

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

Skizofrenia (schizophrenia) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak. Melinda hermann (2008) mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya. Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, lemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas.

2.1.1 Faktor Penyebab Skizofrenia

1) Gejala Primer

- Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherenasi.
- Gangguan afek emosi
- Terjadi kedangkalan afek-emosi
- Paramimi dan paratimi (incongruity of affect / inadekuat)

- Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan
- Emosi berlebihan
- Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- Gejala psikomotor
 - Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
 - Stereotipi
 - Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
 - Echolalia dan echopraxia
 - Autisme
- Gangguan kemauan
 - Terjadi kelemahan kemauan
 - Perilaku negativisme atas permintaan
 - Otomatisme : merasa pikiran / perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

1) Gejala sekunder

- Waham
- Halusinasi

2.1.2 Jenis skizofrenia

- a. Skrizofrenia simplex: dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. Skrizofrenia hebefrenik, gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Skrizofrenia katatonik, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisa katatonik.
- d. Skrizofrenia paranoid, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran
- e. Episode Skrizofrenia akut (lir Skrizofrenia), adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. Skrizofrenia psiko-afektif, yaitu adanya gejala utama Skrizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Skrizofrenia residual adalah Skrizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan Skrizofrenia.

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Secara general serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu gejala positif dan gejala negatif.

1. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada sesuatu dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang yang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya dan membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara

logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

2. Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi yang baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Perasaan depresi adalah sesuatu yang sangat menyakitkan. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu aman bila sendirian. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras maupun tingkat sosial ekonomi. Diperkirakan penderita skizofrenia sebanyak 1% dari jumlah manusia yang ada di bumi.

2.1.4 Tipe Skizofrenia

1. Delusions
2. Hallucinations
3. Incoherence
4. Catatonic or hiperactive behavior
5. Flat affect

2.2 Pengertian Halusinasi

Menurut varcarolis, halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus.

Halusinasi adalah kesan, respon, dan pengalaman sensori yang salah (Stuart, 2007).

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara yang sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut (Stuart, 2007).

Halusinasi Dengar adalah klien dapat mendengar suara/bunyi yang tidak ada hubungannya dengan stimulus yang nyata/lingkungan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Individu menginterpretasikan stesor yang tidak ada stimulus dari lingkungannya. (Depkes RI, 2000).

Dari beberapa pengertian yang dikemukakan oleh para ahli mengenai halusinasi diatas, maka peneliti dapat mengambil kesimpulan bahwa halusinasi adalah persepsi klien yang melalui panca indera terhadap lingkungan tanpa adanya stimulus atau rangsangan yang nyata, Sedangkan Halusinasi Pendengaran adalah kondisi klien yang dimana mendengar suara-suara yang tidak ada, terutama pada suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2.2.1 Faktor Penyebab Halusinasi

1) Faktor Predisposisi

a. Faktor perkembangan

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

b. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *Buffofenon* dan *Dimetytranferase* (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurontransmitter pada otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan *acetylcholin* dan *dopamin*.

d. Faktor psikologis

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

e. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini adalah gen dari keluarga klien yang mengalami skizofrenia.

2) Faktor Presipitasi

a. Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi yaitu :

1. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutannya.

3. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

4. Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyatanya sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu

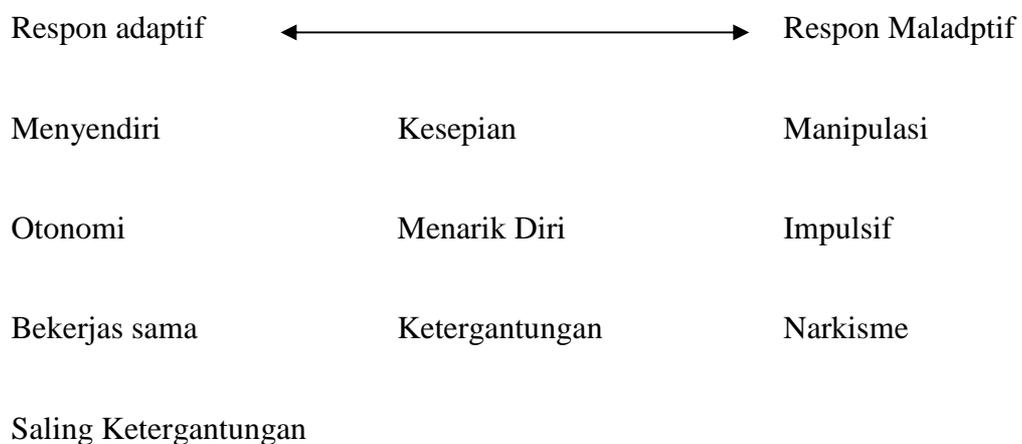
berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

5. Dimensi Spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. irama sirkadiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.2.2 Rentang Respon Halusinasi

Rentang respon sosial menurut Stuart (2002;240) rentang respon sosial adaptif sampai maladaptif yakni :



Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi

1) Respon adaptif adalah respon yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial kebudayaan secara umum yang berlaku di masyarakat :

a) Menyendiri (solitude)

Merupakan respon yang masih di butuhkan seseorang untuk merenungkan apa yang telah dilakukan lingkungan sosialnya dan suatu cara mengevaluasi diri untuk menentukan langkah-langkah selanjutnya.

b) Otonomi

Merupakan kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide-ide pikiran perasaan dalam berinteraksi sosial.

c) Bekerja Sama (mutualisme)

Suatu kondisi dalam hubungan interpersonal dimana individu tersebut mampu untuk saling bekerja sama.

d) Saling Ketergantungan

Merupakan kondisi saling ketergantungan antara individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

2) Respon Maladaptif

a) Manipulasi

Merupakan gangguan interaksi sosial yang terdapat pada individu yang menganggap orang lain sebagai objek. Individu yang mengangga orang lain sebagai objek. Individu tersebut tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.

b) Impulsif

Individu impulsif tidak mampu merencanakan sesuatu, tidak mampu merencanakan sesuatu, tidak mampu belajar dari pengalaman, tidak dapat diandalkan.

c) Narkisisme

Pada individu narkisisme terdapat harga diri yang rapuh, secara terus menerus berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian.

2.2.3 Jenis Halusinasi

Menurut Stuart (2007) Halusinasi terdiri dari 7 jenis. Penjelasan secara detail mengenai karakteristik dari setiap jenis halusinasi ada dibawah ini :

1. Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara atau kebisingan, paling sering sura orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakjapan yang lengkap antar 2 orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar

dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan.

2. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kliatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, bayangn yang rumit atau kompleks. Bayangan biasa yang menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

3. Halusinasi Bau atau Penghiduan

Membraui bau-bauan seperti bau darah, urin, dan feses pada umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghiduan sering berakibat stroke, tumor, kejang, atau dimensia.

4. Halusinasi Peraba

Menyalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimuls yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5. Halusinasi Pengecap

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin bahkan feses.

6. Halusinasi Cenestetik

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembekuan urine.

7. Halusinasi Kinestetik

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

2.2.4 Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Hamid (2000), di buku Damaiyanti (2012) tanda dan gejala dari klien yang terkait dengan halusinasi pendengaran, adalah

- a. Bicara sendiri
- b. Senyum sendiri
- c. Ketawa sendiri
- d. Menggerakkan bibir tanpa suara
- e. Pergerakkan mata yang cepat
- f. Respon verbal yang lambat
- g. Menarik diri dari orang lain
- h. Berusaha untuk menghindari orang lain
- i. Tidak dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata
- j. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah
- k. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
- l. Berkonstrasi dengan pengalaman sensori
- m. Sulit berhubungan dengan orang lain.

- n. Ekspresi muka tegang
 - o. Mudah tersinggung, jengkel dan marah
 - p. Tidak mampu mengikuti perintah perawat
 - q. Tampak tremor dan berkeringat
 - r. Perilaku panik
 - s. Curiga dan bermusuhan
 - t. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan
 - u. Ketakutan
 - v. Tidak dapat mengurus diri
 - w. Biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang
- Jenis halusinasi serta Ciri Subjektif dan Objektif Klien yang Mengalami Halusinasi :

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi Pendengaran	<ul style="list-style-type: none"> • Bicara atau tertawa sendiri • Marah-marah tanpa sebab • Mendekatkan telinga ke arah tertentu • Menutup telinga 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengar suara-suara • Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap • Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi Penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> • Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu 	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, kartun,

	<ul style="list-style-type: none"> • Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas 	melihat hantu atau monster,dll
Halusinasi Penghiduan	<ul style="list-style-type: none"> • Mengendus-endus seperti sedang membaui bau-bauan • Menutup hidung 	Membaui bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan terkadang bau-bau tersebut menyenangkan bagi klien.
Halusinasi Pengecap	<ul style="list-style-type: none"> • Sering meludah • Muntah 	Merasakan ras seperti darah, urine atau feses
Halusinasi Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit.	Mengatakan ada serangga dipermukaan kulit dan merasakan seperti tersengat listrik/
Halusinasi Kinestetik	Memegang kakinya yang dianggap bergerak sendiri.	Mengatakan badannya melayang diudara.
Halusinasi Viseral	Memegang badannya yang dianggap berubah bentuk dan tidak normal seperti biasanya.	Mengatakan perutnya menjadi mengecil setelah minum <i>soft drink</i> .

Tabel 2.1 Ciri-ciri Halusinasi

2.2.5 Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada dilingkungannya. Sumber koping tersebut jika dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang efektif.

2.2.6 Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan tiap upaya yang diarahkan pada pengendalian stress, termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan untuk melindungi diri.

2.2.7 Proses Terjadinya Halusinasi

Halusinasi berkembang melalui 4 fase, yaitu sebagai berikut :

1. Fase Pertama

Disebut juga dengan *fase comforting* yaitu fase menyenangkan. Pada tahap ini masuk kedalam golongan nonpsikotik.

Karakteristik: klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

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

2. Fase Kedua

Disebut juga dengan *fase condemning* atau ansietas berat yaitu, halusinasi menjadi menjijikan. Termasuk dalam psikotik ringan.

Karakteristik: pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berpikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.

Perilaku klien: meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

3. Fase Ketiga

Adalah *fase controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik.

Karakteristik: bisikan suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjaditerbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

Perilaku klien: kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

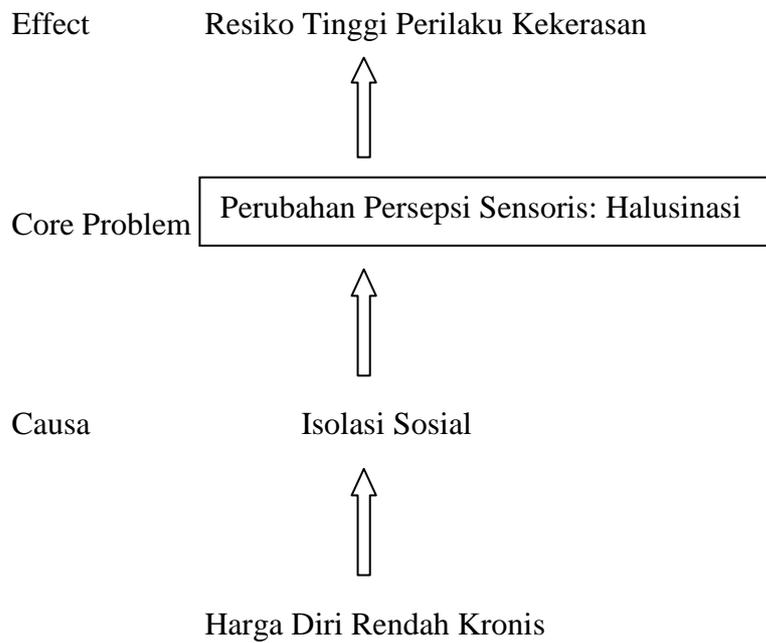
4. Fase Keempat

Adalah *fase conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat.

Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain dilingkungan.

Perilaku klien: perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik, tidak mampu merespons terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespons lebih dari satu orang.

2.2.8 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Perubahan Persepsi Sensoris: Halusinasi

2.2.9 Masalah Keperawatan yang Mungkin Muncul

1. Resiko tinggi perilaku kekerasan
2. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
3. Isolasi sosial
4. Harga diri rendah kronis

2.3 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data *biologis, psikologis, sosial* dan *spiritual*. Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan kemampuan koping yang dimiliki klien (Stuart & Laraia, 2001), cara ini yang akan dipakai pada uraian berikut. Cara pengkajian lain berfokus pada 5 (lima) dimensi yaitu fisik, emosional, intelektual, sosial, dan spiritual.

Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan, umumnya dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Formulir pengkajian yang dianjurkan bagi perawat di rumah sakit jiwa dan mahasiswa keperawatan dapat dilihat pada lampiran A.

Isi pengkajian meliputi :

1. Identitas klien
2. Keluhan utama / alasan masuk faktor predisposisi
3. Faktor predisposisi
4. Aspek fisik / biologis

5. Aspek psikososial
6. Status mental
7. Kebutuhan persiapan pulang
8. Mekanisme koping
9. Masalah psikososial
10. Pengetahuan
11. Aspek medis

Data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi 2 macam, seperti berikut :

1. Data *objektif* yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
2. Data *subjektif* data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga.

Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data *primer*, dan data yang diambil dari hasil pengkajian atau catatan tim kesehatan yang lain disebut sebagai data *sekunder*.

Perawat dapat menyimpulkan kebutuhan atau masalah klien dari kelompok data yang dikumpulkan. Kemungkinan kesimpulan adalah sebagai berikut :

1. Tidak ada masalah tetapi ada kebutuhan

- a. Klien tidak memerlukan peningkatan kesehatan, tetapi hanya memerlukan pemeliharaan kesehatan dan memerlukan tindak lanjut (follow up) secara periodik karena tidak ada masalah, serta klien telah mempunyai pengetahuan untuk antisipasi masalah.
 - b. Klien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya prevensi dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.
2. Ada masalah dengan kemungkinan.
- a. Resiko terjadi masalah karena sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah.
 - b. Aktual terjadi masalah disertai data pendukung.

Masalah utama adalah prioritas masalah klien dari beberapa masalah yang dimiliki oleh klien. Umumnya, masalah utama berkaitan erat dengan alasan masuk atau kelhan utama.

Penyebab adalah salah satu dari beberapa masalah klien yang merupakan penyebab masalah utam. Masalah ini dapat pula disebabkan oleh salah satu masalah yang lain, demikian seterusnya.

Akibat adalah salah satu dari beberapa masalah klien yang merupakan efek atau akibat dari masalah utama. Efek ini dapt pula menyebabkan efek yang lain, demikian seterusnya. Contoh, seorang klien dibawa ke rumah sakit jiwa dengan alasan utama klien marah, memukuk, dan mengancam lingkungan. Hal ini terjadi setelah klien dihina dan dipermalukan kakaknya. Dari kasus ini dapat

diidentifikasi beberapa masalah, yaitu: *Perilaku Kekerasan, Resiko Perilaku Kekerasan terhadap orang lain, Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah. Perilaku Kekerasan* merupakan masalah utama, *Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah sebagai penyebab* dan *Resiko Perilaku Kekerasan terhadap Orang Lain sebagai akibat atau efek.*

Pohon masalah tersebut diharapkan dapat memudahkan perawat dalam menyusun diagnosis keperawatan. Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan untuk klien dengan masalah kesehatan jiwa, dapat merujuk pada Tabel 1-1. Tuliskan diagnosis keperawatan klien dengan mengacu pada hasil penelusuran masalah dengan menggunakan pohon masalah.

Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran atau titik diri (*self-awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan komunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara afektif (Stuart & Laraia, 2001). Perilaku atau kegiatan yang perlu dilakukan perawat adalah membina hubungan saling percaya dengan melakukan kontrak, mengkaji data dari klien dan keluarga, memvalidasi data dengan klien, mengorganisasi atau mengelompokkan data, serta menetapkan kebutuhan dan / atau masalah klien.

2.3.2 Analisa data

Analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan mentabulasi, menyeleksi, mengklasifikasi, mengelompokkan, mengaitkan data dan menentukan kesenjangan informasi, melihat pola data, membandingkan dengan standart,

menginterpretasikan dan terakhir membuat kesimpulan.(carol vestal allen,2000 : 86).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Pengertian diagnosis keperawatan yang dikemukakan oleh beberapa ahli adalah sebagai berikut :

1. Diagnosis keperawatan adalah penilaian atau kesimpulan yang diambil dari pengkajian (Gable, dikutip oleh Carpenito, 1996).
2. Diagnosis keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respon klien baik aktual maupun potensial (Stuart & Laraia, 2001).

Rumusan diagnosis dapat berupa *PE*, yaitu *permasalahan (P)* yang berubungan dengan *etiologi (E)* dan keduanya memiliki hubungan sebab akibat secara ilmiah. Rumusan *PES* sama dengan *PE* hanya ditambah *simtom (S)* atau gejala sebagai data penunjang. Dalam keperawatan jiwa, ditemukan diagnosis anak-beranak yang jika etiologi sudah diintervensi dan permasalahan belum selesai, P dijadikan etiologi untuk diagnosis yang baru, demikian seterusnya. Hal ini dapat dilakukan karena permasalahan tidak selalu disebabkan oleh satu etiologi yang sama sehingga walaupun etiologi sudah diintervensi, permasalahan belum selesai. Untuk jalan keluarnya jika permasalahan tersebut menjadi etiologi, tindakan diberikan secara tuntas. Jika pernyataan dari pohon masalah diangkat menjadi permasalahan (P) dalam diagnosis keperawatan, seluruh pernyataan harus dituliskan. Contoh, *Perubahan Persepsi / Sensori ; Halusinasi Pendengaran*. Jika pernyataan tersebut menjadi etiologi (E),

pernyataannya diambil dari akarnya. Contoh halusinasi dengar. Untuk lebih jelas lihat contoh diagnosis keperawatan berikut ini :

1. *Resiko Gangguan Suhu Tubuh: Hipertermia* berhubungan dengan defisit volume cairan.
2. *Defisit Volume Cairan* berhubungan dengan diare.
3. *Resiko Perilaku Kekerasan terhadap Diri Sendiri* berhubungan dengan halusinasi pendengaran.
4. *Perubahan Persepsi/Sensori: Halusinasi Pendengaran* berhubungan dengan menarikdiri.
5. *Isolasi Sosial: Menarik Diri* berhubungan dengan harga diri rendah kronis.

Kemampuan perawat yang diperlukan dalam merumuskan diagnosis adalah kemampuan pengambilan keputusan yang logis, pengetahuan tentang batasan adaptif atau ukuran normal, kemampuan memberi justifikasi atau pembenaran, kepekaan sosial budaya (Stuart & Laraia, 2001). Kegiatan atau perilaku perawat yang dibutuhkan dalam merumuskan diagnosis adalah mengidentifikasi pola data, membandingkan data dengan keadaan adaptif, menganalisa dan mensintesis data, mengidentifikasi kebutuhan atau masalah klien, memvalidasi dan menyusun masalah dengan klien, membuat pohon masalah, merumuskan diagnosis keperawatan, dan menyusun prioritas diagnosis keperawatan.

2.3.4 Perencanaan

Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) dari diagnosis tertentu. Tujuan umum dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus telah tercapai.

Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi (E) dari diagnosis tertentu. Tujuan khusus merupakan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki klien. Kemampuan ini dapat bervariasi sesuai dengan masalah dan kebutuhan klien. Umumnya, kemampuan klien pada tujuan khusus dapat dibagi menjadi tiga aspek (Stuart & Laraia, 2001).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk melihat efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Rencana tindak lanjut dapat berupa:

1. Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.
2. Rencana modifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi belum memuaskan.

3. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan.
4. Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.
(Budi anna keliat dkk,2006:18).

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan (tinjauan teori)

2.4.1 Pengkajian

1) Identitas klien dan penanggung

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan jiwa terutama dalam pengkajian untuk mempermudah asuhan keperawatan, perawat harus mengetahui identitas pasien yang ditulis disini mulai dari nama, umur, alamat, pekerjaan, status, agama, pendidikan, kebangsaan, diagnosa medis, tanggal masuk dan nomor RM (Keliat,1999:46)

2) Alasan masuk rumah sakit

Alasan masuk mencakup penyebab pasien dirtawat di RS atau keluhan-keluhan pasien dalam keluarga sehingga datang dirawat di RS (Budi Anna Keliat, 1999:46).

Karakteristik perilaku klien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran biasanya muncul gejala-gejala yang tidak lazim misalnya isolasi sosial dari hubungan sosial, harga diri rendah, ketidaksesuaian sosial, tidak tertarik dengan aktifitas rekreasi (Stuart dan Sundeen, 1998:309), tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, gerakkan yang cepat, respon verbal yang lamban, diam, dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan (Stuart dan Sundeen, 1998:328).

3) Faktor predisposisi

3.1) Faktor perkembangan terlambat

- a. Usia bayi tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum dan rasa aman.
- b. Usia balita, tidak terpenuhi kebutuhan otonomi.
- c. Usia sekolah mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan.

3.2) Faktor komunikasi dalam keluarga

- a. Komunikasi berperan ganda
- b. Tidak adakomunikasi
- c. Tidak ada kehangatan
- d. Komunikasi dengan emosi berlebihan
- e. Komunikasi tertutup
- f. Orang tua yang membandingkan anak-anaknya, orang tua yang otoritas dan konflik orang tua

3.3) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor masyarakat yang disingkirkan atau kesepian yang selanjutnya keadaan dapat diatasi sehingga timbul halusinasidan delusi.

3.4) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas yang berakhir dengan peningkatan terhadap kenyataan.

3.5) Faktor biologis

Pada pasien perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran sering ditemukan distruktur otak yang abnormal seperti atropik otak, pembeesaran ventrikel.

3.6) Faktor genetik

Telah diketahui bahwa genetik skizofrenia diturunkan melalui kromosom tertentu. Namun demikian kromosom yang keberapa menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Disuga letak gen skizofrenia adalah kromosom nomor enam, dengan kontribusi genetik tambahan 4,8,5 dan 22. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami skizofrenia, sementara jika di zygote peluangnya sebesar 15% seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami skizofrenia berpeluang 15% akan mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.

4) Faktor presipitasi

a. Faktor presipitasi dapat bersumber internal dan eksternal

Stessor sosial budaya dan meningkatkan, bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting atau disingkirkan dari kelompok.

b. Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, zat haluzigenik diduga berkaitan dengan gangguan persepsi sensoris.

c. Faktor biologis

Intensitas kecemasan yang ekstrim dan memanjang, serta bterbatasnya kemampuan mengatasi masalah kemungkinangguan persepsi sensori. Klien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

5) Pemeriksaan fisik

Pengkajian difokuskan pada sistem dan fungsi organ

1. Pengukuran dan observasi tanda-tanda vital :

Tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan klien. Hal itu harus dilakukan untuk mengetahui normal dan tidak normalnya.

2. Dalam sistem dan fungsi organ :

Keluhan fisik yang dirasakan klien dengan keluhan-keluhan klien pada saat pengkajian. Hal ini dapat menjadi masalah atau suatu faktor yang mempengaruhi perilaku (Budi Anna Kelia,1999:47).

6) Psikososial

a. Genogram

Pembuatan genogram sangat diperlukan minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan anggota keluarga. Adakah keluhan fisik, sakit fisik dan gangguan jiwa yang dialami anggota keluarganya termasuk masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, orang terdekat klien dan pola asuh keluarga.

Dikaji meliputi :

- Hubungan keluarga dengan orang tua yang dingin atau ketegangan atau acuh tak acuh.
- Kedua orang tua jarang dirumah dan tidak ada waktu untuk anak.
- Komunikasi antar anggota tidak baik
- Kedua orang tua terpisah atau cerai.

- Salah satu orang tua menderita gangguan jiwa atau kepribadian.
- Orang tua dalam mendidik anak kurang sabar, pemarah, keras, otoriter dan lain sebagainya (Dadang Hawari, 2001: 34-35).

b. Konsep diri

Konsep diri adalah semua ide, pikiran dan kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart dan Sundeen, 1998 : 372).

1. Gambaran diri

Gambaran diri adalah pandangan seseorang terhadap tubuhnya, termasuk persepsi dan perasaan masa lalu dan masa sekarang, tentang ukuran tubuh, fungsi, penampilan dan potensi diri. Pandangan ini terus berubah oleh pengalaman dan persepsi baru.

2. Identitas diri

Identitas diri adalah penilaian individu terhadap dirinya sebagai satu kesatuan yang utuh, konsisten dan unik. Ini berarti individu tersebut otonomi berbeda dengan yang lain, termasuk persepsinya dengan jenis kelamin.

3. Peran

Peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan oleh masyarakat yang sesuai dengan fungsi individu didalam masyarakat tersebut.

4. Ideal diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang perilaku yang harus dilakukan sesuai dengan standart, aspirasi, tujuan atau nilai yang dilakukan. Ideal diri saat ini, tetap masih dalam batas yang dicapai, ideal diri diperlukan untuk mengacu pda tingkat yang lebih tinggi.

5. Harga diri

Harga diri adalah penilaian orang tentang individu dengan menganalisa kesesuaian perilaku dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi berakar dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, sebagai individu yang berarti dan pentingnya walaupun salah, gagal dan kalah.

6. Hubungan sosial

Perubahan sosial yang sering terjadi pada klien dengan Perubahan Persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran, yaitu :

- Kesepian
- Isolasi sosial

- Perasaan terisolasi dan terasing, perasaan kosong, gersang dan merasa putus asa, yang membuat pasien terpisahdengn yang lain
- Terjadi ketika klien menarik diri, secara fisik dan emosional dari orang lain. Isolasi dari klien tergantung pada tingkat kepedihan dan kecemasan yang berkaitan dalam hubungan dengan orang lain.
- Rasa tidak percaya pada orang lain merupakan inti masalah pada gangguan halusinasi
- Ketergantungan diartikan keterikatan pada oramng lain yang berlebihan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional.

7. Spiritual

Pentingnya riwayat kehidupan beragama pada pasien perlu dikaji sejauh mana pengaruh agama dalam kehidupan klien sebelum sakit (Dadang Hawari,2000).

8. Status mental

Pengkajian pda status mental meliputi:

a. Penampilan

Pada klien dengan ganggun persepsi sensori : halusinasi pendengaran akan didapat tidak ada perhatian asuhan mandiri

terutama penampilan, misalnya penampilan yang tidak terawat dari ujung rambut hingga ujung kaki, ada yang tidak rapi (rambut acak-acakan, kancing baju tidak rapi, baju terbalik dan baju tidak diganti-ganti), kadang-kadang penggunaan pakaian yang tidak sesuai misal, pakaian dalam dipakai diluar baju, tidak tepat waktu, tempat, situasi dan kondisis (Keliat,1999)

b. Pembicaraan

Klien dengan halusinasi dipenuhi dengan pembicaraan yang berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan dengan berbicara cepat, keras, gagap, bisu atau lambat bisa ditemukan pada klien gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran (Keliat,199).

c. Aktivitas motorik

Perubahan motorik klien yang sering terjadi adalah :

- o Otomatis : gerakan seperti robot
- o Impulsif : cenderung melakukan gerakan tiba-tiba dan spontan tanpa dipikir
- o Manerisine dikenal melalui dengan gerakan dan nucapan.

- Kompulsif : kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi mengeringkantan (Keliat,1999)

d. Alam perasaan

Gambaran akan perasaan ini akan dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi dan terkesan dingin merasa bangga bahwa dirinya selalu obyektif, rasional dan tidak mudah terangsang secara emosional dan subyektifitas tinggi, perasaan yang berlebihan ini ditemukan pada klien (Hawari, 2000).

e. Afek

Afek adalah komponen pikiran dan ide yang terkait dengan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Perubahan afek terjadi karena klien berusaha membuat jarak dengan perasaan tertentu.

Perubahan efek yang biasa muncul antara lain :

- Afek yang tumpul : kurangnya respon yang emosional terhadap pikiran orang atau pengalaman klien tampak apatis dan tidak membedakan.

- Afek yang datar : afek yang tidak sesuai dengan pembicaraan atau ide orang tersebut misalnya klien tertawa saat dia disiksa.
 - Afek berlebihan : reaksi yang berlebihan terhadap suatu keadaan misalnya reaksi berduka yang berlebihan terhadap kematian kucingnya.
 - Ambivalen : timbulnya dan perasaan yang bertentangan ada saat yang sama (Hamid dkk,1994).
- f. Interaksi selama wawancara : respon verbal dan nonverbal.
- g. Persepsi : ketidakmampuan menginterpretasikan stimulus yang ada sesuai dengan informasi.
- h. Proses pikir : proses informasi yang diterima tidak berfungsi dengan baik dan dapat mempengaruhi proses pikir.
- i. Isi pikir : berisikan keyakinan berdasarkan penilaian realistis.
- j. Tingkat kesadaran : orientasi waktu, tempat dan orang
- k. Memori
- Memori jangka panjang : mengingat peristiwa setelah lebih setahun berlalu.
 - Memori jangka pendek : mengingat peristiwa seminggu yang lalu dan pada saat dikaji.

- l. Kemampuan konsentrasi dan berhitung : kemampuan menyelesaikan tugas berhitung yang sederhana.
- m. Kemampuan penilaian : apakah terdapat masalah ringan sampai berat.
- n. Daya titik diri : kemampuan dalam mengambil keputusan tentang diri.
- o. Kebutuhan persiapan pulang : pola aktifitas sehari-hari termasuk makan dan minum, BAB dan BAK, istirahat tidur, perawatan diri, pengobatan dan pemeliharaan kesehatan serta aktifitas dalam dan luar ruangan.

7) Mekanisme koping

- a. Regresi : menjadi malas beraktifitas sehari-hari.
- b. Proyeksi : menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- c. Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

8) Masalah psikososial dan lingkungan

Masalah berkenaan dengan ekonomi, pekerjaan, pendidikan dan perumahan atau pemukiman.

9) Aspek medik

Diagnosa medik dan terapi medik.

2.4.2 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan meningkatkan data-data yang menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan mencantumkan masalah kesehatan dan keperawatan.

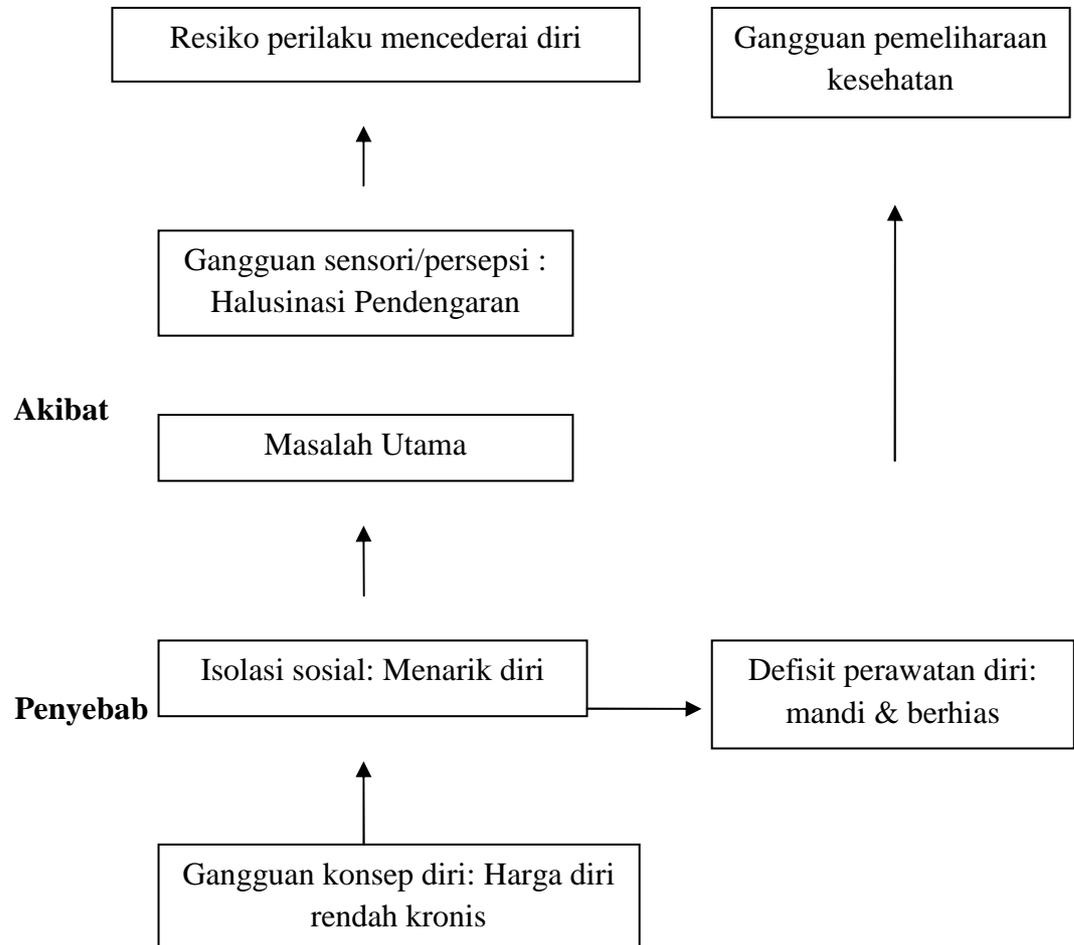
Analisa data pada klien dengan gangguan persepsi sensori, merupakan masalah yang sangat penting yang membutuhkan pemecahn yang efektif karena seseorang yang berhalusinasi tidak mempunyai pemikiran untuk memastikan apakah sesuatu yang dipikirkan nyata.

2.4.3 Masalah Keperawatan

Masalah yang muncul pada pengkajian, dan hal ini untuk melengkapi pembuatan pohon masalah, yaitu :

1. Gangguan sensori / persepsi : Halusisnasi Pendengaran
2. Resiko perilaku mencederai diri sendiri
3. Isolasi sosial : menarik diri
4. Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis
5. Gangguan pemeliharaan kesehatan
6. Defisit perawtan diri : mandi dan berhias

2.4.4 Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon Masalah Halusinasi Pendengaran

2.4.5 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang utama dari pohon masalah yang diatas adalah:

- a. Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

2.4.6 Perencanaan Keperawatan

Dengan Diagnosa keperawatan : Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
Pendengaran

Diagnosa Keperawatan	Pasien	Keluarga
Halusinasi	SP 1 P : 1. BHSP 2. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 3. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien 4. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien 5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien 6. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 7. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi 8. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi 9. Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian	SP1 K : 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi
	SP 2 P : 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal	SP2 K : 1. Melatih keluarga untuk mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi 2. Melatih keluarga untuk mempraktekkan cara merawat pasien halusinasi

	kegiatan harian	
	<p>SP3 P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2.Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan kegiatan harian) 3.Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>SP3 K :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang
	<p>SP4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3.Menganjurkan pasien memasukkan jadwal kegiatan harian 	

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

Latihan Fase Orientasi, Kerja, dan Terminasi pada setiap SP

SP 1 Pasien : Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi.

Orientasi

“Selamat pagi! Saya perawat yang akan merawat Anda. Saya suster SS, senang dipanggil suster S. Nama Anda siapa? Senang dipanggil apa?”

“Bagaimana perasaan D hari ini? Apa keluhan D saat ini?”

“Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini D dengar, tetapi tidak tampak wujudnya? Di mana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?”

Kerja

“Apakah D mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?”

“Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan D sering mendengar suara itu? Berapa kali sehari D alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?”

“Apa yang D rasakan pada saat mendengar sara itu? Apa yang D lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”

“D, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut, Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur.”

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya adalah saat suara-suara itu muncul, langsung D bilang, pergi saya tidak mau dengar.. saya tidak mau dengar! Kamu suara palsu! Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba D peragakan! Nah begitu,...bagus! coba lagi! Ya bagus, D sudah bisa.”

Terminasi

“Bagaimana suara D setelah memperagakan latihan tadi? Kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan coba cara tersebut.! Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? (Anda masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Pukul berapa D? Bagaimana kalau dua jam lagi? Di mana tempatnya?”

“baiklah, sampai jumpa.”

SP 2 Pasien : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain.

Orientasi

“Selamat pagi, D! Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangkah suara-suaranya? Bagus! Sesuai janji kita tadi, saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau di mana? Di sini saja?”

Kerja

“cara kedua untuk mencegah / mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau D mulai mendengar suara-suara, langsung aja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan D. Contohnya begini, “tolong, saya mulai mendengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya!” Atau kalau ada orang dirumah, misalnya kakak ,katakan, “ Kak, ayo ngobrol dengan D. D sedang dengar suara-suara.” Begitu D. Coba D lakukan seperti yang saya lakukan. Ya, begitu. Bagus.! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus ya D!” di sini D dapat mengajak perawat atau pasien lain untuk bercakap-cakap.

Terminasi

“bagaimana perasaan D setelah latihan ini? Jadi, sudah ada berapa cara yang D pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau D mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal

kegiatan harian D. Mau jam berapa latihan nercakap-cakap? Nah, nanti lakukan secara teratur sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok pagi saya akan kesini lagi. Bagaimana kalau kita latihan cara yang ketiga, yaitu melakukan aktifitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10 pagi? Mau di mana? Di sini lagi? Sampai besok ya. Selamat pagi!”

SP 3 Pasien : melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal.

Orientasi

:Selamat pagi D! Bagaimana perasaan D hari ini?”

“Apakah suara itu masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus!”

“Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal.”

“Mau di mana kita bicara? Baik, kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit? Baiklah.”

Kerja

“Apa saja yang biasa D lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya apa?” (terus kaji hingga dapatkan kegiatannya sampai malam.)

“Wah banyak sekali kegiatannya! Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut)! Bagus sekali jika D bisa lakukan!”

“ kegiatan ini dapat D lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.”

Terminasi

“Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap-cakap caa yanag ketiga untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali! Coba sebutkan tiga cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara, bagus sekali! Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian D. Coba lakukan sesuai jadwal ya!” (perawat dapat melatih aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi semua aktivitas dari pagi sampai malam)

“Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti, kita mambahas cara minum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 12? Di ruang makan ya? Sampai jumpa!”

SP 4 Pasien : melatih pasien minum obat secara teratur.

Orientasi

“Selamat siang D! Bagaimana perasaan D siang ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah digunakan tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah tadi pagi sudah minum obat? Baik. Hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang D minum. Kita akan diskusi selama 20 menit sambil menunggu makan siang . di sini saja ya?”

Kerja

“D, adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suara berkurang atau hilang? Minum obat sangat penting agar suara-suara yang didengar D dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang D minum? (pasien menyiapkan obat pasien) ini yang warnanya oranye (chlorpromazine, CPZ) gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Obat yang berwarna putih (tyhexilpendil, THP) gunanya agar D merasa rileks dan tidak kaku. Sedangkan merah jambu (haloperidol, HLP) berfungsi untuk menenangkan pikiran dan menghilangkan suara-suara. Semua obat ini diminum 3 kali sehari, setiap pukul 7 pagi, 1 siang, dan 7 malam. Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, D akan kambuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula. Kalau obat habis, D bisa minta ke Dokter untuk mendapatkannya lagi. D juga harus teliti saat minum obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, yaitu diminum setelah makan dan tepat jamnya. D juga harus perhatikan berapa obat sekali minum, dan D juga harus cukup minum 10 gelas per hari.”

Terminasi

“Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap-cakap mengenai obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba sebutkan?! Bagus! (Jika jawaban benar) mari kita masukan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan D! Jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau dirumah. Nah, makanan sudah datang!”

Besok kita ketemu lagi untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau pukul berapa? Bagaimana kalau pukul 10 pagi? Sampai jumpa. Selamat pagi!”

SP 1 keluarga: memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, dan cara-cara merawat pasien halusinasi.

Orientasi

“ selamat pagi bapak/ibu! Saya SS, perawat yang merawat anak Bapak/Ibu. Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Apa pendapat Bapak/Ibu tentang anak Bapak/Ibu?”

“Hari ini kita akan berdiskusi tentang apa masalah yang anak Bapak/Ibu alami dan bantuan apa yang Bapak dapat berikan.”

“kita mau diskusi dimana? Bagaimana kalau di ruang wawancara? Berapa lama waktu Bapak/ Ibu ? bagaiman kalau 30 menit?”

Kerja

“masalah apa yang bapak alami dalam merawat D? Apa yang Bapak/Ibu lakukan?”

“Ya, gejala yang dialami oleh anak Bapak/ Ibu itu disebut halusinasi, yaitu mendengar atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada bedanya. Tanda-tandanya bicara dan tertawa sendiri, atau marah-marah tanpa sebab. Jadi, jika

anak Bapak/Ibu mengatakan mendengar suara-suara, sebenarnya suara itu tidak ada. Kalau anak Bapak/Ibu mengatakan melihat bayang-bayang, sebenarnya bayangan itu tidak ada. Oleh karena itu, kita diharapkan dapat membantunya dengan beberapa cara. Terdapat beberapa cara untuk membantu anak Bapak/Ibu agar bisa mengendalikan halusinasi. Cara-cara tersebut adalah: pertama, di hadapan anak Bapak/Ibu, jangan membantah atau mendukung halusinasi. Katakan saja Bapak/Ibu percaya D memang mendengar suara atau melihat bayangan, tetapi Bapak/Ibu sendiri tidak mendengar atau melihatnya. Kedua, jangan biarkan anak Bapak/Ibu melamun dan sendiri, karena kalau melammun halusinasi akan muncul lagi. Upayakan ada orang mau bercakap-cakap dengannya. Buat kegiatan keluarga seperti makan bersama dan ibadah bersama. Terkait dengan kegiatan, saya telah melataih anak Bapak/Ibu untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari. Toong Bapak/Ibu pantau pelaksanaannya dan berikan pujian jika D berhasil melakukannya! Ketiga, bantu anak Bapak/Ibu minum obat secara teratur. Jadi, Bapak/Ibu dapat mengingatkan kembali. Obatnya ada tiga macam, yang berwarna oranye namanya CPZ gunannya untuk menghilangkan suara-suara atau bayangan. Yang berwarna putih namanya THP berfungsi untuk membuat D tenang dan tidak kaku. Yang berwarna biru namanya HLP gunanya menenangkan pikiran. Semua obat ini harus D minum 3 kali sehari pada pukul 7 pagi, 1 siang dan 7 malam. Obat harus selalu diminum untuk mencegah kekambuhan. Terakhir, jika tanda-tanda halusinasi mulai muncul, putus halusinasi dengan menepuk punggung D. Kemudian suruh D menghardik suara tersebut. D sudah saya ajarkan cara menghardik halusinasi. Sekarang, mari kita latihan memutus halusinasi D. Sambil menepuk punggung

anak Bapak/ Ibu, katakan: D, sedang apa kamu? Kamu ingatkan apa yang diajarkan perawat jika suara-suara itu datang? Ya, usir suara itu D! Tutup telinga kammu dan katakan pada suara itu saya tidak mau dengar! Ucapkan berulang-ulang, D. Sekarang coba Bapak/Ibu praktekan cara yang baru saja saya ajarkan. Bagus pak/bu!”

Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita berdiskusi dan latihan memutus halusinasi D?”

“Sekaarng coba Bapak/Ibu sebutkan kembali cara merawat D!”

“Bagus sekali Bapak/Ibu! Bagaimana kalau dua hari lagi kita bertemu untuk mempraktikan cara memutus halusinasi langsung di hadapan D?”

“Jam berapa kita bertemu? Baik, sampai jumpa!”

SP 2 keluarga : melatih keluarga prakti merawat pasien langsung di hadapan pasien. Memberi kesempatan kepada keluarga untukmemperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.

Orientasi

“Selamat pagi! Bagaimana perasaan Bapak/Ibu pagi ini?”

“Apakah Bapak/Ibu masih ingat bagaimana cara memutus halusinasi anak Bapak/Ibu yang sedang mengalammi halusinasi? Bagus!”

“Sesuai dengan perjanjian kita, selama 30 menit ini kita akan mempraktekan cara memutus halusinasi langsung di hadapan anak Bapak/Ibu. Mari kita datangi anak Bapak/Ibu!”

Kerja

“Selamat pagi D, Bapak/Ibu D sangat ingin membantu D mengendalikan suara-suara yang sering D dengar. D, nanti kalau sedang dengar suara-suara dan D bicara atau senyum-senyum sendiri, Bapak/Ibu akan mengingatkan ya? Sekarang, coba Bapak/Ibu peragakan cara memutus halusinasi yang sedang D alami seperti yang sudah kita pelajari sebelumnya. Tepuk punggung D lalu suruh D mengusir suara-suara dengan menutup telinga dan menghardik suara tersebut. (Perawat mengobservasi apa yang dilakukan keluarga kepada pasien.)

“Bagus sekali! Bagaimana D/ senang dibantu Bapak/Ibu? Nah, Bapak/Ibu ingin melihat jadwal harian D. (Pasien memeragakan dan kemudian perawat mendorong orang tua memberikan pujian.) baiklah, sekarang saya dan orang tua D ke ruang perawat dulu. (Perawat dan keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga.)

Terminasi

“bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah mempraktikan cara memutus halusinasi langsung di hadapan anak Bapak/Ibu?”

“ Diingat-ingat pelajaran kita hari ini ya Pak/Bu. Bapak/Ibu dapat melakukan cara itu jika anak Bapak/Ibu mengalami halusinasi.”

“Bagaiman kalau kita bertemu dua hari lagi untuk membicarakan jadwal harian D di rumah. Pukul berapa Bapak/Ibu bisa datang? Kita bertemu di tempat ini lagi ya? Sampai jumpa!”

SP 3 keluarga : membantu perencanaan pulang bersama keluarga.

Orientasi

“Selamat pagi Pak/Bu, karena besok D sudah boleh pulang maka sesuai janji kita sekarang ketemu untuk membicarakan jadwal D selama di rumah.”

“Bagaimana Pak/bu selama Bapak/Ibu membesuk apa sudah mempraktikkan cara meraawt D?”

“Nah, sekarang kita bicarakan jadwal D di rumah? Mari kita duduk di ruang perawat.!”

“Berapa lama Bapak/Ibu ada waktu? Bagaimana kalau 30 menit?”

Kerja

“Ini jadwal kegiatan D di rumah sakit. Coba Bapak/Ibu lihat mungkinkah dilakukan di rumah. Siapa yang kira-kira akan memotivasi san mengingatkan? Pak/Bu, jadwal yang telah dibuat selama D di rumah sakit tolong dilanjutkan di rumah, baik jadwal aktivitas maupun jadwal minum obat.”

“Hal-hal yang harus diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh anak Ibu dan Bapak selama di rumah, misalnya kalau B terus mendengar suara-suara yang mengganggu dan tidak memperlihatkan perbaikan, menolak

minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi, segera hubungi suster b di puskesmas terdekat dari rumah Bapak/Ibu, ini nomor telepon puskesmasnya.: (0651)554xxx. Selanjutnya suster B yang akan membantu memantau perkembangan D selama di rumah.”

Terminasi

‘Bagaimana Bapak/Ibu? Ada yang ingin ditanyakan?’

“CobaBapak/Ibu sebutkan cara-cara merawat D dirumah!”

“Bagus! (Jika ada yang lupa segera diingatkan oleh perawat.) ini jadwalnya untuk dibawa pulang. Selanjutnya, silahkan Ibu menyelesaikan administrasi yang dibutuhkan. Kami akan siapkan D untuk pulang.”