

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang terhubung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010).

Keluarga merupakan perkumpulan dua orang atau lebih individu yang hidup bersama dalam keterikatan, emosional dan setiap individu memiliki peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Fatimah, 2010).

2.1.2 Tujuan Dasar Keluarga

Tujuan dasar bentuk keluarga menurut Sulistyono, (2012) :

1. Keluarga memiliki pengaruh besar dalam perkembangan individu.
2. Keluarga menjadi penghubung bagi harapan anggota keluarga dalam. kebutuhan serta tuntutan di masyarakat.
3. Menjaga kasih sayang antar anggota keluarga, menyeimbangkan sosial ekonomi serta kebutuhan seksual dengan mencukupi kebutuhan dasar anggota keluarga.
4. Keluarga berpengaruh terhadap pembentukan identitas dan harga diri individu.

Beberapa alasan keluarga menjadi fokus sentral dalam perawatan keluarga yaitu :

- a. Sebuah unit keluarga apabila terjadi penyakit, cedera atau perpisahan bisa berdampak pada anggota keluarga yang lain.
- b. Status kesehatan anggota keluarga memiliki hubungan yang kuat dan signifikan.
- c. Mengurangi resiko bahaya dari pola hidup keluarga serta lingkungan dengan merawat kesehatan keluarga yang berpusat pada perawatan diri, pendidikan kesehatan, maupun konseling.
- d. Faktor resiko yang terjadi pada keluarga diakibatkan adanya masalah dari salah satu anggota keluarga.
- e. Keluarga menjadi sistem pendukung yang sangat penting untuk kebutuhan individu dalam keluarga (Sulistyo, 2012).

2.1.3 Struktur Keluarga

Menurut Friedman dalam Bakri, (2017) ada empat struktur keluarga yaitu

:

1. Pola komunikasi keluarga

Pola interaksi dari dalam keluarga hendaknya memiliki keterbukaan, kejujuran berfikir positif dan menyelesaikan konflik bersama dalam keluarga, komunikasi yang bermakna antara pendengar dan pembicara yang kemudian menimbulkan umpan balik dan melakukan validasi.

Bagi keluarga dengan pola komunikasi kurang terbuka maka akan menyebabkan berbagai macam persoalan, karakteristik pola komunikasi yang kurang baik yaitu, fokus pembicaraan hanya pada

satu orang saja, tidak ada diskusi dalam keluarga, anggota hanya menyetujui entah benar atau salah, dan hilangnya rasa empati dalam keluarga sehingga menjadi keluarga yang tertutup.

2. Struktur peran

Merupakan perilaku yang diinginkan berdasarkan posisi sosial yang diberikan, peran keluarga menggambarkan perilaku interpersonal yang berhubungan dengan masalah kesehatan dalam posisi dan situasi tertentu, Effendi,(1998) dalam Bakri, (2017).

3. Struktur kekuatan

Menggambarkan adanya kekuasaan atau kekuatan dalam sebuah keluarga yang digunakan untuk mengendalikan dan mempengaruhi anggota keluarga yang lain ke arah yang positif. Kekuasaan merupakan kemampuan seseorang dalam mengontrol, mempengaruhi dan mengubah tingkah laku seseorang.

4. Nilai – nilai dalam kehidupan keluarga

Suatu sistem, sikap dan kepercayaan yang menyatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga menjadi petunjuk untuk kemajuan norma dan peraturan. Norma yaitu tingkah laku yang baik bagi pandangan masyarakat yang bersumber pada sistem nilai yang ada di keluarga.

2.1.4 Tipe Keluarga

Terdapat beberapa tipe atau bentuk keluarga diantaranya (Fatimah, 2010):

1. Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi maupun keduanya.
2. Keluarga besar (*ekstended family*), yaitu keluarga inti ditambah dengan sanak saudaranya, misalnya kakek, nenek, keponakan, paman, bibi, saudara sepupu, dan lain sebagainya.
3. Keluarga bentukan kembali (*dyadic family*), yaitu keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah bercerai atau kehilangan pasangannya.
4. Orang tua tunggal (*single parent family*), yaitu keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua baik pria maupun wanita dengan anak-anaknya akibat dari perceraian atau ditinggal oleh pasangannya.
5. Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*the unmarried teenage mother*).
6. Orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*).
7. Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*the nonmarital heterosexual cohabiting family*) atau keluarga kabitas (*cohabitation*).
8. Keluargaberkomposisi(*composite*) yaitu keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama.

2.1.5 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga adalah ukuran dari bagaimana sebuah keluarga beroperasi sebagai unit dan bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu

sama lain. Hal ini mencerminkan gaya pengasuhan, konflik keluarga, dan kualitas hubungan keluarga. Fungsi keluarga mempengaruhi kapasitas kesehatan dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga (Families, 2010 dalam W. Husaini, 2017).

Terdapat 8 fungsi keluarga dan berikut penjelasannya antara lain (Wirdhana et al., 2013) :

1. Fungsi Keagamaan Fungsi keluarga sebagai tempat pertama seorang anak mengenal, menanamkan dan menumbuhkan serta mengembangkan nilai-nilai agama, sehingga bisa menjadi insan-insan yang agamis, berakhlak baik dengan keimanan dan ketakwaan yang kuat kepada Tuhan Yang Maha Esa.
2. Fungsi Sosial Budaya Fungsi keluarga dalam memberikan kesempatan kepada seluruh anggota keluarganya dalam mengembangkan kekayaan sosial budaya bangsa yang beraneka ragam dalam satu kesatuan.
3. Fungsi Cinta dan Kasih Sayang Fungsi keluarga dalam memberikan landasan yang kokoh terhadap hubungan suami dengan istri, orang tua dengan anak-anaknya, anak dengan anak, serta hubungan kekerabatan antar generasi sehingga keluarga menjadi tempat utama bersemainya kehidupan yang penuh cinta kasih lahir dan batin.
4. Fungsi Perlindungan Fungsi keluarga sebagai tempat berlindung keluarganya dalam menumbuhkan rasa aman dan tentram serta kehangatan bagi setiap anggota keluarganya.

5. Fungsi Reproduksi Fungsi keluarga dalam perencanaan untuk melanjutkan keturunannya yang sudah menjadi fitrah manusia sehingga dapat menunjang kesejahteraan umat manusia secara universal.
6. Fungsi Sosialisasi dan Fungsi Pendidikan keluarga dalam memberikan peran dan arahan kepada keluarganya dalam mendidik keturunannya sehingga dapat menyesuaikan kehidupannya di masa mendatang.
7. Fungsi Ekonomi Fungsi keluarga sebagai unsur pendukung kemandirian dan ketahanan keluarga.
8. Fungsi Pembinaan Lingkungan Fungsi keluarga dalam memberi kemampuan kepada setiap anggota keluarganya sehingga dapat menempatkan diri secara serasi, selaras, dan seimbang sesuai dengan aturan dan daya dukung alam dan lingkungan yang setiap saat selalu berubah secara dinamis.

2.2 Konsep Skizofrenia

2.2.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosis yang sering dijumpai sejak zaman dahulu. Meskipun demikian, pengetahuan tentang sebab – musabab dan patogenesisnya sangat kurang (Maramis, 2010) dalam (Sutejo, 2017).

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu “*Schizein*” yang artinya retak atau pecah (split), dan “*phren*” yang artinya pikiran, yang

selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang menderita skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian serta emosi (Sianturi, 2014).

2.2.2 Tanda dan Gejala

Menurut Keliat, dkk (2011) gejala – gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

1. Gejala positif

a. Waham : Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang – ulang (waham kejar, waham curiga, waham besar).

b. Halusinasi : Gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan).

c. Perubahan arus piker

1) Arus piker terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.

2) Inkoheren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

3) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.

d. Perubahan perilaku

1) Hiperaktif : perilaku motorik yang berlebihan.

2) Agitasi : perilaku yang menunjukkan perilaku kegelisahan.

3) Iritabilitas : mudah tersinggung.

2. Gejala negative

- a. Sikap masa bodo (apatis).
- b. Pembicaraan terhenti tiba-tiba (*blocking*).
- c. Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial).
- d. Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari.

2.2.3 Faktor Penyebab Skizofrenia

Luana, (2007) dalam Prabowo, (2014) menjelaskan penyebab dari skizofrenia, yaitu :

1. Faktor Biologis

a. Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang memiliki komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia.

b. Infeksi

c. Perubahan anatomi pada susunan saraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia.

d. Hipotesis dopamine

Dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia.

e. Hipotesis serotonin

Gaddum, Wolley dan Show tahun 1954 mengobservasi efek *lysergic acid diethylamide* (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal.

- f. Struktur otak
- 2. Faktor Genetik

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan 1% populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki maupun perempuan dengan skizofrenia.

2.2.4 Jenis – Jenis Skizofrenia

Menurut Laura, (2010) dalam Masriadi, (2016) ada empat jenis skizofrenia, yaitu :

1. Skizofrenia *Disorganized*

Seseorang individu mengalami delusi dan halusinasi yang memiliki makna yang sedikit atau tidak bermakna sama sekali seperti arti kata “*disorganized*”. Seorang individu dengan skizofrenia *disorganized* mungkin akan menarik diri dari kontak dengan manusia dan mungkin mundur untuk menunjukkan perilaku dan gerak tubuh yang konyol seperti anak-anak.

2. Skizofrenia Katatonik

Perilaku yang aneh terkadang muncul dalam bentuk keadaan tidak bergerak sama sekali seperti orang yang pingsan, ketika berada dalam keadaan ini individu dengan skizofrenia katatonik sebenarnya sepenuhnya sadar akan apa yang terjadi di sekitarnya.

3. Skizofrenia Paranoid

Delusi biasanya muncul dalam bentuk sebuah sistem yang terelaborasi didasarkan pada pemaknaan yang salah terhadap kejadian tertentu.

4. Skizofrenia tidak bergolong

Perilaku yang tidak teratur, halusinasi, delusi dan inkoherensi diagnosis ini digunakan ketika gejala individu tidak memenuhi kriteria untuk satu dari tiga jenis skizofrenia lain atau memenuhi kriteria untuk lebih dari satu jenis.

Maramis, (2009) membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan kedalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas golongan-golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam satu jenis. Pembagiannya yakni :

1. Skizofrenia paranoid

Jenis skizofrenia ini sering mulai sekitar umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan schizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

2. Skizofrenia hebefrenik

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

3. Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara usia 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh

gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti :

- a. Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan beberapa bulan.
- b. Bila diganti posisinya penderita menentang
- c. Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.
- d. Terdapat grimas dan katalepsi.

4. Skizofrenia simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

5. Skizofrenia residual

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

2.3 Konsep Halusinasi

2.3.1 Definisi Halusinasi

Menurut Townsend, (2010) dalam Amrullah, (2017) halusinasi merupakan suatu kondisi individu menganggap jumlah serta pola stimulus yang datang (baik dari dalam maupun dari luar) tidak sesuai dengan

kenyataan. Disertai distorsi dan gangguan respon terhadap stimulus tersebut baik respon yang berlebihan maupun yang kurang memadai. Menurut Keliat, (2010) dalam Amrullah, (2017) halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan maupun penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada.

Menurut Stuart dan Laraia, (2009) dalam Amrullah, (2017) halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panca indra tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada.

2.3.2 Jenis Halusinasi

Menurut Rusdi, (2013) dalam Ismail, (2014) jenis halusinasi ada dua, yaitu :

1. Halusinasi non-patologis

Halusinasi yang terjadi pada seseorang yang bukan penderita gangguan jiwa, hanya pada seseorang yang mengalami stress yang berlebih atau kelelahan.

2. Halusinasi patologis

Halusinasi ini ada lima macam, yakni :

a. Halusinasi penglihatan

Klien melihat gambaran – gambaran yang jelas atau samar tanpa stimulus nyata dan orang lain tidak melihat.

b. Halusinasi pendengaran

Klien mendengar suara dan bunyi tidak berhubungan dengan stimulasi nyata dan orang lain tidak mendengarnya.

c. Halusinasi pengecapan

Klien merasakan makan sesuatu yang tidak nyata. Biasanya merasakan makanan tidak enak.

d. Halusinasi penciuman

Klien mencium bau yang muncul dari sumber tertentu tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak mencium.

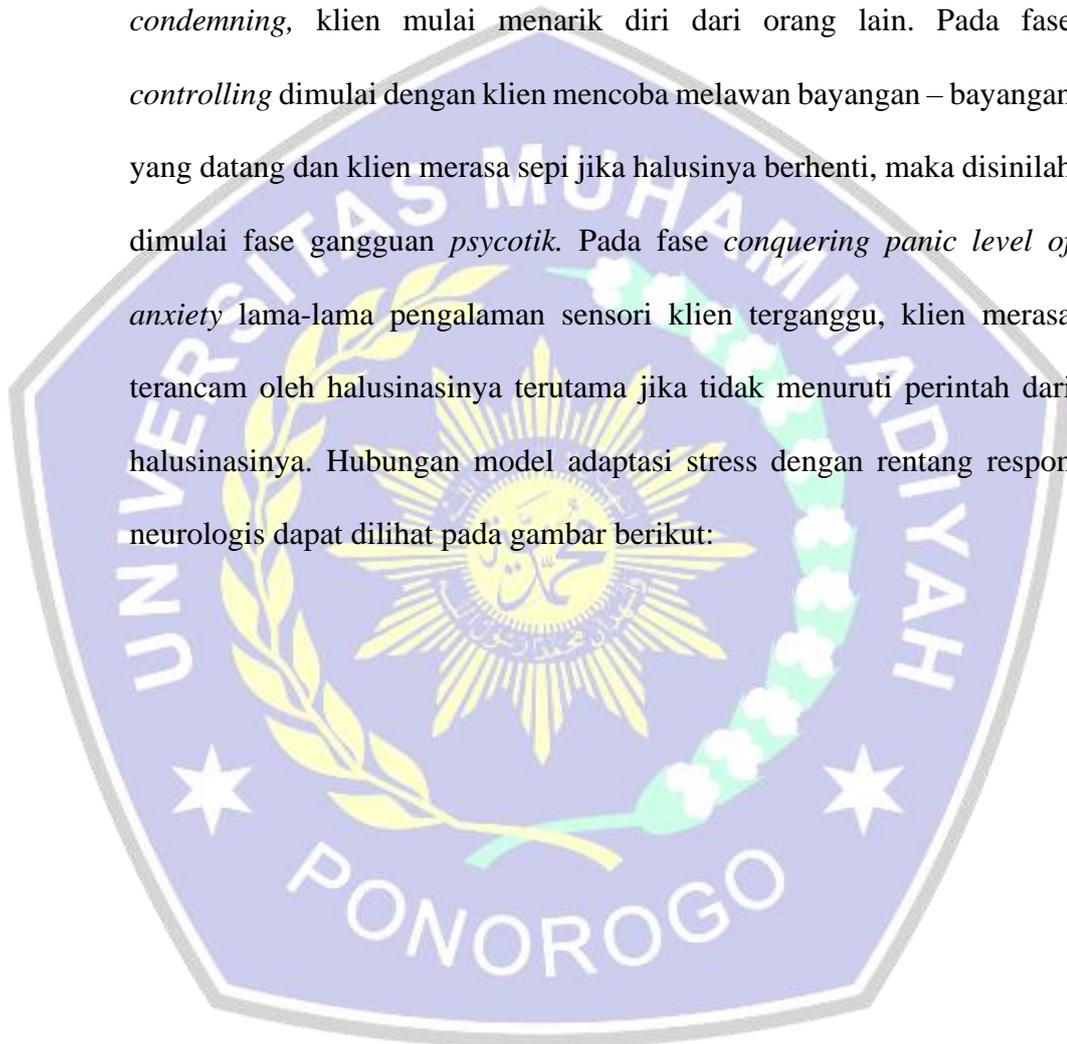
e. Halusinasi perabaan

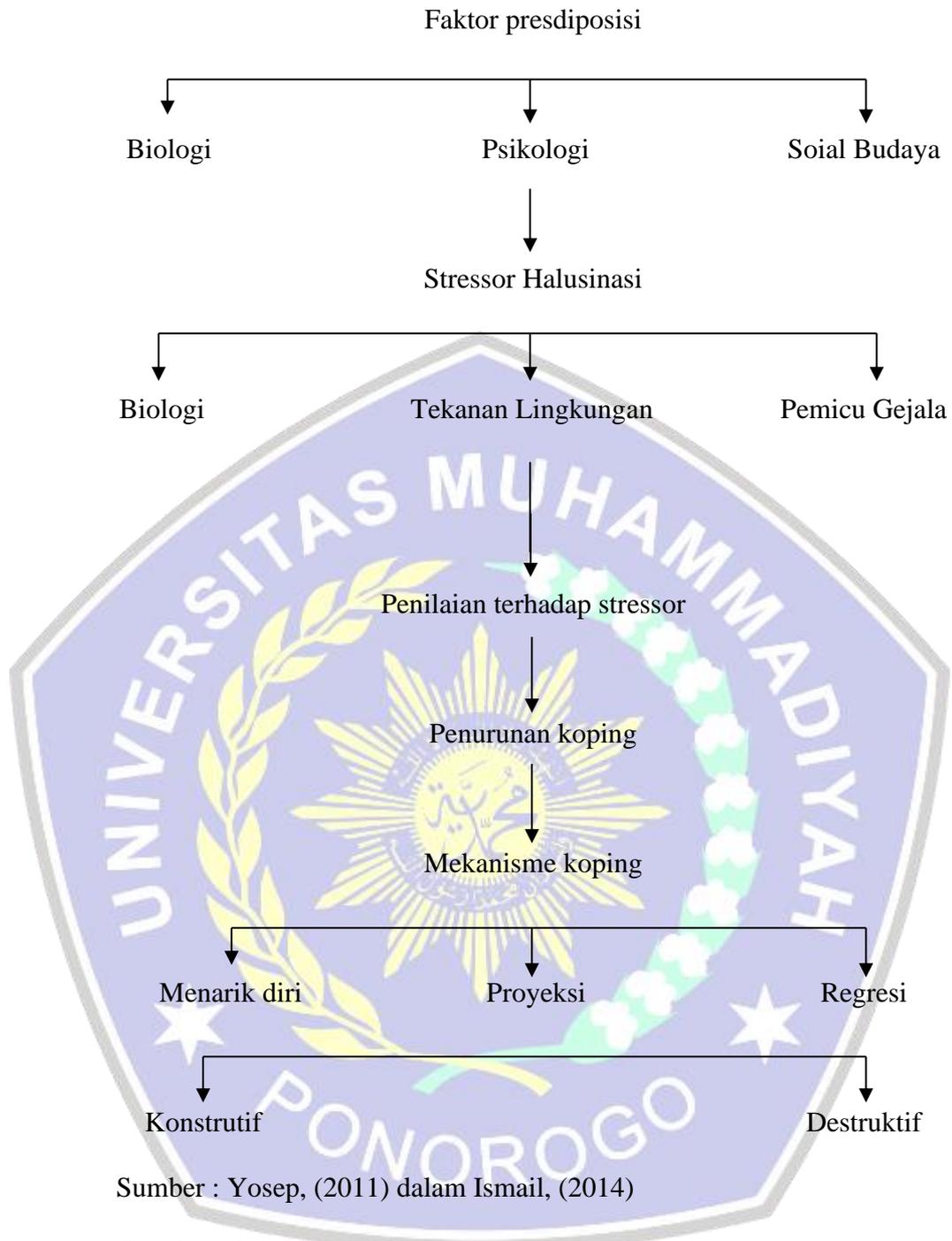
Klien merasakan sesuatu pada kulit tanpa stimulus yang nyata.

2.3.3 Psikopatologi

Proses terjadinya halusinasi menurut Yosep, (2011) dalam Ismail, (2014) diawali dengan seseorang yang menderita halusinasi akan menganggap sumber dari halusinasinya berasal dari lingkungannya atau stimulus eksternal. Padahal sumber itu berasal dari stimulus dari luar. Stimulus internal itu merupakan suatu bentuk perlindungan diri dari psikologi yang mengalami trauma sehubungan dengan penolakan, stress, kehilangan, kesepian serta tuntutan ekonomi yang dapat meningkatkan kecemasan. Pada fase awal masalah itu menimbulkan peningkatan kecemasan yang terus menerus dan sistem pendukung yang kurang akan membuat persepsi untuk membedakan apa yang dipikirkan dengan perasaan sendiri menurun, klien sulit tidur sehingga terbiasa mengkhayal dan klien terbiasa menganggap lamunan itu sebagai pemecah masalah. Meningkatkan pada

fase *comforting*, klien mengalami emosi yang berkelanjutan seperti adanya cemas, kesepian, perasaan berdosa dan sensorinya dapat diatur. Pada fase ini klien cenderung merasa nyaman dengan halusinasinya. Halusinasi menjadi sering datang, klien tidak mampu lagi mengontrol dan berupa menjaga jarak dengan objek lain yang dipresepsikan. Pada fase *condemning*, klien mulai menarik diri dari orang lain. Pada fase *controlling* dimulai dengan klien mencoba melawan bayangan – bayangan yang datang dan klien merasa sepi jika halusinya berhenti, maka disinilah dimulai fase gangguan *psycotik*. Pada fase *conquering panic level of anxiety* lama-lama pengalaman sensori klien terganggu, klien merasa terancam oleh halusinasinya terutama jika tidak menuruti perintah dari halusinasinya. Hubungan model adaptasi stress dengan rentang respon neurologis dapat dilihat pada gambar berikut:





Gambar 2.1 Hubungan model adaptasi stress dengan rentang respon neurologis.

2.3.4 Penatalaksanaan Medis

Terapi dalam jiwa bukan hanya meliputi pengobatan dan farmakologi, tetapi juga pemberian psikoterapi serta terapi modalitas yang sesuai dengan gejala atau penyakit klien yang akan mendukung

penyembuhan, klien akan merasa berguna dimasyarakat dan tidak merasa terasingkan dengan penyakit yang dialaminya (Kusumawati, dkk 2010 dalam Ida, 2014).

1. Psikofarmakologis

Farmakoterapi adalah pemberian terapi dengan menggunakan obat. Obat yang digunakan untuk gangguan jiwa disebut dengan psikofarmaka atau psikotropika. Terapi gangguan jiwa dengan menggunakan obat-obatan juga disebut *psikofarmakoterapi* atau medikasi psikotropika yaitu obat yang mempunyai efek terapeutik langsung pada proses mental penderita karena kerjanya otak/sistem saraf pusat. Obat bisa berupa Haloperidol, Alprazolam, Cpoz, Trihexphendyl (Ida, 2014).

2. Terapi Somatis

Terapi somatis adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang ditujukan pada kondisi fisik klien. Walaupun yang diberi perilaku fisik adalah fisik klien, tetapi target adalah perilaku klien. Jenis somatis yaitu meliputi peningkatan, terapi kejang listrik, isolasi, dan fototerapi (Ida, 2014).

a. Peningkatan

Peningkatan adalah terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik sendiri maupun orang lain (Ida, 2014).

b. Terapi kejang listrik/ *Electro Convulsive Therapy (ECT)*

Bentuk terapi ini dengan menimbulkan kejang (grandma) dengan mengalirkan arus listrik dengan tegangan rendah (2-8 joule) melalui elektroda yang ditempelkan beberapa detik pada pelipis kiri/kanan (lobus frontal) klien. Stuart, (2007) dalam Ida, (2014).

3. Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi diberikan dalam upaya mengubah perilaku klien dan perilaku yang maladaptive menjadi perilaku adaptif. Jenis terapi modalitas meliputi psikoanalisis, psikoterapi, terapi kelompok, terapi keluarga, terapi rehabilitasi, terapi psikodrama, terapi lingkungan (Stuart, 2007 dalam Ida, 2014).

2.3.5 Batasan Karakteristik

Menurut Mardhiyah, (2012) dalam Ismail, (2014) batasan karakteristik klien dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi, yakni :

1. Perubahan dalam pola perilaku
2. Perubahan dalam kemampuan menyelesaikan masalah
3. Perubahan dalam ketajaman sensori
4. Perubahan dalam merespon yang biasa dalam stimulus
5. Disorientasi
6. Halusinasi
7. Hambatan komunikasi
8. Iritabilitas
9. Konsentrasi buruk
10. Gelisah

11. Disorientasi sensori

2.3.6 Fase – Fase Halusinasi

Fase-fase halusinasi (Rusdi, 2013 dalam Ismail, 2014) :

1. Fase *comforting*

Fase dimana memberikan rasa nyaman maupun menyenangkan, tingkat ansietas sedang secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan karakteristik: mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah dan ketakutan, fokus pada pikiran yang dapat mengatasi ansietas, pikiran dan pengalaman sensori masalah ada dalam kontrol kesadaran non-psikotik. Perilaku yang muncul tertawa atau senyum yang tidak sesuai, gerakan bibir tanpa suara, respon verbal lambat.

2. Fase *condemning*

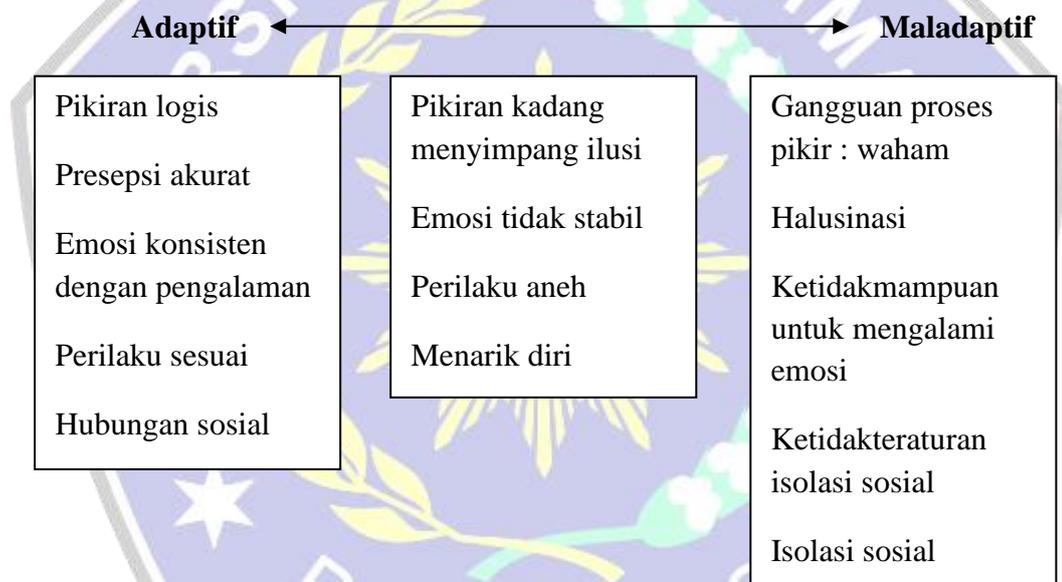
Klien merasa halusinasi menjadi menjijikkan, tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipasti. Karakteristik mulai kehilangan kontrol, menarik diri dari orang lain. Perilaku ansietas terjadi peningkatan tanda-tanda vital, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realita.

3. Fase *controlling*

Tingkat kecemasan klien menjadi berat, halusinasi tidak dapat ditolak lagi. Karakteristik klien menyerah dan menerima pengalaman sendiri, kesepian bila pengalaman sensori berakhir *psychotic*. Perilaku : perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan orang lain.

2.3.7 Rentang Respon Neurobiologi

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori, sehingga halusinasi merupakan gangguan dari respons neurobiology. Rentang respon neurobiology yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sementara itu, respon maladaptive meliputi adanya waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi sosial : menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiology (Sutejo, 2017).



Gambar 2.2 Rentang Respons Neurobiologi Halusinasi

2.3.8 Tanda dan Gejala

Menurut Sutejo, (2017) tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Tanda dan gejala klien halusinasi yaitu :

1. Data objektif

- a. Bicara atau tertawa sendiri
- b. Marah-marah tanpa sebab
- c. Memalingkan muka ke arah telinga seperti menghindari karena ada bayangan sesuatu
- d. Menutup mata
- e. Menunjuk ke arah tertentu
- f. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- g. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
- h. Menutup hidung
- i. Sering meludah
- j. Muntah
- k. Menggaruk-garuk permukaan kulita seperti gatal

2. Data subjektif

- a. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- b. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
- c. Mencium bau-bauan seperti darah, urin, infuse, obat-obatan, dan kadang-kadang bau-bauan menyenangkan seperti parfum.

- d. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang buruk atau yang berbahaya.
- e. Mendengar suara orang bercakap-cakap.
- f. Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.
- g. Merasakan seperti darah, urin ataupun feses.
- h. Mengatakan sering mengikuti isi perintah halusinasi.
- i. Mengatakan sering mendengar sesuatu ketika sendirian.

2.3.9 Intensitas Halusinasi

Menurut Wahyuni, (2017) :

1. Menyenangkan, ansietas tingkat sedang. Secara umum menyenangkan. Karakteristik : merasa bersalah dan takut serta mencoba memusatkan pada penegangan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang alaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (non-psikotik). Perilaku yang teramati :
 - a. Menyeringai / tertawa yang tidak sesuai.
 - b. Menggerakkan bibirnya tanpa mengeluarkan suara.
 - c. Respon verbal yang lambat.
 - d. Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasikkan.
2. Menyalahkan, ansietas tingkat berat. Halusinasi menjijikkan. Karakteristik : pengalaman sensori bersifat menjijikkan dan menakutkan, orang yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kendali mungkin berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipresepsikan. Individu mungkin merasa malu karena pengalaman

sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non-psikotik). Perilaku yang teramati :

- a. Peningkatan SSo yang menunjukkan ansietas. Misalnya peningkatan nadi, tekanan darah, dan pernafasan.
 - b. Penyempitan kemampuan konsentrasi.
 - c. Dipenuhi dengan pengalaman sensori mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.
3. Pengendalian, ansietas tingkat berat. Pengalaman sensori menjadi penguasa. Karakteristik : orang yang berhalusinasi mudah menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (psikotik). Perilaku yang teramati :
- a. Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya daripada menolak.
 - b. Kesulitan berhubungan dengan orang lain.
 - c. Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas.
 - d. Berat, seperti : berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk.
4. Menakutkan, ansietas tingkat panik. Secara umum halusinasi I lebih rumit dan saling terkait dengan delusi. Karakteristik : pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah,

halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi terapeutik (psikotik). Perilaku yang teramati :

- a. Perilaku menyerang – teror, seperti panik.
- b. Sangat potensial melakukan bunuh diri ataupun membunuh orang lain.
- c. Kegiatan fisik yang merefleksikan halusinasi seperti: amuk, agitasi, menarik diri.
- d. Tidak mampu merespon terhadap petunjuk yang kompleks.
- e. Tidak mampu merespon lebih dari satu orang.

2.3.10 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga, meliputi pengkajian perumusan diagnose keperawatan, penyusunan rencana dan pelaksanaan perencanaan serta penilaian (Padila, 2012).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses yang berkelanjutan, oleh karena itu perawat akan mengumpulkan data tentang kondisi atau situasi klien sebelumnya dan saat ini sehingga informasi yang diperoleh sebagai perencanaan berikutnya (Kholifah, 2016) hal-hal yang dikaji dalam keluarga yaitu :

a. Data umum

1) Identifikasi kepala keluarga

Berupa nama inisial kepala keluarga, usia, jenis kelamin, pekerjaan, agama, pendidikan, genogram dalam 3 generasidan hubungan dengan klien (Kemenkes, 2014 dalam Zahro, 2018).

2) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis atau tipe keluarga beserta masalah yang terjadi dengan tipe keluarga tersebut (Sulistyo, 2012).

3) Suku bangsa

Mengetahui suku bangsa tersebut dan mengidentifikasi budaya atau kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan (Bakri, 2017).

4) Agama

Mengetahui agama klien dan keluarganya serta mengetahui sejauh mana kesehatan keluarga dijaga melalui ajaran agama (Bakri, 2017).

5) Status sosial dan ekonomi keluarga

Perawatan keluarga bisa terpenuhi dan bisa menjaga kesehatan para anggotanya apabila status sosial ekonominya berkecukupan (Bakri, 2017).

6) Aktivitas rekreasi dalam keluarga

Melakukan rekreasi bisa mengurangi tingkatan stress dalam keluarga yang mengakibatkan beban pikiran sehingga timbul suatu penyakit, bentuk rekreasi tidak hanya dilihat kemana perginya bersama keluarga. Namun hal-hal sederhana yang bisa dilakukan dirumah, seperti menonton tv bersama (Bakri, 2017).

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga sat ini

Hubungan dan komunikasi keluarga apakah ada permasalahan atau perdebatan dalam keluarga, seperti halnya permasalahan ekonomi yang kurang berkaitan dengan masalah kesehatan yang dihadapi keluarga karena ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan yang muncul (Susanto, 2012).

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Memberikan penjelasan tentang penyebab dari tahapan keluarga yang belum dilakukan seperti dari tugas pada perkembangan keluarga (Susanto, 2012).

3) Riwayat yang terjadi pada keluarga

Mengkaji tentang kesehatan pada seluruh anggota kekluarga, riwayat penyakit yang beresiko menurun, upaya pencegahan penyakit dengan imunisasi, fasilitas kesehatan yang pernah

diakses, perubahan yang terjadi dan berkaitan dengan kesehatan (Bakri, 2017).

4) Riwayat keluarga sebelumnya

Mengkaji riwayat keluarga besar baik dari suami maupun istri untuk mengetahui adanya penyakit yang bersifat genetik (Bakri, 2017).

c. Data lingkungan

1) Karakteristik rumah

Mengkaji posisi rumah pada denah perkampungan yang ditempati oleh keluarga saat ini. Bagaimana kondisi sekitar rumah, lingkungan yang bersih turut membantu proses penyembuhan klien.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas

Perlu dilakukan pengkajian mengenai keadaan rumah dan aktivitas yang dilakukan setiap harinya.

3) Mobilitas geografis keluarga

Mengkaji tempat tinggal keluarga serta lingkungan sekitar.

4) Perkumpulan keluarga serta interaksi didalam keluarga

Mengkaji mengenai komunikasi dengan tetangga, seperti perkumpulan karang taruna, pengajian dsb (Susanto, 2012).

5) Sistem pendukung dalam keluarga

Mengkaji adanya masalah atau kesulitan dalam keuangan, yang bisa diselesaikan dengan adanya dukungan keluarga. Selain itu menurut Fredman, (2010) dukungan keluarga ada

dua yaitu dukungan internal, dari suami ke istri ataupun sebaliknya dan dukungan eksternal yang berasal dari keluarga besar dan social.

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Keluarga mampu menjelaskan komunikasi dengan anggota yang lain. Pesan akan disampaikan dengan bahasa dalam keluarga, yang terjadi secara langsung maupun tidak langsung dan mengetahui masalah yang akan didiskusikan.

2) Struktur kekuatan keluarga

Menentukan siapa yang berperan sebagai pengambil keputusan dalam keluarga seperti mengelola keuangan, keputusan dalam pekerjaan, tempat tinggal, menentukan bagaimana kegiatan yang akan dilakukan.

3) Struktur peran

Memberikan penjelasan tentang posisi serta tugas anggota keluarga untuk membantu memberikan dukungan keluarga yang sedang menghadapi masalah (Effendy, 2009).

4) Struktur nilai dan norma keluarga

Mengetahui nilai dan norma keluarga yang dimiliki keluarga dengan kelompok komunitas (Mubarok, 2010).

e. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Mengkaji seperti apa gambaran dari keluarga serta seperti apa keluarga menumbuhkan sikap saling menghargai (Sulistyo, 2012).

2) Fungsi sosialisasi

Mengkaji interaksi yang ada dikeluarga sampai mana anggota keluarga belajar norma dan perilaku (Sulistyo, 2012).

3) Fungsi keperawatan kesehatan

Keluarga harus siap merawat anggotanya apabila ada yang mengalami perubahan dalam kesehatannya, perubahan yang dimaksud bersifat preventif (Leo, 2016).

4) Fungsi reproduksi

Mencari tahu seperti apa keluarga yang merencanakan jumlah keturunan, serta program yang dilakukan dalam pengendalian keturunan (Bakri, 2017).

5) Fungsi ekonomi

Mengkaji seberapa besar perjuangan keluarga dalam memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga.

f. Stress dan koping keluarga

Menyebutkan stressor dalam jangka pendek (ditangani dalam kurun waktu <6 bulan) dan stressor jangka panjang (ditangani dalam kurun waktu >6 bulan). Mencari alasan seperti apa strategi

yang digunakan keluarga dalam menghadapi merespon serta menyelesaikan stressor (Bakri, 2017).

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* pada setiap anggota keluarga baik yang sakit maupun yang sehat.

h. Pemeriksaan status mental

1) Penampilan

Dalam penampilan cara berpakaian kurang rapi, rambut di ikal apabila rambut panjang, kebersihan gigi, kuku, kulit kurang (Keliat, 2017).

2) Pembicaraan

Pada pasien penderita halusinasi pendengaran, biasanya dalam bicaranya intonasinya kurang jelas dan pelan, mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian (Wahyuni, 2017).

3) Aktivitas motorik

Pada pasien penderita halusinasi pendengaran, pasien tampak lesu, tegang, agitasi (kegelisahan motorik, mondar mandir), saat berinteraksi biasanya pasien tampak mengerjakan gerakan tanganya, tanganya seperti mengempal, sering mengikuti isi perintah halusinasi (Wahyuni, 2017).

4) Alam perasaan

Pada pasien penderita halusinasi pendengaran biasanya pasien mendengar suara-suara bisikan yang menggangukannya, pasien merasa sedih dengan keadaan sekarang (Keliat, 2017).

5) Afek

Saat diwawancarai pasien terkadang menunjukkan ekspresi mendengar sesuatu, disertai distorsi dan gangguan respon terhadap stimulus tersebut baik respon yang berlebihan maupun respon yang kurang memadai (Townsend,2010).

6) Interaksi selama wawancara

Pada pasien penderita halusinasi, selama berinteraksi pasien menjawab dengan baik, kontak mata pasien mudah beralih, kadang pasien terdiam sebentar seperti mendengar sesuatu, pembicaraan pasien keheranan saat ditanyai (Keliat, 2017).

7) Persepsi

Pasien masih sering/tidak mendengar bisikan suara saat ingin tidur/saat berdiam diri, bagaimana isi suara tersebut apakah mengajak ke hal negatif/positif, biasanya suara itu kadang muncul kadang tidak, suara muncul selama berapa menit, respon pasien untung mengontrol halusinasinya tersebut dengan cara berkeluyuran/ bicara sendiri (Keliat, 2017).

8) Proses pikir

Pada pasien halusinasi, biasanya proses pikirnya sirkumstansial (pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan) (Keliat, 2017).

9) Isi pikir

Pada pasien halusinasi pasien mengalami hipokondria (keyakin terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada, misalnya menderita penyakit tertentu) (Keliat, 2017).

10) Tingkat kesadaran dan orientasi

Tingkat kesadaran diperoleh selama pasien menjalani wawancara dengan perawat, macam-macam kesadaran pada pasien yaitu, bingung, sedasi, stupor. Biasanya mengalami gangguan orientasi, waktu dan tempat diperoleh pada saat wawancara (Keliat, 2017).

11) Memori

Daya ingat pasien apakah ada gangguan apa tidak mengenai jangka panjang (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan), jangka pendek (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir), jangka saat ini (tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi), konfabulasi (pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan) (Keliat, 2017).

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada pasien penderita halusinasi, perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain (Keliat, 2017).

13) Kemampuan penilaian

Pada pasien penderita halusinasi, pasien mampu mengambil keputusan sederhana misal pasien memutuskan untuk menggosok gigi setelah makan (Keliat, 2017).

14) Daya tilik diri

Pada pasien penderita halusinasi pendengaran, pasien mengatakan menyadari bahwa dirinya sakit (Keliat, 2017).

i. Pemeriksaan tambahan

Apabila diindikasi mengalami masalah atau gangguan lain seperti penyakit fisik yang memerlukan penegakan diagnosa dengan pemeriksaan penunjang.

j. Harapan keluarga

Harapan keluarga terhadap masalah yang dialami anggota keluarganya dan harapan kepada petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga secara optimal dan berkesinambungan demi kesembuhan klien.

2. Analisa Data

Setelah data terkumpul, langkah selanjutnya yaitu membuat analisa data dengan mengelompokkan masing-masing data yang digunakan untuk merumuskan masalah keperawatan keluarga yang terjadi pada keluarga (Sulistyo, 2012). Menurut Effendi, (1998) dalam Bakri,

(2012) sebelum menyusun masalah keperawatan dalam keluarga harus melihat masalah tersebut dan ketidakmampuan keluarga saat menjalankan tugas keluarga dibidang kesehatan.

3. Penentuan Diagnosa Keperawatan

Menurut Mubarak, (2007) dalam Bakri, (2017) diagnose keperawatan yaitu suatu keputusan tentang keluarga, masyarakat yang diperoleh dengan melakukan pengumpulan data serta analisa data dengan akurat, hal ini dilakukan perawat untuk tindakan selanjutnya.

a. Problem (masalah)

Memberikan penjelasan kebutuhan dasar manusia dalam keluarga yang tidak bisa dipenuhi.

- 1) Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan.
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan.
- 3) Ketidakmampuan keluarga dalam merawat keluarganya yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi / memelihara lingkungan yang sehat.
- 5) Ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan.

b. Etiologi (penyebab)

Pernyataan berikut yang bisa mengakibatkan masalah yang mengacu pada lima tugas keluarga:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan yang terjadi pada keluarga.

- 2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.
- 3) Melakukan perawatan keluarga yang sedang mengalami gangguan kesehatan.
- 4) Mempertahankan suasana rumah sehat.
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya.

c. *Sign and Symptom*

Mengumpulkan data subjektif maupun objektif dari keluarga baik secara langsung atau tidak langsung yang dapat mendukung masalah serta penyebab, tipologi diagnosa keperawatan keluarga menurut Suprajitno, (2004) ada tiga jenis yaitu:

- 1) Diagnosa aktual yaitu masalah yang memerlukan bantuan cepat dari petugas kesehatan yang dialami keluarga.
- 2) Diagnosa resiko tinggi yaitu tanda masalah keperawatan aktual bisa terjadi dengan cepat jika tidak mendapat pertolongan, walaupun masalah keperawatan belum terjadi.
- 3) Diagnosa potensial yaitu keadaan keluarga sudah mampu dalam memenuhi kebutuhan tentang kesehatan serta memiliki peningkatan sumber penunjang kesehatan.

4. Prioritas Masalah

Skala prioritas yang digunakan guna mengurangi resiko menambah perawatan, serta pengobatan dan juga digunakan dalam pengambilan keputusan. Data yang didapatkan kemudian diolah dan pada akhirnya skala prioritas ini akan membantu pemetaan penanganan pada pasien.

Menurut Bakri, (2017) proses *scoring* menggunakan skala prioritas yang dirumuskan oleh Bailon, dkk (1978), yakni:

Tabel 2.1 :*Scoring* Skala Prioritas

No	KRITERIA	SKOR	BOBOT
1.	Sifat masalah a. Tidak/kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Krisis/keadaan sejahtera	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah a. Mudah b. Cukup c. Rendah	1 2 2	1
4.	Menonjolnya masalah a. masalah yang benar-benar harus ditangani b. ada masalah tetapi tidak segera ditangani c. masalah tidak dirasakan	2 1 0	1

Sumber : Bakri (2017)

Rumusan perhitungan skor menurut Bailon dan Maglaya, (1978) dalam Bakri, (2017)

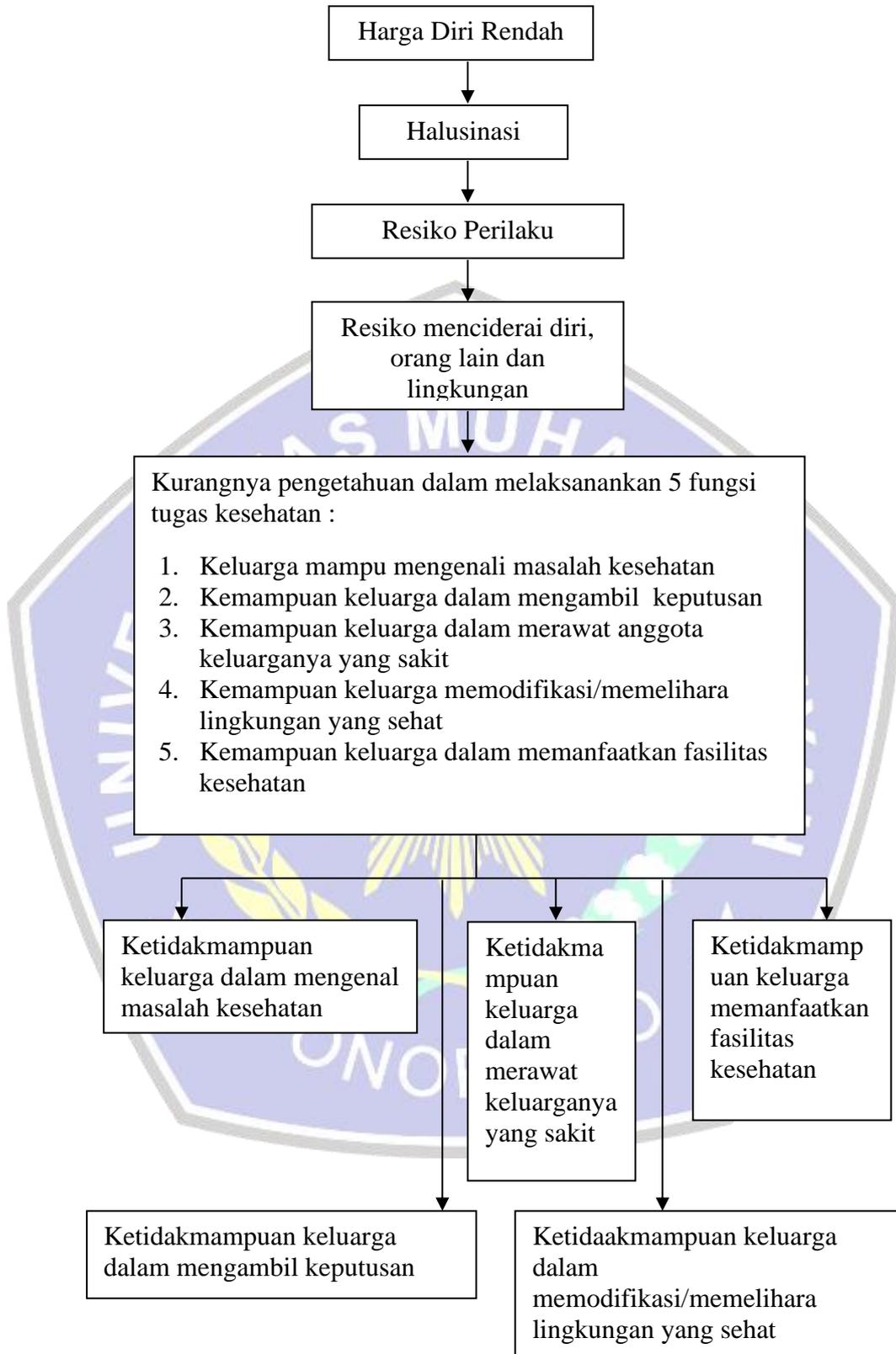
$$\frac{\text{Skor yang diperoleh}}{\text{Skor tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- a. Menentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu.
- b. Skor yang digunakan berasal dari skor prioritas, pilihlah skor pada setiap kriteria.

- c. Skor yang diperoleh dibagi dengan skor yang tertinggi.
 - d. Selanjutnya dikali dengan bobot skor.
 - e. Jumlah skor dari keseluruhan kriteria.
5. Diagnosa Keperawatan
- Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan (Wahyuni, 2017).



6. Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon Masalah Halusinasi Penglihatan

7. Konsep Intervensi

a. Strategi Pelaksanaan Keluarga

1) Definisi Strategi Pelaksanaan Keluarga

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 (Sarafino, 2014).

Salah satu hal yang bisa dilakukan oleh keluarga dalam membantu anggota keluarga yang mengalami halusinasi adalah dengan ikut berperan serta membantu klien untuk bisa mengontrol halusinasi, dan hal ini yang membuat keluarga juga perlu untuk mengetahui dan memahami dengan benar strategi pelaksanaan (SP) halusinasi, dan untuk bisa membantu meningkatkan peran keluarga tersebut, peran perawat juga diperlukan, intervensi strategi pelaksanaan keluarga yang benar yang bisa dilakukan oleh keluarga dirumah.

b. *Family Psychoeducation Therapy*

1) Definisi *Family Psychoeducation Therapy*

Family psychoeducation therapy adalah salah satu bentuk terapi perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatis (Stuart & Laraia, 2005). Carson (2000) menyatakan bahwa psikoedukasi merupakan suatu alat terapi yang keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku.

2) Tujuan *Family Psychoeducation Therapy*

Tujuan umum dari *Family psychoeducation therapy* adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkatan yang rendah sehingga dapat meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit dan mengajarkan keluarga tentang upaya membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku serta mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005). Terapi ini dirancang terutama untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, mengurangi kekambuhan pasien dengan skizofrenia, meningkatkan fungsi pasien dan keluarga

sehingga mempermudah pasien kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan penghargaan terhadap fungsi sosial dan okupasi pasien skizofrenia, meningkatkan kemampuan keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan, mengurangi beban keluarga, melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri.

Menurut hasil penelitian Gajali dan Badar dengan judul Pengaruh *Family Psychoeducation Therapy* Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Kota Samarinda Kalimantan Timur dengan 25 responden didapatkan hasil penelitian bahwa kemampuan keluarga merawat pasien halusinasi secara kognitif dan psikomotor tidak berhubungan dengan karakteristik pasien. Family psychoeducation (FPE) meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat pasien halusinasi secara bermakna.

8. Intervensi Keperawatan

a. Rencana asuhan keperawatan halusinasi pada keluarga (Wahyuni, 2017)

1) Tujuan

a) Keluarga mampu mengenal masalah merawat pasien dirumah.

- b) Keluarga mampu menjelaskan halusinasi.
- c) Keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi.
- d) Keluarga mampu menciptakan lingkungan.
- e) Keluarga mampu mengenal tanda dan gejala kambuh ulang.
- f) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas keehatan untuk *follow-up* klien dengan halusinasi.

2) Rencana keperawatan

- a) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- b) Berikan penjelasan kesehatan meliputi : pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.
- c) Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas.
- d) Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.
- e) Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan.
- f) Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.

b. Analisis artikel

Intervensi yang bisa dilakukan yaitu dengan pemberian Strategi Pelaksanaan pada keluarga. Dimana Strategi Pelaksanaan

diartikan sebagai upaya kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, serta melakukan aktifitas terjadwal untuk mencegah halusinasi kambuh. Pemberian intervensi dengan pemberian Strategi Pelaksanaan dan *family psychoeducation therapy* tentang Skizofrenia telah diuji keefektifannya dalam beberapa penelitian ilmiah lain sebagai berikut :

Tabel 2.2 : Analisa Artikel

<i>Reference</i>	<i>Objectif</i>	<i>Studi Design</i>	<i>Population</i>	<i>Result</i>	<i>Country</i>
<p>Jurnal Title : Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Skizofrenia dengan Halusinasi.</p> <p>Author : Susilawati, Larra Fredrika</p>	<p>Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh intervensi strategi pelaksanaan keluarga terhadap pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien Skizofrenia dengan halusinasi di RSKJ Soeprapto Bengkulu.</p>	<p><i>desain one-group pre test and post test.</i></p>	<p>15 responden, dengan seluruh keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa.</p>	<p>Terjadi peningkatan pengetahuan pada klien berdasarkan hasil uji pengetahuan keluarga sebelum dan sesudah intervensi. Dengan prevalensi setelah diberikan <i>health education</i> keluarga yang tahu sebanyak 93,3% (<i>p value</i> = 0,000).</p>	<p>Indonesia</p>

<p>Volume in page number :</p> <p>Jurnal Keperawatan Silampari Vol.3</p> <p>No. 1, Desember 2019</p>					
<p>Jurnal Title :</p> <p>Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga Pasien Halusinasi di Kota Jambi Tahun 2017.</p> <p>Author :</p> <p>Vevi Suryenti Putri, Trimusarofah</p> <p>Volume in page number :</p>	<p>Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui apakah ada pengaruh penerapan Strategi Pelaksanaan keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat pasien halusinasi.</p>	<p><i>One Group Pre Test - Post Test</i></p>	<p>20 responden dilakukan sebelum intervensi dan sesudah intervensi.</p>	<p>Pemberian Strategi Pelaksanaan keluarga berpengaruh terhadap kemampuan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan Strategi Pelaksanaan keluarga yang berarti terdapat peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi. Dengan <i>mean</i> setelah diberikan Strategi Pelaksanaan keluarga</p>	<p>Indonesia</p>

Jurnal Akademika Baiturrahim Vol.7 No.1 Maret 2018				sebanyak 5,75 dengan $p\ value = 0,000$ $< 0,05$.	
Jurnal Title : Pengaruh <i>Family Psychoeducat ion Therapy</i> Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Kota Samarinda Kalimantan Timur. Author : Gajali, Badar Volume in page number : Jurnal Husada Mahakam Vol. IV No. 3, November 2016	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahu i pengaruh Family Psychoedu cation Therapy (FPE) terhadap kemampuan keluarga merawat klien skizofreni a dengan halusinasi.	<i>quasi eksperi ment dengan rancang an pre post test without control group design.</i>	25 responden yang memiliki anggota keluarga Skizofrenia dengan halusinasi.	<i>Family Psychoeducatio n (FPE)</i> meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat pasien halusinasi secara bermakna. Ditemukan peningkatan kemampuan kognitif keluarga ($p=0,0001$; $\alpha=0,05$) dan peningkatan kemampuan psikomotor keluarga merawat ($p=0,0001$; $\alpha=0,05$) dalam merawat pasien Skizofrenia.	Indonesi a

Dengan adanya perencanaan sangatlah dianjurkan agar keluarga mampu merawat anggota keluarga yang menderita Skizofrenia. Salah satu usaha yang dapat membantu keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita Skizofrenia sebagaimana dibahas dalam karya tulis ilmiah ini yaitu dengan melakukan strategi pelaksanaan *health education* dan *family psicoeducation therapy*. *Health education* diperlukan karena Skizofrenia adalah penyakit yang disebabkan oleh keretakan kepribadian serta emosi sehingga keluarga perlu peningkatan pengetahuan untuk merawat anggota keluarga yang menderita Skizofrenia. Dengan dilakukannya *family psicoeducation therapy* maka keluarga mendapatkan pengetahuan serta ilmu dan akan terjadi pemahaman tentang Skizofrenia. Di dalam Islam sangat ditegaskan tentang betapa pentingnya ilmu untuk kehidupan dunia maupun akhirat :

طَلَبُ الْعِلْمِ قَرِيضَةٌ عَلَى كُلِّ مُسْلِمٍ مُسْلِمَةٍ

Artinya : "Mencari ilmu itu adalah wajib bagi setiap muslim laki-laki maupun muslim perempuan". (HR. Ibnu Abdil Barr).

9. Implementasi

Implementasi dalam keperawatan keluarga merupakan pelaksanaan dari perencanaan yang sudah disusun bersama keluarga atau mengutamakan pada perhatian (Nadirawati, 2018). Tujuan dari implementasi yaitu membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit,

pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Implementasi yang dilakukan yaitu dengan mendiskusikan masalah yang dirasakan/yang dihadapi keluarga dalam merawat klien, menjelaskan tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan memberikan informasi kepada keluarga tentang kondisi-kondisi yang harus segera dilaporkan ke perawat jika klien mengalami tanda-tanda halusinasi. Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi seperti menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas. Tindakan keperawatan yang dilakukan perawat kepada keluarga yaitu :

- a. Mendiskusikan masalah yang harus dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- b. Memberikan penjelasan kesehatan meliputi: pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.
- c. Menjelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas.
- d. Mendiskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.
- e. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan.
- f. Mendiskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. (Wahyuni, 2017).

Perawat melakukan tindakan kepada keluarga klien untuk membantu proses kesembuhan klien dengan 3 Strategi Pelaksanaan (SP) yaitu :

a. SP 1 :

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta proses terjadinya halusinasi.
- 3) Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi.

b. SP 2:

- 1) Melatih keluarga mempraktekan cara merawat klien dengan halusinasi.
- 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi.

c. SP 3:

- 1) Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning).
- 2) Menjelaskan follow up klien setelah pulang.

10. Evaluasi

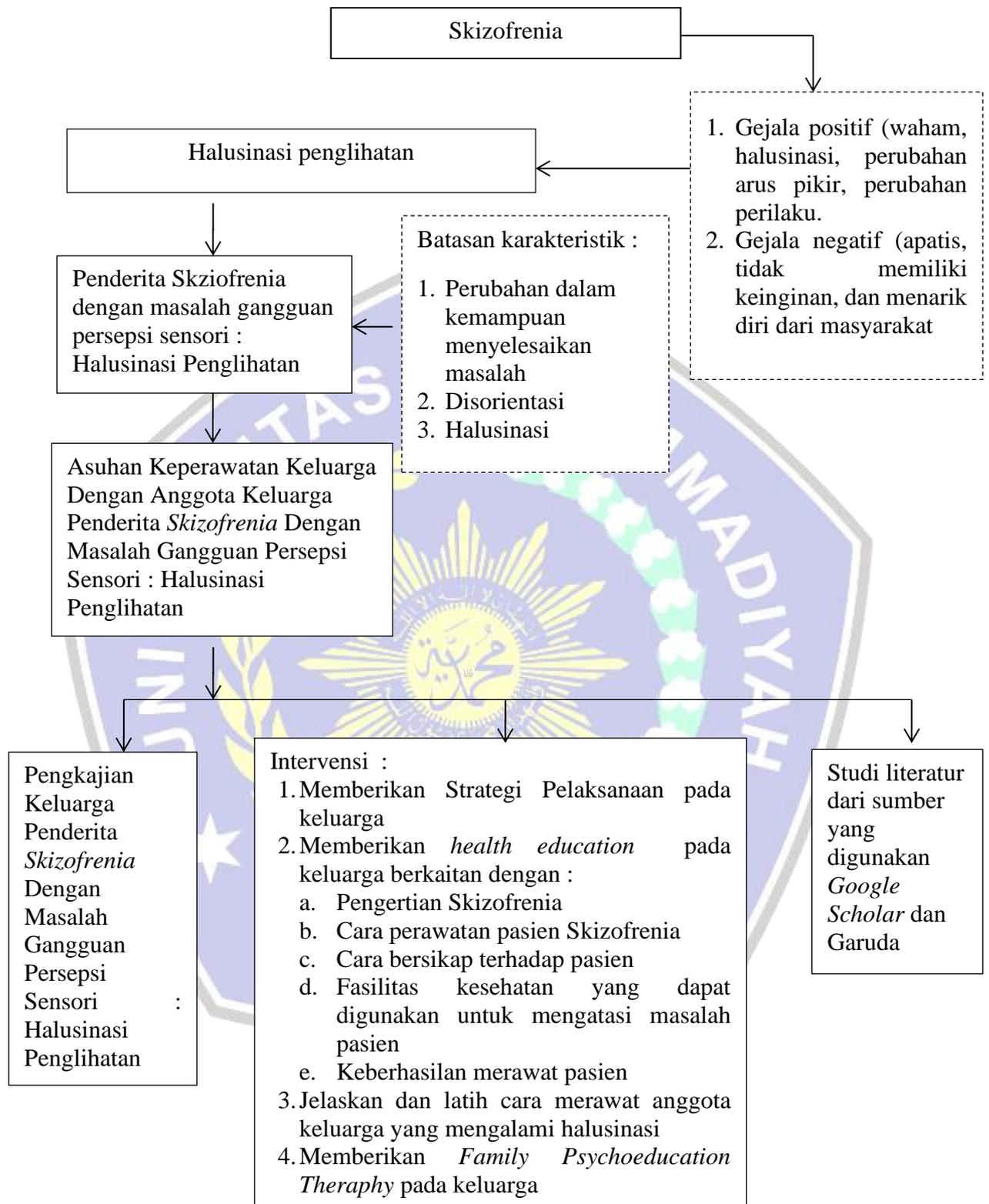
Keluarga mampu merawat pasien dirumah, ditandai dengan:

- a. Keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh pasien.
- b. Keluarga mampu menjelaskan cara merawat pasien dirumah.
- c. Keluarga mampu memperagakan cara bersikap terhadap pasien.
- d. Keluarga mampu menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien.

- e. Keluarga melaporkan keberhasilan merawat pasien. (Purba, Wahyuni, Nasution, Daulay, 2009).



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.4 Hubungan Antar Konsep Gambaran Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Anggota Keluarga Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan.

