

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengertian

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang ditemukan pada pasien gangguan jiwa dengan skizofrenia. Menurut Maramis (1998) halusinasi adalah gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. (Abdul Muhith, 2015).

Halusinasi adalah persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsang yang menimbulkannya atau tidak ada objek. (Sunardi, 2005). Halusinasi adalah distorsi persepsi yang terjadi pada respon neurobiological yang maladaptive. (Stuart and Sundeen, 1998). Halusinasi merupakan salah satu gangguan persepsi dimana terjadi pengalaman panca indra tanpa adanya rangsangan (persepsi indra yang salah Cook dan Fotaine, 1987). Halusinasi adalah gangguan persepsi panca indra tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada system penginderaan dimana pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik. (Wilson, 1983).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan.

2. Etiologi Halusinasi

Menurut Abdul Muhith (2015), halusinasi dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan sumber yang dapat digunakan oleh individu untuk menangani stress

1) Faktor Genetik

Telah diketahui bahwa secara genetik skizofrenia diturunkan oleh kromosom yang mengalami skizofrenia. Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil ini menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2) Faktor Perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.

3) Faktor Neurobiologi

Biasanya terjadi pada klien skizofrenia yang terjadi penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal

4) Faktor Biokimia

Dengan adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang, maka tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik.

5) Psikologis

Hubungan intrerpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang bertentangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.

b. Faktor presipitasi

Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, Ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi untuk coping. Proses penghambatan dalam proses komunikasi sehingga dengan demikian faktor-faktor pencetus respon neurobiologis dapat dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Berlebihannya proses informasi pada sistem saraf yang menerima dan memproses informasi di otak.
- 2) Mekanisme penghantaran listrik di saraf terganggu.
- 3) Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku seperti, kurang nutrisi, kurang tidur, kelelahan, infeksi, lingkungan yang memusuhi, masalah rumah tangga, isolasi sosial.

3. Patofisiologi

Halusinasi dapat berkembang melalui lima fase menurut Stuart dan Laraia (2005):

a. Fase *sleep disorder* (fase awal sebelum klien mengalami halusinasi)

Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui oleh orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah semakin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya terlibat narkoba, drop out dari kampus, putus cinta. Masalah terasa semakin menekan dan persepsi terhadap masalah semakin buruk, mengalami sulit tidur berangsur terus-menerus hingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal sebagai pemecahan masalah.

b. Fase *comforting* (halusinasi secara umum diterima sebagai suatu yang alami)

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

c. Fase *condemning* (secara umum halusinasi sering mendatangi klien)

Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias atau prasangka. Klien merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang

dipersepsikan, klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.

- d. Fase *controlling* (fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan)

Klien mencoba melawan suara-suara atau *sensory abnormal* yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir, disinilah dimulai gangguan psychotic.

- e. Fase *conquering* (klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya)

Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang iadengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat. (Yosep, 2009).

4. Tanda dan Gejala Halusinasi

Jenis-jenis halusinasi menurut Stuart dan Sundeen (1998) adalah:

- a. Halusinasi pendengaran: seolah-olah mendengar suara, paling sering suara orang. Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang berbicara mengenai klien, terkadang suara tersebut seperti memerintahkan untuk melakukan sesuatu dan kadang-kadang melakukan hal yang berbahaya.

- b. Halusinasi penciuman: merupakan halusinasi yang seolah-olah mencium bau, seperti bau busuk, amis dan bau menjijikan seperti darah, urin atau feses.
- c. Halusinasi penglihatan: halusinasi yang merupakan stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometris, gambar kartun dan atau panorama yang luas. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan.
- d. Halusinasi pengecap: halusinasi yang seolah-olah merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan seperti darah, urine, dan feses.
- e. Halusinasi perabaan: halusinasi yang seolah-olah mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati, atau orang lain.

5. Penatalaksanaan Medis

Menurut Satrio, dkk. (2015) penatalaksanaan klien dengan skizofrenia yang mengalami halusinasi yaitu dengan pemberian obat-obatan psikofarmakologis, yaitu obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikotik.

- a. Anti psikotik
 - 1) Chlorpromazine (Promactile, Largactile)
 - 2) Haloperidol (Haldol, Serenace, Lodomer)
 - 3) Stelazine
 - 4) Clozapine
 - 5) Risperidone (Risperidal)

- b. Anti parkinson
 - 1) Trihexypenidile
 - 2) Arthan

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam (Kasiati & Ni Wayan Dwi, 2016) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam lima tingkat sebagai berikut:

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur.

2. Kebutuhan akan rasa aman

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisiologis dan perlindungan psikologis. Keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologis 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 pendengaran kebutuhan rasa keselamatan dan keamanan akan sangat terganggu karena mereka seringkali mengikuti apa yang diperintahkan oleh halusinasinya. Ini sangat dibutuhkan peran keluarga dalam memantau keselamatan dan menjaga. (Dalmai 2009)

3. **Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang**

Yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan.

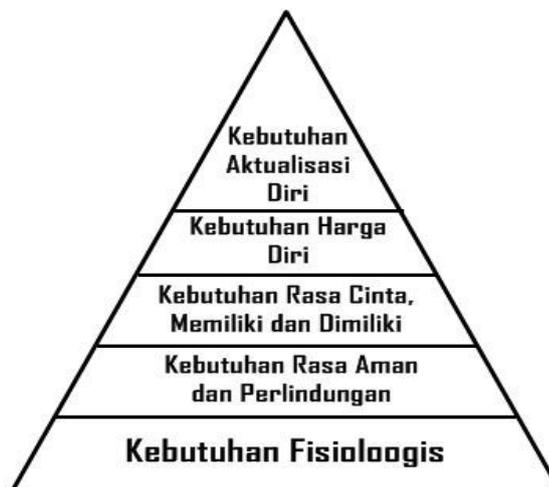
4. **Kebutuhan akan harga diri**

Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri.

5. **Kebutuhan aktualiasasi diri**

Merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan berikut:

Gambar 2.1
Hierarki Maslow



(Kasiati & Ni Wayan Dwi, 2016)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

1. Pengkajian

Menurut Sutejo, (2015) pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan, dan terdiri atas pengumpulan data, analisa data, dan perumusan masalah klien. Menurut Stuart dan Sundeen proses terjadinya halusinasi akan dijelaskan dengan menggunakan konsep adaptasi sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

1) Biologis

Abnormalitas yang menyebabkan respon neurobiologi yang maladaptif termasuk hal-hal berikut:

- a) Penelitian pencitraan otak yang menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia, lesi pada area frontal, temporal dan limbic.
- b) Beberapa kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia seperti dopamine neuro transmitter yang berlebihan dan masalah pada respo dopamine.

2) Psikologis

Teori psikodinamika yang menggambarkan bahwa halusinasi terjadi karena adanya isi alam tidak sadar yang masuk alam sadar sebagai suara respon terhadap konflik psikologis dan kebutuhan yang tidak terpenuhi, sehingga halusinasi merupakan gambaran dan rangsangan keinginan dan ketakutan yang dialami oleh klien.

3) Sosial budaya

Stres yang termasuk dapat menunjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain tetapi diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

b. Faktor presipitasi

1) Biologi

Stresor biologi yang berhubungan dengan respon neurobiologi yang maladaptif, termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi dan abnormalisasi pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk selektif menghadapi rangsangan.

2) Stress lingkungan

Secara biologis menetapkan ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

c. Pemicu gejala

Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neuro biology yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan (gizi buruk, infeksi), lingkungan rasa bermusuhan/lingkungan yang penuh kritik, gangguan dalam hubungan interpersonal, sikap dan perilaku (keputusan, kegagalan)

d. Klasifikasi halusinasi

Halusinasi diklasifikasikan menjadi lima jenis yaitu:

1) Halusinasi pengelihatan

- (a) Melirikkan mata ke kiri dan kanan seperti mencari siapa atau yang dibicarakan.
 - (b) Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang sedang tidak berbicara atau pada benda seperti mebel.
 - (c) Terlihat percakapan dengan benda mati atau pada seseorang yang tidak nampak.
 - (d) Menggerak-gerakan mulut seperti sedang bicara atau sedang, menjawab suara.
- 2) Halusinasi pendengaran
- (a) Tiba-tiba tampak tanggap, ketakutan atau ditakuti oleh orang lain, benda mati atau stimulus yang tidak tampak
 - (b) Tiba-tiba lari keruangan lain.
- 3) Halusinasi penciuman
- (a) Hidung yang dikerutkan seperti, mencium bau-bau yang tidak enak
 - (b) Mencium bau tubuh
 - (c) Mencium bau udara ketika sedang berjalan kearah orang lain
 - (d) Merespon terhadap bau dengan panik seperti mencium bau api atau darah.
 - (e) Melempar selimut atau menuang air pada orang lain seakan sedang memadamkan api
- 4) Halusinasi pengecapan
- (a) Meludahkan makanan atau minuman
 - (b) Menolak untuk makan, minum atau minum obat

(c) Tiba-tiba meninggalkan tempat makan.

e. Mengkaji Waktu Terjadinya Halusinasi

Perawat perlu mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi yang dialami klien. Pengetahuan tentang frekuensi terjadinya halusinasi dapat dijadikan landasan perencanaan tindakan untuk mencegah halusinasi.

Menurut SDKI (2017) sebagaimana yang dikemukakan Tim Pokja SDKI didapatkan data :

a. Gejala Tanda Mayor :

1) Subjektif

(a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan

(b) Merasakan sesuatu melalui indera perubahan, penciuman, perabaan, atau pengecapan.

2) Objektif

(a) Distorsi sensori

(b) Respon tidak sesuai

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

b. Gejala Tanda Minor

1) Subjektif

(a) Menyatakan kesal

2) Objektif

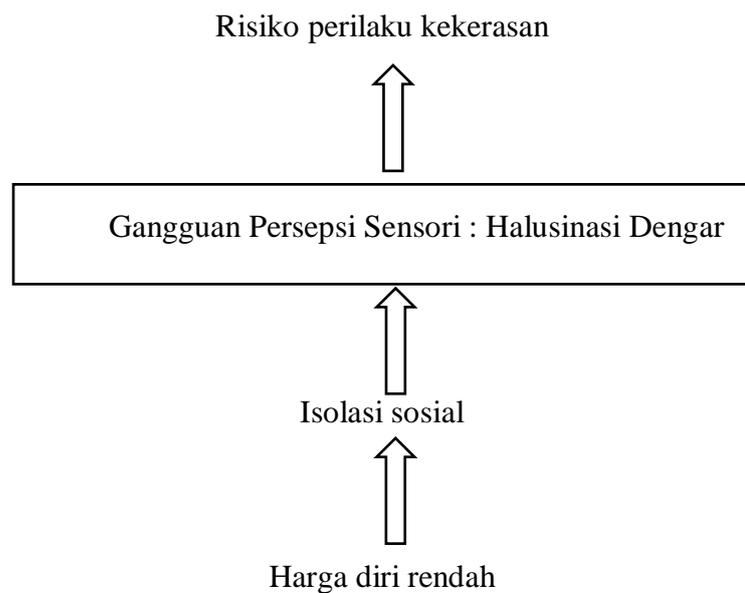
(1) Menyendiri

- (2) Melamun
- (3) Konsentrasi buruk
- (4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- (5) Curiga
- (6) Melihat ke satu arah
- (7) Mondar-mandir
- (8) Bicara sendiri

2. Pohon Masalah

Keliat (2010) dalam Buku Ajar Keperawatan jiwa (Satrio, 2015) mengatakan pohon masalah klien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi sebagai berikut:

Gambar 2.2
Pohon Masalah Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran



3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Carpenito (1998), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menggunakan *typology single* diagnosis, maka rumusan diagnosis adalah menggunakan etiologi saja.

Berdasarkan pohon masalah di atas maka rumusan diagnosis adalah sebagai berikut:

- a. Perubahan sensori persepsi : Halusinasi
- b. Risiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi social
- d. Gangguan konsep diri : harga diri rendah

(Yusuf, Fitryasari, Nihayati, 2015).

4. Perencanaan 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 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Rencana keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi sebagai berikut :

a. Observasi :

- 1) Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi.
- 2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan.
- 3) Monitor isi halusinasi (misalnya, kekerasan, atau membahayakan diri).

b. Terapeutik :

- 1) Pertahankan lingkungan yang aman.
- 2) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (misalnya *limit setting*, pembatasan wilayah, pengekangan, seklusi).
- 3) Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi.
- 4) Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi

c. Edukasi :

- 1) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.
- 2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.
- 3) Anjurkan melakukan distraksi (misalnya mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi).
- 4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.

d. Kolaborasi :

Kolaborasi dalam pemberian obat antipsikotik (clorpromazine, haloperidol, sulpiride) dan antiansietas (carbamazepin, diazepam, dan flumazeil), jika perlu

Tabel 2.1

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

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

1	2	3	4	5
			<p>3. Klien menyatakan yang dilakukan saat halusinasi muncul.</p> <p>4. Klien menyampaikan apa yang dilakukan untuk mengatasi tersebut.</p> <p>5. Klien menyampaikan dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya</p> <p>6. Klien mampu mengenal cara baru untuk mengontrol halusinasi</p>	<p>3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Marah b. Takut c. Sedih d. Cemas, Senang, Jengkel <p>4. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian b. Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut. <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. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Katakan pada diri sendiri bahwa “ini tidak nyata!, saya tidak mau dengar” b. Masukkan pada jadwal kegiatan

1	2	3	4	5
		TUK 2 : Klien dapat mengontrol dengan obat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik. 2. Klien mampu menyampaikan/ praktikan cara minum obat. 3. Klien mampu merencanakan/jadwal minum obat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi menghardik beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat, jelaskan : <ol style="list-style-type: none"> a. Jenis b. Guna c. Dosis d. Frekuensi e. Cara kontinuitas minum obat. 3. Masukan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik dan minum obat
		TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik dan minum obat. 2. Klien mampu menyampaikan/praktikan cara bercakap-cakap. 3. Klien mampu merencanakan/jadwal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian. 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Meminta orang lain untuk bercakap-cakap. b. Menyampaikan manfaat bercakap-cakap. 3. Masukan jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap

1	2	3	4	5
			bercakap-cakap.	
		TUK 4 : Klien dapat mengontrol dengan melakukan aktifitas terjadual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik minum obat bercakap-cakap. 2. Klien mampu menyampaikan dan praktikan aktifitas yang dapat dilakukan. 3. Klien mampu merencanakan jadual aktifitas yang akan dilakukan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat bercakap-cakap, beri pujiandan minum oabat bercakap-cakap, beripujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian(mulai 2 kegiatan) : <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan dengan klien kegiatan yang dapat dilakukan. b. Anjurkan klien memilih dua cara untuk dilatih (menghardik dan bercakap-cakap). c. Latih dua cara yang dipilih. d. Latihan dua cara yang terpilih. 3. Masukan jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercapak-cakap dan kegiatan sehari-hari. <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi kegiatan menghardik dan obat bercakap-cakap dan kegiatan harian. b. Latih kegiatan harian. c. Nilai kemampuan yang telah mandiri. d. Nilai apakah halusiansi terkontrol
		Klien dapat dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: keluarga mengenal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi. <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan perngertian tanda dan gejala, penyebab

1	2	3	4	5
		<p>masalah halusinasi dan melatih klien menghardik halusinasi</p>	<p>2. Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam mengontrol halusinasi.</p> <p>3. Keluarga mempraktikan cara menghardik.</p>	<p>dan proses terjadinya halusinasi.</p> <p>b. Tindakan yang telah dilakukan klien selama dirumah sakit dalam mengontrol halusinasi dan kemajuan yang telah dialami oleh klien.</p> <p>c. Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga.</p> <p>d. Untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi.</p> <p>2. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam mengontrol halusinasi:</p> <p>a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikan 4 cara menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas.</p> <p>b. Ingatkan klien waktu : menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas.</p> <p>c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam mengontrol halusinasi</p> <p>d. Berikan pujian atas keberhasilan klien</p> <p>3. Latih cara merawat : menghardik dan anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p>

1	2	3	4	5
		<p>Klien mendapatkankeluarga untuk mengontrol halusinasi: keluarga melatih minum obat.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga menyampaikan kemajuan pasien menghardik. 2. Keluarga mampu menyebutkan cara memberikan obat klien dengan prinsip 6 benar. 3. Keluarga menyiapkan obat klien dan mempraktek saat mendampingi minum obat. 4. Keluarga merencanakan jadwal minum obat klien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, beri pujian. 2. Jelaskan 6 benar obat memberikan obat. <ol style="list-style-type: none"> a. Jenis b. Guna c. Dosis d. Frekuensi e. Cara f. Kontinuitas minum obat. 3. Diskusikan dan latih keluarga cara memberikan minum obat : <ol style="list-style-type: none"> a. Contohkan cara mendampingi klien minum obat dan minta keluarga mengulangi. b. Ingatkan klien waktu minum obat. c. Bantu jika klien mengalami hambatan minum obat. d. Beri pujian atas keberhasilan klien. 4. Anjurkan mambantu klien minum obat sesuai jadwal dan memberikan pujian.

1	2	3	4	5
		<p>Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi : keluarga melatih bercakap-cakap dan melakukan kegiatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih bercakap-cakap 2. Melakukan kegiatan menjelaskan cara-cara membantu klien bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. 3. Keluarga mempraktikan cara mendampingi bercakapcakap dan melakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat, beri pujian. 2. Diskusikan jelaskan arah bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi: <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikan untuk mengontrol bercakap-cakap dan meakukan 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 kerberhasilan klien. 3. Latih dan sediakan waktu untuk bercakap-cakap terutama saat halusinasi, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

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

Tabel 2.2

**Rencana Tindakan Keperawatan
Klien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan**

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

1	2	3	4	5
			<p>2. Menceritakan penyebab perasaan jengkel /kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya</p> <p>3. Menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan : a. Tanda fisik : mata merah,ekspresi tegang,dan lain-lain. b. Tanda emosional : perasaan marah,jengkel,bicara kasar. c. tanda sosial :bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>4. Menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya,perasaanya saat melakukannya,perasaanya saat melakukan kekerasan , efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah</p>	<p>2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya : a. Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien</p> <p>3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya : a. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi b. Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan 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 dilakukan nya selama ini: a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya. b. Motivasi klien untuk menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi.</p>

1	2	3	4	5
			<p>5. Menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya : (diri sendiri : luka, dijauhi teman, dll; oranglain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll; lingkungan : barang atau benda rusak dll)</p> <p>6. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah</p> <p>7. Memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik: Tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur</p>	<p>c. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.</p> <p>5. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada :</p> <ol style="list-style-type: none"> Diri sendiri Orang lain/keluarga Lingkungan <p>6. Diskusikan dan jelaskan dengan klien cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah</p> <ol style="list-style-type: none"> Cara fisik :nafas dalam,pukul bantal atau kasur, olahraga Obat Verba /sosial : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain dengan latihan asertif. Spiritual:sembahyang/doa,zikir,meditasi dsb sesuai keyakinan agamanya masing-masing <p>7. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Peragakan cara melaksanakan cara fisik: nafas dalam dan pukul bantal/kasur. Jelaskan manfaat cara tersebut

1	2	3	4	5
				<ul style="list-style-type: none"> c. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan. d. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik.
		<p>2. Klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan untuk mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>Klien mampu menjelaskan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Manfaat minum obat b. Kerugian tidak minum obat c. Nama obat d. Bentuk dan warna obat e. Dosis yang diberikan kepadanya f. Waktu pemakaian g. Cara pemakaian h. Efek yang dirasakan 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan beri pujian 2. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat secara teratur 3. Jelaskan kepada klien : <ul style="list-style-type: none"> a. Jenis obat b. Dosis yang tepat untuk klien c. Waktu pemakaian d. Cara pemakaian e. Efek yang akan dirasakan klien 4. Maukan pada jadual kegiatan minum obat dan motivasi klien untuk : <ul style="list-style-type: none"> a. Minta dan gunakan obat tepat waktu b. Laporkan ke perawat atau dokter jika mengalami efek tidak biasa c. Beri pujian terhadap kedisiplinan menggunakan obat
		<p>3. Klien mampu mengontrol dengan cara verbal/sosial</p>	<p>1. Klien mampu : mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian 2. Diskusikan cara verbal /sosial untuk mengungkapkan kemarahan. <ul style="list-style-type: none"> a. menyampaikan perasaan dengan baik b. meminta dengan baik

1	2	3	4	5
				<p>c. menolak dengan baik</p> <p>3. Masukan pada jadual kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang dilatih</p>
		<p>4. Klien mampu mengontrol dengan cara spiritual</p>	<p>1. Klien mampu: mengidentifikasi kegiatan spiritual yang dapat dilakukan ; zikir/doa, meditasi sesuai agamanya</p> <p>2. Klien mampu melakukan kegiatan spiritual untuk mengontrol marahnya</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal, beri pujian</p> <p>2. Diskusikan cara spiritual yang dipilih untuk mengontrol kemarahan.</p> <p>3. Masukan pada jadual kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah /jengkel</p> <p>4. Evaluasi kegiatan latihan dan berikan pujian.</p> <p>5. Latih kegiatan dilanjutkan sampai tak terhingga</p> <p>6. Nilai kemampuan yang telah mandiri</p> <p>7. Nilai apakah harga diri klien meningkat</p>
		<p>5. Klien mendapatkan dukungan untuk mengontrol RPK: keluarga mampu mengenal masalah PK dan melatih cara fisik</p>	<p>Keluarga mampu :</p> <p>1. Menjelaskan tentang RPK</p> <p>2. Menjelaskan cara merawat klien dengan RPK</p> <p>3. Melatih cara fisik</p>	<p>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien</p> <p>2. Jelaskan tentang:</p> <p>a. Pengertian, tanda & gejala dan proses terjadinya PK (gunakan booklet)</p> <p>b. Jelaskan cara merawat PK</p> <p>c. Latih keluarga cara merawat PKL fisik</p> <p>d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian</p>
		<p>6. Klien mendapatkan dukungan untuk mengontrol PK :</p>	<p>1. Keluarga menyampaikan kemajuan pasien setelah latihan fisik</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik 1.2.beri pujian</p>

1	2	3	4	5
		keluarga mampu membimbing minum obat	2. Keluarga menyampaikan 7 benar minum obat 3. Keluarga mampu mendampingi klien minum obat	2. Jelaskan kepada klien : a. Jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat) b. Manfaat c. Dosis yang tepat untuk klien d. Waktu pemakaian e. Cara pemakaian f. Efek yang akan dirasakan klien g. Kontinuitas minum obat 3. Latih keluarga untuk a. Menjadualkan minum obat pasien b. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan beri pujian
		7. Klien mendapatkan dukungan untuk mengontrol PK: Keluarga mampu membimbing minum obat	1. Keluarga menyampaikan kemajuan pasien setelah latihan fisik dan minum obat 2. Keluarga mampu mendampingi klien melatih cara verbal dan spiritual	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien latihan fisik dan minum obat. Beri pujian 2. Latih keluarga untuk : a. Latih keluarga membimbing pasien secara verbal/bicara yang baik b. Latih keluarga membimbing pasien dengan cara spiritual c. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian
		8. Keluarga mampu melakukan <i>follow up</i> ke PKM, mengenalitanda	1. Keluarga menyampaikan kemajuan pasien setelah latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik 1.2, memberikan obat verbal dan spiritual beri pujian

1	2	3	4	5
		<p>kambuh, melakukan rujukan</p>	<p>2. Keluarga mampu menjelaskan tanda-tanda kambuh,cara melakukan rujukan/<i>follow up</i> ke puskesmas</p> <p>3. Keluarga menyatakan akan membantu pasien sesuai jadual</p>	<p>2. Jelaskan <i>follow up</i> ke PKM, tanda kambuh rujukan</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikn pujian</p> <p>4. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik 1.2, memberikan obat, verbal & spiritual dan follow up. Beri pujian</p> <p>5. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien</p> <p>6. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM</p>

Tabel 2.3

**Rencana Tindakan Keperawatan
Klien Dengan Defisit Perawatan Diri**

Perencanaan				
No	Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4	5
	Defisit perawatan diri	<p>TUM : Klien dapat mandiri dalam perawatan diri</p> <p>TUK :</p> <p>1. Klien dapat mengenal DPD dan latihan personal hygiene</p>	<p>1. Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :</p> <p>a. Wajah cerah, tersenyum</p> <p>b. Mau berkenalan</p> <p>c. Ada kontak mata</p> <p>d. Menerima kehadiran perawat</p> <p>e. Bersedia menceritakan perasaannya</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya:</p> <p>a. Beri salam setiap berinteraksi</p> <p>b. Perkenalkan nama,nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan</p> <p>c. Tanyakan nama dan panggilan kesukaan klien</p> <p>d. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi</p> <p>e. Tanyakan perasaan yang dan masalah yang dihadapi klien</p> <p>f. Buat kontrak interaksi yang jelas</p> <p>g. Dengarkan ungkapan perasaan klien dengan empati</p> <p>h. Penuhi kebutuhan dasar klien</p>

1	2	3	4	5
			<p>2. Klien mengetahui pentingnya perawatan diri, klien menyebutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penyebab tidak merawat diri b. Manfaat menjaga perawatan diri c. Tanda-tanda bersih dan rapih d. Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak diperhatikan <p>3. Klien mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri :</p> <p>3.1 Klien menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi mandi b. Frekuensi gosok gigi 	<p>2. Diskusikan dengan klien :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Penyebab klien tidak merawat diri b. Manfaat menjaga perawatan diri untuk keadaan fisik, mental dan sosial. c. Tanda-tanda perawatan diri yang baik d. Penyakit atau gangguan kesehatan yang bisa dialami oleh klien bila perawatan diri tidak adekuat <p>3.1 Diskusikan frekuensi menjaga perawatan diri selama ini</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berpakaian e. Berhias f. Gunting kuku

1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> c. Frekuensi keramas d. Frekuensi ganti pakaian e. Frekuensi berhias f. Frekuensi gunting kuku <p>3.2 Klien menjelaskan cara menjaga perawatan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cara mandi b. Cara gosok gigi c. Cara keramas d. Cara berpakaian e. Cara berhias f. Cara gunting kuku <p>4. Klien mempraktikan perawatan diri dengan dibantu oleh perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas 	<p>3.2 Berikan pujian untuk respon yang positif. Diskusikan cara praktek perawatan diri yang baik dan benar</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berpakaian e. Berhias f. Gunting kuku <p>4.1 Bantu klien saat perawatan diri :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berpakaian e. Berhias

1	2	3	4	5
			d. Ganti pakaian e. Berhias f. Gunting kuku	4.2 Beri pujian setelah klien melakukan perawatan diri 4.3 Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi, (2 kali per hari), cuci rambut (2 kali per minggu)
		2. Klien dapat latihan merias diri	1. Klien mampumenyebutkan : a. Perawatan diri yang sudah dilakukan b. Cara berhias : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wanita : berhias /berhias ▪ laki -laki mencukur jenggot dan kumis 	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, cukuran untuk pria 1.4 Masukan pada jadual kegiatan untuk kebersihan diri dan berhias
		3. Klien dapat latihan merias diri	1. Klien mampu menyebutkan a. Perawatan diri dan berhias yang sudah dilakukan b. Cara/adab makan dan minum : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyiapkan makanan 	1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berhias. Beri pujian 2. Jelaskan cara alat makan dan minum 3. Bantu klien saat makan dan minum <ul style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan makan b. Cuci tangan sebelum makan c. Duduk dimeja makan d. Berdoa sebelum makan e. Tertib selama makan

1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuci tangan sebelum makan ▪ Duduk dimeja makan ▪ Berdoa sebelum makan ▪ Merapihkan meja makan ▪ Membersihkan alat makan 	<p>f. Berdoa setelah makan g. Merapihkan meja makan h. Membersihkan alat makan</p> <p>4. Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias makan dan minum yang baik</p>
		<p>4. Klien dapat menyebutkan cara BAB/BAK yang baik</p>	<p>1. Klien mampu menyebutkan</p> <p>a. Perawatan diri, berhias atau makan dan minum yang sudah dilakukan</p> <p>b. Cara BAB/BAK :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ BAB/BAK ditoilet ✓ Membersihkan diri setelah BAB/BAK ✓ Membersihkan atau menyiram toilet setelah BAB/BAK 	<p>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri,berhias, makan dan minum beri pujian</p> <p>2. Jelaskan cara BAB dan BAK yang baik</p> <p>a. BAB/BAK di toilet</p> <p>b. Membersihkan diri setelah BAB/BAK</p> <p>c. Membersihkan atau menyiram toilet setelah BAB/BAK</p> <p>3. Bantu/ latih klien BAB/BAK yang baik</p> <p>4. Masukan ke jadual kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias, makan & minum, BAB & BAK</p>
		<p>Klien dapat merawat secara mandiri</p>	<p>Klien mampu menyebutkan cara merawat diri dengan baik:</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan latihan perawatan diri: kebersihan diri, berhias, makan & minum, BAB & BAK. Beri pujian</p>

1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> a. Membersihkan diri b. Berhias c. Makan/minum d. BAB & BAK 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Latih kegiatan harian 3. Nilai kemampuan yang telah mandiri 4. Nilai apakah perawatan diri telah baik
		<p>5. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri : keluarga mengenal masalah DPD dan melatih klien merawat diri</p>	<p>5.1 Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien</p> <p>5.2 Keluarga menyampaikan sarana perawatan diri klien : sabun mandi, pasta gigi, shampoo, handuk, pakaian bersih, sandal, dan gunting kuku, dll</p> <p>5.3 Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam memenuhi</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya deficit perawatan diri (gunakan booklet) <ul style="list-style-type: none"> a. Penyebab klien tidak melaksanakan perawatan diri b. Tindakan yang telah dilakukan klien selama dirumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami oleh klien c. Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien dalam perawatan diri 2. Jelaskan sarana untuk membersihkan diri <ul style="list-style-type: none"> a. Sarana yang diperlukan untuk menjaga perawatan diri klien b. Anjurkan pada keluarga untuk menyiapkan sarana tersebut 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam perawatan diri : <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikan

1	2	3	4	5
			<p>kebutuhan perawatan dirinya</p> <p>5.4 Keluarga mempraktekan cara perawatan diri/personal hygiene pada klien</p>	<p>perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju dan gunting kuku)</p> <p>b. Ingatkan klien waktu mand, gosok gigi, keramas, ganti baju dan gunting kuku.</p> <p>c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam perawatan diri</p> <p>d. Berikan pujian atas keberhasilan klien</p> <p>4. Latih cara merawat : kebersihan diri dan anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian</p>
		<p>6. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri : keluarga melatih klien berhias</p>	<p>6.1 Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih pasien membersihkan diri</p> <p>6.2 Keluarga menyiapkan sarana berhias klien : sisir, bedak & lipstick (wanita), alat cukur (laki-laki)</p> <p>6.3 Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam berhias</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan sarana untuk berhias</p> <p>a. Sarana yang diperlukan untuk berhias</p> <p>b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut</p> <p>3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu di lakukan keluarga dalam berhias :</p> <p>a. Anjurkan keluarga untuk mempraktekan berhias</p>

1	2	3	4	5
			6.4 Keluarga mempraktekan cara berhias pada klien	<ul style="list-style-type: none"> b. Ingatkan klien waktu makan dan minum c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam makan dan minum d. Berikan pujian terhadap keberhasilan klien <p>4. Latih cara merawat : kebersihan diri, berhias dan makan dan minum, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>
		7. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri : keluarga melatih klien makan dan minum yang baik	<p>7.1 Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih pasien membersihkan diri dalam berhias</p> <p>7.2 Keluarga menyampaikan sarana makan dan minum</p> <p>7.3 Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam makan dan minum</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih pasien kebersihan diri dan berhias. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan sarana untuk makan dan minum</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sarana yang diperlukan untuk makan dan minum b. Anjurkan pada keluarga untuk menyiapkan sarana tersebut <p>3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga untuk makan dan minum</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan keluarga untuk mempraktikkan makan dan minum b. Ingatkan klien waktu makan dan minum. c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam makan dan minum d. Berikan pujian atas keberhasilan klien

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

1	2	3	4	5
		<p>Keluarga mampu merawat pasien secara mandiri</p>	<p>Keluarga dapat menyebutkan cara merawat pasien dengan masalah DPD</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien dalam perawatan diri: kebersihan diri, berpakaian makan & minum, BAB & BAK. Beri pujian b. Nilai kemampuan keluarga dalam merawat pasien c. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM d. Jelaskan <i>follow up</i> ke PKM, tanda kambuh, rujukan e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

5. Implementasi

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 memperdulikan 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 terjadual

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, sehingga pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali 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 seringkali 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).

6. 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).

7. 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 Diagnostic* (NANDA, 2017).