

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering di temukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi atau biasa disebut skizofrenia yaitu dimana klien mempersepsikan sesuatu yang tidak nyata atau tidak terjadi. Stimulus tersebut dapat berupa suara keras atau berdengung, namun yang paling sering dijumpai berupa kata-kata yang tersusun dalam kalimat yang tidak sempurna. (Andri et al., 2019).

Halusinasi adalah pengalaman yang salah atau respon yang salah terhadap stimulasi sensorik. Suatu penyimpangan persepsi palsu yang terjadi pada respon neurologis maladaptif. Halusinasi dapat muncul dari salah satu panca indra. Respon klien terhadap halusinasi itu sendiri dapat berupa mendengar suara, curiga, khawatir, tidak mampu mengambil keputusan, tidak dapat membedakan hal yang nyata maupun tidak. (N. Y. Sari et al., 2019).

Halusinasi merupakan distorsi kognitif palsu yang terjadi dalam respon neurobiologist maladaptif, dan klien justru mengalami distorsi sensorik sebagai hal yang nyata dan menanggapinya. 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 (Wulandari & Pardede, 2022a)

Halusinasi pendengaran ialah mendengar suara atau kebisingan, yang paling sering suara orang. Suara tersebut berbentuk kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan samapi pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Terkadang klien mendengar bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu yang dapat membahayakan (Oktaviani, 2020).

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

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Etiologi

Etiologi gangguan persepsi sensori halusinasi, menurut Oktaviani, (2020):

a. Faktor predisposisi

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kehangatan keluarga menyebabkan klien kehilangan percaya diri, mudah frustrasi, dan tidak mampu mandiri sejak kecil

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sekitar sejak kecil, akan merasa dikucilkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan

3) Faktor biologis

Seseorang yang mengalami stress berlebih, maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogen neurokimia. Stress yang berkepanjangan dapat mengakibatkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.

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 depan, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penulisan sebelumnya menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Faktor keluarga sangat berpengaruh dalam penyakit ini.

b. Faktor presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi, sebagai berikut Oktaviani (2020):

a. Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik antara lain kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol, dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi emosional

Perasaan cemas berlebih atas dasar permasalahan yang sulit diatasi, dapat menyebabkan halusinasi terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah dan memaksa atau menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi intelektual

Individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan biasanya akan mengontrol seluruh perilaku klien.

d. Dimensi sosial

Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*. Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya, seolah ia menjadi jempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga dirinya yang tidak ia dapatkan di dunia nyata.

e. Dimensi spiritual

Dalam dimensi spiritual, klien mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, dan hilangnya aktivitas ibadah. Disaat bangun tidur, klien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Klien sering menyalahkan takdir, namun lemah dalam upaya menjemput rezeki,

menyalahkan orang lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2. Klasifikasi

Menurut Wulandari & Pardede (2022) , klasifikasi gangguan persepsi sensori halusinasi sebagai berikut :

a. Halusinasi penglihatan

Perilaku yang tampak pada klien yang mengalami halusinasi penglihatan, meliputi :

- 1) Melirikkan mata ke kiri dan ke kanan seperti mencari siapa atau apa saja yang sedang dibicarakan
- 2) Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang sedang tidak berbicara atau pada benda
- 3) Terlihat percakapan dengan benda mati atau dengan seseorang yang tidak tampak
- 4) Menggerak-gerakkan mulut seperti sedang berbicara atau sedang menjawab suara

b. Halusinasi pendengaran

Perilaku yang tampak pada klien yang mengalami halusinasi pendengaran, meliputi :

- 1) Tiba-tiba tampak tanggap, ketakutan atau ditakutkan oleh orang lain, benda mati atau stimulus yang tidak tampak
- 2) Tiba-tiba berlari ketempat lain

c. Halusinasi penciuman

Perilaku yang tampak pada klien yang mengalami halusinasi penciuman, meliputi :

- 1) Hidung yang dikerutkan seperti mencium bau yang tidak enak
- 2) Mencium bau tubuh
- 3) Mencium bau udara ketika sedang berjalan ke arah orang lain
- 4) Merespon terhadap bau dengan panik seperti mencium bau api
- 5) Melempar selimut atau menuang air pada orang lain seakan sedang memadamkan api

d. Halusinasi pengecapan

Perilaku yang tampak pada klien yang mengalami halusinasi pengecapan, meliputi :

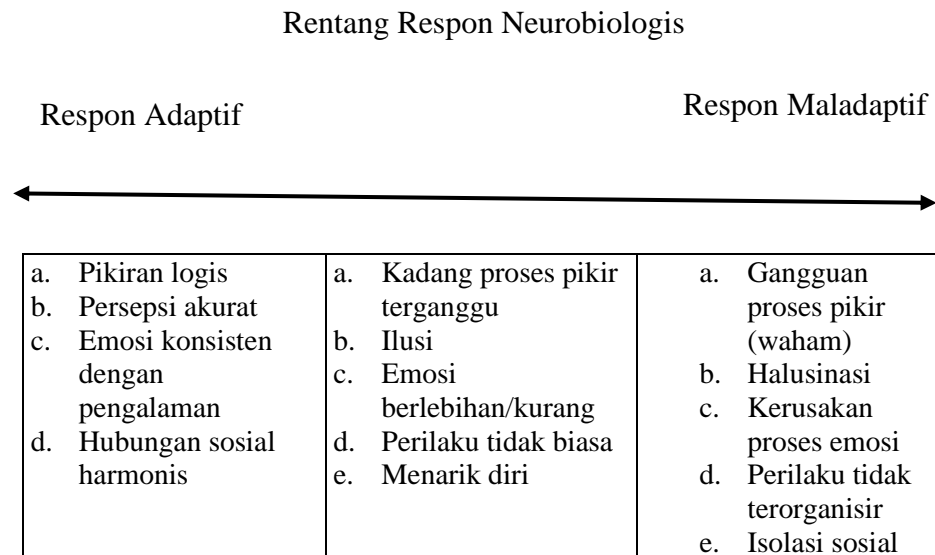
- 1) Meludahkan makanan dan minuman
- 2) Menolak untuk makan, minum, dan minum obat
- 3) Tiba-tiba meninggalkan meja makan

e. Halusinasi perabaan

Perilaku yang tampak pada klien yang mengalami halusinasi penglihatan, yaitu tampak menggaruk-garuk permukaan kulit.

3. Rentang respon

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptive individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis. Rentang respon tersebut dapat digambarkan sebagai berikut Wulandari dan Pardede (2022) :



Gambar 2. 1 Rentang Respon Neurobiologis Halusinasi

a. Respon adaptif

Respon adaptif merupakan respon yang dapat diterima standar norma, sosial, budaya yang berlaku. Dengan kata lain, individu

tersebut dalam batas normal bila menghadapi suatu masalah dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif meliputi :

- 1) Pikiran 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 sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
- 5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan

b. Respon psikososial

Adapun respon psikososial, meliputi :

- 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 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 merupakan respon individu yang dalam menyelesaikan masalah mengakibatkan penyimpangan 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 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 suatu 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 negatif mengancam.

4. Tahapan Halusinasi

Fase halusinasi terdapat beberapa tahap, hal ini dipengaruhi oleh keparahan dan respon individu dalam menanggapi adanya stimulus dari luar. Menurut Azizah et al. (2016), halusinasi terjadi melalui beberapa fase, sebagai berikut :

a. Fase pertama / *Sleep Disorder*

Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi

- 1) Karakteristik : Klien merasa banyak maalah, masalah semakin terasa sulit karena stressor terakumulasi. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.

b. Fase kedua / *Comforting*

Ansietas sedang, halusinasi yang menyenangkan

- 1) Karakteristik : Klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut, mencoba berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas, individu mengenali bahwa

pikiran dan pengalaman sensori dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani (non psikotik)

- 2) Perilaku klien : tersenyum, tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal lambat.

c. Fase ketiga / *Condemning*

Ansietas sedang, halusinasi menyenangkan

- 1) Karakteristik : pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan klien lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain (psikotik ringan)
- 2) Perilaku klien : meningkatkan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas (nadi, TD, dan RR) meningkat, penyempitan kemampuan untuk berkonsentrasi, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.

d. Fase keempat / *Controlling*

Ansietas berat, pengalaman sensori menjadi berkuasa (mengendalikan).

- 1) Karakteristik : klien berhenti atau menghentikan perlawanan terhadap halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti (psikotik).
- 2) Perilaku klien : lebih cenderung mengikuti petunjuk halusinasinya, kesulitan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dan tidak mampu mengikuti petunjuk

e. Fase kelima / *Conquering*

Panik umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya

- 1) Karakteristik : pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik (psikotik berat)
- 2) Perilaku klien : perilaku terror akibat panik, potensi *suicide* dan *homicide*, aktivitas fisik

merefleksikan si halusinasi seperti menarik diri, tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu merespon lebih dari satu orang.

5. Mekanisme Koping

Menurut Oktaviani (2020) mekanisme koping pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi, sebagai berikut :

- a. Regresi : menjadi malas dalam beraktivitas sehari-hari
- b. Proyeksi : menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain
- c. Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asik dengan stimulus internal

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan klien dengan skizofrenia yang mengalami halusinasi menurut Sianturi (2021) , meliputi:

a. Penatalaksanaan medis

1) Psikofarmakologi

Obat yang lazim digunakan pada pasien dengan gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun

kelompok yang umum digunakan yaitu fenotiazine asetofenazin (tindal), klorpromazine (thorazine), flufenazin (proxiline, permitil), mesoridazin (serentil), perfenazin (trilafon), prokleperazin (compazin), promazin (sparine), tioridazin (mellari), trifluoperazine (stelazin), trifluopromazine (vesprin) 60-120 mg, tioksanten klorproiksen (taractan), tioksen (navane) 75-600 mg, buttirofenom haloperidol (haldol) 1-100 mg, dibenzokazepin loksapin (loxitan) 20-150 mg, dihidronidolon molindone (moban) 15-225 mg.

2) Terapi kejang listrik / Electro Compulsive Therapt (ECT)

ECT merupakan pengobatan untuk menimbulkan kejang, yaitu dengan melawan aliran listrik melalui *electrode* yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik diberikan pada pasien skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

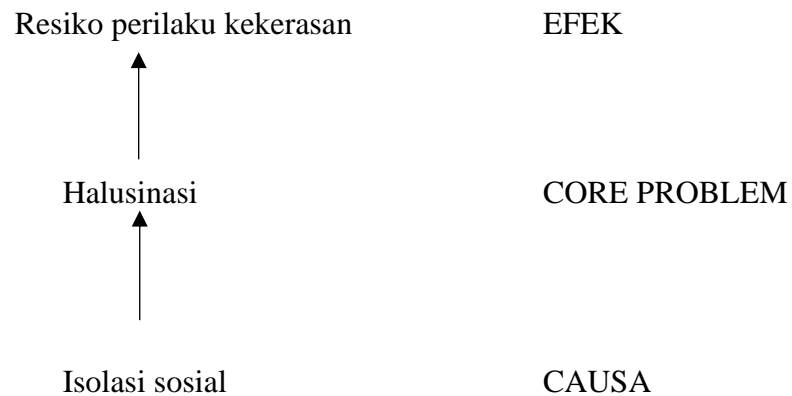
b. Penatalaksanaan keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi menurut Mislika (2021) :

- 1) Bantu klien mengenal halusinasinya meliputi isi, frekuensi, perasaan saat terjadi halusinasi, respon klien terhadap halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- 2) Melatih minum obat secara teratur
- 3) Melatih bercakap-cakap dengan orang lain
- 4) Menyusun kegiatan terjadwal dan dengan aktivitas

C. Pohon Masalah

Pohon masalah gangguan persepsi sensori halusinasi menurut J. A. Pardede, (2022) sebagai berikut :



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

D. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi menurut Sianturi (2021) meliputi :

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Isolasi sosial

E. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Rencana Tindakan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x ... menit pertemuan diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengontrol halusinasinya 2. Klien tidak mencederai diri, orang lain, dan lingkungannya. <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi jenis halusinasi 2. Klien mampu mengidentifikasi isi halusinasinya 3. Klien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasi 	<p>SP I</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 halusinasi 6. Identifikasi respon klien terhadap halusinasi 7. Jelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan 8. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik 9. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik. 	<p>SP I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mewujudkan apa yang diinginkan pasien 2. Upaya mengontrol halusinasi 3. Ketaatan untuk mencegah halusinasi 4. Merupakan tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi 5. Merupakan tindakan yang dapat mengontrol halusinasi 6. Memeberikan pemahaman cara mengontrol halusinasi 7. Mengontrol halusinasi dengan teknik farmakologi

Tabel Rencana Tindakan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>4. Klien mampu mengidentifikasi waktu terjadinya halusinasi</p> <p>5. Klien mampu mengidentifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi</p> <p>6. Klien mampu mengidentifikasi respon terhadap halusinasinya</p>	<p>SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat “jelaskan 6 benar : pasien, obat, rute, waktu, dosis, kontinuitas” 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat <p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik, dan minum obat. Beri pujian 2. Latihan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap. 	<p>SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan berlatih yang dilakukan klien 2. Ketaatan minum obat merupakan cara mencegah halusinasi 3. Klien terbiasa menggunakan cara menghardik dan minum obat untuk mengendalikan halusinasi <p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan berlatih yang dilakukan klien 2. Merupakan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengendalikan halusinasi 4. Klien terbiasa menggunakan cara menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap untuk mengendalikan halusinasi 	

Tabel Rencana Tindakan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (Lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
		<p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap. 2. Latihan cara mengontrol haslusinasi dengan melakukan kegiatan harian 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan meghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan kegiatan harian 	<p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan berlatih yang dilakukan klien 2. Merupakan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengendalikan halusinasi 3. Klien terbiasa menggunakan cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan harian untuk mengendalikan halusinasi

Tabel 2. 2 Rencana Tindakan Isolasi Sosial

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
Isolasi Sosial	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x ... menit pertemuan diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat berinteraksi dengan orang lain 2. Terjalin hubungan interpersonal yang lebih erat <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi penyebab isolasi sosial : siapa yang serumah, siapa yang dekat, dan tidak dekat, dan apa sebabnya 2. Klien mampu mengidentifikasi keuntungan punya teman dan bercakap-cakap 3. Klien mampu mengidentifikasi kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap 4. Klien mampu bercakap-cakap 	<p>SP I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial : siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya. 2. Menjelaskan keuntungan punya teman dan bercakap-cakap 3. Menjelaskan kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap 4. Latih cara berkenalan dengan klien dan perawat 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan <p>SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang). Beri pujian 2. Latih berbicara saat melakukan kegiatan 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang klien, perawat, dan berbicara saat melakukan kegiatan harian 	<p>SP I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat ditemukan mekanisme koping dalam interaksi sosial 2. Memberi pemahaman mengenai keuntungan punya teman dan bercakap-cakap 3. Memberi pemahaman mengenai kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap 4. Klien dapat menggunakan cara berkenalan untuk interaksi sosial 5. Klien terbiasa berlatih cara berkenalan dengan orang lain <p>SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan klien untuk berlatih cara berkenalan 2. Mendorong klien merasakan langsung keuntungan beinterksi 3. Membantu klien mencapai interaksi sosial secara bertahap

Tabel Rencana Tindakan Isolasi Sosial (Lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
		<p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang) dan bicara saat melakukan kegiatan harian 2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan kegiatan harian <p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan aktivitas harian 2. Latih cara bicara sosial : meminta sesuatu, menjawab pertanyaan 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan >5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan aktivitas harian. 	<p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menegtahui kemampuan klien untuk berlatih cara berkenalan 2. Mendorong klien merasakan langsung keuntungan beinterksi 3. Membantu klien mencapai interaksi sosial secara bertahap <p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan klien untuk berlatih cara berkenalan 2. Mendorong klien merasakan langsung keuntungan beinteraksi 3. Membantu klien mencapai interaksi sosial secara bertahap

Tabel 2. 3 Rencana Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
Risiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x ... menit pertemuan diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan 2. Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi penyebab Perilaku Kekerasan (PK) 2. Klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala PK 3. Klien mampu mengidentifikasi akibat PK yang dilakukan 	<p>SP I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab PK, tanda dan gejala PK yang dilakukan, akibat PK yang dilakukan 2. Jelaskan cara mengontrol PK : fisik, obat, verbal, spiritual 3. Latih cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam, pukul bantal atau pukul kasur 4. Masukkan pada jadwal kegiatan klien untuk latihan fisik <p>SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar : pasien, dosis, rute, obat, waktu, dan kontinuitas) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat 	<p>SP I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur mekanisme koping yang dimiliki klien dalam menghadapi masalah perilaku kekerasan 2. Mendeteksi dini dapat mencegah tindakan yang membayakan 3. Membantu klien melihat dampak yang timbul akibat PK 4. Tarik nafas dalam untuk mengurangi keinginan klien melakukan PK 5. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan untuk membiasakan klien mengontrol PK <p>SP II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan berlatih yang dilakukan klien 2. Memotivasi klien untuk teratur minum obat 3. Agar klien mampu mengenali obat yang dikonsumsi 4. Membiasakan klien mengontrol PK

Tabel Rencana Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (Lanjutan)

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
	Tujuan	Intervensi	Rasional
Risiko Perilaku Kekerasan	<p>4. Klien mampu mendengarkan penjelasan cara mengontrol PK : fisik, obat, verbal, spiritual</p> <p>5. Klien mau latihan secara fisik : tarik nafas dalam, pukul bantal atau pukul Kasur</p> <p>6. Klien mau ditambah latihan cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar : pasien,, dosis, rute, obat, waktu, kontinuitas)</p>	<p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta menolak dengan benar) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal <p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, dan verbal. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol dengan spiritual 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual. 	<p>SP III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan berlatih yang dilakukan klien 2. Merupakan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengendalikan PK 3. Membiasakan klien mengontrol PK <p>SP IV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kemampuan berlatih yang dilakukan klien 2. Mencegah terjadinya PK yang pernah dilakukan 3. Merupakan tindakan yang dapat dilakukan untuk mengendalikan PK 4. Membiasakan klien mengontrol PK