

PENDIDIKAN KESEHATAN
PADA KELUARGA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D3 Keperawatan



Disusun Oleh :

Tubagus Agung Bayu Hastono

17.0601.0031

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2020

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KELUARGA PASIEN
SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Pengujii
Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 11 Juni 2020

Pembimbing I


Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep

NIK. 047806007

Pembimbing II


Ns. Sambodo Sriadi Pinilih., M.Kep

NIK. 047606006

ii

Universitas Muhammadiyah Magelang

ii

Universitas Muhammadiyah Magelang

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Tubagus Agung Bayu Hastono

NPM : 17.0601.0031

Program Studi : Program Studi Keperawatan (D3)

Judul KTI : Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Tim Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Magelang.

TIM PENGUJI

Penguji I:

Ns. M. Khoirul Amin, M.Kep (.....)

NIK. 108006043

Penguji II:

Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep (.....)

NIK. 047806007

Penguji III:

Ns. Sambodo Sriadi Pinilih., M.Kep (.....)

NIK. 047606006

Magelang, 11 Juni 2020

Program Studi D3 Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Dekan,



Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep

NIK. 947308063

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad, taufik, dan hidayah-Nya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“PENDIDIKAN KESEHATAN PADA KELUARGA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI”**. Adapun tujuan penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini sebagai syarat untuk mencapai gelar ahli madya pada D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penulis banyak mengalami berbagai kesulitan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah, berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung maka Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan terima kasih kepada:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang dan selaku Dosen Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ns. Reni Mareta, M.Kep, Ketua Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak saya Tubagus Soebagijo dan ibu saya Suwanti serta sahabat saya yang tidak henti-hentinya memberikan doa dan restunya, tanpa mengenal lelah selalu memberi semangat untuk penulis, mendukung dan membantu penulis baik secara moral, material maupun spiritual, sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

6. Rekan-rekan mahasiswa seperjuangan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan memberikan dukungan kritik serta saran.

Penulis memohon perlindungan kepada Allah SWT dan berharap laporan ini bermanfaat bagi semuanya.

Wassalamualaikum wr.wb

Magelang, 11 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Karya Tulis Ilmiah	3
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Halusinasi	5
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	12
2.3 Pendidikan Kesehatan	20
2.4 Keluarga	22
BAB 3 METODE STUDI KASUS	23
3.1 Desain Penelitian	23
3.2 Subyek Studi Kasus	23
3.3 Fokus Studi.....	23
3.4 Definisi Operasional Fokus Studi.....	24
3.5 Instrumen Studi Kasus.....	24
3.6 Metode Penelitian.....	25
3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	27
3.8 Analisis Data dan Penyajian Data	27
3.9 Etika Studi Kasus	28

BAB 5 KESIMPULAN	50
5.1. Kesimpulan.....	50
5.1.1. Kesimpulan Pasien.....	50
5.2. Saran	51
5.2.1. Pelayanan Kesehatan	51
5.2.2. Institusi Pendidikan.....	52
5.2.3. Masyarakat.....	52
5.2.4. Penulis.....	52
5.2.5. Pasien	52
DAFTAR PUSTAKA	53

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Definisi Operasional Fokus Studi	24
--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Pathway.....	19
-----------------------	----

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Gangguan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan utama di negara-negara maju. Gangguan jiwa adalah gangguan pada fungsi mental, yang meliputi emosi, pikiran, perilaku, motivasi gaya tilik diri dan persepsi yang menyebabkan penurunan semua fungsi kejiwaan terutama minat dan motivasi sehingga mengganggu seseorang dalam proses hidup dimasyarakat menurut Nasir dan Muhith, 2015 (Ginting, 2019).

World Health Organization (2009) memperkirakan 450 juta orang diseluruh dunia mengalami gangguan jiwa, sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Usia ini biasanya terjadi pada dewasa muda antara usia 18-21 tahun. Menurut National Insitute of Mental Health pada tahun 2001 gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan diperkirakan akan berkembang menjadi 25% ditahun 2030. Kejadian tersebut akan memberikan andil meningkatnya prevalensi gangguan jiwa dari tahun ketahun diberbagai negara.(Kaunang et al., 2015)

Gangguan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Salah satu gangguan jiwa yang mendapat perhatian lebih adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan jiwa yang terpecah belah atau adanya ketidakselarasan antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (2018) prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mengalami peningkatan pada tahun 2018 menjadi sebesar 7% jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu sebesar 1,7% pada tahun 2013 di Indonesia.(Farizah et al., 2019)

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya.Skizofrenia memiliki dua

gejala yaitu gejala positif dan negatif, salah satu gejala positif yang mendominasi adalah halusinasi.(Yohana, 2020)

Berdasarkan pendapat dari Stuart dan Laraia, 2007, perilaku yang sering muncul dari seseorang yang sering mengalami halusinasi tergantung pada jenis dan fase halusinasi yang dialami, semakin berat fase halusinasinya semakin berat tingkat ansietasnya. Perilakunya semakin dikendalikan oleh halusinasinya. Perilaku ini sering menimbulkan dampak yang dapat membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya, selain itu klien akan menarik diri dari lingkungannya(Nafiatun et al., 2020).

Berdasarkan hal tersebut menurut Miftachul, 2017, pemerintah melakukan upaya untuk mengatasi masalah gangguan jiwa antara lain adalah menerapkan sistem pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan di masyarakat, menyediakan sarana prasarana, dan sumber daya yang diperlukan untuk pelayanan kesehatan jiwa di seluruh wilayah Indonesia, termasuk obat, alat kesehatan, dan tenaga kesehatan dan non-kesehatan terlatih, menggerakkan masyarakat untuk melakukan upaya preventif dan promotif serta deteksi dini gangguan jiwa dan melakukan upaya rehabilitasi(Setyowati, 2017).

Keluarga mempunyai peran dan tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan meliputi mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga, memberikan perawatan terhadap keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga, dan menggunakan pelayanan kesehatan. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan alat yang dijadikan sebagai panduan oleh seorang perawat jiwa ketika berinteraksi dengan klien dengan gangguan halusinasi. Strategi pelaksanaan adalah penerapan standar asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien bercakap-cakap dengan orang lain saat

halusinasi muncul, serta melakukan aktifitas terjadwal untuk mencegah halusinasi. (Yohana, 2020)

1.2 Rumusan Masalah

Gangguan jiwa pada tahun 2018 menurut Riskesdas menaik sebesar 7% dari tahun sebelumnya menjadi 1,7%, skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa dengan gejala halusinasi, dampak dari halusinasi itu sendiri adalah dapat membahayakan diri sendiri maupun lingkungan dan mampu membuat klien menarik diri dari lingkungannya. Keluarga yang menjadi orang terdekat dari pasien dapat menjadi salah satu penunjang kesehatan jiwa. Maka dari itu salah satu upaya yang penting untuk menangani kesehatan jiwa adalah melalui pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien skizofrenia dengan halusinasi.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus terkait dengan penerapan pendidikan kesehatan untuk keluarga pasien skizofrenia dengan halusinasi.

1.3 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penulisan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini adalah memberikan gambaran bahwa pengaruh pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien skizofrenia dengan halusinasi mempunyai dampak positif untuk kemajuan pasien.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik pasien skizofrenia dengan halusinasi.
- b. Menggambarkan pengaruh pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien skizofrenia dengan halusinasi.
- c. Menggambarkan keterlibatan seluruh anggota keluarga dalam menangani pasien skizofrenia dengan halusinasi.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil laporan kasus ini dapat dijadikan masukan dan informasi bagi seluruh praktisi kesehatan dalam menentukan asuhan keperawatan bagi pasien skizofrenia

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan manfaat dan menambah kumpulan studi pustaka bagi mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan

1.4.3 Bagi Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan pada masyarakat tentang skizofrenia dengan halusinasi

1.4.4 Bagi Penulis

Menambah ilmu pengetahuan bagi penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan halusinasi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Pengertian

Halusinasi merupakan sebuah gejala positif yang dialami oleh klien gangguan jiwa. Gejala positif ini bisa ditandai dengan klien memberi sebuah persepsi atau pendapat tentang lingkungannya tanpa adanya objek rangsang yang nyata sehingga keadaan ini menyebabkan klien tidak mampu membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Halusinasi hanya menyerang panca indra yang dapat berupa suara, pendengaran, perabaan, penciuman, pengecapan dan penglihatan. Halusinasi disebabkan oleh jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres (Andri et al., 2019).

2.1.2 Jenis Halusinasi

Berdasarkan pendapat Rusdi, 2013, jenis halusinasi menjadi 2 yaitu halusinasi non patologis dan halusinasi patologis. Non patologi adalah halusinasi pada seseorang yang bukan penderita gangguan jiwa hanya pada seseorang yang mengalami stress yang berlebihan atau kelelahan, sedangkan halusinasi patologis dibagi menjadi 5 macam yaitu halusinasi pendengaran (auditif) dimana klien mendengar suara-suara tanpa adanya stimulus yang nyata, halusinasi penglihatan (visual) jika seseorang melihat sesuatu tapi orang lain tidak melihat, halusinasi penciuman (olfaktorik) jika seseorang merasakan bau-bau yang ekstrim yang muncul dari sumber tertentu, halusinasi pengecapan (gustatorik) yaitu jika seseorang merasakan di mulutnya seperti makan makanan yang menjijikan, dan halusinasi perabaan (taktil) adalah klien merasakan ketidaknyamanan karena diraba. (Nafiatun et al., 2020)

2.1.4 Fase Halusinasi

Menurut Zelika & Dermawan, 2015 perkembangan halusinasi melalui 4 fase yaitu *fase comforting*, *fase condemning*, *fase controlling*, dan *fase conquering*. Adapun penjelasan yang lebih detail dari keempat fase tersebut adalah sebagai berikut:

2.1.4.1 Fase Pertama

Disebut juga dengan *fase comforting* atau halusinasi menyenangkan. Pada tahap ini masuk golongan non psikotik.

1. Karakteristik atau sifat :

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 hanya menolong sementara.

2. Perilaku klien :

Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, mengerakan bibir tanpa suara, penggerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyadarinya.

2.1.4.1 Fase Kedua

Disebut dengan *fase condemning* yaitu halusinasi menjadi jijik. Termasuk dalam psikotik ringan.

1. Karakter dan sifat :

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai di rasakan ada bisikan yang tidak jelas.

2. Perilaku klien :

Meningkatnya tanda-tanda saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asyik dengan halusinasinya karena tidak bisa membedakan asli atau realita.

2.1.4.3 Fase Ketiga

Adalah *fase controlling* yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa termasuk gangguan psikotik.

1. Karakteristik atau sifat:

Isi halusinasi semakin menonjol, mengusai dan mengontrol.

2. Perilaku klien :

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

2.1.4.4 Fase Keempat

Adalah *fase conquering* yaitu klien lebur dengan halusinasi termasuk dalam psikotik berat.

1. Karakteristik atau sifat :

Halusinasi berubah menjadi mengancam, memerintahkan, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain.

2. Perilaku klien :

Perilaku klien panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik karena tidak bisa merespon terhadap perintah kompleks dan klien tidak mampu berespon lebih dari satu orang (Hayati, 2018).

2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut Stuart, 2013, tanda dan gejala munculnya halusinasi yang sering muncul seperti menyeringai atau kadang tertawa sendiri, sulit berkonsentrasi, mendengar suara-suara biasanya suara orang, stimulus pencahayaan atau penglihatan berupa sesuatu yang menyenangkan atau menjijikkan, gerakan mata cepat, duduk terpaku kadang lari, disorientasi pada waktu, membaui sesuatu kearah tertentu, kadang terlihat menggerakkan mulut dan meludah, dan terlihat menggaruk badan.(Nafiatun et al., 2020)

2.1.4 Etiologi

Menurut Stuart, 2007, penyebab terjadinya halusinasi merupakan biologis dimana abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini menunjukkan penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik. Psikologis merupakan lingkungan klien yang sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien.(Andri et al., 2019)

Berdasarkan Yoseph, 2011, penyebab terjadinya halusinasi dibagi dalam faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi adalah faktor perkembangan yang ditandai kurang mengontrol emosi sehingga klien kurang mandiri dan frustrasi yang menyebabkan klien kehilangan percaya diri, faktor sosiokultural ditandai dengan stres menghadapi lingkungan, faktor biokimia terjadi karena stres yang meningkat atau ketidakseimbangan antara acetylcolin dan dopamine sehingga menimbulkan kecemasan. Menurut Stuart dan Sundeen, 2013, faktor presipitasi penyebab terjadinya halusinasi adalah biologis dimana keadaan abnormalitas otak, sehingga respon neurologis atau stimulus menjadi maladaptif, sedangkan stres lingkungan sendiri yaitu interaksi terhadap lingkungan kurang baik sehingga terjadi gangguan perilaku, dan koping dimana

individu yang bersangkutan dalam menghadapi stress yang maladaptive , sedangkan menurut pendapat Candra, 2017, penyebab gangguan halusinasi karena adanya kerusakan otak, keracunan, obat halusigenik, dan gangguan jiwa, seperti emosi, kecemasan, stress tertentu yang dapat mengikuti ilusi psikosis yang dapat menimbulkan halusinasi sehingga klien yang bersangkutan sulit membedakan pikiran internal dan eksternal.(Nafiatun et al., 2020)

Berdasarkan pendapat Stuart, 2013, halusinasi ada beberapa etiologi atau penyebab yang dibagi menjadi dua yaitu:

2.1.4.1 Faktor predisposisi

1. Biologis yaitu abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan melalui penelitian pencitraan otak dan zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan, ketidakseimbangan antara dopamin dan neurotransmitter lain terutama serotonin dan masalah masalah pada sistem reseptor dopamin.
2. Faktor psikologis, teori ini menyalahkan keluarga sebagai penyebab gangguan ini. Akibatnya, kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan jiwa profesional menurun.
3. Sosial budaya yang mempengaruhi seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, dan bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

2.1.4.2 Faktor presipitasi

1. Biologis meliputi gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.
2. Lingkungan yaitu ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

Keterangan :

1. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut respon adaptif :

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
- d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon psikososial

Respon psikososial meliputi :

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena ransangan panca indra.
- c. Emosi berlebihan atau berkurang.
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c. Kerusakan proses emosi perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan sesuatu yang tidak teratur.
- e. Isolasi sosial adalah kondisi yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.(Nursalam, 2019)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian yang didapatkan pada pasien gangguan persepsi sensori menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut :

Subyektif	Obyektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan. 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan. 3. Menyatakan kesal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori. 2. Respon tidak sesuai. 3. Bersikap seolah-olah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu. 4. Menyendiri dan melamun. 5. Konsentrasi buruk. 6. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi. 7. Curiga. 8. Melihat ke satu arah. 9. Mondar-mandir. 10. Bicara sendiri.

Pengkajian yang didapatkan pada keluarga dengan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut :

Subyektif	Obyektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita. 2. Mengungkapkan kesulitan perawatan yang ditetapkan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat. 2. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat. 3. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pendapat Keliat, 2007, diagnosa keperawatan data dirumuskan berdasarkan hasil pengkajian yang mengalami gangguan jiwa, sedangkan menurut pendapat Kusumawati dan Hartono, 2010, diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan masalah keperawatan klien mencakup baik respons sehat adaptif ataupun maladaptive serta stressor yang menunjang (Amrulloh, 2017).

Diagnosa keperawatan untuk masalah klien menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia adalah : Gangguan Persepsi Sensori (D0085).

Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.

Sedangkan diagnosa keperawatan untuk masalah keluarga menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia adalah : Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif (D0115).

Definisi : Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

2.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan pada klien menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut : Manajemen Halusinasi (I.09288)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita.

Tindakan :

1. Observasi
 - a. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi.
 - b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan.
 - c. Monitor isi halusinasi.
2. Terapeutik
 - a. Pertahankan lingkungan yang aman.
 - b. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku.
 - c. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi.
 - d. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi.
3. Edukasi
 - a. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.
 - b. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.
 - c. Anjurkan melakukan distraksi.

d. Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.

4. Kolaborasi

a. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu

Intervensi keperawatan pada keluarga menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia adalah sebagai berikut : Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09625)

Definisi : Memberikan informasi dan dukungan saat pembuatan keputusan kesehatan.

Tindakan :

1. Observasi

a. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik.

2. Terapeutik

a. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan.

b. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi.

c. Fasilitasi melihat situasi secara realistis.

d. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan.

e. Fasilitasi pengambilan keputusan secara korelatif.

f. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi.

g. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, jika perlu.

h. Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

3. Edukasi

- a. Informasikan alternatif solusi secara jelas.
- b. Berikan informasi yang diminta pasien.

4. Kolaborasi

- a. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan.

Outcome keperawatan pada keluarga menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia adalah : Manajemen Kesehatan Keluarga (L.12105)

Definisi : Kemampuan menangani masalah kesehatan keluarga secara optimal untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

Ekspetasi : Meningkatkan.

Kriteria Hasil :

1. Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami 2-4 (cukup menurun – cukup meningkat)
2. Aktivitas keluarga mengatasi masalah kesehatan tepat 2-4 (cukup menurun – cukup meningkat).
3. Tindakan untuk mengurangi faktor resiko 2-4 (cukup menurun – cukup meningkat)
4. Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan 4-2 (cukup menurun – cukup meningkat)
5. Gejala penyakit anggota keluarga 4-2 (cukup menurun – cukup meningkat)

Terdapat 6 strategi pelaksanaan pada keluarga dengan manajemen kesehatan keluarga tidak efektif, meliputi :

A. SP 1 :

1. Keluarga mampu mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami klien dan masalah kesehatan keluarga (caregiver) dalam merawat klien.

B. SP 2 :

1. Evaluasi masalah kesehatan yang dialami klien dan masalah kesehatan keluarga (caregiver) dalam merawat klien. (SP 1)
2. Ajarkan keluarga dalam merawat masalah yang dialami klien.

C. SP 3 :

1. Evaluasi cara merawat masalah yang dialami oleh klien. (SP 2)
2. Ajarkan keluarga dalam manajemen stres untuk keluarga

D. SP 4 :

1. Evaluasi cara manajemen stres untuk keluarga (SP 3)
2. Ajarkan keluarga cara manajemen beban untuk keluarga.

E. SP 5 :

1. Evaluasi cara keluarga manajemen beban untuk keluarga (SP 4).
2. Ajarkan keluarga cara memanfaatkan sistem pendukung.

F. SP 6 :

1. Evaluasi cara keluarga memanfaatkan sistem pendukung. (SP 5)
2. Evaluasi manfaat psikoedukasi bagi keluarga.

2.2.4 Implementasi

Menurut Keliat, 2007, tindakan keperawatan atau implementasi dilakukan berdasarkan rencana yang telah dibuat. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi klien saat ini. Perawat bekerja sama dengan klien, keluarga, dan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan (Amrulloh, 2017).

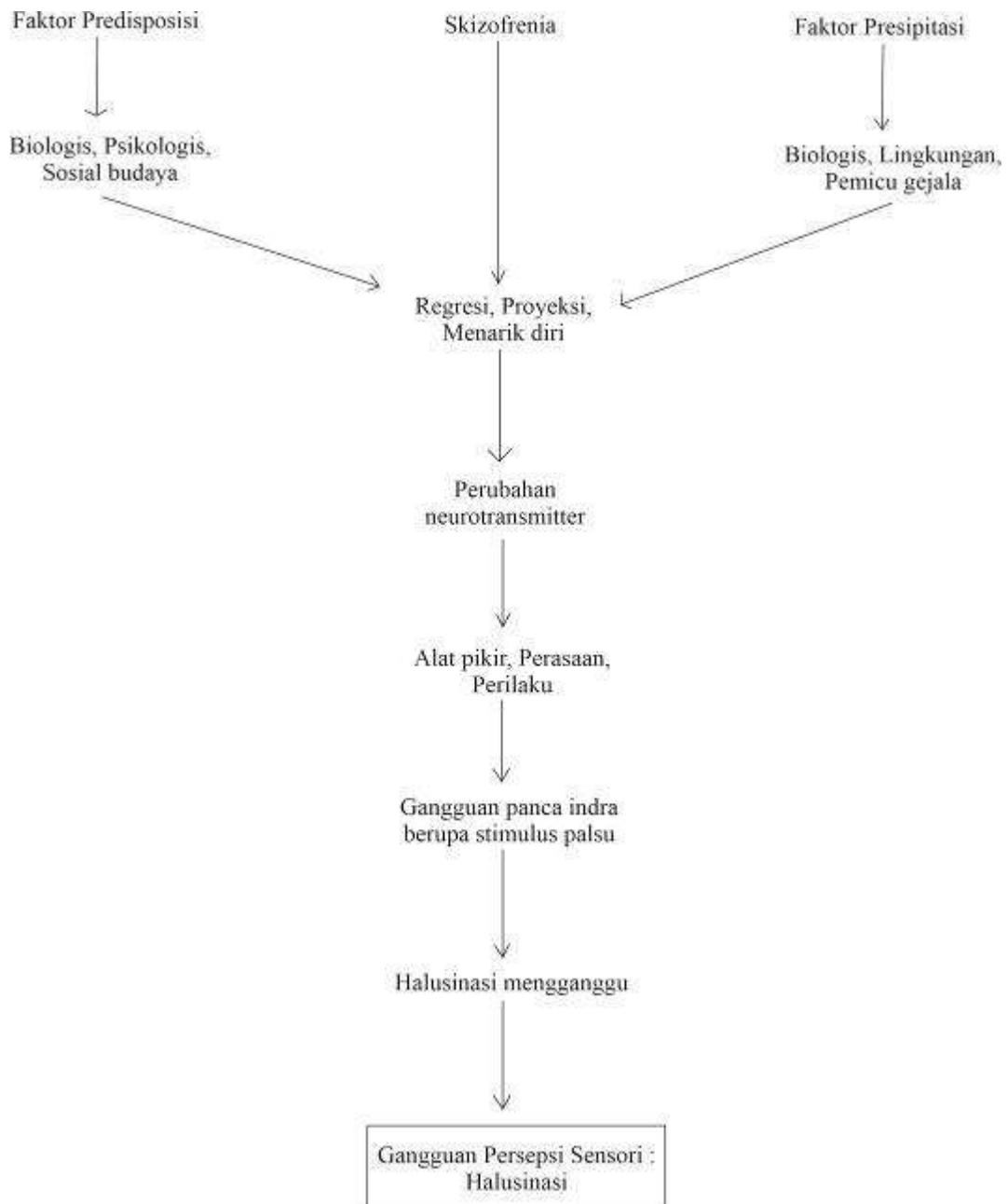
2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah respon terhadap perawat yang diberikan dan mencapai hasil yang sesuai dengan yang diharapkan yaitu yang dikembangkan pada fase

perencanaan dan didokumentasikan dalam rencana keperawatan, merupakan fase akhir proses keperawatan.

1. Data subyektif (S) merupakan respon subyektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “bagaimana perasaan bapak setelah latihan menghardik”
2. Data Obyektif (O) merupakan respon obyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.
3. Analisa (A) analisa ulang atas data subyektif dan data obyektif untuk mengumpulkan apakah masalah tetap ada atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada, dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.
4. Planning (P) merupakan perencanaan atau tindakan lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut oleh perawat.

2.2.6 Pathways



(Hayati, 2018)

Gambar 1 Pathway

2.3 Pendidikan Kesehatan

2.3.1 Definisi

Menurut Soekidjo Notoatmojo, 2012, pendidikan kesehatan adalah usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap maupun keterampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal. Pendidikan kesehatan adalah suatu cara yang dilakukan untuk merubah perilaku seseorang. Terjadinya suatu perubahan perilaku dilakukan melalui proses belajar yang meliputi adanya proses stimulus atau rangsangan, kemudian stimulus mendapatkan perhatian dari organisme, lalu organisme akan merubah dan mengolah stimulus untuk bersikap atau bertindak.(Jafar, 2020)

Pendidikan kesehatan menurut Notoatmodjo, 2010, adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Sedangkan menurut pendapat Mubarak dan Chayatin, 2009, pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi atau teori dari seseorang ke orang lain, akan tetapi perubahan tersebut terjadi karena adanya kesadaran dari dalam diri individu, atau kelompok masyarakat sendiri(Angraeni, 2016).

2.3.2 Tujuan

Menurut Mubarak, 2012, tujuan pendidikan kesehatan yaitu memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat serta menambah pengetahuan tentang kesehatan.(Indah, Riski et al., 2019)

Berdasarkan pendapat Mubarak dan Chayatin, 2009, tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar orang mampu:

- a. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri.

- b. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalah, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar.
- c. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat (Angraeni, 2016)

2.3.3 Ruang Lingkup

Pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya :

1. Pendidikan kesehatan di sekolah, dengan sasaran murid.
2. Pendidikan kesehatan di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya, dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
3. Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

Sedangkan untuk ruang lingkup keperawatan jiwa adalah menggunakan program CMHN (Community Mental Health Nursing) merupakan ruang lingkup dari keperawatan jiwa di komunitas. Menurut Stuart, 2009. tujuan dari CMHN yaitu memberikan pelayanan, konsultasi, edukasi, dan informasi mengenai prinsip-prinsip kesehatan jiwa kepada masyarakat, menurunkan angka resiko terjadinya gangguan jiwa, dan meningkatnya penerimaan masyarakat terhadap praktik kesehatan jiwa (Hartati, 2009).

2.3.4 Media

Media digunakan untuk mempermudah penyampaian pesan kepada target pendidikan. Salah satu media yang sering digunakan yakni media leaflet dan poster. Pada media leaflet dan poster ini dapat menampilkan gambar-gambar yang menarik, lebih lengkap, lebih praktis untuk dibawa, mudah dipelajari dimana saja dan juga tidak memerlukan arus listrik yang kadang menjadi kendala pendidikan kesehatan dengan media slide menurut Notoadmojo, 2012 (Indah, Riski et al., 2019).

2.3.5 Waktu Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan yang Efektif

Waktu yang efektif untuk melakukan pendidikan kesehatan pada keluarga adalah pada saat tidak jam kerja dimana individu sudah menyelesaikan tugas dan kewajibannya.

2.4 Keluarga

2.4.1 Definisi

Menurut pendapat dari Wiratri, 2018, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang tinggal satu atap dan memiliki rasa ketergantungan satu sama lain. Sedangkan menurut Friedman, 2010, keluarga merupakan sekelompok orang yang dihubungkan oleh perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang memiliki keterikatan aturan dan emosional, serta memiliki peran masing-masing sebagai bagian dari keluarga (Setiawan, 2018)

2.4.2 Konsep Dasar Keluarga

Berdasarkan pendapat Friedman, 2010 menjelaskan bahwa keluarga dalam memenuhi kebutuhan kehidupannya memiliki fungsi-fungsi dasar keluarga salah satunya adalah fungsi perawatan kesehatan. Ada 5 tugas yang berlaku dalam fungsi perawatan kesehatan yaitu: mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah tangga yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

BAB 3

METODE STUDI KASUS

3.1 Desain Penelitian

Dalam studi kasus ini penulis menggunakan penelitian dengan metode deskriptif. Metode Deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif (Suara & Araf, 2019)

Menurut Rakhmat, 2011, metode deskriptif adalah pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat. Penelitian deskriptif mempelajari masalah-masalah dalam masyarakat, serta tatacara yang berlaku dalam masyarakat serta situasi-situasi tertentu, termasuk tentang kegiatan-kegiatan, sikap, pandangan serta proses-proses yang sedang berlangsung dan pengaruh-pengaruh dari suatu fenomena (Atiko & Sudrajat, 2016).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan desain studi kasus, yaitu peneliti ingin menggambarkan studi kasus tentang asuhan keperawatan pada pasien Halusinasi.

3.2 Subyek Studi Kasus

Unit analisis atau partisipan dalam keperawatan umumnya adalah klien dan keluarganya. Subyek yang digunakan pada studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan ini adalah 2 kasus dengan masalah halusinasi dan diagnosa penyakit yang sama.

3.3 Fokus Studi

Fokus Studi yang digunakan adalah 2 pasien dengan diagnosis Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.

3.4 Definisi Operasional Fokus Studi

1Tabel 3.1 Definisi Operasional Fokus Studi

No	Istilah	Penjelasan
1	Skizofrenia	Adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai oleh adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia sering ditemukan pada lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia
2	Halusinasi	Adalah gangguan jiwa dimana individu mendapatkan rangsang tanpa adanya objek yang nyata. Halusinasi dibagi menjadi lima yaitu halusinasi penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan dan perabaan.
3	Pendidikan Kesehatan	Adalah tindakan untuk meningkatkan pengetahuan pada individu dengan berbagai metode seperti metode ceramah dan menggunakan metode media yang bisa berupa leaflet.
4	Keluarga	Adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang tinggal satu atap dan memiliki rasa ketergantungan satu sama lain

3.5 Instrumen Studi Kasus

Alat atau instrumen untuk pengumpulan data yang digunakan adalah lembar atau format asuhan keperawatan Pengkajian Jiwa dengan format analisa data, faktor predisposisi, fisik, psikososial dan status mental untuk melakukan pengkajian dan dibantu dengan melihat beberapa data dari data dokumen, alat tulis, dan kuisisioner halusinasi.

3.6 Metode Penelitian

Metode Pengumpulan Data merupakan teknik atau cara yang dilakukan untuk mengumpulkan data. Metode menunjuk suatu cara sehingga dapat diperlihatkan penggunaannya melalui angket, wawancara, pengamatan, tes, dokumentasi dan sebagainya (Hendryadi, 2017).

3.6.1 Observasi

Observasi merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang tidak hanya mengukur sikap dari responden (wawancara dan angket) namun juga dapat digunakan untuk merekam berbagai fenomena yang terjadi (situasi, kondisi). Teknik ini digunakan bila penelitian ditujukan untuk mempelajari perilaku manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan dilakukan pada responden yang tidak terlalu besar (Hendryadi, 2017).

Dalam metode observasi ini penulis mengobservasi perilaku setiap individu di dalam keluarga dan mengobservasi cara melakukan perawatan pada pasien halusinasi sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.

3.6.2 Wawancara

Yang dimaksud dengan wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara si penanya atau pewawancara dengan si penjawab atau responden dengan menggunakan alat yang dinamakan interview guide (panduan wawancara). Wawancara dapat dilakukan dengan tatap muka maupun melalui telepon (Hendryadi, 2017). Metode ini digunakan untuk mengetahui pendapat, pandangan, pengalaman atau persepsi responden tentang suatu permasalahan. Peneliti dapat mengajukan pertanyaan secara formal dan terstruktur sesuai urutan pertanyaan dalam pedoman wawancara, dapat dilakukan secara fleksibel sesuai jawaban responden.

Yang perlu dikaji saat melakukan wawancara yaitu meliputi :

- a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa.

b. Keluhan utama

Keluhan utama klien saat dikaji atau keluhan yang sering dirasakan oleh klien

c. Riwayat kesehatan

Yaitu meliputi riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga dan riwayat psikososial dan spiritual

d. Aktivitas sehari-hari

Yaitu meliputi aktivitas klien sebelum dan sesudah sakit

3.6.3 Dokumentasi

Dokumentasi yaitu suatu catatan asli yang dapat dijadikan bukti hukum, jika suatu saat ditemukan suatu masalah yang berhubungan dengan kejadian yang terdapat didalam catatan tersebut. Pada penelitian ini prosedur pengumpulan data dimulai dari pra penelitian dengan melakukan studi pendahuluan. Untuk langkah-langkah pengumpulan datanya adalah sebagai berikut:

- a. Membuat proposal terkait penelitian yang akan dilakukan
- b. Melakukan seminar proposal dan perbaikan sesuai arahan pembimbing
- c. Melakukan uji etik terhadap klien
- d. Mengurus perijinan terkait pengambilan data
- e. Mahasiswa mencari kasus melalui data puskesmas setempat dan mahasiswa mencari 2 pasien dengan masalah yang sama untuk dijadikan pasien kelolaan.
- f. Menyeleksi pasien sesuai kriteria kasus yang akan dibuat
- g. Meminta persetujuan pada responden yang akan dijadikan pasien kelolaan. Setelah menemukan dua responden, peneliti menjelaskan maksud, tujuan, manfaat, dan prosedur selama penelitian
- h. Melakukan analisa studi kasus
- i. Menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan
- j. Mahasiswa membuat laporan hasil studi kasus.

3.7 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus akan dilakukan di komunitas atau masyarakat di Kabupaten Magelang. Pengambilan data dimulai pada bulan Februari – Mei 2020.

3.8 Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur). Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.9 Etika Studi Kasus

Pada penelitian ini dicantumkan etika yang menjadi dasar penyusunan studi kasus yang terdiri dari :

1. *Informed Consent*

Menurut pendapat Nurrobikha, 2015, *Informed consent* berasal dari dua kata, yaitu *informed* yang berarti telah mendapat penjelasan atau informasi dan *consent* yang berarti persetujuan atau memberi izin. Sedangkan pendapat Kinanti dan Permatasari, 2015, *Informed consent* merupakan persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap dirinya serta resiko yang berkaitan dengannya. (Herwanda et al., 2016)

Informed consent meliputi :

- a) Menjelaskan tujuan studi kasus kepada klien.
- b) Menjelaskan tentang rencana dan implementasi pendidikan kesehatan tentang halusinasi.
- c) Menjelaskan manfaat dan resiko studi kasus kepada klien
- d) Menjelaskan adanya *reward* ketika klien dapat melakukan apa yang di implementasikan tim kesehatan pada akhir sesi.

2. *Anonimity*

Anonimity adalah tindakan merahasiakan nama responden dan sebagai alternatifnya digantikan dengan kode menurut Brockopp & Tolsma, 2000 (Jatmika, 2017). Dalam penelitian ini, peneliti tidak menyertakan nama responden secara jelas untuk identitas, penyebutan identitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara pemberian nomer kode tertentu dan inisial nama responden pada setiap data yang didapatkan.

3. *Confidentiality*

Setiap orang mempunyai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan informasi. Setiap orang berhak untuk tidak memberikan apa yang diketahuinya kepada orang lain. Oleh sebab itu, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek (Notoatmodjo, 2010). Peserta riset mempunyai hak untuk menyembunyikan nama dalam penelitian. Informasi berhubungan dengan peserta atau kenyataan bahwa individu telah berpartisipasi dalam suatu studi tidak diberikan kepada setiap orang diluar penelitian (Brockopp & Tolsma, 2000). Informasi mengenai responden, hanya diketahui oleh pihak yang berkepentingan terhadap penelitian yaitu peneliti dan pembimbing (Jatmika, 2017).

Confidentiality meliputi:

- a) Nama klien akan di buat menjadi inisial untuk menjaga privasi klien
- b) Alamat klien akan dibuat menjadi kode untuk menjaga privasi klien
- c) Untuk menjaga privasi klien yang dapat mengetahui tentang perkembangan penyakit klien hanya klien, keluarga inti, dan tim kesehatan.

BAB 5

KESIMPULAN

5.1. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada keluarga klien 1 dan keluarga klien 2 dengan diagnosa keperawatan Manajemen Kesehatan Tidak Efektif yang dilakukan selama 14 hari untuk masing-masing keluarga dapat disimpulkan :

5.1.1. Kesimpulan Pasien

1. Hasil pengkajian pada Nn.L dan keluarga didapatkan bahwa klien mengatakan klien sering melihat teman-teman yang pernah melakukan bullying kepada klien, klien juga mendengar halusinasi berupa hujan batu dan suara banjir, dan klien juga sering mencium bau wangi tanpa adanya objek. Klien mengatakan halusinasi tersebut muncul ketika klien dapat masalah atau stressor dan ketika klien sendiri. Klien juga mengatakan masih dalam proses pengobatan dan rawat jalan. Dari segi obyektif klien tampak seperti orang normal dan klien masih sering berbicara tapi tidak sesuai dengan tema percakapan. Kemudian data subyektif yang didapat dari keluarga adalah keluarga mengatakan masih kebingungan tindakan yang tepat untuk merawat klien ketika klien kambuh. Keluarga mengatakan hanya mendiamkan klien ketika klien kambuh. Keluarga tidak mengajak ngobrol sama sekali ketika klien kambuh. Data obyektif yang didapatkan dari keluarga klien 1 adalah klien nampak kebingungan ketika ditanya mengenai tindakan yang tepat ketika merawat klien saat kambuh.
2. Hasil pengkajian yang didapat dari Ny.S adalah klien mengatakan klien mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan terkait masalah asmara semasa Sekolah Menengah Atas yang menyebabkan klien mendengar halusinasi yang mengejeknya. Klien mengatakan halusinasi tersebut muncul ketika klien ingat tentang masa SMA nya dan ketika klien sendiri. Klien mengatakan bosan selalu minum obat. Dari segi obyektif klien tampak seperti orang sehat, cara berpenampilan klien rapi, ketika klien

mengobrol sesuai dengan tema percakapan. Kemudian dari keluarga didapatkan keluarga mengatakan masih bingung ketika klien kambuh dan tidak mau minum obat. Keluarga juga mengatakan tidak berani memaksa klien untuk minum obat. Keluarga nampak kebingungan ketika ditanya tindakan agar klien mau minum obat lagi.

3. Diagnosa keperawatan yang didapat dari Nn.L dan Ny.S adalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi. Kemudian dari masing-masing keluarga didapat Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif.
4. Intervensi Keperawatan untuk diagnosa keperawatan Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif adalah identifikasi masalah yang dialami klien dan keluarga dalam merawat klien, ajarkan keluarga cara merawat masalah klien, ajarkan keluarga dalam manajemen stress untuk keluarga, ajarkan keluarga cara manajemen beban untuk keluarga, ajarkan keluarga cara memanfaatkan sistem pendukung, dan evaluasi manfaat psikoedukasi keluarga.
5. Implementasi dilakukan menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) pada masing-masing keluarga selama 6 kali pertemuan dalam 14 hari.
6. Evaluasi yang didapat dari masing-masing keluarga adalah keluarga menjadi paham cara merawat masalah klien, cara manajemen stress dan beban yang dirasakan keluarga dalam merawat klien dan cara pemanfaatan sistem pendukung secara baik dan benar.

5.2. Saran

Saran yang dapat penulis berikan berdasarkan hasil karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

5.2.1. Pelayanan Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan menjadi bahan pengembangan ilmu kepada pelayanan kesehatan untuk lebih meningkatkan perawatan pada pasien skizofrenia beserta keluarganya.

5.2.2. Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil dari karya tulis ilmiah ini dapat menambah referensi, peningkatan wawasan dan pengembangan mahasiswa melalui studi kasus dari keluarga yang merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi secara baik dan benar.

5.2.3. Masyarakat

Menambah wawasan masyarakat terutama dengan anggota keluarga pasien yang mengalami skizofrenia dengan halusinasi dapat sadar akan pentingnya cara merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi secara baik dan benar sehingga mendukung kesembuhan dan kesejahteraan anggota keluarga.

5.2.4. Penulis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi penulis untuk disebarluaskan agar ilmu yang diperoleh dapat bermanfaat bagi masyarakat sekitar.

5.2.5. Pasien

Diharapkan bagi klien untuk tetap melakukan perawatan kepada pasien skizofrenia dengan halusinasi secara baik dan benar agar pasien dapat sembuh dan tidak kambuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Amrulloh, E. A. (2017). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI HALUSINASI PENDENGARAN DI RUANG NAKULA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUMAS*. 6–22.
- Andri, J., Febriawati, H., & Panzilion. (2019). *IMPLEMENTASI KEPERAWATAN DENGAN PENGENDALIAN DIRI KLIEN HALUSINASI PADA PASIEN SKIZOFRENIA*. 1, 146–155.
- Angraeni, E. S. (2016). PERBEDAAN PENDIDIKAN KESEHATAN METODE DEMONSTRASI SECARA LANGSUNG DENGAN AUDIO VISUAL TENTANG CUCI TANGAN TERHADAP PRAKTEK DAN PERILAKU CUCI TANGAN PADA ANAK USIA PRA SEKOLAH. *Perbedaan Pendidikan Kesehatan*, 12–34.
- Atiko, G., & Sudrajat, R. H. (2016). *ANALISIS STRATEGI PROMOSI PARIWISATA MELALUI MEDIA SOSIAL OLEH KEMENTERIAN*. 3(2), 2349–2358.
- Farizah, N. A., Fitriany, E., Nugrahayu, E. Y., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Mulawarman, U., Masyarakat, K., Kedokteran, F., Mulawarman, U., Kesehatan, L., Kedokteran, F., Mulawarman, U., & Hidup, K. (2019). *HUBUNGAN FUNGSI SOSIAL DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN SKIZOFRENIA RELATIONSHIP OF SOCIAL FUNCTION TO QUALITY OF LIFE OUTPATIENTS SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN THE REGIONAL MENTAL HOSPITAL ATMA HUSADA*. 2(2), 1–8.
- Ginting, S. B. (2019). Minum Obat Pada Pasien Skizoprenia Di Poli Klinik Rsj Prof . Dr . Muhammad Ildrem Medan. *Jurnal Ilmiah PANNMED*, 14(1), 26–31. <http://repo.poltekkes-medan.ac.id/jspui/handle/123456789/1751>
- Hartati, B. (2009). PENINGKATAN PERKEMBANGAN USIA REMAJA DAN MANAJEMEN KASUS : PENDIDIKAN KESEHATAN TUMBUH KEMBANG REMAJA DI CUPAK TANGAH PAUH PADANG. *Journal Information*, 10, 1–16.
- Hayati, F. (2018). *MANAGEMEN HALUSINASI (AKTIVITAS TERJADWAL) PADA Tn S DENGAN GANGGUAN HALUSINASI PENDENGARAN DI RSJ Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG*.
- Hendryadi. (2017). Metode Pengumpulan data: Kuesioner. *Metode Penelitian Untuk Bisnis: Pendekatan Pengembangan-Keahlian*, 01, 170.
- Herminsih, A. R., Barlianto, W., & Kapti, R. E. (2017). PENGARUH TERAPI FAMILY PSYCHOEDUCATION (FPE) TERHADAP KECEMASAN DAN BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA

DENGAN SKIZOFRENIA DI KECAMATAN BOLA KABUPATEN SIKKA, NUSA TENGGARA TIMUR. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*, 3(2). <https://doi.org/10.36053/mesencephalon.v3i2.48>

Herwanda, Rahmayani, L., & Fadhillah, S. (2016). *GAMBARAN PENGGUNAAN PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT) OLEH DOKTER GIGI MUDA DI RSGM UNSYIAH*. 8(2), 123–131.

Indah, Riski, H., Dewi, P., & Maya, F. (2019). *PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWA TENTANG BAHAYA MEROKOK KELAS XI SMA YAYASAN WANITA KERETA API PALEMBANG TAHUN 2019*. 12(2), 125–135.

Indriawan, F. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Intermediate Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda. In *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Intermediate Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda* (Vol. 53, Issue 9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Jafar, S. R. (2020). *PENDIDIKAN KESEHATAN PADA REMAJA TENTANG FAKTOR RISIKO BERHUBUNGAN PENYAKIT HEPATITIS B DENGAN MEDIA VIDEO*. 21(1), 1–9.

Jatmika, Y. W. (2017). *HUBUNGAN PERSEPSI MAHASISWA TENTANG PROFESI PERAWAT DENGAN STRES PADA MAHASISWA PROFESI NERS PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER*.

Kaunang, I., Kanine, E., & Kallo, V. (2015). Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Prevalensi Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Yang Berobat Jalan Di Ruang Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Prof Dr. V. L. Ratumbuang Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2).

Meiantari, N. N. H., & Herdiyanto, Y. K. (2018). Peran Keluarga terhadap Manajemen Relapse (Kekambuhan) pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS). *Jurnal Psikologi Udayana*, 5(2), 317. <https://doi.org/10.24843/jpu.2018.v05.i02.p07>

Nafiatun, S., Susilaningsih, I., & Rusminah. (2020). *Penerapan teknik menghardik pada tn. j dengan masalah halusinasi*. 6, 15–24.

Nursalam. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN SKIZOFRENIA PARANOID DENGAN MASALAH GANGGUAN PERSEPSI SENSORI “HALUSINASI PENDENAGRAN” DI RUANG 23 E RUMAH SAKIT DR. SAIFUL ANWAR MALANG. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Saroh Mutia, A. (2020). *PENGAJIAN SEBAGAI TAHAP AWAL PROSES*

KEPERAWATAN DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN.

- Sasono, T. N. (2015). Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Penderita Skizofrenia. *The Indonesian Journal of Health Science*, 6(1), 8–18.
- Setiawan, W. (2018). *HUBUNGAN FUNGSI KELUARGA TERHADAP PERILAKU MEROKOK MAHASISWA FAKULTAS TEKNIK UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG TAHUN 2016, 2017, 2018*. 6–18.
- Setyowati, J. (2017). *TERAPI MUSIK PADA PASIEN DENGAN HALUSINASI DENGAR*. 4–11.
- Suara, M., & Araf, K. (2019). *Efektifitas Terapi Rehabilitasi Mental Terhadap Penurunan Halusinasi Klien Gangguan Jiwa*. 26–31.
- Sulistiyowati, N. (2017). *Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kekambuhan Skizofrenia di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo*.
- Wanti, Y., Widiyanti, E., & Fitriani, N. (2016). Gambaran Strategi Koping Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Menderita Gangguan Jiwa Berat. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v4(n1), 89–97.
<https://doi.org/10.24198/jkp.v4n1.9>
- Wijaya, S. V. (2017). Gambaran Psikoedukasi Terhadap Keluarga Penderita Skizofrenia. *Gait and Posture*, 7(2), 153–168.
<https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2018.03.005>
- Wulandari, A. Y. U. (2019). *UPAYA MENGONTROL HALUSINASI DENGAN BERCAKAP-CAKAP PADA PASIEN DENGAN*.
- Yohana, P. (2020). *Penderita Pasien dengan Halusinasi*. <http://repo.poltekkes-medan.ac.id/jspui/handle/123456789/1751>
- Zelika, A. A., & Dermawan, D. (2015). *KAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN JIWA HALUSINASI PENDENGARAN PADA SDR . D DI RUANG NAKULA RSJD SURAKARTA (STUDY OF NURSING CARE MENTAL OF AUDITORY HALLUCINATIONS ON MR D IN THE NAKULA RSJD OF SURAKARTA)*. 12, 8–15.