

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR MASALAH**

#### **A. Pengertian**

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan stimulus seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penciuman yang sebenarnya tidak ada atau tidak nyata. Halusinasi merupakan salah satu dari sekian bentuk psikopatologi yang paling parah dan membingungkan. Secara fenomenologis halusinasi adalah gangguan yang paling umum dan yang paling penting, selain itu halusinasi dapat dianggap sebagai karakteristik psikosis (Sutejo, 2017).

Halusinasi adalah gangguan yang terjadi pada persepsi sensori dari satu objek tanpa adanya suatu rangsangan yang nyata dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra seperti merasakan sensasi palsu berupa pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan. Pasien biasanya merasakan suatu stimulus khusus yang sebenarnya tidak ada (Yusuf , Fitryasari, & Nihayati, 2015).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa yang terjadi pada persepsi sensori dari individu tanpa adanya rangsangan yang nyata, sehingga seseorang mengalami sensasi melihat, mendengar, mencium, merasakan atau meraba sesuatu yang sebenarnya tidak ada.

## **B. Proses Terjadinya Masalah**

### **1. Etiologi**

Faktor yang dapat menyebabkan halusinasi dibagi menjadi 2 yaitu predisposisi dan presipitasi menurut (Videbeck & Sheila, 2020) yaitu:

#### **a. Predisposisi**

##### **1. Faktor genetik**

Faktor genetik merupakan salah satu faktor utama yang dapat menyebabkan halusinasi dikarenakan anak yang memiliki satu orang tua penderita halusinasi memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita halusinasi.

##### **2. Faktor psikologis**

Faktor psikologis terjadi karena kegagalan berulang dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial, korban kekerasan, kurang kasih sayang. Sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup.

##### **3. Faktor sosiokultural dan lingkungan**

Seseorang yang berada dalam sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala halusinasi lebih besar dibandingkan dengan individu dari social ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai. Seseorang yang merasa tidak diterima

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

#### 4. Faktor biologis

Adanya riwayat penyakit herediter gangguan jiwa, riwayat penyakit, trauma kepala dan riwayat penggunaan NAPZA mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Dimetytranferase (DMP). Akibat Buffofenon dan stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

#### b. Faktor presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi seperti curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu membuat keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata ataupun tidak nyata.

## 2. Jenis / Klasifikasi Halusinasi

Klasifikasi gangguan sensori persepsi : halusinasi meliputi (Yunita *et al*, 2020) :

### 1. Halusinasi pendengaran

Pada halusinasi pendengaran individu akan mendengar suara-suara atau bisikan, paling sering berupa suara orang, suara berupa bisikan yang tidak jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara dengan klien. Pikiran yang didengar biasanya perintah terhadap klien untuk melakukan sesuatu dan terkadang perintah yang membahayakan.

## 2. Halusinasi Penglihatan

Halusinasi penglihatan yaitu dimana individu akan merasakan stimulus visual dalam bentuk kelihatan cahaya, gambaran, bayangan yang kompleks.

## 3. Halusinasi penciuman

Pada halusinasi penciuman individu akan merasakan sensasi pada hidungnya berupa bau-bauan yang muncul dari sumber tertentu tanpa stimulus yang nyata.

## 4. Halusinasi pengecapan

Pada halusinasi pengecapan akan merasakan suatu sensasi yang tidak nyata, seperti merasa mengecap sesuatu seperti darah, urin atau feses.

## 5. Halusinasi Perabaan

Pada halusinasi perabaan klien biasanya merasakan sesuatu pada kulitnya tanpa ada stimulus yang nyata, contohnya seperti merasakan tersetrum listrik.

Menurut Yusuf, *et al* (2015) klasifikasi gangguan persepsi sensori halusinasi meliputi :

Tabel 2.1 Klasifikasi Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi Pendengaran	a. Bicara / tertawa sendiri b. Marah-marah tanpa sebab c. Mengarahkan telinga kearah tertentu d. Menutup telinga	a. Mendengar suara-suara / kegaduhan b. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap c. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi Penglihatan	a. Menunjuk-nunjuk kearah tertentu b. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
Halusinasi Penciuman	a. Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu b. Menutup hidung	Membaui bau-bauan seperti bau darah, urin, fases, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan
Halusinasi Pengecapan	a. Sering meludah b. Muntah	Merasakan rasa seperti darah, fases, atau urin
Halusinasi Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	a. Mengatakan ada serangga dipermukaan kulit b. Merasa seperti tersengat listrik

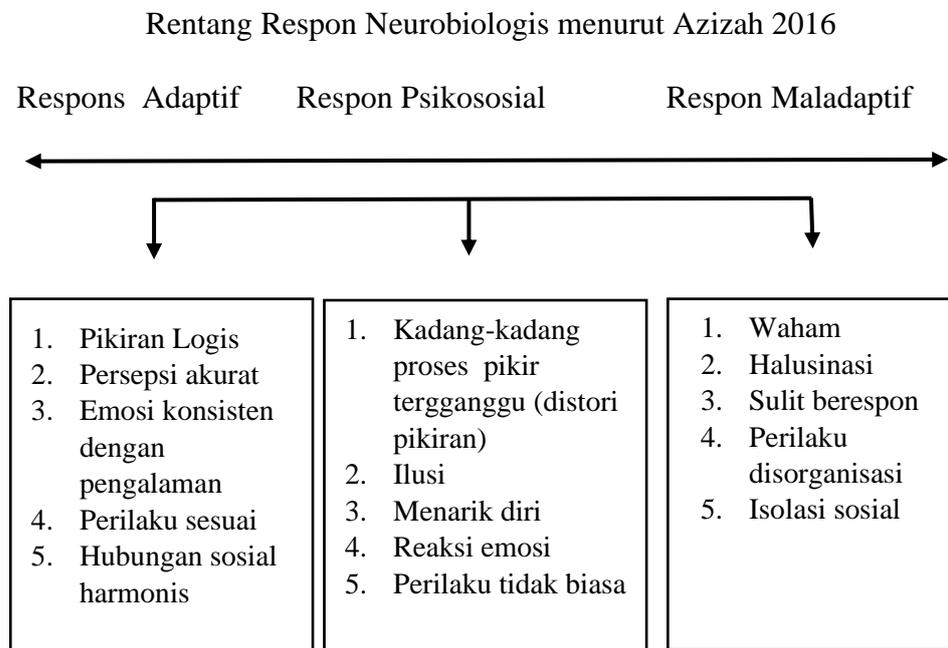
### 3. Tanda Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dapat dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien, adapun tanda dan gejala pada pasien halusinasi yaitu sebagai berikut (Sutejo, 2017) :

- a. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien atau keluarga dengan gangguan sensori halusinasi mengatakan bahwa dirinya:
  1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.

2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
  3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
  4. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
  5. Mencium bau-bauan 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 mengerayap 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. Bicara atau tertawa sendiri
  2. Marah-marah tanpa sebab
  3. Mengarahkan telinga menjadiah tertentu
  4. Menutup telinga
  5. Menunjuk-nunjuk menjadiah tertentu
  6. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas

#### 4. Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis

##### a. Respon Adaptif

Respon adaptif menurut Azizah *et al* (2016) adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif :

1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
2. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
3. Emosi konsisten dengan pengalaman berupa ke mantapan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang penuh di alami.

4. Perilaku sesuai dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang bertentangan dengan moral.
5. Hubungan social dapat di ketahui melalui hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan di tengah masyarakat.

b. Respon psikososial

Respon psikososial menurut Azizah *et al* (2016) meliputi :

1. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
2. Ilusi adalah mis interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan pancaindera.
3. Emosi berkurang atau berlebihan.
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 maladaptive berdasarkan rentang respon halusinasi menurut Azizah *et al* (2016) meliputi :

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh di pertahankan walaupun tidak di yakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan social.

2. Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
3. Tidak mampu mengontrol emosi berupa ketidak mampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan kebahagiaan, keakraban, dan kedekatan.
4. Ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang di timbulkan.
5. Isolasi social adalah kondisi kesendirian yang di alami oleh individu karna orang lain menyatakan sikap yang di alami oleh individu.

## **5. Tahap Halusinasi**

Halusinasi terbagi atas beberapa fase (Syahdi & Pardede,2022):

### **a. Fase Pertama / *Sleep disorder***

Pada fase ini Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui oranglain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karna berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah dikampus, dropout, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support system kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah

b. Fase Kedua / *Comforting*

Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.

c. Fase Ketiga / *Condemning*

Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan. Klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.

d. Fase Keempat / *Controlling Severe Level of Anxiety*

Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

e. Fase kelima / *Conquering Panic Level of Anxiety*

Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau

sehari-hari bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

## **6. Mekanisme Koping**

Mekanisme koping yang digunakan yaitu, perilaku yang mewakili upaya melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan yang berhubungan dengan respon neurobiology (Afnuhazi R, 2015). Respon neurobiology termasuk :

### **a. Regresi**

Berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengurangi ansietas hanya mempunyai sedikit energi yang tertinggal untuk aktivitas sehari-hari.

### **b. Proyeksi**

Mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab terhadap orang lain atau suatu benda.

### **c. Menarik Diri**

Sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

### **d. Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien**

## **7. Penatalaksanaan**

### **a. Penatalaksanaan Non Farmakologi**

Terapi non farmakologi menurut Yosep & Sutini (2016) sebagai berikut :

1. Membantu klien mengenal halusinasi

2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan menghardik

Halusinasi berasal dari stimulus internal. Untuk mengatasinya, klien harus berusaha melawan halusinasi yang dialaminya secara internal juga. Klien dilatih untuk mengatakan, "tidak mau dengar..., tidak mau lihat". Ini dianjurkan untuk dilakukan bila halusinasi muncul setiap saat.

3. Melatih klien bercakap-cakap dengan orang lain

Klien dianjurkan meningkatkan keterampilan hubungan sosialnya. Dengan meningkatkan intensitas interaksi sosialnya, klien akan dapat memvalidasi persepsinya pada orang lain. Klien juga mengalami peningkatan stimulus eksternal jika berhubungan dengan orang lain. Dua hal ini akan mengurangi fokus perhatian klien terhadap stimulus internal yang menjadi sumber halusinasinya. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.

4. Melatih klien beraktivitas secara terjadwal

Kebanyakan halusinasi muncul akibat banyaknya waktu luang yang tidak dimanfaatkan dengan baik oleh klien. Klien akhirnya asyik dengan halusinasinya. Untuk itu, klien perlu dilatih menyusun rencana kegiatan dari pagi sejak bangun pagi sampai malam menjelang tidur dengan kegiatan yang bermanfaat. Perawat harus selalu memonitor pelaksanaan kegiatan tersebut

sehingga klien betul-betul tidak ada waktu lagi untuk melamun tak terarah. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga, yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal.

#### 5. Melibatkan keluarga dalam tindakan

Terapi non farmakologis menurut Prabowo (2014) yaitu :

##### 1. Terapi Aktivitas

###### a. Terapi Musik

Fokus : mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi yaitu menikmati dengan relaksasi music yang disukai klien.

###### b. Terapi Seni

Fokus : untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai pekerjaan seni

###### c. Terapi Menari

Fokus pada ekspresi perasaan melalui Gerakan tubuh

###### d. Terapi Relaksasi

Belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok, rasional : untuk coping/perilaku mal adaptif/deskriptif meningkatkan partisipasi dan kesenangan klien dalam kehidupan

##### 2. Terapi sosial

Klien belajar bersosialisasi dengan orang lain

##### 3. Terapi Kejang Listrik

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artifisial dengan melewati aliran

listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

b. Terapi Farmakologi

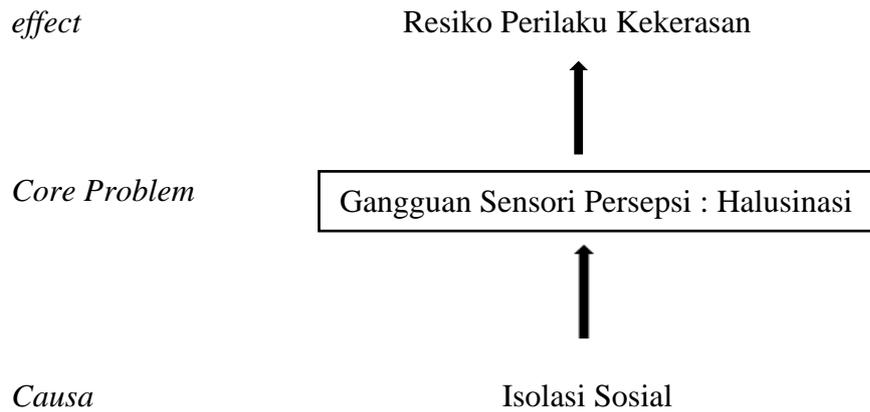
Terapi farmakologis menurut Yusuf et al (2015) yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.2 Terapi Farmakologi Untuk Gangguan Halusinasi

Kelas Kimia	Nama Generik (DAGANG)	Dosis Harian
Fenotiazin	Asetofenazin (Tidal)	60-120 mg
	Klorpromazin (Thorazine)	30-800 mg
	Flufenazine (prolixin, perimiti)	1-40 mg
	Mesoridazin (serentil)	30-400 mg
	Perfenazin (Trilafon)	12-64 mg
	Proklorperazin (Compazine)	15-150 mg
	Promazine (Sparine)	40-1200 mg
	Tiodazin (Mellaril)	150-800 mg
	Trifluoperazine (Stelazine)	2-140 mg
	Trifluopromazine (Vesprin)	60-150 mg
Tioksanten	Kloproktisen (Tarctan)	75-600 mg
	Tioktisen (Navane)	8-30 mg
Butirofenon	Haloperidol (Haldol)	1-100 mg
Dibenzondiazepin	Klozapin (Clorazil)	300-900 mg
Dibenzokasazepin	Loksapin (Loxitane)	20-150

### C. Pohon Masalah

Pohon masalah gangguan sensori persepsi : halusinasi menurut nurhalimah (2018) adalah sebagai berikut :



Gambar 2.2 Pohon Masalah Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

### D. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan gangguan sensori persepsi : halusinasi menurut nurhalimah (2018) adalah sebagai berikut :

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

### E. Rencana Tindakan Keperawatan

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

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
1.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paisean mampu mengontrol halusinasi dengan 4 cara (menghardik, obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas kegiatan)</li> <li>2. Pasien tidak mendengar suara bisikan-bisikan yang tidak terlihat wujudnya</li> </ol>	<p><b>SP 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi jenis halusinasi</li> <li>2. Identifikasi isi halusinasi</li> <li>3. Identifikasi frekuensi halusinasi</li> <li>4. Identifikasi waktu terjadinya halusinasi</li> <li>5. Identifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi</li> <li>6. Identifikasi respon pasien terhadap halusinasi</li> <li>7. Jelaskan cara mengontro halusinasi : menghardik, obat, bercakap-cakap, aktivitas kegiatan</li> </ol>	<p><b>SP 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta proses terjadinya halusinasi</li> <li>3. Jelaskan cara merawat klien dengan keluarga</li> <li>4. Latih cara merawat halusinasi</li> </ol>

Lanjutan Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
		<p>3. Pasien tidak mencederai diri, orang lain dan lingkungannya</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu mengidentifikasi jenis halusinasi</li> <li>2. Pasien mampu mengidentifikasi isi halusinasi</li> <li>3. Pasien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasi</li> <li>4. Pasien mampu mengidentifikasi waktu terjadinya halusinasi</li> <li>5. Pasien mampu mengidentifikasi situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi</li> <li>6. Pasien mampu mengidentifikasi respon terhadap halusinasi</li> <li>7. Pasien mampu menerima dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik</li> <li>9. Masukan pada jadwal kegiatan untuk melatih menghardik</li> </ol> <p><b>SP 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan : menghardik. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 cara benar minum obat)</li> <li>3. Masukan 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 menghardik dan minum obat. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadinya halusinasi</li> <li>3. Masukan jadwal kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</li> </ol>	<p><b>SP 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien menghardik. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat</li> <li>3. Latih cara memberikan/ membimbing minum obat</li> <li>4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ol> <p><b>SP 3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluais kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusiansi</li> </ol>

Lanjutan Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
		<p>mempraktikkan cara mengontrol halusinasi :</p>	<p><b>SP 4</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas kegiatan</li> <li>3. Masukkan jadwal 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. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien menghardik, memberikan obat dan bercakap-cakap. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan</li> <li>3. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ol>

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Isolasi Sosial

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

Lanjutan Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Isolasi Sosial

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
		<p>penyebab isolasi social : siapa yang serumah, siapa yang dekat, siapa yang tidak dekat dan apa penyebabnya</p> <p>4. Pasien mampu mengidentifikasi keuntungan punya teman dan bercakap-cakap</p> <p>5. Pasien mampu mengidentifikasi kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap</p> <p>6. Pasien mampu bercakap-cakap</p> <p>7. Pasien mampu melakukan aktivitas sambil bercakap-cakap</p>	<p>4. Latih berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan)</p> <p>5. Masukan pada jadwal kegiatan untuk Latihan 2-3 orang pasien, perawat, dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian</p> <p><b>SP 3</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan Latihan berkenalan (berapa orang) dan berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru). Beri pujian</p> <p>2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan (2 kegiatan baru)</p> <p>3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian</p>	<p>4. melakukan kegiatan harian. Beri pujian</p> <p>5. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan klien berbicara makan, sholat bersama) dirumah</p> <p>6. Latih cara membimbing klien berbicara dan memberi pujian.</p> <p>7. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal saat besuk</p> <p><b>SP 3</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih klien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan cara melatih klien melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja, meminta sesuatu.</p> <p>3. Latih keluarga mengajak klien berbelanja saat besuk</p> <p>4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besuk</p>

Lanjutan Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Isolasi Sosial

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
			<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 cara bicara social : meminta sesuatu dan menjawab pertanyaan</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan &gt;5 orang-orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan sosialisasi</li> </ol>	<p><b>SP 4</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih klien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian/ RT, berbelanja dan kegiatan lain dan follow up. Beri pujian</li> <li>2. Nilai kemampuan keluarga merawat klien</li> <li>3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RS.J/ PKM</li> </ol>

Tabel 2.5 Intervensi Resiko Perilaku Kekerasan

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

Lanjutan Tabel 2.5 Intervensi Resiko Perilaku Kekerasan

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

Lanjutan Tabel 2.5 Intervensi Resiko Perilaku Kekerasan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Pasien	Keluarga
			2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual (2 kegiatan) 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual	2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberikan pujian