



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN
HALUSINASI TERHADAP KEMAMPUAN KLIEN
MENGONTROL HALUSINASI DI RS Jiwa
DR. SOEHARTO HEERDJAN JAKARTA**

Tesis

Oleh:

**Carolina
NPM. 0606026686**

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN Jiwa
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN
HALUSINASI TERHADAP KEMAMPUAN KLIEN
MENGONTROL HALUSINASI DI RS JIWA
DR. SOEHARTO HEERDJAN JAKARTA**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh
gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Jiwa

Oleh:

**Carolina
NPM. 0606026686**

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 2008**

LEMBAR PERSETUJUAN

Pengaruh Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Halusinasi
Terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi Di
RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta

Telah diperiksa oleh pembimbing, disetujui dan telah dipertahankan di hadapan
tim penguji Tesis Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, 18 Juli 2008

Pembimbing I

Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc.

Pembimbing II

Dr. Luknis Sabri, SKM

LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI SIDANG TESIS

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Jakarta, 17 Juli 2008

Ketua Panitia Penguji Sidang Tesis

Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc.

Anggota I

Dr. Luknis Sabri, SKM

Anggota II

Djuariah Chanafie, SKp., MKep.

Anggota III

Herni Susanti, SKp., MN

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2008
Carolina

Pengaruh Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Halusinasi terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta

xiii + 133 hal + 18 tabel + 4 skema + 10 lampiran

Abstrak

Masalah keperawatan terbanyak di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta adalah halusinasi. Asuhan keperawatan halusinasi yang sesuai standar belum diterapkan secara optimal. Penelitian bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang pengaruh penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi dan terhadap penurunan intensitas tanda dan gejala halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian eksperimen semu (*quasi experiment*) menggunakan desain *pre-post test*, dengan jumlah responden 80 orang dibagi dalam kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing dengan jumlah responden 40 orang. Intervensi yang dilakukan adalah melatih perawat tentang penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi untuk melaksanakannya pada kelompok intervensi. Setelah pelatihan perawat menerapkan pada klien yang dirawat dalam 5 sesi pertemuan. Kemampuan klien diukur melalui kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Analisis perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi dan perbedaan intensitas tanda dan gejala sesudah dilakukan intervensi diuji secara statistik. Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor yang bermakna terhadap kemampuan mengontrol halusinasi dan penurunan intensitas tanda dan gejala halusinasi secara bermakna setelah klien dirawat oleh perawat yang telah dilatih ($P < 0.05$). Kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi pada klien yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih lebih meningkat secara bermakna dibandingkan dengan klien yang dirawat oleh perawat yang belum dilatih. Kesimpulan dari penelitian ini adalah penerapan asuhan keperawatan halusinasi yang sesuai standar dapat membantu meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi dan menurunkan intensitas tanda dan gejala halusinasi sehingga dapat menurunkan efek lanjut dari halusinasi yang dialami. Sebagai tindak lanjut disarankan melatih perawat untuk menerapkan standar asuhan keperawatan halusinasi dan menerapkan asuhan keperawatan halusinasi sesuai standar pada seluruh pasien halusinasi yang dirawat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.

Kata kunci: Kemampuan kognitif, kemampuan psikomotor, tanda dan gejala halusinasi
Daftar Pustaka: 42 (1992 – 2008)

**POST GRADUATE PROGRAM OF NURSING FACULTY
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2008
Carolina

The Effect of Applying the Standardization of Hallucination Nursing Care on Client's Ability in Controlling Hallucination at RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan in Jakarta

xiii + 133 pages + 18 tables + 4 schemes + 10 appendices

Abstract

Most of nursing problems at RSJ Dr. Soeharto Heerdjan in Jakarta is hallucination. Hallucination nursing care based on standard has not been applied optimally. The purpose of this research is to describe the effect of applying of hallucination nursing care based on standard of client's cognitive and psychomotor ability in controlling hallucination and minimizing the signs and symptoms of hallucination at RSJ Dr. Soeharto Heerdjan in Jakarta. The research used a quasi experiment using pre-post test design for 80 respondents. The intervention was designed to nurse who had been trained in applying hallucination nursing care based on standard. After training, nurse was expected to apply intervention to patient in 5 meeting sessions. Patient's ability was measured by a questionnaire which has been tested by validity and reliability tests. The analysis of ability difference on controlling hallucination and difference of sign's and symptom's intensity after intervention was tested by statistic. The test result indicated that there was significant different of client's ability in controlling hallucination and minimizing sign's and symptom's intensity of hallucination for client who were cared by nurse who had been trained ($P < 0.05$). The conclusion of this research is that applying the standardization of nursing care for hallucination could improve the client's cognitive and psychomotor ability in controlling hallucination and minimizing the intensity of sign's and symptom's of hallucination that will reduce a continuing effect of hallucination. As follow-up, it is suggested to apply the standardization of nursing care for hallucination for all hallucination patients which have been taken care at RSJ Dr. Soeharto Heerdjan in Jakarta.

Key words: Cognitive ability, psychomotor ability, signal and symptom hallucination
References: 42 (1992 - 2008)

KATA PENGANTAR

Syukur dan terimakasih pada Tuhan Yang Maha Pengasih dan Penyayang karena atas AnugerahNya maka penelitian dengan judul **“Pengaruh Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Halusinasi terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta”** dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat dalam rangka memenuhi persyaratan memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih atas bantuan, bimbingan dan dukungan yang diberikan selama penyusunan tesis ini, kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yeti, SKp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra. Junaiti Sahar, M.App.Sc., Ph.D., selaku koordinator mata ajar tesis yang telah memberikan pengetahuan dan pengarahan tentang penyusunan tesis.
4. Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc. selaku pembimbing tesis yang telah banyak meluangkan waktu untuk mengoreksi, memberikan masukan serta memberikan bimbingan dan arahan bagi penulis untuk dapat menyelesaikan tesis ini.
5. Dr. Luknis Sabri, SKM selaku pembimbing tesis yang telah membimbing dan memberikan koreksi yang cermat dan detail dalam penyusunan tesis ini.
6. Novy Helena, SKp., MSc. selaku ko-pembimbing yang telah banyak membantu dan memberikan dukungan selama penyusunan tesis ini.

7. Dr. Ratna Mardiaty., SpKJ selaku Direktur RS Jiwa Soeharto Heerdjan Jakarta yang telah memberikan ijin bagi penulis untuk mengikuti pendidikan dan melakukan penelitian di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.
8. Bidang Keperawatan RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta yang telah memfasilitasi pelaksanaan penelitian.
9. Rekan-rekan perawat RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta yang telah membantu dan bekerja sama dalam pelaksanaan penelitian.
10. Rekan-rekan angkatan 2/2006 yang telah memberikan semangat dan dukungan untuk terus maju dan berjuang menyelesaikan tesis ini.
11. Keluarga yang telah memberikan dukungan dan semangat untuk menyelesaikan tesis ini.
12. Semua pihak yang namanya tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan semangat selama penulis mengikuti pendidikan dan dalam penyelesaian tesis ini.

Kiranya Tuhan memberkati dan memberikan berkat yang melimpah atas segala kebaikan yang telah diberikan.

Depok, 17 Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

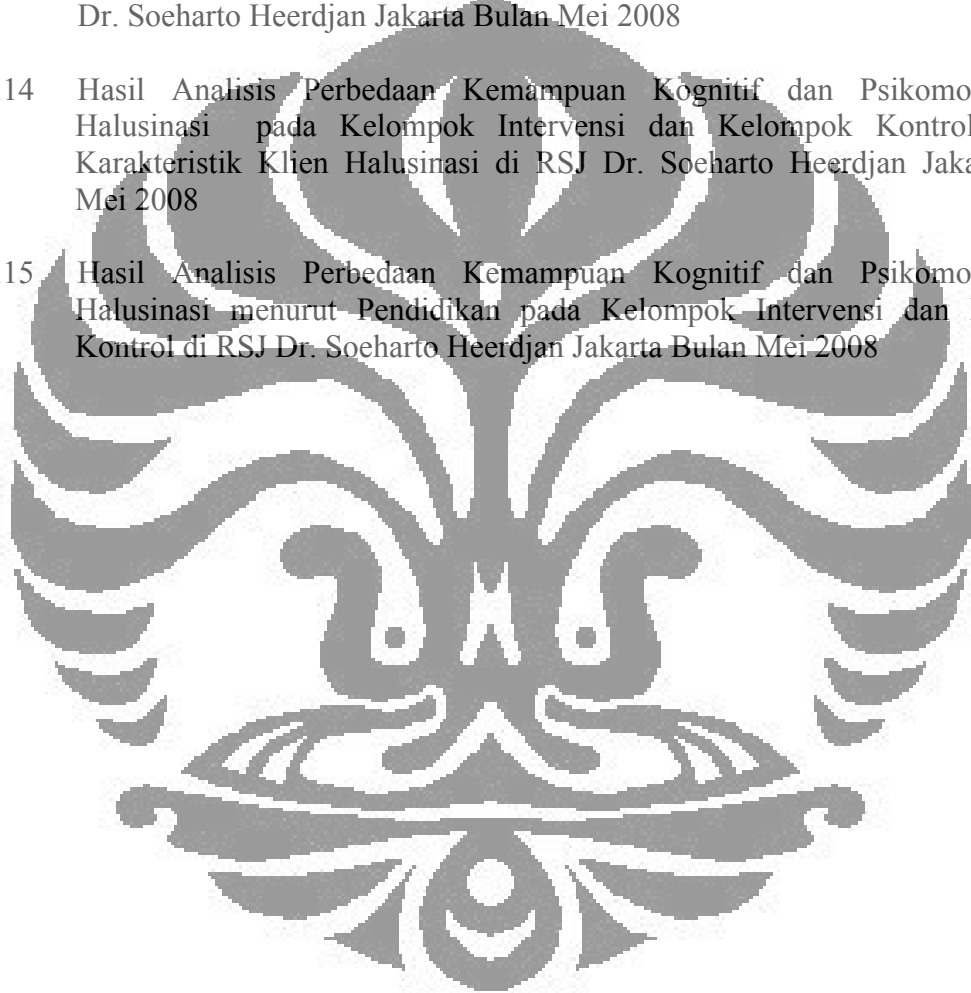
HALAMAN JUDUL	i
LEMBARAN PENGESAHAN	ii
LEMBARAN PERSETUJUAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah	12
C. Tujuan Penelitian	12
D. Manfaat Penelitian	14
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	15
A. Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi	15
B. Standar Asuhan Keperawatan Halusinasi	35
C. Kemampuan Pasien	45
D. Pelatihan	49
E. Karakteristik Klien Halusinasi	51
BAB III : KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	57
A. Kerangka Teori	57
B. Kerangka Konsep.....	59
C. Hipotesis Penelitian	61
D. Definisi Operasional	62

BAB IV : METODE PENELITIAN	66
A. Desain Penelitian	66
B. Populasi	67
C. Sampel	68
D. Tempat Penelitian	69
E. Waktu Penelitian	70
F. Etika Penelitian.....	71
G. Alat Pengumpul Data.....	71
H. Prosedur Pelaksanaan Penelitian dan Pengumpulan Data	73
I. Pengolahan dan Analisis Data	78
BAB V : HASIL PENELITIAN	86
A. Karakteristik Klien Halusinasi	86
B. Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi.....	92
C. Intensitas Tanda dan Gejala Halusinasi	99
D. Pengaruh Karakteristik Klien Halusinasi terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor	104
BAB VI : PEMBAHASAN	108
A. Kemampuan Kognitif Klien Halusinasi	108
B. Kemampuan Psikomotor Klien Halusinasi.....	111
C. Intensitas Tanda dan Gejala Halusinasi.....	114
D. Pengaruh Karakteristik Klien terhadap Kemampuan Klien.....	117
E. Keterbatasan Penelitian	125
F. Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian	126
BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN	128
A. Simpulan	128
B. Saran.....	129
DAFTAR PUSTAKA	131

DAFTAR TABEL

- Tabel 3.1. Definisi Operasional
- Tabel 4.1. Ruang Rawat Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta bulan Mei 2008
- Tabel 4.2. Analisis Variabel Penelitian
- Tabel 5.1. Hasil Analisis Karakteristik Klien Halusinasi Berdasarkan Usia pada Kelompok Intervensi dan kelompok Kontrol di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008.
- Tabel 5.2. Distribusi Klien Halusinasi Sesuai dengan Karakter pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.3. Analisis Kesetaraan Usia pada Klien Halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.4. Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien Halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.5. Analisis Kesetaraan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.6. Hasil Analisis Skor Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.7. Analisis Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.8. Hasil Analisis Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.9. Analisis Kesetaraan Tanda dan Gejala Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.10. Hasil Analisis Skor Tanda dan Gejala Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

- Tabel 5.11. Hasil Analisis Tanda dan Gejala Halusinasi Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.12. Hasil Analisis Tanda dan Gejala Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Intervensi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.13. Hasil Analisis Hubungan Usia dengan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.14 Hasil Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol menurut Karakteristik Klien Halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008
- Tabel 5.15 Hasil Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi menurut Pendidikan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

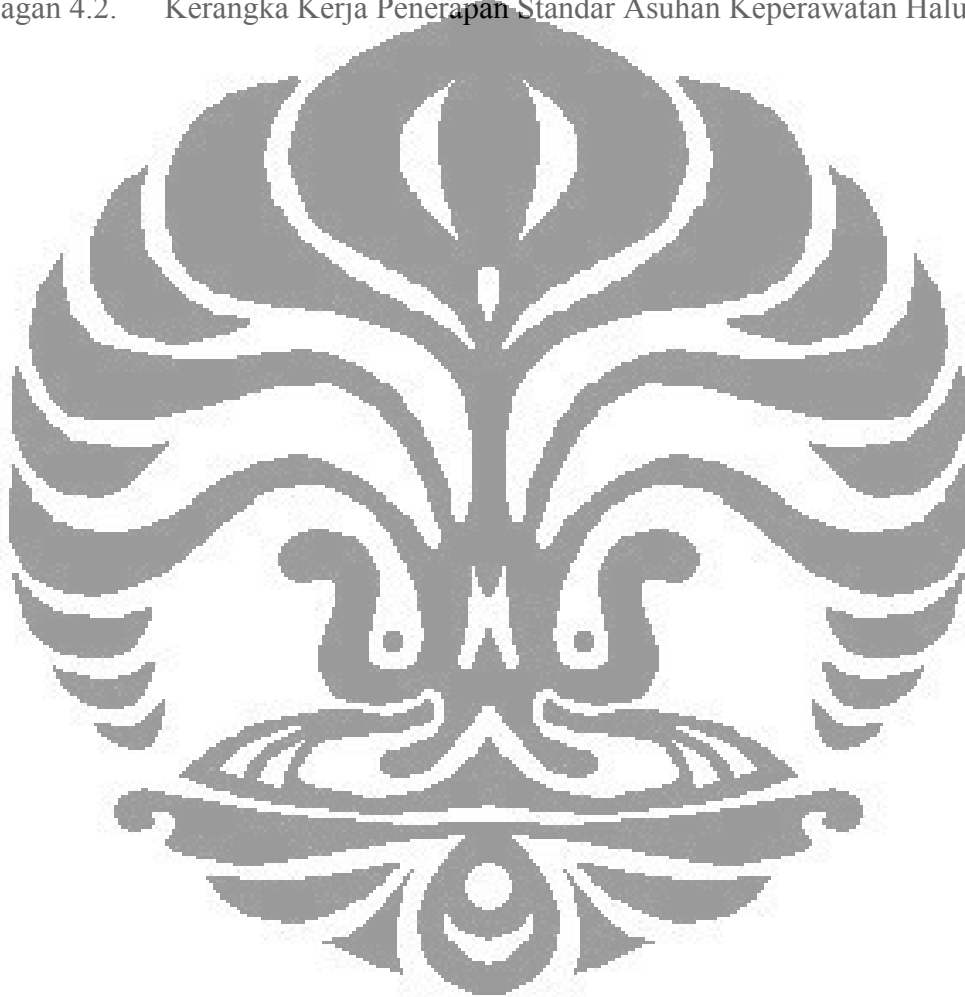


DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Instrumen Data Sosio Demografi
- Lampiran 4 Kuesioner Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi (Penilaian Kognitif)
- Lampiran 5 Kuesioner Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi (Penilaian Psikomotor)
- Lampiran 6 Kuesioner Tanda dan Gejala Halusinasi
- Lampiran 7 Modul Pelatihan Asuhan Keperawatan Halusinasi
- Lampiran 8 Permohonan ijin uji instrumen penelitian
- Lampiran 9 Pemberitahuan melakukan uji instrumen dari Diklat RSMM
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup Peneliti

DAFTAR BAGAN

- Bagan 3.1. Kerangka Teori Penelitian
- Bagan 3.2. Kerangka Konsep Penelitian
- Bagan 4.1. Desain Penelitian *Pre Post Test Control Group*
- Bagan 4.2. Kerangka Kerja Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Halusinasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-undang No.9 tahun 1960 kesehatan merupakan keadaan yang meliputi keadaan fisik, mental, dan sosial, dan bukan saja keadaan yang bebas dari sakit, cacat, dan kelemahan. Dalam Undang-undang No.23 tahun 1992 tentang kesehatan dinyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis, sedangkan kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental yang sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif, sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Menurut Departemen Kesehatan RI tahun 2001, seseorang dengan kondisi sehat jiwa dapat digambarkan sebagai berikut: menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya, mampu menghadapi stres kehidupan yang wajar, mampu bekerja secara produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya, dapat berperan serta dalam lingkungan hidupnya, menerima baik dengan apa yang ada pada dirinya, serta merasa nyaman bersama orang lain.

Kemajuan yang terjadi saat ini, meningkatnya tuntutan kebutuhan hidup, persaingan yang ketat dalam berbagai aspek kehidupan membuat individu harus melakukan perjuangan ekstra agar dapat tetap bertahan dalam kondisi sehat, baik fisik maupun mental. Manusia mempunyai kemampuan untuk beradaptasi terhadap situasi yang

terjadi di sekitarnya, tetapi kemampuan beradaptasi akan berbeda pada tiap individu. Akumulasi stres yang terjadi setiap hari bila tidak disikapi secara tepat dapat menjadi pencetus terjadinya gangguan jiwa. Bagi individu yang tidak mampu menyesuaikan diri dengan situasi yang terjadi dapat mengalami tekanan yang jika dibiarkan berlarut-larut dapat menjadi faktor pencetus terjadinya masalah psikososial maupun gangguan jiwa.

Masalah psikososial adalah masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial misalnya masalah anak jalanan, sedangkan gangguan jiwa merupakan suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu (*distress*) dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya (*disability*) (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Hasil Survei Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) yang dilakukan pada penduduk di 11 kotamadya oleh Jaringan Epidemiologi Psikiatri Indonesia yang dipimpin oleh Prof. Dr. Ernaldi Bahar, Ph.D. pada tahun 1995 menemukan bahwa 185 per 1000 penduduk rumah tangga dewasa menunjukkan adanya gejala gangguan kesehatan jiwa dan membutuhkan pelayanan kesehatan jiwa (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta orang, dengan alokasi anggaran di bawah 1% untuk penyakit jiwa dari total anggaran kesehatan di Indonesia (Departemen Kesehatan

Republik Indonesia, 24 November 2006 <http://www.depkes.co.id> diperoleh tanggal 11 Maret 2008). Data WHO tahun 2006 mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk Indonesia atau kira-kira 12-16 persen mengalami gangguan jiwa. Panik dan cemas adalah gejala paling ringan (<http://www.kaskus.us/archive/index.php/t-406412.html> diperoleh tanggal 4 Maret 2008).

Tentang gambaran status disabilitas gangguan jiwa belum ada studi yang dilakukan di Indonesia. Data yang ada adalah hasil dari studi *World Bank* di beberapa negara, baik yang sedang berkembang maupun negara maju pada tahun 1995 menunjukkan bahwa 8,1% dari *Global Burden of Disease* disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa, lebih besar dari tuberculosis (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%), malaria (2,6%). Hal ini menunjukkan bahwa prioritas masalah kesehatan jiwa sangat tinggi dalam masalah kesehatan masyarakat pada umumnya (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Berbagai bentuk gangguan jiwa dapat terjadi dimulai dari yang ringan hingga berat. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang terberat. Gejala skizofrenia antara lain delusi, halusinasi, cara bicara/berpikir yang tidak teratur, perilaku negatif, misalkan: kasar, kurang termotivasi, muram, dan perhatian menurun. Angka prevalensi skizofrenia di dunia menunjukkan 1% dari seluruh penduduk dunia, laki-laki sama dengan wanita, kejadian pada laki-laki mulai umur 18-25 tahun sedangkan pada wanita biasanya mulai umur 26-45 tahun, dan jarang muncul pada masa anak-anak (<http://drliza.wordpress.com/> diperoleh tanggal 11Maret 2008).

Berdasarkan data di negara Amerika, rata-rata lama rawat pasien gangguan jiwa adalah 6,9 hari (<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/mental.htm> diperoleh tanggal 29 Februari 2007). Sementara di Indonesia rata-rata lama menginap (*average length of stays*/Av LOS) 55 hari untuk RSJ Dr. Soeharto Heerdjan (tahun 2006), dengan *bed occupancy rate* (BOR) mencapai 62.5 persen. Pada tahun 2007 rata-rata lama rawat adalah 58 hari dengan BOR 58 persen (Profil RSJ Dr. Soeharto Heerdjan tahun 2007). Rata-rata lama rawat di Sanatorium Dharmawangsa pada tahun 2006 adalah 33 hari dengan BOR mencapai 68,13 persen (<http://www.JawaBali.com> diperoleh tanggal 29 Februari 2008).

Data tentang gangguan jiwa berdasarkan data tahun 2006, Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Soeharto Heerdjan Jakarta menangani sekitar 14.000 pasien rawat jalan dan rawat inap. Di Sanatorium Dharmawangsa, rumah sakit jiwa milik swasta di daerah Jakarta Selatan, pada tahun tersebut menangani 5.671 pasien rawat jalan dan rawat inap. Apabila angka ini digabungkan dengan jumlah pasien rumah sakit jiwa di Duren Sawit, Jakarta Timur, bisa diperkirakan penderita gangguan jiwa minimal mencapai 20.000 orang (<http://www.JawaBali.com> diperoleh tanggal 29 Februari 2008).

Manifestasi yang ditampakkan untuk setiap jenis gangguan jiwa berbeda. Salah satu bentuk yang sering terjadi adalah halusinasi yang merupakan gangguan stimulasi persepsi. Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa halusinasi merupakan distorsi persepsi yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif, pengalaman sensori yang salah/ palsu yang dapat terjadi pada indra pendengaran,

penglihatan, pengecapan, perabaan dan penciuman. Klien yang mengalami halusinasi merasakan pengalaman panca indera tanpa adanya stimulus eksternal. Meskipun kondisi halusinasi umumnya berhubungan dengan skizofrenia, hanya 70% dari penderita ini mengalaminya. Kondisi halusinasi dapat pula terjadi pada penderita manik atau depresif, delirium, gangguan mental organik, dan gangguan penggunaan zat.

Halusinasi merupakan gejala positif dari skizofrenia. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ice dkk.(2003) di ruang model praktek keperawatan profesional Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor menunjukkan bahwa masalah keperawatan terbanyak adalah halusinasi (26,37%) diikuti dengan menarik diri (17,91%), dan perilaku kekerasan (17,41%). Halusinasi merupakan masalah keperawatan yang dapat mengakibatkan perilaku kekerasan pada klien yang mengalaminya. Hal ini terjadi bila klien mengalami halusinasi yang isinya memerintah untuk melakukan sesuatu yang mengancam atau membahayakan diri atau orang lain. Rasa takut dapat mengakibatkan klien melakukan sesuatu yang berbahaya, seperti melompat keluar melalui jendela. Oleh karena itu intervensi amat penting segera dilakukan (Stuart & Laraia, 2005).

Tanda dan gejala halusinasi dapat diidentifikasi melalui data yang diperoleh dari data subyektif klien maupun data obyektif hasil pengamatan perawat. Tanda dan gejala halusinasi tergantung dari jenis halusinasi yang dialami klien. Perilaku yang ditampilkan oleh klien yang mengalami halusinasi antara lain: gerakan mata seolah mengikuti sesuatu yang tidak dapat dilihat oleh observer, menyedengkan telinga

seolah mendengar sesuatu, tampak seperti sedang memperhatikan sesuatu, ekspresi wajah yang tidak sesuai, bicara atau tertawa sendiri, tiba-tiba melakukan suatu tindakan tanpa adanya stimulus eksternal. Selain itu terdapat ungkapan klien yang menyatakan mendengar suara-suara jika ia mengalami halusinasi pendengaran atau melihat bayangan jika ia mengalami halusinasi penglihatan, sementara orang lain tidak mengalaminya (Varcarolis, 2000, Stuart&Laraia, 2005; Mohr, 2006). Tanda dan gejala halusinasi akan nampak saat klien mengalami halusinasi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Johns, Hemsley, dan Kuipers (2002) tentang perbandingan halusinasi dengar pada kelompok psikiatrik dan non psikiatrik diperoleh hasil bahwa pada kelompok skizofrenia (n=14) bentuk halusinasi adalah percakapan, sementara pada kelompok tinnitus (n=16) bentuk halusinasi adalah suara nyanyian atau instrumentalia. 10 responden kelompok skizofrenia dan 14 responden tinnitus melakukan suatu cara untuk mengatasi halusinasinya. Strategi koping yang digunakan adalah memfokuskan diri atau berkonsentrasi pada satu hal, berbicara dengan orang lain, bersenandung, nonton televisi, mendengarkan musik. Berteriak pada suara halusinasi untuk berhenti merupakan mekanisme koping yang paling sedikit dilakukan (<http://www.proquest.umi.com/pqdweb> diperoleh tanggal 14 Maret 2008).

Penelitian lain menjelaskan strategi koping yang digunakan dalam mengatasi halusinasi adalah berbicara pada orang lain, tidak menghiraukan suara-suara tersebut, berbicara dengan suara tersebut dan menghardiknya, mengubah fokus pikiran, mendengar musik, menarik diri dari lingkungan sosial, atau mengendarai

sepeda (Jenner et.al., <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 14 Maret 2008).

Peran perawat dalam membantu klien halusinasi mengatasi masalahnya adalah dengan memberikan asuhan keperawatan halusinasi. Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama antara perawat dengan klien, keluarga dan atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito, 1989 dikutip oleh Keliat, 1991 dalam Keliat dkk., 1999). Asuhan keperawatan yang diberikan diharapkan meningkatkan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi. Kemampuan kognitif klien yang diharapkan adalah mengenal halusinasi yang dialaminya, mengenal cara mengontrol halusinasi dengan keempat cara. Kemampuan psikomotor yang diharapkan adalah dapat memperagakan cara mengontrol halusinasi, melatih cara mengontrol halusinasi sesuai jadwal, dan mempraktekkan cara mengontrol halusinasi yang telah diajarkan saat halusinasi muncul.

Berdasarkan standar yang tersedia, asuhan keperawatan pada klien halusinasi dilakukan dalam empat kali pertemuan. Pada setiap pertemuan klien memasukkan kegiatan yang telah dilatih untuk mengatasi masalahnya ke dalam jadwal kegiatan. Diharapkan klien akan berlatih sesuai jadwal kegiatan yang telah dibuat dan akan dievaluasi oleh perawat pada pertemuan berikutnya. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan akan dinilai tingkat kemampuan klien dalam mengatasi masalahnya yaitu mandiri, bantuan atau tergantung. Tingkat kemampuan mandiri, jika klien melaksanakan kegiatan tanpa dibimbing dan tanpa disuruh; bantuan, jika klien

sudah melakukan kegiatan tetapi belum sempurna dan dengan bantuan klien dapat melaksanakan dengan baik; tergantung, jika klien sama sekali belum melaksanakan dan tergantung pada bimbingan perawat (Keliat, 2001).

Seiring dengan kemajuan yang terjadi di segala bidang, termasuk bidang kesehatan maka sebagai pemberi layanan kesehatan pada masyarakat, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan berkualitas sesuai dengan kemajuan pengetahuan di bidang pelayanan kesehatan. Hal ini juga merupakan tanggungjawab moral dari pemberi layanan untuk memberikan pelayanan berdasarkan perkembangan terkini. Selain itu tuntutan masyarakat semakin tinggi pula terhadap pelayanan yang berkualitas. Oleh karena itu pelayanan di bidang kesehatan jiwa perlu ditingkatkan guna memenuhi kebutuhan masyarakat.

Perawat sebagai sumber daya manusia di rumah sakit sangat diharapkan perannya dalam peningkatan kualitas pelayanan dikarenakan perawat merupakan sosok yang langsung berhadapan dengan pasien dalam membantu mengatasi masalah pasien dan keluarga. Dengan demikian keberhasilan pasien mengatasi masalahnya tidak terlepas pula dari kemampuan yang dimiliki perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Asuhan keperawatan merupakan perangkat yang digunakan perawat dalam membantu mengatasi masalah klien.

Pelayanan keperawatan jiwa akan menunjukkan hasil yang maksimal bila didukung oleh tenaga sumber daya manusia yang berkompeten dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien. Kemampuan memberikan

asuhan sangat penting dimiliki oleh seorang perawat. Asuhan keperawatan yang diterapkan dengan benar akan membantu klien memperoleh kemampuan untuk mengatasi masalah. Dengan demikian akan menurunkan angka lama rawat di rumah sakit. Berbagai upaya dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan perawat diantaranya adalah dengan mengikuti pendidikan atau pelatihan.

Melalui pendidikan formal perawat telah dibekali kemampuan untuk melakukan asuhan keperawatan sesuai masalah yang dialami pasien, termasuk melakukan asuhan keperawatan halusinasi. Namun demikian kemampuan yang telah dimiliki ini perlu ditingkatkan agar dapat memberikan asuhan keperawatan kepada klien halusinasi secara optimal sesuai standar yang berlaku. Guna memenuhi hal tersebut perawat perlu dibekali pengetahuan tentang standar asuhan keperawatan halusinasi yang dapat diberikan melalui pelatihan tentang standar asuhan keperawatan halusinasi. Melalui pelatihan yang diberikan diharapkan perawat dapat meningkatkan pengetahuan yang telah dimilikinya dan menerapkannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien halusinasi.

Pelatihan merupakan aktivitas formal dan informal yang dapat memberikan kontribusi terhadap perbaikan dan peningkatan tingkat pengetahuan, keterampilan, dan sikap karyawan (Suryana, 2006). Bentuk pelatihan yang diberikan di Rumah Sakit disesuaikan dengan sasaran sumber daya manusia dan kebutuhan. Bagi perawat, pelatihan yang sering diberikan adalah mengenai asuhan keperawatan dan manajemen pelayanan di ruang rawat. Kemampuan memberikan asuhan

keperawatan halusinasi amat penting diketahui perawat agar dapat melaksanakan asuhan sesuai standar karena keberhasilan klien mengatasi masalahnya tidak terlepas pula dari kemampuan yang dimiliki perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien.

Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta merupakan salah satu rumah sakit yang merawat klien dengan gangguan jiwa. Letaknya yang strategis di Jakarta Barat memberikan peluang bagi rumah sakit untuk menjadi pilihan bagi masyarakat ibukota yang membutuhkan pelayanan kesehatan jiwa. Data yang diperoleh menunjukkan bahwa pengunjung rumah sakit juga berasal dari propinsi yang ada di sekitar Daerah Khusus Ibukota. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat mempercayakan pemenuhan kebutuhan akan pelayanan kesehatan jiwa bagi dirinya maupun anggota keluarga dapat dipenuhi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan. Mengimbangi hal ini rumah sakit juga perlu memperlengkapi diri dengan kemampuan memberikan pelayanan berkualitas baik. Hal yang telah dilakukan adalah berupaya meningkatkan pelayanan di berbagai bidang pelayanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit termasuk pelayanan di bidang keperawatan. Penampilan kunjungan rawat jalan di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan pada tahun 2007 adalah sejumlah 10.926 pasien dengan diagnosa skizofrenia sejumlah 6.538 pasien (59,84%) (Profil RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan, 2007).

Peningkatan yang telah dilakukan di bidang keperawatan adalah meningkatkan kemampuan sumber daya manusia melalui jenjang pendidikan formal dengan memberi kesempatan melanjutkan pendidikan ke tingkat yang lebih tinggi.

Peningkatan kemampuan sumber daya manusia yang lain dilakukan dengan pemberian pelatihan-pelatihan tentang asuhan keperawatan. Pelatihan asuhan keperawatan yang pernah dilakukan adalah penanganan perilaku kekerasan, sementara pelatihan penerapan asuhan keperawatan halusinasi belum pernah dilakukan. Merujuk pada angka kejadian halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan yang cukup tinggi maka perlu dipersiapkan tenaga perawat yang terampil dalam menjalankan asuhan keperawatan halusinasi sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal yang diharapkan akan mempercepat proses penyembuhan klien dan menurunkan angka lama rawat di rumah sakit.

Berdasarkan data yang diperoleh di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan jumlah klien yang mengalami halusinasi pada bulan Januari 2008 sebanyak 50.14% dari seluruh jumlah klien yang dirawat. Asuhan keperawatan halusinasi diberikan pada klien halusinasi guna membantu mengatasi masalahnya. Dalam pelaksanaannya, asuhan keperawatan halusinasi belum dilakukan secara optimal. Pola strategi pertemuan dan jadwal aktivitas yang harus dilakukan klien terhadap kemampuan yang telah dilatih belum diterapkan secara optimal. Belum ada penelitian di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan terkait dengan pengaruh penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi dan terhadap penurunan intensitas tanda dan gejala halusinasi. Hal ini yang mendorong peneliti untuk melakukan penelitian terhadap hal tersebut.

B. Rumusan Masalah

Masalah keperawatan terbanyak di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta adalah halusinasi. Pelaksanaan asuhan keperawatan halusinasi belum dilakukan secara optimal sesuai standar. Berdasarkan uraian yang telah dituliskan, maka peneliti menyimpulkan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Belum diterapkannya secara optimal standar asuhan keperawatan halusinasi terhadap klien halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.
2. Belum diketahui pengaruh penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi serta terhadap penurunan intensitas tanda dan gejala halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka pertanyaan penelitian adalah apakah dengan penerapan asuhan keperawatan halusinasi yang sesuai standar dapat mempengaruhi kemampuan (kognitif dan psikomotor) klien mengontrol halusinasi serta penurunan intensitas tanda dan gejala halusinasi.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran karakteristik klien halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.

- b. Diketahui kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi setelah dirawat oleh perawat yang telah dilatih tentang standar asuhan keperawatan halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.
- c. Diketahui kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi setelah dirawat oleh perawat yang belum dilatih tentang standar asuhan keperawatan halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.
- d. Diketahui perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi dibandingkan antara yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih dan yang belum dilatih tentang asuhan keperawatan halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.
- e. Diketahui intensitas tanda dan gejala klien halusinasi setelah dirawat oleh perawat yang telah dilatih tentang asuhan keperawatan halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.
- f. Diketahui intensitas tanda dan gejala klien halusinasi setelah dirawat oleh perawat yang belum dilatih tentang asuhan keperawatan halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.
- g. Diketahui perbedaan intensitas tanda dan gejala klien halusinasi dibandingkan antara yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih dan yang belum dilatih tentang asuhan keperawatan halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.
- h. Pengaruh karakteristik terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian yang dilakukan diharapkan memberi manfaat bagi berbagai pihak yang terkait dengan keperawatan jiwa; baik dari kelompok pelayanan, institusi pendidikan maupun lembaga penelitian. Manfaat penelitian meliputi:

1. Manfaat Aplikatif

- a. Diharapkan hasil penelitian dapat digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien gangguan persepsi sensori: halusinasi.
- b. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan klien gangguan persepsi sensori: halusinasi.
- c. Memberikan penyajian bukti empiris tentang pengaruh penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi.

2. Manfaat Keilmuan

- a. Hasil penelitian dapat menjadi *evidence based* tindakan keperawatan terhadap diagnosa keperawatan halusinasi.
- b. Adanya standar asuhan keperawatan halusinasi.

3. Manfaat Metodologi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan rujukan bagi peneliti di bidang keperawatan jiwa dalam mengatasi masalah halusinasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Sesuai tujuan dari penelitian ini yang adalah untuk mengetahui tentang pengaruh penerapan asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi, berikut ini diuraikan beberapa teori terkait gangguan sensori persepsi: halusinasi, standar asuhan keperawatan halusinasi dan kemampuan pasien.

A. Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi

1. Pengertian

Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi merupakan perubahan dalam jumlah dan pola dari stimulus yang diterima disertai dengan penurunan berlebih distorsi atau kerusakan respon beberapa stimulus (Nanda, 2005). Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa halusinasi merupakan distorsi persepsi yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif, pengalaman sensori yang salah/ palsu yang dapat terjadi pada indra pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan dan penciuman.

Halusinasi merupakan persepsi sensoris yang palsu yang tidak disertai dengan stimuli eksternal yang nyata; mungkin terdapat atau tidak terdapat interpretasi waham tentang pengalaman halusinasi (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Halusinasi merupakan sesuatu yang mungkin terjadi selama periode cemas atau stres (Cooklin, Sturgeon and Leff, 1983) (Perona & Cuevas, <http://www.psychologyinspain.com> diperoleh tanggal 26 Maret 2008).

2. Proses Terjadinya Halusinasi

Gangguan sensori persepsi: halusinasi biasa ditemukan pada klien dengan diagnosa skizofrenia. Halusinasi merupakan salah satu gejala positif dari skizofrenia dan merupakan respon maladaptif dari gangguan neurobiologis (Kneisl et.al., 2004; Stuart & Laraia, 2005). Hasil penelitian Allen dkk. terhadap individu *non-clinical* yang dilakukan pada populasi pelajar (n=327) menyatakan bahwa tingkat ansietas yang tinggi, fokus pada diri sendiri, dan reaksi yang ekstrim merupakan predisposisi terjadinya halusinasi (<http://www.proquest.com> diperoleh tanggal 14 Maret 2008).

Proses terjadinya halusinasi pada penderita gangguan jiwa dapat dijelaskan dengan menggunakan pendekatan Model Adaptasi Stuart dan Laraia (2005) yaitu mempelajari faktor predisposisi, stresor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping dan mekanisme koping yang digunakan oleh seorang individu dalam mengatasi masalahnya. Kusumanto Setyonegoro (1967), dalam Hawari 2001 menjelaskan tentang penyebab terjadinya gangguan jiwa adalah merupakan interaksi dari 3 pilar yaitu pilar organobiologik, pilar psikoedukatif dan pilar sosial budaya. Konsep ini juga dikenal sebagai konsep tiga roda. Hawari (1993) menambahkan dengan satu pilar yaitu pilar psikoreligius (agama/ spiritual) (Hawari, 2001).

Dengan menggunakan pendekatan model stres adaptasi Stuart, proses terjadinya halusinasi dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologik

Gangguan halusinasi pada penderita skizofrenia dapat diakibatkan oleh gangguan perkembangan saraf otak yang beraneka ragam (Stuart & Laraia, 2005).

a) Genetika

Walaupun diakui adanya peran gen terhadap risiko terjadinya skizofrenia, namun demikian tidak sepenuhnya memenuhi hukum Mendel. Jika benar bahwa skizofrenia diturunkan sepenuhnya melalui gen dominan, maka 50% dari anak-anak penderita skizofrenia akan menderita skizofrenia bila salah satu orangtuanya menderita skizofrenia. Tetapi dalam kenyataannya, angka ini jauh lebih rendah. Sebaliknya bila skizofrenia diturunkan sepenuhnya melalui gen resesif, maka diharapkan 100% anak-anaknya akan menderita skizofrenia bila kedua orangtuanya penderita skizofrenia. Namun dalam kenyataannya angka hanya menunjukkan 36.6%. Hal tersebut juga menjelaskan bahwa transmisi gen pada skizofrenia sangat kompleks dan dipengaruhi oleh banyak faktor lain.

Penelitian lain menyatakan bahwa gangguan pada perkembangan otak janin juga turut berkontribusi terhadap timbulnya skizofrenia di kemudian hari. Gangguan perkembangan otak janin terjadi misalnya akibat terkena virus, malnutrisi, infeksi, trauma, toksin dan kelainan

hormonal yang terjadi selama kehamilan (Hawari, 2001). Anak yang dilahirkan dari penderita skizofrenia dan diadopsi oleh keluarga yang tidak mengalami gangguan mempunyai risiko yang sama untuk mengalami gangguan jiwa jika ia dipelihara oleh orangtua kandungnya sendiri. (Stuart & Laraia, 2005).

b) Neurobiologik

Sistem limbik pada lobus temporal berakibat langsung terutama pada gejala positif skizofrenia yang salah satunya adalah halusinasi. Diduga perilaku psikotik berhubungan dengan lesi pada temporal frontalis, dan daerah limbik pada otak, disregulasi dari sistem neurotransmiter berhubungan dengan area-area tersebut.

Studi tentang gambaran struktur otak menggunakan *Computed Tomography* dan *Magnetic Resonance Imaging* menunjukkan penyusutan volume otak pada penderita skizofrenia. Penemuan juga meliputi pembesaran lateral ventrikel, atrofi pada lobus frontal, serebelum, dan struktur limbik (terutama hipokampus dan amigdala), dan peningkatan ukuran bagian depan otak (Stuart & Laraia, 2005).

Hasil pemeriksaan *Computed Tomography Scanning* dan *Magnetic Resonance Imaging* menunjukkan perluasan dari otak lateral ventrikel pada individu yang mengalami skizofrenia (Nasrallah & Smeltzer, 2003 dalam Mohr, 2006). Data tentang skizofrenia memperlihatkan gambaran yang kompleks dari disfungsi otak yang meliputi

neuroanatomi, neuropatologi, dan gangguan metabolisme dan beraneka macam defisit neuropsikologik. Penemuan ini mendukung keyakinan bahwa skizofrenia bukan merupakan satu gangguan tetapi kumpulan dari gangguan yang melibatkan fungsi otak (Mohr, 2006). Lesi pada korteks temporalis dan nukleus-nukleus limbik yang berhubungan berlokasi di dalam lobus temporalis dapat menyebabkan halusinasi (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

c) Neurotransmitter

Dopamin penting dalam berespon terhadap stres dan banyak berhubungan dengan sistem limbik. Selama masa remaja akhir, level dopamin tinggi dalam otak saat dimana skizofrenia biasa muncul untuk pertama kalinya. Skizofrenia diduga disebabkan oleh terlalu banyaknya aktivitas dopaminergik. Ketidakseimbangan dopamin pada jalur mesolimbik berkontribusi terhadap terjadinya halusinasi (Stuart & Laraia, 2005). Teori ini timbul dari pengamatan tentang penghambatan reseptor dopamin khususnya reseptor dopamin tipe 2 (D_2). Zat lain yang mempengaruhi sistem dopamin adalah amfetamin dan kokain. Amfetamin menyebabkan pelepasan dopamin dan kokain menghambat pengambilan dopamin. Kedua zat tersebut menyebabkan meningkatnya jumlah dopamin dalam sinapsis. (Kaplan, Sadock, Grebb 1997). Amfetamin dan kokain meningkatkan level dopamin dalam otak dan akhirnya menyebabkan gejala psikosis (Stuart & Laraia, 2005).

d) Asam Amino

Neurotransmitter asam amino inhibitor gamma-aminobutyric acid (GABA) juga terlibat dalam patofisiologi skizofrenia. Hal ini berdasarkan data yang ditemukan konsisten dengan hipotesis bahwa beberapa pasien skizofrenia mengalami kehilangan neuron GABA-ergik di dalam hipokampus. Hilangnya neuron inhibitor GABA-ergik secara teoritis dapat menyebabkan hiperaktivitas neuron dopaminergik dan noradrenergik.

2) Faktor Psikologik

Saat tidak teridentifikasi penyebab biologik dari halusinasi pada penderita skizofrenia maka faktor-faktor psikologi, sosiologi dan pengaruh lingkungan menjadi fokus dari psikodinamika terjadinya gangguan. Diduga gangguan dapat terjadi akibat karakter yang salah dari keluarga atau individu. Ibu yang cemas, terlalu melindungi, atau suasana yang dingin dan tanpa perasaan; ayah yang jauh atau bersifat menguasai. Konflik perkawinan dan keluarga. Komunikasi dalam dua pesan dapat mengakibatkan *double bind* yang berakibat individu berkembang ke arah skizofrenia. Halusinasi pada skizofrenia juga dapat terjadi akibat kegagalan di awal fase perkembangan psikososial. Seorang bayi yang tidak dapat membangun hubungan percaya akan mengalami kesulitan pada masa hidupnya di kemudian hari.

3) Faktor Sosial Kultural dan Lingkungan

Beberapa teori menyatakan bahwa kemiskinan, masyarakat, dan kebudayaan yang tidak sesuai dapat mengakibatkan terjadinya skizofrenia. Pendapat lain menyatakan bahwa skizofrenia dapat diakibatkan oleh situasi tinggal di kota besar atau isolasi (Stuart & Laraia, 2005).

Menurut Hawari, 2001 stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang tersebut terpaksa berupaya untuk beradaptasi agar dapat menanggulangi stresor yang timbul. Tetapi tidak semua orang mampu mengatasi masalah yang timbul sehingga muncullah keluhan-keluhan jiwa, yang antara lain adalah skizofrenia. Pada umumnya jenis stresor psikososial adalah sebagai berikut (Hawari, 2001) :

a) Perkawinan

Berbagai masalah seperti pertengkaran dalam rumah tangga, perceraian, kematian salah satu pasangan, ketidaksetiaan dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa.

b) Problem orang tua

Pasangan yang tidak mempunyai anak, anak terlalu banyak, kenakalan anak-anak; hubungan yang tidak harmonis antara mertua, ipar, besan dan sebagainya juga dapat menimbulkan gangguan jiwa jika masalahnya tidak teratasi karena merupakan sumber stres.

c) Hubungan Interpersonal

Gangguan dapat berupa konflik dengan teman dekat, kekasih, rekan sekerja atau antara atasan dan bawahan dan lain-lain. Konflik interpersonal ini dapat merupakan sumber stres bagi seseorang yang bila tidak diselesaikan dapat mengakibatkan gangguan pada kesehatan jiwanya.

d) Pekerjaan

Masalah pekerjaan juga dapat merupakan sumber stres bagi diri seseorang yang bila tidak diatasi dapat menimbulkan keluhan-keluhan kejiwaan. Misalnya kena pemutusan hubungan kerja (PHK), pensiun (*post power syndrome*), tidak cocok dengan pekerjaan atau pekerjaan yang terlalu banyak.

e) Lingkungan Hidup

Contoh masalah lingkungan hidup yang dapat menjadi stresor pada diri seseorang antara lain masalah perumahan, pindah tempat tinggal, kena penggusuran, hidup dalam lingkungan yang rawan (misalnya kriminalitas).

f) Keuangan

Kondisi sosial ekonomi yang tidak sehat misalnya pendapatan lebih rendah dari pengeluaran, terlibat hutang, masalah warisan, usaha bangkrut dapat mempengaruhi kejiwaan seseorang jika sumber stres tersebut tidak diatasi.

g) Penyakit Fisik atau Cidera

Penyakit kronis, penyakit jantung, kanker, kecelakaan, operasi dan sebagainya juga dapat merupakan stresor bagi diri seseorang.

h) Lain-lain

Stresor kehidupan lainnya juga dapat menimbulkan gangguan kejiwaan misalnya bencana alam, peperangan, kebakaran, perkosaan, aborsi dan sebagainya.

b. Stresor Presipitasi

Gejala pemicu respon neurobiologik adalah kondisi kesehatan, kondisi lingkungan, sikap dan perilaku individu.

c. Penilaian terhadap Stresor

Model stres diathesis oleh Liberman dan rekan-rekannya (1994) menyatakan bahwa gejala skizofrenia berkembang atas dasar hubungan antara jumlah stres yang dialami seseorang dengan toleransi stres internal. Model ini mencakup faktor biologik, psikologik, dan sosio kultural. Hal ini serupa dengan Model Stres adaptasi Stuart (Stuart & Laraia, 2005).

d. Sumber Koping

Sumber daya keluarga amat diperlukan dengan mengetahui dan mengerti tentang penyakit, finansial keluarga, waktu dan tenaga keluarga yang tersedia dan kemampuan keluarga memberikan asuhan (Stuart & Laraia, 2005). Sumber daya keluarga merupakan bagian penting karena keluarga merupakan pemberi asuhan sekurang-kurangnya 65% pasien skizofrenia (Berglund,

Vahlne, & Edman, 2003 dalam Stuart & Laraia, 2005). Keluarga sebagai sumber pendukung sosial dapat menjadi kunci utama dalam pemulihan pasien dengan masalah psikiatrik (Videbeck, 2006).

e. Mekanisme Koping

Klien halusinasi akan berupaya melindungi diri dari pengalaman menakutkan yang disebabkan oleh penyakit yang dialami. Regresi merupakan upaya untuk mengatasi rasa cemas. Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi. Menarik diri berhubungan dengan masalah membangun rasa percaya dan perenungan terhadap pengalaman internal. Denial sering diekspresikan oleh keluarga ketika belajar pertama kali tentang diagnosa yang berhubungan dengan mereka. Hal ini sama ditemui ketika seseorang menerima informasi yang menyebabkan rasa takut dan cemas (Stuart & Laraia, 2005).

Menurut Stuart dan Laraia (2005) terdapat lima tahap intensitas halusinasi, yaitu:

- a. Tahap 1: Menenangkan, ansietas tingkat sedang. Pengalaman halusinasi menunjukkan emosi seperti ansietas, kesepian, merasa bersalah, takut dan mencoba memfokuskan pada penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan pengalaman sensorinya dapat dikontrol jika ansietasnya bisa diatasi.
- b. Tahap 2: Menyalahkan, ansietas tingkat berat. Pengalaman sensori bersifat menjijikkan dan menakutkan. Individu yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan control dan mungkin

berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan. Individu tersebut mungkin merasa malu terhadap pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain. Kondisi ini masih memungkinkan untuk mengembalikan individu ke dunia realitas.

c. Tahap 3: Mengendalikan, ansietas tingkat berat. Individu yang mengalami halusinasi menyerah untuk mencoba melawan pengalaman halusinasinya dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan. Individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensorinya berakhir.

d. Tahap 4: Menakutkan, ansietas tingkat panik. Pengalaman sensori mungkin menjadi menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah. Halusinasi dapat berlangsung beberapa jam atau beberapa hari jika tidak ada intervensi terapeutik.

Berdasarkan penjelasan tentang proses terjadinya halusinasi maka dapat dijelaskan secara ringkas bahwa halusinasi diawali oleh adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi pada diri seseorang yang mengakibatkan merasa cemas dan mencari cara untuk mengatasi rasa cemasnya. Individu yang tidak memiliki mekanisme koping yang adaptif akan mengatasi masalahnya dengan cara yang maladaptif, seperti menarik diri dan membayangkan sesuatu yang berlawanan dari kenyataan yang dihadapi atau membayangkan sesuatu yang diharapkannya terjadi dan memenuhi kebutuhannya. Cara yang dilakukan ini membuatnya merasa

nyaman dan menurunkan rasa cemasnya. Bila tidak diintervensi kondisi ini berlanjut, klien terus menggunakan coping yang maladaptif untuk mengatasi cemasnya. Lama kelamaan rasa nyaman yang diperolehnya berubah menjadi rasa menakutkan karena pada perkembangan selanjutnya klien mendengar suara-suara yang mengancamnya sementara klien sudah tidak mampu lagi mengontrolnya. Bila tidak diintervensi, akibat dari rasa takut atau menuruti perintah suara-suara, klien dapat melakukan hal yang membahayakan dirinya, orang lain atau lingkungan sekitar klien.

3. Tanda dan Gejala

Gangguan persepsi sensori: halusinasi merupakan kondisi yang berbahaya bila klien meyakini bahwa apa yang didengarnya adalah nyata dan klien tidak mampu mengontrol halusinasinya. Kondisi berbahaya tidak saja bagi klien tetapi juga terhadap orang lain dan lingkungan sekitar. Agar dapat mengatasi masalah tersebut, maka hal pertama yang perlu diketahui perawat adalah tanda dan gejala yang menunjukkan klien mengalami halusinasi. Tanda dan gejala halusinasi tergantung dari jenis halusinasi yang dialami klien. Lima jenis halusinasi terkait dengan panca indra (Kneisl et.al., 2004; Stuart & Laraia, 2005), yaitu:

- a. Halusinasi dengar (auditoris): persepsi bunyi yang palsu, biasanya suara tetapi juga bunyi-bunyian yang lain seperti musik; merupakan jenis halusinasi yang paling sering pada gangguan jiwa.

- b. Halusinasi visual: persepsi palsu tentang penglihatan yang berupa citra yang berbentuk (misal: orang) dan citra yang tidak berbentuk (misal: kilatan cahaya); paling sering terjadi pada gangguan organik.
- c. Halusinasi penciuman: persepsi membau yang palsu; paling sering pada gangguan organik.
- d. Halusinasi pengecap: persepsi tentang rasa kecap yang palsu.
- e. Halusinasi perabaan: persepsi palsu tentang perabaan atau sensasi permukaan, seperti dari tungkai yang teramputasi, sensasi adanya gerakan pada atau di bawah kulit.

Menurut Kneisl dkk., 2004 halusinasi pendengaran sering ditemukan pada penderita skizofrenia, halusinasi penglihatan pada penderita demensia dan halusinasi perabaan pada penyalahgunaan alkohol.

Perilaku klien yang mengalami halusinasi antara lain adalah gerakan mata seolah mengikuti sesuatu yang tidak dapat dilihat oleh observer, menyedengkan telinga seolah mendengar sesuatu, tampak seperti sedang memperhatikan sesuatu, ekspresi wajah yang tidak sesuai, bicara atau tertawa sendiri, tiba-tiba melakukan suatu tindakan tanpa adanya stimulus eksternal. Melalui ungkapan klien data yang diperoleh adalah pernyataan klien yang menyatakan mendengar suara-suara jika ia mengalami halusinasi pendengaran atau melihat bayangan jika ia mengalami halusinasi penglihatan, sementara orang lain tidak mengalaminya (Varcarolis, 2000, Stuart&Laraia, 2005; Mohr, 2006).

Menurut Mohr (2006) suara yang didengar dapat berupa suara Tuhan, dua atau lebih suara yang mengomentari perilaku klien atau suara yang menyuruh klien melakukan sesuatu. Biasanya suara bersifat cabul dan menyalahkan, menuduh, atau menghina. Atau suara yang memanggil nama klien dan mengucapkan kata-kata kotor. Klien juga dapat mendengar suara yang berlawanan tentang subyek yang sama, seperti satu suara memerintah klien untuk membunuh, sementara suara lain mengingatkan klien untuk tidak membunuh.

4. **Diagnosa Medis dan Terapi Psikofarmaka**

Halusinasi merupakan salah satu gejala positif skizofrenia sehingga diagnosa medis yang mungkin ditegakkan pada klien yang mengalami halusinasi adalah skizofrenia. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa, edisi ketiga (PPDGJ-III) menggolongkan skizofrenia ke dalam golongan F20.

Harus ada sedikitnya satu gejala berikut yang amat jelas (biasanya dua atau lebih gejala bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) (Maslim, 1996).

- a. *Thought echo*: isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya, dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama namun kualitasnya berbeda; atau

Thought insertion or withdrawal: isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya atau pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya; atau

Thought broadcasting: isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.

b. *Delusion of control*: waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau

Delusion of influence: waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau

Delusion of passivity: waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar;

Delusion perception: pengalaman indrawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

c. Halusinasi auditorik:

Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau

Mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri (di antara berbagai suara yang berbicara) atau

Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

d. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa.

Atau paling sedikit dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

e. Halusinasi yang menetap dari panca indra apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan yang menetap, atau

apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus.

- f. Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan, yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;
- g. Perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah, posisi tubuh tertentu, atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
- h. Gejala-gejala negatif seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

Adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku pribadi, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam dirinya sendiri, dan penarikan diri secara sosial.

Gejala pada skizofrenia dikenal sebagai gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif skizofrenia meliputi tiga hal berikut: halusinasi, delusi, serta perilaku dan bicara yang tidak terorganisir. Gejala-gejala positif merupakan sesuatu yang tidak dijumpai pada orang sehat (Kneisl, et.al., 2004).

Gejala negatif merupakan keadaan defisit, keberadaannya menandakan individu tersebut tidak sehat. Gejala negatif yang diperlihatkan penderita skizofrenia: afek

datar, alogia, anhedonia, alogia dan apatis (Kneisl, et.al., 2004). Gejala-gejala negatif seringkali tidak disadari atau kurang diperhatikan oleh lingkungan sekitar pasien, misalnya keluarga karena dianggap tidak mengganggu. Hal ini menyebabkan keluarga terlambat membawa penderita berobat.

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit yang cenderung bersifat kronis, memerlukan pemberian terapi yang relatif lama, bisa berbulan-bulan ataupun bertahun-tahun. Tujuannya adalah untuk menekan angka kekambuhan. Terapi psikofarmaka yang diberikan ditujukan pada gangguan fungsi neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis dapat dihilangkan. Berbagai jenis obat psikofarmaka tersedia di pasaran yang masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan. Ada obat yang lebih berkhasiat menghilangkan gejala negatif skizofrenia daripada gejala positifnya atau sebaliknya. Ada juga yang lebih cepat menimbulkan efek samping (Hawari, 2001).

Obat psikofarmaka yang ideal adalah yang memenuhi syarat antara lain (Hawari, 2001): 1) Dosis rendah dengan efektifitas terapi dalam waktu relatif singkat, 2) Tidak ada efek samping, jika adapun relatif kecil, 3) Dalam waktu relatif singkat dapat menghilangkan gejala positif maupun gejala negatif, 4) Lebih cepat memulihkan fungsi kognitif (daya pikir dan daya ingat), 5) Tidak menyebabkan rasa mengantuk, tetapi memperbaiki pola tidur, 6) Tidak menyebabkan adiksi dan dependensi, 7) Tidak menyebabkan lemas otot, 8) Jika mungkin pemakaiannya dalam dosis tunggal.

Jenis obat psikofarmaka dapat dibagi dalam dua golongan yaitu golongan generasi pertama (tipikal) dan golongan generasi kedua (atipikal). Yang termasuk dalam golongan tipikal misalnya Chlorpromazine, Trifluoperazine, Thioridazine, Haloperidol. Yang termasuk golongan generasi kedua misalnya Risperidone, Clozapine, Quetiapine dan Olanzapine (Hawari, 2001).

5. Strategi Merawat Klien Halusinasi

Stuart dan Laraja, 2005 menjelaskan bahwa ada beberapa pendekatan yang perlu dilakukan saat merawat klien halusinasi, yaitu:

- a. Membina hubungan interpersonal, bina hubungan saling percaya.

Jika seorang perawat cemas atau takut dalam menghadapi klien, maka klien juga akan merasa cemas atau takut. Bersikap sabar, menerima klien apa adanya, dan menjadi pendengar aktif.

- b. Mengkaji gejala halusinasi termasuk durasi, intensitas, dan frekuensi. Observasi isyarat perilaku akan terjadinya halusinasi, bantu klien mengingat berapa kali mengalami halusinasi setiap harinya.
- c. Identifikasi kemungkinan pernah menggunakan obat terlarang atau alcohol.
- d. Katakan secara singkat dan sederhana bahwa perawat tidak sedang mengalami stimulus yang sama. Hal ini dilakukan agar klien menyadari apa yang sedang terjadi di lingkungannya. Selain itu jangan berdebat dengan klien tentang persepsi yang berbeda antara perawat dan klien.
- e. Saat klien sedang mengalami halusinasi jangan membiarkannya seorang diri/ jangan meninggalkan klien.

- f. Bantu klien mengidentifikasi kebutuhan yang mungkin tercermin melalui isi halusinasi.

Beberapa strategi untuk mengontrol halusinasi: 1) melakukan monitoring diri sendiri (misalnya cari tahu apa yang menyebabkan suara-suara muncul atau tidak muncul); 2) berbicara dengan orang lain tentang apa saja, tidak hanya tentang suara-suara yang didengar; 3) dengarkan musik; 4) nonton televisi atau sesuatu yang lain; 5) katakan “stop”, jangan menghiraukan suara tersebut, atau tidak menuruti apa yang dikatakan suara tersebut; 6) gunakan tehnik relaksasi seperti nafas dalam, relaksasi otot; 7) lakukan kesibukan atau sesuatu yang disenangi; 8) gunakan obat sesuai anjuran dokter; 9) hindari alkohol (<http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 14 Maret 2008).

Tindakan keperawatan pada klien halusinasi meliputi:

a. Tindakan generalis:

- 1) Individu: melakukan asuhan keperawatan sesuai standar yang tersedia berdasarkan diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi.
- 2) Kelompok: melakukan kegiatan terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi: halusinasi sebanyak 5 sesi pertemuan (Keliat dan Akemat, 2005).

b. Tindakan spesialis

1) Terapi Individu

Cognitif Behaviour Therapy (CBT) semula dikembangkan dan menilai gangguan afektif, telah berhasil digunakan untuk mengatasi halusinasi

yang persisten dan delusi sebagai tambahan dari pengobatan yang diberikan (Seckinger & Amador, 2001 dalam Stuart & Laraia, 2005). CBT merupakan metode yang digunakan untuk mengubah proses pikir pasien, perilaku dan emosi. Penerapan CBT menggunakan pendekatan psikoedukasi, dilakukan secara rutin dapat menurunkan gejala positif halusinasi (Stuart & Laraia, 2005). Klien halusinasi diajarkan bagaimana caranya untuk tidak mendengarkan suara halusinasi (<http://www.healthieryou.com> diperoleh tanggal 28 Maret 2008).

2) Terapi Kelompok

Self-Help Group dapat dilakukan bagi penderita skizofrenia dan keluarganya. Walaupun terapis tidak terlibat, anggota kelompok melanjutkan memberikan dukungan dalam mengatasi masalah dan kenyamanan satu dengan lainnya (<http://www.healthieryou.com> diperoleh tanggal 28 Maret 2008).

3) Terapi Keluarga

Keluarga dapat membantu klien untuk menetapkan tujuan realistis dan memperoleh kembali kemampuan untuk berfungsi dalam kehidupan (<http://www.healthieryou.com> diperoleh tanggal 28 Maret 2008).

Pendidikan keluarga penting dilakukan agar keluarga mengenal tentang masalah yang dialami klien dan bagaimana menangani masalah yang terjadi (Stuart & Laraia, 2005). Terapi yang diberikan adalah terapi edukasi keluarga yang tujuannya adalah meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga tentang gejala-gejala

penyimpangan perilaku, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga tersebut. Dengan mengetahui hal ini diharapkan keluarga mengerti bagaimana harus bersikap dalam menghadapi anggotanya yang mengalami gangguan jiwa.

B. Standar Asuhan Keperawatan Halusinasi

Kondisi halusinasi dapat dikontrol oleh klien dengan melakukan beberapa cara. Merupakan tugas perawat untuk memberikan asuhan pada klien yang mengalami halusinasi agar dapat mengontrol halusinasinya. Beberapa pendekatan yang selama ini diajarkan pada klien halusinasi adalah mengajarkan cara-cara yang dapat dilakukan klien untuk mengontrol halusinasinya, baik diajarkan secara individu maupun dalam kelompok (terapi aktivitas kelompok).

Peran perawat dalam memberi asuhan diawali dengan kemampuan untuk melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan rencana tindakan keperawatan, melakukan implementasi dan evaluasi terhadap tindakan yang telah diberikan. Kemampuan seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan amat penting agar dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapi.

Standar asuhan berhubungan dengan aktivitas keperawatan professional yang dilakukan oleh perawat dengan melalui proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan landasan pengambilan keputusan klinis dan mencakup semua tindakan yang penting dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan kesehatan jiwa-psiatri kepada semua klien (Stuart&Sundeen, 1998).

Menurut Shives (2005) proses keperawatan adalah enam langkah pendekatan penyelesaian masalah yang dapat ditampilkan sebagai organisasi kerangka kerja bagi praktek keperawatan. Proses keperawatan merupakan dasar dari pengambilan keputusan klinik dan meliputi semua pengambilan tindakan bermakna oleh perawat dalam melengkapi perkembangan dan budaya berhubungan dengan perawatan kesehatan jiwa bagi pasien (American Nurses Association [ANA], 2000 dalam Kneisl, 2004). Standar asuhan dan proses keperawatan terdiri dari 6 standar, yaitu: pengkajian, diagnosa, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Kneisl, 2004, Shives, 2005).

Proses keperawatan yang dilakukan bermanfaat bagi perawat maupun bagi klien penerima asuhan. Manfaat bagi perawat adalah peningkatan otonomi; tersedia pola pikir/ kerja yang logis, ilmiah, sistematis dan terorganisasi; menunjukkan tanggungjawab dan tanggung gugat perawat; peningkatan kepuasan kerja; sarana desiminasi IPTEK keperawatan; dan pengembangan karier melalui pola pikir penelitian. Sedangkan manfaat bagi klien adalah asuhan yang diterima bermutu dan dipertanggungjawabkan secara ilmiah, partisipasi meningkat dalam menuju perawatan mandiri, serta terhindar dari malpraktik (Keliat dkk., 1999).

1. Standar I: Pengkajian

Pada tahap ini perawat mengumpulkan data kesehatan pasien. Pengkajian adalah langkah awal dalam berpikir kritis dan pembuatan keputusan yang mengarah pada diagnosis keperawatan (Wilkinson, 2007). Pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan

meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pengelompokan data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat pula berupa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping dan kemampuan koping yang dimiliki klien (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Keliat dkk, 1999).

Pengkajian yang dilakukan pada klien di rumah sakit jiwa telah menggunakan format pengkajian standar agar mudah dalam melakukan pengumpulan data klien. Pengkajian meliputi identitas klien, keluhan utama/ alasan masuk, faktor predisposisi, aspek fisik/ biologis, aspek psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dalam lingkungan, pengetahuan, dan aspek medik. Data pengkajian terdiri dari dua macam data, yaitu :

- 1) Data subyektif: merupakan data yang disampaikan secara verbal oleh klien dan keluarga, diperoleh melalui wawancara perawat terhadap klien dan keluarga.
- 2) Data obyektif: data yang diperoleh melalui hasil pengamatan atau pemeriksaan langsung oleh perawat.

Contoh data obyektif: hasil pemeriksaan fisik yang ditemukan seperti kehilangan pendengaran, hasil test laboratorium, hasil penghitungan skala perkembangan untuk menunjukkan tingkat ketidakmampuan pada penyakit mental kronis (Kneisl, 2004).

Pengkajian spesifik untuk halusinasi adalah sebagai berikut: 1) berapa lama klien mengalami halusinasi; 2) situasi yang bagaimana menjadi pencetus terjadinya halusinasi dan pada waktu kapan sering muncul; 3) bagaimana bentuk halusinasi

apakah bunyi-bunyian atau suara-suara; jika klien mendengar suara tanyakan apa isinya; 4) seberapa kuat klien meyakini kenyataan halusinasi; 5) apakah halusinasi memerintah klien melakukan sesuatu, jika ya sejauhmana risiko berbahaya jika klien mengikuti perintah tersebut; 6) bagaimana perasaan klien terhadap halusinasi yang muncul; 7) strategi apa yang digunakan klien untuk mengatasi halusinasi dan seberapa efektif strategi yang digunakan (Kneisl, et.al, 2004). Hasil pengumpulan data didokumentasikan pada format pengkajian, kemudian dianalisa sehingga ditemukan masalah keperawatan yang dialami klien maupun keluarga.

Perawat memiliki kondisi tertentu untuk melakukan pengkajian, meliputi kesadaran diri, kemampuan melakukan observasi secara akurat, kemampuan melakukan komunikasi terapeutik pada saat melakukan pengkajian, dan memiliki respon terhadap asuhan. Tindakan perawat yang perlu dilakukan adalah membuat kontrak, memperoleh informasi dari klien dan keluarga, melakukan validasi data dengan klien dan mengorganisasi data. Bagian penting yang juga perlu dilakukan adalah mengidentifikasi alasan klien mencari bantuan, kaji faktor risiko berhubungan dengan keamanan klien yang meliputi risiko merusak atau bunuh diri, menyerang tiba-tiba atau perilaku kekerasan, penggunaan obat terlarang, reaksi alergi, terjatuh atau mengalami kecelakaan (Stuart & Laraia, 2005).

2. Standar II: Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian atau kesimpulan yang diambil dari pengkajian (Gabie, dikutip oleh Carpenito, 1983 dalam Keliat dkk, 1999),

identifikasi atau penilaian terhadap pola respon klien baik aktual maupun potensial (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Keliat, dkk, 1999). Diagnosa keperawatan merupakan sebuah label singkat, menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi di lapangan. Kondisi dapat berupa masalah-masalah aktual atau potensial (Wilkinson, 2007). Rumusan diagnosa keperawatan jiwa yang digunakan saat ini adalah berdasarkan diagnosa NANDA. Dari 172 diagnosa keperawatan NANDA teridentifikasi 91 diagnosa keperawatan jiwa. Rumusan diagnosa bagi klien yang mengalami halusinasi adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi.

Kemampuan yang perlu dimiliki perawat dalam menegakkan diagnosa keperawatan adalah mengambil keputusan yang logis, pengetahuan tentang batasan ukuran normal, kemampuan memberikan alasan, dan kepekaan sosial budaya. Tindakan perawat yang dilakukan adalah mengidentifikasi pola data, membandingkan data dengan kondisi normal, menganalisa dan mensintesa data, mengidentifikasi masalah dan kekuatan klien, memvalidasi masalah dengan pasien, menegakkan diagnosa keperawatan dan menyusun prioritas masalah (Stuart & Laraia, 2005).

3. Standar III: Identifikasi Hasil

Perawat kesehatan jiwa mengidentifikasi harapan akhir dari individu pasien. Dalam hubungannya dengan pemberian asuhan keperawatan, maka tujuan akhir adalah mempengaruhi hasil kesehatan jiwa dan memperbaiki status kesehatan pasien. Kriteria pengukurannya antara lain adalah harapan akhir mengacu pada

diagnosa, berorientasi pada pasien, realistik, dapat dicapai, dan dirancang waktu untuk pencapaiannya (Kneisl, 2004).

4. Standar IV: Rencana Tindakan Keperawatan

Suatu rencana digunakan untuk menuntun intervensi yang terapeutik secara sistematis, catatan perkembangan, dan pencapaian harapan akhir pasien (Kneisl, 2004). Rencana tindakan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum dapat tercapai jika serangkaian tujuan khusus tercapai. Dalam menetapkan tujuan, perawat perlu mengingat tiga domain pengetahuan yang perlu dicapai, yaitu kemampuan afektif, perilaku (psikomotor) dan kognitif. Rencana keperawatan digunakan sebagai panduan intervensi terapeutik yang sistematis, catatan perkembangan, dan pencapaian pasien (Stuart & Laraia, 2005). Tujuan dari asuhan yang diberikan adalah agar klien mampu mengontrol halusinasinya.

Berdasarkan rencana keperawatan yang ada saat ini, terdapat 5 tujuan khusus dalam melakukan asuhan keperawatan halusinasi: 1) Tujuan Khusus 1: Klien mampu membina dan mempertahankan hubungan saling percaya, 2) Tujuan Khusus 2: Klien mampu mengenal halusinasinya, 3) Tujuan Khusus 3: Klien mampu mengontrol halusinasinya, 4) Tujuan Khusus 4: Klien dapat memberdayakan sistim pendukung atau keluarga untuk mengontrol halusinasinya, 5) Tujuan Khusus 5: Klien dapat menggunakan obat dengan benar.

Rencana tindakan keperawatan ditetapkan untuk mencapai tujuan khusus tersebut di atas. Berdasarkan standar yang telah tersedia rencana tindakan keperawatan untuk masing-masing tujuan khusus adalah sebagai berikut:

a. Tujuan Khusus 1:

Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya, beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

b. Tujuan Khusus 2: 1) Lakukan kontak sering dan singkat secara bertahap, 2) Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, 3) Terima halusinasi sebagai sesuatu yang nyata bagi klien tetapi tidak nyata bagi perawat, 4) Diskusikan dengan klien: situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, dan malam hari atau jika sendiri, jengkel, atau sedih), 5) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, senang). Beri kesempatan mengungkapkan perasaan.

c. Tujuan Khusus 3: 1) Kaji situasi/ keadaan dimana halusinasi sering muncul, 2) Identifikasi bersama klien cara tindakan yang biasa klien lakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dan lain-lain), 3) Diskusikan cara mencegah/ mengontrol timbulnya halusinasi serta cara memutus halusinasi secara bertahap, 4) Beri kesempatan untuk melakukan

cara yang telah dilatih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil, 5) Dorong klien untuk memilih cara yang akan digunakannya dalam menghadapi halusinasi, 6) Beri penguatan dan pujian terhadap pilihan klien yang benar.

d. Tujuan Khusus 4: 1) Lakukan kunjungan rumah atau saat keluarga berkunjung ke rumah sakit perkenalkan identitas perawat, 2) Jelaskan maksud dan tujuan interaksi, 3) Diskusikan peran dan tanggung jawab keluarga sehingga dapat membantu klien mengatasi masalahnya, 4) Diskusikan dengan keluarga tentang halusinasi, gejala, cara merawat, *follow up* dan obat, 5) Motivasi keluarga untuk merawat anggota keluarganya, 6) Beri umpan balik positif atas kesanggupan keluarga.

e. Tujuan Khusus 5: 1) Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang obat, dosis, manfaat, efek samping dan akibat penghentian obat, 2) Diskusikan perasaan klien setelah minum obat, 3) Berikan obat dengan prinsip 5 benar, 4) Observasi tanda dan gejala terkait dengan efek samping obat.

Rencana tindakan keperawatan halusinasi dilakukan kepada klien melalui pertemuan yang direncanakan sebanyak 4 kali pertemuan. Melalui pertemuan perawat – klien yang dirancang untuk dilakukan sebanyak 4 kali diharapkan klien dapat mengenal dan mempraktekkan keempat cara mengontrol halusinasi, yaitu dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadual, dan patuh minum obat.

Strategi pertemuan yang telah dirancang adalah sebagai berikut:

- a. Pertemuan 1: 1) Mengenal halusinasi: tentang isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, dan perasaan saat terjadi halusinasi; 2) Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik; 3) Masukkan latihan menghardik ke dalam jadwal kegiatan klien.
 - b. Pertemuan 2: 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1), 2) Latih berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul, 3) Masukkan latihan bercakap-cakap ke dalam jadwal kegiatan klien.
 - c. Pertemuan 3: 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2); 2) Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul, 3) Masukkan kegiatan yang telah dilatih ke dalam jadwal kegiatan klien.
 - d. Pertemuan 4: 1) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2, dan 3), 2) Tanyakan tentang pengobatan sebelumnya, 3) Diskusikan tentang prinsip 5 Benar dalam pengobatan, 4) Latih klien minum obat, 5) Masukkan jadwal minum obat ke dalam jadwal kegiatan klien.
5. **Standar V: Implementasi**
- Implementasi tindakan disesuaikan berdasarkan rencana tindakan keperawatan. Sebelum mengimplementasikan tindakan keperawatan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan masih sesuai dengan kebutuhan klien saat ini. Implementasi pada diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi dilakukan sesuai rencana tindakan yang telah ditetapkan sehingga terdapat 4 kali pertemuan dengan klien. Jumlah sesi pertemuan dapat bertambah sesuai kebutuhan klien.

6. Standar VI: Evaluasi

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien.

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP :

S: respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O: respon obyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A: analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P: perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa:

- a. Rencana teruskan, jika masalah tidak berubah.
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan telah dilakukan tetapi hasil belum memuaskan.
- c. Rencana dibatalkn jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan.
- d. Rencana atau diagnos selesai jika tujuan telah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

C. Kemampuan Pasien

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar) (Notoatmodjo, 2007). Bloom (1908), dalam Notoatmodjo, 2007, membagi perilaku manusia ke dalam tiga domain, ranah atau kawasan, yaitu: kognitif, afektif, dan psikomotor. Selanjutnya ketiga ranah tersebut dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yang lebih dikenal sebagai pengetahuan, sikap dan praktek atau tindakan.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan akan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Sebagian besar pengetahuan diperoleh manusia melalui mata dan telinga. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Sikap atau afektif merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek (Notoatmodjo, 2007). Newcomb dalam Notoatmodjo, 2007 menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesiediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

Perilaku yang dipelajari oleh klien untuk mengontrol halusinasi dimulai dengan memberikan pengetahuan tentang halusinasi (klien mengenal halusinasi), meliputi jenis, isi, frekuensi, waktu, situasi munculnya halusinasi dan respon klien terhadap halusinasi yang muncul serta klien mengenal bahwa stimulus yang dialaminya hanya

oleh dirinya sendiri dan tidak realita. Setelah itu, klien diajarkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadual, dan patuh minum obat. Agar klien mampu mengontrol halusinasinya secara mandiri perlu dilakukan latihan setiap hari secara terjadual sehingga tindakan yang dilakukan menjadi budaya klien untuk mengontrol halusinasi di saat halusinasi muncul. Jadwal yang telah ditetapkan bersama klien akan dievaluasi oleh perawat secara terus menerus hingga klien mampu melakukan secara mandiri.

Perubahan perilaku yang diharapkan pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi adalah klien mampu melakukan apa yang telah diajarkan untuk mengontrol halusinasinya. Pembelajaran tentang perilaku sehat pasien tentang cara mengontrol halusinasi dilakukan oleh perawat melalui asuhan keperawatan yang diberikan. Asuhan akan diberikan dalam 4 kali pertemuan dan pada setiap pertemuan klien akan memasukkan kegiatan yang telah dilatih ke dalam jadwal kegiatan harian klien. Diharapkan klien melatih kegiatan yang telah diajarkan untuk mengatasi masalah sebanyak 2 – 3 kali sehari. Jadwal kegiatan akan dievaluasi oleh perawat pada pertemuan selanjutnya. Melalui jadwal yang telah dibuat akan dievaluasi tingkat kemampuan klien mengatasi masalahnya. Tingkat kemampuan klien akan dikelompokkan menjadi 3 yaitu mandiri, jika klien melaksanakan kegiatan tanpa dibimbing dan tanpa disuruh; bantuan, jika klien mengetahui dan melaksanakan kegiatan tapi belum sempurna atau melaksanakan kegiatan dengan diingatkan; dan tergantung, jika klien tidak mengetahui dan tidak melaksanakan kegiatan (Keliat, 2001).

Klien dikatakan telah memiliki kemampuan mengontrol halusinasi bila telah memiliki kemampuan secara kognitif, afektif dan psikomotor. Klien dikatakan mampu mengontrol halusinasi jika klien telah mengenal halusinasi yang dialaminya, mampu menyebutkan keempat cara mengontrol halusinasi, mampu mempraktekkan keempat cara yang telah diajarkan, dan melakukan latihan sesuai jadwal. Pada penelitian ini penilaian pada klien dilakukan terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor.

Kemampuan yang perlu dimiliki klien halusinasi untuk mengontrol halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Menghardik

Mengatakan “Stop” hingga halusinasi pergi merupakan salah satu cara menghardik halusinasi, atau katakan untuk tenang atau “pergi” (<http://www.schizophrenia.com> diperoleh pada tanggal 26 Maret 2008).

Melawan atau menentang halusinasi dapat dilakukan untuk membantu klien mengatasi masalahnya (Kneisl, et al, 2004).

2. Bercakap-cakap dengan orang lain

Mendengarkan dan mengobservasi merupakan kunci keberhasilan intervensi pada klien halusinasi. Klien perlu merasa nyaman menyampaikan pada perawat tentang halusinasi yang dialaminya. Klien biasanya tidak menyampaikan pengalaman halusinasinya kepada orang lain karena mereka akan mendapatkan respon negatif dari orang lain terhadap pengalaman halusinasinya. Pengalaman halusinasi dapat menjadi masalah bagi klien yang tidak dapat menyampaikan

pengalamannya tersebut kepada orang lain (Stuart & Laraia, 2005). Sehingga penting bagi klien untuk belajar bagaimana caranya menyampaikan pengalaman halusinasinya kepada orang lain. Klien dianjurkan bercakap-cakap dengan orang lain menjelang halusinasi dirasakan akan muncul. Klien diajarkan bagaimana cara menyampaikan kepada orang lain tentang kondisi yang dialaminya saat itu. Misalnya: "... saya mulai mendengar suara-suara, tolong bicara dengan saya" (BC-CMHN, 2005).

3. Melakukan aktivitas

Melakukan aktivitas merupakan salah satu cara mengontrol halusinasi (<http://www.hopevancouver.com> diperoleh tanggal 28 Maret 2008). Melibatkan pasien untuk melakukan aktivitas akan membantu pasien mengalihkan perhatian dan menghadirkan kembali pada dunia realita (Carson, 2000).

4. Patuh minum obat

Pasien skizofrenia umumnya mempunyai respon yang baik terhadap pengobatan dengan antipsikotik tunggal, terbukti dari perbaikan gejala positif pada 30-40% penderita setelah 1 atau 2 bulan pengobatan. Pada pasien dengan kepatuhan minum obat yang kurang perlu diberikan injeksi *long acting* dari jenis obat anti psikotik generasi kedua (Sinaga, 2007). Setiap penderita halusinasi yang merupakan gejala dari gangguan jiwa seperti skizofrenia, perlu mendapat pengobatan psikiater yang akan memberikan terapi antipsikotik (<http://www.steadyhealth.com> diperoleh tanggal 26 Maret 2008).

Kekambuhan penderita skizofrenia sering terjadi ketika mereka menghentikan pengobatan karena telah merasa lebih baik, lupa, atau merasa tidak penting untuk minum obat secara teratur. Merupakan hal penting bagi klien halusinasi mengikuti program pengobatan secara teratur sesuai anjuran dokter (<http://www.healthieryou.com> diperoleh tanggal 28 Maret 2008). Keluarga perlu juga memahami tentang pemberian obat bagi penderita skizofrenia (Stuart & Laraia, 2005). Cara yang dapat digunakan untuk mengatasi halusinasi, selain dari tindakan keperawatan adalah penggunaan obat (Carson, 2000; Kneisl, et.al, 2004).

D. Pelatihan

Pelatihan dapat diartikan sebagai setiap aktivitas formal dan informal yang memberikan kontribusi pada perbaikan dan peningkatan tingkat pengetahuan, keterampilan, dan sikap karyawan. Pelatihan juga bisa diartikan sebagai proses terencana untuk memudahkan belajar sehingga orang menjadi lebih efektif dalam melakukan berbagai aspek pekerjaannya (Suryana, 2006).

Menurut Suryana (2006) pelatihan diperlukan karena teknologi bergerak begitu cepat, perubahan merupakan faktor konstan di dunia kerja saat ini, serta nilai dan keyakinan dunia kerja saat ini terus berubah. Kondisi yang demikian menjadi faktor pendorong dilakukannya pelatihan.

Bagi rumah sakit, pelatihan perawat bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit di bidang keperawatan. Umumnya kebutuhan pelatihan adalah

menyangkut keterampilan, sikap, dan pengetahuan. Pelatihan penerapan asuhan keperawatan halusinasi bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan perawat memberikan asuhan pada klien halusinasi. Strategi pertemuan dengan klien halusinasi dilakukan dalam 5 sesi pertemuan. Strategi ini perlu disosialisasikan pada perawat dalam bentuk pelatihan. Berbeda dengan pola pertemuan yang dilakukan sebelumnya yang berdasarkan tujuan khusus dan tanpa membuat jadwal kegiatan untuk melatih apa yang telah diajarkan pada setiap pertemuan.

Beberapa metode pelatihan menurut Suryana (2006), antara lain ceramah, metode demonstrasi, diskusi, bermain peran (*role play*), studi kasus, latihan, dan lainnya. Pada penelitian ini, perawat dilatih dengan menggunakan beberapa metode dan modifikasi antara metode ceramah, diskusi, bermain peran (*role play*) dan latihan. Selain itu setelah pelaksanaan pelatihan dilakukan bimbingan/ pendampingan di lapangan sebanyak dua kali.

Pada penelitian ini, peneliti melakukan penilaian terhadap kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien halusinasi. Penilaian kemampuan perawat dilakukan melalui pre dan post test untuk menilai kemampuan kognitif, dan penilaian penampilan klinik untuk menilai kemampuan psikomotor dan afektif. Selain dalam bentuk pelatihan, peningkatan kemampuan perawat dilakukan melalui bimbingan yang dilakukan 2 kali setelah pelatihan. Melalui pelatihan dan bimbingan secara individu diharapkan kemampuan perawat meningkat yang selanjutnya diharapkan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

E. Karakteristik Klien Halusiansi

Karakteristik klien halusinasi meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, lama dirawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi masuk rumah sakit dan terapi medik yang diberikan saat ini.

1. Usia

Angka prevalensi skizofrenia pada laki-laki mulai umur 18-25 tahun, sedangkan pada wanita biasanya mulai umur 26-45 tahun, dan jarang muncul pada masa anak-anak (<http://drliza.wordpress.com/> diperoleh tanggal 11 Maret 2008). Menurut Kaplan & Sadock (1997) kira-kira 90% pasien dalam pengobatan skizofrenia adalah antara usia 15 sampai dengan 55 tahun. Usia berhubungan dengan variasi dalam stresor kehidupan, sumber dukungan, dan keterampilan coping dalam menghadapi masalah. Dilaporkan bahwa frekuensi mencari bantuan perawatan psikiatrik puncaknya adalah pada usia antara 25 sampai dengan 44 tahun dan semakin menurun seiring dengan pertambahan usia. Usia berhubungan dengan meningkat dan menurunnya penggunaan pelayanan kesehatan mental. Usia, pendapatan dan pendidikan saling berinteraksi dengan kuat, sebagai contoh pada usia tua prevalensi kejadian depresi menurun dengan tingkat status ekonomi yang tinggi dan pendidikan yang lebih tinggi (Stuart & Laraia, 2005). Usia dan pengalaman hidup berperan penting dalam pengembangan hubungan terapeutik antara pasien dan perawat (Shives, 2005).

Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa usia mempengaruhi kemampuan seseorang berdasarkan pengalaman hidup yang telah dilaluinya. Semakin tinggi usia kemampuan mengatasi masalah akan semakin baik.

2. Jenis Kelamin

Angka prevalensi skizofrenia di dunia menunjukkan 1% dari seluruh penduduk dunia, kejadian pada laki-laki sama dengan wanita (<http://drliza.wordpress.com/> diperoleh tanggal 11Maret 2008). Menurut Kaplan & Sadock (1997) prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan wanita adalah sama, tetapi menunjukkan perbedaan dalam onset dan perjalanan penyakit. Laki-laki mempunyai onset perjalanan penyakit yang lebih awal daripada wanita.

3. Pendidikan

Banyak studi mengidentifikasi pentingnya pendidikan sebagai sumber coping. Penggunaan layanan kesehatan lebih sering dilakukan oleh seseorang dengan status pendidikan yang lebih tinggi. Pasien dengan tingkat pendidikan yang kurang jarang mencari bantuan layanan psikiatrik dan hal ini menjadi risiko putusnya pengobatan. Pengetahuan dan intelegensia merupakan sumber coping yang membantu seseorang untuk melihat cara lain mengatasi stres (Stuart & Laraia, 2005).

4. Status Perkawinan

Kehidupan perkawinan dapat menjadi pencetus terjadinya gangguan jiwa jika terjadi akumulasi masalah yang tidak dapat diselesaikan. Berbagai masalah seperti pertengkaran dalam rumah tangga, perceraian, kematian salah satu pasangan, ketidaksetiaan dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa (Hawari, 2001). Faktor risiko terjadinya skizofrenia meningkat pada individu

yang hidup seorang diri. Pasien yang tidak menikah memperlihatkan angka yang tinggi pada skizofrenia daripada pasien yang menikah (Carson, 2000).

5. Pekerjaan

Pekerjaan terkait erat dengan status ekonomi seseorang. Penghasilan yang rendah atau bahkan tidak bekerja membuat kondisi sosial ekonomi yang tidak sehat. Masalah pekerjaan juga dapat menjadi penyebab seseorang mengalami gangguan jiwa yang salah satu gejalanya dapat berupa halusinasi. Masalah pekerjaan berhubungan dengan pemutusan hubungan kerja (PHK), pensiun, tidak cocok dengan pekerjaan atau pekerjaan yang terlalu banyak. (Hawari, 2001; Stuart & Laraia, 2005). Menurut Carson (2000), risiko berkembangnya gangguan skizofrenia meningkat pada seseorang yang hidup dalam kelas sosial ekonomi rendah. Kondisi kehidupan yang miskin dan kurangnya sumber finansial berkontribusi terhadap stresor kehidupan (Shives, 2005).

6. Lama Dirawat

Seseorang yang dirawat di rumah sakit akan mendapatkan asuhan tentang bagaimana mengatasi masalah yang dialami. Semakin lama seorang pasien dirawat tentu semakin mengenal dan mengetahui bagaimana cara mengatasi masalah yang dialami, dan semakin mandiri untuk melakukan aktivitas harian yang harus dilatih.

7. Lama Menderita Gangguan Jiwa

Waktu seseorang mengalami stres merupakan hal yang penting untuk diketahui. Waktu dapat dilihat dari banyak dimensi, seperti waktu terjadinya stresor, berapa

lama seseorang mengalami stresor, dan frekuensi kejadian. Jumlah stresor yang dialami seseorang dalam periode tertentu perlu diperhatikan karena kejadian stres mungkin menjadi sulit diatasi ketika mereka muncul berdekatan (Stuart & Laraia, 2005).

Setelah episode psikotik yang pertama, pasien memiliki waktu pemulihan yang bertahap, yang dapat diikuti oleh lamanya periode fungsi yang relatif normal. Tetapi biasanya terjadi kekambuhan, masing-masing kekambuhan psikosis akan diikuti oleh kemunduran lebih lanjut pada fungsi dasar pasien. Pasien skizofrenia gagal untuk kembali ke fungsi dasar setiap kali mengalami kekambuhan. Gejala positif cenderung menjadi kurang parah dengan berjalannya waktu, tetapi gejala negatif yang mengakibatkan gangguan fungsi sosial atau gejala defisit dapat menjadi semakin parah (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). Berdasarkan hal ini penting sekali untuk mencegah terjadinya kekambuhan pada pasien skizofrenia. Menurut Stuart & Laraia (2005) semakin sering seseorang terpapar oleh suatu masalah maka ia semakin mengenal koping yang dapat digunakan untuk mengatasi masalahnya. Pada klien yang tidak sering mengalami kekambuhan dapat mengenal dan menanggapi dengan lebih baik cara mengatasi masalahnya karena belum mengalami kemunduran pada fungsi kognitifnya.

8. Frekuensi Masuk Rumah Sakit

Semakin lama menderita gangguan jiwa ada kemungkinan semakin sering pasien mengalami kekambuhan. Semakin sering seorang pasien mengalami kekambuhan maka kemungkinan semakin sering masuk rumah sakit.

Kekerapan kekambuhan akan memperburuk fungsi dasar pasien, sehingga makin sulit untuk kembali pada kondisi semula. Akibatnya, timbul depresi yang kerap diikuti keinginan bunuh diri (<http://www.pdpersi.co.id> diperoleh pada tanggal 18 Juli 2008). Kekambuhan yang berulang kali mengakibatkan menurunnya fungsi kognitif, fungsi afektif dan sosial. Pada pasien yang telah berulang kali dirawat maka kemampuan kognitif akan menurun sehingga mempengaruhi kemampuan klien dalam usaha belajar untuk mengatasi masalahnya.

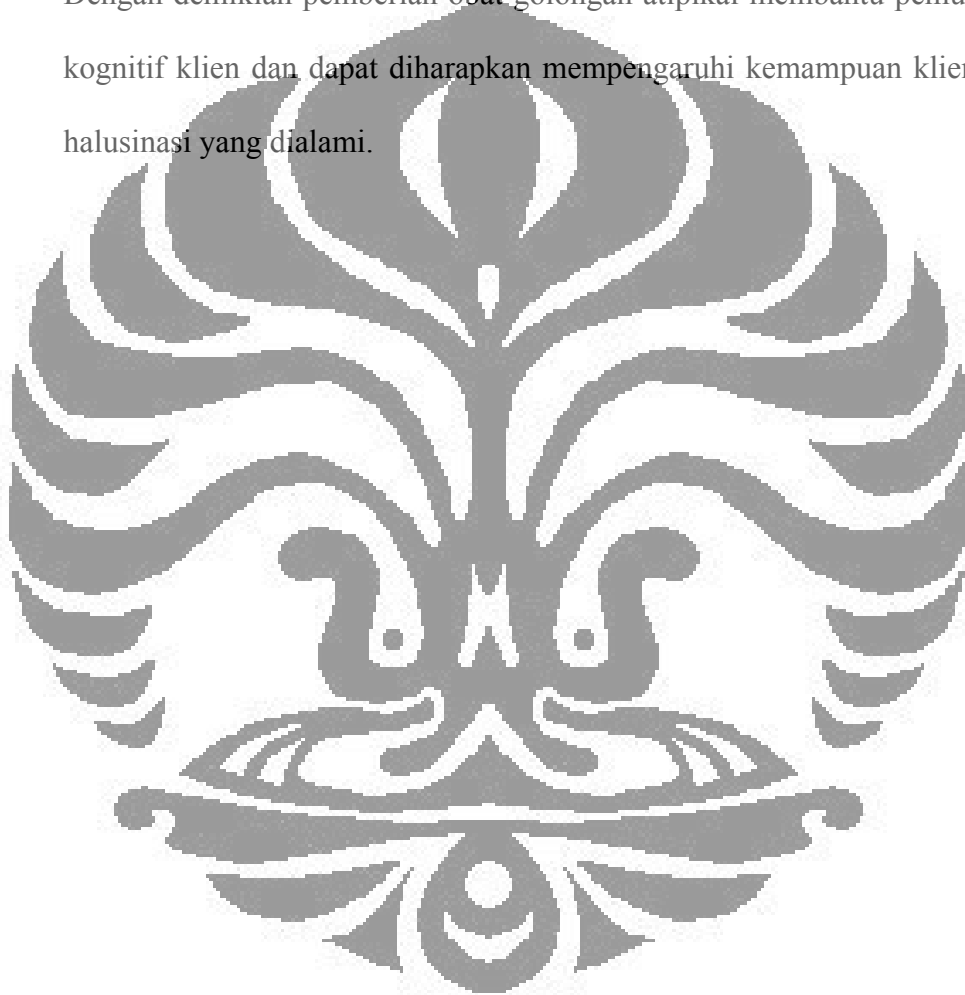
9. Terapi Medik

Pemberian terapi medik berperan dalam mengatasi halusinasi. Golongan obat atipikal mempunyai kelebihan antara lain gejala positif maupun negatif dapat dihilangkan, efek samping *extra pyramidal syndrome* (EPS) sangat minimal atau boleh dikatakan tidak ada, serta memulihkan fungsi kognitif. Keuntungan penggunaan obat atipikal adalah sebagai berikut (Sinaga, 2007): 1) Menyebabkan gejala EPS yang jauh lebih rendah, 2) Mengurangi gejala negatif dari skizofrenia dan tidak memperburuk gejala negatif seperti pada pemberian golongan tipikal, 3) Menurunkan gejala afektif dari skizofrenia, dan 4) Menurunkan gejala kognitif pada pasien skizofrenia.

Obat golongan tipikal khususnya berkhasiat dalam mengatasi gejala-gejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Pemakaian golongan tipikal pada penderita skizofrenia dengan gejala negatif kurang memberi respon. Obat golongan tipikal juga tidak memberikan efek yang baik pada pemulihan fungsi kognitif penderita, dan sering menimbulkan efek samping

berupa gejala EPS. Gejala EPS mirip dengan penyakit Parkinson ditandai dengan, kedua tangan gemetar, kekakuan alat gerak (jika berjalan seperti robot), otot leher kaku sehingga kepala seolah-olah terpelintir. Jika terjadi efek samping ekstra piramidal maka diberikan obat untuk mengatasinya yaitu Trihexyphenidyl.

Dengan demikian pemberian obat golongan atipikal membantu pemulihan fungsi kognitif klien dan dapat diharapkan mempengaruhi kemampuan klien mengontrol halusinasi yang dialami.



BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS

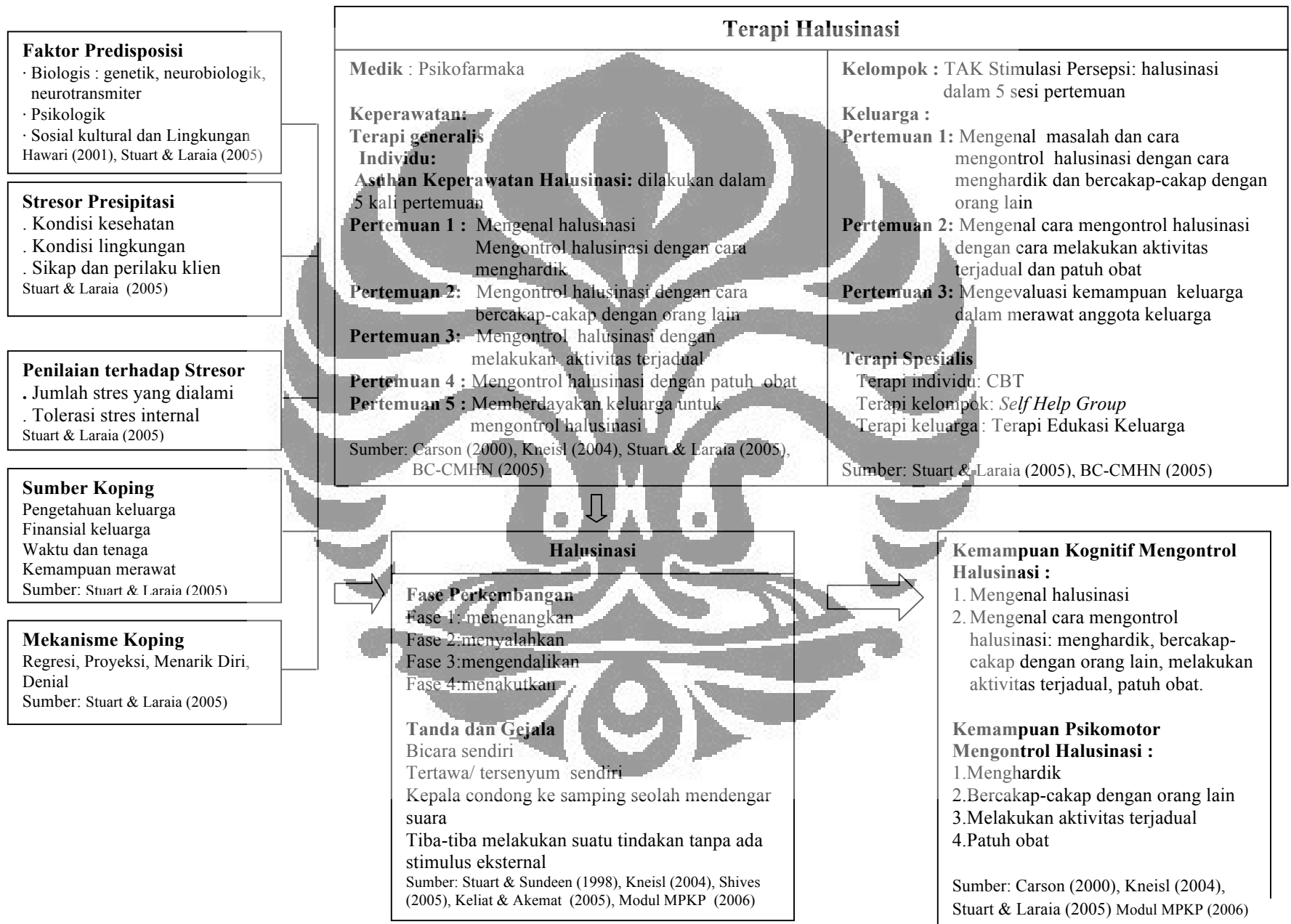
PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam bab ini akan diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional yang menjadi acuan pelaksanaan penelitian dan analisis data.

A. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian. Kerangka teori yang digunakan pada penelitian ini disusun berdasarkan pengembangan teori yang telah dikemukakan pada bab II tentang konsep halusinasi: proses terjadinya halusinasi, fase perkembangan halusinasi, tanda dan gejala, cara mengatasi halusinasi, asuhan keperawatan halusinasi; kemampuan pasien mengontrol halusinasi secara kognitif dan psikomotor. Klien yang mengalami halusinasi dapat mengembangkan kemampuan untuk mengontrol halusinasi yang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain adalah terapi yang diberikan. Terapi keperawatan diberikan melalui asuhan keperawatan, baik secara individu, keluarga maupun kelompok. Terapi medik yang diberikan adalah psikofarmaka. Melalui asuhan keperawatan halusinasi yang diberikan kepada klien diharapkan klien dapat mengembangkan kemampuan mengontrol halusinasi, yaitu dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadual dan minum obat sesuai aturan. Kerangka teori penelitian ini dapat dilihat pada bagan 3.1.

Bagan 3.1. Kerangka Teori Penelitian

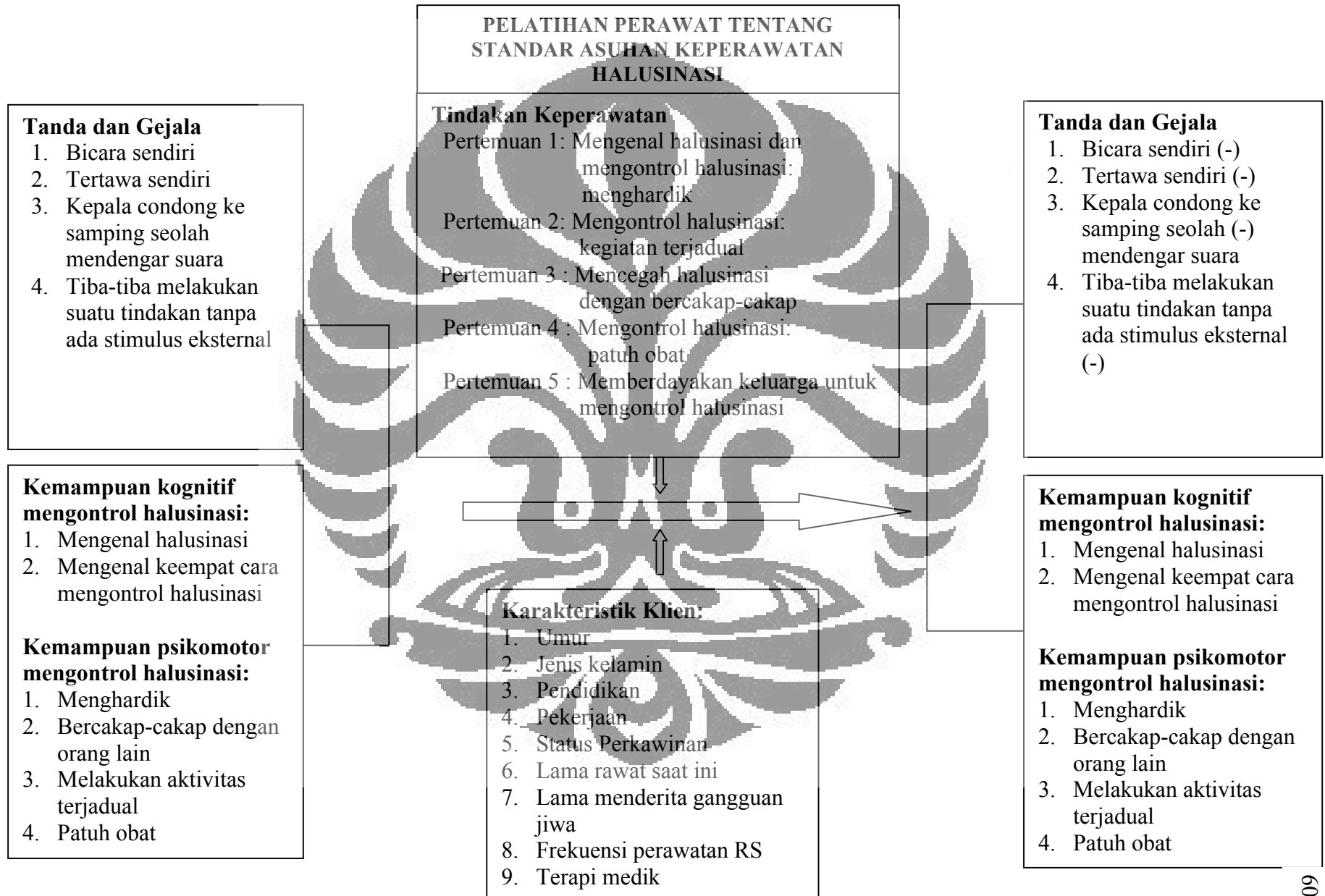


B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang digunakan untuk memberikan arah atau gambaran alur penelitian yang dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh penerapan asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi dan terhadap penurunan intensitas tanda dan gejala halusinasi, sehingga variabel yang diteliti adalah kemampuan klien mengontrol halusinasi serta tanda dan gejala halusinasi. Pada penelitian ini telah dilatih 4 cara mengontrol halusinasi, yaitu: 1) cara menghardik, 2) bercakap-cakap dengan orang lain, 3) melakukan aktivitas terjadual, 4) patuh obat.

Kemampuan kognitif klien dinilai dari kemampuannya mengenal halusinasi dan menyadari bahwa pengalaman halusinasi merupakan pengalaman individu klien. Kemampuan kognitif yang lain adalah kemampuan klien menyebutkan kembali bagaimana cara mengontrol halusinasi yang telah diajarkan. Kemampuan klien secara psikomotor dinilai dari kemampuan klien untuk mempraktekkan ulang, melatih sesuai jadwal tentang cara mengontrol halusinasi yang telah diajarkan, dan menerapkan cara mengontrol halusinasi saat halusinasi muncul.

Bagan 3.2 : Kerangka Konsep Penelitian



C. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tujuan dan pertanyaan penelitian yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian, yaitu:

1. Ada perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi dalam mengontrol halusinasi sebelum dan setelah mendapat asuhan keperawatan halusinasi.
2. Ada perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi dalam mengontrol halusinasi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
3. Ada perbedaan intensitas tanda dan gejala halusinasi pada klien halusinasi sebelum dan setelah mendapat asuhan keperawatan halusinasi.
4. Ada perbedaan intensitas tanda dan gejala halusinasi antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
5. Ada pengaruh karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi.

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
A. Variabel Dependen					
	Kemampuan klien mengontrol halusinasi:	Kemampuan yang dimiliki klien halusinasi untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadual dan patuh minum obat	Wawancara dan observasi menggunakan kuesioner	Jumlah jawaban dengan isian: 1. Ya = 2 2. Tidak = 1	Interval
1.	Kemampuan kognitif	Kemampuan yang dimiliki klien tentang halusinasi dan kemampuan untuk menjelaskan kembali cara mengontrol halusinasi.	Wawancara	Nilai kognitif : 16-32 Tingkat ketergantungan: Mandiri : 32 Bantuan : 17-31 Tergantung: 16	Interval
2.	Kemampuan psikomotor	Respon yang ditampilkan klien untuk melatih secara terjadual cara mengontrol halusinasi dan mempraktekannya saat halusinasi muncul (menghardik, mengajak orang lain bercakap-cakap, melakukan aktivitas, dan patuh minum obat)	Observasi	Nilai psikomotor : 10-20 Tingkat ketergantungan: Mandiri : 20 Bantuan : 11-19 Tergantung: 10	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
A. Variabel Dependen					
3.	Tanda dan Gejala:	Perilaku yang ditampilkan oleh klien halusinasi dalam rentang waktu tertentu saat halusinasi muncul yaitu bicara sendiri, tertawa sendiri, kepala condong ke samping seolah mendengar suara, tiba-tiba melakukan suatu tindakan tanpa ada stimulus eksternal.	Observasi	Form C: 1. Sering: lebih dari 3 kali sehari 2. Kadang-kadang: 2-3 kali/ hari 3. Jarang: 1 kali / hari. 4. Tidak pernah: jika tidak pernah lagi ditampilkan sejak 1 minggu terakhir. Nilai untuk tanda dan gejala halusinasi Tertinggi = 16 Terendah = 4	Interval
B. Variabel Independen					
	Pelatihan asuhan keperawatan halusinasi	Kegiatan melatih perawat tentang asuhan keperawatan halusinasi yang sesuai standar, terdiri dari 5 sesi pertemuan: Pertemuan 1: Menenal halusinasi dan mengontrol halusinasi: menghardik	Evaluasi dan Supervisi	1. Diterapkan asuhan keperawatan halusinasi sesuai standar (Kelompok Intervensi) 2. Tidak diterapkan asuhan keperawatan halusinasi sesuai standar (Kelompok Kontrol)	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
B	Variabel Independen				
		Pertemuan 2: Mengontrol halusinasi: bercakap-cakap dengan orang lain Pertemuan 3: Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan terjadual Pertemuan 4 : Mengontrol halusinasi patuh obat Pertemuan 5 : Memberdayakan keluarga untuk mengontrol halusinasi			Nominal
C.	Variabel Confounding				
1.	Usia	Lama hidup responden sampai dengan ulang tahun terakhir saat pengambilan data.	Wawancara menggunakan kuesioner data demografi	Usia dinyatakan dalam tahun	Interval
2.	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan gender responden	Observasi menggunakan kuesioner data demografi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pendidikan	Pendidikan terakhir yang dicapai responden	Wawancara menggunakan kuesioner data demografi	1. Rendah (SD) 2. Menengah (SLTP) 3. Tinggi (SLTA dan PT)	Ordinal

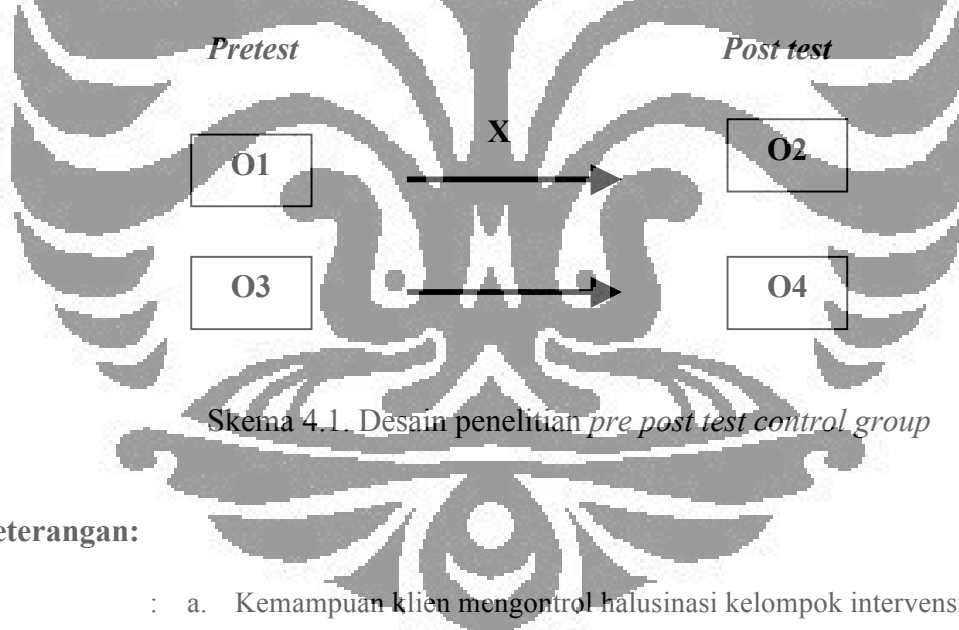
No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
C. Variabel Confounding					
4.	Pekerjaan	Pekerjaan terakhir sebelum dirawat	Wawancara menggunakan kuesioner data demografi	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
5.	Status Perkawinan	Keadaan klien terkait kehidupan/ hubungan pribadi dalam keluarga	Wawancara menggunakan kuesioner data demografi	1. Kawin 2. Tidak kawin	Nominal
6.	Lama rawat saat ini	Lama rawat sejak tanggal masuk rumah sakit terakhir	Wawancara menggunakan kuesioner data demografi	1. ≤ 2 minggu 2. > 2 minggu	Ordinal
7.	Lama menderita gangguan jiwa	Lama sakit sejak gejala pertama muncul hingga saat ini.	Wawancara menggunakan kuesioner data demografi	1. ≤ 1 tahun 2. > 1 tahun	Ordinal
8.	Frekuensi perawatan	Angka yang menunjukkan jumlah perawatan dihitung berdasarkan keluar masuk perawatan RS.	Wawancara menggunakan kuesioner data demografi	1. 1 kali 2. > 1 kali	Ordinal
9.	Terapi medik	Obat-obatan yang diberikan oleh dokter untuk mengatasi masalah klien	Data catatan medik	1. Obat golongan atipikal 2. Obat golongan tipikal	Nominal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain dalam penelitian ini menggunakan *quasi experiment pre post test control group* dengan intervensi asuhan keperawatan halusinasi. Tujuannya untuk mengetahui pengaruh penerapan asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi. Tindakan yang dilakukan adalah membandingkan hasil pengukuran kemampuan dan tanda dan gejala halusinasi sebelum dan setelah intervensi dilakukan.



Skema 4.1. Desain penelitian *pre post test control group*

Keterangan:

- O1 : a. Kemampuan klien mengontrol halusinasi kelompok intervensi pada *pre test*.
b. Tanda dan gejala halusinasi kelompok intervensi pada *pre test*.
- O2 : a. Kemampuan klien mengontrol halusinasi kelompok intervensi pada *post test*.
b. Tanda dan gejala halusinasi kelompok intervensi pada *post test*.

- O3 : a. Kemampuan klien mengontrol halusinasi kelompok kontrol pada *pre test*.
b. Tanda dan gejala halusinasi kelompok kontrol pada *pre test*.
- O4 : a. Kemampuan klien mengontrol halusinasi kelompok kontrol pada *post test*.
b. Tanda dan gejala halusinasi kelompok kontrol pada *post test*.
- X : Penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang telah dilatih
- O2-O1 = X1 : a. Perubahan kemampuan mengontrol halusinasi kelompok intervensi pada *pre test* dan *post test*.
b. Perubahan intensitas tanda dan gejala halusinasi kelompok intervensi pada *pre test* dan *post test*.
- O4-O3 = X2 : a. Perubahan kemampuan mengontrol halusinasi kelompok kontrol pada *pre test* dan *post test*.
b. Perubahan intensitas tanda dan gejala halusinasi kelompok kontrol pada *pre test* dan *post test*.
- O2-O4 = X3 : a. Perbedaan kemampuan mengontrol halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada *post test*.
b. Perbedaan tanda dan gejala halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada *post test*.

B. Populasi

Populasi adalah suatu kumpulan menyeluruh dari suatu obyek yang merupakan perhatian peneliti. Dapat dikatakan bahwa populasi adalah seluruh anggota dalam lingkup yang kita maksudkan (Kountur, 2007). Populasi merupakan kumpulan individu dimana hasil suatu penelitian akan dilakukan generalisasi (Ariawan, 1998).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien halusinasi yang dirawat di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta selama periode penelitian.

C. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah klien yang mengalami halusinasi dengar dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Usia 18 – 55 tahun
2. Diagnosa medis: Skizofrenia
3. Diagnosa keperawatan halusinasi dengan kriteria : mendengar suara-suara dan/ atau bicara/ tertawa sendiri.
4. Klien dirawat di ruang rawat RS jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta

Besar sampel yang akan digunakan adalah berdasarkan perhitungan rumus :

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P) \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

Keterangan:

n : besar sampel

N : besar populasi = 90

$Z^2_{1-\alpha/2}$: harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian ($\alpha = 0,1 = 1,65$).

P : estimator proporsi halusinasi dengar 50% = 0,5

d : toleransi deviasi yang dipilih yaitu sebesar 10%

Berdasarkan hasil perhitungan maka didapatkan jumlah sampel adalah 39 responden untuk kelompok intervensi dan 39 responden untuk kelompok kontrol sehingga jumlah sampel secara keseluruhan adalah 78 responden. Pada penelitian yang dilakukan sampel yang digunakan adalah sejumlah 80 responden, 40 responden

sebagai kelompok intervensi dan 40 responden sebagai kelompok kontrol. Sampel dalam penelitian ini diambil secara *purposive sampling* dari seluruh pasien yang dirawat dan mengalami halusinasi pendengaran. Tabel 4.1. menggambarkan jumlah klien halusinasi, jumlah responden, dan jumlah perawat yang dilatih tentang penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi.

Tabel 4.1.
Ruang Rawat Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta bulan Mei 2008

Kelompok	Ruang Rawat	Jumlah Klien Halusinasi	Jumlah Responden	Jumlah Perawat yang Dilatih
Intervensi	Cempaka	15	11	11
	Nuri	2	2	4
	Gelatik	8	8	4
	Perkutut	9	9	3
	Kenanga	11	10	2
	Jumlah	45	40	24
Kontrol	Melati	3	3	0
	Mawar	9	8	0
	Merak	14	12	0
	Cendrawasih	6	6	0
	Kutilang	11	11	0
	Jumlah	43	40	0

D. Tempat Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan pada ruang rawat akut, intermediet dan rehabilitasi, dimana kasus halusinasi sering ditemukan. Secara keseluruhan terdapat 12 ruang rawat, tetapi yang digunakan dalam penelitian ini hanya 10 ruangan. Dua ruangan yang tidak digunakan adalah ruang rawat narkoba

dan ruang model praktek keperawatan profesional (MPKP). Berdasarkan kesepuluh ruang rawat tersebut dilakukan pemilihan ruangan untuk dijadikan kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Masing-masing kelompok terdiri dari ruang akut, ruang intermediet dan ruang rehabilitasi. Responden yang menjadi sampel pada penelitian ini adalah seluruh pasien halusinasi yang memenuhi kriteria inklusi di kesepuluh ruang rawat.

Perawat yang bertugas di masing-masing ruangan melakukan implementasi asuhan keperawatan halusinasi pada pasien yang berada di ruangnya. Sebagai kelompok intervensi digunakan ruang rawat Cempaka, Nuri, Gelatik, Kenanga, dan Perkutut dan sebagai kelompok kontrol digunakan ruang rawat Melati, Kutilang, Cendrawasih, Merak, dan Mawar. Tabel 4.1. menjelaskan tentang ruangan yang dijadikan kelompok intervensi dan kontrol beserta pasien yang menjadi responden.

E. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada periode bulan Februari sampai dengan Juni 2008, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, intervensi, pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Intervensi penelitian adalah pelatihan asuhan keperawatan halusinasi bagi perawat ruangan yang menjadi kelompok intervensi. Kegiatan pelatihan dilakukan untuk menyamakan persepsi tentang penerapan asuhan keperawatan halusinasi.

Pelatihan bagi perawat telah dilakukan pada tanggal 13-16 Mei 2008. Kemudian dilakukan implementasi asuhan keperawatan halusinasi yang sesuai standar terhadap klien halusinasi di ruang rawat. Pengumpulan data tentang kemampuan klien

mengontrol halusinasi dilakukan sebelum dan setelah implementasi oleh perawat ruangan hingga klien pulang dari perawatan atau 14 hari sejak implementasi dilakukan.

F. Etika Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di RS-Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta setelah peneliti mendapat izin dari pimpinan RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. Setelah mendapatkan izin, semua responden yang menjadi subyek penelitian diberi informasi tentang rencana dan tujuan penelitian dilakukan serta prosedur yang dilakukan. Selain itu disampaikan juga kepada responden dan/ atau keluarga bahwa penelitian ini tidak menimbulkan dampak negatif bagi responden, serta dijamin kerahasiaannya mengenai identitas maupun informasi yang diberikan kepada peneliti.

Setiap responden berhak penuh untuk menyetujui atau menolak untuk menjadi responden. Responden yang telah menyetujui dan bersedia menjadi responden diikutsertakan dalam penelitian. Selain klien, keluarga klien juga mendapat penjelasan tentang rencana dan tujuan penelitian dan menandatangani *informed concern*. Bagi klien yang tidak mempunyai keluarga maka *informed concern* diberikan dan ditandatangani oleh kepala ruangan.

G. Alat Pengumpul Data

Instrumen atau alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang berisikan pertanyaan tentang kemampuan pasien mengontrol halusinasi baik kemampuan kognitif maupun kemampuan psikomotor. Penjelasan tentang instrumen secara lebih rinci adalah sebagai berikut:

1. Demografi/ Karakteristik Responden

Instrumen ini terdiri dari pertanyaan yang menanyakan tentang: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama rawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi perawatan Rumah Sakit, diagnosa medis dan terapi medik yang diberikan saat ini. Responden dan/ atau dibantu oleh peneliti mengisi format yang telah disediakan dengan cara menuliskan dan memilih *option* yang tersedia (lampiran 1).

2. Instrumen untuk mengukur kemampuan klien mengontrol halusinasi

Instrumen yang digunakan untuk mengukur kemampuan klien mengontrol halusinasi terdiri dari pertanyaan tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi secara kognitif dan psikomotor. Penilaian kemampuan ini dilakukan dengan cara wawancara dan observasi. Wawancara oleh peneliti dilakukan untuk penilaian kemampuan kognitif dengan mengajukan 16 pertanyaan terkait kemampuan mengontrol halusinasi. Penilaian kemampuan psikomotor dilakukan melalui observasi oleh perawat ruangan dan/ atau peneliti, keluarga responden dan divalidasi oleh peneliti. Sebelum instrumen digunakan dalam penelitian terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner yang dilakukan di RS Marzoeqi Mahdi Bogor. Uji validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan terhadap 24 pasien halusinasi dengar. Hasil uji validitas diperoleh nilai $r > r$ tabel untuk 25 pertanyaan (lampiran 8). Satu pertanyaan tidak valid dan untuk ini dilakukan perbaikan dengan cara memodifikasi cara menyampaikan pertanyaan. Hasil analisis uji realibilitas didapatkan r Alpha = 0.944, maka pertanyaan

dinyatakan reliabel (Penilaian kemampuan kognitif pada lampiran 4 dan penilaian kemampuan psikomotor pada lampiran 5).

3. Instrumen untuk mengukur tanda dan gejala halusinasi

Instrumen yang digunakan untuk mengukur tanda dan gejala halusinasi terdiri dari pertanyaan tentang tanda dan gejala halusinasi yang dialami responden, meliputi 4 hal, yaitu bicara sendiri, tertawa/ tersenyum sendiri, mencondongkan kepala seolah sedang mendengarkan sesuatu, tiba-tiba melakukan suatu tindakan tanpa stimulus eksternal. Penilaian tanda dan gejala halusinasi ini dilakukan dengan cara wawancara dan observasi. Wawancara dilakukan oleh peneliti terhadap perawat ruangan sedangkan observasi dilakukan oleh perawat ruangan, dan divalidasi oleh peneliti. Format instrumen terlampir pada lampiran 6.

H. Prosedur Pelaksanaan Penelitian dan Pengumpulan Data

1. Persiapan

Sebelum melakukan penelitian, dilakukan proses perijinan kepada pimpinan RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan. Tahapan yang telah dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan sosialisasi dengan pihak RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan pada tanggal 30 April 2008 tentang maksud dan tujuan penelitian serta prosedur yang dilakukan. Sosialisasi dihadiri oleh Kepala Bidang Perawatan, Kasie Perawatan, Kepala ruangan, ketua tim dan pelaksana perawatan.

- b. Menentukan calon responden yang memenuhi kriteria inklusi. Kemudian mengumpulkan data terkait dengan identitas responden dan kemampuan yang dimiliki klien dalam mengontrol halusinasi serta tanda dan gejala halusinasi.
- c. Memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini serta memberi kesempatan bertanya bila ada yang kurang jelas. Setelah mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang dilakukan semua pasien yang dicalonkan menjadi responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

2. Pelaksanaan

Kegiatan penelitian diawali dengan melakukan pretest kemudian melaksanakan pelatihan asuhan keperawatan halusinasi bagi perawat selama 4 hari (dalam 2 tahap). Perawat melakukan implementasi selama 14 hari, kemudian dilakukan post test untuk menilai perubahan kemampuan klien mengontrol halusinasi serta intensitas tanda dan gejala halusinasi (bagan 4.2).

a. Pre Test

Setelah ada persetujuan untuk menjadi responden maka dilakukan pengumpulan data terkait dengan identitas responden, kemampuan yang dimiliki responden dalam mengontrol halusinasi serta tanda dan gejala halusinasi. Pengumpulan data demografi dan kemampuan kognitif klien mengontrol halusinasi dilakukan oleh peneliti. Pengumpulan data tentang tanda dan gejala serta kemampuan psikomotor klien mengontrol halusinasi dilakukan oleh peneliti bersama perawat ruangan. Kegiatan dilakukan sebelum intervensi penerapan asuhan keperawatan yang sesuai standar

dilakukan oleh perawat yang mengikuti pelatihan. Hasil pengisian kuesioner dihitung untuk mengukur kondisi sebelum intervensi dilakukan. Kegiatan pengumpulan data dan pre test dilakukan selama satu minggu.

b. Pelaksanaan

1) Pelatihan

Kegiatan pelatihan dilakukan dua tahap. Tahap pertama dilakukan pada tanggal 13-14 Mei 2008 dan tahap kedua dilakukan pada tanggal 15-16 Mei 2008. Peserta pelatihan pada kedua tahap adalah 24 orang. Kegiatan pelatihan dilakukan di kelas selama satu hari dan di ruang rawat selama satu hari. Kegiatan kelas dilakukan dengan metode ceramah, diskusi dan melakukan *role play*. Kemampuan perawat secara kognitif diukur melalui pre dan post test pada saat sebelum dan setelah mengikuti pelatihan. Nilai rerata pretest = 57.69 dan nilai rerata post test = 78.33. Penilaian kemampuan secara psikomotor diukur pada hari kedua pelatihan saat perawat melakukan interaksi langsung dengan pasien dan pada saat bimbingan di ruangan dengan melakukan supervisi. Nilai rerata psikomotor pada saat pelatihan = 83.30 sedangkan pada saat bimbingan rerata nilai psikomotor = 89. Berdasarkan penilaian kognitif dan psikomotor, perawat yang telah mengikuti pelatihan asuhan keperawatan halusinasi telah mampu menerapkan asuhan keperawatan halusinasi sesuai standar.

2) Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan dilakukan setelah perawat memperoleh pelatihan tentang cara merawat klien halusinasi. Perawat menerapkan pola yang telah diajarkan selama pelatihan. Ada 5 pertemuan yang dirancang untuk mengatasi halusinasi pada klien. Pada tiap pertemuan perawat mengajarkan satu cara mengontrol halusinasi. Ada 4 cara mengontrol halusinasi yang diajarkan pada klien. Pada pertemuan kelima, klien dilatih bagaimana melibatkan keluarga untuk mengatasi halusinasinya. Kemampuan klien akan dinilai oleh perawat pada setiap pertemuan, yaitu kemampuan untuk melatih sesuai jadwal tentang cara mengontrol halusinasi yang telah diajarkan dan kemampuan untuk menerapkan cara mengontrol halusinasi di saat halusinasi muncul.

- a) Pada pertemuan pertama, perawat mengidentifikasi halusinasi yang dialami responden, mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, membimbing memasukkan kegiatan latihan menghardik ke dalam jadwal aktivitas responden.
- b) Pada pertemuan kedua, perawat mengevaluasi pelaksanaan jadwal latihan menghardik dan apakah responden telah menggunakan cara menghardik saat halusinasi muncul, mengajarkan mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, membimbing memasukkan kegiatan latihan bercakap-cakap dengan orang lain ke dalam jadwal aktivitas responden.

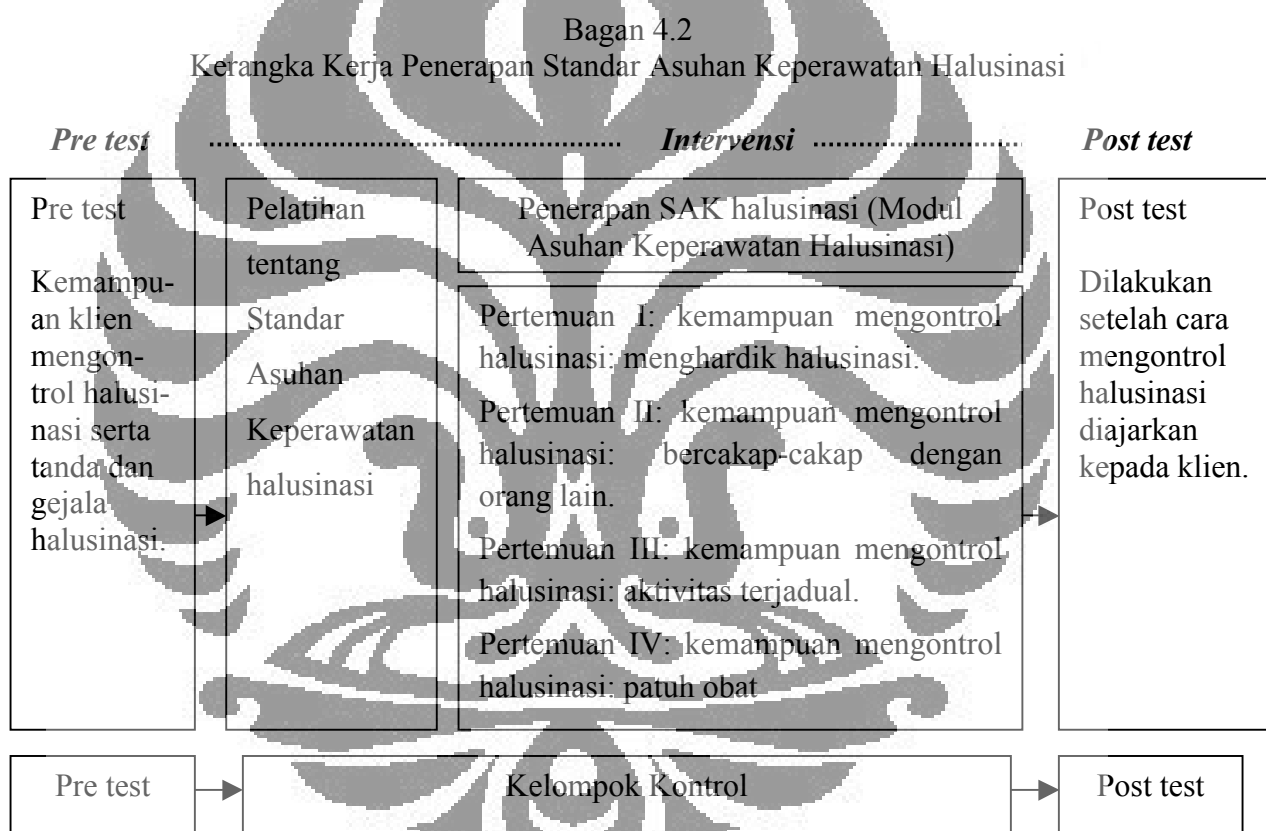
- c) Pada pertemuan ketiga, perawat mengevaluasi pelaksanaan jadwal latihan menghardik, latihan bercakap-cakap dengan orang lain, dan apakah klien telah menggunakan cara bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi mulai muncul; mengajarkan mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadual; melatih aktivitas yang dipilih; membimbing memasukkan kegiatan yang akan dilakukan secara terjadual ke dalam jadwal aktivitas.
- d) Pada pertemuan keempat, perawat mengevaluasi pelaksanaan jadwal latihan menghardik, latihan bercakap-cakap dengan orang lain, pelaksanaan jadwal kegiatan yang telah dilatih; mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat; membimbing memasukkan jadwal minum obat ke dalam jadwal aktivitas harian.
- e) Pada pertemuan kelima, perawat mengevaluasi jadwal latihan mengontrol halusinasi dan mengajarkan klien bagaimana memberdayakan keluarga untuk mengatasi halusinasinya.
- f) Pertemuan keenam hingga hari keempat belas atau saat klien diijinkan pulang dari perawatan rumah sakit, perawat mengevaluasi pelaksanaan kegiatan latihan klien untuk mengontrol halusinasi.

c. Post Test

Setelah dua minggu perawat melakukan asuhan keperawatan halusinasi pada klien atau saat klien akan pulang dari perawatan rumah sakit, peneliti melakukan penilaian terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi baik secara kognitif maupun psikomotor serta penilaian terhadap intensitas tanda

dan gejala halusinasi. Hasil yang diperoleh telah dianalisis untuk mengetahui pengaruh kemampuan klien mengontrol halusinasi serta intensitas tanda dan gejala halusinasi setelah klien dirawat oleh perawat yang telah dilatih maupun perawat yang belum dilatih tentang penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi.

Alur kerja penelitian dapat digambarkan sebagai berikut bagan 4.2.



I. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Pengolahan data untuk penelitian kuantitatif menggunakan bantuan program komputer yang dilakukan dengan tahapan, sebagai berikut:

- a. *Editing*, pada tahap ini peneliti melakukan penilaian kelengkapan data yang diperoleh dari responden. Kegiatan ini meliputi pemeriksaan atas kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan jawaban, dan konsistensi antar jawaban.
- b. *Coding*, setelah data yang didapatkan lengkap, maka data tersebut diberi kode sehingga memudahkan dalam pengolahan data.
- c. *Entry data*, merupakan kegiatan memasukkan data ke dalam komputer untuk keperluan analisis.
- d. *Cleaning data*, suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data.

2. Analisis data

Analisis data yang dilakukan untuk pengujian hipotesis adalah sebagai berikut:

a. Analisis Univariat

Tujuan analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti untuk data numerik dengan menghitung mean, median dan standar deviasi. Penyajian data dari masing-masing variabel dengan menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh. Analisis univariat yang dilakukan adalah terhadap:

1) Karakteristik responden

Karakteristik responden yang dianalisis adalah karakteristik jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama dirawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi masuk rumah sakit dan terapi medik yang diberikan saat ini. Analisis dilakukan dengan menggunakan distribusi frekuensi dengan menghitung persentase.

Sedangkan usia yang merupakan data numerik dianalisis dengan melakukan penghitungan mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan *95% confidence interval*.

2) Kemampuan klien mengontrol halusinasi

Kemampuan responden yang dianalisis adalah kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi sebelum dan setelah intervensi berdasarkan skor yang diperoleh dari kuesioner. Analisis dilakukan dengan menghitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan *95% confidence interval*.

3) Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi yang dianalisis adalah intensitas tanda dan gejala halusinasi sebelum dan setelah intervensi. Skor yang ada dihitung nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan *95% confidence interval*.

b. Analisis Bivariat

Sebelum melakukan analisis bivariat dilakukan uji kesetaraan.

- 1) Uji kesetaraan dilakukan terhadap karakteristik responden, kemampuan responden dan tanda dan gejala halusinasi. Karakteristik usia responden dilakukan dengan menggunakan uji statistik *independent T-test* sedangkan terhadap karakteristik jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama dirawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi rawat saat ini, dan terapi medik yang diberikan dilakukan uji *chi-square*.

Uji kesetaraan terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor sebelum intervensi penelitian dilakukan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dengan menggunakan uji *independent T-test*. Uji kesetaraan terhadap frekuensi munculnya tanda dan gejala halusinasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square*. Setelah uji kesetaraan, maka masing-masing variabel yang setara dihubungkan dengan variabel dependen.

2) Uji Hipotesis

Uji hipotesis dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui bentuk hubungan antara kedua variabel (variabel independen dan dependen) (Hastono, 2001). Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini yaitu *dependent T-test (paired T-test)* dan *independent sample T-test (pooled T-test)*. *Paired T-test* yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui perbedaan kemampuan klien sebelum dan setelah intervensi pada kelompok yang sama. Sedangkan *pooled t-test* bertujuan untuk mengetahui perbedaan kemampuan klien sebelum dan setelah intervensi pada kelompok yang berbeda (antar kelompok). Untuk melihat adanya kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 95%.

Analisis bivariat terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor sebelum dan setelah intervensi menggunakan uji *dependent T-test* sedangkan analisis bivariat terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor antara

kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi menggunakan uji statistik *independent sample T-test*.

Analisis bivariat terhadap intensitas tanda dan gejala halusinasi sebelum dan setelah intervensi menggunakan uji *dependent T-test* sedangkan analisis bivariat terhadap intensitas tanda dan gejala halusinasi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi menggunakan uji statistik *independent sample T-test*.

3) Uji Hubungan/ Perbandingan antar Kategorik

Hubungan antara usia dengan kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi serta intensitas tanda dan gejala halusinasi dilakukan analisis menggunakan uji korelasi-regresi. Perbandingan antara jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, lama dirawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi masuk rumah sakit, dan terapi medik yang diberikan dengan kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi digunakan uji *independent sample T-test*. Sedangkan perbandingan antara tingkat pendidikan dengan kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi digunakan uji Anova.

Tabel 4.2 Analisis Variabel Penelitian

A. Antara Kemampuan Kognitif Klien Halusinasi Sebelum dan Sesudah Intervensi			
No.	Variabel kemampuan kognitif klien halusinasi	Variabel kemampuan kognitif klien halusinasi	Cara Analisis
1	Kemampuan kognitif klien halusinasi kelompok intervensi sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Kemampuan kognitif klien halusinasi kelompok intervensi sesudah dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>
2	Kemampuan kognitif klien halusinasi kelompok kontrol sebelum dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Kemampuan kognitif klien halusinasi kelompok kontrol sesudah dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>
3	Kemampuan kognitif klien halusinasi kelompok intervensi sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Kemampuan kognitif klien halusinasi kelompok kontrol sebelum dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Pooled t-test</i> (Uji kesetaraan)
4	Kemampuan kognitif klien halusinasi kelompok intervensi sesudah dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Kemampuan kognitif klien halusinasi kelompok kontrol sesudah dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Pooled t-test</i>
B. Antara Kemampuan Psikomotor Klien Halusinasi Sebelum dan Sesudah Intervensi			
No.	Variabel kemampuan psikomotor klien halusinasi	Variabel kemampuan psikomotor klien halusinasi	Cara Analisis
1	Kemampuan psikomotor klien halusinasi kelompok intervensi sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Kemampuan psikomotor klien halusinasi kelompok intervensi sesudah dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>
2	Kemampuan psikomotor klien halusinasi kelompok kontrol sebelum dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Kemampuan psikomotor klien halusinasi kelompok kontrol sesudah dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>

B. Antara Kemampuan Psikomotor Klien Halusinasi Sebelum dan Sesudah Intervensi			
No.	Variabel kemampuan psikomotor klien halusinasi	Variabel kemampuan psikomotor klien halusinasi	Cara Analisis
3	Kemampuan psikomotor klien halusinasi kelompok intervensi sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Kemampuan psikomotor klien halusinasi kelompok kontrol sebelum dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Pooled t-test</i> (Uji kesetaraan)
4	Kemampuan psikomotor klien halusinasi kelompok intervensi sesudah dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Kemampuan psikomotor klien halusinasi kelompok kontrol sesudah dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Pooled t-test</i>
C Antara Tanda dan Gejala Halusinasi Sebelum dan Sesudah Intervensi			
No.	Variabel tanda dan gejala halusinasi	Variabel tanda dan gejala halusinasi	Cara Analisis
1	Tanda dan gejala halusinasi kelompok intervensi sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Tanda dan gejala halusinasi kelompok intervensi sesudah dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>
2	Tanda dan gejala halusinasi kelompok kontrol sebelum dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Tanda dan gejala halusinasi kelompok kontrol sesudah dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Paired t-test</i>
3	Tanda dan gejala klien halusinasi kelompok intervensi sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Tanda dan gejala klien halusinasi kelompok kontrol sebelum dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	<i>Pooled t-test</i> (Uji kesetaraan)
4	Tanda dan gejala klien halusinasi kelompok intervensi sesudah dirawat oleh perawat yang telah dilatih dengan menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	Tanda dan gejala klien halusinasi kelompok kontrol sesudah dirawat oleh perawat yang belum dilatih menggunakan SAK halusinasi (Data Interval)	
D. Uji Kesetaraan Karakteristik Klien Halusinasi			
No.	Variabel	Kelompok	Cara Analisis
1	Karakteristik Klien :		
	Usia	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Independent sample t-test</i>
	Jenis kelamin	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi square</i>
	Pendidikan	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi square</i>

D. Uji Kesetaraan Karakteristik Klien Halusinasi			
No.	Variabel	Kelompok	Cara Analisis
	Pekerjaan	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi square</i>
	Status perkawinan	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi square</i>
	Lama dirawat saat ini	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi square</i>
	Lama menderita gangguan jiwa	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi square</i>
	Frekuensi perawatan di rumah sakit	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi square</i>
	Terapi medik	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi square</i>
2	Kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Independent sample t-test</i>
3	Tanda dan gejala halusinasi	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Independent sample t-test</i>
E. Antara Karakteristik Klien dengan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi			
No	Variabel Karakteristik Klien	Variabel Kemampuan Kognitif	Variabel Kemampuan Psikomotor
1	Usia (Interval)	Regresi linier sederhana	Regresi linier sederhana
2	Jenis kelamin (Nominal)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>
3	Pendidikan (Ordinal)	<i>Anova</i>	<i>Anova</i>
4	Pekerjaan (Interval)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>
5	Status perkawinan (Nominal)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>
6	Lama dirawat saat ini (Interval)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>
7	Lama menderita gangguan jiwa (Interval)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>
8	Frekuensi perawatan di rumah sakit (Interval)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>
9	Terapi medik (Interval)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian terhadap pengaruh penerapan standar asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi serta penurunan intensitas tanda dan gejala halusinasi di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. Penelitian telah dilaksanakan pada awal Mei 2008 sampai dengan pertengahan Juni 2008. Penelitian ini dilakukan terhadap 80 responden yang mengalami halusinasi dengar. Pada kelompok intervensi diteliti 40 responden dan pada kelompok kontrol juga 40 responden. Kelompok intervensi merupakan kelompok klien yang mengalami halusinasi dengar yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi dari perawat yang telah dilatih tentang standar asuhan keperawatan halusinasi. Kelompok kontrol merupakan kelompok klien yang mengalami halusinasi dengar yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang belum mengikuti pelatihan asuhan keperawatan halusinasi. Hasil penelitian dipaparkan dalam bentuk analisis univariat dan bivariat.

A. Karakteristik Klien Halusinasi

Karakteristik klien halusinasi terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama dirawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi masuk rumah sakit, dan terapi medik yang diberikan.

1. Karakteristik Klien Halusinasi

Hasil analisis univariat terhadap karakteristik klien halusinasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.1. dan tabel 5.2.

Tabel 5.1.
Hasil Analisis Karakteristik Klien Halusinasi Berdasarkan
Usia pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Variabel	Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia	Intervensi	40	34.30	33	8.795	20-55	31.49-37.11
	Kontrol	40	34.45	32	8.136	21-54	31.85-37.05

Karakteristik usia klien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol merupakan variabel numerik sehingga dianalisis dengan menghitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal-maksimal, dan 95% *confidence interval*. Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama dirawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi masuk rumah sakit dan terapi medik yang diberikan saat ini dalam variabel katagorik dianalisis dengan distribusi frekuensi.

Hasil analisis pada kelompok intervensi didapatkan rata-rata usia responden adalah 34,30 tahun, (95% CI 31.49-37.11) median 33 tahun dengan standar deviasi 8.795 tahun. Usia terendah adalah 20 tahun dan usia tertinggi adalah 55 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata usia responden pada kelompok intervensi berada di antara 31.49 sampai dengan 37.11 tahun.

Pada kelompok kontrol didapatkan rata-rata usia responden adalah 34.45 tahun (95% CI: 31.85-37.05), median 32 tahun dengan standar deviasi 8.136 tahun. Usia terendah 18 tahun dan usia tertinggi 54 tahun. Dari hasil estimasi interval

dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa usia responden pada kelompok kontrol berada di antara 31.85 tahun sampai dengan 37.05 tahun.

Tabel 5.2.
Distribusi Klien Halusinasi Sesuai dengan Karakter pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Karakteristik	Kelompok Intervensi (N = 40)		Kelompok Kontrol (N = 40)	
	N	%	N	%
Jenis Kelamin				
a. Laki-laki	18	45	29	72.5
b. Perempuan	22	55	11	27.5
Pendidikan				
a. Rendah	10	25	8	20
b. Menengah	10	25	13	32.5
c. Tinggi	20	50	19	47.5
Pekerjaan				
a. Bekerja	2	5	1	2.5
b. Tidak bekerja	38	95	39	97.5
Status Perkawinan				
a. Kawin	15	37.5	9	22.5
b. Tidak kawin	25	62.5	31	77.5
Lama dirawat Saat ini				
a. ≤ 2 minggu	24	60	6	15
b. > 2 minggu	16	40	34	85
Lama Menderita Gangguan Jiwa				
a. ≤ 1 tahun	12	30	6	15
b. > 1 tahun	28	70	34	85
Frekuensi Masuk Rumah Sakit				
a. 1 kali	17	42.5	13	32.5
b. > 1 kali	23	57.5	27	67.5
Terapi Medik Saat Ini				
a. Golongan Atipikal	30	75	23	57.5
b. Golongan Tipikal	10	25	17	42.5

Hasil analisis terhadap 80 klien menunjukkan bahwa proporsi terbesar untuk jenis kelamin pada kelompok intervensi adalah perempuan (55%) dengan perbandingan yang cukup seimbang dengan kelompok laki-laki (45%). Tetapi pada kelompok kontrol terdapat perbandingan yang tidak seimbang antara laki-laki (72.5%) dan perempuan (27.5%).

Proporsi terbesar pada tingkat pendidikan adalah tingkat tinggi 20 % pada kelompok intervensi dan 19% pada kelompok kontrol. Pada karakteristik pekerjaan klien, yang menunjukkan proporsi terbesar adalah tidak bekerja yaitu pada kelompok intervensi 95% dan kelompok kontrol 97.5%.

Proporsi terbanyak pada status perkawinan adalah tidak kawin, pada kelompok intervensi 62.5% dan kelompok kontrol 77.5%. Lama dirawat saat ini, pada kelompok intervensi proporsi terbesar adalah pada kelompok lama rawat kurang dari 2 minggu yaitu sebanyak 60% sedangkan pada kelompok kontrol proporsi terbesar adalah pada klien dengan lama rawat lebih dari 2 minggu sebesar 85%.

Lama menderita gangguan jiwa (lebih dari satu tahun) untuk kelompok intervensi 70 % dan pada kelompok kontrol 85%. Frekuensi masuk rumah sakit menunjukkan proporsi yang hampir sama. Pada kelompok intervensi frekuensi masuk rumah sakit lebih dari satu kali menunjukkan angka 57.5% sedangkan pada kelompok kontrol adalah 67.5%. Pemberian terapi medik, menunjukkan penggunaan obat golongan atipikal merupakan yang terbanyak, pada kelompok intervensi sejumlah 75% dan pada kelompok kontrol sejumlah 57.5%.

2. Kesetaraan Karakteristik Klien Halusinasi

Sebelum dilakukan analisis bivariat maka terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan. Setelah itu dilakukan uji hipotesa dan uji hubungan/ perbandingan antara karakteristik responden dengan kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi.

Uji kesetaraan dilakukan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum intervensi penelitian dilakukan. Uji kesetaraan usia klien halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *independent sample T-test*. Hasil uji kesetaraan terhadap karakteristik usia dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3.
Analisis Kesetaraan Usia pada Klien Halusinasi
Di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Karakteristik	Kelompok	N	Mean	SD	P value
Usia	Intrevensi	40	34.30	8.795	0,937
	Kontrol	40	34.45	8.136	

Berdasarkan dari P value > 0.05 maka dapat dikatakan bahwa rata-rata usia klien kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara.

Uji kesetaraan terhadap jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama klien dirawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi masuk rumah sakit dan terapi medik yang diberikan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Chi Square*. Hasil uji kesetaraan tergambar pada tabel 5.4.

Hasil analisis ditemukan bahwa jenis kelamin antara kedua kelompok tidak setara dengan P value 0.023 yang berarti P value kurang dari 0,05. Hasil uji kesetaraan terhadap pendidikan menghasilkan P value 0.726, lebih besar dari 0.05 sehingga memiliki kesetaraan. Uji kesetaraan terhadap pekerjaan dengan

P value 1.000 menunjukkan bahwa pekerjaan antara kedua kelompok memiliki kesetaraan. Hasil uji kesetaraan status perkawinan memiliki P value 0.223 sehingga memiliki kesetaraan.

Tabel 5.4.
Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien Halusinasi
di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Karakteristik	Kelompok				P value
	Intervensi		Kontrol		
	N	%	n	%	
Jenis Kelamin					
a. Laki-laki	18	45	29	72.5	0.023
b. Perempuan	22	55	11	27.5	
Pendidikan					
a. Rendah	10	25	8	20	0.726
b. Menengah	10	25	13	32.5	
c. Tinggi	20	50	19	47.5	
Pekerjaan					
a. Bekerja	2	5	1	2.5	1.000
b. Tidak bekerja	38	95	39	97.5	
Status Perkawinan					
a. Kawin	15	37.5	9	22.5	0.223
b. Tidak kawin	25	62.5	31	77.5	
Lama dirawat Saat ini					
a. ≤ 2 minggu	24	60	6	15	0.000
b. > 2 minggu	16	40	34	85	
Lama Menderita Gangguan Jiwa					
a. ≤ 1 tahun	12	30	6	15	0.181
b. > 1 tahun	28	70	34	85	
Frekuensi Masuk Rumah Sakit					
a. 1 kali	17	42.5	13	32.5	0.488
b. > 1 kali	23	57.5	27	67.5	
Terapi Medik Saat Ini					
a. Golongan Atipikal	30	75	23	57.5	0.156
b. Golongan Tipikal	10	25	17	42.5	

Hasil uji kesetaraan terhadap lama dirawat saat ini tidak setara dengan P value 0.000. Hasil uji kesetaraan terhadap lama menderita gangguan jiwa, frekuensi masuk rumah sakit dan terapi medik yang diberikan saat ini masing-masing mempunyai P value > 0.05 sehingga juga memiliki kesetaraan.

B. Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi diuji dengan analisis univariat dan bivariat. Sebelum dilakukan analisis bivariat terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

1. Kesetaraan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi Sebelum Intervensi

Kesetaraan kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diuji dengan menggunakan uji *independent sample T-Test*. Hasil uji tergambar pada tabel 5.5.

Tabel 5.5.
Analisis Kesetaraan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi
Di RSJ Dr. Soeharto Herdjan Jakarta Bulan Mei 2008

No	Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P value
1	Kemampuan Kognitif	Intervensi	40	22.58	3.233	0.073
		Kontrol	40	24.10	4.205	
2	Kemampuan Psikomotor	Intrevensi	40	10.75	0.899	0.000
		Kontrol	40	11.95	1.709	

Hasil uji menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan kognitif klien halusinasi kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara. Hal ini dapat dilihat dari P value > 0.05 . Rata-rata kemampuan psikomotor klien halusinasi kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak setara dimana skor kemampuan klien pada kelompok kontrol lebih tinggi. Hal ini dapat dilihat dari P value < 0.05 .

2. Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.6. menjelaskan tentang kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol. Kemampuan kognitif dan psikomotor dianalisis dengan menghitung nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimal-maksimal dan 95% *confidence interval*.

Tabel 5.6.
Hasil Analisis Skor Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Kemampuan	Jenis Kelompok		Mean	Median	SD	Min - Max	95% CI
Kognitif	Intervensi	Sebelum	22.58	23	3.234	16-30	21.54-23.61
		Sesudah	31.92	32	0.267	31-32	31.84-32.01
	Kontrol	Sebelum	24.10	23.5	4.205	17-31	22.76-25.44
		Sesudah	25.82	26	3.727	17-31	24.63-27.01
Psikomotor	Intervensi	Sebelum	10.75	11	0.899	10-14	10.46-11.04
		Sesudah	16.42	16.5	1.693	13-20	15.88-16.97
	Kontrol	Sebelum	11.95	12	1.709	10-16	11.40-12.50
		Sesudah	12.62	12	1.779	10-18	12.06-13.19

Hasil analisis skor kemampuan didapatkan bahwa rata-rata kemampuan kognitif kelompok intervensi sebelum intervensi adalah sebesar 22.58 (95% CI: 21.54-23.61) yang menunjukkan bahwa 95% diyakini bahwa kemampuan kognitif klien mengontrol halusinasi sebelum intervensi adalah di antara 21.54 sampai dengan 23.61. Sedangkan kemampuan kognitif pada kelompok kontrol sebelum intervensi adalah 24.10 (95% CI : 22.76-25.44) yang menunjukkan bahwa 95% dapat diyakini bahwa rata-rata nilai kemampuan kognitif pada kelompok kontrol adalah di antara 22.76 sampai dengan 25.44.

Hasil analisis untuk skor kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi didapatkan rata-rata kemampuan psikomotor adalah 10.75 (95% CI : 10.46-11.04), dengan standar deviasi 0.899. Rata-rata skor kemampuan psikomotor terendah adalah 10 dan tertinggi adalah 14. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata nilai kemampuan psikomotor adalah 10.46 sampai dengan 11.04.

Pada kelompok kontrol, rata-rata skor kemampuan psikomotor sebelum intervensi adalah 11.95 (95% CI: 11.40-12.50) dengan standar deviasi 1.709 dan rentang nilai 10 sampai dengan 16. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata kemampuan psikomotor kelompok kontrol adalah di antara 11.40 sampai 12.50.

Hasil analisis terhadap skor kemampuan kognitif, diperoleh rata-rata kemampuan kognitif klien pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi penelitian

adalah 31,92 (95% CI: 31.84-32.01) dengan standar deviasi 0.267. Hasil estimasi interval diyakini bahwa rata-rata kemampuan kognitif klien berada pada rentang nilai 31 sampai dengan 32. Rata-rata kemampuan kognitif klien pada kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi penelitian adalah 25.82 (95% CI: 24.63-27.01) dengan standar deviasi 3.727. Rentang nilai berada di antara 17 sampai 31.

Hasil analisis terhadap skor kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi menunjukkan rata-rata kemampuan adalah 16.42 (95% CI: 15.88-16.97), dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata kemampuan psikomotor setelah intervensi pada kelompok intervensi berada pada rentang nilai 15.88 sampai dengan 16.97. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan psikomotor setelah intervensi adalah 12.62 (95% CI: 12.06-13.19), dengan demikian dapat diyakini bahwa rata-rata kemampuan psikomotor pada kelompok kontrol berada pada rentang nilai 12.06 sampai dengan 13.19.

Hasil analisis skor kemampuan mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan adanya peningkatan, baik terhadap kemampuan kognitif maupun kemampuan psikomotor pada kedua kelompok. Skor kemampuan kognitif pada kelompok intervensi setelah dilakukan tindakan mencapai nilai maksimal yaitu 32 (tingkat ketergantungan mandiri) diperoleh dari 37 klien (92,50%). Pada kelompok kontrol hanya mencapai nilai maksimal 31 diperoleh dari data 6 orang klien (15%) dengan tingkat bantuan.

Skor kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi meningkat lebih banyak dibanding pada kelompok kontrol. Skor maksimum kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi mencapai nilai maksimal yaitu 20 diperoleh dari 2 klien (5%), sedangkan pada kelompok kontrol nilai tertinggi adalah 18 dari 1 orang klien (2.5%).

3. Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Analisis hubungan dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan independen. Analisis hubungan dilakukan terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi.

Perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi dilakukan dengan uji *dependent sample T-test (Paired t-Test)*, yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.7.

Perbedaan rata-rata kemampuan kognitif klien halusinasi pada kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi adalah sebesar 9.35 dengan P value lebih besar dari 0.05. Sedangkan pada kelompok kontrol perbedaan rata-rata sebelum dan setelah intervensi sebesar 1.72 dengan P value < 0.05 . Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan bermakna pada kemampuan kognitif klien

halusinasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi.

Tabel 5.7.
Analisis Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Kemampuan	Kelompok	Variabel	Mean	SD	P value
Kognitif	Intervensi	Sebelum	22.58	3.175	0.000
		Sesudah	31.92		
		Selisih	9.35		
	Kontrol	Sebelum	24.10	3.258	0.002
		Sesudah	25.82		
		Selisih	1.72		
Psikomotor	Intervensi	Sebelum	10.75	1.992	0.000
		Sesudah	16.42		
		Selisih	5.67		
	Kontrol	Sebelum	11.95	1.118	0.000
		Sesudah	12.62		
		Selisih	0.67		

Perbedaan rata-rata kemampuan psikomotor klien halusinasi pada kelompok intervensi sebelum dan setelah intervensi adalah sebesar 5.67 dengan p value lebih kecil dari 0.05. Sedangkan pada kelompok kontrol perbedaan rata-rata kemampuan psikomotor sebelum dan setelah intervensi sebesar 0.67. Hasil uji statistik menunjukkan ada peningkatan bermakna pada kemampuan psikomotor klien halusinasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi.

4. Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Intervensi

Perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan uji *independent sample t-Test (Pooled t-Test)*, yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8.
Hasil Analisis Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi
Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Intervensi
Di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Kemampuan	Kelompok	Mean	SD	P value
Kognitif	Intervensi	31.92	0.267	0.000
	Kontrol	25.82	3.727	
	Selisih	6.10		
Psikomotor	Intervensi	16.42	1.693	0.000
	Kontrol	12.62	1.779	
	Selisih	3.80		

Perbedaan rata-rata kemampuan kognitif klien halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah sebesar 6.10 dengan p value 0.000. Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna kemampuan kognitif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi. Sebelum dilakukan intervensi rata-rata kemampuan kognitif mengontrol halusinasi lebih tinggi pada kelompok kontrol bila dibandingkan dengan pada kelompok intervensi. Tetapi setelah intervensi dilakukan rata-rata kemampuan kognitif kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol. Sehingga dapat disimpulkan bahwa

penerapan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang telah dilatih lebih meningkatkan kemampuan kognitif klien mengontrol halusinasi.

Perbedaan rata-rata kemampuan psikomotor klien halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah sebesar 3.80 dengan p value 0.000. Hasil uji statistik yang telah dilakukan menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna kemampuan kognitif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi. Sebelum dilakukan intervensi, rata-rata kemampuan psikomotor klien halusinasi lebih tinggi pada kelompok kontrol dibandingkan dengan kelompok intervensi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa penerapan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang telah dilatih lebih meningkatkan kemampuan psikomotor klien mengontrol halusinasi.

C. Intensitas Tanda dan Gejala Halusinasi

Intensitas tanda dan gejala halusinasi diuji dengan analisis univariat dan bivariat. Sebelum dilakukan analisis bivariat terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

1. Kesetaraan Tanda dan Gejala Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji kesetaraan tanda dan gejala halusinasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *independent sample T-test*. Hasil uji dapat dilihat pada tabel 5.9. sebagai berikut:

Tabel 5.9.
Analisis Kesetaraan Tanda dan Gejala Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P value
Tanda dan Gejala Halusinasi	Intervensi	40	11.80	3.488	0.373
	Kontrol	40	11.12	3.252	

Berdasarkan nilai $P > 0.05$ maka rata-rata intensitas munculnya tanda dan gejala halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai kesetaraan.

2. Intensitas Tanda dan Gejala Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi

Gambaran tanda dan gejala halusinasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi dianalisis dengan menggunakan analisis *explore*, hasil dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10.
Hasil Analisis Skor Tanda dan Gejala Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Variabel	Jenis Kelompok		Mean	Median	SD	Min - Max	95% CI
Tanda dan Gejala Halusinasi	Intervensi	Sebelum	11.80	13.50	3.488	4-15	10.68-12.92
		Sesudah	14.22	16.00	2.750	4-16	13.35-15.10
	Kontrol	Sebelum	11.12	12.00	3.252	4-16	10.09-12.16
		Sesudah	12.55	14.00	3.672	4-16	11.38-13.72

Skor intensitas tanda dan gejala halusinasi adalah 4 sampai dengan 16. Nilai terendah menunjukkan intensitas tanda dan gejala halusinasi sering muncul sedangkan nilai tertinggi 16 menunjukkan bahwa tanda dan gejala halusinasi tidak terjadi selama 1 minggu terakhir. Semakin rendah nilai rata-rata tanda dan gejala halusinasi maka semakin sering frekuensi munculnya tanda dan gejala halusinasi.

Hasil analisis terhadap skor tanda dan gejala halusinasi diperoleh rata-rata intensitas tanda dan gejala halusinasi pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi adalah 11.80 (95% CI: 10.68-12.92) dengan standar deviasi 3.488. Hasil estimasi interval diyakini bahwa rata-rata skor intensitas tanda dan gejala halusinasi berada pada rentang nilai 4 sampai dengan 15. Skor tertinggi pada kelompok intervensi sebesar 15 diperoleh dari 10 orang responden (25%). Rata-rata skor intensitas tanda dan gejala halusinasi pada kelompok kontrol sebelum intervensi adalah 11.12 (10.09-12.16) dengan standar deviasi 3.252. Hasil estimasi interval diyakini bahwa rata-rata skor intensitas tanda dan gejala halusinasi berada pada rentang nilai 4 sampai dengan 16. Skor tertinggi pada kelompok kontrol sebesar 16 diperoleh dari 2 orang responden (5%).

Hasil analisis terhadap skor tanda dan gejala halusinasi setelah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi menunjukkan rata-rata nilai 14.22 (CI 95% : 13.35-15.10), dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata munculnya tanda dan gejala halusinasi setelah intervensi pada kelompok intervensi berada pada rentang nilai 13.35 sampai dengan 15.10. Skor tertinggi pada kelompok intervensi sebesar 16 diperoleh dari 21 orang responden (52.5 %). Pada kelompok

kontrol rata-rata intensitas tanda dan gejala halusinasi setelah dilakukan intervensi adalah 12.55 (95% CI: 11.38-13.72), dengan demikian dapat diyakini bahwa rata-rata frekuensi munculnya tanda dan gejala halusinasi pada kelompok kontrol berada pada rentang nilai 11.38 sampai dengan 13.72. Skor tertinggi pada kelompok kontrol sebesar 16 diperoleh dari 11 orang responden (27.5%).

Berdasarkan hasil analisis terlihat bahwa intensitas munculnya tanda dan gejala halusinasi pada kelompok kontrol lebih tinggi bila dibandingkan dengan intensitas munculnya tanda dan gejala halusinasi pada kelompok intervensi.

3. Perbedaan Tanda dan gejala Klien Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi

Perbedaan tanda dan gejala halusinasi antara kedua kelompok dilakukan dengan uji *dependent sample t-test*. Tabel 5.11. menggambarkan hasil analisis perbedaan intensitas tanda dan gejala halusinasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil yang diperoleh adalah adanya perbedaan rata-rata intensitas tanda dan gejala pada kelompok intervensi, sebelum dan setelah dilakukan asuhan keperawatan halusinasi sebesar 2.42 dengan p value sebesar 0.000. Hal ini membuktikan bahwa ada perbedaan penurunan intensitas tanda dan gejala secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang telah dilatih.

Tabel 5.11
Hasil Analisis Tanda dan Gejala Halusinasi Kelompok Intervensi
dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Intervensi
di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Variabel	Kelompok	Variabel	Mean	SD	P value
Tanda dan gejala halusinasi	Intervensi	Sebelum	11.80	2.438	0.000
		Sesudah	14.22		
		Selisih	2.42		
	Kontrol	Sebelum	11.12	1.338	0.000
		Sesudah	12.55		
		Selisih	1.43		

Perbedaan rata-rata intensitas tanda dan gejala pada kelompok kontrol setelah dilakukan asuhan keperawatan halusinasi adalah sebesar 1.43 dengan p value 0.000. Hal ini membuktikan bahwa ada perbedaan penurunan intensitas tanda dan gejala secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang belum dilatih. Tetapi bila dilihat selisih perbedaan lebih tinggi pada kelompok intervensi.

4. Perbedaan Tanda dan gejala Klien Halusinasi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Intervensi

Perbedaan tanda dan gejala klien halusinasi sesudah intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan uji *independent sample T-test (Pooled T-test)*, yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.12
Hasil Analisis Tanda dan Gejala Halusinasi pada Kelompok
Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah Intervensi
di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Tanda dan Gejala	Kelompok	Mean	SD	P value
Sesudah intervensi	Intervensi	14.22	2.750	0.024
	Kontrol	12.55	3.672	

Perbedaan rata-rata intensitas tanda dan gejala halusinasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan asuhan keperawatan halusinasi sebesar 1.67 dengan p-value sebesar 0.024. Hal ini membuktikan bahwa ada perbedaan intensitas tanda dan gejala secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang telah dilatih.

D. Pengaruh Karakteristik Klien Halusinasi terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor

Uji pengaruh karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi bertujuan menilai apakah ada hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor setelah intervensi pada kedua kelompok dilaksanakan. Karakteristik usia dianalisis dengan menggunakan uji korelasi regresi sederhana. Hasil dari uji korelasi dapat dilihat pada tabel 5.13. Karakteristik jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, lama dirawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi dirawat di rumah sakit, dan terapi medik dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample T-test*, hasil dari uji yang dilakukan dapat dilihat pada tabel 5.14. Karakteristik pendidikan dianalisis menggunakan uji Anova, hasil uji Anova dapat dilihat pada tabel 5.15.

Tabel 5.13.
Hasil Analisis Hubungan Usia dengan Kemampuan Kognitif dan
Psikomotor Klien Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok
Kontrol di RSJ Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Variabel	Kelompok	R	R Square	Persamaan Garis	P Value
Usia	Kognitif	0.285	0.081	Kemampuan = 32.222-0.009 (usia)	0.074
	Psikomotor	0.135	0.018	Kemampuan = 17.313-0.026 (usia)	0.408

Hubungan usia klien dengan kemampuan kognitif menunjukkan hubungan yang lemah atau tidak ada hubungan ($r=0.081$) dan berpola negatif artinya semakin bertambah usia klien maka semakin berkurang kemampuan kognitifnya. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dan kemampuan kognitif klien.

Hubungan usia klien dengan kemampuan psikomotor menunjukkan hubungan yang lemah atau tidak ada hubungan ($r=0.018$) dan berpola negatif artinya semakin bertambah usia klien maka semakin berkurang kemampuan psikomotornya. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dan kemampuan psikomotor klien.

Tabel 5.14 menggambarkan hasil analisis perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi berdasarkan karakteristik klien, yaitu jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, lama dirawat, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi perawatan di rumah sakit, dan terapi medik yang diberikan.

Tabel 5.14.
Hasil Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol menurut Karakteristik Klien Halusinasi di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Karakteristik	Kemampuan					
	Kognitif			Psikomotor		
	Mean	SD	P value	Mean	SD	P value
Jenis Kelamin						
a. Laki-laki	31.89	0.323	0.446	15.94	1.984	0.121
b. Perempuan	31.95	0.213		16.82	1.332	
Pekerjaan						
a. Bekerja	32.00	0.000	0.689	15.50	0.707	0.435
b. Tidak bekerja	31.92	0.273		16.47	1.720	
Status Perkawinan						
a. Kawin	31.87	0.352	0.359	16.67	1.839	0.491
b. Tidak kawin	31.96	0.200		16.28	1.621	
Lama dirawat Saat ini						
a. ≤ 2 minggu	31.96	0.204	0.390	16.62	1.279	0.367
b. > 2 minggu	31.88	0.342		16.12	2.187	
Lama menderita gangguan jiwa						
a. ≤ 1 tahun	32.00	0.000	0.083	16.83	1.030	0.219
b. > 1 tahun	31.89	0.315		16.25	1.898	
Frekuensi Masuk Rumah Sakit						
a. 1 kali	31.88	0.332	0.392	16.59	1.734	0.607
b. > 1 kali	31.96	0.209		16.30	1.690	
Terapi Medik Saat Ini						
a. Golongan Atipikal	31.93	0.254	0.737	16.20	1.627	0.148
b. Golongan Tipikal	31.90	0.316		17.10	1.792	

Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa tidak ada perbedaan kemampuan kognitif maupun psikomotor klien halusinasi antara laki-laki dan perempuan, antara yang bekerja dan tidak bekerja, antara yang berstatus kawin dan tidak kawin, antara lama dirawat ≤ 2 minggu dan > 2 minggu, antara yang menderita gangguan jiwa ≤ 1 tahun dan > 1 tahun, antara frekuensi perawatan di rumah sakit 1 kali dan lebih dari satu kali, dan antara yang mendapatkan terapi medik golongan atipikal dan golongan tipikal. Hal tersebut berdasarkan nilai $P > 0.05$.

Tabel 5.15 menggambarkan hasil analisis perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor menurut pendidikan. Berdasarkan hasil uji statistik yang telah dilakukan p value > 0.05 , maka menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kemampuan kognitif maupun psikomotor klien halusinasi antara tingkat pendidikan tinggi, menengah dan rendah.

Tabel 5.15
Hasil Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien
Halusinasi menurut Pendidikan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok
Kontrol di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Bulan Mei 2008

Kemampuan	Karakteristik	Mean	SD	95% CI	P Value
Kognitif	Pendidikan				
	a. Rendah	31.90	0.316	31.67-32.13	0.602
	b. Menengah	32.00	0.000	32.00-32.00	
c. Tinggi	31.90	0.308	31.76-32.04		
Psikomotor	Pendidikan				
	a. Rendah	16.00	1.491	14.93-17.07	0.666
	b. Menengah	16.60	1.838	15.29-17.91	
c. Tinggi	16.55	1.761	15.73-17.37		

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pembahasan hasil penelitian meliputi interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian yang telah dilakukan, dan implikasi terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian di bidang keperawatan. Interpretasi dari penelitian ini berisikan pembahasan tentang kemampuan klien mengontrol halusinasi dan penurunan intensitas tanda dan gejala halusinasi setelah dilakukan intervensi keperawatan oleh perawat yang telah dilatih tentang asuhan keperawatan halusinasi. Kemampuan klien yang dibahas adalah kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi. Setelah itu akan dibahas tentang intensitas tanda dan gejala halusinasi serta hubungan karakteristik klien halusinasi dengan kemampuan mengontrol halusinasi.

A. Kemampuan Kognitif Klien Halusinasi

Kemampuan kognitif mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi dari perawat yang telah dilatih menunjukkan adanya perbedaan peningkatan yang bermakna jika dibandingkan sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih. Kemampuan kognitif klien untuk mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang telah dilatih mencapai tingkat mandiri (nilai tingkat mandiri = 32) sebanyak 37 klien (92.50%).

Kemampuan kognitif pada kelompok yang tidak mendapat asuhan dari perawat yang telah dilatih juga mengalami peningkatan yang bermakna. Pada kelompok

kontrol peningkatan terjadi karena klien juga diberikan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang belum dilatih walaupun asuhan yang diberikan belum optimal mengikuti standar yang ada. Kemampuan kognitif mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi dari perawat yang belum dilatih, tidak ada yang mencapai tingkat mandiri walaupun telah mendekati tingkat mandiri sebanyak 6 klien (15%). Tingkat ketergantungan masih berada pada tingkat bantuan.

Kemampuan kognitif mengontrol halusinasi meningkat setelah mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang telah dilatih maupun oleh perawat yang belum dilatih. Tetapi peningkatan kemampuan kognitif pada kelompok yang mendapat asuhan dari perawat yang telah dilatih lebih tinggi secara bermakna jika dibandingkan dengan peningkatan kemampuan kognitif pada kelompok yang mendapatkan asuhan keperawatan dari perawat yang belum dilatih. Sebelum mendapatkan asuhan oleh perawat yang telah dilatih, kemampuan kognitif pada kelompok intervensi lebih rendah jika dibanding dengan kelompok kontrol. Tetapi setelah dilakukan intervensi, kemampuan kognitif lebih tinggi pada kelompok yang mendapat asuhan dari perawat yang telah dilatih.

Perbedaan peningkatan yang jauh lebih tinggi pada kelompok intervensi disebabkan oleh karena adanya intervensi asuhan keperawatan berdasarkan standar. Sehingga perawat melakukan asuhan lebih terarah dan memberikan arahan pada klien sesuai dengan kemampuan yang diharapkan dimiliki klien untuk mengontrol halusinasi.

Intervensi yang dilakukan secara konsisten dan terarah membantu klien meningkatkan keinginan untuk mengatasi masalahnya.

Halusinasi merupakan salah satu gejala positif skizofrenia. Selain halusinasi juga terdapat gangguan kognitif (kekacauan proses pikir) yang ditandai oleh putusnya tahapan penyampaian maksud misalnya asosiasi longgar, sirkumstansial, atau putusnya arus pikir (Sinaga, 2007). Problem lain terkait fungsi kognitif adalah gangguan memori, gangguan perhatian, problem dalam pengambilan keputusan, gangguan isi pikir (Stuart & Laraia, 2005). Berdasarkan adanya gangguan kognitif yang dialami klien halusinasi maka klien akan mengalami kesulitan untuk mengingat sesuatu yang dipelajarinya atau gangguan perhatian saat sedang berinteraksi atau melakukan sesuatu. Tetapi jika dilakukan intervensi keperawatan, kemampuan klien untuk mengenal halusinasi dan mengenal cara mengontrol halusinasi dapat dipahami oleh klien.

Pengetahuan merupakan dasar dari perilaku. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2008). Berdasarkan hal ini penting untuk memberikan pengetahuan terlebih dahulu kepada klien halusinasi tentang halusinasi yang dialaminya dan bagaimana cara mengatasinya. Sehingga berdasarkan hal tersebut klien melakukan suatu perilaku atau tindakan psikomotor untuk mengatasi halusinasinya.

Kemampuan mengontrol halusinasi diawali dengan pengenalan terhadap halusinasi yang dialami dan kemampuan secara kognitif menyebutkan cara mengontrol

halusinasi. Pada klien halusinasi yang mengalami gangguan pada fungsi kognitif tetap menunjukkan peningkatan kemampuan secara kognitif yang cukup signifikan bila dilakukan intervensi keperawatan yang konsisten. Hal ini menjelaskan bahwa secara kognitif kemampuan klien halusinasi untuk mengenal halusinasi dan mengenal cara mengontrol halusinasi dapat ditingkatkan dengan adanya intervensi keperawatan. Asuhan keperawatan halusinasi yang belum diterapkan sesuai standar telah memberi pengaruh terhadap peningkatan kemampuan klien mengontrol halusinasi walaupun peningkatan masih rendah. Dengan memberikan asuhan keperawatan halusinasi sesuai standar maka peningkatan kemampuan akan jauh lebih tinggi dan bermakna.

Hasil penelitian yang telah dilakukan membuktikan bahwa hipotesis dapat diterima yaitu ada perbedaan kemampuan kognitif klien mengontrol halusinasi sebelum dan setelah mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi oleh perawat yang telah dilatih.

B. Kemampuan Psikomotor Klien Halusinasi

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan adanya perbedaan kemampuan psikomotor klien halusinasi setelah mendapat asuhan dari perawat yang telah dilatih. Hasil penelitian membuktikan adanya perbedaan yang signifikan sebelum dan setelah intervensi dilakukan dengan p value < 0.05 . Sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih tingkat ketergantungan seluruh klien adalah bantuan, tetapi setelah dirawat oleh perawat yang telah dilatih ada 2 orang klien (5%) yang mencapai tingkat mandiri.

Kemampuan psikomotor klien halusinasi pada kelompok yang mendapatkan asuhan keperawatan dari perawat yang belum dilatih juga mengalami peningkatan bermakna tetap tidak ada yang mencapai tingkat mandiri dalam kemampuan psikomotor mengontrol halusinasi. Sebelum intervensi dilakukan seluruh klien yang dirawat oleh perawat yang belum dilatih mempunyai tingkat ketergantungan bantuan dan setelah dilakukan intervensi seluruh klien tetap berada pada tingkat bantuan.

Sebelum dilakukan intervensi kemampuan psikomotor lebih tinggi pada kelompok kontrol, tetapi setelah intervensi dilakukan kemampuan psikomotor kelompok yang mendapat asuhan dari perawat yang telah dilatih lebih tinggi. Berarti peningkatan kemampuan psikomotor lebih tinggi pada kelompok yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih. Rata-rata kemampuan psikomotor pada kedua kelompok masih berada pada tingkat bantuan (nilai kemampuan tingkat bantuan= 11-19), tetapi pada kelompok yang mendapat asuhan dari perawat yang telah dilatih ada 2 orang dari 40 orang (5.%) yang mencapai tingkat mandiri. Klien yang dapat mencapai tingkat mandiri terhadap kemampuan psikomotor hanya 5 % dikarenakan sebagian besar klien masih perlu diingatkan untuk melakukan latihan sesuai jadwal yang telah dibuat. Perlu waktu untuk membiasakan dan membudayakan klien melakukan jadwal aktivitas yang telah dibuat untuk mengatasi masalahnya.

Kemampuan psikomotor klien mengontrol halusinasi meliputi kemampuan memperagakan cara mengontrol halusinasi yang telah diajarkan, kemampuan secara mandiri melakukan latihan terhadap kemampuan mengontrol halusinasi yang telah

diajarkan dan kemampuan untuk menerapkan cara mengontrol halusinasi yang telah diajarkan pada saat halusinasi muncul.

Klien yang mengalami gangguan neurobiologis mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan, merencanakan dan penurunan kemampuan menyelesaikan masalah (Stuart&Laraia, 2005). Berdasarkan hal ini penting membuat kegiatan yang terjadual bagi klien untuk mengatasi masalahnya. Pola pertemuan perawat pada intervensi asuhan keperawatan halusinasi membantu klien dalam pengambilan keputusan dan membantu klien membuat perencanaan untuk mengatasi masalahnya

Peningkatan kemampuan psikomotor yang lebih tinggi pada kelompok yang mendapatkan asuhan dari perawat yang telah dilatih disebabkan intervensi yang konsisten. Jadwal latihan mengontrol halusinasi yang dilakukan secara terjadual dan evaluasi oleh perawat terhadap pelaksanaan jadwal kegiatan mendorong klien untuk lebih termotivasi melakukan cara mengontrol halusinasi yang telah diajarkan. Pola pertemuan yang terstruktur pada setiap pertemuan lebih membantu klien mencapai kemampuan yang perlu dimilikinya. Evaluasi yang dilakukan pada setiap pertemuan juga membantu perawat mengetahui sejauh mana kemampuan klien dan mengetahui apa yang perlu diperbaiki.

Penguatan positif yang diberikan perawat setelah mengevaluasi kemampuan klien mendorong klien melakukan apa yang diharapkan dari klien untuk mengatasi masalahnya. Menurut Notoatmodjo (2007) perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Pembentukan suatu pola tingkah laku dapat dilakukan dengan memberikan ganjaran atau penguatan positif segera setelah

tingkah laku yang diharapkan muncul. Penguatan yang dapat menjadi alat ampuh membentuk tingkah laku yang diharapkan antara lain adalah senyuman, persetujuan, pujian, dan hadiah. Penggunaan penguatan positif perlu dilakukan untuk memunculkan tingkah laku yang diinginkan (Corey,2008). Evaluasi pada setiap awal pertemuan yang dilakukan perawat diiringi dengan penguatan positif terhadap apa yang telah dilakukan klien lebih mendorong dan lebih memotivasi klien untuk melakukan apa yang telah diajarkan.

Hasil penelitian yang telah dilakukan membuktikan bahwa hipotesis dapat diterima yaitu ada perbedaan kemampuan psikomotor klien mengontrol halusinasi sebelum dan setelah dirawat oleh perawat yang telah dilatih. Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa intervensi keperawatan halusinasi dapat meningkatkan kemampuan psikomotor klien mengontrol halusinasi. Intervensi asuhan keperawatan halusinasi yang dilakukan oleh perawat yang belum dilatih meningkatkan kemampuan klien mengontrol halusinasi dan kemampuan klien akan lebih meningkat lagi jika diberikan asuhan oleh perawat yang telah dilatih.

C. Intensitas Tanda dan Gejala Halusinasi

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan ada perbedaan intensitas tanda dan gejala halusinasi setelah klien dirawat oleh perawat yang telah dilatih. Setelah dilakukan asuhan keperawatan oleh perawat yang telah dilatih ada penurunan bermakna terhadap intensitas tanda dan gejala dengan p value < 0.05 . Sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih, pada kelompok intervensi seluruh klien menampilkan tanda dan gejala halusinasi dengan frekuensi munculnya tanda dan

gejala halusinasi yang bervariasi mulai dari jarang, kadang-kadang atau sering. Setelah dirawat oleh perawat yang telah dilatih 21 klien tidak lagi menunjukkan tanda dan gejala halusinasi selama 1 minggu terakhir. Hal ini tentu disebabkan oleh karena pada kelompok yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih, memiliki kemampuan mengontrol halusinasi yang lebih baik dibandingkan kemampuan mengontrol halusinasi sebelum dirawat oleh perawat yang telah dilatih.

Pada kelompok kontrol menunjukkan ada perbedaan bermakna pada intensitas tanda dan gejala halusinasi sebelum dan sesudah intervensi. Sebelum intervensi ada 2 orang klien (5%) yang tidak menunjukkan tanda dan gejala halusinasi selama 1 minggu terakhir. Setelah dilakukan intervensi ada 11 orang klien yang tidak menunjukkan tanda dan gejala halusinasi selama 1 minggu terakhir.

Perbedaan intensitas tanda dan gejala antara kelompok yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih dan perawat yang belum dilatih menunjukkan nilai signifikan dengan p value < 0.05 . Jika dibandingkan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi, pada kelompok yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih menunjukkan penurunan intensitas tanda dan gejala halusinasi yang lebih besar dibanding kelompok yang dirawat oleh perawat yang belum dilatih. Hal ini berarti bahwa intensitas tanda dan gejala halusinasi (bicara, tersenyum/tertawa sendiri, kepala condong ke suatu arah, tiba-tiba melakukan suatu tindakan tanpa ada stimulus) lebih jarang pada kelompok yang mendapat asuhan keperawatan dari perawat yang telah dilatih daripada kelompok yang mendapat asuhan keperawatan dari perawat yang belum dilatih.

Perilaku yang ditampilkan dan dapat diobservasi oleh perawat pada klien halusinasi adalah bicara atau tertawa sendiri, tampak sedang memperhatikan atau mendengar sesuatu, tiba-tiba melakukan suatu tindakan tanpa adanya stimulus (Varcarolis, 2000). Perilaku yang ditampilkan seperti tersebut di atas menjelaskan bahwa klien sedang mengalami halusinasi.

Seiring dengan peningkatan kemampuan klien mengontrol halusinasi maka intensitas tanda dan gejala halusinasi semakin berkurang atau tidak muncul. Klien yang telah mempunyai kemampuan mengontrol halusinasi akan segera melakukan tindakan untuk mengatasi halusinasinya saat halusinasi muncul, sehingga tidak akan tampak tanda dan gejala halusinasi seperti bicara atau tertawa sendiri, tampak sedang memperhatikan atau mendengar sesuatu, atau tiba-tiba melakukan suatu tindakan mengikuti apa yang diperintahkan oleh isi halusinasinya.

Setelah dilakukan intervensi terdapat perbedaan intensitas tanda dan gejala antara kelompok yang mendapat asuhan keperawatan dari perawat yang telah dilatih dan yang mendapat asuhan keperawatan dari perawat yang belum dilatih, tetapi perubahan lebih meningkat secara bermakna pada kelompok yang mendapat asuhan keperawatan dari perawat yang telah dilatih. Hasil penelitian yang diperoleh dari hasil analisis data membuktikan bahwa hipotesis dapat diterima yaitu ada perbedaan yang bermakna terhadap penurunan intensitas tanda dan gejala pada kelompok yang mendapat asuhan keperawatan dari perawat yang telah dilatih.

D. Pengaruh Karakteristik Klien terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Karakteristik responden pada penelitian ini yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama dirawat saat ini, lama menderita gangguan jiwa, frekuensi perawatan di rumah sakit dan terapi medik sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol tidak mempengaruhi kemampuan klien mengontrol halusinasi. Berikut pembahasan tentang hasil analisis:

a. Hubungan Usia dengan Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara kemampuan klien dengan usia klien. Hasil uji statistik menunjukkan $P \text{ value} > 0.05$ pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Hasil yang diperoleh pada penelitian mendukung pendapat Prof.Katrin Amunts tentang tidak adanya kaitan langsung antara penyusutan otak (sehubungan dengan pertambahan usia) dengan penurunan kemampuan kognitif maupun fungsi gerak motorik. (<http://www.dw-world.de> diperoleh tanggal 3 Juli 2008).

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa kemampuan kognitif dan psikomotor tidak dipengaruhi usia. Berdasarkan hasil penelitian maka usia tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi.

b. Pengaruh Jenis kelamin terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Proporsi terbesar pada penelitian ini adalah klien berjenis kelamin laki-laki. Hasil penelitian menunjukkan kemampuan kognitif laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan. Kemampuan psikomotor lebih tinggi pada perempuan dibanding laki-laki. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara kemampuan klien dengan jenis kelamin. Hasil uji statistik menunjukkan P value > 0,05 pada kelompok yang mendapat asuhan keperawatan dari perawat yang telah dilatih maupun pada kelompok yang mendapat asuhan keperawatan dari perawat yang belum dilatih.

Prevalensi skizofrenia sama antara laki-laki dan wanita (Kaplan, 1997; <http://driliza.wordpress.com>). Pada penelitian yang dilakukan proporsi laki-laki lebih tinggi dari pada wanita. Hasil penelitian bertentangan dengan pendapat bahwa pria dan wanita memiliki nilai yang kira-kira sama pada tes inteligensia, tetapi terhadap kemampuan kognitif laki-laki dinilai lebih dari pada wanita, rata-rata wanita memiliki nilai yang lebih tinggi pada kemampuan verbal (<http://psikologi.net> diperoleh tanggal 3 Juli 2008). Hasil penelitian yang dilakukan tidak membuktikan hal ini dapat disebabkan karena jumlah klien yang terlibat dalam penelitian tidak merata antara yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kemampuan kognitif dan psikomotor tidak dipengaruhi jenis kelamin. Berdasarkan hasil penelitian

maka jenis kelamin tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi.

c. Pengaruh Tingkat Pendidikan terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Hasil penelitian $p \text{ value} > 0.05$ menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kemampuan mengontrol halusinasi. Pada kelompok yang mendapat asuhan dari perawat yang telah dilatih dan kelompok yang mendapat asuhan dari perawat yang belum dilatih, tingkat pendidikan tinggi menempati proporsi terbesar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan pada klien yang berpendidikan tinggi lebih rendah daripada yang berpendidikan menengah. Hasil penelitian ini bertentangan dengan studi yang menyatakan bahwa makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin tinggi kemampuan kognitifnya.

Penderita skizofrenia yang mengalami halusinasi juga mengalami gangguan kognitif, hal ini dapat mempengaruhi kemampuan belajar. Klien yang mengalami gangguan neurobiologis mengalami gangguan memori seperti kesulitan mengingat, mengalami gangguan perhatian (Stuart&Laraia,2005) hal yang sangat diperlukan dalam pendidikan. Pada kelompok berpendidikan tinggi kemampuannya lebih rendah tentu masih perlu dibuktikan lagi dengan faktor lain.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kemampuan kognitif dan psikomotor tidak dipengaruhi tingkat pendidikan. Berdasarkan hasil

penelitian maka pendidikan tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi.

d. Pengaruh Pekerjaan terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kemampuan klien mengontrol halusinasi. Masalah pekerjaan dapat menjadi sumber stres bagi diri seseorang (Hawari, 2005). Responden pada penelitian sebagian besar tidak bekerja. Klien tidak bekerja sejak sebelum mengalami gangguan jiwa atau telah bekerja tapi tidak dapat melanjutkan pekerjaan dikarenakan sakit.

Masalah pekerjaan seperti kena pemutusan hubungan kerja, pekerjaan tidak cocok dapat menjadi sumber stres bagi diri seseorang yang dapat berlanjut pada gangguan kejiwaan. Pekerjaan terkait dengan kondisi sosial ekonomi yang juga mempengaruhi terjadinya stres yang dapat mempengaruhi kejiwaan seseorang (Hawari, 2005).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kemampuan kognitif dan psikomotor tidak dipengaruhi pekerjaan. Berdasarkan hasil penelitian maka pekerjaan tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi.

e. Pengaruh Status Perkawinan terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Hasil penelitian menunjukkan proporsi terbesar pada status perkawinan adalah tidak kawin. Yang dimaksud tidak kawin adalah belum pernah menikah, pisah, atau janda/duda). Status perkawinan belum tentu mempengaruhi kejiwaan seseorang. Seseorang dengan status kawin yang sering mengalami pertengkaran dalam rumah tangga, ketidaksetiaan pasangan dapat menyebabkan juga mengalami gangguan jiwa jika masalah berlanjut. Status kawin dan tidak kawin dapat menjadi pencetus gangguan jiwa. Pengaruh status perkawinan terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor belum ditemukan adanya penelitian tentang hal terkait.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kemampuan klien mengontrol halusinasi, sehingga status perkawinan tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi.

f. Pengaruh Lama Dirawat terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Rata-rata lama perawatan saat ini pada kelompok intervensi lebih banyak klien yang dirawat kurang dari 2 minggu, sementara pada kelompok kontrol lebih banyak klien yang dirawat dengan waktu lebih dari 2 minggu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lama dirawat saat ini dengan kemampuan klien mengontrol halusinasi.

Hal ini tidak sesuai dengan tingkat yang seharusnya dicapai klien yang telah lebih lama dirawat yang seharusnya mempunyai tingkat kemampuan lebih dibanding yang dirawat kurang dari 2 minggu. Tidak adanya pengaruh lama rawat terhadap kemampuan mengontrol halusinasi dapat disebabkan oleh faktor lain, termasuk pemberi asuhan keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama rawat tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi.

g. Pengaruh Lama Menderita Gangguan Jiwa terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan tidak ada pengaruh lama menderita gangguan jiwa antara yang kurang dari atau sama dengan satu tahun dan lebih dari satu tahun. Semakin lama menderita gangguan jiwa ada kemungkinan semakin sering klien mengalami *relaps* yang dapat mengakibatkan kemunduran. Kemunduran dari fungsi kognitif akan mempengaruhi klien dalam proses belajar dan mengatasi masalahnya. Kekambuhan klien akan diikuti oleh kemunduran lebih lanjut pada fungsi dasar klien. Klien dengan skizofrenia gagal untuk kembali ke fungsi dasar setiap kali mengalami kekambuhan. Gejala positif cenderung menjadi kurang parah dengan berjalannya waktu, tetapi gejala negatif yang mengakibatkan gangguan fungsi sosial atau gejala defisit dapat menjadi semakin parah (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

Berdasarkan penjelasan di atas seharusnya pada klien yang lebih lama dirawat dan sering mengalami kekambuhan akan mempunyai kemampuan yang lebih

rendah dalam mengontrol halusinasi dibanding klien yang belum cukup lama mengalami gangguan jiwa dan belum mengalami kekambuhan berulang. Menurut Stuart & Laraia (2005) semakin sering seseorang terpapar oleh suatu masalah maka ia semakin mengenal koping yang dapat digunakan untuk mengatasi masalahnya. Pada klien yang tidak sering mengalami kekambuhan dapat mengenal dan mempejari dengan lebih baik cara mengatasi masalahnya karena belum mengalami kemunduran.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama menderita gangguan jiwa tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi.

Lama menderita gangguan jiwa perlu dikaitkan lagi dengan frekuensi *relaps* yang pernah dialami klien halusinasi sehingga dapat diketahui gejala sisa yang mungkin telah dimiliki klien.

h. Pengaruh Frekuensi Masuk Rumah Sakit terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Semakin sering seorang pasien mengalami kekambuhan maka kemungkinan semakin sering masuk rumah sakit. Kekurangan kekambuhan akan memperburuk fungsi dasar pasien, sehingga makin sulit untuk kembali pada kondisi semula.

Akibatnya, timbul depresi yang kerap diikuti keinginan bunuh diri

(<http://www.pdpersi.co.id> diperoleh pada tanggal 18 Juli 2008). Kekambuhan

yang berulang kali mengakibatkan menurunnya fungsi kognitif, fungsi afektif dan sosial. Pada klien yang telah berulang kali dirawat maka kemampuan

kognitif akan menurun sehingga mempengaruhi kemampuan klien dalam usaha belajar untuk mengatasi masalahnya.

Tetapi dari hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor mengontrol halusinasi pada klien yang dirawat satu kali atau lebih dari satu kali. Hal ini dapat disebabkan oleh karena pada penelitian yang dilakukan hanya mengukur frekuensi perawatan 1 kali dan lebih dari satu kali, sehingga pasien yang berulang kali dirawat tetap akan masuk pada kelompok lebih dari satu kali.

i. Pengaruh Terapi Medik terhadap Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Klien Halusinasi

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi antara kelompok yang mendapatkan pengobatan golongan atipikal dan golongan tipikal. Hal ini disebabkan oleh karena kedua golongan obat tersebut bertujuan untuk mengatasi halusinasi. Berdasarkan keuntungan pemberian terapi medik golongan atipikal yang mempunyai keuntungan menurunkan gejala kognitif, diharapkan kemampuan klien pada kelompok yang mendapat terapi atipikal lebih tinggi dibanding yang tidak mendapat terapi golongan ini. Tetapi hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan kemampuan mengontrol halusinasi antara kelompok yang mendapat terapi atipikal dan mendapat terapi golongan tipikal. Hal ini berdasarkan hasil penelitian dengan menghasilkan nilai $P > 0.05$. Klien

yang mendapat terapi golongan tipikal juga mengalami peningkatan kemampuan setelah dilakukan intervensi.

Berdasarkan hasil penelitian pemberian terapi medik tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi.

E. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan *pre post test design*. Tujuannya adalah untuk mengetahui pengaruh intervensi penerapan asuhan keperawatan halusinasi yang sesuai standar dengan membandingkan hasil pengukuran sebelum dan sesudah intervensi dilakukan. Banyak keterbatasan dalam penelitian ini disebabkan beberapa faktor sebagai berikut:

1. Variabel Penelitian

Kemampuan klien mengontrol halusinasi seharusnya juga dinilai dari kemampuan afektifnya yang tentunya dalam melakukan penilaian membutuhkan waktu yang lebih lama dibanding penilaian secara kognitif dan psikomotor. Karakteristik responden tidak setara antara yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan, hal ini disebabkan terbatasnya jumlah responden saat dilakukan penelitian. Masa rawat klien yang sangat bervariasi tentu juga mempengaruhi kemampuan mengontrol halusinasi sebelum adanya intervensi karena semakin

lama klien dirawat tentunya semakin sering mendapatkan asuhan tentang halusinasi.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini belum merupakan instrumen yang bernilai standar. Sehingga agar memudahkan pertanyaan dimengerti maka digunakan kalimat yang sederhana saat menyampaikan kepada responden.

3. Keterbatasan Waktu

Keterbatasan waktu yang dirasakan adalah belum dapat terlihat kemampuan kognitif dan psikomotor klien secara mandiri dalam mengontrol halusinasi walaupun skor kemampuan mendekati nilai maksimal untuk kemampuan kognitif (tingkat mandiri).

F. Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian

Seperti telah diuraikan pada bab satu tentang manfaat penelitian, maka implikasi terhadap pelayanan dan penelitian dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa rata-rata peningkatan kemampuan klien mengontrol halusinasi meningkat secara signifikan pada kelompok intervensi. Hal ini membuktikan bahwa cara meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor klien halusinasi untuk mengontrol halusinasinya adalah dengan melakukan asuhan keperawatan halusinasi sesuai standar. Berdasarkan hal ini maka perlu menerapkan asuhan keperawatan

halusinasi yang sesuai standar sehingga klien halusinasi dapat mencapai tingkat kemampuan optimal yang dapat dicapainya untuk mengontrol halusinasi. Pembekalan yang optimal pada perawat pemberi asuhan keperawatan perlu diberikan agar dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai standar.

2. Implikasi terhadap Penelitian

Hasil penelitian ini dapat dijadikan rujukan bagi penelitian terkait keperawatan halusinasi. Kemampuan klien mengontrol halusinasi juga dipengaruhi oleh pemberi asuhan keperawatan. Sehingga penelitian dapat dikembangkan juga terhadap bagaimana pengaruh kinerja perawat dalam memberikan asuhan terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya tentang penelitian ini, maka dapat ditarik beberapa simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan, sebagai berikut

A. Simpulan

1. Kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi meningkat secara bermakna pada klien yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih tentang asuhan keperawatan halusinasi.
2. Kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi pada klien yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih tentang asuhan keperawatan halusinasi lebih tinggi secara bermakna dibanding kemampuan kognitif dan psikomotor klien mengontrol halusinasi pada klien yang dirawat oleh perawat yang belum dilatih.
3. Kemampuan kognitif mengontrol halusinasi pada kelompok klien yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih dapat mencapai tingkat mandiri sejumlah 37 klien (92.50%), sementara pada kelompok klien yang dirawat oleh perawat yang belum dilatih tidak ada yang mencapai tingkat mandiri.
4. Kemampuan psikomotor mengontrol halusinasi pada kelompok klien yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih dapat mencapai tingkat mandiri sejumlah 2 klien (5%), sementara pada kelompok klien yang dirawat oleh perawat yang belum dilatih tidak ada yang mencapai tingkat mandiri.

5. Intensitas tanda dan gejala halusinasi pada klien yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih tentang asuhan keperawatan halusinasi lebih rendah secara bermakna dibanding intensitas tanda dan gejala halusinasi pada klien yang dirawat oleh perawat yang belum dilatih.
6. Perbedaan penurunan intensitas dan gejala halusinasi antara klien yang dirawat oleh perawat yang telah dilatih tentang asuhan keperawatan halusinasi lebih besar secara bermakna dibanding penurunan intensitas dan gejala halusinasi pada klien yang dirawat oleh perawat yang belum dilatih.
7. Karakteristik klien halusinasi tidak mempengaruhi peningkatan kemampuan klien mengontrol halusinasi.

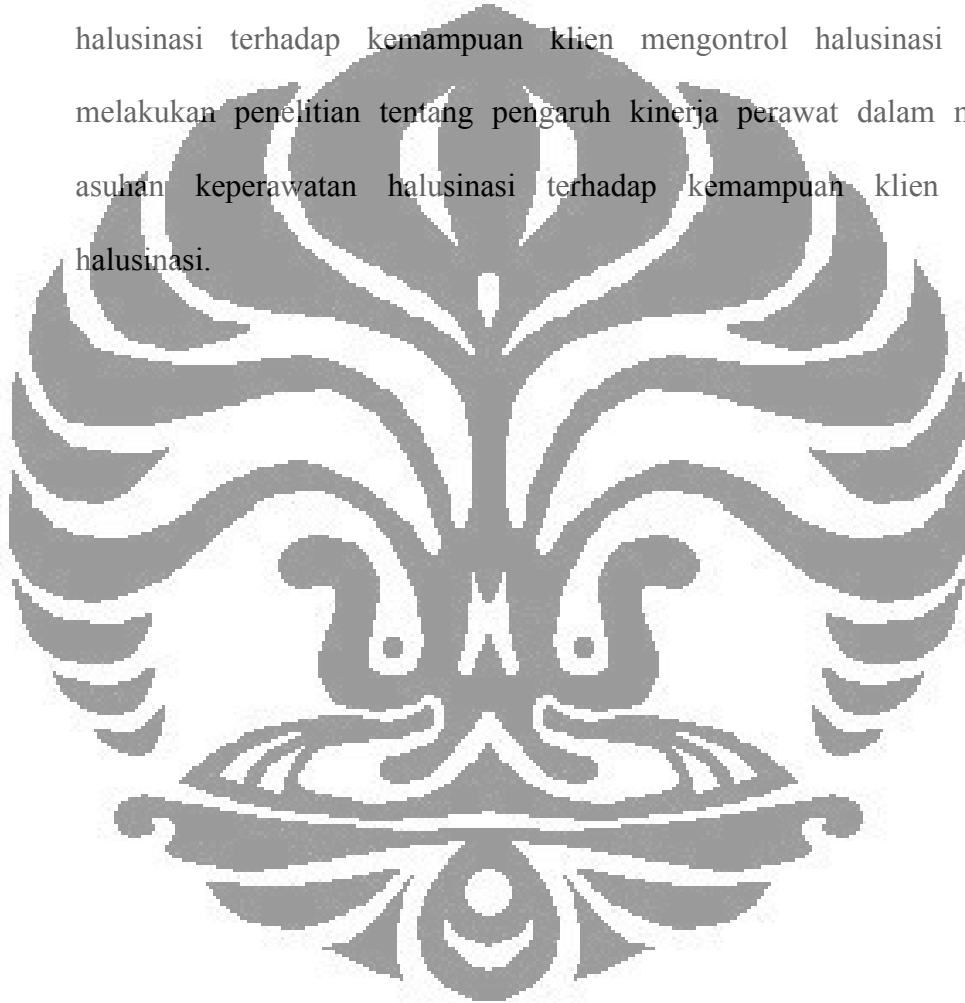
B. Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian yang telah dipaparkan sebelumnya maka ada beberapa hal yang dapat disarankan untuk pengembangan dan tindak lanjut dari hasil penelitian ini, yaitu:

1. Rumah Sakit Jiwa menerapkan standar asuhan keperawatan halusinasi pada seluruh klien halusinasi yang dirawat.
2. Pihak manajemen rumah sakit sebagai pengambil keputusan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit perlu meningkatkan kemampuan perawat dengan memberikan pelatihan secara terjadual bagi setiap personil keperawatan.
3. Pihak manajemen rumah sakit khususnya keperawatan perlu melakukan supervisi secara berkala terhadap penerapan asuhan keperawatan halusinasi yang

sesuai standar agar apa yang telah diperoleh dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan.

4. Perawat perlu meningkatkan kemampuan dalam merawat klien dan menerapkan apa yang telah diperolehnya pada pelatihan.
5. Peneliti yang ingin meneliti lebih lanjut tentang pengaruh asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi juga perlu melakukan penelitian tentang pengaruh kinerja perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi.



DAFTAR PUSTAKA

- _____ *Approach to help Control Hallucinations in Schizophrenia.*
<http://www.schizophrenia.com> diperoleh tanggal 26 Maret 2008.
- _____ <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/mental.htm> diperoleh tanggal
29 Februari 2008.
- _____ <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/mental.htm> diperoleh tanggal
29 Februari 2008.
- _____ <http://www.JawaBali.com> diperoleh tanggal 29 Februari 2008.
- _____ <http://www.kaskus.us/archive/index.php/t-406412.html> diperoleh
tanggal 4 Maret 2008).
- _____ *Managing Symptoms at Home.* <http://www.hopevancouver.com>
diperoleh tanggal 28 Maret 2008.
- Allen. P. et.al (2005). *The Prediction of Hallucinatory predisposition in non-clinical
individuals: Examining the contribution of emotion and reasoning.*
(<http://www.proquest.com> diperoleh tanggal 14 Maret 2008).
- Anonim (2008). *Schizophrenia.* <http://www.healthieryou.com> diperoleh tanggal
28 Maret 2008.
- Anonim (2006). Hallucinations. <http://www.healthatoz.com> diperoleh tanggal
26 Maret 2008.
- Ariawan, I (1998). *Besar dan Metode Sampel pada penelitian kesehatan*, Jakarta :
FKM-UI (tidak di publikasikan).
- Buccheri, R. et. al (2004). *Long-Term Effects of Teaching Behavioral Strategies for
Managing Persistent Auditory Hallucinations.* <http://www.proquest.umi.com>
diperoleh tanggal 14 Maret 2008.
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing The Nurse-Patient Journey* (2nd ed),
Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Depkes (1992). *Undang-Undang Republik Indonesia No : 23 Tahun 1992 tentang
Kesehatan*, Jakarta : Depkes.
- Depkes (2001). *Kebijakan Nasional Pembangunan Kesehatan Jiwa 2001-2005*, Jakarta:
Depkes.

- Depkes (2006). _____ <http://www.depkes.co.id> diperoleh tanggal 11 Maret 2008.
- Hawari, D. (2001). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizoprenia*, Jakarta : FKUI.
- Jenner, J.A. et.al. (2004). *Hallucination Focused Integrative Treatment: A Randomized Contolled Trial*. <http://www.proquest.umi.com> diperoleh tanggal 14 Maret 2008).
- Johns, L.C. et al. (2002). *A Comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and non-psychiatric group*. (<http://www.proquest.umi.com/pqdweb> diperoleh tanggal 14 Maret 2008).
- Kaplan, et al (1996). *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Edisi 7, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Keliat, B.A., (2002), *Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor*: Desertasi, Jakarta: FKM UI.
- Keliat & Akemat (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*, Jakarta : EGC
- Kneisl,C.R. et.al. (2004). *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing*. New Jersey: Prentice Hall New Jersey.
- Kountur, R. (2007). *Metode Penelitian untuk Penulisan Skripsi dan Tesis*, Jakarta: PPM
- Maslim, R. (2001). *Diagnosis gangguan jiwa*, PPDGJ III, Jakarta : FK Unika Atmajaya
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric- Mental Health Nursing* (6th ed), Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- NANDA (2005). *Nursing diagnoses : definitions & classification*, Philadelphia : AR
- Notoatmodjo, S (2002), *Metodologi penelitian kesehatan (edisi revisi)*, Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo,S.(2005), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- RSSH Jakarta (2008). *Profil RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan tahun 2007*. Jakarta: (tidak dipublikasikan).

- Perona, S. & Cuevas, C.(1998). *Behaviour Treatment of Auditory Hallucinations in a Schizophrenic Patient: A Case Study*. <http://www.psychologyinspain.com> diperoleh tanggal 26 Maret 2008.
- Shives, L.R. (2005). *Basic Concept of Psychiatric Mental Health Nursing* (6th ed), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia dan Diagnosis Banding*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI, Jakarta
- SirGan (2006). *Hallucinations*. <http://www.steadyhealth.com> diperoleh tanggal 26 Maret 2008.
- Stuart,G.W. & Sundeen S.J. (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 3, Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed), Philadelphia : Elsevier Mosby.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (2005). *Buku saku keperawatan jiwa* (4th ed), Jakarta : EGC.
- Suryana (2006). *Panduan Praktis Mengelola Pelatihan*. Jakarta: Edsa Mahkota.
- Tim CMHN (2005). *Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*, Jakarta: WHO Dan FIK-UI.
- Tim MPKP (2006). *Modul Model Praktik Keperawatan Jiwa Profesional*, Jakarta: BP Keswa Banda Aceh & WHO
- Varcarolis E.M. (2000). *Psychiatric Nursing Clinical Guide Assessment Tools and Diagnosis*, Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*, Philadelphia: Lippincott Williams & Williams.
- Wikilson, J.M. (2007). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*, Jakarta: EGC.