

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR MASALAH**

#### **A. Pengertian**

Halusianasi adalah suatu gejala gangguan jiwa yang terjadi dimana seseorang dapat merasakan rangsangan dari luar yang meliputi seluruh panca indra, dimana seseorang tersebut merasa hal itu nyata namun tidak dapat dirasakan oleh seseorang oleh orang lain (Hulu & Pardede, 2022). Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu objek rangsangan dari luar meliputi pancaindra.

Halusinasi merupakan tanda dan gejala gangguan jiwa yang berupa respons pancaindra (pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman serta perabaan) terhadap sumber yang tidak nyata (Keliat, 2019) menjadi bentuk komponen hemopoitik normal sehingga terjadi kegagalan fungsi sumsum tulang. Selain itu, sel-sel abnormal melalui peredaran darah melakukan infiltrasi ke organ-organ (Nurarif & Kusuma, 2017).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan sensori persepsi yang menimbulkan stimulus yang sebenarnya tidak terjadi. Gangguan persepsi ini meliputi seluruh panca indra yaitu, suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, dan penciuman.

## **B. Proses Terjadinya Masalah**

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

Faktor-faktor terjadinya halusinasi menurut Keliat (2015) meliputi :

#### a. Presipitasi

##### 1) Stressor Sosial Budaya

Stress dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

##### 2) Faktor Biokimia

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

##### 3) Faktor Psikologis

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

##### 4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan proses piker, afektif ersepsi, motorik, dan sosial.

#### b. Predisposisi

1) Faktor Perkembangan

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

2) Faktor Sosial Budaya

Berbagai factor di Masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

3) Faktor Psikologis

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

4) Faktor biologis

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

5) Faktor Genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya

mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

## **2. Manifestasi Klinis**

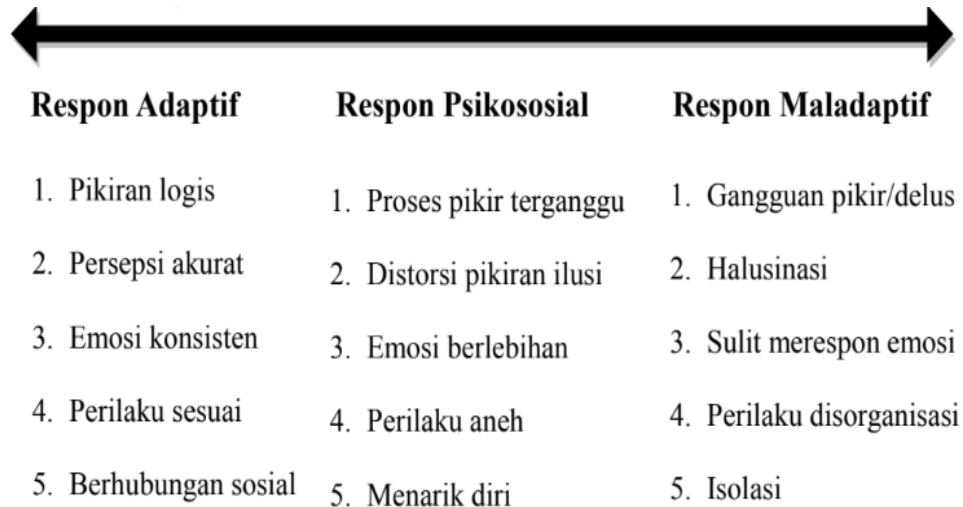
Tanda dan gejala halusinasi menurut Sutejo (2017), dapat dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Adapun tanda dan gejala pada pasien halusinasi adalah :

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

b. Data Objektif adalah data yang didapatkan pada pasien yang tampak secara langsung. Pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal – hal berikut :

- 1) Klien tampak tertawa sendiri
- 2) Klien tampak bicara sendiri
- 3) Marah – marah tanpa sebab
- 4) Mengarahkan telinga menjadi arah tertentu
- 5) Menutup telinga
- 6) Menunjuk – nujuk menjadai raha tertentu
- 7) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- 8) Klien tampak mulutnya komat-kamit sendiri
- 9) Menggerakkan bibir tanpa suara
- 10) Pergerakan mata yang cepat
- 11) Respon verbal yang lambat
- 12) Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidaaak nyata
- 13) Terjadinya peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah
- 14) Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
- 15) Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori
- 16) Ekspresi muka tegang
- 17) Tampak tremor dan berkeringat
- 18) Perilaku panik

### 3. Rentang Respon



Gambar 2. 1 Rentang Respon Neurobiologis Halusinasi

(Muhith, 2014)

- a. Respon adaptif adalah respon yang diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu akan dapat memecahkan masalah tersebut.
- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
  - 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
  - 3) Emosi konsisten merupakan manifestasi perasaan yang konsisten atau efek keluar disertai banyak komponen fisiologik dan biasanya berlangsung tidak lama.
  - 4) Perilaku sesuai adalah sikap dan Tingkah laku yang masih dalam batas yang wajar.

5) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan

b. Respon psikososial meliputi :

- 1) Proses piker terganggu proses piker yang menimbulkan gangguan
- 2) Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tertang yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca Indera
- 3) Emosi berlebihan atau kurang
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari interaksi dengan orang lain
- 5) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain

c. Respon Maladaptif adalah respon indikasi dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial dan budaya dan lingkungan,

Adapun respon maladaptif meliputi :

- 1) Gangguan proses piker atau waham adalah ketidak mampuan otak untuk memproses data secara akurat yang dapat menyebabkan gangguan proses terkontrol
- 2) Halusinasi adalah gangguan identifikasi stimulus berdasarkan informasi yang diterima otak dari lima Indera seperti suara, raba, bau, pengecap dan penglihatan
- 3) Sulit berespon adalah respon yang diberikan yang cara bersikap yang tidak sesuai dengan perasaannya

- 4) Ketidakteraturan adalah cara bersikap individu yang tidak sesuai dengan perannya
- 5) Isolasi Sosial adalah Dimana individu yang mengisolasi dirinya dari lingkungan atau tidak mau berinteraksi dengan lingkungannya

#### **4. Fase Halusinasi**

Halusinasi yang dialami oleh seseorang dapat berbeda-beda tergantung Tingkat keparahan dari pasien. Berikut Tingkat halusonasi menurut (Sutejo, 2017)

##### **a. Fase I *Comforting* (Halusinasi Menyenangkan)**

Pasien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah , takut sehingga mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas. Pasien mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani. Gejala yang dapat terlihat seperti tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal lambat jika sedang asyik dan diam serta asyik sendiri (non psikotik).

##### **b. Fase II *Condemning* ( Halusinasi menjadi menjijikan)**

Pengalaman sesnsori yang menjijikan, menyalahkan yang pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan, menarik diri dari orang lain, merasa kehilangan control, Tingkat kecemasan berat. Gejala yang dapat terlihat



seperti meningkatnya tanda-tanda system syaraf otonom akibat ansietas, rentang perhatian menyempit, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita, menyalahkan, menstrik diri dengan orang lain dan konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja (non psikotik)

c. Fase III *Controlling* (Pengalaman sensori jadi berkuasa)

Pasien berhenti melakukan perlawanan dan menyerah pada halusinasi tersebut, isi halusinasi menjadi menarik, pasien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti. Gejala yang dapat terlihat seperti kemauan yang dikendalikan halusinasi akan diikuti, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, Adanya tanda-tanda fisik ansietas berat : berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah, dan isi halusinasi menjadi atraktif (psikotik)

d. Fase IV *Conquering* ( umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya)

pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada ontervensi terapeutik. Gejala yang dapat terlihat seperti perilaku eror akibat panik, potensi kuat suicide atau homicide aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku

## **5. Mekanisme Koping**

Mekanisme koping merupakan upaya yang diarahkan pada pengendalian stress, termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan untuk melindungi diri. Mekanisme koping digunakan seseorang untuk menghadapi perubahan yang diterima. Mekanisme koping pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi menurut (Mulyati, 2019) sebagai berikut :

- a. Regresi : manja dan malas 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 asyik dengan stimulus, internal.

## **6. Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan menurut Iyan (2021), penatalaksanaan halusinasi ada beberapa seperti psikofarmakologi, psikoterapi dan rehabilitasi yang diantaranya terapi aktivitas (TAK) dan rehabilitasi.

### **a. Psikofarmakoterapi**

Salah satu dari gejala halusinasi adalah skizofrenia. Dengan menggunakan obat-obatan anti psikotik dapat mengurangi dan menurunkan halusinasi.

Adapun di antaranya adalah :

- 1) Antipsikotik

Indikasi utama dari obat golongan ini yaitu untuk penderita gangguan psikotik (Skizofrenia atau psikotik lainnya). Seperti obat antipsikotik yaitu : Trihexyphenidly, Lorazepam, Haloperidol, Klorprotixen, Lokaspin, Primozide. Efek utama dari obat antiprikotik menyerupai gejala psikotik seperti gangguan proses piker (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotorik yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek sedative serta efek samping extrapyramidal. Eek samping yang dapat terjadi yaitu kegelisahan motorik, tremor, kasar, febris timggi, kejang-kejang , penurunan tekanan darah, mulut kering, inkontinensia urin .

## 2) Antidepresan

Golongan obat -obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Contoh obat antidepresan yaitu : imiparamin, moprotilin, setralin dan paroxetine. Efek samping yang dapat terjadi adalah hipotensi, hipotensi, perubahan pada gambaran EKG, obtifasi, mulut dan tenggorokan kering, mual sakit kepala.

## 3) Antiansietas

Golongan obat yang dipakai untuk menurangi ansiets atau kecemasan yang patologis tanpa banyak berpengaruh pada fungsi konignitif

## 7. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut (Kusuma, 2016), penerapan strategi pelaksanaan keperawatan yang dilakukan :

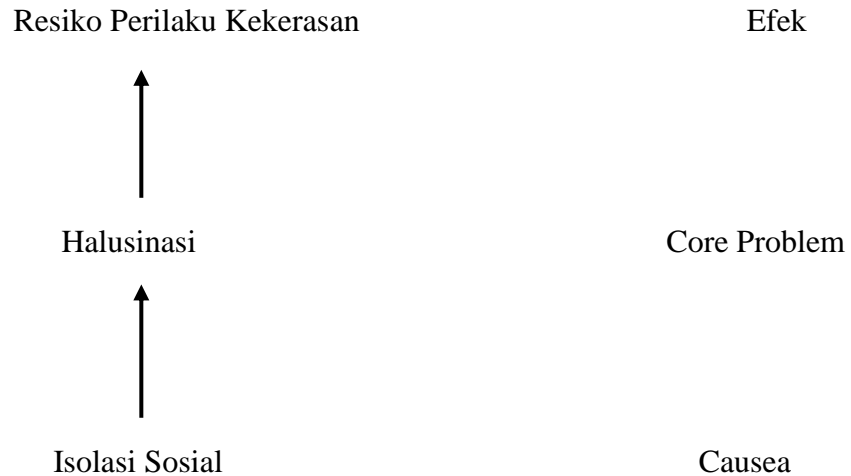
a. Melatih klien mengontrol halusinasi

- (1) Strategi pelaksanaan 1 : menghardik halusinasi
- (2) Strategi pelaksanaan 2 : bercakap-cakap dengan orang lain
- (3) Strategi pelaksanaan 3 : melakukan aktivitas yang terjadwal
- (4) Strategi pelaksanaan 4 : menggunakan obat secara teratur

b. Tindakan keperawatan tidak hanya ditujukan untuk klien tetapi juga diberikan kepada keluarga, sehingga keluarga mampu mengarahkan klien dalam mengontrol halusinasi.

- (1) Strategi pelaksanaan 1 keluarga : mengenal masalah dalam merawat klien halusinasi dan melatih mengontrol halusinasi klien dengan menghardik.
- (2) Strategi pelaksanaan 2 keluarga : mengenal keluarga merawat klien halusinasi dengan benar minum obat
- (3) Strategi pelaksanaan 3 keluarga : mengenal keluarga merawat klien halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan
- (4) Strategi pelaksanaan 4 keluarga : melatih keluarga memanfaatkan fasilitas Kesehatan untuk follow up klien halusinasi.

## 8. Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah menurut (Yusuf dkk, 2015)

### C. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan yang muncul pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran menurut Ma'rifatul dkk, (2016) sebagai berikut :

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

Tabel 2. 1 Rencana Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi : Pendengaran	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 20 menit pertemuan diharapkan : 1. Klien mampu mrngontrol halusinasinya . 2. Klien tidak mencederai diri, orang lain dan lingkungannya.	<b>SP I Pasien</b> 1. Identifikasi jenis halusinasi. 2. Identifikasi isi halusinasinya. 3. Identifikasi frekuensi halusinasi. 4. Identifikasi waktu terjadinya halusinasi. 5. Identifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. 6. Identifikasi respon klien terhadap halusinasinya. 7. Jelaskan cara mengontrol halusinasi : hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan. <b>SP 1 Keluarga</b> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda, geala proses terjadinya halusinasi 3. Jelaskan cara merawat pasien	1. Mewujudkan apa yang dibutuhkan dan dirasakan klien 2. Memberikan pemahaman cara mengontrol halusinsi 3. Upaya untuk mengontrol halusinasi

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
			<p>dengan halusinasi di rumah</p> <p>4. Latih cara meraway pasien dengan halusinasi : menghardik</p> <p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p> <p><b>SP II Pasien</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian.</p> <p>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat ”jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat”</p> <p>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat</p> <p><b>SP II Keluarga</b></p> <p>1. evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, beri pujian</p> <p>2. Jelaskan 6 benar cara memberi obat</p> <p>3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat</p>	

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
			<p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p> <p><b>SP III Pasien</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan obat. Beri pujian.</p> <p>2. Latihan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap saat terjadi halusinasi.</p> <p>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap.</p> <p><b>SP III Keluarga</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian.</p> <p>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</p> <p>3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi</p>	



No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
			<p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> <p><b>SP IV Pasien</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik &amp; obat &amp; bercakap-cakap. Beri pujian.</p> <p>2. Latihan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (2 kegiatan).</p> <p>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian</p> <p><b>SP IV Keluarga</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, memberi obat, bercakap-cakap. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM tanda kambuh, rujukan</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>	

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
2.	Risiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 20 menit diharapkan: 1. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan 2. Pasien tidak mecederai diri sendiri orang lain dan lingkungan	<p><b>SP I Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab PK</li> <li>2. Identifikasi tanda dan gejala PK</li> <li>3. Identifikasi PK yang dilakukan</li> <li>4. Identifikasi akibat PK yang dilakukan</li> <li>5. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual</li> <li>6. Latih cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam, pukul bantal atau pukul kasur</li> <li>7. Masukkan pada jadwal kegiatan pasien untuk latihan fisik</li> </ol> <p><b>SP I Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda, gejala proses terjadinya PK</li> <li>3. Jelaskan cara merawat PK</li> <li>4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik: tarik nafas dalam dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur mekanisme koping yang dimiliki klien dalam menghadapi masalah risiko perilaku kekerasan</li> <li>2. Mendeteksi dini dapat mencegah tindakan yang membahayakan</li> <li>3. Membantu klien melihat dampak yang timbul akibat perilaku kekerasan</li> <li>4. Tarik nafas dalam untuk mengurangi keinginan klien melakukan perilaku kekerasan</li> <li>5. Membiasakan mengontrol perilaku kekerasan</li> <li>6. Memotivasi klien untuk teratur minum obat</li> <li>7. agar klien mampu mengenali obat yang digunakan</li> <li>8. membantu merencanakan kegiatan selanjutnya</li> <li>9. mencegah terjadinya perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</li> <li>10. Membantu mempercepat klien untuk mengontrol perilaku kekerasan</li> </ol>

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
			<p>pukul kasur dan bantal</p> <p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p> <p><b>SP II Pasien</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian</p> <p>2. Latihan cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</p> <p>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</p> <p><b>SP II Keluarga</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien cara fisik, beri pujian</p> <p>2. Jelaskan 6 benar cara memberi obat</p> <p>3. Latih cara memberikan atau membimbing minum obat</p> <p>4. anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p> <p><b>SP III Pasien</b></p>	

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)</li> <li>3. Menurutkan pada jadwal kegiatan untuk Latihan fisik, minum obat dan verbal</li> </ol> <p><b>SP III Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien cara fisik dan memberikan obat. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara membimbing ; cara bicara yang baik</li> <li>3. Latih cara membimbing kegiatan spiritual</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ol> <p><b>SP IV Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal. Beri pujian</li> </ol>	

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
			2. Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk Latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual <b>SP IV Keluarga</b> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien cara fisik, memberikan obat, latih cara membimbing cara bicara yang baik dan kegiatan spiritual. Beri pujian 2. Jelaskan ke RSJ/PKM tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian	
3.	Isolasi Sosial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 menit pertemuan diharapkan : 1. Klien dapat berinteraksi dengan orang lain.	<b>SP I Pasien</b> 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial : siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya.	1. Dapat ditemukan koping dalam interaksi sosial 2. Memberi pemahaman mengenai keuntungan dan kerugian punya teman dan bercakap-cakap 3. Mengetahui upaya untuk merencanakan

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
		<p>2. Terjalin hubungan interpersonalnya lebih berat.</p>	<p>2. Keuntungan punya teman dan bercakap- cakap.  3. Kerugian tidakpunya teman dan tidak bercakap- cakap.  4. Latih cara berkenalan dengan klien dan perawat atau tamu.  5. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan.</p> <p><b>SPI Keluarga</b></p> <p>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien  2. Jelaskan pengertian, tanda, gejala proses terjadinya isolasi sosial  3. Jelaskan cara merawat pasien dengan isolasi sosial  4. Latih dua cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian  5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p>	<p>kegiatan selanjutnya dalam interaksi sosial  4. Membantu klien mencapai interaksi sosial secara bertahap</p>

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
			<p><b>SP II Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang). Beri pujian.</li> <li>2. Latih berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan).</li> <li>3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3orang klien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian.</li> </ol> <p><b>SP II Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat, bersama) di rumah</li> <li>3. Latih cara membimbing pasien berbicara</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ol>	

No.	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
			<p><b>SP III Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang) dan bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang. Berbicara saat melakukan 4 kegiatan baru.</li> </ol> <p><b>SP III Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (berapa orang) dan bicara saat melakukan 2 kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang.</li> </ol>	