

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN PADA NY. R  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID  
DI RUANG VI RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**



Oleh:

**Aprillia Anggrasari**  
**NIM. 193.0009**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN PADA NY. R  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID  
DI RUANG VI RSPAL Dr. RAMELAN  
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar Ners Keperawatan**



**Oleh:**

**Aprillia Anggrasari**  
**NIM. 193.0009**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 21 Juli 2020



Aprillia Anggrasari

NIM. 193.0009

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Aprillia Anggrasari

NIM : 193.0009

Program Studi : Profesi Ners

Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Ny. R dengan Diagnosis Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir Stikes Hang Tuah dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**NERS (Ns)  
Surabaya,  
Pembimbing**



**Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes**  
**NIP.03.021**

**Mengetahui  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



**Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB.**  
**NIP.03.020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2020

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Aprillia Anggrasari

NIM : 193.0009

Program studi : Profesi Ners

Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Ny. R dengan Diagnosis Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA.**

Telah dipertahankan dihadapan dewan karya ilmiah akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes**

NIP. 03.007

Penguji II : **Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.**

NIP. 03.021

Mengetahui,

**STIKES HANG TUAH SURABAYA  
KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**



**Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB**

NIP. 03.020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2020



## **MOTTO & PERSEMBAHAN**

“Hidup ini bukan untuk dijalani tetapi untuk dihadapi dengan kesabaran dan ketabahan hati serta restu orang tua. dengan begitu kebahagiaan yang akan di dapat. dan jangan benamkan asamu pada sepotong masa lalu, karena untuk hidup hari ini dan masa depan mencapai kebahagiaan.

### **PERSEMBAHAN**

1. Kedua orang tua saya tercinta dan kakak ku yang selalu mendoakan, mendampingi, memotivasi, dan memberikan dukungan di setiap saat.
2. Kedua pembimbing dengan sabar meluangkan waktunya untuk membimbingku dan menyelesaikan tugas akhirku.
3. All my best Friend, terima kasih sudah melewati suka dan duka Bersama. memberikan pengalaman yang tak terlupakan dan selalu memotivasiku untuk menjadi pribadi yang lebih baik.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Ny. R dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi tidak lepas dari bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak yang telah ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisannya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT – KL, selaku Kepala RSAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Ibu Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyningrum. S.Kp., M.Kep. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Ners Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Bapak Ns.Nuh Huda.,M.Kep.,Sp.Kep.M.B selaku Kepala Program Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,MKes Selaku penguji ketua sebagai terima kasih atas segala arahannya dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes. Selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan dorongan, arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya ilmiah akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan rahmat dari Allah SWT Yang Maha Pemurah. Akhirnya penulis berharap bahwa Karya Ilmiah Akhir ini bermanfaat bagi kita semua.

Surabaya, 23 Juli 2020

Aprillia Anggrasari

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan Penelitian .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.4 Manfaat .....	8
1.5 Metode Penulisan .....	8
1.6 Sistematika Penulisan .....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>11</b>
2.1 Konsep Halusinasi .....	11
2.1.1 Pengertian Halusinasi .....	11
2.1.2 Etiologi Halusinasi.....	12
2.1.3 Tanda dan Gejala Halusinasi .....	15
2.1.4 Patofisiologi Halusinasi .....	16
2.1.5 Jenis – Jenis Halusinasi .....	18
2.1.6 Fase – Fase Halusinasi .....	21
2.1.7 Mekanisme Koping .....	22
2.1.8 Rentan Respon .....	23
2.1.9 Penatalaksanaan Medis .....	25

2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi .....	26
2.2.1	Pengkajian .....	26
2.2.2	Pohon Masalah .....	37
2.2.3	Diagnosa .....	37
2.2.4	Rencana Keperawatan .....	38
2.2.5	Implementasi .....	40
2.2.6	Standar Pelaksanaan .....	41
2.3	Konsep Skizofrenia .....	45
2.3.1	Pengertian Skizofrenia .....	45
2.3.2	Etiologi Skizofrenia .....	46
2.3.3	Tanda dan Gejala Skizofrenia .....	47
2.3.4	Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia .....	48
2.3.5	Kriteria Diagnostik Skizofrenia .....	52
2.3.6	Penatalaksanaan .....	53
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>		<b>41</b>
3.1	Pengkajian .....	41
3.2	Diagnosis Keperawatan .....	53
3.3	Diagnosis Keperawatan Yang Muncul .....	54
3.4	Penilaian Skoring Diagnosis Keperawatan .....	54
3.5	Prioritas Diagnosis Keperawatan .....	57
3.6	Rencana Asuhan Keperawatan .....	58
3.7	Implementasi & Evaluasi Keperawatan .....	68
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>		<b>82</b>
4.1	Pengkajian .....	82
4.2	Diagnosis Keperawatan .....	85
4.3	Intervensi Keperawatan .....	87
4.4	Implementasi Keperawatan .....	94

4.5	Evaluasi Keperawatan .....	96
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>		<b>102</b>
5.1	Simpulan .....	102
5.2	Saran .....	104
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>105</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>		<b>108</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jenis halusinasi menurut data subjektif dan objektif.....	29
Tabel 2.2 Fase-fase Halusinasi.....	30
Tabel 2.3 Intervensi pada gangguan persepsi sensori .....	47
Tabel 3.1 Analisa Data.....	65
Tabel 3.2 Intervensi keperawatan .....	66
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi .....	72

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang respon neurobiologis.....	32
Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi .....	46
Gambar 3.1 Genogram Ny. R .....	53
Gambar 3.2 Pohon Masalah Pada Ny. R Dengan Masalah Utama.....	58
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran .....	64

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	106
Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	136
Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	138
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	142
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	143
Lampiran 4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	146
Lampiran 5 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	148
Lampiran 6 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	151
Lampiran 7 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	152
Lampiran 8 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	155
Lampiran 9 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan .....	161

## DAFTAR SINGKATAN

ADL : Activity Daily Life

BAK : Buang Air Kecil

BB : Berat Badan

CBT : Cognitive Behavior Therapy

CM : Centimeter

DO : Data Objektif

DS : Data Subyektif

Dx : Diagnosa

Kep : Keperawatan

Kg : Kilogram

N : Nadi

Ny : Nyonya

P : Pernafasan

S : Suhu

TAK : Terapi Aktivitas Kelompok

TB : Tinggi Badan

SP : Strategi Pelaksanaan

RSPAL : Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Skizofrenia adalah bentuk gangguan jiwa yang sering di jumpai dan multifactorial, perkembangannya di pengaruhi oleh factor genetic dan lingkungan serta ditandai dengan gejala positif dan negative dan deficit kognitif (Jones,et.al.2011). Klien Skizofrenia mengalami gejala positif dan gejala negative, gejala negative yaitu meliputi sulit memulai pembicaraan, efek tumpul atau datar, kurangnya motivasi dan atensi, pasif, apatis dan penarikan diri dari social dan rasa tidak nyaman. aspek positif pada skizofrenia berfokus pada distorsi fungsi normal yaitu, waham, halusinasi, bicara tidak teratur dan kekacauan yang menyeluruh. Waham merupakan keyakinan yang salah didasarkan pada interpretasi yang salah atau tidak realistis, sedangkan halusinasi dapat terjadi di lima panca indera dan halusinasi pendengaran paling sering terjadi pada Skizofrenia (Videback, 2008). Halusinasi merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera yang tidak terdapat stimulasi terhadap reseptornya (Wahyuni, 2011).

Menurut WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Menurut data WHO (2018), skizofrenia menyerang lebih dari 23 juta orang dari populasi di dunia dan lebih umum diderita oleh laki-laki 12 juta dibanding dengan perempuan 9 juta. Menurut data hasil Riskesdas (2018) menunjukkan di Indonesia terdapat peningkatan yang signifikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, naik dari 1,7% menjadi 7% angka

terjadinya skizofrenia dari 34 provinsi terbanyak pada Provinsi Bali, DIY, dan NTB dengan cakupan pengobatan di Indonesia 84,9%. Sedangkan di Jawa Timur prevalensi gangguan jiwa skizofrenia sebesar 6% dan Surabaya tercatat 18,8% (2018). Berdasarkan data yang diambil di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2020 selama 3 bulan terakhir didapatkan pada bulan Oktober-Desember 2019 terdapat 75 pasien dengan rincian: perilaku kekerasan 21 pasien, isolasi sosial 9 pasien, halusinasi sebanyak 23 pasien, waham sebanyak 13 pasien, defisit perawatan diri 4 pasien, harga diri rendah 5 pasien.

Halusinasi di pengaruhi oleh 2 faktor yaitu: faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi fungsi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Faktor predisposisi dapat meliputi faktor pengembangan, sosiokultural, biologis, psikologis dan genetik. Faktor presipitasi adalah stimulus yang di persiapkan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya dimana di dalamnya terdapat perilaku seperti konsep diri rendah, keputusan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual (Yosep, 2011).

Klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dapat menyebabkan resiko perilaku kekerasan dan isolasi social. Untuk mengatasi atau mengurangi halusinasi yang terdapat pada klien, perawat dapat mengajarkan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan kepada klien dengan klien mengenali halusinasinya, cara menghardik, bercakap – cakap dengan orang lain, merencanakan kegiatan yang disukai, memberikan Pendidikan kesehatan

penggunaan obat secara teratur. serta melatih keluarga mengenal masalah yang dirasakan oleh klien, memberikan Pendidikan kesehatan tentang halusinasi, menjelaskan cara merawat pasien dengan halusinasi, membuat jadwal kegiatan dirumah dan menjelaskan follow up klien setelah pulang.

Upaya optimalisasi penatalaksanaan klien dengan skizofrenia dalam menangani gangguan persepsi sensori (halusinasi dengar) antara lain melakukan tindakan keperawatan generalis dan spesialis. Tindakan keperawatan yang generalis sesuai dengan standar asuhan keperawatan yaitu mengidentifikasi halusinasi yang muncul (isi, jenis, durasi, situasi dan respon), mengontrol halusinasi dengan menghardik atau mengusir, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan dan minum obat dengan teratur, serta melakukan terapi aktivitas stimulasi persepsi (Fortinash, 2007). Tindakan keperawatan spesialis yang dapat dilakukan untuk klien baik individu maupun keluarga dengan halusinasi antara lain untuk terapi individu adalah terapi perilaku kognitif (CBT) bahwa penerapan terapi psikososial dengan perilaku kognitif dapat merubah pola pikir yang negatif menjadi positif, sehingga perilaku yang maladaptif menjadi adaptif (Martin, 2010 (Nyumirah S, 2014)). Menurut Linda tujuan utama CBT pada halusinasi yaitu membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional terlibat dalam uji realitas dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan – pesan internal. CBT telah digunakan pada pasien skizofrenia untuk memperbaiki distorsi kognitif. pemberian CBT terbukti memberikan perubahan pada pasien dengan halusinasi dan waham (Bejamin Saddock, 2010).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) secara resmi menyatakan Virus Corona COVID-19 sebagai pandemi pada Rabu (11/03/2020). Ini disebabkan karena terjadi setelah wabah mirip SARS itu menjangkiti semakin banyak orang di mana pada Kamis pagi angkanya mencapai 126.063 kasus. Dengan total korban tewas sebanyak 4.616 orang dan sembuh sebanyak 67.071 orang. Di Indonesia sendiri masuknya virus Covid 19 Presiden mengumumkan secara resmi di Indonesia pada tanggal 2 maret 2020. Dua warga Indonesia positif mengadakan kontak langsung dengan warga Negara Jepang yang datang ke Indonesia. pada 11 Maret 2020 untuk pertama kalinya Indonesia warga Indonesia meninggal akibat covid 19. korban yang meninggal laki – laki di solo berusia 59 tahun, diketahui sebelumnya menghadiri seminar di Kota Bogor, Jawa Barat 25 – 28 Februari 2020. dua bulan lebih sejak dinyatakan resmi jumlah kasus pengidap covid 19 di Indonesia tercatat per tanggal 7 Mei 2020 mencapai 12.438. Jawa Timur pada tanggal 20 Juli 2020 yang terkonfirmasi 18.308, sembuh 9.342, meninggal dunia 1.401.

*Corona virus* merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. *Coronavirus* tergolong ordo *Nidovirales*, keluarga *Coronaviridae*. *Coronaviridae* dibagi dua sub keluarga dibedakan berdasarkan serotipe dan karakteristik genom. Terdapat empat genus yaitu *alpha coronavirus*, *betacoronavirus*, *deltacoronavirus* dan *gamma coronavirus* (Maurer-stroh, 2020). Berdasarkan penemuan, terdapat tujuh tipe *Coronavirus* yang dapat menginfeksi manusia saat ini yaitu dua *alphacoronavirus* (229E dan NL63) dan empat *betacoronavirus*, yakni OC43, HKU1, *Middle East respiratory syndrome-associated coronavirus (MERS-CoV)*, dan *severe acute*

*respiratory syndrome-associated coronavirus (SARSCoV)*. Yang ketujuh adalah *Coronavirus* tipe baru yang menjadi penyebab kejadian luar biasa di Wuhan, yakni *Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV)* (IDPI, 2020).

Virus Corona adalah bagian dari keluarga virus yang menyebabkan penyakit pada hewan ataupun juga pada manusia. Di Indonesia, masih melawan Virus Corona hingga saat ini, begitupun juga di negara-negara lain. Jumlah kasus Virus Corona terus bertambah dengan beberapa melaporkan kesembuhan, tapi tidak sedikit yang meninggal. Usaha penanganan dan pencegahan terus dilakukan demi melawan COVID-19 dengan gejala mirip Flu. kasusnya dimulai dengan pneumonia atau radang paru-paru misterius pada Desember 2019. Kasus infeksi pneumonia misterius ini memang banyak ditemukan di pasar hewan tersebut. Virus Corona atau COVID-19 diduga dibawa kelelawar dan hewan lain yang dimakan manusia hingga terjadi penularan. *Corona virus* sebetulnya tidak asing dalam dunia kesehatan hewan, tapi hanya beberapa jenis yang mampu menginfeksi manusia hingga menjadi penyakit radang paru. Kasus ini diduga berkaitan dengan pasar hewan Huanan di Wuhan yang menjual berbagai jenis daging binatang, termasuk yang tidak biasa dikonsumsi seperti ular, kelelawar, dan berbagai jenis tikus

Gejala awal infeksi virus Corona atau COVID-19 bisa menyerupai gejala flu, yaitu demam, pilek, batuk kering, sakit tenggorokan, dan sakit kepala. Setelah itu, gejala dapat hilang dan sembuh atau malah memberat. Gejala-gejala COVID-19 ini umumnya muncul dalam waktu 2 hari sampai 2 minggu setelah penderita terpapar virus Corona. Demam adalah gejala yang paling umum, meskipun beberapa orang yang lebih tua dan mereka yang memiliki masalah

kesehatan lainnya mengalami demam di kemudian hari. Dalam satu penelitian, 44% orang mengalami demam ketika mereka datang ke rumah sakit, sementara 89% mengalami demam di beberapa titik selama dirawat di rumah sakit. Gejala umum lainnya termasuk batuk, kehilangan nafsu makan, kelelahan, sesak napas, produksi dahak, dan nyeri otot dan sendi. Gejala seperti mual, muntah, dan diare telah diamati dalam berbagai persentase. Gejala yang kurang umum termasuk bersin, pilek, atau sakit tenggorokan.

Berdasarkan bukti ilmiah, Covid 19 dapat menular dari manusia ke manusia melalui kontak erat dan droplet, tidak melalui udara. Orang yang paling berisiko tertular penyakit ini adalah orang yang kontak langsung dengan pasien Covid 19 termasuk yang merawat pasien Covid 19. rekomendasi Standart untuk mencegah penyebaran infeksi adalah melalui cuci tangan secara teratur, menerapkan etika batuk dan bersin, menghindari kontak secara langsung dengan ternak dan hewan liar serta menghindari kontak dekat dengan siapa pun yang menunjukkan gejala penyakit pernafasan seperti batuk dan bersin. selain itu menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) saat berada di fasilitas kesehatan yaitu selalu menggunakan masker ketika berada di luar rumah atau face shield.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R

dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Penulis mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Penulis Mampu merumuskan diagnosa keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Penulis Mampu mendokumentasi tindakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada Ny.

R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

#### **1.4 Manfaat**

Berdasarkan Tujuan diatas maka diharapkan dapat memberi manfaat :

##### **1. Bagi Akademis**

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan meningkatkan kualitas dalam asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

##### **2. Bagi Pelayanan Kesehatan**

Dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

##### **3. Bagi Penulis**

Dapat menjadi salah satu referensi bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien halusinasi pendengaran.

#### **1.5 Metode Penulisan**

##### **1. Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan

menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## 2. Teknik Pengumpulan Data

### a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

### b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang diamati.

### c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

## 3. Sumber Data

### a. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien.

### b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, serta hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

### c. Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

## 1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, dan daftar lampiran.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
  - BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.
  - BAB 2 : Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan dengan gangguan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
  - BAB 3 : Hasil yang berisi tentang laporan kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
  - BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.
  - BAB 5 : Kesimpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUN PUSTAKA**

Dalam Bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep asuhan keperawatan halusinasi meliputi: 1) konsep halusinasi, 2) konsep asuhan keperawatan dengan halusinasi 3) konsep skizofrenia, 4) konsep koping 5) konsep covid

#### **2.1 Konsep Halusinasi**

##### **2.1.1 Pengertian**

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Klien merasa ada suara padahal tidak ada stimulus suara. Melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Membau bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Merasakan mengecap sesuatu padahal tidak sedang makan apapun. Merasakan sensasi rabaan padahal tidak ada apapun dalam permukaan kulit. Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “teresepsi” (Yosep, 2010) dalam buku (Damaiyanti M, 2012).

Diperkirakan lebih dari 90% klien dengan skizofrenia mengalami halusinasi. Meskipun bentuk halusinasinya bervariasi tetapi sebagian besar klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa mengalami halusinasi dengar. Suara

dapat dikenal (familiar) misalnya suara nenek yang meninggal, suara dapat tunggal atau multipel. Isi suara dapat memerintahkan sesuatu pada klien atau seringnya tentang perilaku klien sendiri. Klien sendiri merasa yakin bahwa suara itu berasal dari Tuhan, setan, sahabat, atau musuh. Kadang-kadang suara yang muncul semacam bunyi bukan suara yang mengandung arti (Yosep, 2011).

### **2.1.2 Etiologi Halusinasi**

#### **1. Faktor Predisposisi**

Menurut (Yosep, 2011) faktor predisposisi klien dengan halusinasi adalah:

##### **a. Faktor Perkembangan**

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

##### **b. Faktor Sosiokultural**

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

##### **c. Faktor Biologis**

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak.

##### **d. Faktor Psikologis**

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada

ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e. Faktor Genetik dan Pola Asuh

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

2. Faktor Presipitasi

a. Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 dalam (Damaiyanti M, 2012) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu :

1) Dimensi Fisik

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

## 2) Dimensi Emosional

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

## 3) Dimensi Intelektual

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

## 4) Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memnuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan di dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain maka cenderung keperawatan klien dengan cara mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang

memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

#### 5) Dimensi Spiritual

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

### **2.1.3 Tanda dan Gejala Halusinasi**

Adapun 2 macam tanda dan gejala halusinasi yaitu mayor dan minor yang berupa data subjektif dan objektif, sebagai berikut:

#### 1. Mayor

##### a. Subjektif

- 1) Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya
- 2) Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya
- 3) Menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak
- 4) Merasakan pengecapan yang tidak enak
- 5) Merasakan rabaan atau gerakan badan.

##### b. Objektif

- 1) Bicara sendiri
- 2) Tertawa sendiri
- 3) Melihat ke satu arah
- 4) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- 5) Tidak dapat memfokuskan pikiran
- 6) Diam sambil menikmati halusinasinya.

## 2. Minor

### a. Subjektif

- 1) Sulit tidur
- 2) Khawatir
- 3) Takut

### b. Objektif

- 1) Konsentrasi buruk
- 2) Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi
- 3) Afek datar
- 4) Curiga
- 5) Menyendiri, melamun
- 6) Mondar-mandir
- 7) Kurang mampu merawat diri.
- 8) Mudah tersinggung, jengkel, marah (Keliat, 2019).

#### **2.1.4 Patofisiologi Halusinasi**

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien

merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Klien merasa ada suara padahal tidak ada stimulus suara. Melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Membau bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Merasakan mengecap sesuatu padahal tidak sedang makan apapun. Merasakan sensasi rabaan padahal tidak ada apapun dalam permukaan kulit.

Penyebab terjadi halusinasi terdapat factor predisposisi dan factor presipitasi. factor predisposisi adalah factor yang memterbelakangi seseorang mengalami gangguan jiwa seperti factor perkembangan, factor sosiokultural, factor biologis, factor genetic dan pola asuh, factor psikologis.

1. factor tugas perkembangan : tugas pada perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya control dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.
2. factor sosiokultural  
seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.
3. factor biogis  
mempunyai pengaruh terhadap terjadi gangguan jiwa. adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan zat yang dapat bersifat halusigionik heurokimia. akibat stress yang berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neurotransmitter otak.
4. faktot psikologis

tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalagunaan obat zat adiktif. hal ini dipengaruhi pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. klien mengalami memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

#### 5. factor genetic dan pola asuh

penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh keluarga schizofernia cenderung mengalami skizofernia. hasil studi menunjukkan bahwa factor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

factor presipitasi adalah factor yang mencetuskan gangguan jiwa pada seseorang untuk kali pertama yaitu factor perilaku yakni respon klien terhadap halusinasinya dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku menarik diri, kurang mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata.

#### 2.1.5 Jenis – Jenis Halusinasi

Tabel 2.1 Jenis halusinasi menurut data subjektif dan objektif (Yusuf, A.H, 2015).

Jenis halusinasi	Objektif	Subjektif
Halusinasi dengar/suara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bicara atau tertawa sendiri</li> <li>2. Marah-marah tanpa sebab</li> <li>3. Mengarahkan telinga ke arah tertentu</li> <li>4. Menutup telinga</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan</li> <li>2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap</li> <li>3. Mendengar suara menyuruh, melakukan sesuatu yang berbahaya</li> </ol>

Halusinasi penglihatan	1. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu 2. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
Halusinasi penciuman	1. Mencium seperti sedang membaui bau-bauan tertentu 2. Menutup hidung	Membaui bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan
Halusinasi pengecapan	1. Sering meludah 2. Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urin, atau feses
Halusinasi perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	1. Mengatakan ada serangga di permukaan kulit 2. Merasa seperti tersengat listrik

Menurut Yosep (2007) halusinasi terdiri dari delapan jenis. Penjelasan secara detail mengenai karakteristik dari setiap jenis halusinasi sebagai berikut :

a) halusinasi pendengaran (auditif, akustik)

paling sering dapat dijumpai berupa bunyi mendenging atau suara – suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering mendengar sebuah kata yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. biasanya suara tersebut ditujukan pada penderita sehingga tidak jarang bertengkar dan berdebat dengan suara – suara tersebut.

b) halusinasi penglihatan (visual, optic)

lebih sering terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik). biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran – gambaran yang mengerikan.

c) halusinasi penciuman (olfaktorik)

halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita. bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai kombinasi moral.

d) halusinasi pengecapan (gustatorik)

walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman. penderita merasa mengecap sesuatu. halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik).

e) halusinasi perabaan (Taktil)

merasa diraba, disentuh, ditiup atau seperti ada ulat yang bergerak dibawah kulit terutama pada keadaan delirium toksis dan skizofernia.

f) halusinasi kinestetik

penderita merasa badannya bergerak – gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya bergerak – bergerak. misalkan “phantom phenomenom” atau tungkai yang diamputasi selalu bergerak (phantom limb). sering pada skizofernia dalam keadaan toksik tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

g) halusinasi seksual, ini termasuk halusinasi raba

penderita merasa diraba dan diperkosa sering pada skizofernia dengan waham kebesaran terutama mengenai organ – organ.

h) halusinasi visceral

timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

1) depersonalisasi adalah perasaan

2) derealisasi

### 2.1.6 Fase – Fase Halusinasi

Tabel 2.2 Fase-Fase Halusinasi (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016)

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Klien
Fase I: Comforting Ansietas sedang Halusinasi- Menyenangkan “Menyenangkan”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut, mencoba untuk meredakan Ansietas.</li> <li>- Individu mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani (non psikotik)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tersenyum, tertawa yang tidak sesuai</li> <li>- Menggerakkan bibir tanpa suara</li> <li>- Pergerakkan mata yang cepat</li> <li>- Respon verbal yang lambat</li> <li>- Diam, dipenuhi rasa yang mengasyikkan</li> </ul>
Fase II: Condemning Ansietas berat Halusinasi menjadi menjijikan “Menyalahkan”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan klien lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan.</li> <li>- Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain.</li> <li>- Psikotik ringan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas (nadi, RR, TD) meningkat.</li> <li>- Penyempitan kemampuan untuk konsentrasi</li> <li>- Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita</li> </ul>
Fase III: Controlling Ansietas berat Pengalaman sensori menjadi berkuasa “Mengendalikan”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien berhenti atau menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut</li> <li>- Isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebih cenderung mengikuti petunjuk halusinasinya</li> <li>- Kesulitan berhubungan dengan orang lain</li> <li>- Rentang perhatian hanya dalam beberapa menit atau detik</li> <li>- Gejala fisik ansietas berat, berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti petunjuk</li> </ul>

	- Psikotik	
Fase VI: Conquering panik umunya menjadi melebur dalam halusinasinya.	- Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi - Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapiutik - Psikotik berat.	- Perilaku teror akibat panik - Potensial suicide atau homocide - Aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti kekerasan, agitasi, menarik diri, katatonia - Tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks - Tidak mampu merespon >1 orang

### 2.1.7 Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang sering digunakan pada klien dengan halusinasi meliputi:

#### a. Regresi

Regresi berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang dapat digunakan untuk meanggulangi ansietas. Energi yang tersisa untuk aktivitas sehari-hari tinggal sedikit, sehingga klien menjadi malas beraktivitas sehari-hari.

#### b. Proteksi

Di dalam hal ini, klien mencoba menjelaskan tentang gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau suatu benda.

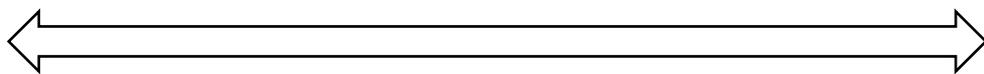
#### c. Menarik Diri

Klien akan sulit percaya dengan orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

#### d. Keluarga mengingkari masalah yang dialami klien (Muhith Abdul, 2015).

### 2.1.8 Rentan Respon

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, sehingga halusinasi merupakan gangguan dari respon neurobiologi. Oleh karena itu, secara keseluruhan rentang respon halusinasi mengikuti kaidah rentang respon neurobiology (Yusuf, A.H, 2015). Berikut rentang respon neurobiologis menurut Stuart dan Laria (2001) dalam buku (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).



<b>Respon Adaptif</b>	<b>Respon Psikososial</b>	<b>Respon Maladaptif</b>
1. Pikiran logis	1. Kadang-kadang proses pikir terganggu	1. Waham
2. Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Halusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. Emosi tidak stabil	3. Kerusakan proses emosi
4. Perilaku cocok	4. Perilaku tidak biasa	4. Perilaku tidak terorganisasi
5. Hubungan sosial harmonis	5. Menarik diri	5. Isolasi sosial

Gambar 2.1 Rentang respon neurobiologis (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

Keterangan Gambar :

1. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.
  - a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
  - b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan

- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
- d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.

2. Respon psikososial meliputi:

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

3. Respon maladaptif meliputi :

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

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
- b. Halusinasi merupakan definisian persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.

- e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

### **2.1.9 Penatalaksanaan Medis Halusinasi**

Penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi menurut (Muhith Abdul, 2015) dalam buku Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi adalah dengan cara pemberian obat-obatan dan tindakan lain, yaitu:

- a. Psikofarmakologis, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti fenotiazin asetofenazim (tindal), klorpromazim (thorazine), flufenazine (prolixine, permitil), mesorodazin (serentil), perfenazin (trilafon), proklorperazin (compazine), promazin (sparine), tioridazin (mellaril), trifluoperazin (stelazine), trifluopromazin (vesprin) 60-120 mg, tioksanten klorprotiksen (taracdol) 1-100 mg, dibenzodiazepin klopazin (clorazil) 300-900 mg, dibenzokasazepin loksapin (loxitane) 20-150 mg, dihidroindolon molindone (moban) 15-225 mg.
- b. Terapi kejang listrik/electro compulsive therapy (ECT)
- c. Terapi aktivitas kelompok (TAK)

Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi (TAKSP) mengontrol halusinasi, dengan terapi tersebut klien yang mengalami halusinasi dapat mengontrol halusinasinya. Aktivitas digunakan untuk memberikan stimulasi pada sensasi klien, kemudian di observasi reaksi

sensori klien berupa ekspresi emosi atau perasaan melalui gerakan tubuh, ekspresi muka, ucapan. TAK Stimulasi Persepsi membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi dalam upaya memotivasi proses pikir serta mengurangi perilaku maladaptif. TAKSP mengontrol halusinasi terdiri dari 2 , yaitu:

- a. TAK orientasi realitas
  1. Sesi 1 : pengenalan orang
  2. Sesi 2 : Pengenalan tempat
  3. Sesi 3 : pengenalan waktu
- b. TAK stimulasi persepsi
  1. Sesi 1: Klien mengenal halusinasi
  2. Sesi 2: Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
  3. Sesi 3: Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
  4. Sesi 4: Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal
  5. Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Halusinasi**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan penurunan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, social dan spiritual. Hal penting dalam fase pengkajian adalah ketrampilan komunikasi (verbal maupun non-verbal) yang efektif dari perawat, dalam

kaitanya dengan pengumpulan data langsung pada individu dan sumber lain (misal keluarga, anggota keluarga lain yang penting, dan profesional kesehatan lainnya) (Damaiyanti M, 2012). Isi pengkajian meliputi:

### 1. Identitas

Di dalam identitas berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama dan status perkawinan.

### 2. Alasan Masuk

Umumnya pasien halusinasi dibawa kerumah sakit karena keluarga merasa tidak mampu merawat, terganggu karena perilaku pasien dan hal lain, gejala lain yang muncul saat di rumah sehingga pasien dibawa kerumah sakit untuk mendapatkan perawatan dan biasanya klien masuk dengan alasan perilaku yang berubah dari biasanya misalnya marah-marah sendiri, tertawa sendiri ataupun terkadang juga berbicara sendiri.

### 3. Faktor Predisposisi

#### a. Faktor Perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

#### b. Faktor Sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

#### c. Faktor Biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

d. Faktor Psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

e. Faktor Genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia (Yusuf, A.H, 2015).

4. Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi pada klien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemsikinan, adanya aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat (Sutejo, 2019).

5. Pemeriksaan Fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

6. Psikososial

a. Genogram

Pembuatan genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

2) Identitas diri

Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

3) Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

4) Ideal diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya,

bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

#### 5) Harga diri

Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

#### c. Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu,berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang di ikuti dalam kelompok/masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

#### d. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinanya mempengaruhi keyakinan klien dengan Tuhannya.

### 7. Status Mental

#### a. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada klien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi. Penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak

pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam). Raut wajah tampak takut, kebingungan, dan cemas.

b. Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika diajak bicara tidak fokus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

c. Aktivitas motorik

Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuhan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjukkan ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung.

d. Alam perasaan

Keadaan emosional yang berkepanjangan yang dapat mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan.

e. Afek emosi

Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih, euforia.

f. Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.

g. Persepsi-sensori

1) Jenis halusinasi

Halusinasi visual, suara, pengecap, kinestetik, visceral, histerik, hipnogogik, hipnopompik, perintah.

2) Isi

Dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar dan apa yang dikatakan, jika halusinasi yang di alami adalah halusinasi dengar. Bentuk bayangan bagaimana yang dilihat klien bila jenis halusinasinya adalah halusinasi penglihatan. Bau apa yang tercium bila halusinasinya adalah halusinasi penghidu. Rasa apa yang dikecap untuk halusinasi pengecapan. Merasakan apa di permukaan tubuh bila halusinasi yang dialami adalah halusinasi perabaan.

3) Waktu.

Perawat perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang di alami pasien. Kapan halusinasi terjadi? apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul biasanya pukul berapa?

4) Frekuensi

Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali-kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat di rencanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi. Pada klien halusinasi sering kali mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan/saat melamun maupun duduk sendiri.

5) Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu? Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya.

#### 6) Respons terhadap halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan kepada pasien hal yang dirasakan atau atau dilakukan saat halusinasi itu timbul. Perawat juga dapat menanyakan kepada keluarganya atau orang terdekat pasien. selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul. Pada klien halusinasi sering kali marah, mudah tersinggung, merasa curiga pada orang lain.

#### h. Proses Pikir

Mengalami dereistik yaitu bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

#### i. Isi Pikir

Selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri, orang lain,

lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

j. Tingkat Kesadaran

Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

k. Memori

1) Daya ingat jangka panjang: mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan.

2) Daya ingat jangka menengah: dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir.

3) Daya ingat jangka pendek: dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

l. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pada klien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja di bicarakan dirinya/orang lain.

m. Kemampuan Penilaian

1) Gangguan ringan: dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak.

2) Gangguan bermakna: tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang di perintahkan.

n. Daya Tilik Diri

Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

## 8. Kebutuhan Pulang

### a. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Tanyakan apakah klien mampu atau tidak mampu memenuhi kebutuhannya sendiri seperti makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktivitas dirumah, aktivitas diluar rumah.

### b. Kegiatan hidup sehari-hari

#### 1) Perawatan diri

Pada klien halusinasi tidak mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari seperti mandi, kebersihan, ganti pakaian secara mandiri perlu bantuan minimal.

#### b. Tidur

Klien halusinasi cenderung tidak dapat tidur yang berkualitas karena kegelisahan, kecemasan akan hal yang tidak realita.

### c. Kemampuan klien lain-lain

Klien tidak dapat mengantisipasi kebutuhan hisupnya, dan membuat keputusan.

### d. Klien memiliki sistem pendukung

Klien halusinasi tidak memiliki dukungan dari keluarga maupun orang sekitarnya karena kurangnya pengetahuan keluarga bisa menjadi penyebab. Klien dengan halusinasi tidak mudah untuk percaya terhadap orang lain selalu merasa curiga.

e. Klien menikmati saat bekerja/kegiatan produktif/hobi

Klien halusinasi merasa menikmati pekerjaan, kegiatan yang produktif karena ketika klien melakukan kegiatan berkurangnya pandangan kosong.

9. Mekanisme Koping

Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Malas beraktifitas, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus intenal.

10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Biasannya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masa lalu dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.

11. Aspek Pengetahuan

Pada klien halusinasi kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan.

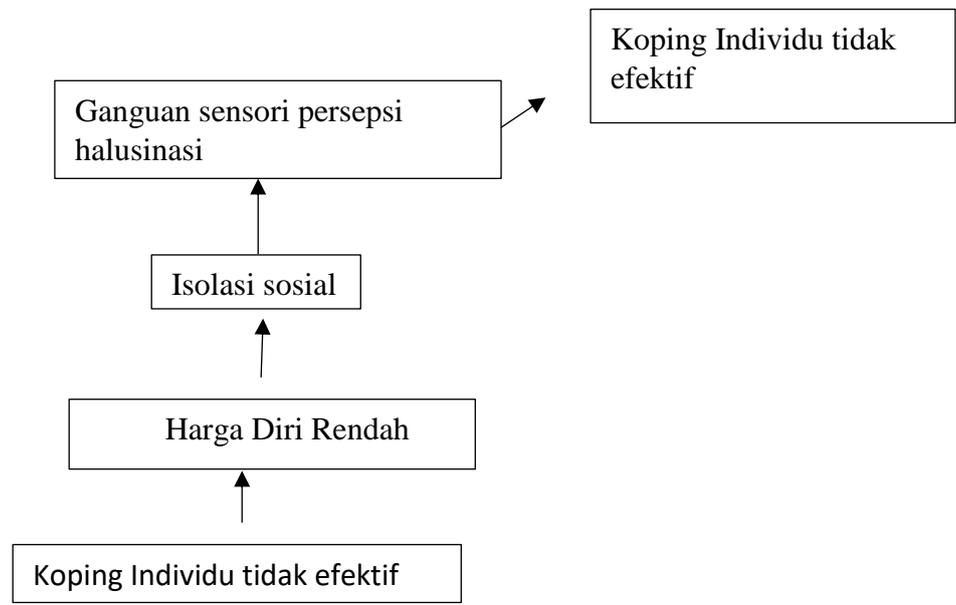
12. Aspek Medis

Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis.

Pada klien halusinasi terapi medis seperti Haloperidol (HLP), Clapromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP). Terapi klien bisa berupa

terapi farmakologi, ECT, Psikotest, terapi okupasional, TAK, dan rehabilitas.

### 2.2.2 Pohon Masalah



### 2.2.3 Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan data subyektif dan obyektif yang ditemukan pada pasien (Keliat, 2011). Menurut Stuart dan Laira (2005) dalam buku (Muhith Abdul, 2015) klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya, orang lain maupun lingkungan. Hal ini terjadi apabila halusinasi sudah sampai pada fase IV, dimana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah-masalah keperawatan

yang menjadi penyebab munculnya halusinasi. Masalah-masalah tersebut antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial.

Gangguan persepsi sensori: halusinasi .

- a. Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran
- b. Isolasi sosial
- c. Koping individu tidak efektif
- d. Harga diri rendah

#### 2.2.4 Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) secara umum. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki klien. Umumnya, kemampuan klien pada tujuan khusus dapat dibagi menjadi tiga aspek (Stuart & Laraia 2001), yaitu kemampuan kognitif, psikomotor dan kemampuan afektif yang perlu dimiliki agar klien percaya pada kemampuan menyelesaikan masalah. Kata kerja yang digunakan untuk menuliskan tujuan ini harus berfokus pada perilaku (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

<b>STRATEGI PELAKSANAAN</b>	
SP 1 PASIEN	SP 1 KELUARGA
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi jenis halusinasi</li> <li>2. Mengidentifikasi isi halusinasi</li> <li>3. Mengidentifikasi waktu halusinasi</li> <li>4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.</li> <li>2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengidentifikasi situasi halusinasi</li> <li>6. Mengidentifikasi respon halusinasi</li> <li>7. Mengajarkan klien menghardik</li> <li>8. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik ke dalam kegiatan harian</li> </ol>	<p>halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi.</li> </ol>
<b>SP 2 PASIEN</b>	<b>SP 2 KELUARGA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian</li> <li>2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.</li> <li>3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih keluarga mempraktikan cara merawat klien dengan halusinasi.</li> <li>2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi.</li> </ol>
<b>SP 3 PASIEN</b>	<b>SP 3 KELUARGA</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian.</li> <li>2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian.</li> <li>3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat</li> <li>2. Menjelaskan follow up klien setelah pulang.</li> </ol>
<b>SP 4 PASIEN</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian.</li> <li>2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.</li> <li>3. Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian.</li> </ol>	

Tabel 2.2 intervensi pada gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran (Damaiyanti M, 2012)

### 2.2.5 Implementasi

Tindakan keperawatan merupakan standart asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien dan keluarga berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana.

Menurut (Damayanti Muskripah 2014 ) tindakan keperawatan

#### SP1

1. Bina hubungan saling percaya
  - a. mengucapkan salam terapeutik
  - b. berjabat tangan
  - c. menjelaskan tujuan interaksi
2. Mengenali Halusinasi pasien
  - a. Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi.
  - b. Klien dapat mengungkapkan perasaan halusinasinya
3. Klien dapat mengontrol halusinasinya
  - a. Klien menyebutkan tindakan biasa yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.
  - b. klien dapat menyebutkan cara baru
  - c. klien dapat memilih cara mengatasi halusinasinya yang telah didiskusikan dengan klien dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain.
4. Klien mengontrol halusinasinya dengan melakukan kegiatan harian
  - a. mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien

- b. melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan
  - c. menganjurkan klien memasukan ke jadwal harian.
5. Memberikan Pendidikan kesehatan kepada klien.
- a. mengevaluasi kegiatan harian klien
  - b. memberikan Pendidikan tentang penggunaan obat secara teratur
  - c. menganjurkan klien memasukan ke jadwal kegiatan harian

### **2.2.6 Standart Pelaksanaan Komunikasi (SP) dengan klien Halusinasi**

#### Pertemuan ke 1 Klien

##### A. Orientasi

###### a. Salam

“Selamat pagi bu, perkenalkan saya April mahasiswa Keperawatam. nama ibu siapa ? senang di panggil siapa ? oh baik bu kalau begitu saya memanggilnya dengan bu R ya. Tanggal lahirnya ?”

###### b. Evaluasi

“Apa yang ibu rasakan ? Oo ibu mendengar suara – suara yang tidak ada wujudnya ya. sudah berapa lama mengalami hal tersebut ?”

###### c. Validasi

“Apa yang ibu lakukan untuk mengatasi suara – suara yang tidak ada wujudnya itu ? bagaimana hasilnya ? apa manfaat yang ibu rasakan ?”

###### d. Kontrak

1. Tindakan dan tujuan

“Baik ibu, bagaimana kalau saya periksa dulu tentang suara – suara ibu dengar dan belajar cara mengatasinya. supaya suara – suara itu berkurang.”

“Bagaimana apa ibu setuju?”

2. Waktu

“Baik, kita akan diskusikan selama 30 menit ya bu”

3. Tempat

“mari kita duduk di ruang tamu.”

B. Kerja

1. Pengkajian

- a) Jenis : apakah ibu mendengar suara tanpa ada orangnya.
- b) Isi : apa yang dikatakan suara itu ?
- c) Waktu : kapan atau jam berapa saja suara itu muncul ?
- d) Frekuensi : berapa sering suara itu muncul ?
- e) Situasi : pada situasi apa yang paling sering muncul ?
- f) Respons : apa yang ibu rasakan saat suara itu muncul ?
- g) Upaya : apa yang ibu lakukan untuk menghilangkannya ? apakah berhasil ?
- h) Jika ada halusinasi katakana anda percaya, tetapi anda tidak melihat atau mendengar, menghidu, merasakan.

2. Diagnosis

“Baiklah. berarti ibu mendengar suara – suara tanpa ada orang bicara dan ibu merasakan terganggu. ini yang kita sebut halusinasi. “ada

beberapa cara untuk mengendalikan suara itu, bagaimana kalau saat ini kita latih”

### 3. Tindakan

#### a. latihan melawan : hardik

ibu mari kita belajar cara menghardik ya

contohkan : “Baiklah, jika muncul suara itu segera tutup telinga dan katakan pada suara itu : pergi jangan diganggu saya, kamu suata palsu, saya tidak mau dengar.

dampingi : “ayo coba kita lakukan Bersama – sama”

mandiri : “ayo coba lakukan sendiri dengan yang saya praktekan tadi”

bagaimana perasaannya ?

#### b. latihan mengabaikan : cuek

jika suara itu datang abaikan saja, ayo coba lakukan.

#### c. latihan mengalihkan : distraksi (bercakap – cakap)

saat suara itu terdengar lagi dapat dikendalikan dengan bercakap – cakap. coba cari siapa yang diajak berbicara dan temui dia.

contohkan : katakan “ayo kita ngobrol, agar suara – suara yang mengganggu saya tidak terdengar lagi atau dapat saya kendalikan.

dampingi : “mari cari anggota keluarga atau teman untuk bercakap – cakap yang mana temannya. ayo coba praktekan tadi yang sudah kita pelajari.

mandiri : nah buat jadwal kegiatan siapa saja yang diajak bercakap – cakup dalam kegiatan sehari – hari.

d. latihan mengalihkan distraksi (melakukan kegiatan yang disukai)

saat suara – suara itu terdengar dapat dikendalikan dengan melakukan kegiatan. apa saja yang dapat dilakukan setiap hari ? (merapikan tempat tidur, mencuci piring, menyapu, dan lain – lain. coba pilih satu kegiatan misalka : merapikan tempat tidur. sekarang coba pilih satu kegiatan misalkan : merapikan tempat tidur. sekarang coba kita lihat apakah tempat tidurnya sudah rapi ?

damping : “ayo kita rapikan, angkat bantalnya, angkat selimutnya dan lipat dengan rapi.” sekarang rapikan spreinya.” nah letakan bantal dengan rapi dan selimut dengan rapi” “bagaimana setelah melakukannya ?”

mandiri : “nah, buat jadwal merapikan tempat tidur agar dapat terkendali halusinasinya.”

### C. Terminasi

1. evaluasi subjektif

bagaimana perasaan ibu setelah latihan tadi ?

2. evaluasi objektif

apa saja latihan kita tadi ..... benar sekali (bantu jika belum ingat)

3. rencana tindak lanjut klien

bagaimana kalau latihan secara teratur ? baik untuk menghardik berapa kali sehari ? untuk bercakap – cakap berapa kali sehari ? (sambil mengisi jadwal kegiatan) selain latihan secara teratur lakukan jika suara itu terdengar.

4. Rencana tindak lanjut perawat

“baiklah, hari kamis ibu dating ke puskesmas agar diperiksa lagi tanda dan gejalannya serta latihan dan hasilnya akan di periksa dokter dan akan dijelaskan cara minum obat dengan benar.

5. salam

“semoga cepat sembuh” selamat pagi (Budi ana keliat, 2014)

## **2.3 Konsep Skizofrenia**

### **2.3.1 Pengertian**

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, efek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkohensi, efek dan emosi perilaku bizar. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak di jumpai di mana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat di identifikasikan secara jelas. Kraepelin menyebut gangguan ini sebagai demensia precox (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan efektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarpribadi normal sering kali di ikuti dengan delusi (keyakinan

yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Pada penderita ditemukan penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal. Skizofrenia bisa mengenai siapa saja (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

### **2.3.2 Etiologi**

Beberapa Faktor penyebab skizofrenia menurut (Nurarif Amin Huda, 2015) dalam buku NANDA NIC-NOC antara lain :

#### **1. Keturunan**

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-1,8% bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak-anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%.

#### **2. Metabolisme**

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstermitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

#### **3. Susunan Saraf Pusat**

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

#### 4. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

#### 5. Teori Sigmund Freud

- a. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
- b. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

### **2.3.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia**

Menurut Blueler dalam buku (Nurarif Amin Huda, 2015)

#### 1. Gejala Primer

- a. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi
- b. Gangguan Afek Emosi
  - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
  - 2) Paramimi dan paratimi
  - 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan  
Emosi berlebihan

4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

c. Gangguan Kemauan

1) Terjadi kelemahan kemauan

2) Perilaku negativisme atau permintaan

3) Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

d. Gangguan Psikomotor

1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme

2) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

3) Echolalia dan Echopraxi

2. Gejala Sekunder

Waham, halusinasi.

### 2.3.4 Tipe dan Klafikasi Skizofrenia

Dalam buku PPDGJ III (Maslim, 2013) skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe, yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)

a. Memenuhi kriteria skizofrenia.

b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.

c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.

2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)

- a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
  - b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
  - c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
  - d. Gejala bertahan 2-3 minggu.
  - e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
  - f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
  - g. Afek dangkal (shallow) dan tidak wajar (in appropriate), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
  - h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
- a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
  - b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
  - c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
  - d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.

- e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
  - f. Rigiditas (kaku).
  - g. Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
  - h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
  - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
  - b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
  - c. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia
5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
  - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
  - c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
6. Skizofrenia residual (F 20. 5)

- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
- d. Tidak terdapat demensia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

#### 7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

- a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari:
  - 1.) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
  - 2.) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

3.) Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtype skizofrenia lainnya.

### **2.3.5 Kriteria Diagnostik Skizofrenia**

Menurut Dadang Hawari (2005) dalam buku (Prabowo Eko, 2014) mengatakan bahwa secara klinis untuk mengatakan apakah seseorang itu menderita skizofrenia atau tidak maka diperlukan kriteria diagnostic sebagai berikut:

1. Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tidak masuk akal) dan tidak berdasarkan kenyataan, sebagai contoh misalnya:
  - a. Waham dikendalikan oleh suatu kekuatan luar (delusions of being controlled).
  - b. Waham penyiaran pikiran (Thought broadcasting).
  - c. Waham penyisipan pikiran (Thought Insertion).
  - d. Waham Penyedotan pikiran (Thought withdrawal).
2. Delusi atau waham Somatik (fisik) kebesaran, keagamaan, nihilistic atau waham lainnya yang bukan waham kerja atau cemburu.
3. Delusi atau waham kerja atau cemburu (delusions of perseccion of jeolousy) dan waham tuduhan (delusions of suspicion) yang disertai halusinasi dalam bentuk apapun (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan).
4. Halusinasi pendengaran yang dapat berupa suara yang selalu memberi komentar tentang tingkah laku atau pikirannya, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap-cakap (dialog).

5. Halusinasi pendengaran yang terjadi beberapa kali yang berisi lebih dari satu atau dua kata dan tidak adanya hubungan dengan kesedihan (depresi) atau kegembiraan (euforia).
6. Inkoherensi, yaitu kelonggaran asosiasi (hubungan) pikiran yang jelas, jalan pikiran yang tidak masuk akal, isi pikiran atau pembicaraan yang kacau, atau kemiskinan pembicaraan yang disertai oleh paling sedikit satu dari yang disebut:
  - a. Afek (alam perasaan) yang tumpul, mendatar atau tidak serasi (inappropriate).
  - b. Berbagai waham atau halusinasi.
  - c. Katatonia (kekakuan) atau tingkah laku lain yang sangat kacau (disorganised).
  - d. Deferiorasi (kemunduran/kemerosotan) dari taraf fungsi penyesuaian (adaptasi) dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan dirinya.

Jangka waktu gejala penyakit itu berlangsung secara terus menerus selama paling sedikit 6 bulan dalam suatu periode didalam kehidupan seseorang, disertai dengan terdapatnya beberapa gejala penyakit pada saat diperiksa sekarang.

### **2.3.6 Penatalaksanaan Skizofrenia**

#### **1. Penggunaan Obat Antipsikosis**

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi, dan

perubahan pola pikir yang terjadi pada skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu :

a. Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya, walaupun sangat efektif sering menimbulkan efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional antara lain :

- 1) Haldol (haloperidol). Sediaannya tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg, dan injeksi 5 mg/ml, dosis 5-15 mg/hari.
- 2) Stelazine (trifluoperazine). Sediaannya tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.
- 3) Mellaril (thioridazine). Sediaannya tablet 50-100 mg, dosis 150-600 mg/hari.
- 4) Thorazine (chlorpromazine). Sediaannya tablet 25 dan 100 mg, injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.
- 5) Trilafon (perphenazine). Sediaannya tablet 2, 4, 8 mg, dosis 12-24 mg/hari.
- 6) Prolixin (fluphenazine). Sediaannya tablet 2,5 mg, 5 mg, dosis 10-15 mg/hari. Injeksi 25 mg/ml, dosis 25 mg/2-4 minggu.

b. Newer atypical antipsychosis

Obat-obat yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Contoh newer atypical, antara lain :

- 1) Risperidal. Sediaan risperidone tablet 1, 2, 3 mg, dosis 2-6 mg/hari.

2) Seroquel (quetiapine)

3) Zyprexa (olanzopine)

c. Clozaril (clozapine)

Memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius. Clozaril dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi.

2. Terapi elektrokonvulsif (ECT)

3. Pembedahan bagian otak

4. Perawatan di rumah sakit

5. Psikoterapi

a. Terapi Psikoanalisa

Metode terapi berdasarkan konsep Freud. Tujuannya menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasannya. Hal paling penting dalam terapi ini adalah untuk mengatasi hal-hal yang direpress oleh penderita.

b. Terapi Perilaku (Behavioristik)

c. Terapi Humanistik

Terapi kelompok dan terapi keluarga.

## **2.4 Mekanisme Koping**

### **2.4.1 Pengertian**

Koping adalah proses di mana seseorang mencoba untuk mengatur perbedaan yang diterima antara keinginan (demands) dan pendapatan (resources) yang dinilai dalam suatu keadaan yang penuh tekanan.

Walaupun usaha koping dapat diarahkan untuk memperbaiki atau menguasai suatu masalah, hal ini juga dapat membantu seseorang untuk mengubah persepsinya atas ketidak sesuaian, menolerir atau menerima bahaya, juga melepaskan diri atau menghindari situasi stress. Stress diatasi dengan kognitif dan *behavioral transaction* melalui lingkungannya.

Proses mekanisme koping bukan hanya satu kejadian karna koping melibatkan *ongoing transaction* dengan lingkungan, dan proses tersebut sebaiknya dilihat sebagai suatu *dynamic series*. Stress yang muncul pada anak akan membuat dirinya melakukan suatu koping. Koping merupakan suatu tindakan mengubah kognitif secara konstan dan usaha tingkah laku untuk mengatasi tuntutan internal atau eksternal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya yang dimiliki individu. Koping yang dilakukan ini berbeda dengan perilaku adaptif otomatis karena koping membutuhkan suatu usaha, yang apabila usaha tersebut berhasil dilakukan menjadi perilaku otomatis lewat proses belajar. Koping dipandang sebagai suatu usaha untuk menguasai situasi tertekan, tanpa memperhatikan akibat dari tekanan tersebut dapat benar-benar dikuasai. Maka, koping yang efektif untuk dilakukan adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan dan tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya (Lazarus dan Folkman, 1984) dalam buku (Nasir A, 2011).

#### **2.4.2 Strategi Koping**

Menurut Lazarus dan Folkman (1984) dalam melakukan koping ada dua strategi yang bisa dilakukan :

1. Koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*)

*Problem focused coping*, yaitu usaha mengatasi stress dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan terjadinya tekanan. *Problem focused coping* ditunjukkan dengan mengurangi demands dari situasi yang penuh dengan stress atau memperluas sumber untuk mengatasinya. Seseorang cenderung menggunakan metode *problem focused coping* apabila mereka percaya bahwa sumber atau *demands* dari situasinya dapat diubah. Strategi yang dipakai dalam *problem focused coping* antara lain sebagai berikut:

- a. *Confrontative coping*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan risiko.
- b. *Seeking social support*: usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.
- c. *Planful problem solving*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap, dan analitis.

2. Emotion focused coping

*Emotion focused coping*, yaitu usaha mengatasi stress dengan cara mengatur respon emosional dalam rangkaian menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh tekanan. Emotion focused coping ditunjukkan untuk mengontrol respons emosional terhadap perilaku dan kognitif. Strategi yang digunakan dalam emotional focused coping antara lain sebagai berikut :

- a. *Self control*: usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
- b. *Distancing*: usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindari dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah sebagai lelucon.
- c. *Positive reappraisal*: usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.
- d. *Accepting responsibility*: usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi baik.
- e. *Escape/avoidance*: usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan.

### **2.4.3 Hasil Dari Koping**

Lazarus dan Folkman (1984) menyatakan koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya. Sesuai dengan pernyataan tersebut, Cohen dan Lazarus, dalam Taylor (1991), mengemukakan agar koping dilakukan dengan efektif, maka strategi koping perlu mengacu pada 5 fungsi tugas koping yang dikenal dengan istilah koping task, yaitu :

1. Mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya
2. Menoleransi atau menyesuaikan diri dengan pernyataan negatif
3. Mempertahankan gambaran diri yang positif
4. Mempertahankan keseimbangan emosional
5. Melanjutkan kepuasan terhadap hubungan dengan orang lain

Menurut Taylor (1991) efektivitas koping bergantung pada keberhasilan pemenuhan koping task. Individu tidak harus memenuhi semua koping task untuk dinyatakan berhasil melakukan koping dengan baik. Setelah koping dapat memenuhi sebagian atau semua fungsi tugas tersebut, maka didapatkan terlihat bagaimana koping outcome yang dalam tiap individu. Koping outcome adalah kriteria hasil koping untuk menentukan keberhasilan koping. Beberapa kriteria koping outcome adalah sebagai berikut :

1. Ukuran fungsi fisiologis, yaitu koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat mengurangi indikator dan membangkitkan (arousal) stress seperti menurunnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, dan sistem pernapasan.
2. Apakah individu dapat kembali pada keadaan seperti sebelum ia mengalami stress dan seberapa cepat ia dapat kembali. Koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat membawa individu kembali pada keadaan seperti sebelum individu mengalami stress.
3. Efektivitas dalam mengurangi psychological distress. Koping dinyatakan berhasil jika koping tersebut dapat mengurangi rasa cemas dan depresi pada individu.

## 2.5 Konsep Covid 19

### 2.5.1 Definisi

*Coronavirus* merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. *Coronavirus* tergolong ordo *Nidovirales*, keluarga *Coronaviridae*. *Coronaviridae* dibagi dua subkeluarga dibedakan berdasarkan serotipe dan karakteristik genom. Terdapat empat genus yaitu *alpha coronavirus*, *betacoronavirus*, *deltacoronavirus* dan *gamma coronavirus* (Maurer-stroh, 2020). Berdasarkan penemuan, terdapat tujuh tipe *Coronavirus* yang dapat menginfeksi manusia saat ini yaitu dua *alphacoronavirus* (229E dan NL63) dan empat *betacoronavirus*, yakni OC43, HKU1, *Middle East respiratory syndrome-associated coronavirus (MERS-CoV)*, dan *severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus (SARSCoV)*. Yang ketujuh adalah *Coronavirus* tipe baru yang menjadi penyebab kejadian luar biasa di Wuhan, yakni *Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV)* (IDPI, 2020).

*Coronavirus* adalah keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit mulai dari gejala ringan sampai berat. Ada setidaknya dua jenis *coronavirus* yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti *Middle East Respiratory Syndrome (MERS)* dan *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* adalah penyakit jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Virus penyebab COVID-19 ini dinamakan *Sars-CoV-2*.

*Coronavirus* terutama menginfeksi dewasa atau anak usia lebih tua, dengan gejala klinis ringan seperti *common cold* dan *faringitis* sampai berat seperti *SARS* atau *MERS* serta beberapa strain menyebabkan diare pada dewasa. Jika kita

terpapar virus dalam jumlah besar dalam satu waktu, dapat menimbulkan penyakit walaupun sistem imun tubuh berfungsi normal. Orang-orang dengan sistem imun lemah seperti orang tua, wanita hamil, dan kondisi lainnya, penyakit dapat secara progresif lebih cepat dan lebih parah. Infeksi *Coronavirus* menimbulkan sistem kekebalan tubuh yang lemah terhadap virus ini lagi sehingga dapat terjadi reinfeksi.

### **2.5.2 Etiologi**

Kebanyakan Coronavirus menginfeksi hewan dan bersirkulasi di hewan. Coronavirus menyebabkan sejumlah besar penyakit pada hewan dan kemampuannya menyebabkan penyakit berat pada hewan seperti babi, sapi, kuda, kucing dan ayam. Coronavirus disebut dengan virus zoonotik yaitu virus yang ditransmisikan dari hewan ke manusia. Banyak hewan liar yang dapat membawa patogen dan bertindak sebagai vektor untuk penyakit menular tertentu. Kelelawar, tikus bambu, unta dan musang merupakan host yang biasa ditemukan untuk Coronavirus.

Coronavirus pada kelelawar merupakan sumber utama untuk kejadian severe acute respiratory syndrome (SARS) dan Middle East respiratory syndrome (MERS) (Li, 2005). Namun pada kasus SARS, saat itu host intermediet (masked palm civet atau luwak) justru ditemukan terlebih dahulu dan awalnya disangka sebagai host alamiah. Barulah pada penelitian lebih lanjut ditemukan bahwa luwak hanyalah sebagai host intermediet dan kelelawar tapal kuda (horseshoe bats) sebagai host alamiahnya (Cao, 2020). Secara umum, alur Coronavirus dari hewan ke manusia dan dari manusia ke manusia melalui transmisi kontak, transmisi droplet, rute feses dan oral. Kontak erat didefinisikan seseorang yang memiliki

kontak (dalam 1 meter) dengan kasus yang terkonfirmasi selama masa simtomatiknya termasuk satu hari sebelum onset gejala. Kontak tidak hanya kontak fisik langsung.

1. Kontak pekerja sosial atau pekerja medis

Paparan terkait perawatan kesehatan, termasuk menangani langsung untuk pasien COVID-19, bekerja dengan petugas kesehatan yang terinfeksi COVID-19 atau memeriksa pasien yang terkonfirmasi kasus atau dalam lingkungan ruangan sama, ketika prosedur aerosol dilakukan.

2. Kontak lingkungan rumah atau tempat tertutup

Berbagi lingkungan ruangan, bekerja bersama, belajar bersama dalam jarak dekat dengan pasien COVID-19.

3. Berpergian bersama pasien COVID-19 dalam segala jenis mode transportasi.

4. Anggota keluarga atau tinggal di rumah yang sama dengan pasien COVID-19 (WHO, 2020).

### **2.5.3 Patofisiologi**

Coronavirus hanya bisa memperbanyak diri melalui sel host-nya. Virus tidak bisa hidup tanpa sel host. Berikut siklus dari Coronavirus setelah menemukan sel host sesuai tropismenya.

1. Pertama, penempelan dan masuk virus ke sel host diperantarai oleh Protein S yang ada dipermukaan virus. Protein S penentu utama dalam menginfeksi spesies host-nya serta penentu tropisnya (Z, W, & H, 2020). Pada studi SARS-CoV protein S berikatan dengan reseptor di sel host yaitu enzim ACE-2 (angiotensinconverting enzyme 2). ACE-2 dapat ditemukan pada

mukosa oral dan nasal, nasofaring, paru, lambung, usus halus, usus besar, kulit, timus, sumsum tulang, limpa, hati, ginjal, otak, sel epitel alveolar paru, sel enterosit usus halus, sel endotel arteri vena, dan sel otot polos. Setelah berhasil masuk selanjutnya translasi replikasi gen dari RNA genom virus. Selanjutnya replikasi dan transkripsi dimana sintesis virus RNA melalui translasi dan perakitan dari kompleks replikasi virus. Tahap selanjutnya adalah perakitan dan rilis virus (Fehr & Perlman, 2015). Setelah terjadi transmisi, virus masuk ke saluran napas atas kemudian bereplikasi di sel epitel saluran napas atas (melakukan siklus hidupnya). Setelah itu menyebar ke saluran napas bawah. Pada infeksi akut terjadi peluruhan virus dari saluran napas dan virus dapat berlanjut meluruh beberapa waktu di sel gastrointestinal setelah penyembuhan. Masa inkubasi virus sampai muncul penyakit sekitar 3-7 hari.

2. Pada tahap kedua, organisasi terjadi sehingga terjadi perubahan infiltrat atau konsolidasi luas di paru. Infeksi tidak sebatas di sistem pernapasan tetapi virus juga bereplikasi di enterosit sehingga menyebabkan diare dan luruh di feses, juga urin dan cairan tubuh lainnya.

#### **2.5.4 Manifestasi Klinis**

Infeksi COVID-19 dapat menimbulkan gejala ringan, sedang atau berat. Gejala klinis utama yang muncul yaitu demam (suhu  $>38^{\circ}\text{C}$ ), batuk dan kesulitan bernapas. Selain itu dapat disertai dengan sesak memberat, fatigue, mialgia, gejala gastrointestinal seperti diare dan gejala saluran napas lain. Setengah dari pasien timbul sesak dalam satu minggu. Pada kasus berat perburukan secara cepat dan progresif, seperti ARDS, syok septik, asidosis metabolik yang sulit dikoreksi dan

perdarahan atau disfungsi sistem koagulasi dalam beberapa hari. Pada beberapa pasien, gejala yang muncul ringan, bahkan tidak disertai dengan demam. Kebanyakan pasien memiliki prognosis baik, dengan sebagian kecil dalam kondisi kritis bahkan meninggal. Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi (World Health Organization, 2020).

Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi (World Health Organization, 2020):

1. Tidak berkomplikasi

Kondisi ini merupakan kondisi teringan. Gejala yang muncul berupa gejala yang tidak spesifik. Gejala utama tetap muncul seperti demam, batuk, dapat disertai dengan nyeri tenggorok, kongesti hidung, malaise, sakit kepala, dan nyeri otot. Perlu diperhatikan bahwa pada pasien dengan lanjut usia dan pasien immunocompromises presentasi gejala menjadi tidak khas atau atipikal. Selain itu, pada beberapa kasus ditemui tidak disertai dengan demam dan gejala relatif ringan. Pada kondisi ini pasien tidak memiliki gejala komplikasi diantaranya dehidrasi, sepsis atau napas pendek (World Health Organization, 2020).

2. Pneumonia ringan

Gejala utama dapat muncul seperti demam, batuk, dan sesak. Namun tidak ada tanda pneumonia berat. Pada anak-anak dengan pneumonia tidak berat ditandai dengan batuk atau susah bernapas atau tampak sesak disertai napas cepat atau takipneu tanpa adanya tanda pneumonia berat.

Definisi takipnea pada anak :

- a. < 2 bulan :  $\geq 60$ x/menit

b. 2-11 bulan :  $\geq 50x/\text{menit}$

c. 1-5 tahun :  $\geq 40x/\text{menit}$

3. Pneumonia berat

a. Pada pasien dewasa

Gejala yang muncul diantaranya demam atau curiga infeksi saluran napas sedangkan tanda yang muncul yaitu takipnea (frekuensi napas:  $>30x/\text{menit}$ ), distress pernapasan berat atau saturasi oksigen pasien  $<90\%$  udara luar.

<b>Jika terdapat salah satu kriteria mayor atau <math>\geq 3</math> kriteria minor</b>	
Kriteria Minor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas <math>\geq 30x/\text{menit}</math></li> <li>2. Rasio <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250</math></li> <li>3. Infiltrat multilobular</li> <li>4. Penurunan kesadaran</li> <li>5. Uremia (BUN) <math>\geq 20 \text{ mg/dL}</math></li> <li>6. Leukopenia (<math>&lt;4000 \text{ cell/mikrol}</math>)</li> <li>7. Trombositopenia (<math>&lt;100.000/\text{microliter}</math>)</li> <li>8. Hipotermia (<math>&lt;360\text{C}</math>)</li> <li>9. Hipotensi perlu resusitasi cairan agresif</li> </ol>
Kriteria Mayor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Syok septik membutuhkan vasopressor</li> <li>2. Gagal napas membutuhkan ventilasi mekanik</li> </ol>

**Kriteria severe CAP (*Community-acquired Pneumonia*) menurut *Diseases Society of America/American Thoracic Society***

(World Health Organization, 2020)

b. Pada pasien anak-anak :

Gejala: batuk atau tampak sesak, Sianosis central atau  $\text{SpO}_2 <90\%$ , distress napas berat (retraksi dada berat), pneumonia dengan tanda bahaya (tidak mau

menyusu atau minum; letargi atau penurunan kesadaran; atau kejang). Dalam menentukan pneumonia berat ini diagnosis dilakukan dengan diagnosis klinis, yang mungkin didapatkan hasil penunjang yang tidak menunjukkan komplikasi.

#### 4. *Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*

Derajat ringan beratnya ARDS berdasarkan kondisi hipoksemia. Hipoksemia didefinisikan tekanan oksigen arteri ( $\text{PaO}_2$ ) dibagi fraksi oksigen inspirasi ( $\text{FIO}_2$ ) kurang dari  $< 300$  mmHg. Berikut rincian oksigenasi pada pasien ARDS.

##### a. Dewasa :

1. ARDS ringan :  $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$  (dengan PEEP atau CPAP  $\geq 5$  cmH<sub>2</sub>O atau tanpa diventilasi)
2. ARDS sedang :  $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$  dengan PEEP  $\geq 5$  cmH<sub>2</sub>O atau tanpa diventilasi
3. ARDS berat :  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$  dengan PEEP  $\geq 5$  cmH<sub>2</sub>O atau tanpa diventilasi.
4. Tidak tersedia data  $\text{PaO}_2$  :  $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$  diduga ARDS (termasuk pasien tanpa ventilasi).

##### b. Anak :

1. Bilevel NIV atau CPAP  $\geq 5$  cmH<sub>2</sub>O melalui masker full wajah :  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$  atau  $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$
2. ARDS ringan (ventilasi invasif):  $4 \leq \text{oxygenation index (OI)} < 8$  or  $5 \leq \text{OSI} < 7.5$

3. ARDS sedang (ventilasi invasif):  $8 \leq \text{OI} < 16$  atau  $7.5 \leq \text{oxygenation index using SpO}_2 \text{ (OSI)} < 12.3$

4. ARDS berat (ventilasi invasif):  $\text{OI} \geq 16$  atau  $\text{OSI} \geq 12.3$

#### 5. Sepsis

Tanda pasien mengalami sepsis adalah disfungsi organ perubahan status mental, susah bernapas atau frekuensi napas cepat, saturasi oksigen rendah, keluaran urin berkurang, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, akral dingin atau tekanan darah rendah, kulit mottling atau terdapat bukti laboratorium koagulopati, trombositopenia, asidosis, tinggi laktat atau hiperbilirubinemia.

Skor SOFA dapat digunakan untuk menentukan diagnosis sepsis dari nilai 0-24 dengan menilai 6 sistem organ yaitu respirasi (hipoksemia melalui tekanan oksigen atau fraksi oksigen), koagulasi (trombositopenia), liver (bilirubin meningkat), kardivaskular (hipotensi), system saraf pusat (tingkat kesadaran dihitung dengan Glasgow coma scale) dan ginjal (luaran urin berkurang atau tinggi kreatinin). Sepsis didefinisikan peningkatan skor *Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assesment (SOFA)*  $\geq 2$  poin. Pada anak-anak didiagnosis sepsis bila curiga atau terbukti infeksi dan  $\geq 2$  kriteria *systemic inflammatory Response Syndrom (SIRS)* yang salah satunya harus suhu abnormal atau hitung leukosit.

#### 6. Syok Septik

Definisi syok septik yaitu hipotensi persisten setelah resusitasi volum adekuat sehingga diperlukan vasopressor untuk mempertahankan  $\text{MAP} \geq 65 \text{ mmHg}$  dan serum laktat  $> 2 \text{ mmol/L}$ . Definisi syok septik pada anak yaitu hipotensi dengan tekanan sistolik  $<$  persentil 5 atau  $> 2 \text{ SD}$  dibawah rata rata tekanan sistolik normal berdasarkan usia atau diikuti dengan 2-3 kondisi berikut :

- a. Perubahan status mental
- b. Bradikardia atau takikardia
  - 1. Pada balita : frekuensi nadi <90 x/menit atau >160x/menit
  - 2. Pada anak-anak : frekuensi nadi <70x/menit atau >150x/menit
- c. *Capillary refill time* meningkat (>2 detik) atau vasodilatasi hangat dengan *bounding pulse*
- d. Takipnea
- e. Kulit mottled atau petekia atau purpura
- f. Peningkatan laktat
- g. Oliguria
- h. Hipertemia atau hipotermia

### 2.5.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang penting yaitu pencitraan toraks seperti foto toraks, CT Scan toraks atau USG paru. Pada pemeriksaan pencitraan dapat ditemukan: opasitas bilateral, tidak menjelaskan oleh karena efusi, lobar atau kolaps paru atau nodul. Sumber dari edema tidak sepenuhnya dapat dijelaskan oleh gagal jantung atau kelebihan cairan, dibutuhkan pemeriksaan objektif lain seperti ekokardiografi untuk mengeksklusi penyebab hidrostatis penyebab edema jika tidak ada faktor risiko. Penting dilakukan analisis gas darah untuk melihat tekanan oksigen darah dalam menentukan tingkat keparahan ARDS serta terapi. Pada stage awal, terlihat bayangan multiple plak kecil dengan perubahan interstisial yang jelas menunjukkan di perifer paru dan kemudian berkembang menjadi bayangan multiple ground-glass dan infiltrate di kedua paru. Pada kasus berat, dapat ditemukan konsolidasi paru bahkan “*white-lung*” dan efusi pleura (jarang) (Z et al., 2020).

1. Kultur Darah

Ambil kultur darah untuk pemeriksaan jenis bakteri yang menyebabkan pneumonia dan sepsis, jika memungkinkan sebelum pemberian terapi antimikrobia. Jangan menunda terapi antimikrobia untuk mengambil kultur darah (WHO, 2020d).

2. Pengambilan Spesimen dari saluran Pernafasan (WHO, 2020d)

Saluran napas atas dengan swab tenggorok (nasofaring dan orofaring). Saluran napas bawah (sputum, bilasan bronkus, BAL, bila menggunakan endotrakeal tube dapat berupa aspirat endotrakeal). Untuk Ambil spesimen dari saluran pernapasan atas (SPA; nasofaringeal dan orofaringeal), jika secara klinis masih diragukan dan spesimen SPA negatif, ambil spesimen dari saluran pernapasan bawah saat sudah tersedia (SPB; dahak yang dikeluarkan, aspirat endotrakea, atau bilasan bronkoalveolar pada pasien berventilasi) untuk uji virus COVID-19 dengan RT-PCR dan pewarnaan/kultur bakteri.

Pada pasien terkonfirmasi COVID-19 di rumah sakit, sampel SPA dan SPB dapat diambil berulang kali untuk menunjukkan bahwa virus sudah bersih. Frekuensi pengambilan spesimen bergantung pada ciri dan sumber daya epidemik setempat. Untuk pemulangan dari rumah sakit pasien yang secara klinis sudah pulih, dianjurkan dilakukan dua uji negatif yang berjarak setidaknya 24 jam.

3. Bronkoskopi
4. Pungsi pleura sesuai kondisi
5. Pemeriksaan Kimia Darah
6. Darah perifer lengkap

Leukosit dapat ditemukan normal atau menurun; hitung jenis limfosit menurun. Pada kebanyakan pasien LED dan CRP meningkat.

7. Analisis gas darah
8. Fungsi hepar (Pada beberapa pasien, enzim liver dan otot meningkat)
9. Fungsi ginjal
10. Gula darah sewaktu
11. Elektrolit
12. Faal hemostasis (PT/APTT, d Dimer), pada kasus berat, Ddimer meningkat
13. Prokalsitonin (bila dicurigai bakterialis)
14. Laktat (Untuk menunjang kecurigaan sepsis) (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020)
15. Pemeriksaan feses dan urin (untuk investigasi kemungkinan penularan)

### **2.5.6 Penatalaksanaan**

1. Tatalaksana Pasien di Rumah Sakit Rujukan
  - a. Terapi Suportif Dini dan Pemantauan
    - 1) Berikan terapi suplementasi oksigen segera pada pasien ISPA berat dan distress pernapasan, hipoksemia, atau syok.
      - a) Terapi oksigen dimulai dengan pemberian 5 L/menit dengan nasal kanul dan titrasi untuk mencapai target  $SpO_2 \geq 90\%$  pada anak dan orang dewasa yang tidak hamil serta  $SpO_2 \geq 92\%-95\%$  pada pasien hamil.
      - b) Pada anak dengan tanda kegawatdaruratan (obstruksi napas atau apneu, distress pernapasan berat, sianosis sentral, syok, koma, atau

kejang) harus diberikan terapi oksigen selama resusitasi untuk mencapai target SpO<sub>2</sub> ≥94%;

- c) Semua pasien dengan ISPA berat dipantau menggunakan pulse oksimetri dan sistem oksigen harus berfungsi dengan baik, dan semua alat-alat untuk menghantarkan oksigen (nasal kanul, sungkup muka sederhana, sungkup dengan kantong reservoir) harus digunakan sekali pakai.
- d) Terapkan kewaspadaan kontak saat memegang alat-alat untuk menghantarkan oksigen (nasal kanul, sungkup muka sederhana, sungkup dengan kantong reservoir) yang terkontaminasi dalam pengawasan atau terbukti COVID-19.

- b. Gunakan manajemen cairan konservatif pada pasien dengan ISPA berat tanpa syok.

Pasien dengan ISPA berat harus hati-hati dalam pemberian cairan intravena, karena resusitasi cairan yang agresif dapat memperburuk oksigenasi, terutama dalam kondisi keterbatasan ketersediaan ventilasi mekanik.

- c. Pemberian antibiotik empirik berdasarkan kemungkinan etiologi. Pada kasus sepsis (termasuk dalam pengawasan COVID-19) berikan antibiotik empirik yang tepat secepatnya dalam waktu 1 jam.
- d. Jangan memberikan kortikosteroid sistemik secara rutin untuk pengobatan pneumonia karena virus atau ARDS di luar uji klinis kecuali terdapat alasan lain.

Penggunaan jangka panjang sistemik kortikosteroid dosis tinggi dapat menyebabkan efek samping yang serius pada pasien dengan ISPA berat/SARI,

termasuk infeksi oportunistik, nekrosis avaskular, infeksi baru bakteri dan replikasi virus mungkin berkepanjangan. Oleh karena itu, kortikosteroid harus dihindari kecuali diindikasikan untuk alasan lain.

- e. Lakukan pemantauan ketat pasien dengan gejala klinis yang mengalami perburukan seperti gagal napas, sepsis dan lakukan intervensi perawatan suportif secepat mungkin.
- f. Pahami pasien yang memiliki komorbid untuk menyesuaikan pengobatan dan penilaian prognosisnya

## 2. Manajemen Gagal Napas Hipoksemi dan ARDS

- a. Mengenali gagal napas hipoksemi ketika pasien dengan distress pernapasan mengalami kegagalan terapi oksigen standar

Pasien dapat mengalami peningkatan kerja pernapasan atau hipoksemi walaupun telah diberikan oksigen melalui sungkup tutup muka dengan kantong reservoir (10 sampai 15 L/menit, aliran minimal yang dibutuhkan untuk mengembangkan kantong;  $FiO_2$  antara 0,60 dan 0,95). Gagal napas hipoksemi pada ARDS terjadi akibat ketidaksesuaian ventilasi-perfusi atau pirau/pintasan dan biasanya membutuhkan ventilasi mekanik.

- b. Oksigen nasal aliran tinggi (High-Flow Nasal Oxygen/HFNO) atau ventilasi non invasif (NIV) hanya pada pasien gagal napas hipoksemi tertentu, dan pasien tersebut harus dipantau ketat untuk menilai terjadi perburukan klinis.

- 1) Sistem HFNO dapat memberikan aliran oksigen 60 L/menit dan  $FiO_2$  sampai 1,0; sirkuit pediatrik umumnya hanya mencapai 15 L/menit, sehingga banyak anak membutuhkan sirkuit dewasa untuk memberikan aliran yang cukup. Dibandingkan dengan terapi oksigen standar, HFNO

mengurangi kebutuhan akan tindakan intubasi. Pasien dengan hiperkapnia (eksaserbasi penyakit paru obstruktif, edema paru kardiogenik), hemodinamik tidak stabil, gagal multi-organ, atau penurunan kesadaran seharusnya tidak menggunakan HFNO, meskipun data terbaru menyebutkan bahwa HFNO mungkin aman pada pasien hiperkapnia ringan-sedang tanpa perburukan. Pasien dengan HFNO seharusnya dipantau oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman melakukan intubasi endotrakeal karena bila pasien mengalami perburukan mendadak atau tidak mengalami perbaikan (dalam 1 jam) maka dilakukan tindakan intubasi segera. Saat ini pedoman berbasis bukti tentang HFNO tidak ada, dan laporan tentang HFNO pada pasien MERS masih terbatas.

- 2) Penggunaan NIV tidak direkomendasikan pada gagal napas hipoksemi (kecuali edema paru kardiogenik dan gagal napas pasca operasi) atau penyakit virus pandemik (merujuk pada studi SARS dan pandemi influenza). Karena hal ini menyebabkan keterlambatan dilakukannya intubasi, volume tidal yang besar dan injuri parenkim paru akibat barotrauma. Data yang ada walaupun terbatas menunjukkan tingkat kegagalan yang tinggi ketika pasien MERS mendapatkan terapi oksigen dengan NIV. Pasien hemodinamik tidak stabil, gagal multi-organ, atau penurunan kesadaran tidak dapat menggunakan NIV. Pasien dengan NIV seharusnya dipantau oleh petugas terlatih dan berpengalaman untuk melakukan intubasi endotrakeal karena bila pasien mengalami

perburukan mendadak atau tidak mengalami perbaikan (dalam 1 jam) maka dilakukan tindakan intubasi segera.

- 3) Publikasi terbaru menunjukkan bahwa sistem HFNO dan NIV yang menggunakan interface yang sesuai dengan wajah sehingga tidak ada kebocoran akan mengurangi risiko transmisi airborne ketika pasien ekspirasi.

c. Intubasi endotrakeal harus dilakukan oleh petugas terlatih dan berpengalaman dengan memperhatikan kewaspadaan transmisi *airborne*

Pasien dengan ARDS, terutama anak kecil, obesitas atau hamil, dapat mengalami desaturasi dengan cepat selama intubasi. Pasien dilakukan preoksigenasi sebelum intubasi dengan Fraksi Oksigen (FiO<sub>2</sub>) 100% selama 5 menit, melalui sungkup muka dengan kantong udara, bag-valve mask, HFNO atau NIV dan kemudian dilanjutkan dengan intubasi.

d. Ventilasi mekanik menggunakan volume tidal yang rendah (4-8 ml/kg prediksi berat badan, Predicted Body Weight/PBW) dan tekanan inspirasi rendah (tekanan plateau <30 cmH<sub>2</sub>O).

Sangat direkomendasikan untuk pasien ARDS dan disarankan pada pasien gagal napas karena sepsis yang tidak memenuhi kriteria ARDS.

- 1) Perhitungkan PBW pria =  $50 + 2,3$  [tinggi badan (inci) -60], wanita =  $45,5 + 2,3$  [tinggi badan (inci)-60]
- 2) Pilih mode ventilasi mekanik
- 3) Atur ventilasi mekanik untuk mencapai tidal volume awal = 8 ml/kg PBW

- 4) Kurangi tidal volume awal secara bertahap 1 ml/kg dalam waktu  $\leq 2$  jam sampai mencapai tidal volume = 6ml/kg PBW
- 5) Atur laju napas untuk mencapai ventilasi semenit (tidak lebih dari 35 kali/menit)
- 6) Atur tidal volume dan laju napas untuk mencapai target pH dan tekanan plateau

Hipercapnia diperbolehkan jika pH 7,30-7,45. Protokol ventilasi mekanik harus tersedia. Penggunaan sedasi yang dalam untuk mengontrol usaha napas dan mencapai target volume tidal. Prediksi peningkatan mortalitas pada ARDS lebih akurat menggunakan tekanan driving yang tinggi (tekanan plateau-PEEP) di bandingkan dengan volume tidal atau tekanan plateau yang tinggi.

- e. Pada pasien ARDS berat, lakukan ventilasi dengan prone position > 12 jam per hari

Menerapkan ventilasi dengan prone position sangat dianjurkan untuk pasien dewasa dan anak dengan ARDS berat tetapi membutuhkan sumber daya manusia dan keahlian yang cukup.

- f. Manajemen cairan konservatif untuk pasien ARDS tanpa hipoperfusi jaringan

Hal ini sangat direkomendasikan karena dapat mempersingkat penggunaan ventilator.

- g. Pada pasien dengan ARDS sedang atau berat disarankan menggunakan PEEP lebih tinggi dibandingkan PEEP rendah

Titration PEEP is required with weighing benefits (reducing atelectrauma and increasing alveolar recruitment) and risks (excess pressure at the end of inspiration that causes lung injury and higher pulmonary vascular resistance). To guide PEEP titration based on the FiO<sub>2</sub> needed to maintain SpO<sub>2</sub>. Recruitment maneuvers (RMs) are performed periodically with high CPAP [30-40 cm H<sub>2</sub>O], progressive PEEP with constant driving pressure, or high driving pressure with weighing benefits and risks.

- h. In moderate-severe ARDS (P/FiO<sub>2</sub> <150) it is not recommended to routinely use muscle relaxants.
- i. In patients with Expertise in Extra Corporal Life Support (ECLS), use should be considered when receiving a patient with refractory hypoxemia despite lung protective ventilation.

At present, there are no guidelines that recommend the use of ECLS in ARDS patients, but there is research that ECLS may reduce the risk of death.

- j. Avoid disconnection of mechanical ventilation from the patient because it can result in loss of PEEP and atelectasis. Use closed suction catheters and clamps on endotracheal tubes when disconnecting mechanical ventilation from the patient (for example, when moving the patient to portable mechanical ventilation).

### 3. Management of Sepsis

- a. Recognize signs of sepsis

- 1) Pasien dewasa: hipotensi yang menetap meskipun sudah dilakukan resusitasi cairan dan membutuhkan vasopresor untuk mempertahankan MAP  $\geq 65$  mmHg dan kadar laktat serum  $> 2$  mmol/L.
- 2) Pasien anak: hipotensi (Tekanan Darah Sistolik (TDS)  $<$  persentil 5 atau  $> 2$  standar deviasi (SD) di bawah normal usia) atau terdapat 2-3 gejala dan tanda berikut: perubahan status mental/kesadaran; takikardia atau bradikardia (HR  $< 90$  x/menit atau  $> 160$  x/menit pada bayi dan HR  $< 70$  x/menit atau  $> 150$  x/menit pada anak); waktu pengisian kembali kapiler yang memanjang ( $> 2$  detik) atau vasodilatasi hangat dengan bounding pulse; takipnea; mottled skin atau ruam petekie atau purpura; peningkatan laktat; oliguria; hipertermia atau hipotermia.

Apabila tidak ada pemeriksaan laktat, gunakan MAP dan tanda klinis gangguan perfusi untuk deteksi syok. Perawatan standar meliputi deteksi dini dan tatalaksana dalam 1 jam; terapi antimikroba dan pemberian cairan dan vasopresor untuk hipotensi. Penggunaan kateter vena dan arteri berdasarkan ketersediaan dan kebutuhan pasien.

- b. Resusitasi syok septik pada dewasa: berikan cairan kristaloid isotonik 30 ml/kg. Resusitasi syok septik pada anak-anak: pada awal berikan bolus cepat 20 ml/kg kemudian tingkatkan hingga 40-60 ml/kg dalam 1 jam pertama.
- c. Jangan gunakan kristaloid hipotonik, kanji, atau gelatin untuk resusitasi.
- d. Resusitasi cairan dapat mengakibatkan kelebihan cairan dan gagal napas. Jika tidak ada respon terhadap pemberian cairan dan muncul tanda-tanda kelebihan cairan (seperti distensi vena jugularis, ronki basah halus pada

auskultasi paru, gambaran edema paru pada foto toraks, atau hepatomegali pada anak-anak) maka kurangi atau hentikan pemberian cairan.

1) Kristaloid yang diberikan berupa salin normal dan Ringer laktat.

Penentuan kebutuhan cairan untuk bolus tambahan (250-1000 ml pada orang dewasa atau 10-20 ml/kg pada anak-anak) berdasarkan respons klinis dan target perfusi. Target perfusi meliputi MAP  $>65$  mmHg atau target sesuai usia pada anak-anak, produksi urin ( $>0,5$  ml/kg/jam pada orang dewasa, 1 ml/kg/jam pada anak-anak), dan menghilangnya mottled skin, perbaikan waktu pengisian kembali kapiler, pulihnya kesadaran, dan turunnya kadar laktat.

2) Pemberian resusitasi dengan kanji lebih meningkatkan risiko kematian dan *acute kidney injury* (AKI) dibandingkan dengan pemberian kristaloid. Cairan hipotonik kurang efektif dalam meningkatkan volume intravaskular dibandingkan dengan cairan isotonik. Surviving Sepsis menyebutkan albumin dapat digunakan untuk resusitasi ketika pasien membutuhkan kristaloid yang cukup banyak, tetapi rekomendasi ini belum memiliki bukti yang cukup (*low quality evidence*).

- e. Vasopresor diberikan ketika syok tetap berlangsung meskipun sudah diberikan resusitasi cairan yang cukup. Pada orang dewasa target awal tekanan darah adalah MAP  $\geq 65$  mmHg dan pada anak disesuaikan dengan usia.
- f. Jika kateter vena sentral tidak tersedia, vasopresor dapat diberikan melalui intravena perifer, tetapi gunakan vena yang besar dan pantau dengan cermat tanda-tanda ekstrasvasasi dan nekrosis jaringan lokal. Jika ekstrasvasasi

terjadi, hentikan infus. Vasopresor juga dapat diberikan melalui jarum intraoseus.

g. Pertimbangkan pemberian obat inotrop (seperti dobutamine) jika perfusi tetap buruk dan terjadi disfungsi jantung meskipun tekanan darah sudah mencapai target MAP dengan resusitasi cairan dan vasopresor.

1) Vasopresor (yaitu norepinefrin, epinefrin, vasopresin, dan dopamin) paling aman diberikan melalui kateter vena sentral tetapi dapat pula diberikan melalui vena perifer dan jarum intraoseus. Pantau tekanan darah sesering mungkin dan titrasi vasopressor hingga dosis minimum yang diperlukan untuk mempertahankan perfusi dan mencegah timbulnya efek samping.

2) Norepinefrin dianggap sebagai lini pertama pada pasien dewasa; epinefrin atau vasopresin dapat ditambahkan untuk mencapai target MAP. Dopamine hanya diberikan untuk pasien bradikardia atau pasien dengan risiko rendah terjadinya takiaritmia. Pada anak-anak dengan *cold shock* (lebih sering), epinefrin dianggap sebagai lini pertama, sedangkan norepinefrin digunakan pada pasien dengan *warm shock* (lebih jarang).

h. Tatalaksana spesifik untuk COVID-19 (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020)

Saat ini belum ada penelitian atau bukti tatalaksana spesifik pada COVID-19. Belum ada tatalaksana antiviral untuk infeksi Coronavirus yang terbukti efektif. Pada studi terhadap SARSCoV, kombinasi lopinavir dan ritonavir dikaitkan dengan memberi manfaat klinis. Saat ini penggunaan lopinavir dan ritonavir masih diteliti

terkait efektivitas dan keamanan pada infeksi COVID-19. Tatalaksana yang belum teruji / terlisensi hanya boleh diberikan dalam situasi uji klinis yang disetujui oleh komite etik atau melalui Monitored Emergency Use of Unregistered Interventions Framework (MEURI), dengan pemantauan ketat. Selain itu, saat ini belum ada vaksin untuk mencegah pneumonia COVID-19 ini.

### **2.5.7 Tindakan Pencegahan**

Menurut (Ikatan Dokter Paru Indonesia, 2020) dalam buku pedoman Pencegahan dan Pengendalian Covid 19 menjelaskan bahwa berdasarkan penelitian dan bukti yang tersedia, COVID-19 ditularkan melalui kontak dekat dan droplet, bukan melalui transmisi udara. Orang-orang yang paling berisiko terinfeksi adalah mereka yang berhubungan dekat dengan pasien COVID-19 atau yang merawat pasien COVID-19. Tindakan pencegahan dan mitigasi merupakan kunci penerapan di pelayanan kesehatan dan masyarakat. Langkah-langkah pencegahan yang paling efektif di masyarakat meliputi (WHO, 2020a):

1. Cuci tangan anda dengan sabun dan air sedikitnya selama 20 detik. Gunakan hand sanitizer berbasis alkohol yang setidaknya mengandung alcohol 60 %, jika air dan sabun tidak tersedia.
2. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
3. Sebisa mungkin hindari kontak dengan orang yang sedang sakit.
4. Saat anda sakit gunakan masker medis. Tetap tinggal di rumah saat anda sakit atau segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai, jangan banyak beraktifitas di luar.

5. Tutupi mulut dan hidung anda saat batuk atau bersin dengan tissue. Buang tissue pada tempat yang telah ditentukan.
6. Bersihkan dan lakukan disinfeksi secara rutin permukaan dan benda yang sering disentuh.
7. Menggunakan masker medis adalah salah satu cara pencegahan penularan penyakit saluran napas, termasuk infeksi COVID-19. Akan tetapi penggunaan masker saja masih kurang cukup untuk melindungi seseorang dari infeksi ini, karenanya harus disertai dengan usaha pencegahan lain. Penggunaan masker harus dikombinasikan dengan hand hygiene dan usaha-usaha pencegahan lainnya.
8. Penggunaan masker medis tidak sesuai indikasi bisa jadi tidak perlu, karena selain dapat menambah beban secara ekonomi, penggunaan masker yang salah dapat mengurangi keefektifitasannya dan dapat membuat orang awam mengabaikan pentingnya usaha pencegahan lain yang sama pentingnya seperti hygiene tangan dan perilaku hidup sehat.

Selain itu menjaga lingkungan tetap bersih juga harus diperhatikan seperti :

1. Bersihkan dengan cairan desinfektan pada area yang sering disentuh seperti pinggiran meja, gagang pintu. Gunakan alkohol dengan kadar minimal 70%
2. Bersihkan kamar mandi dengan desinfektan sama seperti poin 1
3. Cuci pakaian, sprei tempat tidur, handuk, dan handuk cuci tangan yang digunakan gunakan sabun cuci pakaian biasa dan air atau mesin cuci pada 60-90 derajat dengan sabun cuci deterjen dan keringkan segera. (United Nation, 2020)

Pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas kesehatan dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) merupakan komponen penting yang harus diterapkan dalam manajemen kasus infeksi. Berikut strategi PPI untuk mencegah atau membatasi penularan infeksi di fasilitas kesehatan meliputi (WHO, 2020c) :

1. Triage, deteksi dini dan pengontrolan sumber.
2. Penerapan standard pencegahan untuk semua pasien
3. Penerapan tindakan pencegahan tambahan secara empiris (droplet dan kontak dan pencegahan airborne lain) untuk kasus yang dicurigai infeksi COVID-19.
4. Penerapan kontrol administratif
5. Penggunaan kontrol lingkungan dan engineering

#### **2.5.8 Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial**

Pencegahan penularan yang dapat dilakukan secara individu, sebagai berikut:

1. Jarak Sosial (*social distancing*) adalah jarak interaksi sosial minimal 2 meter, tidak berjabat tangan, dan tidak berpelukan sehingga penularan virus dapat dicegah. Jarak sosial ini sepertinya membuat interaksi menjadi semakin jauh, rasa sepi dan terisolasi. Hal ini dapat diatasi dengan meningkatkan intensitas interaksi sosial melalui media sosial yang tidak berisiko terkena percikan ludah.
2. Jarak fisik (*Physical distancing*): Jarak fisik adalah jarak antar orang dimanapun berada minimal 2 meter, artinya walaupun tidak berinteraksi dengan orang lain jarak harus dijaga dan tidak bersentuhan.

Tidak ada jaminan baju dan tubuh orang lain tidak mengandung virus COVID-19 sehingga jarak fisik dapat mencegah penularan.

3. Cuci tangan dengan sabun pada air yang mengalir sebelum dan sesudah memegang benda. Tangan yang memegang benda apa saja mungkin sudah ada virus COVID-19, sehingga cuci tangan pakai sabun dapat menghancurkan kulit luar virus dan tangan bebas dari virus. Hindari menyentuh mulut, hidung dan mata, karena tangan merupakan cara penularan yang paling berbahaya.
4. Pakai masker kain yang diganti setiap 4 jam. Pada situasi pandemi tidak diketahui apakah orang lain sehat atau OTG (yang tidak memperlihatkan tanda dan gejala pada hal sudah mengandung virus corona), jadi pemakaian masker kain bertujuan tidak menularkan dan tidak ketularan.
5. Setelah pulang ke rumah. Pada situasi yang terpaksa harus ke luar rumah, maka saat pulang ke rumah upayakan meninggalkan sepatu di luar rumah, lalu segera mandi dan pakaian segera dicuci.

Oleh karena itu setiap orang diminta tinggal di rumah (*stay at home*) artinya bekerja dari rumah, belajar dari rumah, beribadah dari rumah dan semua aktifitas dilakukan di rumah. Hindari pertemuan.

### **2.5.9 Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)**

Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau

perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

#### 1. Kesehatan Fisik pada ODGJ

Orang dengan gangguan jiwa yang berada di masyarakat dan yang dirawat di rumah sakit jiwa mempunyai risiko yang sama terhadap penularan COVID-19. Oleh karena itu semua tindakan pada OS, OTG, ODP, PDP, dan konfirmasi COVID-19 berlaku untuk mereka. Orang dengan gangguan jiwa diberikan edukasi promosi kesehatan dan pencegahan penularan COVID-19 oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Orangtua/caregiver mendampingi ODGJ dalam melakukannya.

#### 2. Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada ODGJ

Pandemi COVID-19 merupakan tambahan stresor bagi ODGJ yang memungkinkan ODGJ yang telah pulih berisiko kambuh. Untuk itu perlu dilakukan beberapa dukungan kesehatan jiwa dan psikososial kepada ODGJ. Cara memberikan dukungan kepada pasien ODGJ selama wabah COVID-19, sbb :

- a. Keluarga/Caregiver sebaiknya selalu memperhatikan gejala-gejala klinis yang timbul pada pasien ODGJ karena berita yang ada serta pembatasan dalam ruang gerak individu dapat meningkatkan gejala-gejala psikiatris pasien ODGJ. Apabila gejala psikiatrik semakin meningkat segera konsultasikan dengan penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa di layanan primer atau dokter yang merawat untuk melakukan tindakan lanjutan yang diperlukan sesuai kondisi klinis.

- b. Keluarga/Caregiver mendapatkan psikoedukasi baik dalam mengatasi gejala-gejala psikiatrik oleh perawat dan dokter pelayanan kesehatan primer yang bertanggung jawab untuk pelayanan kesehatan jiwa.
- c. Tokoh masyarakat diharapkan dapat membantu memberikan perhatian kepada ODGJ seperti: Ketua RT/RW/Lurah dan kader kesehatan jiwa di masyarakat.
- d. Perawat dan dokter penanggung jawab kesehatan jiwa di puskesmas atau pelayanan kesehatan primer memantau dan melakukan follow up kontinuitas perawatan dan pengobatan pasien ODGJ.
- e. Perlakuan dan perhatian khusus terhadap ODGJ terlantar dan gelandangan, bekerja sama dan merujuk pada layanan tempat sosial setempat.

### **BAB 3**

#### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada tanggal 28 Januari sampai dengan 30 Januari 2020 di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

##### **3.1 Pengkajian**

Ruangan Rawat : Ruang VI

Tanggal Dirawat : 25-01-2020

### **3.1.1 Identitas**

Pasien merupakan seorang perempuan bernama Ny. R, umur 38 tahun, klien tinggal di Surabaya, klien beragama Kristen, pendidikan terakhirnya adalah Sekolah Menengah Atas (SMA), bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia, klien sudah bercerai dengan suaminya. Klien adalah anak keempat dari 5 bersaudara, klien dirawat di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Tanggal dirawat 25 Januari 2020 dengan nomor rekam medis 57.XX.XX.

### **3.1.2 Alasan Masuk**

Pasien mengatakan 2 hari tidak bisa tidur karena mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya tetapi ia berusaha mengacuhkan suara tersebut. Selama itu ia mondar-mandir, gelisah, marah-marah. Pada tanggal 25 Januari pasien masuk rumah sakit di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan diantar saudaranya yang nomer 3. Berdasarkan rekam medis, pada alasan masuk keluarga mengatakan klien 2 hari tidak tidur, marah-marah, mondar-mandir, gelisah, dan bicara sendiri.

### **3.1.3 Faktor Predisposisi**

1. Saat pengkajian pasien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 5 tahun yang lalu. Klien mengatakan sudah 3x dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur, dan sudah 2x dirawat di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Pengobatan Sebelumnya

Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien dinyatakan sembuh oleh dokter, tetapi penyakit pasien kambuh kembali sebab pasien jarang minum obat dan kontrol.

### 3. Pengalaman

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam rumah tangga, maupun tindakan kriminal.

**Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan regimen terapeutik**

### 4. Saat ditanya apakah ibu mempunyai saudara atau keluarga yang sakit seperti ibu sekarang? “pasien mengatakan tidak ada.”

**Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

### 5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan bahwa klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pada waktu ia bekerja, klien pernah ditipu oleh teman kerjanya hingga menghabiskan uang jutaan rupiah. Klien juga mengatakan, jika klien bertemu dengan seorang yang menipunya klien akan memukulnya. Klien berbicara dengan nada agak marah.

**Masalah Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan**

#### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda vital: TD : 120/80      N : 92x/menit      S : 36.8°

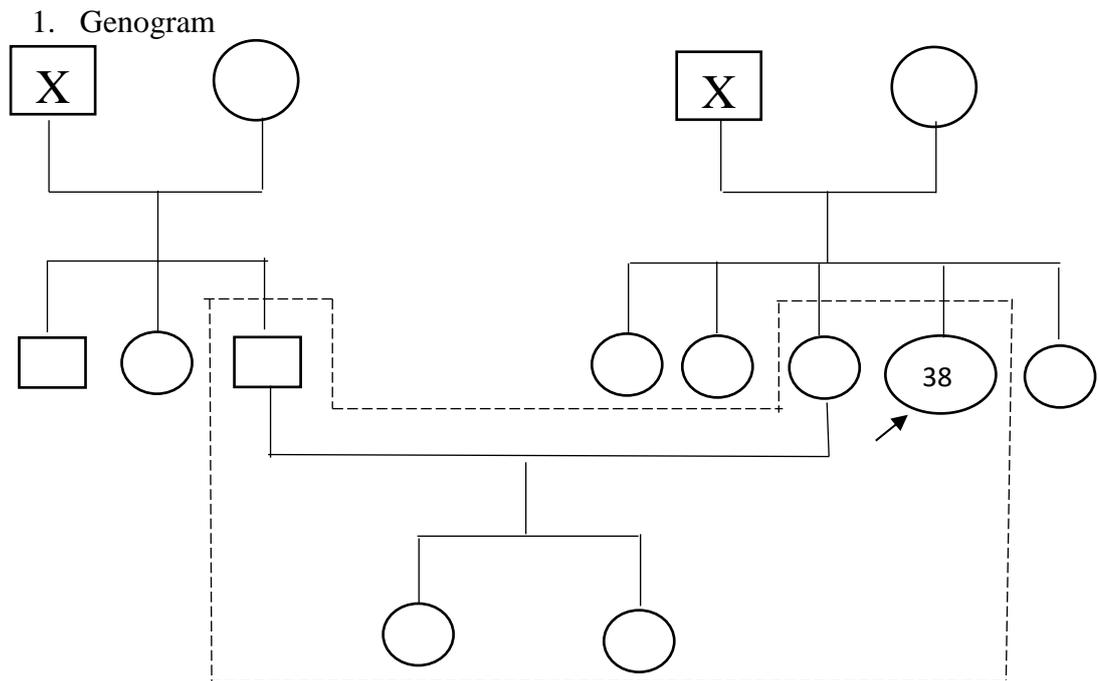
P : 19x/menit

2. Ukur: TB : 153 cm      BB : 94 kg

3. Keluhan Fisik : Klien mengatakan tidak ada keluhan, sehat-sehat saja

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

### 3.1.5 Psikososial



Gambar 3.1 Genogram Ny. R

#### Keterangan:

□ Laki-laki

○ Perempuan

× Meninggal

↗ Pasien

----- Tinggal serumah

#### Penjelasan :

Pasien merupakan anak ke 4 dari 5 bersaudara. Pasien sudah bercerai dengan suaminya dan tidak memiliki anak selama menikah. Pasien tinggal serumah dengan kakaknya yang nomer 3 juga dengan suami kakaknya dan kedua anak kakaknya. Pengambilan keputusan dikeluarga adalah kakaknya, pasien tidak memiliki masalah baik dari orang tua, dan saudaranya.

## 2. Konsep Diri

### a. Gambaran diri:

Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya dan ia bersyukur memiliki tubuh yang normal dan tidak ada keterbatasan fisik. Pasien juga mengatakan anggota tubuh saya sang pencipta yang menciptakan anggota tubuh saya dengan sempurna karena itu saya suka dengan semua bagian tubuh saya.

### b. Identitas

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan berusia 38 tahun dan seorang janda. Pasien juga mengatakan bahwa ia bernama RMN senang bila dipanggil R. Pendidikan terakhirnya SMA, ia tinggal di Surabaya.

### c. Peran

Peran pasien adalah seorang anak ke empat, dan adik. Perannya selama dirumah membantu kakaknya yang membuka usaha laundry.

### d. Ideal Diri

Pasien mengatakan setelah sembuh dan keluar dari rumah sakit ia ingin bekerja sebagai penjaga toko seperti dulu. Pasien juga ingin menikah lagi dan mempunyai anak.

### e. Harga Diri

Pasien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini yang sudah menjadi janda, tidak mempunyai anak.

**Masalah Keperawatan : Harga diri rendah**

3. Hubungan sosial :

a. Orang yang berarti :

Saat ditanya siapa orang yang sangat berarti? Pasien menjawab “orang yang berarti adalah keluarga, terutama ibu saya yang sekarang sedang sakit.”

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien hanya dirumah saja tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di kampungnya dan saat masuk rumah sakit pasien mengikuti senam, pasien juga berkumpul/bergabung dengan teman-temannya untuk bercanda dan untuk mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di rumah sakit.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan saat dirumah saja tidak pernah keluar rumah karena ia tidak percaya diri. Pasien keluar rumah hanya saat beribadah di gereja.

**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

4. Spiritual

a. Nilai dari keyakinan :

Pasien mengatakan ia beragama kristen.

b. Kegiatan ibadah :

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit ia ke gereja setiap hari sabtu, tetapi saat di rumah sakit karena hanya ada musholla maka ia melakukan

ibadah dengan cara berdoa setiap pagi dengan teman yang sama-sama beragama kristen.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

### 3.1.6 Status Mental

#### 1. Penampilan

Saat pengkajian di dapatkan penampilan pasien rapi. Rambut pasien terlihat bersih, disisir dan diberi bando.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 2. Pembicaraan

Saat pengkajian pasien menjawab dengan suara cepat, ia bercerita tentang keluarga dan masalahnya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 3. Aktivitas Motorik

Saat berada di rumah sakit pasien terlihat melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan. Pasien tampak mondar-mandir.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### 4. Alam perasaan

Ketika ditanya tentang suaminya pasien mengatakan “saya merasa sangat sedih setelah saya sudah bercerai dengan suami saya.”

**Masalah Keperawatan : Ansietas**

#### 5. Afek

Tumpul. Saat berinteraksi ekspresi wajah pasien hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat. Ketika pasien ditanya tentang ibu dan keluarganya pasien tampak senang.

**Masalah Keperawatan: Hambatan interaksi sosial**

6. Interaksi selama wawancara

Pasien kooperatif, kotak mata (+), dan menjawab dengan relevan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

7. Persepsi Halusinasi

Pasien mengalami halusinasi pendengaran. Saat ditanya tentang isi halusinasinya pasien mengatakan mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya. Halusinasinya itu datang di waktu siang dan malam, muncul saat pasien sedang sendirian dan melamun. Untuk frekuensinya sering, respon pasien saat suara itu muncul adalah marah-marah dan klien merasa terganggu oleh suara-suara tersebut.

**Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran**

8. Proses Pikir

Pasien bisa menjawab pertanyaan sesuai dengan yang ditanyakan.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

9. Isi Pikir

Pasien tidak memiliki masalah waham

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

10. Tingkat Kesadaran

Saat pasien ditanya tempat dan waktu pasien mengatakan “Saat ini saya berada di rumah sakit Dr. Ramelan Surabaya, hari ini hari selasa tanggal 28 Januari tahun 2020 jam setengah sepuluh.”

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

11. Memori

Jangka panjang: saat ditanya kapan ayah Ny. R meninggal ? Pasien mengatakan “ayah saya meninggal 15 tahun yang lalu.” Dan pasien mampu mengingat kejadian masa lalunya seperti saat ia jatuh dari sepeda dan kakinya terluka saat akan disuntik ia lari karena ia takut dengan jarum suntik.

Jangka pendek: saat ditanya kapan keluarga ibu berkunjung ? Pasien mengatakan “Kemarin siang kakak saya kesini.”

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mudah beralih. Pasien dapat berhitung dan menjawab pertanyaan dengan benar yaitu pasien dapat berhitung uang 700.000 dibuat beli gelang seharga 300.000 sisa uang ada 400.000 dan saat ditanya dimana rumahnya, pasien mengatakan “Rumah saya di simo kwagean kuburan nomer 76 A mbak, deket banyuurip sana”.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

13. Kemampuan Penilaian

Pasien tidak mengalami gangguan pada kemampuan penilaian. Saat ditanya seandainya ibu menemukan barang teman ibu, walaupun ibu menyukai barang tersebut, apa yang akan ibu lakukan? Pasien mengatakan “saya kembalikan mbak, karena dosa mengambil barang yang bukan milik kita.”

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

14. Daya tilik diri

Pasien mengatakan mengetahui kalau dirinya itu sakit, tapi pasien tidak mengetahui dirinya itu sakit apa. Saat ditanya apakah ibu tahu kenapa ibu berada disini? Pasien menjawab “Disini itu rumah sakit, tapi sebenarnya saya ini tidak gila mbak karena saya ini masih bisa berfikir kan kalau orang gila tidak bisa berfikir mbak.”

**Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir**

**3.1.7 Kebutuhan Pulang**

1. Kemampuan klien memenuhi/menyediakan kebutuhan

Pasien mampu memenuhi kebutuhan makan dan pakaian secara mandiri dan untuk kebutuhan lainnya (keamanan, uang, perawatan kesehatan, transportasi dan tempat tinggal) sudah dari pihak rumah sakit.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

2. Kegiatan hidup sehari-hari

- a. Perawatan diri:

Dalam perawatan diri, sehari-hari pasien mandi sendiri sehari dua kali, ganti baju 2x/sehari, pasien keramas 2 hari sekali, rambutnya rapi disisir.

Untuk pemenuhan makan pasien mau ambil sendiri di tempat pembagian makan. Untuk ADL lainnya pasien mampu secara mandiri dan bisa tapi masih dengan motivasi dari perawat.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

- b. Nutrisi:

Pasien mengatakan selama dirawat disini makanannya enak. Pola makan pasien teratur 3 kali sehari ditambah kudapan sehari 1 kali, habis setiap

makan. Berat badan yang awalnya 92 kg naik menjadi 94 kg. Pasien waktu makan tidak memisahkan diri, makan bersama pasien yang lain.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

c. Tidur

Selama tidur tidak ada masalah, dan selalu merasa segar setelah bangun tidur. Pasien mengatakan terbangun saat tidur jika ingin BAK saja. Pasien mengatakan tidak terbiasa tidur siang. Waktu tidur malam jam 20.00 WIB waktu bangun tidur jam 05.00 WIB.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

3. Kemampuan klien

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri dan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginannya sendiri, pasien mengerti waktu untuk minum obat tapi penggunaan obat dan pemeriksaan kesehatan pasien belum mampu untuk melakukannya sendiri. Pasien mengatakan saat di rumah sakit ia rutin minum obat saat pagi dan malam hari.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

4. Sistem pendukung

Pasien memiliki sistem pendukung dari terapis (dokter dan perawat) yang merawat. Sistem pendukung dari keluarga juga ada yaitu kakaknya yang mengunjunginya. Pasien mempunyai 1 teman akrab, yaitu teman yang beragama sama dengan pasien.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien membantu kakaknya yang membuka usaha laundry, ia membantu menjemur pakaian yang basah. Selama di rawat di ruang VI pasien hanya beraktivitas seperti mandi, makan, berdoa setiap pagi, menonton tv, menulis, minum obat, bermain congklak, dan tidur.

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

### **3.1.8 Mekanisme Koping**

Mekanisme koping adaptif pasien tidak ada masalah. Pasien mengatakan saat ia ada masalah maka ia akan membicarakannya dengan kakaknya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

### **3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan**

#### 1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok, pasien hanya mengikuti interaksi social seperti senam dan TAK.

#### 2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Pasien mampu berinteraksi dengan lingkungannya, jika diajak mengobrol dengan perawat pasien mampu berinteraksi dengan baik. Pasien juga dapat berinteraksi dengan baik terhadap teman dekatnya.

#### 3. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Pasien mengatakan lulusan SMA.

#### 4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Pasien mengatakan bekerja di tempat usaha laundry milik kakaknya, ia bagian menjemur pakaian.

5. Masalah dengan perumahan, spesifik

Pasien mengatakan tinggal bersama kakaknya, suami kakaknya dan anak-anak kakaknya.

6. Masalah ekonomi, spesifik

Pasien mengatakan kebutuhan hidup sehari-hari sering terpenuhi, dan yang membiayainya selama perawatan dirumah sakit adalah kakaknya.

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Pasien mengatakan jika sakit pasien berobat ke puskesmas atau dokter praktek.

8. Masalah lainnya, spesifik

Tidak ada masalah.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

### 3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa, dan akibat yang akan timbul apabila ia tidak minum obat secara teratur.

**Masalah Keperawatan : Kurang pengetahuan**

### 3.1.11 Data Lain-Lain

Tidak ada hasil laboratorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya

### 3.1.12 Aspek Medik

a. Diagnosa Medik : F20.0 skizofrenia paranoid

b. Terapi Medik :

1. Risperidone 2x2 mg (1-0-1)

Risperidone adalah obat dengan fungsi untuk mengatasi gangguan mental / mood tertentu, seperti schizoprenia, gangguan bipolar, dan iritabilitas yang

berhubungan dengan gangguan autis. pengobatan ini dapat membantu untuk berfikir jernih dan beraktivitas normal dalam kehidupan sehari – hari.

#### 2.Hexymer 2x2 mg (1-0-1)

obat ini digunakan untuk mengatasi kejang pada sebagian besar jenis Parkinson. obat ini juga digunakan mengatasi gejala gangguan ekstrapidal umum atau yang disebabkan oleh efek samping penggunaan obat tertentu seperti obat anti psikotropika dan obat anti depresan.

#### 3.Clozapin 1x25 mg (0-0-1)

Clozapine adalah obat yang digunakan untuk mengurangi gejala psikosis. psikosis adalah kondisi dimana penderita tidak dapat membedakan kenyataan dengan khayalan.

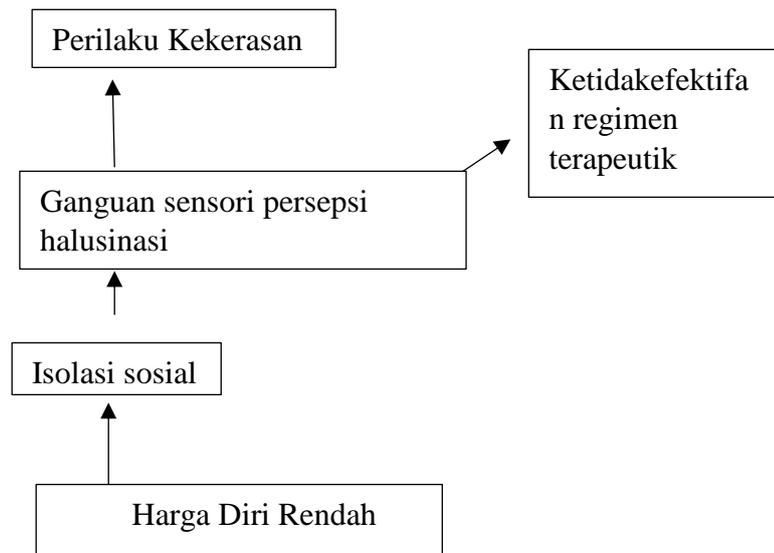
### **3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan**

1. Ketidakefektifan regimen terapeutik
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Harga diri rendah
4. Ansietas
5. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
6. Gangguan proses pikir
7. Kurang pengetahuan
8. Isolasi Sosial
9. Hambatan interaksi sosial

### **3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan**

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

## **3.2 Pohon Masalah**



Gambar 3.2 Pohon Masalah Pada Ny. R Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

### 3.3 Analisa Data

NAMA : Ny. R

NIRM : 57.XX.XX

RUANGAN : Ruang VI

Tabel 3.1 Analisa Data

No.	Data	Masalah	TTD
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mendengar suara seorang laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya tetapi ia berusaha mengacuhkannya.</li> <li>- Bisikan itu datang di waktu siang dan malam, muncul saat pasien sedang sendiri dan melamun.</li> <li>- Untuk frekuensinya sering.</li> <li>- Respon pasien saat suara itu muncul adalah marah-marahan dan klien merasa terganggu oleh suara-suara tersebut.</li> </ul> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak mondar-mandir, gelisah, terkadang terlihat berbicara sendiri</p>	Halusinasi pendengaran	April
2	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan jika ia bertemu dengan seseorang yang menipunya klien akan memukulnya</p> <p>DO:</p> <p>Pasien berbicara dengan nada agak marah, pasien marah-marahan dan tampak gelisah</p>	Resiko perilaku kekerasan	April
3	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan saat dirumah tidak pernah keluar rumah karena ia tidak percaya diri. Pasien keluar rumah hanya saat beribadah ke gereja.</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak khawatir</p> <p>Pasien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini yang sudah menjadi janda, tidak mempunyai anak.</p>	Harga diri rendah	April



### 3.4 Rencana Keperawatan

Nama Klien : Ny. R

Nama Mahasiswa : Aprillia Anggrasari

NIRM : 57.XX.XX

Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya

Bangsas/Tempat : Ruang VI

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
			Tujuan	Kriteria Hasil		
1	28-01-2020	Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi pendengaran	SP 1 Klien dapat mengenali halusinasi yang dialami dan klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.	SP 1 a. Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat - Ada kontak mata - Mau berjabat tangan - Mau menjawab salam - Mau menyebutkan nama - Mau duduk berdampingan dengan perawat - Mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	SP 1 : a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik - Sapa klien dengan ramah - Tanyakan nama lengkap klien, dan nama panggilan yang disukai - Jelaskan tujuan pertemuan	Menjalin kepercayaan klien terhadap perawat.

				<p>b. Klien menyebutkan : waktu, isi, dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi.</p> <p>c. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.</p>	<p>- Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya - Beri perhatian pada klien dan penuhi kebutuhan klien.</p> <p>b. Identifikasi halusinasi klien.</p> <p>c. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p>	<p>Untuk mengetahui isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi serta respon dari halusinasi.</p> <p>Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak</p>
--	--	--	--	---	---	---

			<p>SP 2 : Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.</p> <p>SP 3 :</p>	<p>d. Klien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p>SP 2 : Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.</p>	<p>d. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien.</p> <p>SP 2: a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien b. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain c. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.</p>	<p>halusinasi yang muncul. Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memedulikan halusinasinya.</p> <p>Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain .</p>
--	--	--	--	--	---	--

			<p>Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal.</p>	<p>SP 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.</p>	<p>SP 3 : a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. b. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien) c. Anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian.</p>	<p>Membantu klien dalam mengalihkan halusinasi yang dialami klien.</p>
			<p>SP 4 : Klien mengikuti program pengobatan secara teratur.</p>	<p>SP 4 : Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan klien dapat menyebutkan nama/ jenis obat, warna obat, waktu obat diminum, fungsi obat dan efek</p>	<p>SP 4 : a. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien. b. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur</p>	<p>Obat merupakan salah satu cara untuk menghilangkan suara-suara yang muncul dalam halusinasi selain itu juga untuk merilekskan klien serta</p>

			<p>SP 1 Keluarga : Keluarga dapat terlibat dalam perawatan klien jika sudah pulang ke rumah maupun di rumah sakit.</p> <p>SP 2 Keluarga : Keluarga dapat mengetahui cara merawat klien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.</p>	<p>samping obat yang diminum.</p> <p>SP 1 Keluarga: Keluarga mengetahui penyakit yang diderita oleh klien dan keluarga mengerti tentang pengertian, jenis, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi dan keluarga juga mengerti tentang bagaimana cara merawat klien dengan halusinasi.</p> <p>SP 2 Keluarga: Keluarga mampu merawat lansung klien dengan halusinasi.</p>	<p>c. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p>SP 1 Keluarga: a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta prose terjadinya halusinasi. c. Menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga.</p> <p>SP 2 Keluarga: a. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi</p>	<p>menenangkan pikiran klien.</p> <p>Agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi klien dengan halusinasi baik saat di rumah maupun di rumah sakit.</p> <p>Agar keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi nanti jika klien sudah pulang ke rumah.</p>
--	--	--	--	--	---	---

			<p>SP 3 Keluarga : Membantu perencanaan pulang bersama keluarga.</p>	<p>SP 3 Keluarga Keluarga mampu melanjutkan jadwal aktifitas klien selama di rumah sakit jika sudah pulang ke rumah.</p>	<p>b. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien.</p> <p>SP 3 Keluarga a. Membantu keluarga membentuk jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat b. Menjelaskan follow up klien setelah pulang.</p>	<p>Agar keluarga tau kegiatan apa yang harus dilakukan klien jika klien pulang dan tidak lupa untuk memberikan obat.</p>
--	--	--	--	--	---	--

### 3.5 Tindakan Keperawatan

NAMA : Ny. R

NIRM : 57.XX.XX

RUANGAN : Ruang VI

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

TANGGAL	DX KEP	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
28/01/2020 10.00-10.15 wib	Gangguan sensoris persepsi : halusinasi pendengaran	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya.</li> <li>2. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.</li> <li>3. Mengidentifikasi isi halusinasi klien.</li> <li>4. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.</li> <li>5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.</li> <li>6. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi</li> <li>7. Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi.</li> <li>8. Mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi</li> <li>9. Mengajarkan klien menghardik halusinasi.</li> </ol>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan “Nama saya RMN, senang dipanggil R asal saya dari Surabaya. Baik mbak saya mau diajak mengobrol”</p> <p>“Saya mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarga saya, tetapi saya berusaha mengacuhkannya. Suara itu muncul bisa siang atau malam dan sering, munculnya saat saya sedang sendiri dan melamun. Respon saya saat suaranya datang saya marah-marah dan saya merasa terganggu dengan suara tersebut”</p> <p>“Jadi caranya ada menghardik, berakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal, dan minum obat secara teratur ya mbak”</p> <p>“Baik mbak, nanti kalau suara itu muncul lagi saya</p>	<i>April</i>

		<p>10. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.</p>	<p>akan mencoba cara menghardik seperti yang mbak ajarkan tadi dengan mengatakan begini kan mbak “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya”</p> <p>“Iya mbak nanti cara yang mbak ajarkan akan saya lakukan dan saya latih kembali agar saya tidak lupa. Saya mau mbak kalau latihannya jam 10 pagi”</p> <p>O : Klien mau berjabat tangan, kontak mata ada, klien kooperatif. Klien tidak pernah menolak jika di ajak ngobrol oleh perawat. Klien juga mau menjawab salam dari perawat. Klien dapat menjawab isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasi. Klien dapat mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa.</p>	
--	--	---	--	--

			<p>A : Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasi. Klien mampu menyebutkan empat cara mencegah halusinasi serta mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa.</p> <p>P : Pasien : Berlatih menghardik setiap jam 10.00 pagi dan memasukkan ke dalam kegiatan harian. Membuat kontrak hari Rabu 29/01/2020.</p> <p>Perawat : Mengevaluasi SP 1 cara menghardik halusinasinya, dilanjutkan ke SP 2 melatih klien bercakap-cakap dengan orang lain.</p>	
29/01/2020 10.00-10.20 wib	Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran	1. Mengevaluasi SP 1 : Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi	S: Klien mengatakan “Saya masih ingat mbak, begini kan caranya “pergi saya tidak mau dengar...kamu	<i>April</i>

		<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melatih mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.</li>   <li>2. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian.</li> </ol>	<p>suara palsu jangan ganggu saya” tadi malam suaranya muncul lagi mbak terus saya melakukan cara yang diajarkan mbak kemarin, saya lakukan terus sampai suaranya hilang”</p> <p>“Saya setiap hari sudah bercakap-cakap dengan teman-teman disini mbak, tapi saya lebih sering bercakap-cakapnya dengan Y karena dia agamanya sama dengan saya dan setiap pagi kita berdoa bersama di kamarnya dia”</p> <p>“Iya mbak nanti saya lakukan cara yang bercakap-cakap kalau suaranya muncul lagi”</p> <p>O: Klien tampak bercakap-cakap bersama temannya dengan tenang, tidak gelisah, kontak mata ada, dan klien kooperatif.</p> <p>A: Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu menghardik halusinasi. Klien</p>	
--	--	---	--	--

			<p>mampu bercakap-cakap dengan temannya atau perawat untuk mengendalikan halusinasi.</p> <p>P: Pasien : Berlatih cara menghardik halusinasi dan bercakap cakap sebelum tidur atau saat tidak beraktivitas yang dilakukan setiap hari selama 30 menit. Membuat kontrak hari Kamis 30/01/2020</p> <p>Perawat : Mengevaluasi SP 1 dan 2 cara menghardik halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain, dilanjutkan ke SP 3 melatih klien melakukan kegiatan yang biasa dilakukan klien.</p>	
30/01/2020 09.00-09.20 wib	Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran	Sp 3 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	<p>S : Klien mengatakan “Saya sudah melakukan jadwal kegiatan seperti biasanya mbak. Pagi tadi saya bangun jam 5 mandi, setelah mandi saya makan sama teman-teman, setelah makan saya berdoa seperti biasanya dengan Y lalu saya menonton tv dan ngobrol</p>	<i>April</i>

		<p>2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)</p> <p>3. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>dengan mas S, Y, bu R, dan mbak R”</p> <p>“Kalau dirumah biasanya saya bantu-bantu kakak saya mbak, kan kakak saya punya usaha laundry nanti saya yang bagian jemur-jemur pakaiannya gitu”</p> <p>“Iya mbak saya disini juga nyuci baju”</p> <p>O : Klien menyebutkan kegiatan harian yang sudah dilaksanakan, klien terlihat melakukan jadwal kegiatan yang sudah ditulis, kontak mata ada, klien kooperatif.</p> <p>A : Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu menyebutkan kegiatan harian yang sudah dilaksanakan, klien mampu memasukkan kegiatan dalam jadwal yang dibuat.</p> <p>P : Pasien : Berlatih cara menghardik</p>	
--	--	---	---	--

			<p>halusinasi, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan harian. Kontrak waktu jam 12.00</p> <p>Perawat : Mengevaluasi SP 1, 2, dan 3, lanjut mengajarkan klien tentang minum obat secara teratur.</p>	
30-01-2020 12.00-12.10 wib	Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran	<p>Sp 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>2. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur</li> </ol>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan “Saya sudah melakukan jadwal kegiatan dari pagi mbak, tadi saya habis main congklak sama temen mbak kalau main catur saya gak bisa. Saya juga sudah makan siang mbak, makannya tadi habis tadi pagi juga sudah minum obat”</p> <p>“Saya minum obat 3 macam mbak, obat yang saya minum itu warnanya orange, putih dan satunya lagi kayak warna merah jambu gitu mbak”</p> <p>“Saya disini minum obatnya cuma 2x mbak pas pagi sama malam”</p> <p>“Jadi orang yang sakit seperti saya ini harus minum obatnya teratur ya mbak supaya sakitnya ga kambuh, sekarang</p>	<i>April</i>

		<p>3. Menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>saya sudah tau mbak”</p> <p>“Iya mbak kalau sudah tau seperti ini saya akan minum obat teratur, saya gak mau kalau kembali disini lagi enak dirumah kumpul sama keluarga”</p> <p>O : Kontak mata ada, klien kooperatif, klien mengerti tentang hal yang sudah dijelaskan</p> <p>A : Secara kognitif, afektif, pskomotor klien mampu menjelaskan 3 macam obat yang diminum, klien mampu menjelaskan waktu pemberian obat yaitu saat pagi dan malam hari, klien mampu memasukkan jadwal penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p>P : Intervensi dihentikan klien mengerti tentang obat-obat yang diminumnya dan memasukkannya di jadwal kegiatan harian.</p>	
--	--	--	---	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 28 Januari 2020 sampai dengan 30 Januari 2020. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Januari 2020 – 30 Januari 2020 di ruang jiwa Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Penulis mengumpulkan data dengan teknik wawancara dan observasi. Wawancara ditujukan kepada pasien serta mengobservasi secara langsung keadaan pasien. Penulis mengumpulkan data dan informasi secara sistematis mengenai Ny. R dengan menggunakan pendekatan teoritis yang terkait mulai dari faktor predisposisi, presipitasi, proses pikir, dan isi pikir.

Berdasarkan teori dalam pengkajian halusinasi, penyebab dari halusinasi secara umum banyak di pengaruhi i beberapa factor. awalnya Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress. sehingga ketika muncul Adanya stress yang berlebihan dialami

seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak. sehingga muncul respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, jika terjadi terus menerus pada seseorang menyebabkan seseorang tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata.

Setelah mengetahui diagnosa medis pada Ny. R penulis melalui pengkajian dengan menggali faktor predisposisi yang merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan jiwa pada Ny. R, berdasarkan keterangan pasien, Dalam tinjauan kasus didapatkan pasien mengalami gangguan jiwa pada tahun 2015, pasien sudah berobat di dua tempat yaitu Rumah Sakit Jiwa Menur, dan RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Pengobatan sebelumnya tidak berhasil karena klien tidak rutin megkonsumsi obat dan jarang kontrol. Waktu ditanya apakah keluarga ada yang mengalami sakit seperti pasien atau tidak pasien menjawab tidak ada anggota keluarganya yang mengalami sakit seperti pasien. Pasien mengatakan 2 hari tidak bisa tidur karena mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya tetapi ia berusaha mengacuhkan suara tersebut. Selama itu ia mondar-mandir, gelisah, marah-marah. Pada tanggal 25 Januari pasien masuk rumah sakit di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan diantar saudaranya yang nomer 3. Berdasarkan rekam medis, pada alasan masuk keluarga mengatakan klien 2 hari tidak tidur, marah-marah, mondar-mandir, gelisah, dan bicara sendiri. Alasan masuk ini sesuai dengan tanda dan gejala halusinasi yang disebutkan (Keliat, 2019) yaitu mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya, bicara sendiri, tertawa sendiri, sulit tidur, mondar-mandir. . Dalam isi pikir dalam tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan, pengkajian data pada Ny.R data objektif

didapatkan isi pikiran pasien Pasien mengalami halusinasi pendengaran. Saat ditanya tentang isi halusinasinya pasien mengatakan mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya. Halusinasinya itu datang di waktu siang dan malam, muncul saat pasien sedang sendirian dan melamun. Untuk frekuensinya sering, respon pasien saat suara itu muncul adalah marah-marah dan klien merasa terganggu oleh suara-suara tersebut.

Selama proses pengkajian pada Ny. R terdapat adanya faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dari proses pengkajian adalah pasien kooperatif selalu menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh penulis sehingga mempermudah penulis dalam menggali data-data masalah yang ada pada pasien. Pasien bersedia diajak berbicara dan senang saat diajak berbicara serta tidak menolak ajakan penulis dalam menggali data pada pasien. Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan pengkajian yaitu tidak adanya keluarga pasien untuk menggali informasi dan tidak dapat melakukan validasi data yang didapat dari pasien sehingga penulis hanya mendapat data dari interaksi dengan pasien dan data rekam medis pasien.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut Carpenito (1998) dalam buku (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016), diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat.

Pada tahap menentukan diagnosa, diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus adalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran. Dalam tahap

diagnosa keperawatan tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus bahwa diagnosa dalam tinjauan pustaka adalah:

1. koping individu tidak efektif
2. Gangguan persepsi sensori ; halusinasi
3. Isolasi sosial
4. harga diri rendah
5. ketidakefektifan regimen terapeutik

Sedangkan masalah keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus nyata tetap pada tinjauan pustaka namun ada beberapa masalah keperawatan lain yang muncul yaitu :

1. Ketidakefektifan regimen terapeutik
2. Resiko perilaku kekerasan
3. Harga diri rendah
4. Ansietas
5. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
6. Gangguan proses pikir
7. Kurang pengetahuan
8. Isolasi Sosial
9. Hambatan interaksi sosial

Dari tiga masalah keperawatan pada tinjauan pustaka ada beberapa tambahan diagnose yang muncul pada tinjauan kasus. Karena masalah keperawatan pada tinjauan pustaka hanya secara teori saja. Sedangkan pada tinjauan kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien. Diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dan menjadi *Core problem* yaitu gangguan proses pikir : halusinasi pendengaran. Pada tinjauan pustaka diketahui bahwa penyebab secara umum halusinasi adalah

Awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan stressor (krisis), individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran. sehingga Ny. R mengalami koping individu tidak efektif dikarenakan ia telah di tipu oleh temannya sampai habis duit ratusan juta dan ia sudah bercerai dengan suaminya selama 5 tahun tetapi Ny. R masih belum bisa melupakan suaminya dan masi merasa sedih akibat perceraian tersebut. dan hal itu bias menjadi factor penyebab terjadinya gangguan persepsi sensori : halusinasi pada Ny.R. sedangkan pada diagnose keperawatan ditemukan ansietas dan harga diri rendah juga ditemukan pada tinjauan kasus dan harga diri rendah masuk dalam daftar masalah keperawatan namun pada kasus jiwa yang menjadi prioritas yang harus diselesaikan adalah masalah utama yakni gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

### **4.3 Intervensi**

Dalam tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sama-sama terdapat rencana keperawatan yang berfungsi untuk memandirikan klien. Disini penulis memberikan rencana keperawatan keperawatan pada Ny. R yang mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran berupa strategi pelaksanaan yang bertujuan agar klien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya, klien dapat mengidentifikasi empat cara untuk mencegah halusinasi, klien dapat mengontrol halusinansinya dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, serta melakukan aktivitas terjadwal dan yang terakhir minum obat secara teratur.

Disini akan dijelaskan tujuan dari masing-masing strategi pelaksanaan di dalam rencana keperawatan sebagai berikut:

1. SP 1 bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya

halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih klien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik halusinasinya, menghardik adalah cara mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pada SP 1 rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, identifikasi halusinasi klien (jenis, waktu, isi, situasi, frekuensi, respon), ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien.

2. SP 2 yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain disini dengan bercakap-cakap dengan orang lain dapat membantu mengontrol halusinasi karena ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain. Pada SP 2 rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
3. SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal kegiatan ini bisa mengurangi resiko halusinasi muncul lagi karena dengan melakukan aktivitas secara terjadwal klien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri. Pada SP 3 rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah evaluasi jadwal kegiatan harian klien, latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien), dan anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian.
4. SP 4 yaitu memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur dan melatih klien minum obat secara teratur karena dengan minum obat

secara teratur dapat mengontrol halusinasi, jika klien putus obat maka akan menyebabkan kekambuhan jika kekambuhan terjadi untuk mencapai kondisi yang seperti semula maka akan membutuhkan waktu yang lama. Pada SP 4 rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah evaluasi jadwal kegiatan harian klien, berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur (jelaskan kegunaan obat, akibat jika putus obat, cara mendapat obat, cara minum obat dengan 5 prinsip benar), dan anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Selain ada strategi pelaksanaan untuk klien ada pula strategi pelaksanaan untuk keluarga karena disini keluarga juga berperan penting dalam kesembuhan klien adapun strategi pelaksanaan yang dilakukan untuk keluarga adalah sebagai berikut:

1. SP 1 keluarga bertujuan agar keluarga dapat terlibat dalam perawatan klien jika sudah pulang ke rumah maupun di rumah sakit. Pada SP 1 keluarga rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta prose terjadinya halusinasi, menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga.
2. SP 2 keluarga bertujuan agar keluarga dapat mengetahui cara merawat klien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien. Pada SP 2 keluarga rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi, memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien.
3. SP 3 keluarga bertujuan untuk membantu perencanaan pulang bersama keluarga. Pada SP 3 keluarga rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah Membantu keluarga membentuk jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat, menjelaskan follow up klien setelah pulang. (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

Rencana keperawatan diatas dibuat agar bisa menjadi acuan dalam membuat implementasi mengenai asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Menurut penulis intervensi pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan semua direncanakan sesuai dengan teori, dalam perencanaan, ditetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan evaluasi yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, assessment, planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

#### **4.4 Implementasi**

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi yang akan dilakukan dengan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* pada Ny. R di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya mulai tanggal 28 Januari – 30 Januari 2020.

Pada tanggal 28 Januari 2020 jam 10.00-10.15 WIB dilaksanakan strategi pelaksanaan (SP 1) untuk klien yang isinya mencakup : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi klien (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respons), mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi, mengajarkan klien menghardik halusinasi, serta menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Dalam pelaksanaan klien mau menyebutkan nama dan asalnya, klien mau diajak berdiskusi tentang halusinasinya, lalu klien juga mampu mengenali halusinasinya dengan menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya. pasien mampu dan bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dengan mengatakan “pergi saya tidak mau dengar...kamu

suara palsu jangan ganggu saya”. Pasien juga memasukkan cara menghardik halusiansi ke dalam jadwal kegiatan harian setiap jam 10.00 pagi. Pada pelaksanaan SP 1 tidak ada hambatan, pasien kooperatif, pasien mampu menyebutkan dan menjelaskan tentang halusinasinya, pasien mampu menyebutkan empat cara untuk mengontrol halusinasi, pasien mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mengidentifikasi halusinasi, bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 29 Januari 2020 jam 10.00-10.20 WIB dilakukan strategi pelaksanaan yang kedua (SP 2) yang terdiri dari mengevaluasi SP 1 yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, melatih mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, serta menganjurkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian. Pasien mampu mengontrol halusinasinya menggunakan cara menghardik halusinasi dan memasukan kedalam jadwal harian pasien, pasien bisa mempraktikkan cara bercakap-cakap dengan orang dan memasukan kedalam kegiatan harian setiap jam 09.00. Pada pelaksanaan SP 2 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap degan orang lain. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 30 Januari 2020 jam 09.00-09.20 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan yang ketiga (SP 3) yaitu kegiatannya sebagai berikut mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan

(kegiatan yang biasa dilakukan klien), menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian. Pasien mampu melakukan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, pasien biasa melakukan kegiatan pagi di ruangan seperti makan pagi bersama, senam, berdoa setiap pagi, menonton tv bersama teman-temannya, bermain congklak, dan pasien mampu membuat jadwal harian tiap pukul 07.00 dan 09.00. Pada pelaksanaan SP 3 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian..

Pada tanggal 30 Januari 2020 jam 12.00-12.10 WIB dilakukan strategi pelaksanaan yang keempat (SP 4) yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur, menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian. Pasien bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal. Pasien mengatakan selama di rumah sakit minum obat secara teratur dan bisa menyebutkan 3 macam obat yang diminum yaitu ada warna orange, putih dan merah jambu. Pasien mampu menjelaskan waktu pemberian obat yaitu saat pagi dan malam hari. Pelaksanaan SP 4 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasinya menggunakan keempat cara tersebut. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat secara teratur, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada implementasi terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus karena pada SP keluarga penulis menemukan hambatan yaitu penulis tidak dapat

bertemu dengan keluarga klien karena keluarga klien hanya menjenguk 1 kali yaitu pada tanggal 27 Januari 2020.

#### 4.5 Evaluasi

Pada prinsipnya evaluasi yang ada pada tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus tidak mengalami perbedaan yang berarti disesuaikan dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada perencanaan. Evaluasi adalah tahapan akhir dimana tahap ini akan dinilai sejauh mana pencapaian hasil tindakan keperawatan terhadap tujuan telah ditetapkan.

Evaluasi pada tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien dirawat di rumah sakit dan dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan yaitu menggunakan SOAP (*Subyektif, obyektif, asesment, planning*) sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Pada tahap ini akan dilakukan penilaian respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dari tanggal 28 Januari – 30 Januari 2020.

Pada tanggal 28 Januari 2020 saat dilakukan SP 1 klien mampu membina hubungan saling percaya, klien mengatakan “Nama saya RMN, senang dipanggil R asal saya dari Surabaya. Baik mbak saya mau diajak mengobrol” kemudian mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, serta respon halusinasi “Saya mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarga saya, tetapi saya berusaha mengacuhkannya. Suara itu muncul bisa siang atau malam 4-6 kali dalam sehari mbak, lamanya kurang lebih 5 menit, munculnya saat saya sedang sendiri dan melamun. Respon saya saat suaranya datang saya marah-marah dan saya merasa terganggu dengan suara tersebut”. Lalu mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi “Jadi caranya ada menghardik, berakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal, dan

minum obat secara teratur ya mbak”. Klien juga sudah mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi, klien pun mau melakukan cara menghardik jika halusinasinya muncul kembali “Baik mbak, nanti kalau suara itu muncul lagi saya akan mencoba cara menghardik seperti yang mbak ajarkan tadi dengan mengatakan begini kan mbak “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya” “Iya mbak nanti cara yang mbak ajarkan akan saya lakukan dan saya latih kembali agar saya tidak lupa. Saya mau mbak kalau latihannya jam 10 pagi” Klien juga sudah mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi, klien pun mau melakukan cara menghardik jika halusinasinya muncul kembali. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena dilakukan menggunakan pendekatan SOAP. Pasien bisa mengidentifikasi halusinasinya (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon), menyebutkan empat cara yang dapat dilakukan untuk mencegah halusinasi, mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi, dan memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Disini pasien kooperatif sehingga dalam pelaksanaan SP 1 tidak ada kendala, dan dapat dilakukan tindak lanjut untuk pasien.

Kegiatan selanjutnya pada tanggal 29 Januari 2020 dilakukan SP 2 yaitu mengevaluasi SP 1 : Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi “Saya masih ingat mbak, begini kan caranya “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya” tadi malam suaranya muncul lagi mbak terus saya melakukan cara yang diajarkan mbak kemarin, saya lakukan terus sampai suaranya hilang”, kemudian mengajarkan klien untuk bercakap-cakap dengan orang lain “Saya setiap hari sudah bercakap-cakap dengan teman-teman disini mbak, tapi saya lebih sering bercakap-cakapnya dengan Y karena dia agamanya sama dengan saya dan setiap pagi kita berdoa bersama di kamarnya dia”. Disini perawat tidak mengalami kesulitan karena pada dasarnya klien pun sudah mampu berkomunikasi dengan teman-temannya dan perawat

yang ada diruangan tersebut dan klien cukup kooperatif didalam hal ini. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena dilakukan menggunakan pendekatan SOAP. Pasien dapat mengevaluasi SP 1 cara menghardik halusinasi, selama di ruangan pasien juga sudah bercakap-cakap dengan pasien lainnya. Disini pasien kooperatif sehingga dalam pelaksanaan SP 2 tidak ada kendala, dan dapat dilakukan tindak lanjut untuk pasien.

Setelah SP 2 teratasi lalu pada tanggal 30 Januari 2020 dilakukan tindakan SP 3 dan SP 4 yaitu melakukan kegiatan aktivitas terjadwal “Saya sudah melakukan jadwal kegiatan seperti biasanya mbak. Pagi tadi saya bangun jam 5 mandi, setelah mandi saya makan sama teman-teman, setelah makan saya berdoa seperti biasanya dengan Y lalu saya menonton tv dan ngobrol dengan mas S, Y, bu R, dan mbak R. Kalau dirumah biasanya saya bantu-bantu kakak saya mbak, kan kakak saya punya usaha laundry nanti saya yang bagian jemur-jemur pakaiannya gitu. Saya disini juga nyuci baju” disini perawat juga tidak kesulitan karena klien cukup aktif untuk mengikuti kegiatan yang ada di ruangan misalnya pada hari selasa klien sudah mengikuti senam pagi yang rutin dilaksanakan oleh ruangan. Pada hari yang sama klien diajarkan tentang minum obat secara teratur disini klien juga sudah mengerti, klien mampu menjelaskan ada 3 macam obat yang diminum “Saya minum obat 3 macam mbak, obat yang saya minum itu warnanya orange, putih dan satunya lagi kayak warna merah jambu gitu mbak”, klien mampu menjelaskan waktu pemberian obat yaitu saat pagi dan sore hari “Saya disini minum obatnya cuma 2x mbak pas pagi sama malam”, klien mampu memasukkan jadwal penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian “Iya mbak kalau sudah tau seperti ini saya akan minum obat teratur, saya gak mau kalau kembali disini lagi enak dirumah kumpul sama keluarga”. Namun didalam kegiatan ada yang tidak sesuai dengan rencana yaitu perawat tidak bisa melakukan kegiatan strategi

pelaksanaan pada keluarga karena keluarga klien hanya dijenguk 1x oleh keluarganya yaitu pada tanggal 27 Januari 2020.

SP 1 dan SP 2 tidak jauh berbeda pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena dilakukan menggunakan pendekatan SOAP. Pasien kooperatif sehingga dapat dilakukan SP 3 dan SP 4. Untuk SP 3 pasien mampu melakukan kegiatan terjadwal, dan untuk SP 4 pasien mampu menyebutkan macam obat, warna obat yang diminum, dan waktu minum obat, pasien juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. SP 1 sampai dengan SP4 pasien mampu kooperatif sehingga membantu dalam berinteraksi dan adanya kerjasama antara penulis dengan perawat ruangan. tidak ada factor penghambat yang bermakna dalam evaluasi.

## BAB 5

### PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada klien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* di Ruang VI RSPAL Dr. RSPAL Surabaya, maka saya dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

#### 4.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah membahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya didapati bahwa Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus/rangsang dari luar. Respon dari halusinasi ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan klien dengan halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara tepat oleh perawat sekaligus tim medis yang lainnya.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada Ny. R dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* di Ruang VI RSPAL Dr. Ramelan Surabaya didapatkan 9 masalah keperawatan antara lain yaitu ketidakefektifan

regimen terapeutik, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, ansietas, gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, gangguan proses pikir, kurang pengetahuan, isolasi sosial, hambatan interaksi sosial.

3. Rencana keperawatan yang diberikan kepada klien dan keluarga klien. Strategi yang diberikan kepada klien ada 4 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu klien mengenali halusinasinya yaitu mencakup isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul lalu respon klien saat halusinasi muncul. Melatih klien mengontrol halusinasi yaitu cara pertama dengan cara menghardik halusinasi, SP 2 yaitu melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, SP 3 yaitu melakukan aktivitas terjadwal, dan SP 4 yaitu dengan cara melatih klien minum obat secara teratur karena dengan minum obat secara teratur dapat menghilangkan suara-suara yang muncul dalam halusinasi klien. Ada pula strategi pelaksanaan yang ditujukan untuk keluarga yaitu memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, cara-cara merawat klien halusinasi. melatih keluarga praktik merawat klien dengan halusinasi langsung dihadapan klien, memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi langsung dihadapan klien dan yang terakhir membuat perencanaan pulang bersama keluarga.
4. Implementasi dilakukan mulai tanggal 28 Januari – 30 Januari 2020 dengan menggunakan rencana yang telah dibuat. Selama 3 hari ini klien sudah mampu untuk mengontrol halusinasinya dengan 4 cara yang telah direncanakan. Pada hari pertama klien mau mengikuti perawat untuk mengenali halusinasinya yang terdiri dari jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasi. Pasien juga mau mengikuti

perawat cara menghardik halusinasi, dan pasien juga melakukannya ketika suara-suara tersebut muncul. Pertemuan kedua klien diajarkan untuk bercakap-cakap dengan orang lain klien melakukan dengan baik. Pertemuan ketiga klien melakukan aktivitas terjadwal, serta pertemuan yang terakhir klien minum obat secara teratur.

5. Evaluasi didapatkan hasil bahwa klien sudah mampu untuk mengenal halusinasinya klien juga mampu mengontrol halusinasinya dengan menggunakan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain klien lakukan setiap hari setiap waktu senggang serta melakukan aktivitas terjadwal juga sudah klien lakukan serta pertemuan yang terakhir klien minum obat secara teratur.
6. Pendokumentasian kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah pendapat klien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assessment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

#### **4.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut :

1. Akademis, sebagai reverensi bagi institusi khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat memberikan review atau penyegaran kembali kepada perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pasien jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid.

b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah kemampuan dalam menganalisa, memproses dan menyimpulkan serta menambah wawasan bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid.

c. Bagi profesi kesehatan

Memberikan pemahaman secara rutin dan kesinambungan terhadap organisasi keperawatan bagi profesi pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, dkk. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka
- Damayanti, M & Iskandar. 2012. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Deden dan Rusdi. 2013. *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Keperawatan Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Eko Prabowo. 2014. *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Fajariyah N., 2012. *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Harga Diri Rendah*. Jakarta: Trans Info Media.
- Kaplan H. I, Sadock B.J, Grebb J.A. 2010. *Sinopsis Psikiatri Jilid 2*. Terjemahan Widjaja Kusuma. Jakarta: Binapura Aksara. P . 17-35.
- Keliat, Akemat. 2009. *Model Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC
- Maslim Rudi. 2013. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa*. Jakart: PT.Nuh Jaya
- Keliat, panjaitan, Helena. 2005. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Stuard, dkk. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa: Edisi 3*. Jakarta. EGC.
- Sutejo. 2017. *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Townsend, M.C, 2009. *Psychiatric Mental Heart Nursing: Concepts of Care in Evidants Base-Based, Practice (6<sup>th</sup> ed.)*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Yosep, Iyus. 2009. *Keperawatan jiwa, Edisi Revisi*. Bandung: Revika Editama

## Lampiran 1

### **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

#### **SP 1**

Nama Pasien : Ny. R

Pertemuan: Ke-1/Hari Pertama

Umur : 38 Tahun

Waktu : 28 Januari / 10.00-10.15 WIB

## A. PROSES KEPERAWATAN

### 1. Kondisi Klien

Klien tampak mondar-mandir, gelisah, ada kontak mata, klien kooperatif, terkadang masih terlihat tertawa sendiri

### 2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

### 3. Tujuan Khusus

SP 1 :

- Klien dapat membina hubungan saling percaya
- Klien dapat mengenal halusinasinya
- Klien dapat mengontrol halusinasi

### 4. Tindakan Keperawatan

- Bina hubungan saling percaya
- Membantu pasien untuk mengidentifikasi isi, jenis, waktu, situasi, frekuensi, respon pasien terhadap halusinasi
- Mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi
- Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi
- Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian.

## **Lampiran 2**

### **B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

#### 1. Orientasi

##### a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi bu. Perkenalkan nama saya Adelia Octavidya, biasa dipanggil Adel.

Saya mahasiswi dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Saya praktik disini selama 5 hari.

Nama ibu siapa? Senang di panggil siapa? Asal ibu darimana?”

b. Evaluasi/Validasi

“Bagaimana perasaan Ny. R hari ini? Apa keluhan ibu hari ini? Masih ingat ada kejadian apa sampai Ibu dibawa kesini?”

c. Kontrak:

1) Topik:

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang sesuatu yang ibu dengar?”

2) Tempat:

“Dimana kita bisa ngobrol bu? Di ruang tengah?”

3) Waktu:

“Ibu berkenan berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?”

2. Kerja

“Apakah Ny. R mendengar suara tanpa ada wujudnya?”

“Nah, suara yang sering Ny. R dengar itu namanya halusinasi pendengaran. Halusinasi adalah suara yang membisiki atau yang didengar oleh Ibu tetapi tidak ada orangnya atau tidak tampak wujudnya. Tapi Ibu jangan khawatir, karena saya akan membantu Ibu untuk menghilangkan suara-suara tersebut!”

“Bagaimana kalau sekarang kita belajar cara-cara untuk mencegah suara itu muncul, ada 4 cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal. Dan ke empat meminum obat secara teratur”.

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik halusinasi. Caranya adalah saat suara-suara itu muncul, langsung Ny. R bilang pergi saya tidak mau dengar....saya tidak mau dengar ! Kamu suara palsu ! Begitu diulang-ulang sampai suara tidak terdengar lagi.”

3. Terminasi

a. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan

1) Subjektif

“Bagaimana perasaan Ny. R setelah memperagakan latihan tadi ? kalau suara-suara itu muncul lagi, silahkan mencoba cara tersebut !”

2) Objektif

“Ny. R coba ulangi kita belajar apa saja tadi ?”

b. Tindak Lanjut Klien

“Ny. R bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya untuk menghardik halusinasi. Bagaimana kalau besok latihannya jam 10 pagi?”

c. Kontrak yang akan datang

1) Topik:

“Sekarang waktunya sudah habis, bagaimana kalau besok saya datang kembali untuk latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua?”

2) Waktu:

“Ny. R bisanya jam berapa? Bagaimana kalau kita ngobrol 20 menit?” Besok bagaimana kalau pukul 10.00 wib, apakah Ibu setuju?”

3) Tempat:

“Besok kita ngobrol dimana? Bagaimana kalau disini lagi? Baiklah saya pamit dulu ya Bu selamat pagi.”

**Lampiran 3**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN  
DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI  
PENDENGARAN**

**SP 2**

Nama Pasien : Ny. R

Pertemuan: Ke-2/Hari Kedua

Umur : 38 Tahun

Waktu : 29 Januari / 10.00-10.20 WIB

**A. PROSES KEPERAWATAN**

1. Kondisi Klien

Klien sedang berkumpul dengan temannya di kamarnya, klien tampak tenang, ada kontak mata dan klien kooperatif.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

3. Tujuan Khusus

SP 2:

- Pasien mampu mengevaluasi cara mengahardik halusinasi dan jadwal kegiatan harian.
- Pasien mampu mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- Pasien mampu memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan

- Membantu pasien untuk melaksanakan aktivitas terjadwal
- Melatih pasien bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul
- Membantu pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian

**Lampiran 4**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN  
DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI  
PENDENGARAN**

1. Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi bu. Masih ingat saya? Nama saya siapa? Bagaimana semalam tidurnya nyenyak apa tidak ?”

b. Evaluasi/Validasi

“Apa ibu masih ingat cara menghardik halusinasi yang saya ajarkan kemarin?”

“Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang kita latih kemarin?”

c. Kontrak

1) Topik

“Bagaimana kalau kita latihan cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain?”

2) Waktu

“Untuk waktunya bagaimana kalau 20 menit? Apakah Ibu setuju?”

3) Tempat

“Baiklah Ny. R, apakah kita mengobrolnya di ruang tengah lagi Bu? Baiklah, Ibu silahkan duduk.”

2. Kerja

“Ny. R cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi adalah dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Ny. R mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ny. R contohnya begini, “tolong saya mulai dengar suara-suara, ayo ngobrol dengan saya!” atau kalau ada orang di rumah, misalnya saudara dirumah coba Ny. R lakukan seperti saya tadi lakukan. “Disini Ny. R dapat mengajak perawat atau pasien lain untuk bercakap-cakap.”

3. Terminasi

a. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan

1) Subjektif

“Bagaimana perasaan Ny. R setelah latihan cara kedua yaitu bercakap-cakap?”

2) Objektif

“Jadi sudah ada beberapa cara yang Ny. R pelajari untuk mencegah suara-suara itu?

Ya, bagus, jadi sudah ada 2 cara yaitu menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain.”

b. Tindak Lanjut Klien

“Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian Ny. R mau kan?”

c. Kontrak yang akan datang

1) Topik:

“Tadikan kita sudah belajar mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, bagaimana kalau kita latih mengontrol halusinasi menggunakan cara yang ketiga yaitu, dengan cara melakukan aktivitas terjadwal?”

2) Waktu:

“Ny. R besok mau jam berapa ? Bagaimana kalau jam 09.00 WIB ? Mau berapa lama kita berlatih ? Bagaimana kalau 20 menit, apakah ibu setuju ?”

**“Iya mbak saya mau”**

3) Tempat:

“Besok kita ngobrol dimana? Bagaimana kalau di ruang tengah lagi ? Baiklah kita ketemu disana besok siang ya Bu.”

**Lampiran 5**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN  
DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI  
PENDENGARAN**

**SP 3**

Nama Pasien : Ny. R

Pertemuan: Ke-3/Hari Ketiga

Umur : 38 Tahun

Waktu : 30 Januari / 09.00-09.20 WIB

**A. PROSES KEPERAWATAN**

1. Kondisi Klien

Klien mengatakan sudah tidak mendengar bisikan suara yang mengajaknya bercakap-cakap, klien tampak tenang, kontak mata terjalin baik, klien kooperatif.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

3. Tujuan Khusus

SP 3:

- Pasien mampu mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
- Pasien mampu mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan pasien.
- Menganjurkan Pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

4. Tindakan Keperawatan

- Membantu pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan harian pasien.
- Membantu pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

## **Lampiran 6**

### **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN**

1. Orientasi

- a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Ny. R! Bagaimana semalam tidurnya nyenyak apa tidak?”

- b. Evaluasi/Validasi

“Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih kemarin?”

c. Kontrak:

1) Topik:

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

2) Waktu:

“Berapa lama Ibu mau berlatih ? Bagaimana kalau 20 menit ?”

3) Tempat:

“Ny. R ingin mengobrol dimana? Bagaimana jika di ruang tengah seperti biasanya ya..?”

2. Kerja

“Apa saja yang biasanya Ny. R lakukan? Tadi pagi Ny. R sudah melakukan kegiatan apa saja? Terus jam berikutnya melakukan kegiatan apa?”

“Wah banyak sekali kegiatannya! Bagus sekali jika Ny. R bisa melakukan banyak kegiatan seperti hari ini !”

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

3. Terminasi

a. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan

1) Subjektif:

“Bagaimana perasaan Ny. R setelah bercakap-cakap dengan saya tentang cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara tersebut muncul?”

## 2) Objektif:

“Jadi sudah ada beberapa cara yang Ny. R pelajari untuk mencegah suara-suara itu?  
Bagus, cobalah ketiga cara ini kalau Ny. R mendengar suara-suara itu lagi.”

## b. Tindak Lanjut

“Bagaimana kalau kegiatan ini dimasukkan dalam kegiatan yang di masukkan  
kedalam jadwal kegiatan harian Ibu ?”

## c. Kontrak yang akan datang

## 1) Topik:

“Waktu pagi ini sudah habis, sesuai dengan janji kita ini sudah hampir 20 menit.  
Bagaimana kalau nanti kita membahas tentang cara minum obat yang baik ?  
Bagaimana Ibu mau kan ?”

## 2) Waktu:

“Ny. R mau jam berapa ? Bagaimana kalau kita ngobrol lagi nanti setelah makan  
siang ? Ny. R mau berapa lama ?”

## 3) Tempat:

“Nanti kita ngobrol dimana? Bagaimana kalau tetap disini lagi ?” “Baiklah saya  
permisi dulu Bu jangan lupa terus berlatih ya Bu, selamat pagi.”

**Lampiran 7****STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN  
DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI****PENDENGARAN****SP 4**

Nama Pasien : Ny. R

Pertemuan : Ke-4/Hari Ketiga

Umur : 38 Tahun

Waktu : 30 Januari / 12.00-12.10 WIB

**A. PROSES KEPERAWATAN****1. Kondisi Klien**

Klien mengatakan sudah tidak mendengar bisikan suara yang mengajaknya bercakap-cakap, klien tampak tenang, kontak mata terjalin baik, klien kooperatif.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

## 3. Tujuan Khusus

SP 4:

- Pasien mampu mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
- Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.
- Menganjurkan Pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

## 4. Tindakan Keperawatan

- Membantu mengevaluasi kegiatan harian pasien.
- Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.
- Membantu pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

## Lampiran 8

### **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN**

### **DENGAN DIANGNOSA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI**

### **PENDENGARAN**

#### 1. Orientasi

##### a. Salam Terapeutik

“Selamat siang Ny. R, apakah tadi sudah makan ? Apakah makannya habis?”

##### b. Evaluasi/Validasi

“Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi tadi sudah minum obat?”

c. Kontrak

1) Topik:

“Sesuai janji kita tadi pagi, siang ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang Ny. R minum”

2) Waktu:

“Berapa lama Ny. R mau berlatih ?

3) Tempat:

“Ny. R ingin mengobrol dimana? Bagaimana jika di ruang tengah seperti biasanya?”

2. Kerja

“Berapa macam obat yang Ny. R minum?”

“Minum obat sangat penting agar suara-suara yang Ny. R dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi.”

“Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan. Nanti konsultasikan lagi dengan dokter, sebab kalau putus obat, Ny. R akan kambuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula.”

“Kalau obat habis, Ny. R bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Ny. R juga harus teliti saat minum obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya Ny. R harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya Ny. R jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Ny. R juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan Ny. R juga harus cukup minum 8 gelas per hari.”

### 3. Terminasi

#### a. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan

##### 1) Subjektif

“Bagaimana perasaan Ny. R setelah kita mengobrol-ngobrol?”

##### 2) Objektif

“Jadi sudah ada beberapa cara yang Ny. R pelajari untuk mencegah suara-suara itu?

Bagus, cobalah keempat cara ini kalau Ny. R mengalami halusinasi lagi dan perlu diingat Ny. R harus minum obat secara teratur agar sakit yang dialami Ny. R tidak kambuh lagi.”

#### b. Tindak lanjut

“Baiklah karena hari ini ibu sudah diperbolehkan pulang jangan lupa menerapkan 4 cara yang kita pelajari tadi ya bu, semoga cepat sembuh. Selamat siang .”

## Lampiran 9

### ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Inisial klien :Ny R

Nama Mahasiswa: A

Status interaksi perawat-klien :

Jam : 08.00 wib

Deskripsi Klien : halusinasi pendengaran

Tujuan (berinteraksi pada klien): untuk mengontrol halusinasi pasien.

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKAS I NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL

<p>P: “selamat pagi, bu!” “perkenalkan nama saya I, nama bu siapa? Senang dipanggil apa?”</p> <p>K: “pagi, nama saya MRA, senang dipanggil bu R”</p>	<p>P: berjabat tangan, tersenyum dan menatap mata pasien</p> <p>K: berjabat tangan, tersenyum, dan menatap wajah perawat terkadang kontak mata kurang</p>	<p>Perawat duduk disebelah pasien dan tersenyum memberi sapaan terhadap pasien</p>	<p>Pasien menjawab sapaan perawat dan duduk disamping perawat</p>	<p>Membina hubungan saling percaya dapat meningkatkan rasa nyaman dan aman terhadap pasien</p>
<p>P: “bagaimana perasaan buhari ini?” “ apakah tidurnya nyenyak tadi malam?”</p> <p>K: “hari ini saya keadaan saya sehat saja sus”</p>	<p>P: tersenyum dan menatap wajah pasien</p> <p>K: saling pandang</p>	<p>Perawat duduk dan memberikan pertanyaan</p>	<p>pasien menjawab tetapi ada kontak mata dengan perawat.</p>	<p>Untuk mengetahui apa yang dirasakan pasien saat ini</p>
<p>P: “ibu perkenalkan nama saya A, nama ibu siapa ?”</p> <p>K: Klien mengatakan “Nama saya RMN, senang dipanggil R asal saya dari Surabaya. Baik mbak saya mau diajak mengobrol”</p>	<p>P: mbak, apa yang dirasakan mbk”</p> <p>K: “Saya mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarga saya, tetapi saya berusaha mengacuhkannya. Suara itu</p>	<p>Perawat mencoba menanyakan apa yang dirasakan pasien</p>	<p>Klien mengatakan “Nama saya RMN, senang dipanggil R asal saya dari Surabaya. Baik mbak saya mau diajak mengobrol”</p>	<p>Untuk mengetahui kemampuan positif yang dimiliki pasien</p>

	<p>muncul bisa siang atau malam dan sering, munculnya saat saya sedang sendiri dan melamun. Respon saya saat suaranya datang saya marah-marrah dan saya merasa terganggu dengan suara tersebut</p>			
<p>P: “baik mbak, mari kita coba bagaimana cara mengatasi dan mengontrol halusinasinya ibu” K: “baik bu”</p>	<p>P: Jadi caranya ada menghardik, berakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal, dan minum obat secara teratur ya mbak”</p> <p>K: siap mbak, saya akan minum obat secara teratur</p>	Perawat duduk didepan pasien	Pasien mendengarkan intruksi perawat	Untuk mengontrol halusinasi pasien
<p>P : “mbak bagaimana kalau mengendalikan suara – suara dengan cara yang kedua K: “baik, jam 10 ya mbak disini”</p>	<p>P : Mbak begini caranya menghardik suara – suara itu” pergi kamu, kamu bohong, kamu suara palsu, nanti coba praktekan kalua suara – suara itu muncul bu ya”</p>	Perawat coba memperagakan bagaimana cara mengontrol halusinasi	Pasien mendengarkan dan mencoba mempraktikkan	Untuk mengontrol halusinasi yang dirasakan oleh pasien

	K : “pergi kamu, kamu suara palsu”			
P : mbak bagaimana kalau kita mempraktekan cara dengan yang dengan cara bercakap – cakap” bagaimana kalau dilakukan hari ini saja, Jadi kalau Ny. R mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ny. R contohnya begini, “tolong saya mulai dengar suara-suara, ayo ngobrol dengan saya!” atau kalau ada orang di rumah, misalnya saudara dirumah coba Ny. R lakukan seperti saya tadi lakukan. “Disini Ny. R dapat mengajak perawat atau pasien lain untuk bercakap-cakap.”	P : Bagaimana pak, apa bapak sudah melakukan bercakap – cakap dengan Y jika suara – suara itu muncul”  K : “ sudah mbak, saya sudah melakukannya kemarin.	Perawat memperagakan bagaimana cara bercakap – cakap.	Pasien mencoba mempraktekan cara yang kedua	Untuk mengontrol halusinasi pasien

<p>K:“Saya setiap hari sudah bercakap-cakap dengan teman-teman disini mbak, tapi saya lebih sering bercakap-cakapnya dengan Y karena dia agamanya sama dengan saya dan setiap pagi kita berdoa bersama di kamarnya dia”</p>				
<p>P : “Selamat Pagi, “Apakah suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih kemarin?”</p> <p>K : “Sudah enggak mbak, tapi saya masih terus latihan supaya saya tidak lupa</p>	<p>P : “ perawat menanyakan apakah suara itu masih terdengar oleh mbk”</p> <p>K: “klien mengatakan bahwa sudah tidak mendengar suara – suara itu.</p>	<p>Perawat mendegarkan apa yang dibicarakan pasien</p>	<p>Pasien terlihat senang</p>	<p>Untuk mengevaluasi tindakan selama ini</p>
<p>P : Sesuai dengan janji kita kemarin, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah/mengontrol halusinasi tersebut</p>	<p>P : “Apa saja yang biasanya Ny. R lakukan? Tadi pagi Ny. R sudah melakukan kegiatan apa</p>	<p>Perawat menanyakan kegiatan yang selalu dilakukan pasien.</p>	<p>Pasien menjawab pertanyaan oleh perawat</p>	<p>Untuk mengontrol halusinasi pasien.</p>

<p>yaitu dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.”</p> <p>K : Iya mbak”</p>	<p>saja? Terus jam berikutnya melakukan kegiatan apa?”</p> <p>K :</p> <p>“Saya sudah melakukan jadwal kegiatan seperti biasanya mbak. Pagi tadi saya bangun jam 5 mandi, setelah mandi saya makan sama teman-teman, setelah makan saya berdoa seperti biasanya dengan Y lalu saya menonton tv dan ngobrol dengan mas S, Y, bu R, dan mbak R”</p>			
--	--	--	--	--

**Lampiran 10****SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) CUCI TANGAN**

Pokok Bahasan	Pendidikan kesehatan tentang cuci tangan
Sasaran	: Pasien dengan Gangguan Jiwa
Metode	: Ceramah, Diskusi dan Demonstrasi
Media	: Alat cuci tangan
Waktu	: 45 menit.
Tempat	: Rumah Sakit Angkatan Laut

Hari dan tanggal : 26 Maret 2020

**A. TIU ( Tujuan Intruksional Umum )**

Setelah mengikuti penyuluhan ini diharapkan sasaran mampu mengetahui dan memahami cara mencuci tangan dengan baik.

**B. TIK ( Tujuan Intruksional Khusus )**

Setelah mengikuti penyuluhan ini diharapkan pasien mampu mengetahui bagaimana cara pencegahan terjadinya Covid 19

## C. MATERI

### 1. Definisi mencuci tangan

Mencuci tangan adalah teknik dasar untuk melakukan pengontrolan dan pencegahan infeksi bakteri. Mencuci tangan adalah proses pembuangan kotoran dan debu secara mekanis dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun atau pembersih lainnya dan dibilas dengan air bersih (Ardhiyanti,dkk, 2014).

### 2. Tujuan mencuci tangan

- a. menghilangkan kotoran dan debu
- b. mengurangi jumlah mikroorganisme yang menempel pada telapak tangan
- c. untuk mencegah transmisi mikroorganisme

### 3. waktu mencuci tangan

- a. Sebelum dan setelah makan
- b. Setelah ganti pembalut.
- c. Sebelum dan setelah menyiapkan makanan, khususnya sebelum dan setelah memegang bahan mentah, seperti produk ternak dan ikan.
- d. Setelah memegang hewan atau kotoran hewan
- e. Setelah mengusap hidung, atau bersin di tangan.
- f. Setelah menangani sampah
- g. Sesudah buang air besar dan buang air kecil.

## 4. Langkah mencuci tangan



- a. Basuh tangan dengan air
- b. Tuangkan sabun secukupnya
- c. Ratakan dengan kedua telapak tangan
- d. Gosok punggung dan sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- e. Gosok kedua telapak dan sela - sela jari
- f. Jari-jari dalam dari kedua tangan saling mengunci
- g. Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- h. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
- i. Bilas kedua tangan dengan air mengalir dan keringkan
- j. mencuci tangan dengan sabun dan air dengan menuangkan 1-3 ml sabun dan menggosok-gosokannya selama 45 – 60 detik kemudian keringkan menggunakan handuk, untuk penggunaan antiseptik hanya memerlukan waktu 20-30 detik.

## Lampiran 11

## ETIKA BATUK



# ETIKA

Saat Anda  
Batuk atau Bersin

- Tutup hidung dan mulut anda dengan tissue ketika batuk atau bersin atau
- Tutup dengan lengan baju bagian atas ketika batuk atau bersin
- Buang tissue yang telah dipakai ke dalam tempat sampah
- Cuci tangan anda dengan benar menggunakan sabun atau handrub berbasis alkohol
- Pakailah masker bila anda flu atau sedang batuk

MARI  
KITA CEGAH  
PENYAKIT  
MENULAR!

The infographic features six circular illustrations on the left side, each depicting a step of the etiquette: 1. A hand holding a blue tissue to cover the nose and mouth. 2. A hand covering the upper arm of a blue sleeve. 3. A hand dropping a used tissue into a blue trash bin. 4. Hands being washed with blue soap in a blue cup. 5. A hand holding a grey surgical mask. 6. Hands being rubbed together with blue hand sanitizer.