

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Teori Waham

1. Pengertian Waham

Waham adalah keyakinan atau sebuah persepsi palsu yang tetap tidak dapat diubah meskipun ada bukti yang membantahnya. Gangguan proses pikir waham ini mengacu pada suatu kondisi seseorang yang menampilkan satu atau lebih khayalan yang ganjil selama paling sedikit sebulan. Waham merupakan suatu keyakinan yang salah dan dipertahankan secara kuat atau terus menerus tetapi tidak sesuai dengan kenyataan. Penderita meyakini bahwa dirinya seperti apa yang ada dalam isi pikirnya (Myers, dkk 2017).

Waham adalah suatu keyakinan yang salah yang dipertahankan secara kuat atau Terus menerus, tapi tidak sesuai dengan kenyataan. Waham adalah termasuk gangguan isi pikiran. Pasien meyakini bahwa dirinya adalah seperti apa yang ada di dalam isi pikirannya. Waham sering ditemui pada gangguan jiwa berat dan beberapa bentuk waham yang spesifik sering ditemukan pada penderita skizofrenia waham adalah suatu keyakinan yang salah dan menetap, tidak berdasarkan kenyataan. Delusi atau waham merupakan keyakinan yang tidak sesuai dengan realita (Manurung & Pardede, 2022)

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa waham merupakan suatu keyakinan yang salah tetapi dipertahankan dengan kuat oleh penderita tanpa bukti bukti yang jelas (tidak sesuai dengan realita)

2. Etiologi

faktor penyebab terjadinya gangguan waham digolongkan menjadi beberapa faktor, yaitu faktor predisposisi, faktor biologis, dan faktor psikodinamik.

a. Faktor Predisposisi (Predisposing factor)

Faktor predisposisi terdiri dari tiga faktor, yaitu faktor biologis,

faktor psikologis, dan faktor sosial budaya.

1) Faktor biologis

Waham diyakini terjadi karena adanya atrofi otak, pembesaran ventrikel di otak, atau perubahan pada sel kortikal dan limbik. Abnormalitas otak yang menyebabkan respons neurologis yang maladaptif yang baru mulai dipahami.

a) Penelitian pencitraan otak sudah mulai menunjukkan keterlibatan otak yang luas dan dalam perkembangan skizofrenia. Hal yang paling berhubungan dengan perilaku psikotik adalah adanya lesi pada area frontal, temporal, dan limbik.

b) Beberapa senyawa kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan hal-hal berikut ini:

a) Kadar dopamin neurotransmitter yang berlebihan

b) Ketidakseimbangan antara dopamin dan neurotransmitter lain

c) Masalah-masalah yang terjadi pada sistem respons dopamin

2) Faktor psikologis

Teori psikologi terdahulu menyalahkan keluarga sebagai penyebab gangguan ini, sehingga menimbulkan kurangnya rasa percaya (keluarga terhadap tenaga kesehatan jiwa profesional). Waham ini juga dapat disebabkan oleh perbedaan perlakuan dari keluarga. Misalnya saja, sosok ibu adalah tipe pencemas, sedangkan sosok ayah adalah tipe yang kurang atau tidak peduli.

3) Faktor sosial budaya

Unsur-unsur dari faktor sosial budaya dapat mencakup kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan (perkotaan lawan pedesaan), masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, pengaruh rasial dan keagamaan, serta nilai-nilai (Yosep, 2009). Di sisi

lain, timbulnya waham dapat disebabkan oleh perasaan terasing dari lingkungannya dan kesepian (Direja, 2011).

b. Faktor Biologis

Berbagai zat dan kondisi medis non-psikiatrik dapat menyebabkan waham, sehingga menyatakan bahwa faktor biologis yang jelas dapat menyebabkan waham. Akan tetapi, tidak semua orang dengan tumor memiliki waham. Klien yang wahamnya disebabkan oleh penyakit neurologis serta yang tidak memperlihatkan gangguan intelektual, cenderung mengalami waham kompleks yang serupa dengan penderita gangguan waham. Sebaliknya, penderita gangguan neurologis dengan gangguan intelektual sering mengalami waham sederhana. Jenis waham sederhana ini tidak seperti waham pada klien dengan gangguan waham.

c. Faktor Psikodinamik

Banyak klien dengan gangguan waham memiliki suatu kondisi sosial terisolasi dan pencapaian sesuatu dalam kehidupannya tidak sesuai dengan apa yang mereka harapkan. Teori psikodinamik spesifik mengenai penyebab dan evolusi gejala waham melibatkan anggapan seputar orang hipersensitif dan mekanisme ego spesifik, pembentukan reaksi, proyeksi, dan penyangkalan.

Faktor- faktor yang mempengaruhi terjadinya waham adalah:

- 1) Gagal melalui tahapan perkembangan dengan sehat.
- 2) Disingkirkan oleh orang lain dan merasa kesepian
- 3) Hubungan yang tidak harmonis dengan orang lain
- 4) Perpisahan dengan orang yang di cintainya
- 5) Kegagalan yang sering di alami
- 6) Keturunan, paling sering pada kembar satu telur
- 7) Menggunakan penyelesaian masalah yang tidak sehat misalnya menyalahkan orang lain.

1. Klasifikasi Waham

Menurut Yosep (2010), waham diklasifikasikan menjadi 5 macam :

- a. Waham kebesaran (*Grandiosity*)

Klien meyakini bahwa memiliki suatu kebesaran atau kekuasaan terhadap dirinya.

b. Waham agama (*Religious*)

Klien memiliki keyakinan berlebihan terhadap suatu agama.

c. Waham somatik (*Somatic*)

Klien meyakini bahwa tubuh atau bagian dari tubuhnya terganggu atau terserang suatu penyakit.

d. Waham nihilistik (*Nihilistic*)

Klien meyakini bahwa dirinya sudah tiada atau meninggal dan keyakinannya terhadap hal ini diucapkan secara berulang-ulang.

e. Waham bizar (*Bizarre*)

Suatu paham yang melibatkan fenomena keyakinan seseorang yang sama sekali tidak masuk akal. Waham bizar terdiri dari waham sisip pikir (*thought of insertion*), waham siar pikir (*thought of broadcasting*), dan waham kendali pikir (*thought of being controlled*).

1) Waham sisip pikir adalah waham di mana klien meyakini bahwa ada pikiran orang lain yang disisipkan dipikirkannya

2) Waham siar pikir adalah waham di mana klien memiliki keyakinan yang tidak masuk akal bahwa orang lain dapat mendengar atau menyadari pikirannya.

3) Waham kontrol pikir adalah waham dimana pikirannya dikontrol oleh kekuatan yang ada diluar dirinya

2. Tanda dan Gejala

Menurut (Sutejo, 2017) bahwa gejala gangguan proses pikir waham dibagi menjadi beberapa kategori yaitu :

- a. Kategori gejala kognitif waham mencakup ketidak mampuan dalam membedakan realita dan fantasi; kepercayaan yang sangat kuat terhadap keyakinan palsunya; memiliki kesulitan dalam berpikir realita; dan ketidakmampuan dalam mengambil keputusan.
- b. Kategori gejala afektif mencakup situasi yang tidak sesuai dengan kenyataan dan afek tumpul (*blunted affect*). Karakter khas dari afek

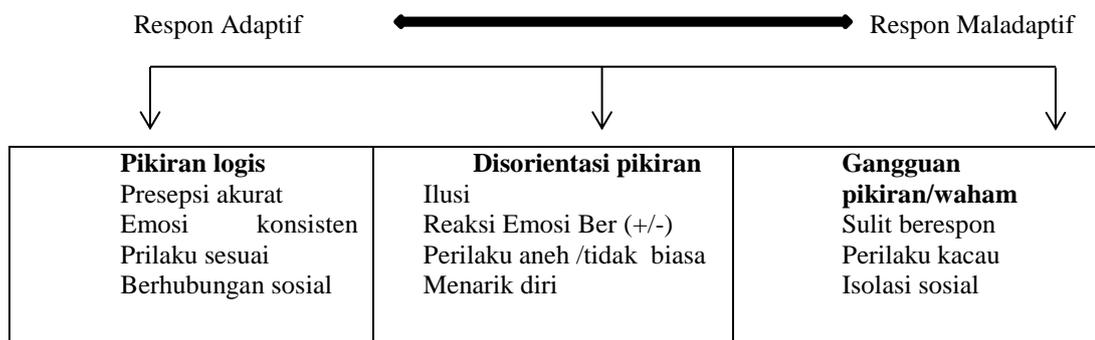
tumpul adalah tidak mengekspresikan perasaan, baik secara verbal dengan membicarakan kejadian emosional dengan cara emotif atau secara nonverbal dengan menggunakan bahasa tubuh emosional, ekspresi wajah, atau gerak tubuh.

- c. Kategori gejala perilaku dan hubungan sosial mencakup hipersensitifitas, depresif, ragu-ragu, hubungan interpersonal dengan orang lain yang bersifat dangkal, mengancam secara verbal, aktivitas tidak tepat, impulsif, curiga, dan pola pikir stereotip. Selain gejala-gejala yang telah disebutkan sebelumnya, terdapat gejala fisik yang ditandai dengan kebersihan diri yang kurang, muka pucat, sering menguap, turunnya berat badan dan nafsu makan, serta sulit tidur.

3. Rentang Respon

Menurut Darmiyanti (2016), rentang respon waham sebagai berikut :

Gambar 2 1 Rentang Respon Waham



4. Fase-fase waham

Menurut Eriawan (2019), Proses terjadinya waham dibagi menjadi enam yaitu:

- a. Fase kurangnya kebutuhan manusia (*Fase Lack of Human need*)
Waham diawali dengan terbatasnya kebutuhan-kebutuhan klien baik secara fisik maupun psikis. Secara fisik klien dengan waham dapat terjadi pada orang-orang dengan status sosial dan ekonomi sangat terbatas. Biasanya klien sangat miskin dan menderita. Keinginan ia untuk memenuhi kebutuhan hidupnya mendorongnya untuk melakukan kompensasi yang salah. Ada juga klien yang

secara sosial dan ekonomi terpenuhi tetapi kesenjangan antara *reality* dengan *selfideal* sangat tinggi. Misalnya ia seorang sarjana tetapi menginginkan dipandang sebagai seorang dianggap sangat cerdas, sangat berpengalaman dan diperhitungkan dalam kelompoknya. Waham terjadi karena sangat pentingnya pengakuan bahwa ia eksis di dunia ini. Dapat dipengaruhi respon adaptif respon maladaptif Pikiran logis disorientasi pikiran gangguan pikiran/wahamjuga oleh rendahnya penghargaan saat tumbuh kembang (*life span history*).

b. Fase kurangnya kepercayaan diri (*Fase lack of self esteem*)

Tidak ada tanda pengakuan dari lingkungan dan tingginya kesenjangan antara *self ideal* dengan *self reality* (kenyataan dengan harapan) serta dorongan kebutuhan yang tidak terpenuhi sedangkan standar lingkungan sudah melampaui kemampuannya. Misalnya, saat lingkungan sudah banyak yang kaya, menggunakan teknologi komunikasi yang canggih, berpendidikan tinggi serta memiliki kekuasaan yang luas, seseorang tetap memasang self ideal yang melebihi lingkungan tersebut. Padahal self reality-nya sangat jauh. Dari aspek pendidikan klien, materi, pengalaman, pengaruh, *support system* semuanya sangat rendah.

c. Fase kendali internal dan eksternal (*Fase control internal external*)

Klien mencoba berfikir rasional bahwa apa yang ia yakini atau apaapa yang ia katakan adalah kebohongan, menutupi kekurangan dan tidak sesuai dengan kenyataan. Tetapi menghadapi kenyataan bagi klien adalah sesuatu yang sangat berat, karena kebutuhannya untuk diakui, kebutuhan untuk dianggap penting dan diterima lingkungan menjadi prioritas dalam hidupnya, karena kebutuhan tersebut belum terpenuhi sejak kecil secara optimal. Lingkungan sekitar klien mencoba memberikan koreksi bahwa sesuatu yang dikatakan klien itu tidak benar, tetapi hal ini tidak dilakukan secara adekuat karena besarnya toleransi dan keinginan menjaga perasaan. Lingkungan hanya menjadi pendengar pasif tetapi tidak mau

konfrontatif berkepanjangan dengan alasan pengakuan klien tidak merugikan orang lain.

d. Fase dukungan lingkungan (*Fase environment support*)

Adanya beberapa orang yang mempercayai klien dalam lingkungannya menyebabkan klien merasa didukung, lama kelamaan klien menganggap sesuatu yang dikatakan tersebut sebagai suatu kebenaran karena seringnya diulang-ulang. Dari sinilah mulai terjadinya kerusakan kontrol diri dan tidak berfungsinya norma (*Super Ego*) yang ditandai dengan tidak ada lagi perasaan dosa saat berbohong.

e. Fase kenyamanan (*Fase comforting*)

Klien merasa nyaman dengan keyakinan dan kebohongannya serta menganggap bahwa semua orang sama yaitu akan mempercayai dan mendukungnya. Keyakinan sering disertai halusinasi pada saat klien menyendiri dari lingkungannya. Selanjutnya klien lebih sering menyendiri dan menghindari interaksi sosial (Isolasi sosial).

f. Fase peningkatan (*Fase improving*)

Apabila tidak adanya konfrontasi dan upaya-upaya koreksi, setiap waktu keyakinan yang salah pada klien akan meningkat. Tema waham yang muncul sering berkaitan dengan traumatik masa lalu atau kebutuhan kebutuhan yang tidak terpenuhi (rantai yang hilang). Waham bersifat menetap dan sulit untuk dikoreksi. Isi waham dapat menimbulkan ancaman diri dan orang lain. Penting sekali untuk mengguncang keyakinan klien dengan cara konfrontatif serta memperkaya keyakinan religiusnya bahwa apaapa yang dilakukan menimbulkan dosa besar serta ada konsekuensi sosial

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Stuart (2016), proses pengkajian keperawatan meliputi :

1. Pengkajian

Identitas Pasien: Nama, tempat tanggal lahir, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, diagnosa medis, nomor rekam

medis.

2. Alasan Masuk.

- a. Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke rumah sakit saat ini.
- b. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini, dan bagaimana hasilnya.

3. Faktor Predisposisi

- a. Apakah pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.
- b. Bagaimana pengobatan sebelumnya, apakah berhasil atau tidak.
- c. Apakah klien pernah melakukan dan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal.
- d. Adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Apabila ada anggota keluarga lama yang mengalami gangguan jiwa maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut
- e. Apakah ada pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/ perpisahan/ kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu.

4. Fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ:

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan klien.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan klien.
- c. Tanyakan kepada klien/keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien. Kaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.

5. Psikososial

- a. Genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga. Jelaskan masalah yang terkait dengan

komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

b. Konsep diri.

1) Gambaran diri

Bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

2) Identitas diri.

Bagaimana status dan posisi klien sebelum dirawat. Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, keompok). Kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

3) Peran diri.

Bagaimana tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/ masyarakat. Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut

4) Ideal diri.

Bagaimana harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran. Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat). Harapan klien terhadap penyakitnya.

5) Harga diri.

Bagaimana hubungan klien dengan orang lain. Penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

c. Hubungan Sosial

1) Siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.

2) Kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.

3) Sejauh mana pasien terlibat dalam kelompok dimasyarakat, apakah ada hambatan atau tidak.

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

a) Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.

b) Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.

2) Kegiatan ibadah.

a) Kegiatan ibadah dirumah secara individu dan kelompok.

b) Pendapat klien/ keluarga tentang kegiatan ibadah.

6. Status Mental

a. Penampilan

Bagaimana penampilan pasien apakah rapi / tidak rapi / penggunaan pakaian tidak sesuai / cara berpakaian tidak seperti biasanya.

b. Pembicaraan.

Bagaimana cara bicara klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis dan atau lambat.

c. Aktivitas motorik

Amati apakah pasien lesu, tegang, gelisah, agitasi, tik, grisamen, tremor, kompulsif.

d. Alam perasaan

Amati apakah pasien sedih, ketakutan, putus asa, khawatir, atau gembira berlebihan.

e. Afek.

Amati apakah afek pasien datar, tumpul, labil, atau tidak sesuai.

f. Interaksi selama wawancara.

Bagaimana interaksi pasien apakah kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata, defensive, atau curiga.

g. Persepsi.

Jelaskan jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu, frekuensi, respon yang tampak pada saat klien berhalusinasi.

h. Proses pikir.

Bagaimana proses pikir pasien apakah sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, flight of idea, blocking, atau pengulangan pembicaraan.

i. Isi pikir.

Bagaimana isi pikir pasien apakah obesesi, fobia, hipokondria, depersonalisasi, atau pikiran magis.

j. Tingkat kesadaran.

Bagaimana tingkat kesadaran pasien apakah bingung, sedasi, stupor, ataukah mengalami gangguan disorientasi waktu, tempat, dan orang.

k. Memori.

Bagaimana memori pasien, apakah mengalami gangguan daya ingat jangka panjang, gangguan daya ingat jangka pendek, gangguan daya ingat saat ini, atau konfabulasi.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung.

Bagaimana apakah pasien mudah teralih, tidak mau konsentrasi, atau tidak mampu berhitung sederhana.

m. Kemampuan penilaian.

Apakah pasien mengalami gangguan penilaian ringan atau bermakna.

n. Daya tilik diri.

Apakah pasien mengingkari penyakit yang di deritanya atau menerima.

7. Kebutuhan Persiapan Pulang

Makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian/berhias, istirahat tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, kegiatan di dalam rumah, kegiatan di luar rumah.

8. Mekanisme Koping

Bagaimana mekanisme koping pasien, apakah adaptif atau maladaptif.

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

10. Apakah pasien mengalami masalah dengan dukungan kelompok, masalah berhubungan dengan lingkungan, masalah dengan pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan perumahan, masalah dengan ekonomi, masalah dengan pelayanan kesehatan, dan masalah lainnya.

11. Pengetahuan

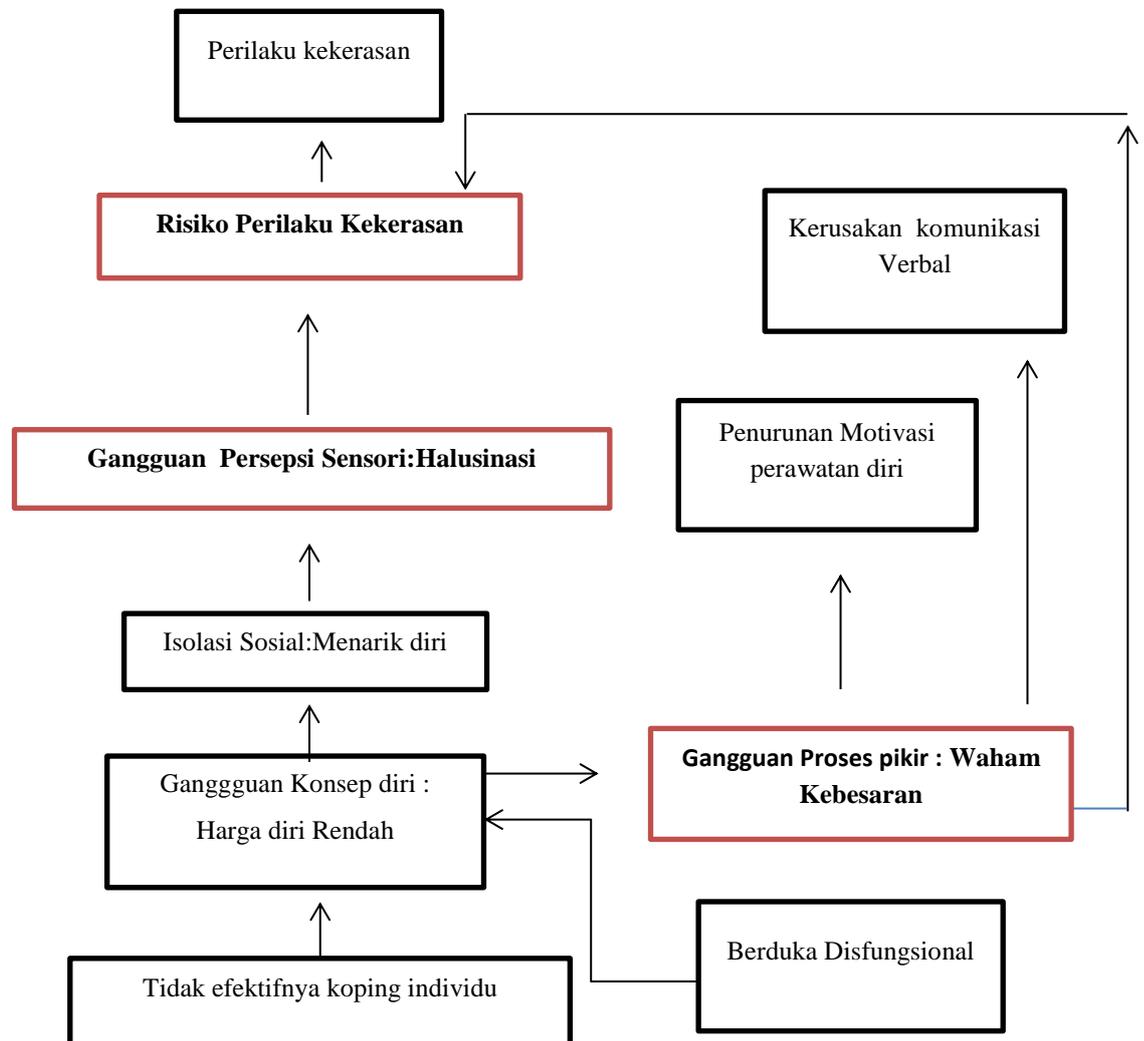
Bagaimana pengetahuan pasien mengenai penyakit jiwa, faktor presipitasi, koping, system pendukung, penyakit fisik, atau obat-obatan.

12. Aspek Medis

Apa diagnosa medis pasien dan apa saja terapi medik pasien.

C. Pohon Masalah Keperawatan

Gambar 2.2 Pohon Masalah



D. Diagnosa Keperawatan

Dalam (SDKI, 2017) diagnosa utama pada klien waham adalah Gangguan proses pikir:waham.Sedangkan diagnosa terkait lainnya adalah gangguan Persepsi sensori, Risiko perilaku kekerasan, gangguan konsep diri: Harga diri rendah, kerusakan komunikasi verbal.

E. Rencana keperawatan

Tabel 2 1 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional																		
		Luaran	Intervensi																				
1	Gangguan Proses Pikir : Waham (Waham Kebesaran) (SDKI 2017, D0105, Hal 228)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama pertemuan diharapkan status orientasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Verbalisasi waham</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>- Perilaku waham</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>- Perilaku sesuai realita</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- Isi pikir sesuai realita</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- Pembicaraan</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	A	T	- Verbalisasi waham	5	1	- Perilaku waham	5	1	- Perilaku sesuai realita	1	5	- Isi pikir sesuai realita	1	5	- Pembicaraan	1	5	<p>Manajemen Waham (I.09295) <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor waham yang isinya membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan 2. Monitor efek terapiutik dan efek samping obat <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bina hubungan interpersonal saling percaya 4. Tunjukkan sikap tidak menghakimi secara konsisten 5. Diskusikan waham dengan berfokus pada perasaan yang mensadari waham (“Anda terlihat seperti sedang merasa ketakutan”) 6. Hindari perdebatan tentang keyakinan yang keliru, nyatakan keraguan sesuai fakta 7. Hindari memperkuat gagasan waham 8. Sediakan lingkungan aman dan nyaman 9. Berikan aktivitas rekreasi dan pengalihan sesuai kebutuhan 10. Lakukan intrevensi pengontrolan perilaku waham (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, atau seklusi) 		<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengatahui apakah waham yang dialami pasien membahayakan dirinya atau orang lain 2) Mengetahui keefektifan obat yang diberikan <p><i>Terapiutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Untuk kepercayaan dan keterbukaan pasien terhadap perawat 4) Untuk menunjukkan Sikap kepedulian kepada pasien 5) Mengetahui apa yang dirasakan pasien tentang wahamnya 6) Untuk menerima fakta yang sebenarnya 7) Agar pasien merasa nyaman saat berdiskusi 8) Untuk meningkatkan rasa aman dan nyaman saat bercerita 9) Untuk mengalihkan Waham dengan aktivitas yang menyenangkan 10) Untuk mengontrol perilaku Waham yang dialami pasien <p><i>Edukasi</i></p>
Kriteria	A	T																					
- Verbalisasi waham	5	1																					
- Perilaku waham	5	1																					
- Perilaku sesuai realita	1	5																					
- Isi pikir sesuai realita	1	5																					
- Pembicaraan	1	5																					

			<p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Anjurkan mengungkapkan dan memvalidasi waham (uji realitas) dengan orang yang dipercaya (pemberi asuhan/keluarga) 12. Anjurkan melakukan rutinitas harian secara konsisten 13. Latih manajemen stres 14. Jelaskan tentang waham serta penyakit terkait (mis. delirium, Skizofrenia, atau depresi) cara mengatasi dan obat yang diberikan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Kolaborasi pemberian obat, sesuai indikasi 	<ol style="list-style-type: none"> 11) gar pasien merasa aman dan terbuka untuk menceritakan apa yang dirasakan 12) Untuk mengalihkan Waham pasien 13) Agar tidak berfokus pada Waham yang dialami 14) Agar mengetahui dan memahami tentang Waham 15) Agar pengobatan pasien bisa lebih maksimal 															
<p>2.</p>		<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama pertemuan diharapkan kontrol pikir membaik dengan kriteria hasil:</p> <table border="1" data-bbox="577 874 1070 1157"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Kemampuan berinteraksi</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- Menunjukkan pola pikir yang logis</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- Menunjukkan pemikiran yang berdasarkan kenyataan</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- Menunjukkan isi pikir positif</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	A	T	- Kemampuan berinteraksi	1	5	- Menunjukkan pola pikir yang logis	1	5	- Menunjukkan pemikiran yang berdasarkan kenyataan	1	5	- Menunjukkan isi pikir positif	1	5	<p>Pencegahan Waham (I.09299)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikas kesehatan mental dan fisik 2. Identifikasi riwayat perawatan dan pengobatan sebelumnya 3. Identifikasi latar belakang budaya yang dapat mempengaruhi kesehatan mental 4. Identifikasi pemicu terjadinya waham (mis. stres, ansietas) 5. Identifikasi tujuan atau kebutuhan waham 6. Monitor kesehatan fisik (mis. berat badan, TTV) 7. Monitor frekuensi dan intensitas waham setiap hari <p><i>Terapeutik</i></p>	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengetahui status kesehatan mental dan fisik 2) Mengetahui berapa lama perawatan dan pengobatan sebelumnya 3) Mengetahui latar belakang yang mempengaruhi kesehatan mental 4) Mengetahui apa penyebab terjadinya waham 5) Mengetahui tujuan dari isi waham 6) Mengetahui kesehatan fisik secara bertahap 7) Mengetahui perkembangan berapa kali dan bagaimana isi waham
Kriteria	A	T																	
- Kemampuan berinteraksi	1	5																	
- Menunjukkan pola pikir yang logis	1	5																	
- Menunjukkan pemikiran yang berdasarkan kenyataan	1	5																	
- Menunjukkan isi pikir positif	1	5																	

			<p>8. Yakinkan pasien berada dalam lingkungan yang aman</p> <p>9. Validasi setiap keyakinan yang keliru</p> <p>10. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan waham</p> <p>11. Motivasi mendiskusikan pikiran atau penalaran waham</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>12. Informasikan bahwa perawat tidak menceritakan waham pasien kepada orang lain</p> <p>13. Latih kemampuan pemenuhan kebutuhan waham yang tidak terpenuhi (mis. latihan perilaku pikiran, asertif)</p> <p>14. Latih mengontrol pikiran (mis..teknik distraksi pikiran)</p>	<p><i>Terapiutik</i></p> <p>8) Membuat pasien nyaman</p> <p>9) Mengetahui apakah waham yang dialami pasien membahayakan dirinya atau orang lain</p> <p>10) Memenuhi kebutuhan pasien sesuai masalah</p> <p>11) untuk mengarahkan pasien agar lebih berpikir realistis</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>12) Menjaga Privasi pasien dan supaya pasien lebih percaya kepada perawat</p> <p>13) Agar pemenuhan kebutuhan pasien terpenuhi</p> <p>14) Agar pasien dapat mengotrol pikiran</p>												
3		<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama pertemuan diharapkan kontrol pikir membaik dengan krikteria hasil:</p> <table border="1" data-bbox="577 1029 1068 1342"> <thead> <tr> <th>Krikteria</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Kemampuan mengenali halusinasi dan delusi</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- Kemampuan menahan diri mengikuti halusinasi dan delusi</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>- Kemampuan menjelaskan isi halusinasi dan delusi menunjukkan pola pikir yang logis</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Krikteria	A	T	- Kemampuan mengenali halusinasi dan delusi	1	5	- Kemampuan menahan diri mengikuti halusinasi dan delusi	1	5	- Kemampuan menjelaskan isi halusinasi dan delusi menunjukkan pola pikir yang logis	1	5	<p>Manajemen Halusinasi (I.09288)</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1. Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi</p> <p>2. Monitor dan sesuaikan aktivitas dan stimulasilingkungan</p> <p>3. Monitor isi halusinasi</p> <p><i>Teraupetik</i></p> <p>4. Pertahankan lingkungan yang aman</p> <p>5. Diskusikan perasaan dan</p>	<p><i>Observasi</i></p> <p>1) Mengetahui perilaku yang dilakukan pasien pada saat halusinasi terjadi</p> <p>2) Menyusuaikan aktivitas pasien dan menstimulus dengan lingkungan</p> <p>3) Mengetahui apa isi dari halusinasi</p> <p><i>Terapiutik</i></p> <p>4) Agara pasien merasa aman</p> <p>5) Mengetahui tingkat halusinasi</p> <p>6) Agar komunikasi berjalan dengan baik</p> <p><i>Edukasi</i></p>
Krikteria	A	T														
- Kemampuan mengenali halusinasi dan delusi	1	5														
- Kemampuan menahan diri mengikuti halusinasi dan delusi	1	5														
- Kemampuan menjelaskan isi halusinasi dan delusi menunjukkan pola pikir yang logis	1	5														

		<table border="1"> <tr> <td>- Melaporkan penurunan halusinasi dan delusi</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </table>	- Melaporkan penurunan halusinasi dan delusi	1	5	<p>respon terhadap halusinasi</p> <p>6. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</p> <p>8. Anjurkan bicara pada orang yang dipercayai untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</p> <p>9. Anjurkan melakukan distraksi (mendengar musik, melakukan aktivitas, teknik relaksasi)</p> <p>Ajarkan cara mengontrol halusinasi</p>	<p>7) Agar pasien mengetahui situasi terjadinya muncul halusinasi</p> <p>8) Mengalihkan, memutus halusinasi pasien</p> <p>9) Agar pasien mengetahui dan dapat mempraktekkan cara mengontrol halusinasi</p> <p>10) Mengendalikan dan mengurangi gejala psikosis yang dialami oleh pasien</p>															
- Melaporkan penurunan halusinasi dan delusi	1	5																				
4		<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama pertemuan diharapkan Tingkat agitasi menurun dengan kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Sifat lekas marah</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>- Tidak mampu menahan diri</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>- Mondar-mandir</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>- Memukul</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>- Emosi</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	A	T	- Sifat lekas marah	5	1	- Tidak mampu menahan diri	5	1	- Mondar-mandir	5	1	- Memukul	5	1	- Emosi	1	5	<p>Manajemen pengendalian marah (I.09290)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Fasilitas mengekspresikan marah secara adaptif Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis, menggunakan senjata) Cegah aktivitas pemicu agresi (mis, meninju tas, mandar-mande, berolahraga berlebihan) Lakukan kontrol eksternal (mis pangakangan, time-out, dan solusi) , 	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Mengetahui penyebab pasien marah Mengetahui perilaku pasien saat marah <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien lebih percaya pada perawat Untuk mengontrol marah pasien Agar pasien tidak mencederai diri Komunikasi terjalan baik Membantu pasien untuk mengontrol diri pasien Memberi dukungan pasien untuk menerapkan strategi pengendalian marah secara adaptif
Kriteria	A	T																				
- Sifat lekas marah	5	1																				
- Tidak mampu menahan diri	5	1																				
- Mondar-mandir	5	1																				
- Memukul	5	1																				
- Emosi	1	5																				

			<p>jika perlu</p> <p>8. Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif</p> <p>9. Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>10. Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respon marah</p> <p>11. Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat</p> <p>12. Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptif</p> <p>13. Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang luas (mis. latihan aserti, teknik relaksasi, Jurnal, aktivitas penyaluran energi)</p>	<p>9) Untuk mengetahui perubahan perilaku pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>10) Memberikan informasi kepada pasien tentang tindakan yang tepat dilakukannya</p> <p>11) Peningkatan peran pasien</p> <p>12) Membantu pasien untuk tindakan yang tepat dalam perawatannya</p> <p>13) Membantu dalam mengontrol marah pasien</p>
--	--	--	--	---

F. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada pasien. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling membantu, kemampuan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan evaluasi.

G. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan keperawatan yang akan dicapai.

H. WOC (web of causation)
Gambar 2 3 WOC (Web Of Causation)

