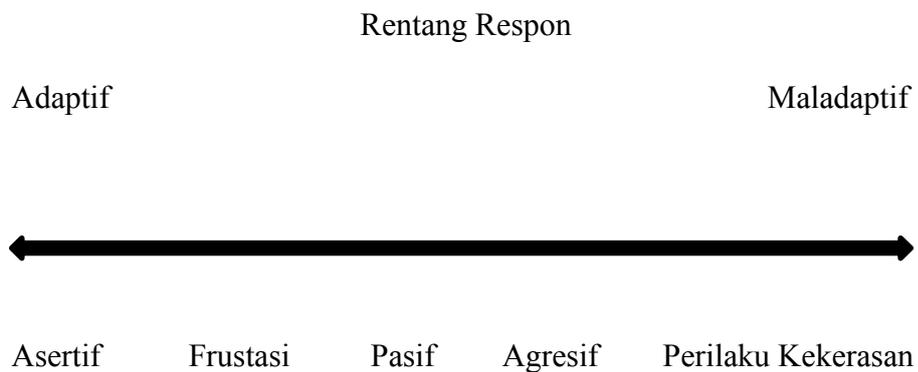
- a. Displacement, melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan pada objek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya membangkitkan emosi itu, misalnya: timmy berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapatkan hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temanya (Mukhrifah, 2012).
- b. Sublimasi, menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang

marah melampiaskan kemarahannya pada objek lain seperti meremas remas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa amarah (Mukhrifah, 2012).

- c. Proyeksi, menyalahkan orang lain kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya (Mukhrifah, 2012).
- d. Represi, mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk kedalam sadar. Misalnya seorang 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 (Mukhrifah, 2012).
- e. Reaksi formasi, mencegah keinginan yang berbahaya bila di ekspresikan dengan melebih lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakan sebagai rintangan misalnya seseorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat (Mukhrifah, 2012).

5. Rentang Respon

Perilaku atau respon kemarahan dapat berfariatif dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Rentang respon marah menurut (Fitria, 2010). Dimana amuk dan agresif pada rentang maladaptif, seperti gambar berikut:



Gambar 2. 1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan (Fitria, 2010)

Keterangan:

- Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
- Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis/terhambat.
- Pasif : Respon lanjutan dimana klien tidak mampu mengungkapkan perasaannya.
- Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.
- Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol.

6. Penatalaksanaan Medis

a. Farmakoterapi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat menggunakan dosis efektif rendah. Contohnya trifluoperasineestelasine, bila tidak ada juga maka dapat digunakan transquilizer bukan obat anti psikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi (Prabowo, 2014).

b. Terapi okupasi

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja terapi ini buka pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur dapat pula dijadikan media yang penting setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan itu bagi dirinya. Terapi ni merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya (Prabowo, 2014).

c. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan skunder) dan memulihkan perilaku maladaptif ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal (Prabowo, 2014).

d. Terapi somatik

Menurut depkes RI (2000) menerangkan bahwa terapi somatic terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, terapi adalah perilaku pasien (Prabowo, 2014).

e. Terapi kejang listrik

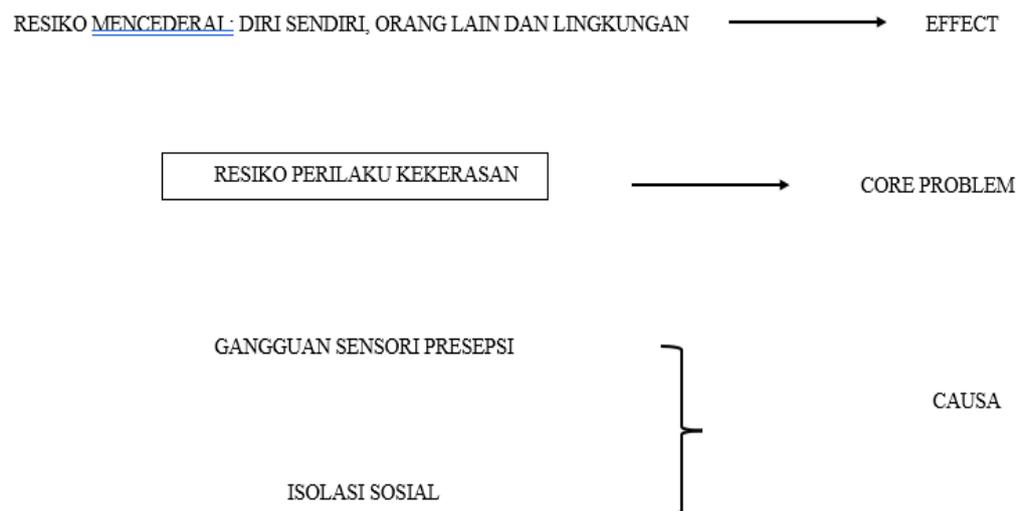
Terapi kejang listrik atau electronic convulsive therapy (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang

menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali) (Prabowo, 2014).

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Pohon Masalah

Menurut Budi Anna Keliat,dkk (2011), pohon masalah pada pasien perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :



Gambar 2. 2 Pohon masalah perilaku kekerasan (Keliat, 2011)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Dermawan & Rusdi, 2013) dalam bukunya Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah risiko perilaku kekerasan adalah :

- 1) Harga Diri Rendah

- 2) Perilaku Kekerasan
- 3) Koping Individu Tidak Efektif
- 4) Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi
- 5) Resiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain dan Lingkungan

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Strategi Asuhan Keperawatan RSJD Dr. RM Soejdarwadi Klaten Provinsi Jawa Tengah (2017) sebagai berikut :

Tabel 2 1 Intervensi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
1.	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan 2. Pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Pasien mampu mengidentifikasi perilaku kekerasan 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Identifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan 5. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan : fisik, obat, verbal, dan spiritual 6. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, Tarik nafas dalam, pukul bantal/Kasur 7. Masukkan pada jadwal kegiatan harian <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan Latihan fisik. Beri pujian 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya PK 3. Jelaskan cara merawat PK 4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal 5. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberi pujian <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien cara fisik. Beri pujian. 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat 3. Latih cara memberikan / membimbing minum obat

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan (Lanjutan)

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
1.	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>4. Pasien mampu mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu penyelesaian cara-cara mengontrol perilaku kekerasan fisik, obat, verbal dan spiritual</p> <p>6. Pasien bersedia melakukan dan mempraktikan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, tarik nafas dalam, pukul bantal/pukul Kasur</p> <p>7. Pasien bersedia ditambahkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar obat)</p>	<p>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (6 benar obat)</p> <p>3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</p> <p>SP 3</p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat. Beri pujian</p> <p>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik)</p> <p>3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal</p> <p>SP 4</p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat, dan verbal</p> <p>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual (2 kegiatan)</p> <p>3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk Latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual</p>	<p>4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberi pujian</p> <p>SP 3</p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih klien fisik dan memberikan obat. Beri pujian.Latih cara membimbing: cara bicara yang baik</p> <p>2. Latih cara membimbing kegiatan spiritual</p> <p>3. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> <p>SP 4</p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih klien : fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik dan kegiatan spiritual. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan</p> <p>3. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
2.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan 4 cara (menghardik, obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas kegiatan) 2. Pasien tidak mendengar suara bisikan-bisikan yang tidak terlihat wujudnya 3. Pasien tidak mencederai diri, orang lain dan lingkungannya <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu mengidentifikasi jenis halusinasi 3. Pasien mampu mengidentifikasi isi halusinasi 4. Pasien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasi 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi jenis halusinasi 2. Identifikasi isi halusinasi 3. Identifikasi frekuensi halusinasi 4. Identifikasi waktu terjadinya halusinasi 5. Identifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi 6. Identifikasi respon pasien terhadap halusinasi 7. Jelaskan cara mengontro halusinasi : menghardik, obat, bercakap-cakap, aktivitas kegiatan 8. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 9. Masukan pada jadwal kegiatan untuk melatih menghardik <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan : menghardik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 cara benar minum obat) 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta proses terjadinya halusinasi 3. Jelaskan cara merawat klien dengan keluarga 4. Latih cara merawat halusinasi <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien menghardik. Beri pujian 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat 3. Latih cara memberikan/ membimbing minum obat 4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberi pujian

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi (Lanjutan)

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
2.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	5. Pasien mampu mengidentifikasi waktu terjadinya halusinasi 6. Pasien mampu mengidentifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi 7. Pasien mampu mengidentifikasi respon terhadap halusinasi 8. Pasien mampu menerima dan mempraktikkan cara mengontrol halusinasi : hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas kegiatan. 9. Pasien mampu mengidentifikasi respon terhadap halusinasi 10. Pasien mampu menerima dan mempraktikkan cara mengontrol halusinasi : hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas kegiatan.	3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat SP 3 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadinya halusinasi 3. Masukan jadwal kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap SP 4 1. Evaluasi kegiatan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas kegiatan 3. Masukan jadwal latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian	SP 3 1. Evaluais kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian. 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusiansi SP 4 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien menghardik, memberikan obat dan bercakap-cakap. Beri pujian 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberikan pujian

Tabel 2 3 Intervensi Keperawatan Isolasi Sosial

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
3.	Isolasi Sosial	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat menjalin hubungan dan berinteraksi dengan orang lain 2. Pasien mampu memulai pembicaraan 3. Pasien tidak menarik diri <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab isolasi social : siapa yang serumah, siapa yang dekat, siapa yang tidak dekat dan apa penyebabnya 2. Pasien mampu mengidentifikasi keuntungan punya teman dan bercakap-cakap 3. Pasien mampu mengidentifikasi kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab isolasi social : siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat, dan apa penyebabnya 2. Jelaskan keuntungan punya teman dan bercakap-cakap 3. Jelaskan kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap 4. Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang). Beri pujian 2. Latih berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk Latihan 2-3 orang pasien, perawat, dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial 3. Jelaskan cara merawat isolasi sosial 4. Latih dua cara merawat isolasi sosial 5. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evauasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih klien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujiaan 2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan klien berbicara makan, sholat bersama) dirumah 3. Latih cara membimbing klien berbicara dan memberi pujian 4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal saat besuk

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan Isolasi Sosial (Lanjutan)

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
3.	Isolasi Sosial	4. Pasien mampu bercakap-cakap 5. Pasien mampu melakukan aktivitas sambil bercakap-cakap 6. Pasien mampu melakukan aktivitas sambil bercakap-cakap	SP 3 1. Evaluasi kegiatan Latihan berkenalan (berapa orang) dan berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru). Beri pujian 2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan (2 kegiatan baru) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian SP 4 1. Evaluasi kegiatan Latihan berkenalan, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian. Beri pujian 2. Latih cara bicara social : meminta sesuatu dan menjawab pertanyaan 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan >5 orang-orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan sosialisasi	SP 3 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih klien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian 2. Jelaskan cara melatih klien melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja, meminta sesuatu dil 3. Latih keluarga mengajak klien berbelanja saat besuk 4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besuk SP 4 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih klien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian/ RT, berbelanja dan kegiatan lain dan follow up. Beri pujian 2. Nilai kemampuan keluarga merawat klien 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RS.J/ PKM