

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Skizofrenia*

2.1.1. Pengertian

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. *Skizofrenia* adalah bagian dari psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas, tingkah laku, emosional dan hilangnya daya tilik diri (Sadock et al., 2014).

Skizofrenia merupakan salah satu disfungsi otak dan merupakan penyakit multifaktorial, faktor tersebut antara lain perubahan struktur fisik otak dan faktor genetik. *Skizofrenia* adalah sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak sesuai, dan gangguan fungsi psikososial. Gangguan pikiran yang tidak berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang salah, serta memiliki kesan datar atau tidak sesuai dan mempunyai berbagai gangguan fungsi motorik yang aneh. Orang dengan *skizofrenia* kebanyakan sering menarik diri dari orang lain dan kenyataan dan sering memasuki kehidupan fantasi yang penuh ilusi dan halusinasi (Yosep dan Sutini, 2014). Kesimpulan dari beberapa teori tentang skizofrenia tersebut diatas penulis menyimpulkan bahwa penyakit skizofrenia merupakan sejenis penyakit gangguan mental yang

menyebabkan perubahan tingkah laku, pikiran serta ketidakstabilan emos

2.1.2. Etiologi *Skizofrenia*

Menurut *Videbeck* (2020) terdapat dua factor penyebab *skizofrenia* yaitu :

a. Faktor predisposisi

1) Factor biologis

a) Faktor genetik

Factor genetic adalah faktor utama pencetus dari *skizofrenia*. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki risiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

2) Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial. *Skizofrenia* yang parah terlihat pada ketidak mampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri.

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Factor ini menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi yang rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat penduduk, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress, dan perasaan putus asa.

b. Faktor persipitasi

Faktor presipitasi dari *skizofrenia* antarlain sebagai berikut:

1) Biologis

Stessor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan komunikasi dan ketidak mampuan stimulus untuk memproses umpan balik otak yang mengatur informasi dan abnormalitas mekanisme dalam otak.

2) Lingkungan

Toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang

biasanya terdapat pada respon neurobilogis maladaftif yang berhubungan dengan Kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

2.1.3 Manifestasi klinis *skizofrenia*

Menurut Owen,M.J (2017), gejala-gejala *skizofrenia* dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu gejala positif dan gejala negative yang dapat diuraikan sebagai berikut:

a) Gejala positive *skizofrenia*

- (a) Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.
- (b) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikian itu.
- (c) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- (d) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
- (e) Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecuringaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.

b) Gejala negative *skizofrenia*

Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat. Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu:

- (a) Alam perasaan gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- (b) Isolasi sosial atau mengasingkan diri tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.
- (c) Kontak emosional sukar diajak bicara, pendiam.
- (d) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- (e) Sulit dalam berpikir abstrak.

2.1.4 Perjalanan penyakit

Menurut Riyadi (2012) perjalanan penyakit *skizofrenia* dapat dibagi menjadi 4 fase yaitu fase premorbid, fase prodromal, fase aktif dan fase residual.

1) Fase premorbid

Gejala premorbid merupakan tanda pertama penyakit skizofrenia, walaupun gejala yang ada dikenali hanya secara retrospektif. Karakteristik gejala skizofrenia yang dimulai pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan gejala

prodromal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan.

2) Fase prodromal

Timbul gejala non spesifik yang lamanya bisa dalam hitungan minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Fase prodromal dimulai dengan adanya perubahan fungsi premorbid dan meluas sampai munculnya gejala psikotik. Fase ini dapat terjadi dalam beberapa minggu atau bulan, tetapi banyak penelitian menyatakan bahwa fase prodromal terjadi antara 2 sampai 5 tahun.

3) Fase aktif

Fase aktif *skizofrenia* ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realita terganggu dan pemahaman diri buruk sampai tidak ada.

4) Fase residual

Fase residual dimana gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase diatas, penderita *skizofrenia* juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial), dan kewaspadaan.

2.1.5 Jenis- jenis *skizofrenia*

Maramis,(2009) membagi *skizofrenia* menjadi beberapa jenis, pembagiannya yaitu sebagai berikut :

a. Skizofrenia paranoid

Gejala-gejala yang mencolok ialah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi, serta adanya gangguan proses berfikir, gangguan afek, emosi dan kemauan. Jenis ini sering terjadi pada umur 30 tahun. permulaannya mungkin sub akut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum skait sering dapat digolongkan skizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

b. *Skizofrenia hebefrenik*

Permulaanya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality.

c. *Skizofrenia katonik*

Timbulnya pertama kali pada umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi stupor katatonik atau gaduh gelisah *katatonik*.

d. *Skizofrenia simplex*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan

kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

e. *Skizofrenia residual*

Jenis ini adalah keadaan kronis dari *skizofrenia* dengan Riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negative yang lebih menonjol.

2.2 Konsep dasar halusinasi

2.2.1. Pengertian

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi identik dengan *skizofrenia*. Seluruh klien dengan skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain yang sering juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan maniak depresif dan delirium. am

Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal (Keliat, 2010). Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori. Gangguan Persepsi Sensori adalah Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (SDKI, 2016). Gangguan Persepsi dimana individu merasakan adanya stimulus melalui panca indera tanpa adanya rangsang nyata. Gangguan Persepsi Sensori berupa respons panca-indra, yaitu penglihatan, pendengaran, perabaan, dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata.

2.2.2. Etiologi

Menurut (Widodo D, 2022), faktor penyebab terjadinya halusinasi yaitu:

1) Factor sosiokultural

Berbagai factor dimasyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian dilingkungan yang membesarkannya.

2) Factor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stress yang berlebihan maka dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimethytranferase.

3) Factor psikoanalisis

Merupakan respons pertahanan ego untuk melawan rangsangan dari luar yang mengancam dan ditekan untuk muncul dalam alam sadar.

4) Factor genetic

Gen yang mempengaruhi dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa factor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2.2.3. Manifestasi klinis halusinasi

Keliat (2010), menjelaskan perilaku pasien yang berkaitan dengan penggolongan halusinasi adalah sebagai berikut :

1) Halusinasi dengar/suara : Bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mencodongkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga, mendengar suara-suara kegaduhan, mendengar

suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang memerintah melakukan sesuatu yang berbahaya.

2) Halusinasi penglihatan : Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, melihat bayangan sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

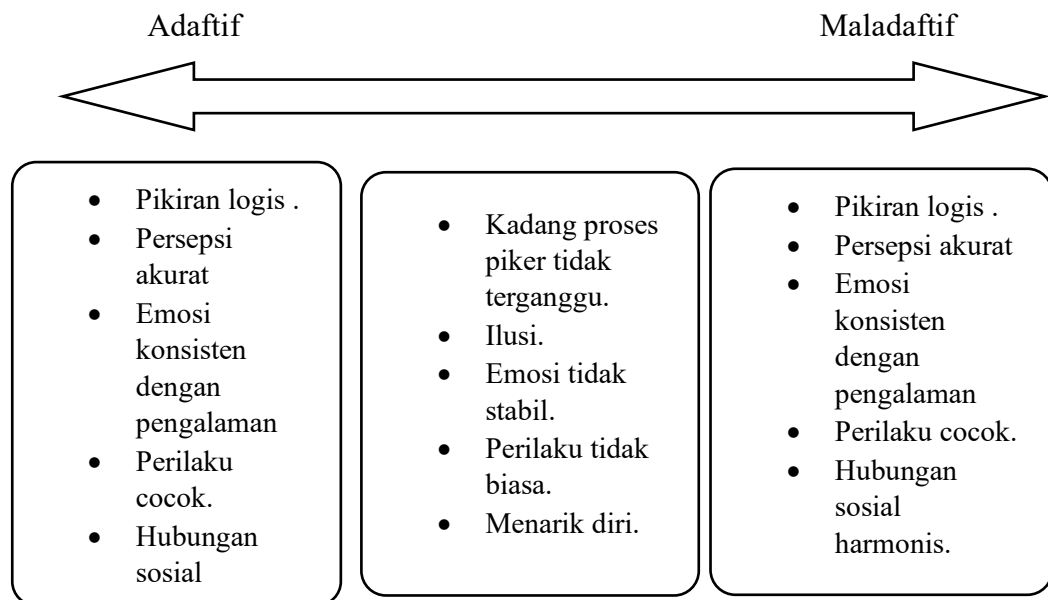
3) Halusinasi penghidu : Tampak seperti mencium bau-bauan tertentu, menutup hidung, mencium bau-bauan, seperti bau khas urine, bau darah, feses, terkadang bau yang menyenangkan.

4) Halusinasi pengecapan : Sering meludah, muntah, merasakan rasa seperti darah, urine atau feses.

5) Halusinasi perabaan : Menggaruk-garuk permukaan kulit, mengatakan ada serangga di permukaan kulit, merasa seperti tersengat listrik.

2.2.4. Rentan respon neurobiology halusinasi

Rentang respons neorobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neorobiologi (Yusuf.AH, Dkk.2015).



Gambar 2.1 Rentang respons neurologi

2.2.5 Tahapan proses terjadinya halusinasi

Menurut direja (2011), proses terjadinya halusinasi terbagi menjadi 4 tahapan yaitu :

1. Tahap 1 (*Comforting*)

Perilaku klien yang mencirikan dari tahap I (Comforting) yaitu tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

2. Tahap II (*Condemning*)

Menyalahkan, tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antisipasi dengan karakteristik pengalaman sensori menakutkan, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, mulai merasa kehilangan control, menarik diri dari orang lain.

Perilaku klien yang mencirikan dari tahap II yaitu dengan terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan berkurang, konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

3. Tahap III (*Controlling*)

Mengontrol, tingkat kecemasan berat, pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak lagi dengan karakteristik klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (halusinasi), isi halusinasi menjadi atraktif, dan kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

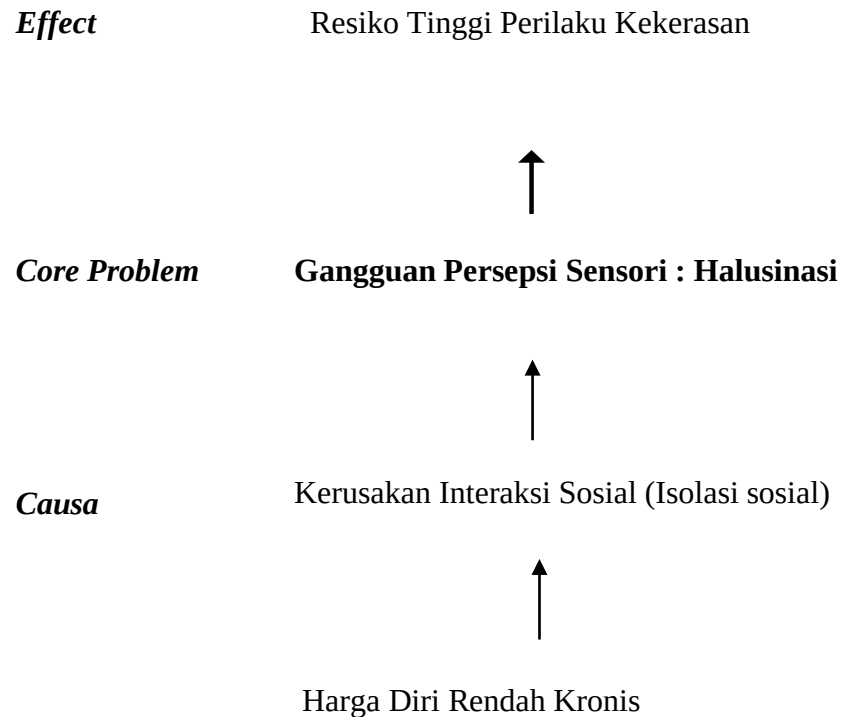
Perilaku klien pada tahap III ini adalah perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan orang lain, perhatian terhadap lingkungan berkurang, hanya beberapa detik, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

4. Tahap IV (*Conquering*)

Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, klien tampak panik. Karakteristiknya yaitu suara atau ide yang datang mengancam apabila tidak diikuti. Perilaku klien pada tahap IV adalah perilaku panik, resiko tinggi mencederai, agitasi atau kataton, tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

2.2.6 Pohon masalah

Pohon masalah pada masalah utama gangguan sensori persepsi halusinasi yaitu sebagai berikut :



Gambar 2.2 : Skema pohon masalah gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran

2.2.7 Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut (Yusuf, A .2015) halusinasi dibagi menjadi lima jenis yaitu :

1) Halusinasi dengar/ suara

Halusinasi seolah mendengar suara-suara yang sangat gaduh, suara orang bercakap cakap dan mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya . pasien sering berbicara-bicasra sendiri, marah tanpa sebab dan selalu menutup telinga.

2) Halusinasi pengelihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambaran atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bias menyenangkan atau menakutkan.

3) Halusinasi penciuman

Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, bau urine, feses, parfum, atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang atau demensia.

4) Halusinasi pengecapan

Sering meludah muntah, merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses, atau lainnya.

5) Halusinasi perabaan

Merasa mengalami nyeri, rasa tersetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

2.2.8 Penatalaksanaan Halusinasi

2.2.8.1 Penatalaksanaan Medis

a. Psikofarmakoterapi

Terapi dengan menggunakan obat bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Klien dengan halusinasi perlu mendapatkan perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun obat-obatannya seperti :

1) Golongan butirefanon : haloperidol (HLP), serenace, ludomer.

Pada kondisi akut biasanydiberikan dalam bentuk injeksi IM, pemberian injeksi biasanya cukup 3 x 24 jam. Setelahnya pasien biasa diberikan obat perolar 3 x 1,5 mg (Yosep, 2014).

2) Golongan fenotiazine : chlorpromazine (CPZ), largactile, promactile.

Pada kondisi akut biasanya diberikan per oral 3 x 100 mg, apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi menjadi 1 x

100 mg pada malam hari saja, atau sesuai dengan advis dokter (Yosep 2014).

2.2.8.2 Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan terapi keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi bertujuan membantu klien mengontrol halusinasinya sehingga diperlukan beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan kemampuan untuk mengontrol halusinasinya yaitu dengan (Kanine, 2012).

a. Tindakan Keperawatan Generalis : individu dan Terapi Aktivitas Kelompok

maka tindakan keperawatan generalis dapat dilakukan pada klien bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif atau pengetahuan dan psikomotor yang harus dimiliki oleh klien skizofrenia dengan halusinasi yang meliputi : 1) Cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan mengatakan stop atau pergi hingga halusinasi dirasakan pergi, 2) Cara menyampaikan pada orang lain tentang kondisi yang dialaminya untuk meningkatkan interaksi sosialnya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain sebelum halusinasi muncul. 3) Melakukan aktivitas untuk membantu mengontrol halusinasi dan melawan kekhawatiran akibat halusinasi seperti mendengarkan musik, membaca, menonton TV, rekreasi, bernyanyi, teknik relaksasi atau nafas dalam. Kegiatan ini dilakukan untuk

meningkatkan stimulus klien mengontrol halusinasi.4) Patuh minum obat.

Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang dilakukan pada klien skizofrenia dengan halusinasi adalah Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi yang terdiri dari 5 sesi yaitu : 1) Sesi pertama mengenal halusinasi, 2) Sesi kedua mengontrol halusinasi dengan memghardik, 3) Sesi ketiga dengan melakukan aktifitas, 4) Sesi keempat mencegah halusinasi dengan bercakap dan 5) Sesi kelima dengan patuh minum obat.

b. Tindakan Keperawatan Spisialis : Individu dan Kelouarga

Tindakan keperawatan spesialis individu adalah Cognitive Behavior Therapy (CBT). Terapi Cognitive Behavior Therapy (CBT) pada awalnya dikembangkan untuk mengatasi gangguan afektif tetapi saat ini telah dikembangkan untuk klien yang resisten terhadap pengobatan.

Terapi spesialis keluarga yaitu psikoedukasi keluarga yang diberikan pada keluarga klien skizofrenia dengan halusinasi adalah Family Psycho Education (FPE) yang terdiri dari lima sesi yaitu sesi I adalah identifikasi masalah keluarga dalam merawat klien skizofrenia dengan halusinasi, sesi II adalah latihan cara merawat klien halusinasi di rumah, sesi III latihan manajemen stres oleh keluarga, sesi IV untuk latihan manajemen

beban dan sesi V terkait pemberdayaan komunitas membantu keluarga.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Halusinasi

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Keliat, (2010) tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Cara pengkajian lain berfokus pada 5 (lima) aspek, yaitu fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Untuk mendapatkan data yang diperlukan, formulir pengkajian diberikan agar memudahkan dalam pengkajian isi pengkajian meliputi:

1) Identitas

- a) Identitas klien diantaranya adalah nama, umur, jenis kelamin, alamat, Pendidikan, agama, suku bangsa, pekerjaan, status pernikahan, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, Nomor rekam medis, dan diagnose medis.
- b) Identitas penanggung jawab adalah nama, umur, jenis kelamin, alamat, Pendidikan, agama, suku bangsa, Pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

2) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang menurut (Keliat,2010) yaitu Tanyakan kepada klien/keluarga pertanyaan berikut:

- a) Apa yang menyebabkan klien datang ke RS saat ini?
- b) Apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini?

c) Bagaimana hasilnya?

3) Factor Presdisposisi

faktor predisposisi menurut (Keliat,2010) sebagai berikut :

- a) Adanya Riwayat gangguan jiwa sebelumnya.
- b) Pengobatan sebelumnya yang kurang berhasil.
- c) Adanya pengalaman masalah yang tidak menyenangkan.
- d) Riwayat penyakit keluarga dengan *skizofrenia* yang ditemukan cukup banyak pada keluarga dengan salah satu anggota keluarganya mengalami *skizofrenia* yaitu anak yang diasuh oleh orang tua *skizofrenia* cenderung akan mengalami *skizofrenia* juga.

4) Pemeriksaan fisik (keliat, 2010)

a) Keadaan umum

Bicara-bicara sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mendengar suara-suara ingin bercakap-cakap, mendengar suara ingin memerintahkan sesuatu yang berbahaya.

b) Mengobservasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan.

c) Keluhan fisik

Adakah keluhan fisik yang dirasakan, bila ada keluhan lebih lanjut tentang sistem dan fungsi organ sesuai dengan keluhan yang dirasakan klien.

d) Pemeriksaan head to toe Menurut (keliat,2010) yang meliputi :

- (1) Rambut : Keadaan kesuburan rambut, keadaan rambut yang mudah rontok, keadaan rambut yang kusam dan keadaan tekstur.
- (2) Kepala : Adanya botak atau alopesia, ketombe, kutu, dan kebersihan
- (3) Mata : pasien dengan *skizofrenia* dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran biasanya kebersihan mata tidak terjaga, mata tampak merah, strabismus, atau tidak.
- (4) Hidung : lihat kebersihan hidung.
- (5) Mulut : melihat mukosa mulut, kelembapan serta kebersihannya.
- (6) Gigi : melihat keadaan gigi apakah ada karang gigi dan kelengkapan gigi.
- (7) Telinga : melihat adakah kotoran di telinga dan melihat apakah ada infeksi didalamnya.
- (8) Kulit : melihat kebersihan kulit, apakah terdapat lesi, melihat warna kulit, tekstur kulit, serta mengkaji turgor kulit
- (9) Genetelia : Kaji adanya masalah saat buang air kecil, adanya luka maupun nyeri

e) Psikososial

1) Genogram

- (1) Membuat genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga.

(2) Menjelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan serta pola asuh keluarga.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh : persepsi pasien terhadap tubuhnya, manakah bagian tubuh yang paling disukai dan sampai bagian tubuh yang tidak disukai.

b) Identitas diri : bagaimana persepsi tentang status dan posisi pasien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status tersebut, keputusan klien sebagai laki laki atau perempuan.

c) Peran : bagaimana harapan klien terhadap posisi, status, dengan peran yang diembannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan peran tersebut.

d) Harga diri : bagaimana perasaan klien terhadap dirinya dalam hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisinya.

e) Hubungan social :

Siapa orang yang terdekat dengan kehidupan pasien, tempat mengadu, tempat berbicara minta bantuan atau sokongan, apakah klien pernah mengikuti kegiatan di masyarakat, sejauh mana klien terlibat dalam kelompok itu.

f) Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Pasien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas tidak bermakna. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk (Yosep,2014).

2) Kegiatan ibadah

Hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri

g) Status mental (Keliat,2010)

- (1) Penampilan : kurang rapi dari ujung rambut sampai ujung kaki, rambut acak-acakan, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai situasi dan kondisi.
- (2) Pembicaraan : bicara cepat, keras, lambat, gagap, membisu, berbicara pindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain.
- (3) Aktivitas motoric : Pada pasien dengan gangguan konsep halusinasi dengar terlihat lesu, tegang, grimasen, gelisah, tremor, agitasi, kompulsif.
- (4) Afek : Pasien dengan konsep diri harga diri rendah sering terlihat datar, tumpul, labil, tidak sesuai.
- (5) Interaksi selama wawancara : Pasien biasanya terlihat bermusuhan, tidak ada kontak mata, tidak kooperatif, defensif, mudah tersinggung, curiga.

- (6) Persepsi sensori : Pasien dengan gangguan jiwa sering mendengar sesuatu yang orang lain tidak dengar
- (7) Alam perasaan : sedih, ketakutan, putus asa, dan khawatir.
- (8) Proses pikir : Pasien mengalami tangensial, kehilangan asosiasi, flight of idea, blocking, pengulangan pembicaraan
- (9) Isi pikir : Obsesi, depersonalisasi, fobia, ide yang terkait, curiga, kontrol pikir.
- (10) Tingkat kesadaran dan orientasi : pasien bingung, disorientasi, waktu, tempat dan orang. Orientasi Waktu : pasien tidak mampu menyebutkan waktu (pagi, siang, sore, malam, hari dan bulan), Tempat : pasien tidak mampu menyebutkan dimana alamat rumahnya dengan lengkap dan benar, Orang : pasien tidak bisa mengenal nama keluarga dengan baik
- (11) Memori : Pasien mengalami gangguan daya ingat panjang dan gangguan daya ingat pendek
- (12) Tingkat konsentrasi dan berhitung : Menjelaskan pasien gangguan jiwa tingkat konsentrasi dan berhitung Mudah teralihkan, tidak mampu berkonsentrasi, kurang mampu berhitung

(13) Kemampuan penilaian : Pasien dengan gangguan jiwa tidak mampu mengambil keputusan yang sederhana

(14) Daya titik diri : mengingkari penyakit yang diderita menyalahkan hal-hal diluar dirinya

h) Kebutuhan perawatan diri menurut (keliat,2010)

(1) Mandi

Klien dengan gangguan jiwa mengalami gangguan untuk melakukan sebagian atau keseluruhan aktivitas mandi atau hygiene untuk diri sendiri, dengan karakteristik: tidak dapat atau tidak ingin mandi, tidak dapat mengambil air, tidak dapat mengatur suhu aliran air, tidak mampu merasakan kebutuhan kebersihan

(2) Berpakaian dan berhias

Pasien gangguan jiwa mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan tindakan memakai baju atau aktivitas berpakaian untuk dirinya, dengan karakteristik: tidak mampu meletakkan atau mengambil baju, tidak dapat memakai baju dengan cepat, tidak dapat memakai baju dengan bagus atau memuaskan, tidak dapat memasang atau melepaskan asesoris yang menempel di tubuh.

(3) Makan

Pasien gangguan jiwa mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas makan untuk dirinya sendiri, dengan karakteristik: tidak dapat memotong makanan atau membuka bungkus makanan, tidak dapat menyuap sendiri ke mulut.

(4) BAB dan BAK

Pasien gangguan jiwa mengalami gangguan dalam kemampuannya untuk melakukan aktivitas toileting dengan lengkap, dengan karakteristik: tidak dapat atau tidak ingin menuju ke toilet, tidak dapat atau tidak ingin melakukan hygiene yang benar, tidak dapat pindah dari atau ke toilet, tidak dapat memegang baju untuk melakukan toileting, tidak dapat menyiram toilet.

(5) Istirahat tidur

Pada pasien yang mengalami gangguan jiwa sangat sulit untuk memulai tidur.

(6) Penggunaan obat

Pasien gangguan jiwa tidak tahu bagaimana penggunaan obat yang baik dari frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara.

(7) Pemeliharaan Kesehatan

Pasien gangguan jiwa sangat memerlukan bantuan baik dari perawat puskesmas maupun bantuan dari keluarga dalam proses perawatan klien saat berada di rumah.

(8) Aktivitas di dalam rumah

Pada pasien gangguan jiwa mengalami kesulitan dalam merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan. Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel). Mencuci pakaian sendiri. Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari

(9) Aktivitas di luar rumah

Pada pasien gangguan jiwa mengalami kesulitan dalam belanja untuk keperluan sehari-hari. Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, kendaraan menggunakan kendaraan pribadi. Kegiatan lain yang dilakukan klien di luar rumah (bayar listrik/telpon/air, kantor pos dan bank).

i) Kebutuhan persiapan pulang

(1) Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan

Klien mampu/tidak menyediakan kebutuhan perawatan kesehatan, transportasi, tempat tinggal, dan keuangan.

(2) Kegiatan hidup sehari-hari

(a) Pasien mampu/tidak melakukan kegiatan hidup sehari-hari seperti mandi, kebersihan, makan, BAK atau BAB, ganti pakaian secara mandiri.

(b) Nutrisi

kepuasan pasien dengan pola makannya, bila tidak puas apa penyebabnya apakah pasien pada saat

makan memisahkan diri, bila ia jelaskan mengapa terjadi, tanyakan frekuensi makan dan frekuensi kehidupan dalam sehari-hari, bagaimana selera makan

(c) Tidur

Berapa lama klien istirahat tidurnya, aktivitas apa saja yang dilakukan klien sebelum istirahat tidurnya, ada gangguan atau tidak istirahat tidurnya

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Dari pohon masalah di atas dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan dari pengkajian yaitu Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (Yusuf, A.2015).

2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Intervensi keperawatan Menurut (Keliat,2009) ini disusun sesuai dengan teori-teori kepustakaan yang ada. Didalam intervensi keperawatan kepada klien menggunakan 5 SP (Strategi Pelaksanaan) yang meliputi :

- (1) Bina hubungan saling percaya
- (2) Melatih klien mengenali halusinasinya
- (3) Melatih pasien bercakap-cakap saat halusinasi muncul
- (4) Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan melakukan kegiatan.
- (5) Memberikan pendidikan mengenai pengobatan,

1) Rencana Tindakan keperawatan untuk pasien

- a) Tindakan keperawatan untuk klien SP 1 (Bina hubungan saling percaya)
 - (1) Bina hubungan saling percaya dengan prinsip terapeutik.
 - (2) Sapa klien dengan ramah
 - (3) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai oleh pasien.
 - (4) Jelaskan tujuan pertemuan.
 - (5) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien dengan apa adanya.
 - (6) Beri perhatian pada klien dan penuhi kebutuhan klien.
- b) Tindakan keperawatan untuk pasien SP 2 (Mengenali halusinasi).
 - (1) Bantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu, terjadinya, frekwensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi).
 - (2) Latihan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
Tahap tindakan yang meliputi :
 - (a) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
 - (b) Memperagakan cara menghardik.
 - (c) Meminta pasien memperagakan ulang.
 - (d) Mamantau penerapan ini, beri penguatan perilaku pasien.
 - (e) Memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien.
- c) Tindakan keperawatan untuk klien SP 3 (melatih berbicara atau bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul).

Ketika bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi focus perhatian pasien akan beralih ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

- d) Tindakan keperawatan untuk klien SP 4 (memasukkan jadwal kedalam kegiatan pasien).

Dengan aktivitas yang sudah terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

Tahapan :

- (1) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- (2) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien.
- (3) Melatih pasien melakukan aktivitas.
- (4) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang terlatih (dari bangun pagi sampai tidur malam).
- (5) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku yang positif.

- e) Tindakan keperawatan untuk SP 5 (Pendidikan mengenai pengobatan)

Putus obat dapat mengalami kekambuhan, untuk mencapai kondisi semula akan lebih sulit.

Tahapan tindakan:

- (1) Menjelaskan kegunaan obat
- (2) Menjelaskan akibat putus obat.

- (3) Menjelaskan cara mendapatkan obat/berobat.
- (4) Menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, dan benar dosis).

f) Rencana Tindakan keperawatan keluarga

Tujuan :

- (1) Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah
- (2) Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang cara efektif untuk pasien
- (3) Diskusikanlah masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- (4) Berikan *Head Education* tentang pengertian halusinasi, jenis, tanda dan gejala, proses terjadinya masalah cara merawat pasien halusinasi

g) Rencana Tindakan keperawatan keluarga

(a) SP 1 untuk keluarga

- (1) Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang halusinasi yang dialami pasien
- (2) Menjelaskan tnda dan gejala halusinasi
- (3) Melaksanakan cara merawat pasien halusinasi.

(b) SP 2 untuk keluarga

- (1) Melatih keluarga merawat langsung dihadapan pasien.

- (2) Memberikan kesempatan keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi dihadapan pasien.

(c) SP 3 untuk keluarga

- (1) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat.

1.3.4 Strategi Komunikasi dan Pelaksanaan

Implementasi keperawatan Menurut (keliat,2009) pelaksanaan implementasi menggunakan Strategi komunikasi dan pelaksanaan meliputi SP 1- SP 5. Tidak semua intervensi di implementasikan, karena tindakan yang dilakukan harus disesuaikan dengan kondisi pasien

1) SP 1 untuk pasien

- a) Melakukan bina hubungan saling percaya.
- b) Membantu klien mengenali halusinasi
- c) Menjelaskan cara mengontrol halusinasi.
- d) Mengajarkan px menghardik halusinasi.

(1) Orientasi

(a) Salam terapeutik

“ Selamat pagi boleh saya meperkenalkan diri ibu/ bapak ? nama saya..., ibu/ bapak boleh memanggil saya...., saya mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek. Saya disini akan membantu merawat ibu/bapak saat ini. Kalau boleh tahu nama

ibu/bapak siapa ?, senang dipanggil dengan sebutan apa ?”

(b) Evaluasi /Validasi

“Bagaimana perasaan ibu/ bapak hari ini? Apa keluhan yang ibu rasakan saat ini?”

(c) Kontrak

1) Topik

“Apakah Ibu/Bapak tidak keberatan untuk bercakap-cakap dengan saya? Menurut Ibu/Bapak sebaiknya kita bercakap-cakap tentang apa? Bagaimana kalau kita mengobrol suara-suara yang selama ini Ibu/Bapak dengar tapi tidak ada wujudnya?”

2) Waktu

“Berapan lama kira-kira kita bisa bercakap-cakap? Bagaimana kalau 15 menit ?”

3) Tempat

“ Dimana kita bisa duduk ? di taman, di teras, atau dimana ?”

(2) Kerja

“Apakah ibu/bapak mendengar suar-suara yang tanpa ada wujudnya?”

“Apa yang dikatakan suara itu?”

“Apakah suara itu datang terus menerus atau sewaktu-waktu, kapan yang paling sering ibu/bapak dengar suara itu? Berapa kali?”

“Dalam keadaan apa suara itu biasanya muncul?”

“Apa yang ibu/bapak rasakan bila suara itu datang?”

“Apa dengan cara itu suara itu bisa hilang?”

“Bagaimana kalau kita sekarang belajar cara-cara untuk mencegah agar suara itu tidak muncul?”

“Ibu/bapak ada 5 cara untuk mencegah suara-suara itu tidak muncul?”

“Pertama dengan mengkaji isi, waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi?”

“Kedua menghardik suara itu”

“Ketiga dengan cara bercakap-cakap”

“Keempat membantu melakukan aktifitas”

“Kelima minum obat secara teratur”

(3) Terminasi

(a) Evaluasi subyektif “Bagaimana perasaan Ibu/Bapak dengan obrolan kita tadi? Ibu/Bapak merasa senang tidak dengan latihan tadi? Kalau suara itu muncul coba cara tersebut”

(b) Evaluasi objektif “Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya, mau jam berapa saja latihannya?”

(c) Rencana tindak lanjut “Bagaimana kalau kita ketemu lagi untuk belajar dan mengendalikan suara dengan cara kedua? Jam berapa?”

(d) Kontrak yang akan datang “Baiklah sampai ketemu lagi”

2) SP 2 untuk klien

- a) Mengidentifikasi jenis halusinasi
- b) Mengidentifikasi isi halusinasi
- c) Mengidentifikasi waktu halusinasi
- d) Mengidentifikasi frekwensi halusinasi
- e) Mengidentifikasi situasi pencetus halusinasi
- f) Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi
- g) Mengajarkan pasien menghardik halusinasi

(1) Orientasi

“Selamat pagi Ibu/Bapak, bagaimana perasaannya hari ini? Bagaimana kalau saat ini kita mendiskusikan tentang selama ini Ibu/Bapak dalam mendengar suara tapi tidk ada wujudnya?”

(2) Kerja

“Apakah ibu/bapak mendengar suar-suara yang tanpa ada wujudnya?”

“Apa yang dikatakan suara itu?”

Apakah suara itu datang terus menerus atau sewaktu-waktu, kapan yang apaling sering ibu/bapak dengar suara itu? Berapa kali?”

“Dalam keadaan apa suara itu biasanya muncul?”

“Apa yang ibu/bapak rasakan bila suara itu datang?”

“Apa dengan cara itu suara itu bisa hilang?”

“Bagaimana kalau kita sekarang belajar cara-cara untuk mencegah agar suara itu tidak muncul?”

“Ibu/bapak ada 5 cara untuk mencegah suara-suara itu tidak muncul?”

“Pertama dengan mengkaji isi, waktu, frekwensi dan situasi munculnya halusinasi?”

“Kedua menghardik suara itu”

“Ketiga dengan cara bercakap-cakap”

“Keempat membantu melakukan aktifitas”

“Kelima minum obat secara teratur”

(3) Terminasi

(a) Evaluasi subyektif

“Bagaimana perasaan Ibu/Bapak dengan obrolan kita tadi? Ibu/Bapak merasa senang tidak dengan latihan tadi?” kalau suara itu muncul coba cara tersebut.

(b) Evaluasi objektif “Bagaiman akalu kita buat jadwal latihannya, mau jam berapa saja latihannya?”

(c) Rencana tindak lanjut “Bagaimana kalau kita ketemu lagi untuk belajar dan mengendalikan suara dengan cara kedua?” jam berapa?”

(d) Kontrak yang akan datang “Baiklah sampai ketemu lagi”.

(e) Menganjurkan pasien untuk memasukkan cara menghardik dalam jadwal kegiatan harian.

3) SP 3 untuk klien

a) melatih halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain).

(1) Orientasi

“Selamat pagi Ibu/Bapak? Bagaimana perasaan anda saat ini? Apakah suara-suaranya masih muncul?, Apakah sudah dipakai cara yang kita latih? Berkurangkah suara itu?”

“Bagus, sesuai janji kita kemarin, saya akan latih cara kedua dengan bercakap-cakap bersama orang lain, mau berapa lama kita latihan, 30 menit?, tempatnya di sini saja?”

(2) Kerja

“Cara kedua untuk mencegah halusinasi adalah bercakap-cakap dengan orang lain, jadi kalau Bapak/Ibu mulai mendengar suara-suara langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol, ini bisa

dilakukan saat di rumah sakit maupun di rumah”. Contohnya seperti ini *“Tolong, saya mulai mendengar suara-suara aneh. Ayo ngobrol dengan saya!”. “Coba sekarang mas latihan, ya bagus, coba sekali lagi, ok bagus sekali”. “Nah latihan terus ya? Bapak/Ibu di sini juga bisa ajak perawat atau teman mas yang lain untuk bercakap-cakap”*”.

(3) Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita latihan?” “jadi sudah beberapa cara yang telah kita pelajari untuk mencegah suara itu terjadi? Bagus, cobalah cara itu bila Bapak/Ibu mengalami halusinasi.”

“Bagaimana kalau cara itu kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian? mau jam bera Bapak/Ibu latihan bercakap-cakap? nanti Bapak/Ibu lakukan secara teratur sewaktu suara itu muncul.”

“Bagaimana kalau besok kita latihan untuk cara yang ketiga, yaitu dengan melakukan aktivitas yang terjadwal, mau jam berapa? bagaimana kalau jam 9 tempatnya dimana, disini lagi ya, ok sampai ketemu?”

4) SP 4 untuk klien

- a) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.

(1) Orientasi

“selamat pagi Bapak/Ibu?” “bagaimana perasaannya saat ini?” “bagaiman suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus?” “sesuai janji kita, hari ini kita belajar untuk mencegah halusinasi dengan cara yang ketiga, yaitu melakukan kegiatan yang terjadwal.” “mau dimana kita bicara? diteras depan saja ya? Sekitar 30 menit.”

(2) Kerja

“Apa saja yang bisa ibu/bapak lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, trus jam berikutnya apa?”

“Wah banyak sekali kegiatannya, mari kita latih dua kegiatan hari ini. Bagus sekali jika Bapak/Ibu bisa lakukan kegiatan ini untuk mencegah suara itu muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih agar dari pagi sampai malam ada kegiatan?”.

(3) Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali.”

“Coba sebutkan lagi tiga cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara, bagus sekali.”

“Mari kita masukan dalam jadwal kegiatan harian Bapak/Ibu, coba lakukan sesuai jadwal ya?

“Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti kita membahas cara minum obat yang baik dan teratur serta guna obat?” “mau jam berapa? Bagaimana kalau setelah makan siang? Di ruang makan ya? Sampai jumpa.”

5) SP 5 untuk klien

a) Melatih minum obat secara teratur

(1) Orientasi

“Selamat pagi Bapak/Ibu? Bagaimana perasaannya saat ini? Apakah suara-suaranya masih muncul?”

“Apakah sudah digunakan tiga cara yang kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan?”

“Kalau boleh tahu apakah tadi pagi obatnya sudah diminum?” “Baik hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang diminum, kita diskusikan selama 20 menit. Di sini saja ya.”

(2) Kerja

“Bapak/Ibu bedanya setelah minum obat secara teratur, apakah suara-suaranya berkurang atau hilang?” “Minum obat itu penting agar suara-suara yang didengar tidak muncul lagi” “Beberapa macam

obat yang Bapak/Ibu minum, yang merah besar ini namanya obat CPZ, yang pink kecil namanya haloperidol. Semua obat ini akan membantu Bapak/Ibu agar lebih tenang dan rilek” “Meskipun sudah sembuh Bapak/Ibu harus minum obat terus, tidak boleh putus obat, kalau merasakan sesuatu yang tidak enak setelah minum obat Bapak/Ibu bisa konsultasi. Sebab kalau tidak minum obat bisa kambuh. Kalau obat habis bisa minta obat ke dokter lagi. Pastikan obat diminum dengan cara dan waktu yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan harus memastikan berapa jumlah obat sekali minum, dan juga harus minum 10 gelas sehari.”

(3) Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita bercakap-cakap tentang obat yang Bapak/Ibu minum?”

“Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara - suara? Coba sebutkan?. Bagus, sekarang jadwal minum obatnya kita masukan pada jadwal kegiatan Bapak/Ibu.”

“Jangan lupa kalau waktunya minum obat Bapak/Ibu minta pada perawat, kalau dirumah minta pada keluarga”

“Besok kita bertemu lagi untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan, mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10 pagi? Samapai jumpa ya Bapak/Ibu.”

6) SP 1 untuk keluarga

- (a) Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang pengertian halusinasi
- (b) Jenis halusinasi yang dialami pasien
- (c) Tanda dan gejala halusinasi
- (d) Cara merawat pasien halusinasi

(1) Orientasi

“Selamat pagi Ibu/Bapak, saya perawat yang merawat anak Bpak/Ibu, bagaimana perasaan Bpak/Ibu?, bagaimana pendapat Bapak.Ibu?”.

“Hari ini kit akan berdiskusi tentang masalah apa yang Bapak/Ibu alami dan bantuan apa yang Bapak/Ibu berikan, kita mau berdiskusi dimana?”

“Bagaiamana kalau kita di ruang makan? Berapa lama waktunya? Bagaimana kalau 20 menit?”.

(2) Kerja

“Dalam merawat anak Bapak/Ibu masalah apa yang ditemui, terus apa yang Bapak/Ibu lakukan?, ya gejala yang dialami anak Bapak/Ibu namanya halusinasi, yaitu melihat atau mendengar sesuatu tapi tidak ada

sebenarnya, tandanya bicara dan tertawa sendiri atau marah tanpa sebab. Jadi apabila anak Bapak/Ibu mengatakan mendengar suara-suara bisikan atau bayangan sebenarnya itu tidak ada”.

“Bapak/Ibu tidak usah khawatir ada beberapa cara untuk membantunya dalam mengusir suara-suara itu”.

“Pertama dihadapan anak Bapak /Ibu jangan membantah atau mendukung halusinasi, katakan bahwa Bapak/Ibu percaya tapi Bapak/Ibu tidak melihat atau mendengar suara-suara itu”.

“Kedua jangan biarkan anak Bapak/Ibu melamun sendiri, karena kalau melamun suara atau bayangan itu akan muncul kembali, upayakan ada orang yang mau bercakap- cakap dengannya, lakukan kegiatan keluarga secara bersama-sama terkait dengan kegiatan, saya telah melatihnya membuat jadwal kegiatan sehari-hari nanti pantau kegiatannya.

“Ketiga pantau anak Bapak/Ibu untuk teratur minum obat, jangan menghentikan obat tanpa konsultasi, di sinianak Bapak/Ibu saya ajari minum obat secara teratur, jadi kalau di rumah Bapak/Ibu harus mengingatkan”.

“Obatnya macam tiga, merah besar namanya CPZ, kecil oranye haloperidol dan yang putih kecil

namanya Thd, obat-obatan ini harus diminum secara teratur”.

“Terakhir, jika ada tanda-tanda halusinasi mulai muncul, putus halusinasi itu dengan cara menepuk punggungnya, kemudian suruh menghardik suara itu. Anak Bapak/Ibu sudah saya ajarkan bagaimana menghardik suara itu”. “Sekarang mari kita latihan memutus halusinasi anak Bapak/Ibu. Sambil menepuk punggungnya katakan sedang apa kamu?, kamu ingatkan apa yang diajarkan perawat jika suara itu datang?”

“Sekarang coba Bapak/Ibu praktekan cara yang baru saya ajarkan, bagus?”

7) SP 2 untuk keluarga

- a) Melatih keluarga praktek merawat langsung dihadapan pasien.
- b) Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempergunakan cara memutuskan halusinasi langsung dihadapan pasien.

(1) Orientasi

“Selamat pagi, Bapak/Ibu?”

“Apakah Bapak/Ibu masih ingat bagaimana cara memutuskan halusinasi anak Bapak/Ibu yang sedang mengalami halusinasi? Bagus.”

“Sesuai janji kita kemarin selama 20 menit ini kita akan mempraktekkan cara memutus halusinasi langsung di hadapan anak Bapak.”

(3) Kerja

“Selamat pagi mas, Bapa/ Ibu peragakan cara memutus halusinasi yang sedang anak Bapak/Ibu alami seperti yang sudah kita ajari sebelumnya. Tepuk punggungnya dan suruh mengusir suara dengan tutup telinga atau menghardiknya”. “Bagus sekali, bagaimana senang dibantu Bapak/Ibu?”

“Ini jadwal harian anak Bapak/Ibu mau bicara di ruang sebelah?”

(4) Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah mempraktekkan cara memutus halusinasi secara langsung dihadapan anak Bapak/Ibu?”.

“Cara ini bisa diingat, kalau di rumah anak Bapak mengalami halusinasi”.

“Bagaimana kalau dua hari lagi kita bertemu lagi untuk membicarakan jadwal kegiatan hariannya ketika di rumah, sampai ketemu besok ya”.

8) SP 3 untuk keluarga

- a) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk cara meminum obat.

(1) Orientasi

“Selamat pagi Bapak/Ibu, berhubung besok anak Bapak/Ibu pulang, maka sesuai janji kita sekarang bertemu membicarakan jadwal kegiatan anak Bapak/Ibu selama di rumah”. “Bagaimana Bapak/Ibu selama Bapak/Ibu mengunjungi apakah mempraktekkan cara merawat anaknya?” “Seakarang mari kita bicarakan jadwal kegiatan anak Bapak/Ibu selama di rumah, berapa lama kita bicara? Untuk waktunya selama 30 menit.”

(2) Kerja

“Ini jadwal kegiatan anak Bapak/Ibu di rumah sakit jadwal ini dapat dilanjutkan di rumah, coba Bapak/Ibu lihat mungkin ada yang bisa dilakukan di rumah, jangan lupa jadwal minum obatnya juga. “Hal yang harus diperhatikan pada anak Bapak/Ibu adalah perilaku yang ditampilkan di rumah, misal mulai suka menyendiri, bicara dan tersenyum sendiri, sulit tidur atau menolak minum obat Bapak/Ibu bisa segera konsultan ke dokter atau perawat perkembangan terpantau.”

(3) Terminasi

“Bagaimana? Ada yang ingin ditanyakan? Coba sebutkan bagaimana cara merawat anak Bapak/Ibu

selama di rumah bagus, ini jadwal kegiatannya bisa dibawa pulang”.

9) Terapi Aktivitas Kelompok

a) TAK Orientasi Realitis

(1) Sesi 1 : Pengenalan orang

(2) Sesi 2 : Pengenalan tempat

(3) Sesi 3 : Pengenalan waktu

b) TAK Stimulus

(1) Sesi 1 : Mengenali halusinasi

(2) Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik

(3) Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan

(4) Sesi 4 : Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap

(5) Sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat (Keliat, 2010).

2.3.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Prabowo (2014), menjelaskan bahwa evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan

dengan menggunakan pendekatan SOAP (*Subyektif, obyektif, assessment, dan planning*).

S (*Subyektif*) :yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).

O (*Obyektif*) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.

A (*Assessment*) : yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi pasien

P (*Planning*) : yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi pasien