

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Halusinasi adalah terjadinya gangguan pada penglihatan, suara, sentuhan, bau, maupun rasa tanpa stimulus eksternal terhadap organ-organ indera. Fortaine (2009) dalam Satrio, dkk., (2015).

Halusinasi merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera di mana tidak terdapat stimulus terhadap reseptor-reseptornya. Halusinasi merupakan persepsi sensoris yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera. Hal ini menunjukkan bahwa halusinasi dapat bermacam-macam yang meliputi halusinasi pendengaran, Penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecapan. Townsend, (2009) dalam Satrio, dkk., (2015).

Halusinasi adalah persepsi tanpa adanya rangsangan dari luar. Walaupun kelihatan sebagai sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “tersepsi” (Yosep, 2010).

##### **2. Jenis-jenis Halusinasi**

Jenis-jenis Halusinasi dalam buku Satrio, dkk., (2015):

###### **a. Halusinasi pendengaran**

Halusinasi pendengaran merupakan gejala mayoritas yang sering dijumpai pada klien skizofrenia. Papolos (2002), dalam Fontaine

(2009) menyatakan bahwa halusinasi dan delusi mencapai 90% pada individu dengan *skizofrenia* dan halusinasi merupakan masalah utama yang paling sering dijumpai.

b. Halusinasi Penglihatan

Sedangkan pada klien halusinasi Penglihatan, isi halusinasi berupa melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada sama sekali, misalnya cahaya atau orang yang sudah meninggal atau mungkin sesuatu yang bentuknya menakutkan. Cancro & Lehman (2000) dalam Videbeck (2008).

c. Halusinasi penciuman

Pada halusinasi penciuman ini halusinasi dapat berupa klien mencium aroma atau bau tertentu seperti urine atau *feses* tidak sedap. Cancro & Lehman (2000) dalam Videbeck (2008).

Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Struat (2009) pada halusinasi penciuman, klien dapat mencium bau busuk, jorok, dan bau tengik seperti darah, urin, atau tinja, kadang-kadang bau bisa menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stroke, timor dan demensia.

d. Halusinasi pengecapan

Sementara pada klien halusinasi pengecapan, isi halusiansi berupa klien mengecap rasa yang tetap ada dalam mulut, atau perasaan bahwa makanan terasa seperti sesuatu yang lain. Rasa tersebut dapat berupa rasa logam atau pahit atau mungkin rasa tertentu atau berupa rasa

busuk, tak sedap dan anyir seperti darah, urin atau *feses* (Struat & Laraia, 2005; Struat, 2009).

e. Halusinasi perabaan

Isi halusinasi perabaan adalah klien merasakan sensasi seperti aliran listrik yang menjalar keseluruh tubuh atau binatang kecil yang merayap dikulit. Cancro & Lehman (2000) dalam Videbeck (2008).

f. Halusinasi *Cenesthetic*

Halusinasi *Cenesthetic* klien akan merasa fungsi tubuh seperti darah berdenyut melalui vena dan arteri, mencerna makanan atau bentuk urin. (Videbeck, 2008; Struat, 2009).

g. Halusinasi *Kinestetik*

Terjadi ketika klien tidak bergerak tetapi melaporkan sensasi gerakan tubuh, gerakan yang tidak lazim seperti melayang di atas tanah. (Videbeck, 2008; Struat, 2009)

### 3. Etiologi

a. Predisposisi

Menurut Yosep (2010) dalam Damayanti M. dan Iskandar, (2012) faktor predisposisi klien halusinasi adalah:

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga yang menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri, dan lebih rentan terhadap stres.

## 2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima oleh lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungan.

## 3) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat *halusinogenik neurokimia* seperti *Buffofenon* dan *Dimetryanferase* (DMP).

Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teratifikasinya *neurotransmitter* otak, misalnya terjadi tidak keseimbangan *acetylcholin* dan *dopanin*.

## 4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab, mudah terjerumus pada penggunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

## 5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa pada anak sehat yang diasuh oleh orangtua *skizofrenia* cenderung mengalami *skizofrenia*. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

## b. Presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawnlis dan Heacock (1993) dalam jurnal *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perubahan Sensori Persepsi Halusinasi* (Saidah, S., 2003) dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu:

### 1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.

### 2) Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.

### 3) Dimensi intelektual

Halusinasi merupakan usaha dari ego untuk melawan impuls yang menekan merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien.

### 4) Dimensi sosial

Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi

kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

#### 5) Dimensi spiritual

Secara spiritual halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri.

### 4. Patofisiologi

Menurut Farida, Yudi (2012):

#### a. Fase pertama

Disebut fase *conforming* yaitu menyenangkan, pada tahap ini masuk dalam golongan non psikotik. Karakteristik: klien mengalami stres, cemas, rasa bersalah, kesepian. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku klien: Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

#### b. Fase kedua

Disebut fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berfikir sendiri. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas.

Perilaku klien: meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah.

c. Fase ketiga

Fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotropik. Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

d. Fase keempat

Fase *conquering* atau panik yaitu klien takut dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: Halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang di sekitar lingkungan.

Perilaku klien: perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, dan tidak mampu merespon terhadap perintah

## 5. Tanda Gejala Halusinasi

Menurut Kemenkes RI (2012) Tanda dan Gejala Halusinasi adalah:

a. Data subjektif

- 1) Mendengar suara-suara kegaduhan.
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- 3) Mendengar suara yang menyuruh sesuatu yang berbahaya.

- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
  - 5) Mencium bau-bauan seperti darah, urin, *feses*, kadang-kadang bau yang menyenangkan.
  - 6) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.
- b. Data objektif
1. Bicara atau tertawa sendiri.
  2. Marah-marah tanpa sebab.
  3. Mengarahkan telinga ke arah tertentu.
  4. Menutup telinga.
  5. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
  6. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.
  7. Mencium sesuatu seperti bau-bauan.
  8. Menutup hidung.
  9. Sering meludah

## 6. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan *skizofrenia*. Di mana *skizofrenia* merupakan jenis *psikosis*, adapun tindakan pelaksanaan yang dilakukan dengan berbagai terapi yaitu dengan psikofarmakologis. Obat yang sangat penting dalam pengobatan *skizofrenia*, karena obat dapat membantu pasien *skozifrenia* untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Menurut Struat dan Laraia (2005) sebagaimana yang

dikemukakan A. Muhith dalam buku Pendidikan Keperawatan Jiwa (A.Muhith, 2015).

a. *Haloperidol (HLD)*

Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.

b. *Chlorpomazine (CPZ)*

Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol.

c. *Thrihexylpenidil (THP)*

Obat yang digunakan untuk mengobati semua jenis parkinson dan pengendalian gejala ekstrapiramidal akibat terapi obat.

1) *Halopridol* 2 x 1,5 – 2,5 mg per hari.

2) *Chlorpomazine* 2 x 100 mg per hari.

3) *Thrhexilpenidyl* 2 x 2 mg per hari.

Dalam keadaan fase kronis diberikan tablet:

1) *Haloperidol* 2 x 0,5 – 1 mg per hari.

2) *Chlorpomazine* 2 x 50 mg per hari.

3) *Thrihexilpenidyl* 1-2x2 mg per hari.

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Teori Hierarki Kebutuhan Maslow adalah teori yang diungkapkan oleh Abraham Maslow, dalam buku Mubarak (2008) yaitu:

### **1. Kebutuhan fisiologis**

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer dan mutlak yang harus dipenuhi untuk memelihara homeostatis biologis dan kelangsungan kehidupan bagi tiap manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar, apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi kebutuhan lainnya. Kebutuhan fisiologis meliputi: oksigen, cairan, nutrisi, istirahat, eliminasi, dan terbebas dari rasa nyeri, pengaturan suhu tubuh, seksual, dan lain sebagainya.

### **2. Kebutuhan keselamatan dan keamanan**

Kebutuhan akan keselamatan dan keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai bahaya yang mengancam, baik terhadap fisik, maupun psikososial. Ancaman terhadap keselamatan dan keamanan fisik seseorang dapat dikategorikan kedalam ancaman mekanik, kimia, termal, dan bakteri. Keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologi berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau bisa imajinasi, misalnya penyakit, nyeri, cemas dan lain sebagainya. Dalam kasus gangguan sensori persepsi: Halusinasi Penglihatan kebutuhan rasa keselamatan dan keamanan akan sangat terganggu karena mereka sering kali mengikuti apa yang diperintahkan oleh halusinasinya. Ini sangat dibutuhkan peran keluarga dalam memantau keselamatan dan menjaga keamanan klien

dirumah, agar terhindar dari hal-hal yang dapat mengancam keselamatan klien sendiri ataupun orang lain. Seseorang yang menderita halusinasi penglihatan cenderung mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan aman nyaman. Di mana penderita halusinasi akan melihat bayangan-bayangan yang memintanya mengikuti apa yang dilakukan bayangan tersebut, seperti melakukan kekerasan pada diri sendiri atau orang lain, tertawa sendiri, tersenyum sendiri dan marah-marah sendiri tanpa sebab.

Hal ini yang membuat gangguan dalam kebutuhan aman nyaman dapat menyebabkan bahaya pada kenyamanan fisik, kenyamanan lingkungan, atau tempat, kenyamanan, psikospiritual, dan kenyamanan sosiokultural (Dalmai, 2010).

### **3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki**

Kebutuhan cinta adalah kebutuhan dasar yang menggambarkan emosi seseorang. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan di mana seseorang berkeinginan untuk menjalin hubungan yang bermakna secara efektif atau hubungan emosional dengan orang lain.

### **4. Kebutuhan harga diri**

Kebutuhan harga diri adalah penilaian individu mengenai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal diri.

### **5. Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkatan kebutuhan paling tinggi menurut Maslow. Oleh karena itu mencapai tingkat kebutuhan aktualisasi diri ini banyak hambatan yang menghalangi.

**Gambar 2.1**  
**Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut A.Maslow**



(Mubarak, 2008)

### C. Proses Keperawatan

Proses keperawatan suatu metode di mana konsep diterapkan dalam praktik keperawatan. Terdapat lima standar proses keperawatan profesional yang *sequensial* berhubungan yaitu: pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Nanda-1 (2012) dalam Damayanti, M dan Iskandar (2012).

Perawat mengidentifikasi makna data pengkajian melalui penggunaan penilaian klinis. Penilaian klinis adalah interpretasi atau kesimpulan mengenai kebutuhan, perhatian atau masalah pasien, dan atau keputusan mengambil tindakan dengan menggunakan atau memodifikasi respon pasien. (Damayanti, M dan Iskandar, 2012).

## 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap paling awal dan dasar dari proses keperawatan yang disusun secara sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. (Lyer et al., 1996, dalam A.Muhith (2016).

### a. Data

Menurut Satrio, dkk., (2015) data-data pengkajian klien halusinasi penglihatan, terdapat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 2.1**  
**Analisa Data**  
**Pada gangguan sensori persepsi: Halusinasi Penglihatan**

<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>
1. Melihat bayangan-bayangan orang yang sudah meninggal 2. Melihat bayangan yang mengajaknya berbicara 3. Melihat bayangan menyuruh 4. Melihat sesuatu yang bentuknya menakutkan 5. Melihat cahaya	1. Bicara atau tertawa sendiri. 2. Marah-marah tanpa sebab 3. Mengarahkan telinga ke arah tertentu. 4. Menutup mata 5. Mulut komat-kamit 6. Ada gerakan tangan 7. Menunjuk-nunjuk kearah tertentu.

### b. Gejala dan Tanda Mayor serta Minor (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), (2016)

#### 1) Gejala & Tanda Mayor

##### a) Subjektif

##### (1) Melihat bayangan

(2) Merasakan sesuatu melalui indera penglihatan, penciuman, perabaan, atau pengecapan

b) Objektif

(1) Distorsi sensori

(2) Respon tidak sesuai

(3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

2) Gejala & Tanda Minor

a) Subjektif

(1) Menyatakan kesal

b) Objektif

(1) Menyendiri

(2) Melamun

(3) Konsentrasi buruk

(4) Disorientasi waktu, tempat, orang dan situasi.

(5) Curiga

(6) Melihat ke satu arah

(7) Mondar-mandi

(8) Bicara dan tersenyum sendiri.

## 2. Pohon Masalah

**Gambar 2.2**  
**Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Penglihatan**



## 3. Diagnosis Keperawatan

Merupakan keputusan klinis tentang respon seseorang, keluarga, ataupun masyarakat sebagai dari masalah kesehatan potensial. *North American Nursing Diagnostic Association* (NANDA, 2015)

Keliat (2010) dalam buku ajar Keperawatan Jiwa (Satrio, 2015)

Diagnosa Keperawatan yang dapat ditegakkan antara lain:

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan
- b. Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Defisit Perawatan Diri

## 4. Rencana Tindak Keperawatan

Rencana keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus. Rencana keperawatan yang digunakan ditatanan kesehatan jiwa disesuaikan dengan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Indonesia (Yusuf, Fitryasari, Nihayati, 2015).

Menurut Carpenito-Moyet (2007) bahwa perencanaan keperawatan adalah metode pemberian perawatan langsung kepada klien.

- a. Dalam perencanaan keperawatan, perawat menetapkannya berdasarkan hasil pengumpulan data dan rumusan diagnosa keperawatan.
- b. Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Rencana keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi sebagai berikut:
  - 1) Observasi:
    - a) Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi
    - b) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan.
    - c) Monitor isi halusinasi (misalnya, kekerasan, atau membahayakan diri).
  - 2) Teraupetik:
    - a) Pertahankan lingkungan yang aman
    - b) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (misalnya *limit setting*, pembatasan wilayah, pengekangan, seklusi).
    - c) Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi.
    - d) Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi.
  - 3) Edukasi:
    - a) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.

- b) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.
  - c) Anjurkan melakukan distraksi (misalnya mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan relaksasi).
  - d) Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
- 4) Kolaborasi:

Kolaborasi dalam pemberian obat antipsikotik (*Clorpromazine, Haloperidol, Sulpiride*) dan anti ansietas (*Carbamazepine, Diazepam, dan Flumazeil*) jika perlu.

**5. Rencana Keperawatan**

**Tabel 2.2**  
**Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa**  
**Klien dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi**

No. Dx	Perencanaan			
	Dx. Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi (Lihat)	TUK 1: Klien dapat mengenal halusinasi dan latihan menghardik halusinasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien menyatakan mengalami halusinasi</li>   <li>2. Klien menyebutkan halusinasi yang dialami               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Isi</li> <li>b. Waktu</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan klien tentang halusinasi yang dialami.               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tanyakan apakah mengalami sesuatu (halusinasi lihat)</li> <li>b. Katakan bahwa perawat percaya klien mengalami hal yang sama</li> <li>c. Katakan bahwa ada klien yang mengalami hal yang sama</li> <li>d. Katakan bahwa perawat akan membantu klien.</li> </ol> </li>   <li>2. Klien tidak sedang berhalusinasi. Klasifikasi tentang adanya pengeamatan halusinasi, diskusikan dengan klien :</li> </ol>

1	2	3	4	5
			<p>c. Frekuensi d. Situasi dan kondisi yang menimbulkan hallusinasi</p> <p>3. Klien menyatakan yang dilakukan saat halusinasi muncul</p> <p>4. Klien menyampaikan apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.</p> <p>5. Klien menyampaikan dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya.</p> <p>6. Klien mampu mengenal cara baru untuk</p>	<p>a. Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, malam atau sering dan kadang-kadang) b. Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi.</p> <p>3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya. a. Marah b. Takut c. Sedih, cemas, senang, jengkel.</p> <p>4. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut. a. Jika cara yang digunakan adaptif beeri pujian b. Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut.</p> <p>5. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya.</p> <p>6. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: Hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan.</p>

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
			mengontrol halusinasinya.	Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik: a. Katakan pada diri sendiri bahwa” ini tidak nyata!, saya tidak mau lihat” b. Masukkan pada jadwal kegiatan.
2		TUK 2: Klien dapat mengontrol dengan obat	1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik.  2. Klien mampu menyampaikan atau mempraktikkan cara minum obat  3. Klien mampu merencanakan jadwal minum obat.	1. Evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian  2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat, jelaskan: a. Jenis b. Guna c. Dosis d. Frekuensi e. Cara kontinutas minum obat.  3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik dan minum obat.
3		TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-	1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik dan minum obat	1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian.

1	2	3	4	5
		cakap	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mampu menyampaikan atau mempraktikkan cara bercakap-cakap.</li> <li>3. Klien mampu merencanakan jadwal bercakap-cakap.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Meminta orang lain untuk bercakap-cakap.</li> <li>b. Menyampaikan manfaat bercakap-cakap.</li> </ol> </li> <li>3. Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap.</li> </ol>
		TUK 4: Klien dapat mengontrol dengan melakukan aktifitas terjadwal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik, minum obat, bercakap-cakap.</li> <li>2. Klien mampu menyampaikan dan mempraktikkan aktifitas yang dapat dilakukan</li> <li>3. Klien mampu merencanakan jadwal aktifitas yang akan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat, bercakap-cakap, beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan):               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan dengan klien kegiatan yang dapat dilakukan</li> <li>b. Anjurkan klien memilih dua cara untuk dilatih (menghardik dan bercakap-cakap)</li> <li>c. Latih dua cara yang dipilih</li> <li>d. Latihan dua cara yang dipilih</li> </ol> </li> <li>3. Bercakap-cakap dan kegiatan Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan</li> </ol>

1	2	3	4	5
			dilakukan.	sehari-hari a. Evaluasi kegiatan menghardik dan obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian b. Latih kegiatan harian c. Nilai kemampuan yang telah mandiri. d. Nilai apakah halusianasi terkontrol.
		Klien dapat dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: Keluarga mengenal masalah halusinasi dan melatih klien menghardik halusinasi	1. Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat klien  2. Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam mengontrol halusinasi	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi: a. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dan proses terjadinya halusinasi. b. Tindakan yang telah dilakukan klien selama di rumah sakit dalam mengontrol halusinasi dan kemajuan yang telah dialami oleh klien. c. Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga d. Untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi.  2. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam mengontrol halusinasi: a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan 4 cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktifitas.

1	2	3	4	5
			<p>3. Keluarga mempraktikkan cara menghardik</p>	<p>b. Ingatkan klien waktu:menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktifitas.  c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam mengontrol halusinasi.  d. Berikan pujian atas keberhasilan klien</p> <p>3. Latih cara merawat:menghardik dan anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p>
		<p>Klien mendapatkan dukungankeluarga untuk mengontrol halusinasi: Keluarga melatih minum obat</p>	<p>1. Keluarga menyampaikan kemajuan pasien menghardik.  2. Keluarga mampu menyebutkan cara memberikan obat klien dengan prinsip 6 benar.  3. Keluarga menyiapkan obat klien dan mempraktikkan saat mendampingi minum</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik,beri pujian.  2. Jelaskan cara 6benar memberikan obat:  a. Jenis  b. Guna  c. Dosis  d. Frekuensi  e. Cara  f. Kontinuitas minum obat  3. Diskusikan dan latih keluarga cara memberikan minum obat:  a. Contohkan cara mendampingi klien mminum obat dan minta keluarga</p>

1	2	3	4	5
			obat. 4. Keluarga merencanakan jadwal minum obat klien.	mengulang. b. Ingatkan klien waktu minum obat. c. Bantu jika klien mengalami hambatan minum obat. d. Beri pujian atas keberhasilan klien.  4. Anjurkan membantu klien minum obat sesuai jadwal dan memberikan pujian.
		Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: Keluarga melatih bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.	1. Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat atau melatih bercakap-cakap dan 2. Melakukan kegiatan, menjelaskan cara-cara, membantu klien bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.  3. Keluarga mempraktikkan cara mendampingi bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik dan memberi obat, beri pujian. 2. Diskusikan, jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi: a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan cara mengontrol bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi. b. Ingatkan klien waktu, cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi. d. Berikan pujian atas keberhasilan klien. 3. Latih dan sediakan waktu untuk bercakap-cakap terutama saat halusinasi, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan

1	2	3	4	5
				memberikan pujian.
		Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: Keluarga melatih.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih pasien menghardik, memberikan obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan.</li> <li>2. Keluarga mempraktikkan cara mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik, memberikan obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan, beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas terjadwal.</li> </ol>
		Keluarga dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan dalam menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas terjadwal, beri pujian.</li> <li>2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien</li> <li>3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol (Pusat Kesehatan Masyarakat) PKM</li> <li>4. Jelaskan <i>Follow up</i> ke PKM, tanda kambuh, rujukan.</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</li> </ol>

Tabel 2.3

**Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa  
Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan**

No. Dx	Perencanaan			
	Dx. Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>TUM: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>TUK: 1. Klien mampu mengenal perilaku kekerasan yang dialami dan mengontrol dengan cara fisik</p>	<p>Klien Mampu: 1. Membina hubungan saling percaya</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Beri salam setaiap berinteraksi.</li> <li>Perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berinteraksi.</li> <li>Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</li> <li>Tunjukkan sikap empati, jujur, dan menepati janji setiap berinteraksi</li> <li>Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien</li> <li>Buat kontrak interaksi yang jelas.</li> <li>Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien.</li> </ol>

1	2	3	4	5
			<p>2. Menceritakan penyebab perasaan jengkel atau kesal baik dari diri sendiri maupun dari lingkungannya.</p> <p>3. Menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan:</p> <p>a. Tanda fisik: mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang dan lain-lain.</p> <p>b. Tanda-tanda emosional: Perasaan marah, jengkel, bicara kasar.</p> <p>c. Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.</p> <p>4. Menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya,</p>	<p>2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya:</p> <p>a. Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal/jengkelnya</p> <p>b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien.</p> <p>3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya</p> <p>a. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi</p> <p>b. Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>c. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan.</p> <p>4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini:</p> <p>a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah</p>

1	2	3	4	5
			<p>perasaannya saat melakukan kekerasan, efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.</p> <p>5. Menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diri sendiri: luka, di jauhi teman, dll</li> <li>b. Orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll.</li> <li>c. Lingkungan: Barang/benda rusak</li> </ul> <p>6. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah</p>	<p>dilakukannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi</li> <li>c. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialaminya dapat teratasi.</li> </ul> <p>5. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diri sendiri</li> <li>b. Orang lain/keluarga</li> <li>c. Lingkungan</li> </ul> <p>6. Diskusikan dan jelaskan dengan klien cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga</li> <li>b. Obat</li> <li>c. Verbal/sosial: mengungkapkan bahwa dirinya kesal kepada orang lain dengan latihan asrtif.</li> </ul>

1	2	3	4	5
			<p>7. Memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur</p>	<p>d. Spiritual:sembahyang/doa zikir,meditasi,dsb,sesuai keyakinan agamanya masing-masing.</p> <p>7. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Peragakan cara melaksanakan cara fisik: nafas dalam dan pukul bantal/kasur</li> <li>Jelaskan manfaat cara tersebut</li> <li>Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan</li> <li>Beri penguatan pada klien,perbaiki cara yang masih belum sempurna</li> <li>Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.</li> </ol>
		<p>2. Klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan untuk mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>Klien mampu menjelaskan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Manfaat minum obat</li> <li>Kerugian tidak miinum obat</li> <li>Nama obat</li> <li>Bentuk dan warna obat</li> <li>Dosis yang diberikan kepadanya</li> <li>Waktu pemakaian</li> <li>Cara pemakaian</li> <li>Efek yang dirasakan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan latihan fisik dan beri pujian</li> <li>Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat.</li> <li>Jelaskan kepada klien: <ol style="list-style-type: none"> <li>Jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat)</li> <li>Dosis yang tepat untuk klien</li> <li>Waktu pemakaian</li> <li>Cara pemakaian.</li> <li>Efek yang akan dirasakan klien</li> </ol> </li> </ol>

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
				<p>4. Masukkan pada jadwal kegiatan minum obat dan motivasi klien untuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Minta dan menggunakan obat tepat waktu.</li> <li>b. Laporkan kepada perawat / dokter jika mengalami efek yang tidak biasa</li> <li>c. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.</li> </ol>
		<p>3. Klien mampu mengontrol dengan cara verbal/sosial</p>	<p>Klien mampu: Mengungkapkan perasaan kesal atau jengkel pada orang lain tanpa menyakiti</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian</li> <li>2. Diskusikan cara verbal atau sosial untuk mengungkapkan kemarahan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyampaikan perasaan dengan baik</li> <li>b. Meminta dengan baik</li> <li>c. Menolak dengan baik</li> </ol> </li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel</li> </ol>

**Tabel 2.4**  
**Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa**  
**Klien Dengan Defisit Perawatan Diri**

No. Dx	Perencanaan			
	Dx. Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4	5
1	Defisit Perawatan Diri	<p>TUM: Klien dapat mandiri dalam perawatan diri</p> <p>TUK: 1. Kliendapat mengenal DPD dan latihan <i>personal hygiene</i>.</p>	<p>1. Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Wajah cerah, tersenyum</li> <li>b. Mau berkenalan</li> <li>c. Ada kontak mata</li> <li>d. Menerima kehadiran perawat</li> <li>e. Bersedia menceritakan perasaannya.</li> </ol>	<p>1. Bina hubungan saling percaya:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Beri salam setiap berinteraksi</li> <li>b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan</li> <li>c. Tanyakan nama dan panggilan kesukaan klien</li> <li>d. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi</li> <li>e. Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien</li> <li>f. Buat kontrak intraksi yang jelas</li> <li>g. Dengarkan ungkapan perasaan klien dengan empati</li> <li>h. Penuhi kebutuhan dasar klien.</li> </ol>

1	2	3	4	5
			<p>2. Klien mengetahui pentingnya perawatan diri, klien menyebutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyebab tidak merawat diri</li> <li>b. Manfaat menjaga perawatan diri</li> <li>c. Tanda-tanda bersih dan rapi</li> <li>d. Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan</li> </ul>	<p>2. Diskusikan dengan klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyebab klien tidak merawat diri</li> <li>b. Manfaat menjaga perawatan diri untuk keadaan fisik, mental, dan sosial</li> <li>c. Tanda-tanda perawatan diri yang baik</li> <li>d. Penyakit ayau gangguan kesehatan yang bisa dialami oleh klien bila perawatan diri tidak adekuat.</li> </ul>
			<p>3. Klien mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Frekuensi mandi</li> <li>2) Frekuensi menggosok gigi</li> <li>3) Frekuensi keramas</li> <li>4) Frekuensi ganti pakaian</li> <li>5) Frekuensi berhias</li> <li>6) Frekuensi gunting kuku</li> </ul> </li> <li>b. Klien menjelaskan cara menjaga perawatan diri: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Cara mandi</li> <li>2) Cara gosok gigi</li> <li>3) Cara keramas</li> <li>4) Cara berpakaian</li> </ul> </li> </ul>	<p>3. Diskusikan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Frekuensi menjaga perawatan diri selama ini. <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Mandi</li> <li>2) Gosok gigi</li> <li>3) Keramas</li> <li>4) Berpakaian</li> <li>5) Berhias</li> <li>6) Gunting kuku</li> </ul> </li> <li>b. Cara praktik perawatan diri yang baik dan benar: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Mandi</li> <li>2) Gosok gigi</li> <li>3) Keramas</li> <li>4) Berpakaian</li> <li>5) Berhias</li> </ul> </li> </ul>

1	2	3	4	5
			5) Cara berhias 6) Cara gunting kuku	6) Gunting kuku Berikan pujian untuk setiap respon klien yang positif
			4. Klien mempraktikkan perawatan diri dengan dibantu oleh perawat: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mandi</li> <li>b. Gosok gigi</li> <li>c. Keramas</li> <li>d. Ganti pakaian</li> <li>e. Berhias</li> <li>f. Gunting kuku</li> </ol>	4.1 Bantu klien saat perawatan diri: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mandi</li> <li>b. Gosok gigi</li> <li>c. Keramas</li> <li>d. Ganti pakaian</li> <li>e. Berhias</li> <li>f. Gunting kuku</li> </ol> 4.2 Beri pujian setelah klien selesai melaksanakan perawatan diri 4.3 Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi, (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu), potong kuku (satu kali per minggu)
		2. Klien dapat latihan merias diri	1. Klien mampu menyebutkan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perawatan diri yang sudah dilakukan</li> <li>b. Cara berhias:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wanita: Berhias</li> <li>2) Laki-laki: Mencukur jenggot dan kumis</li> </ol> </li> </ol>	1.1 Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian 1.2 Jelaskan cara dan alat untuk berhias 1.3 Latih cara berhias setelah kebersihan diri: Sisiran, rias muka untuk perempuan; sisiran untuk pria 1.4 Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berhias

1	2	3	4	5
		3. Klien dapat latihan merias diri	1. Klien mampu menyebutkan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perawatan diri dan berhias yang sudah dilakukan</li> <li>b. Cara/adab makan dan minum:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyiapkan makanan</li> <li>2) Cuci tangan sebelum makan</li> <li>3) Duduk dimeja makan</li> <li>4) Berdoa sebelum makan</li> <li>5) Tertib selama makan</li> <li>6) Berdoa setelah makan</li> <li>7) Merapihkan meja makan</li> <li>8) Membersihkan alat makan</li> </ol> </li> </ol>	1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berhias. Beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum 3. Bantu/latih klien saat makan dan minum <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyiapkan makanan</li> <li>b. Cuci tangan sebelum makan</li> <li>c. Duduk dimeja makan</li> <li>d. Berdoa sebelum makan</li> <li>e. Tertib selama makan</li> <li>f. Berdoa setelah makan</li> <li>g. Merapihkan meja makan</li> <li>h. Membersihkan alat makan</li> </ol> 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias, makan dan minum yang baik
		4. Klien dapat Menyebutkan cara BAB/BAK yang baik	1. Klien mampu menyebutkan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perawatan diri,berhias,dan makan/minum yang sudah dilakukan</li> <li>b. Cara/adab BAB/BAK:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) BAB/BAK dit toilet</li> <li>2) Membersihkan diri setelah BAB/BAK</li> <li>3) Membersihkan/menyiram toilet setelah BAB/BAK</li> </ol> </li> </ol>	1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berhias, makan dan minum. Berikan pujian 2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik <ol style="list-style-type: none"> <li>a. BAB/BAK dit toilet</li> <li>b. Membersihkan diri setelah BAB/BAK</li> <li>c. Membantu/menyiram toilet setelah BAB/BAK</li> </ol> 3. Bantu/latih BAB/BAK yang baik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias, makan dan minum dan BAB & BAK.

1	2	3	4	5
		5. Klien dapat merawat diri secara mandiri	1. Klien mampu menyebutkan cara merawat diri dengan baik <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membersihkan diri</li> <li>b. Berhias</li> <li>c. Makan dan minum</li> <li>d. BAB &amp; BAK</li> </ol>	1. Evaluasi kegiatan latihan perawatan diri: Kebersihan diri, berhias, makan & minum, BAB & BAK. Beri pujian <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Latih kegiatan harian</li> <li>3. Nilai kemampuan yang telah mandiri</li> <li>4. Nilai apakah perawatan diri telah baik</li> </ol>
		6. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: Keluarga mengenal masalah DPD dan melatih klien merawat diri	1. Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Keluarga menyiapkan sarana perawatan diri klien: sabun mandi, pasta gigi, sikat gigi, shampo, handuk, pakaian bersih, sandal, dan gunting kuku,dll.</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.</li> <li>4. Keluarga mempraktikkan cara perawatan diri atau <i>personal hygiene</i> pada klien</li> </ol>	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri (gunakan booklet) <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penyebab klien tidak melaksanakan perawatan diri</li> <li>b. Tindakan yang telah dilakukan klien selama di rumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami oleh klien</li> <li>c. Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien dalam perawatan diri</li> </ol> 2. Jelaskan sarana unntuk membersihkan diri <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sarana yang diperlukan untuk menjaga perawatan diri klien</li> <li>b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut.</li> </ol> 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam perawatan diri:

1	2	3	4	5
				<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, dan gunting kuku)</li> <li>b. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam perawatan diri</li> <li>c. Berikan pujian atas keberhasilan klien</li> </ul> <p>4. Latih cara merawat: Kebersihan diri dan anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>
		<p>7. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: keluarga melatih klien berhias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih pasien membersihkan diri.</li> <li>2. Keluarga menyiapkan sarana berhias klien: sisir, bedak &amp; lipstik (wanita), alat cukur laki-laki)</li> <li>3. Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam berhias</li> <li>4. Keluarga mempraktikkan cara berhias pada klien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan sarana untuk berhias <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sarana yang diperlukan untuk berhias</li> <li>b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut</li> </ul> </li> <li>3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam berhias: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan berhias</li> <li>b. Ingatkan klien waktu berhias</li> <li>c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam berhias</li> <li>d. Berikan pujian atas keberhasilan klien</li> </ul> </li> <li>4. Latih cara merawat: Kebersihan diri &amp; berhias, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</li> </ul>

1	2	3	4	5
		<p>8. Klien untuk meningkatkan perawatan diri: mendapatkan dukungan keluarga Keluarga melatih klien makan dan minum yang baik</p>	<p>8.1 Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat atau melatih pasien membersihkan diri dan berhias 8.2 Keluarga menyiapkan sarana makan dan minum 8.3 Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam makan dan minum 8.4 Keluarga mempraktikkan cara berhias pada klien</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri dan berhias. Beri pujian 2. Jelaskan sarana untuk makan dan minum a. Sarana yang diperlukan untuk makan &amp; minum b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga untuk makan &amp; minum: a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan makan dan minum b. Ingatkan klien waktu makan dan minum c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam makan &amp; minum d. Berikan pujian atas keberhasilan klien 4. Latih cara merawat: kebersihan diri, berhias, dan makan &amp; minum, anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian</p>
		<p>9. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri:</p>	<p>9.1 Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat atau melatih pasien membersihkan diri, berhias dan makan &amp; minum. 9.2 Keluarga menyiapkan sarana BAB &amp; BAK 9.3 Menjelaskan cara-cara membantu</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan keluarga merawat/melatih pasien kebersihan diri, berhias, dan makan &amp; minum. Beri pujian 2. Jelaskan sarana untuk BAB &amp; BAK: a. Sarana yang diperlukan untuk BAB &amp; BAK b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan</p>

1	2	3	4	5
		<p>Keluarga melatih klien BAB &amp; BAK</p>	<p>klien dalam BAB &amp; BAK 9.4 Keluarga mempraktikkan cara BAB &amp; BAK pada klien</p>	<p>sarana tersebut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga untuk BAB &amp; BAK               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan makan dan minum</li> <li>b. Ingatkan klien jika ingin BAB &amp; BAK</li> <li>c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam BAB &amp; BAK</li> <li>d. Berikan pujian atas keberhasilan klien</li> </ol> </li> <li>4. Latih cara merawat:kebersihan diri,berhias,makan&amp;minum dan BAB &amp; BAK,Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ol>
		<p>10. Keluarga mampu merawat pasien secara mandiri</p>	<p>Keluarga dapat menyebutkan cara merawat pasien dengan masalah DPD</p>	<p>Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien dalam perawatan diri: kebersihan diri, badandan,makan&amp;minum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. BAB &amp; BAK.Beri pujian</li> <li>b. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien</li> <li>c. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM</li> <li>d. Jelaskan <i>follow up</i> ke PKM, tanda kambuh, rujukan</li> <li>e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ol>

## 6. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan, saat melaksanakan tindakan keperawatan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien dengan kondisinya. Pada saat akan dilakukan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan (Dalami dkk, 2009).

Implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien halusinasi ada 2 (Muhith, 2015) yaitu:

- a. Tujuan tindakan untuk klien meliputi:
  - 1) Klien mengenali halusinasi yang dialaminya
  - 2) Klien dapat mengontrol halusinasinya
  - 3) Klien mengikuti program pengobatan secara optimal
- b. Tindakan keperawatan:

- 1) Membantu klien mengenali halusinasi.

Dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon pasien saat halusinasi muncul.

- 2) Melatih klien mengontrol halusinasi.

Untuk membantu klien agar mampu mengontrol halusinasi, ada 4 cara untuk mengendalikan halusinasi yaitu :

a) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya untuk mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan “tidak” terhadap halusinasi yang muncul atau tidak mempedulikan halusinasinya.

b) Bercakap-cakap dengan orang lain

Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi (fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi kepercakapan yang dilakukan dengan orang tersebut) sehingga cara yang paling efektif untuk mengatasi halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

c) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, sehingga pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

d) Menggunakan obat secara teratur.

Agar klien mampu mengontrol halusinasi, klien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering kali mengalami putus obat sehingga akibatnya klien mengalami kekambuhan. Tindakan keperawatan agar klien patuh

menggunakan obat yaitu dengan cara, jelaskan guna obat, jelaskan akibat dari putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar klien, benar cara pemberian, benar waktu, benar dosis).

## 7. Evaluasi

Dalami dkk., (2009) mengatakan evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis/Assesment dan Perencanaan/Planning) sebagai pola pikir, masing-masing huruf tersebut akan diurutkan sebagai berikut :

S : Respon Subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru

P : Perencanaan dan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien

Evaluasi merupakan mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku klien terhadap tujuan yang sudah ditentukan yaitu, mengenali halusinasi yang dialaminya,

mengontrol halusinasi yang dialaminya, klien mengikuti program pengobatan yang diberikan (Muhith, 2015).

#### **8. Dokumentasai Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. *North American Nursing Diagnosis* (NANDA, 2017).