## ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN PADA NY.D DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID

**DI RUANG WIJAYA KUSUMA RSJ MENUR SURABAYA**



**Oleh: Rismawati, S. Kep**

**NIM. 193.0076**

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

**2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN PADA NY. D DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID**

**DI RUANG WIJAYA KUSUMA RSJ MENUR SURABAYA**

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



**Oleh: Rismawati, S. Kep**

**NIM. 193.0076**

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

**2020**

ii

Surabaya, 24 Juli 2020

Rismawati, S. Kep NIM. 193.0076

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.



iii

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa : Nama : Rismawati, S. Kep

NIM : 193.0076

Program Studi : ProfesiNers

## Judul :Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran NY. D dengan Diagnosis Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya

Telah dipertahankandihadapan dewan SidangKaryaIlmiahAkhirStikes Hang Tuah dan dinyatakan **Lulus**dandapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada ProdiPendidikanProfesiNers Stikes Hang Tuah Surabaya.

## NERS (Ns)

**Surabaya,**

**Pembimbing**

**Dya Sustrami, S.Kep., M.Kes NIP.03.007**

**Mengetahui**

**Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi PendidikanProfesiNers**

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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : 24Juli 2020

iv

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Rismawati, S. Kep

NIM : 193.0076

Program Studi : Profesi Ners

## Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Ny. Ddengan Diagnosis Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya

Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir Stikes Hang Tuah Surabaya.

Hari, tanggal : Jum’at, 24 Juli 2020 Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar NERS (Ns) Pada ProdiPendidikanProfesiNers Stikes Hang Tuah Surabaya.

Ditetapkan di : Surabaya Tanggal : 24 Juli 2020

**Penguji I Diyan Mutyah, S.Kep., Ns.,M.Kes ( )**

**NIP. 03.053**

**Penguji II Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes ( )**

**NIP.03.007**

**Mengetahui**

**Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi PendidikanProfesiNers**

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

v

“Do the best”

## PERSEMBAHAN

1. Kepada Allah SWT yang telah memberi rahmat, nikmat dan kemudahan kepada saya dalam menyelesaikan segala urusan saya.
2. Suamiku tercintadananak-anakku yang selalu mendoakan, mendampingi, memotivasi, dan memberikan dukungan di setiap saat.
3. Kepada dosen pembimbing yang telah membimbing saya sehingga mampu menyelesaikan tugas Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik.
4. Kepada Ketua Prodi Ners dan para dosen di Stikes Hang Tuah yang telah memberi dukungan, bimbingan dan doa kepada kami sehingga kami menyelesaikan tugas akhir dengan lancar.
5. Kepada teman-teman Profesi yang telah melewati kebersamaan ini, saling memberikan motivasi dan dukungan untuk satu sama lain.
6. Kepada rekan-rekan di RSJ Menur yang telah memberi dukungan dan doa kepada saya agar dapat menyelasaikan pendidikan dengan baik.

vi

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

Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran NY. D dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur SURABAYA”. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan ProfesiNersSekolah Tinggi IlmuKesehatanHang Tuah Surabaya.

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

* 1. Bapak Dr. M. Hafidun Ilham, SpAn selaku Direktur RSJ Menur Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah ilmiah.
	2. Ibu Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyaningrum. 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.

vii

* 1. Bapak Nuh Huda.,M.Kep.,Ns.,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.
	2. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes. Selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan dorongan, arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
	3. 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 penulisannya.

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, Juli 2020

Penulis

viii

## DAFTAR ISI

HALAMAN COVER ii

HALAMAN PERNYATAAN iii

HALAMAN PERSETUJUAN iv

HALAMAN PENGESAHAN v

MOTTO DAN PERSEMBAHAN vi

KATA PENGANTAR vii

[DAFTAR ISI ix](#_TOC_250075)

DAFTAR TABEL xi

DAFTAR GAMBAR xii

DAFTAR LAMPIRAN xiii

DAFTAR SINGKATAN xiv

BAB 1 PENDAHULUAN 1

* 1. [Latar Belakang 1](#_TOC_250074)
	2. [Rumusan Masalah 8](#_TOC_250073)
	3. [Tujuan 8](#_TOC_250072)
		1. [Tujuan Umum 8](#_TOC_250071)
		2. [Tujuan Khusus 8](#_TOC_250070)
	4. [Manfaat 9](#_TOC_250069)
	5. [Metode Penulisan 10](#_TOC_250068)
	6. [Sistematika Penulisan 11](#_TOC_250067)

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 13

* 1. [Konsep Halusinasi 13](#_TOC_250066)
		1. [Pengertian 13](#_TOC_250065)
		2. [Etiologi Halusinasi 14](#_TOC_250064)
		3. [Tanda dan Gejala Halusinasi 17](#_TOC_250063)
		4. [Jenis-jenis Halusinasi 18](#_TOC_250062)
		5. [Fase-fase Halusinasi 21](#_TOC_250061)
		6. [Mekanisme Koping 22](#_TOC_250060)
		7. [Rentang Respon 23](#_TOC_250059)
		8. [Penatalaksanaan Medis Halusinasi 26](#_TOC_250058)
	2. [Konsep Asuhan Keperawatan 27](#_TOC_250057)
		1. [Pengkajian 28](#_TOC_250056)
		2. [Pohon Masalah 38](#_TOC_250055)
		3. [Diagnosa 39](#_TOC_250054)
		4. [Rencana Keperawatan 39](#_TOC_250053)
		5. [Implementasi 41](#_TOC_250052)
		6. [Evaluasi 50](#_TOC_250051)
	3. [Konsep Skizofrenia 51](#_TOC_250050)
		1. [Pengertian 51](#_TOC_250049)
		2. [Etiologi Skizofrenia 52](#_TOC_250048)
		3. [Tanda dan Gejala Skizofrenia 54](#_TOC_250047)
		4. [Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia 55](#_TOC_250046)
		5. [Kriteria Diagnostik Skizofrenia 58](#_TOC_250045)
		6. [Penatalaksanaan Skizofrenia 60](#_TOC_250044)

ix

* 1. [Mekanisme Koping 62](#_TOC_250043)
		1. [Pengertian 62](#_TOC_250042)
		2. [Strategi Koping 63](#_TOC_250041)
		3. [Hasil Dari Koping 65](#_TOC_250040)
	2. [Konsep Covid 67](#_TOC_250039)
		1. [Pengertian Covid 67](#_TOC_250038)
		2. [Etiologi 68](#_TOC_250037)
		3. [Patofisiologi 70](#_TOC_250036)
		4. [Manifestasi Klinis 71](#_TOC_250035)
		5. [Kelompok Intervensi Covid 76](#_TOC_250034)
		6. [Pemeriksaan Penunjang 83](#_TOC_250033)
		7. [Penatalaksanaan 86](#_TOC_250032)
		8. [Tindakan Pencegahan 96](#_TOC_250031)
		9. [Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial 98](#_TOC_250030)
		10. [Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) 99](#_TOC_250029)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 102](#_TOC_250028)

* 1. [Pengkajian 102](#_TOC_250027)
		1. [Identitas 102](#_TOC_250026)
		2. [Alasan Masuk 102](#_TOC_250025)
		3. [Faktor Predisposisi 103](#_TOC_250024)
		4. [Pemeriksaan Fisik 104](#_TOC_250023)
		5. [Psikososial 104](#_TOC_250022)
		6. [Status Mental 107](#_TOC_250021)
		7. [Kebutuhan Pulang 110](#_TOC_250020)
		8. [Mekanisme Koping 113](#_TOC_250019)
		9. [Masalah Psikososial dan Lingkungan 113](#_TOC_250018)
		10. Pengetahuan Kurang 114
		11. [Data Lain-Lain 114](#_TOC_250017)
		12. [Aspek Medik 115](#_TOC_250016)
		13. [Daftar Masalah Keperawatan 116](#_TOC_250015)
		14. [Daftar Diagnosa Keperawatan 117](#_TOC_250014)
	2. [Pohon Masalah 117](#_TOC_250013)
	3. [Analisa Data 118](#_TOC_250012)
	4. [Rencana Keperawatan 120](#_TOC_250011)
	5. [Tindakan Keperawatan 127](#_TOC_250010)

[BAB 4 PEMBAHASAN 138](#_TOC_250009)

* 1. [Pengkajian 138](#_TOC_250008)
	2. [Diagnosa Keperawatan 141](#_TOC_250007)
	3. [Intervensi 143](#_TOC_250006)
	4. [Implementasi 146](#_TOC_250005)
	5. [Evaluasi 150](#_TOC_250004)

[BAB 5 PENUTUP 154](#_TOC_250003)

* 1. [Kesimpulan 154](#_TOC_250002)
	2. [Saran 157](#_TOC_250001)

[DAFTAR PUSTAKA 159](#_TOC_250000)

Lampiran 161

x

Tabel 2.1 Jenis halusinasi menurut data subjektif dan objektif 18

*Tabel 2.2 Fase-fase Halusinasi* 21

Tabel 2.3 Intervensi pada gangguan persepsi sensori :

halusinasi pendengaran 40

Tabel 3.1 Analisa Data 118

Tabel 3.2 Intervensi keperawatan 120

Tabel 3.3 ImplementasidanEvaluasi 127

xi

Gambar 2.1 Rentang respon neurobiologis 24

Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi 38

Gambar 3.1 Genogram NY. D 104

Gambar 3.2 Pohon Masalah Pada NY. D Dengan Masalah Utama

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran 117

xii

Lampiran 1: Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Klien Ny D Dengan Diagnosa Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran 161

Lampiran 2: Formulir Pengkajian Keperawatan Jiwa 178

Lampiran 3 : Format Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan 211

xiii

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 RSJ : Rumah Sakit Jiwa

xiv

## PENDAHULUAN

## Latar Belakang

Kemajuan ilmu dan teknologi membawa dampak fisik dan mental. Dampak tersebut dapat menyebabkan gangguan jiwa menyebabkan depresi, halusinasi, resiko perilaku kekerasan, isolasi social menarik diri, waham, gangguan konsep diri harga diri rendah, deficit perawatan diri dan resiko bunuh diri.

Halusinasi adalah hilangnya suatu kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) sehingga tanpa adanya suatu objek atau rangsangan yang nyata klien dapat memberikan suatu persepsi atau pendapat tentang lingkungan (Kusumawati & Hartono, 2010). Halusinasi merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera yang tidak terdapat stimulasi terhadap reseptornya (Wahyuni, 2011). Halusinasi dibagi menjadi empat fase yang pertama yaitu fase *comforting* (halusinasi bersifat menyenangkan), fase yang kedua yaitu fase *condemming* (halusinasi bersifat menjijikkan), fase yang ketiga yaitu fase *controlling* (halusinasi bersifat mengontrol atau mengendalikan), fase ke empat yaitu fase *conquering* (halusinasi bersifat menakutkan dan klien sudah dikuasai oleh halusinasinya).Halusinasi sendiri dibagi menjadi lima jenis yaitu halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pencium, dan halusinasi perabaan (Dermawan & Rusdi, 2013 (Sutinah, 2016).

1

Menurut WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofernia, serta 47,5 juta terkena dimensia. 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.

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 rovinsi 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 Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya pada tahun 2020 selama 3 bulan terakhir didapatkan pada bulan April- Juni2020 terdapat 60 klien dengan rincian: perilaku kekerasan 26klien, isolasi sosial 9 klien, halusinasi sebanyak 10klien, waham sebanyak 6 klien, defisit perawatan diri 4 klien, harga diri rendah 5 klien. Masalah halusinasi di ruang Wijaya Kusuma pada periode bulan April- Juni 2020 mencapai 16,66% dari total seluruh klien yang dirawat di ruang Wijaya Kusuma.

Halusinasi di pengaruhi oleh 2 faktor yaitu: faktor presdisposisi dan faktor presipitasi. Faktor presdiposisi adalah faktor yang mempengaruhi fungsi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Faktor presdiposisi 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, keputusasaan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual(Yosep, 2011).

Adapun 2 macam tanda dan gejala halusinasi yaitu mayor dan minor yang berupa data subjektif dan objektif. Tanda mayor subjektif antara lain: mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya, melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya, menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak, merasakan pengecapan yang tidak enak dan merasakan rabaan atau gerakan badan. Tanda mayor objektif meliputi: bicara sendiri, tertawa sendiri, melihat ke satu arah, mengarahkan telinga ke arah tertentu, tidak dapat memfokuskan pikiran, dan diam sambil menikmati halusinasinya. Tanda minor subjektif antara lain: sulit tidur, khawatir, dan takut. Tanda minor objektif meliputi: konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat dan orang atau situasi, afek datar, curiga, menyendiri, melamun, mondar-mandir, kurang mampu merawat diri, dan mudah tersinggung, jengkel, marah ( Keliat, 2019).

Klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dapat menyebabkan resiko perilaku kekerasan. Untuk mengurangi halusinasi yang terjadi pada klien, perawat dapat mengajarkan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan kepada klien dengan menghardik, bercakap-cakap, memasukkan jadwal kegiatan yang disukai, dan minum obat. Sedangkan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan kepada keluarga dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda da gejala halusinasi dan caraa-cara merawat klien

halusinasi; melatih keluarga praktik merawat klien langsung dihadapan klien; dan membuat perencanaan pulang. Dalam upaya menyelenggarakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi masih banyak ditemukan kendala yang salah satunya adalah sikap keluarga yang tidak mendukung pengobatan dengan tidak melaksanakan kontrol rutin dan tidak memantau klien dalam minum obat saat dirumah membuat tingkat kekambuhan klien meningkat. Disamping itu stigma negatif dari masyarakat untuk klien ODGJ membuat hubungan interaksi sosial klien menjadi terganggu. Akan tetapi hal tersebut saat ini dapat dicegah dengan melakukan edukasi secara berkesinambungan kepada keluarga dan masyarakat terkait perawatan klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pada khususnya dan ODGJ pada umumnya.

Selain itu ada beberapa penelitian untuk 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 skizofernia untuk memperbaiki distoris 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 dating 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. update jumlah kasus 18 Juli jam 12.00 terkonfrimasi

84.882 , sembuh 43.268, meninggal dunia 4.016. pada tanggal 20 juli 2020

terkonfrimasi 86.521, dalam perawatan 36.977, sembuh 45.401, meninggal

4.143. di Jawa Timur pada tanggal 20 Juli 2020 yang terkonfirmasi 18.308, sembuh 9.342, meninggal dunia 1.401. sedang gangguan jiwa dengan covid jumlahnya tanggal 20 Juli 2020 jumlah 18 orang di Rumah Sakit Menur Surabaya.

*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).

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 menunjukan gejala 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 shiled.

## 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. D dengan 8iagnose medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya?”

## Tujuan

## Tujuan Umum

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada NY. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.

## Tujuan Khusus

* + - 1. Penulis mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada NY. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.
			2. Penulis Mampu merumuskan diagnosa keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada NY. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.
			3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada NY. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.
			4. Penulis mampu mengimplementasikan tindakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada NY. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.
			5. Penulis mampu melakukan evaluasi tindakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada NY. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.
			6. Penulis mampu mendokumentasikan tindakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada NY. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.

## Manfaat

Berdasarkan Tujuan diatas maka diharapkan dapat memberi manfaat :

## 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 Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya

## Bagi Pelayanan Kesehatan

Dapat menjadi masukkan 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 Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya

## Bagi Penulis

Dapat dipergunakan sebagai salah satu bahan penyusunan Karya Tulis Ilmiah tentang asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan diagnosa medis skizofrenia bagi peneliti lainnya.

## Metode Penulisan

1. Metode

etode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan menggunaksn studi pendekatsn proses keperawatan dengan langkah – langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Teknik Pengumpulan Data
	1. Wawancara

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

* 1. Observasi

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

* 1. Pemeriksaan

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

1. Sumber Data
	1. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari klien.

* 1. Data Sekunder

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

* 1. Studi Kepustakaan

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

## 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 Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Kesimpulan dan saran.

1. 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 dasar halusinasi, 2) Konsep dasar asuhan keperawatan halusinasi, 3) Konsep dasar skizofrenia, 4) Koping dan 5) Konsep COVID 19.

## Konsep Halusinasi

## 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. Membaui 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)

13

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).

## Etiologi Halusinasi

* + - 1. Dimensi

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

* + - * 1. Faktor Perkembangan

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

* + - * 1. Faktor Sosiokultural

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

* + - * 1. Faktor Biologis

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

* + - * 1. 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.

* + - * 1. 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.

* + - 1. 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 tidut dalam waktu yang lama.

* + - * 1. 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.

* + - * 1. 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.

* + - * 1. Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi dialam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasnya, seolah-olah ia merupakan tempat unrtuk 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.

* + - * 1. 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.

## 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
				1. Subjektif

Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya

Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya

Menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak

Merasakan pengecapan yang tidak enak

Merasakan rabaan atau gerakan badan.

* + - * 1. Objektif

Bicara sendiri

Tertawa sendiri

Melihat ke satu arah

Mengarahkan telinga ke arah tertentu

Tidak dapat memfokuskan pikiran

Diam sambil menikmati halusinasinya.

* + - 1. Minor
				1. Subjektif

Sulit tidur

Khawatir

Takut

* + - * 1. Objektif

Konsentrasi buruk

Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi

Afek datar

Curiga

Menyendiri, melamun

Mondar-mandir

Kurang mampu merawat diri.

Mudah tersinggung, jengkel, marah (Keliat, 2019).

## Jenis-jenis Halusinasi

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis halusinasi | Objektif | Subjektif |
| Halusinasi dengar/suara | 1. Bicara atau tertawa sendiri
2. Marah-marah tanpa
 | 1. Mendengar suara- suara ataukegaduhan |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | sebab1. Mengarahkan telinga ke arah tertentu
2. Menutup telinga
 | 1. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
2. Mendengar suara menyuruh, melakukan sesuatu

yang berbahaya |
| 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 permukann kulit
2. Merasa seperti tersengat listrik
 |

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

1. 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.

1. Halusinasi penglihatan (visual, optic)

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

1. Halusinasi penciuman (olfaktorik)

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

1. Halusinasi pengecapan (gustatorik)

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

1. Halusinasi perabaan (Taktil)

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

1. 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.

1. Halusinasi seksual, ini termasuk halusinasi raba

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

1. Halusinasi visceral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

* 1. Depersonalisasi adalah perasaan
	2. Derealisasi

## 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” | * Klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut, mencoba untuk meredakakn Ansietas.
* Individu mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori dalan kendali kesadaran jika

ansietas dapatditangani (non psikotik) | * Tersenyum, tertawa yang tidak sesuai
* Menggerakkan bibir tanpa suara
* Pergerakkan mata yang cepat
* Respon verbal yang lambat
* Diam, dipenuhi rasa yang mengasyikkan
 |
| Fase II: Condeming Ansietas berat Halusinasi menjadi menjijikan “Menyalahkan” | - Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan klien lepas kendali dan mungkin mecoba untuk mengambil jarak dirinya dengansumber yang | * Meningkatkan tanda- tanda sistem saraf otonom akibat ansietas (nadi, RR, TD) meningkat.
* Penyempitan kemampuan untuk

konsentrasi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dipersepsikan.* Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain.
* Psikotik ringan
 | - Asyik denganpengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita |
| Fase III:Controlling Ansietas berat Pengalaman sensori menjadi berkuasa “Mengendalikan” | * Klien berhenti atau menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan

menyerah pada halusinasi tersebut* Isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti
* Psikotik
 | * Lebih cenderung

mebgikuti petunjuk halusinasinya* Kesulitan berhubungan dengan orang lain
* Rentang perhatian hanya dalam beberapa menit atau detik
* Gejala fisik ansietas berat, berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti petunjuk
 |
| 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 sepertikekerasan, agitasi, menarik diri, katatonia* Tidak mampu

merespon terhadapperintah yang kompleks* Tidak mampu

merespon >1 orang |

## Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang sering digunakan pada klien dengan halusinasi meliputi:

1. 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.

1. Proteksi

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

1. Menarik Diri

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

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

## Rentang 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).

proses emosi

1. Perilaku tidak terorganisasi
2. Isolasi sosial

stabil

1. Perilaku tidak biasa
2. Menarik diri

5. Hubungan sosial harmonis

1. Halusinasi
2. Emosi tidak 3. Kerusakan

1. Waham

1. Kadang-kadang proses pikir terganggu
2. Ilusi
3. Pikiran logis
4. Persepsi akurat
5. Emosi konsisten dengan pengalaman
6. Perilaku cocok

**Respon Maladaptif**

**Respon Psikososial**

**Respon Adaptif**

Gambar 2.1 Rentang respon neurobiologis

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.
				1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
				2. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyatan
				3. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
				4. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
			2. Respon psikososial meliputi:
				1. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
				2. Ilusi adalah miR interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera
				3. Emosi berlebihan atau berkurang
				4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran
				5. 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:

* + - * 1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
				2. Halusinasi merupakan definisian persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternalyang tidak realita atau tidak ada
				3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
				4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
				5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

## 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:

1. 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 klozapin (clorazil) 300-900 mg, dibenzokasazepin loksapin (loxitane) 20-150 mg, dihidroindolon molindone (moban) 15- 225 mg.
2. Terapi kejang listrik/electro compulsive therapy (ECT)
3. 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:

* 1. TAK orientasi realitas
		1. Sesi 1 : pengenalan orang
		2. Sesi 2 : Pengenalan tempat
		3. Sesi 3 : pengenalan waktu
	2. 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.

## Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan menjelaskan tentang bagaimana cara perawat dalam mengelola asuhan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan menggunakan pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Saat ini proses keperawatan dijelaskan

sebagai proses siklik lima bagian yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Damaiyanti M, 2012).

## Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan penurunan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data bioologis, psikologis, social dan spiritual. Hal penting dalam fase pengkajian adalah ketrampilan komunikasi (verbal mauapun 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.

* + - 1. Alasan Masuk

Umumnya klien halusinasi dibawa kerumah sakit karena keluarga merasa tidak mampu merawat, terganggu karena perilaku klien dan hal lain, gejala lain yang muncul saat di rumah sehingga klien 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.

* + - 1. Faktor Predisposisi
				1. Faktor Perkembangan

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

* + - * 1. 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.

* + - * 1. Faktor Biologis

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

* + - * 1. 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.

* + - * 1. Faktor Genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada klien 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).

* + - 1. Faktor Presipitasi

Stresor 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).

* + - 1. Pemeriksaan Fisik

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

* + - 1. Psikososial
				1. 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.

* + - * 1. Konsep diri

Gambaran diri

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

Identitas diri

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

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.

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.

Harga diri

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

* + - * 1. 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 mempunya orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

* + - * 1. Spiritual

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

* + - 1. Status Mental
				1. 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 disisr, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam). Raut wajah tampak takut, kebingungan, dan cemas.

* + - * 1. Pembicaraan

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

* + - * 1. Aktivitas motorik

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

* + - * 1. Alam perasaan

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

* + - * 1. Afek emosi

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

* + - * 1. 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.

* + - * 1. Persepsi-sensori

Jenis halusinasi

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

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.

Waktu.

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

Frekuensi

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

Situasi yang menyebabkan munculnnya halusinasi

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

Respons terhadap halusinasi

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

* + - * 1. 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.

* + - * 1. 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.

* + - * 1. Tingkat Kesadaran

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

* + - * 1. Memori

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

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

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

* + - * 1. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

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

* + - * 1. Kemampuan Penilaian

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

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

* + - * 1. 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.

* + - 1. Kebutuhan Pulang
				1. 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.

* + - * 1. Kegiatan hidup sehari-hari

Perawatan diri

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

1. Tidur

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

1. Kemampuan klien lain-lain

Klien tidak dapat mengantisipasi kebutuhan hisupnya, dan membuat keputusan.

1. 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.

1. Klien menikmati saat bekerja/kegiatan produktif/hobi

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

* + - 1. Mekanisme Koping

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

* + - 1. Masalah Psikososial dan Lingkungan

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

* + - 1. Aspek Pengetahuan

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

* + - 1. 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.

## Pohon Masalah

**Penyebab**

**Masalah Utama**

**Akibat**

Resiko perilaku kekerasan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

Isolasi sosial: menarik diri

Defisit Perawatan Diri

Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

Gambar 2.2 Pohon masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi (Keliat, 2011).

## Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan data subyektif dan obyektif yang ditemukan pada klien (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 .

1. Perubahan persepsi sensori; halusinasi pendengaran
2. Isolasi sosial
3. Resiko tinggi perilaku kekerasan

## 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).

## STRATEGI PELAKSANAAN

|  |  |
| --- | --- |
| SP 1 KLIEN | SP 1 KELUARGA |
| 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi
2. Mengidentifikasi isi halusinasi
3. Mengidentifikasi waktu halusinasi
4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi
5. Mengidentifikasi situasi halusinasi
6. Mengidentifikasi respon halusinasi
7. Mengajarkan klien menghardik
8. Menganjurkan klien

memasukkan cara menghardik ke dalam kegiatan harian | 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi, serta proses terjadinya halusinasi.
3. Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi.
 |
| SP 2 KLIEN | SP 2 KELUARGA |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
3. Menganjurkan klien

memasukan kedalam jadwal kegiatan harian. | 1. Melatih keluarga memperaktikan cara merawat klien dengan halusinasi.
2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi.
 |
| SP 3 KLIEN | SP 3 KELUARGA |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
2. Melatih klien mengendalikan

halusinasi dengan cara melakukan kegiatan harian. | 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat
2. Menjelaskan follow up
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Menganjurkan klien memasukan kedalam jadwalkegiatan harian. | klien setelah pulang. |
| SP 4 KLIEN |  |
| 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian.
2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.
3. Menganjurkan klien memasukan kedalam

kegiatan harian. |  |

Tabel 2.3 intervensi pada gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran (Damaiyanti M, 2012).

## Implementasi

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi klien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan.

Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan klien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan (Yusuf, A.H, 2015).

Tindakan keperawatan pada klien halusinasi sebagai berikut :

* + - 1. Tujuan keperawatan
				1. Klien dapat mengenali halusinasinya yang dialaminya
				2. Klien dapat mengontrol halusinasinya
				3. Klien mengikuti program pengobatan secara optimal.
			2. Tindakan keperawatan
				1. Bantu klien mengenali halusinasi

Untuk membantu klien mengenali halusinasi, perawat dapat berdiskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang di dengar, dilihat, atau dirasa), waktu terjadi halusinasinya, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang dapat menyebabkan halusinasi muncul dan respon klien saat halusinasinya muncul.

* + - * 1. Melatih klien mengontrol halusinasinya

untuk membantu klien agar mampu mengontrol hakusinasi perawat dapat melatih klien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. keempat cara mengontrol halusinasi adalah sebagai berikut :

Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah cara mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi muncul. klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasinya yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Berikut ini tahapan intervensi yang dilakukan perawat dalam mengajarkan klien.

Menjelaskan cara menghardik halusinasi

Memperagakan cara menghardik

Meminta klien memperagakan ulang

Memantau penerapan cara, menguatkan perilaku klien

Bercakap – cakap dengan orang lain

Bercakap – cakap dengan orang lain dapat membantu mengontrol halusinasi. Ketika klien bercakap – cakap dengan orang lain, terjadi distraksi: fijys perhatian klien akan beralih dari halusinasinya kepercakapan yang dilakukan dengan orang lain.

Melakukan aktivitas terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukan diri melakukan aktivitas yang teratur. dengan beraktivitas secara terjadwal, klien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi. Tahapan intervensi perawat dalam memberikan aktivitas yang terjadwal, yaitu :

Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.

Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan klien.

Menyusun jadwal aktivitas sehari – hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas yang telah dilatih. upayakan

klien mempunyai aktivitas mulai dari bangun pagi sampai tidur malam.

Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan memberikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif.

Minum obat secara teratur

Minum obat secara teratur dapat mengontrol halusinasi. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering mengalami putus obat sehingga klien mengalami kekambuhan. oleh karena itu, klien agar klien patuh obat sesuai program berkelanjutan. Berikut ini intervensi yang dapat dilakukan perawat agar klien patuh minum obat.

Jelaskan kegunaan obat

Jelaskan akibat putus oat

Jelaskan cara mendapat obat / berobat

Jelaskan cara minum obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar cara, benar waktu dan benar dosis).

**SP 1 klien** : membantu mengenali halusinasinya, menjelaskan cara – cara mengontrol halusinasinya, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi.

Peragakan komunikasi dibawah ini Fase Orientasi :

Selamat Pagi, saya perawat akan merawat anda. saya suster R, senang di panggil suster S. nama anda siapa ? senang di panggil apa ? Bagaimana perasaan D hari ini ? apa keluhan D saat ini ? “ baiklah, bagaimana kalau kita bercakap – cakap tentang suara yang selama ini D dengar, tetapi tidak tampak wujudnya ? dimana kita duduk ? di ruang tamu ? berapa lama ? bagaimana kalau 30 menit ?

Fase kerja :

“Apakah D mendengar suara tanpa ada wujudnya ? apa yang dikatakan suara itu” “Apakah sering menderngar suara itu ? berapa kali sehari D alami

? pada keadaan apa suara itu terdengar ? apakah pada waktu sendiri?” “Apa yang D rasakan pada saat mendengar suara itu ? Apa yang D lakukan saat mendengar suara itu ? apakah dengan cara itu suara itu hilang ? Bagaimana kalau kita belajar cara – cara untuk mencegah suara itu muncul”

“D, ada empat cara untuk mencegah suara – suara itu muncul pertama, dengan cara menghardik tersebut, keduan dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan keempat minum obat dengan teratur.”

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. caranya adalah saat suara – suara itu muncul, langsung D bilang, pergi kamu, saya tidak mau dengar… saya tidak mau dengar! kamu suara palsu! begitu diulang – ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba D peragakan! Nah… begitu bagus! coba lagi ya, ya bagus D sudah bisa.

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan D setelah memperagakan latihan tadi ? Kalau suara – suara itu muncul lagi, silakan cob acara tersebut! Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya ? (Anda memasukan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian klien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untu belajar dan latihan mengendalikan suara – suara dengan cara yang kedua ? Pukul berapa D ? Bagaimana kalau dua jam lagi ? Dimana tempatnya.”

“Baiklah, sampai jumpa.”

**SP 2 klien** : melatih klien mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap Bersama orang lain.

Peragakan komunikasi dibawah ini Fase Orientasi

“Selamat pagi. D bagaimana perasaan D hari ini ? Apakah suara – suaranya masih uncul ? Apakah sudah dipakai cara yang tekah kita latih kemarin ? Berkurang kah suara – suaranya? Bagus, sesuai janji kita tadi saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau dimana ? Disini saja.”

Fase Kerja

“Cara kedua untuk mencegah / mengintrol halusinasi adalah dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Jadi kalau D mulai mendengar suara – suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol, minta teman untuk ngobrol dengam D. Contohnya begini, “Tolong saya mulai dengar suara –

suara. ayo ngobrol dengan saya” atau kalau ada orang dirumah, misalkan kakak D, katakana, “ kak ayo ngobrol dengan D. D sedang dengar suara – suara.” Begitu D. Coba D lakukan sepertu yang saya katakana tadi lakukan. Ya, begutu. Bagus! Coba sekali lagi, bagus! Nah, latih terus ya D! “Disini, D dapat mengajak perawat atau klien lain untuk bercakap – cakap.

Terminasi

“Bagaimana perasaan D setelah latihan tadi ini ? Jadi sudah ada berapa cara yang D pelajari untuk mencegah suara – suara itu ? Bagus, coba lah kedua cara ini kalau D mengalami halusinasi lagi. bagaimana kalau kita masukan dalam jadwal kegiatan harian D. Mau jam berapa latihan bercakap – cakap ? Nah, nanti lakukan secara teratur sewaktu – waktu suara itu muncul! Besok pagi saya akan kesini lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga, yaitu melakukan aktivitas terjadwal ? Mau jam berapa ? Bagaimana kalau jam 10 pagi ? Mau dimana ? Disini lagi ? Sampai besok ya. Selamat pagi!”

**SP 3 klien** : melatih klien mengontrol halusinasinya dengan melaksanakan aktivitas terjadwal.

Peragakan komunikasi di bawah ini Fase Orientasi

“Selamat pagi D! Bagaimana perasaan D hari ini ?” “Apakah suara – suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai du acara yang telah kita latih ? bagaimana hasilnnya ? Bagus!” “Sesuai janji kita, hari ini kita kan belajar cara ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan

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

Fase Kerja

“Apa saja yang biasa D lakukan ? Pagi – Pagi apa kegiatannnya, terus jam berapa berikutnya apa?” (Terus kaji hingga didapatkan kegiatannya sampai malam). “Wah banyak sekali kegiatannya! Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut)! Bagus sekali jika D bias lakukan!” “Kegiatan ini dapat D lakukan untuk mencegah suara – suara tersebut itu muncul. kegiatan yang lain akan kita latih agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.”

Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap – cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara – suara itu! Bagus sekali! coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara – suarah. Bagus sekali! Mari kita masukan ke jadwal kegiatan harian D. Coba lakukan sesuai jadwal ya” (Perawat dapat melatih aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam).

“Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti, kita akan membahas cara minum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa ? Bagaimana kalau jam 12 ? Di ruang makan ya, sampai jumpa.

**SP 4 klien** : melatih klien minum obat secara teratur Fase Orientasi

“Selamat Siang D! Bagaimana perasaan D siang ini ? Apakah suara – suaranya masih muncul ? Apakah sudah digunakan tiga cara yang telah kita latih ? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan ? Apakah pagi tadi sudah minum obat ? Baik. hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat – obatan yang D minum. kita akan diskusi selama 20 menit sambal menunggu makan siang. Disini saja ya D.

Fase Kerja

“D apakah bedanya setelah minum obat secara teratur ? Apakah suara – suara berkurang atau hilang ? Minum obat sangat penting agar suara – suara yang D dengar dan menggangu selama ini tidak mungkin muncul lagi. berapa macam obat yang D minum ? (Perawat menyiapkan obat klien). ini yang warna orange (Chlorpromazine, CPZ) guna untuk menghilangkan suara – suara. Obat yang berwarna putih (Tryhexypenidil, THP) guna agar D merasa rilekx dan tidak kaku, sedangkan merah jambu (Haloperidol, HLP) berfungsi untuk menangkan pikiran dan menghilangkan suara – suara. semua obat ini diminum 3 kali sehari, setiap pukul 7 pagi, 1 siang dan 7 malam. Kalau suara – suara sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan. nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, D akan kabuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula. kalau obat habis, D bias minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. D juga harus teliti saat minum obat – obatan ini. pastikan obatnya punya D. Jangan keliru dengan obat milik orang lain, baca nama, kemasan. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnnya.

D juga harus diperhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan D juga harus cukup minum 10 gelas per hari.

Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap – cakap mengenai obat ? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara – suara ? Coba sebutkan! Bagus (jika jawabanya benar). Mari kita masukan jadwal minum obat nya pada jadwal kegiatan D! Jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau di rumah, makanan sudah datang.

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

## Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakn tindakan, evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah dilakukan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir yaitu:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “ Bagaimana perasaan ibu setelah latihan nafas dalam?”

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A : Analis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut oleh perawat.

Rencana tindak lanjut dapat berupa:

1. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah.
2. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap dan semua tindakan telah dijalankan, tetapi hasil belum memuaskan (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

## Konsep Skizofrenia

## 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 kenyataaan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkhorensi, 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 antara pribadi 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).

## Etiologi Skizofrenia

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%.

* + - 1. 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.

* + - 1. Susunan Saraf Pusat

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

* + - 1. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada RP 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).

* + - 1. Teori Sigmund Freud
1. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
2. 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.

## Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Blueler dalam buku (Nurarif Amin Huda, 2015)

* + - 1. Gejala Primer
				1. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi
				2. Gangguan Afek Emosi

Terjadi kedangkalan afek-emosi

Paramimi dan paratimi

Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan Emosi berlebihan

Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

* + - * 1. Gangguan Kemauan

Terjadi kelemahan kemauan

Perilaku negativisme atau permintaan

Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

* + - * 1. Gangguan Psikomotor

Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme

Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

Echolalia dan Echopraxi

* + - 1. Gejala Sekunder Waham, halusinasi.

## Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia

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

* + - 1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
				1. Memenuhi kriteria skizofrenia.
				2. 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.
				3. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
			2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
				1. Memenuhi kriteria skizofrenia.
				2. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
				3. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
				4. Gejala bertahan 2-3 minggu.
				5. 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.
				6. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan,mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
				7. 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.
				8. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
			3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
				1. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
				2. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
				3. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
				4. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
				5. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
				6. Rigiditas (kaku).
				7. Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
				8. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
				9. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena klien yang tidak komunikatif.
			4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
				1. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofernia.
				2. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
				3. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia
			5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
				1. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofernia selama 12 bulan terakhir ini.
				2. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
				3. 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 klien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-).Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtipe skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
			6. Skizofrenia residual (F 20. 5)
				1. 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.
				2. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
				3. 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.
				4. Tidak terdapat dementia 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 berjalanperlahan 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 subtipe skizofrenia lainnya.

## 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:
				1. Waham dikendalikan oleh suatu kekuatan luar (delusions of being confrolled).
				2. Waham penyiaran pikiran (Thought broadcasting).
				3. Waham penyisipan pikiran (Thought Insertion).
				4. 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 persection 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

kaku, atau kemiskinan pembicaraan yang disertai oleh paling sedikit satu dari yang disebut:

* + - * 1. Afek (alam perasaan) yang tumpul, mendatar atau tidak serasi (inappropriate).
				2. Berbagai waham atau halusinasi.
				3. Katatonia (kekakuan) atau tingkah laku lain yang sangat kacau (disorganised).
				4. 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.

## Penatalaksanaan Skizofrenia

* + - 1. Penggunaan Obat Antipsikosis

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi, dan perubahan pola fikir yang terjadi pada skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu :

* + - * 1. Antipsikotik konvensional

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

Haldol (haloperidol). Sediaannya tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg, dan injeksi 5 mg/ml, dosis 5-15 mg/hari.

Stelazine (trifluoperazine). Sediaannya tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.

Mellaril (thioridazine). Sediaannya tablet 50-100 mg, dosis 150- 600 mg/hari.

Thorazine (chlorpromazine). Sediaannya tablet 25 dan 100 mg, injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.

Trilafon (perphenazine). Sediaannya tablet 2, 4, 8 mg, dosis 12-24 mg/hari.

Prolixin (fluphenazine). Sediaannya tablet 2,5 mg, 5 mgg, dosis 10- 15 mg/hari. Injeksi 25 mg/ml, dosis 25 mg/2-4 minggu.

* + - * 1. Newer atypical antipsycosis

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 :

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

Seroquel (quetiapine)

Zyprexa (olanzopine)

* + - * 1. Clozaril (clozapine)

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

* + - 1. Terapi elektrokonvulsif (ECT)
			2. Pembedahan bagian otak
			3. Perawatan di rumah sakit
			4. Psikoterapi
				1. 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 direpreR oleh penderita.

* + - * 1. Terapi Perilaku (Behavioristik)
				2. Terapi Humanistik

Terapi kelompok dan terapi keluarga.

## Mekanisme Koping

## 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 stres. Stres diatasi dengan kognitif dan *behavioral transaction* melalui lingkungannya.

Proses mekanisme koping bukan hanya satu kejadian karna koping melibatkan *ungoing transaction* dengan lingkungan, dan proses tersebut sebaiknya dilihat sebagai suatu *dynamic series.* Stres 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).

## 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 stres 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 stres atau memperluas sumber untuk mengatasinya. Sesorang 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:

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

*Emotion focused coping,* yaitu usaha mengatasi stres 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 :

* 1. *Self control*: usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
	2. *Distencing*: usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah sebagai lelucon.
	3. *Positive reappraisal*: usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.
	4. *Accepting responsibility*: usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi baik.
	5. *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.

## 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 berhasill bila koping yang dilakukan dapat mengurangi indikator dan membangkitkan (arousal) stres seperti menurunnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, dan sistem pernapasan.
2. Apakah individu dapat kembali pada keadaan seperti sebelum ia mengalami stres dan seberapa cepat ia dapat kembali. Koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat membawa

individu kembali pada keadaan seperti sebelum individu mengalami stres.

1. Efektivitas dalam mengurangi psychological distres. Koping dinyatakan berhasil jika koping tersebut dapat mengurangi rasa cemas dan depresi pada individu.

## Konsep Covid

## Pengertian Covid

*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 re-infeksi

## 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 bars) 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 simptomatiknya 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 klien COVID-19, bekerja dengan petugas kesehatan yang terinfeksi COVID-19 atau memeriksa klien yang terkonfimari kasus atau dalam lingkungan ruangan sama, ketika prosedur aerosol dilakukan.

1. Kontak lingkungan rumah atau tempat tertutup

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

1. Bepergian bersama klien COVID-19 dalam segala jenis mode transportasi.
2. Anggota keluarga atau tinggal di rumah yang sama dengan klien COVID- 19 (WHO, 2020).

## 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.

## Manifestasi Klinis

Infeksi COVID-19 dapat menimbulkan gejala ringan, sedang atau berat. Gejala klinis utama yang muncul yaitu demam (suhu >380C), batuk dan kesulitan bernapas. Selain itu dapat disertai dengan sesak memberat, fatigue, mialgia, gejala gastrointestinal seperti diare dan gejala saluran napas lain. Setengah dari klien 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 klien, gejala yang muncul ringan, bahkan tidak disertai dengan demam. Kebanyakan klien 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 klien dengan lanjut usia dan klien 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 klien tidak memiliki gejala komplikasi diantaranya dehidrasi, sepsis atau napas pendek(World Health Organization, 2020).

* + - 1. 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 :

* + - * 1. < 2 bulan : ≥ 60x/menit
				2. 2-11 bulan : ≥ 50x/menit
				3. 1-5 tahun : ≥ 40x/menit
			1. Pneumonia berat
				1. Pada klien dewasa

Gejala yang muncul diantaranya demam atau curiga infeksi saluran napas sedangkan tanda yang muncul yaitu takipnea (frekuensi napas:

>30x/menit),distress pernapasan berat atau saturasi oksigen klien <90% udara luar.

|  |
| --- |
| **Jika terdapat salah satu kriteria mayor atau ≥ 3 kriteria minor** |
| Kriteria Minor | 1. Frekuensi napas ≥ 30x/menit
2. Rasio Pa02/FiO2 ≤ 250
3. Infiltrat multilobular
4. Penurunan kesadaran
5. Uremia (BUN) ≥ 20 mg/dL
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Leukopenia (<4000 cell/mikrol)
2. Trombositopenia (<100.000/microliter)
3. Hipotermia (<360C)
4. Hipotensi perlu resusitasi cairan agresif
 |
| Kriteria Mayor | 1. Syok septik membutuhkan vasopressor
2. Gagal napas membutuhkan ventilasi mekanik
 |

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

(World Health Organization, 2020)

* + - * 1. Pada klien anak-anak:

Gejala: batuk atau tampak sesak, Sianosis central atau SpO2<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.

* + - 1. *Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*

Derajat ringan beratnya ARDS berdasarkan kondisi hipoksemia. Hipoksemia didefinisikan tekanan oksigen arteri (PaO₂) dibagi fraksi oksigen inspirasi (FIO₂) kurang dari< 300 mmHg.Berikut rincian oksigenasi pada klien ARDS.

* + - * 1. Dewasa :
1. ARDS ringan : 200 mmHg < PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg (dengan PEEP atau CPAP ≥5 cmH2O atau tanpa diventilasi)
2. ARDS sedang : 100 mmHg < PaO2/FiO2 ≤200 mmHg dengan PEEP ≥5 cmH2O atau tanpa diventilasi
3. ARDS berat : PaO2/FiO2 ≤ 100 mmHg dengan PEEP ≥5 cmH2O atau tanpa diventilasi.
4. Tidak tersedia data PaO2 : SpO2/FiO2 ≤315 diduga ARDS (termasuk klien tanpa ventilasi).
	* + - 1. Anak:
5. Bilevel NIV atau CPAP ≥5 cmH2O melalui masker full wajah : PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg atau SpO2/FiO2 ≤264
6. ARDS ringan (ventilasi invasif): 4 ≤ *oxygenation index* (OI) < 8 or 5 ≤ OSI < 7.5
7. ARDS sedang (ventilasi invasif): 8 ≤ OI < 16 atau 7.5 ≤ *oxygenation index using* SpO2 (OSI) < 12.3
8. ARDS berat (ventilasi invasif): OI ≥ 16 atau OSI ≥ 12.3
9. Sepsis

Tanda klien mengalama 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)* ≥ 2 poin. Pada anak-anak didiagnosis sepsis bila curiga atau terbukti infeksi dan ≥ 2 kriteria *systemic inflammatory Response Syndrom (SIRS)* yang salah satunya harus suhu abnormal atau hitung leukosit.

1. Syok Septik

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

* 1. Perubahan status mental
	2. 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
	3. *Capillary refill time* meningkat (>2 detik) atau vasodilatasi hangat dengan

*bounding pulse*

* 1. Takipnea
	2. Kulit mottled atau petekia atau purpura
	3. Peningkatan laktat
	4. Oliguria
	5. Hipertemia atau hipotermia

## Kelompok Intervensi Covid

Penggelompokkan intervensi COVID 19 berdasarkan buku Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) Dalam Pandemi Covid 19 terbagi dalam:

## Orang Sehat ( OS )

Orang sehat ( OS ) adalah orang yang tidak memiliki gejala, tidak kontak dengan orang dengan COVID-19 (tenaga kerja dari rumah sakit atau serumah dengan yang sakit COVID-19), tidak berada di daerah terjangkit luar negeri atau dalam negeri.

Pencegahan Masalah Kesehatan:

* + - * 1. Peningkatan imunitas fisik

Peningkatan imunitas fisik dalam rangka mencegah infeksi dari virus COVID 19 dapat diupayakan melalui:

Makanan seimbang

Minuman yang cukup, orang dewasa minimal 2 liter.

Olahraga minimal 30 menit sehari.

Berjemur di pagi hai seminggu dua kali.

Tidak merokok dan minum alkohol.

* + - * 1. Peningkatan kesehatan jiwa dan psikososial

Kondisi kesehatan jiwa dan kondisi optimal dari psikososial dapat ditingkatkan melalui:

Emosi positif: gembir, senang dengan cara melakukan kegiatan dan hobi yang disukai, baik sendiri maupun bersama keluarga atau teman.

Pikiran positif: menjauh dari informasi hoax,mengenang semu pengalaman yang menyenangkan, bicara pada diri sendiri tentang hal yang positif ( *positive self-talk* ), responsif ( mencari solusi )terhadap kejadian, dan selalu yakin bahwa pandemi akan segera teratasi.

Hubunga sosial yang positif: memberi pujian, harapn antar sesama, saling mengingatkan cara-cara posiif, meningkatkan ikatan emosi keluarga dan kelompok.

* + - * 1. Pencegahan Penularan ( melalui Droplet )
1. Jarak Sosial (*Social Distancing*) sejauh 2 meter
2. Jarak Fisik (*Physical Distancing*) sejauh 2 meter
3. Cuci Tangan
4. Masker Kain
5. Tinggal di rumah saja *(stay at home)*
6. Membersihkan *Handphone* dengan Sabun
	* + - 1. Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial padaIndividu
7. Sikap Reaktif: adalah reaksi yang cepat, tegang, agresif yang memunculkan kecemasan, kepanikan contoh memborong bahan makanan, masker, *hands-sanitizer,* vitamin dll.
8. Sikap Responsif: adalah sikap tenang, terukur, mencari tahu apa yang harus dilakukan dan memberikan respons yang tepat dan wajar.
	* + - 1. Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Keluarga

Belajar dan bekerja dari rumah. Bagi pekerja yang masih harus masuk kantor harus menggunakan protokol kesehatan dan keselamatan kerja sesuai dengan pencegahan dan penanganan COVID-19

Tinggal dirumah *(Stay at home),* belajar dari rumah *(Study from home) ,* bekerja dari rumah *(Work from home).*

## Orang Tanpa Gejala (OTG)

Orang Tanpa Gejala ( OTG ) adalah seseorang yang tidak memiliki gejala dan mempunyai riwayat kontak erat dengan orang yang terkonfirmasi COVID-19. Kontak Eratadalah seseorang yang melakukan kontak fisik atau beradadalam ruangan atau berkunjung (dalam radius 1 meter dengan kasus klien dalam pengawasan atau konfirmasi) dalam 2 hari sebelum kasus muncul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus muncul gejala.

Upaya promotif kesehatan Jiwa dan Psikososial pada OTG adalah:

* + - * 1. Mengurangi stressor

Mendapatkan informasi yang benar tentang COVID-19.

Mengurangi membuka media sosial terutama tentang COVID-19.

Menjauhi orang yang selalu memberitakan hal yang negatif tentang COVID-19.

* + - * 1. Relaksasi fisik

Latihan Tarik nafas dalam.

Relaksasi Otot Progresif (*Progressive Muscle Relaxation*).

Olah raga secara rutin.

* + - * 1. Latihan Berfikir Positif
				2. Mempertahankan dan meningkatkan hubungan interpersonal.

Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Keluarga dapat dilakukan dengan melaporkan kondisi kesehatan secara rutin (tanda – tanda terkait COVID-19 : suhu tubuh > 37.5, sesak, tengorokan kering, batuk)**.**

## Orang Dalam Pemantauan (ODP)

Orang Dalam Pemantauan ( ODP ) adalah orang yang mengalami demam (≥380C) atau riwayat demam; atau gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan dan pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/ wilayah yang melaporkan transmisi lokal.

ODP adalah orang yang mengalami gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk DAN pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.

ODP yang isolasi mandiri di rumah adalah mereka yang tidak memiliki penyakit penyerta seperti: diabetes, penyakit jantung, kanker, penyakit paru kronis, AIDS, dan penyakit autoimun**.** ODP mendapatkan pelayanan kesehatan primer dari puskesmas atau klinik.

Sedang pada ODP yang diisolasi di Fasilitas Kesehatan Sekunder ( RS tipe C dan D ), ODP mendapat layanan kesehatan jiwa dan psikososial dari tim terlatih merawat di failitas kesehatan. Perawat menggunakan standar asuhan keperawatan kesehatan jiwa dan dkter menggnakan standar tatalaksana kesehatan jiwa.

## Klien Dalam Pengawasan (PDP)

Klien Dalam Pengawasan ( PDP ) adalah:

* Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yaitu demam (≥38oC) atau riwayat demam; disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan dan pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi local.
* Orang dengan demam (≥380C) atau riwayat demam atau ISPA dan pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.
* Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan dapat digolongkan dalam kelompok PDP.
1. Tindakan karantina di rumah dan layanan sosial lainnya:
	1. Pencegahan penularan secara fisik
		* Pasien ditempatkan di ruang tersendiri
		* Selalu menggunakan masker
		* Alat kebutuhan pribadi dipisahkan dengan anggota kelurga yang lain
		* Puskesmas memantau PDP
		* Hal lain sesuai buku pedoman COVID 19
	2. Pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikososial

Dapat dilakukan dengan melaksanakan tindakan untuk Orang Sehat ( OS ), OTG, dan ODP dan bila tidak ada perbaikan dapat berkonsultasi denagn tim kesehatan jiwa.

1. Tindakan isolasi di Rumah Sakit
	1. Aspek fisik mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan di RS
	2. Pencegahan dan pemulihan masalah kesehatan jiwa dan psikososial.

Dapat dilakukan dengan melaksanakan tindakan untuk Orang Sehat ( OS ), OTG, dan ODP dan bila tidak ada perbaikan dapat berkonsultasi denagn tim kesehatan jiwa. Dokter penanggung jawab pelayanan pasien (DPJP) dan tim PPA (Profesional Pemeri Asuhan) diberikan pembekalan pelayan kesehatan jiwa dan psikososial dengan menggunakan buku pedoman COVID 19.

## Klien Konfirmasi COVID-19

Klien Konfirmasi Covid 19 adalah klien yang terinfeksi COVID-19 dengan hasil pemeriksaan tes positif melalui pemeriksaan PCR, dilakukan pengambilan spesimen pada hari ke-1 dan ke-14.

Klien COVID 19 yang telah dikonfirmasi memiliki gejala seperti penyesalan, kebencian, kesepian,ketidakberdayaan, depresi, kecemasan, fobia, gelisah, dendam dan kurang tidur.

* + - * 1. Klien COVID 19 yang dirawat di RS
1. Klien COVID 19 yang dirawat di ruang isolasi.
	* Aspek fisik mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan di RS sesuai dengan ruang isolasi.
	* Pencegahan dan pemulihan masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Dapat dilakukan dengan melaksanakan tindakan untuk Orang Sehat ( OS ), OTG, dan ODP dan bila tidak ada perbaikan dapat berkonsultasi denagn tim kesehatan jiwa. Dokter penanggung jawab pelayanan pasien (DPJP) dan tim PPA (Profesional Pemeri Asuhan) diberikan pembekalan pelayan kesehatan jiwa dan psikososial dengan menggunakan buku pedoman COVID 19.
	* Pertahankan komunikasi positif dengan klien.
	* Dukungan keluarga dan sosial
2. Klien COVID 19 yang dirawat di ICU
	* Aspek fisik mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan di RS sesuai dengan ruang isolasi.
	* Pencegahan dan pemulihan masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Dapat dilakukan dengan melaksanakan tindakan untuk Orang Sehat ( OS ), OTG, dan ODP dan bila tidak ada perbaikan dapat berkonsultasi denagn tim kesehatan jiwa.

Dokter penanggung jawab pelayanan pasien (DPJP) dan tim PPA (Profesional Pemeri Asuhan) diberikan pembekalan pelayan kesehatan jiwa dan psikososial dengan menggunakan buku pedoman COVID 19.

* + Pertahankan komunikasi positif dengan klien.
	+ Dukungan keluarga dan sosial
		- * 1. Klien COVID 19 yang sembuh dan pulang

## Orang Rentan

Orang rentan adalah kelompok orang yang berisiko /peka terkena infeksi COVID-19 karena kondisi saat ini. Kelompok ini meliputi:

1. Lansia
2. Orang dengan komorbid penyakit kronis
3. Ibu hamil, pospartum dan menyusui
4. Anak-anak
5. Disabilitas fisik
6. ODGJ ( Orang Dengan Gangguan Jiwa )
7. Keluarga pra sejahtera
8. Petugas kesehatan yang menangani secara langsung klien COVID-19.

## 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 hidrostatik 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 intertisial 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 antimikrobial. Jangan menunda terapi antimikrobial untuk mengambil kultur darah(WHO, 2020d).

* + - 1. 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 klien berventilasi) untuk uji virus COVID-19 dengan RT-PRC dan pewarnaan/kultur bakteri.

Pada klien terkonfirmasi COVID-19 di rumah sakit, sampel SPA danSPB 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 klien yang secara klinis sudah pulih, dianjurkan dilakukan dua uji negatif yang berjarak setidaknya 24 jam.

1. Bronkoskopi
2. Pungsi pleura sesuai kondisi
3. Pemeriksaan Kimia Darah
4. Darah perifer lengkap
5. Leukosit dapat ditemukan normal atau menurun; hitung jenis limfosit menurun. Pada kebanyakan klien LED dan CRP meningkat.
6. Analisis gas darah
7. Fungsi hepar (Pada beberapa klien, enzim liver dan otot meningkat
8. Fungsi ginjal
9. Gula darah sewaktu
10. Elektrolit
11. Faal hemostasis (PT/APTT, d Dimer), pada kasus berat, Ddimer meningkat
12. Prokalsitonin (bila dicurigai bakterialis)
13. Laktat (Untuk menunjang kecurigaan sepsis) (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020)
14. Pemeriksaan feses dan urin (untuk investasigasi kemungkinan penularan).

## Penatalaksanaan

1. Tatalaksana Klien di Rumah Sakit Rujukan
	1. Terapi Suportif Dini dan Pemantauan
		1. Berikan terapi suplementasi oksigen segera pada klien ISPA berat dan distress pernapasan, hipoksemia, atau syok.
			1. Terapi oksigen dimulai dengan pemberian 5 L/menit dengan nasal kanul dan titrasi untuk mencapai target SpO2 ≥90% pada anak dan orang dewasa yang tidak hamil serta SpO2 ≥ 92%-95% pada klien hamil.
			2. Pada anak dengan tanda kegawatdaruratan (obstruksi napas atau apneu, distres pernapasan berat, sianosis sentral, syok, koma, atau kejang) harus diberikan terapi oksigen selama resusitasi untuk mencapai target SpO2 ≥94%;
			3. Semua klien dengan ISPA berat dipantau menggunakan pulse oksimetri dan sistem oksigen harus berfungsi dengan baik, dan semua alat-alatuntuk menghantarkan oksigen (nasal kanul, sungkup muka sederhana, sungkup dengan kantong reservoir) harus digunakan sekali pakai.
			4. 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.
	2. Gunakan manajemen cairan konservatif pada klien dengan ISPA berat tanpa syok.

Klien 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.

* 1. Pemberian antibiotik empirik berdasarkan kemungkinan etiologi. Pada kasus sepsis (termasuk dalam pengawasan COVID-19) berikan antibiotik empirik yang tepat secepatnya dalam waktu 1 jam.
	2. 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 klien 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.

* 1. Lakukan pemantauan ketat klien dengan gejala klinis yang mengalami perburukan seperti gagal napas, sepsis dan lakukan intervensi perawatan suportif secepat mungkin.
	2. Pahami klien yang memiliki komorbid untuk menyesuaikan pengobatan dan penilaian prognosisnya
1. Manajemen Gagal Napas Hipoksemi dan ARDS
2. Mengenali gagal napas hipoksemi ketika klien dengan distress pernapasan mengalami kegagalan terapi oksigen standar

Klien 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; FiO2 antara 0,60 dan 0,95). Gagal napas hipoksemi pada ARDS terjadi akibat ketidaksesuaian ventilasi-perfusi atau pirau/pintasan dan biasanya membutuhkan ventilasi mekanik.

1. Oksigen nasal aliran tinggi (High-Flow Nasal Oxygen/HFNO) atau ventilasi non invasif (NIV) hanya pada klien gagal napas hipoksemi tertentu, dan klien tersebut harus dipantau ketat untuk menilai terjadi perburukan klinis.
	1. Sistem HFNO dapat memberikan aliran oksigen 60 L/menit dan FiO2 sampai 1,0; sirkuit pediatrik umumnya hanya mencapai 15 L/menit, sehingga banyak anak membutuhkan sirkuit dewasa untuk memberikanaliran yang cukup. Dibandingkan dengan terapi oksigen standar, HFNO mengurangi kebutuhan akan tindakan intubasi. Klien 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 klien hiperkapnia ringan-sedang tanpa perburukan. Klien dengan HFNO seharusnya dipantau oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman melakukan intubasi endotrakeal karena bila klien 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 klien MERS masih terbatas.

* 1. 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 klien MERS mendapatkan terapi oksigen dengan NIV. Klien hemodinamik tidak stabil, gagal multi-organ, atau penurunan kesadaran tidak dapat menggunakan NIV. Klien dengan NIV seharusnya dipantau oleh petugas terlatih dan berpengalaman untuk melakukan intubasi endotrakeal karena bila klien mengalami perburukan mendadak atau tidak mengalami perbaikan (dalam 1 jam) maka dilakukan tindakan intubasi segera.
	2. 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 klien ekspirasi.
1. Intubasi endotrakeal harus dilakukan oleh petugas terlatih dan berpengalaman dengan memperhatikan kewaspadaan transmisi *airborne* Klien dengan ARDS, terutama anak kecil, obesitas atau hamil, dapat mengalami desaturasi dengan cepat selama intubasi. Klien dilakukan preoksigenasi sebelum intubasi dengan Fraksi Oksigen (FiO2) 100%

selama 5 menit, melalui sungkup muka dengan kantong udara, bag-valve mask, HFNO atau NIV dan kemudian dilanjutkan dengan intubasi.

1. 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 cmH2O).

Sangat direkomendasikan untuk klien ARDS dan disarankan pada klien 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 ≤ 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.

1. Pada klien ARDS berat, lakukan ventilasi dengan prone position > 12 jam per hari

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

1. Manajemen cairan konservatif untuk klien ARDS tanpa hipoperfusi jaringan

Hal ini sangat direkomendasikan karena dapat mempersingkat penggunaan ventilator.

1. Pada klien dengan ARDS sedang atau berat disarankan menggunakan PEEP lebih tinggi dibandingkan PEEP rendah

Titrasi PEEP diperlukan dengan mempertimbangkan manfaat (mengurangi atelektrauma dan meningkatkan rekrutmen alveolar) dan risiko (tekanan berlebih pada akhir inspirasi yang menyebabkan cedera parenkim paru dan resistensi vaskuler pulmoner yang lebih tinggi). Untuk memandu titrasi PEEP berdasarkan pada FiO2 yang diperlukan untuk mempertahankan SpO2. Intervensi recruitment manoueuvers (RMs) dilakukan secara berkala dengan CPAP yang tinggi [30-40 cm H2O], peningkatan PEEP yang progresif dengan tekanan driving yang konstan, atau tekanan driving yang tinggi dengan mempertimbangkan manfaat dan risiko.

1. Pada klien ARDS sedang-berat (td2/FiO2 <150) tidak dianjurkan secara rutin menggunakan obat pelumpuh otot.
2. Pada fasyankes yang memiliki Expertise in Extra Corporal Life Support (ECLS), dapat dipertimbangkan penggunaannya ketika menerima rujukan klien dengan hipoksemi refrakter meskipun sudah mendapat lung protective ventilation.

Saat ini belum ada pedoman yang merekomendasikan penggunaan ECLS pada klien ARDS, namun ada penelitian bahwa ECLS kemungkinan dapat mengurangi risiko kematian.

1. Hindari terputusnya hubungan ventilasi mekanik dengan klien karena dapat mengakibatkan hilangnya PEEP dan atelektasis. Gunakan sistem closed suction kateter dan klem endotrakeal tube ketika terputusnya hubungan ventilasi mekanik dan klien (misalnya, ketika pemindahan ke ventilasi mekanik yang portabel).
2. Manajemen Syok Septik
	1. Kenali tanda syok septik
		1. Klien dewasa: hipotensi yang menetap meskipun sudah dilakukan resusitasi cairan dan membutuhkan vasopresor untuk mempertahankan MAP ≥65 mmHg dan kadar laktat serum> 2 mmol/L.
		2. Klien 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

<70x/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 klien.

* 1. 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.
	2. Jangan gunakan kristaloid hipotonik, kanji, atau gelatin untuk resusitasi.
	3. 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 targetperfusi. 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.

* + 1. 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 klien membutuhkan kristaloid yang cukup banyak, tetapi rekomendasi ini belum memiliki bukti yang cukup *(low quality evidence*).
	1. Vasopresor diberikan ketika syok tetap berlangsung meskipun sudah diberikan resusitasi cairan yang cukup. Pada orang dewasa target awal tekanan darah adalah MAP ≥65 mmHg dan pada anak disesuaikan dengan usia.
	2. Jika kateter vena sentral tidak tersedia, vasopresor dapat diberikan melalui intravena perifer, tetapi gunakan vena yang besar dan pantau dengan cermat tanda-tanda ekstravasasi dan nekrosis jaringan lokal. Jika ekstravasasi terjadi, hentikan infus. Vasopresor juga dapat diberikan melalui jarum intraoseus.
	3. 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.

* + 1. Norepinefrin dianggap sebagai lini pertama pada klien dewasa; epinefrin atau vasopresin dapat ditambahkan untuk mencapai target MAP. Dopamine hanya diberikan untuk klien bradikardia atau klien dengan risiko rendah terjadinya takiaritmia. Pada anak-anak dengan *cold shock* (lebih sering), epinefrin dianggap sebagai lini pertama, sedangkan norepinefrin digunakan pada klien dengan warm shock (lebih jarang).
	1. Tatalaksana spesifik untuk COVID-19 (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020)

Saat ini belum ada penelitian atau bukti talaksana 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.

## 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 klien COVID-19 atau yang merawat klien 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.

1. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
2. Sebisa mungkin hidari kontak dengan orang yang sedang sakit.
3. 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.
4. Tutupi mulut dan hidung anda saat batuk atau bersin dengan tissue. Buang tissue pada tempat yang telah ditentukan.
5. Bersihkan dan lakukan disinfeksi secara rutin permukaan dan benda yang sering disentuh.
6. 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. Pengunaan masker harus dikombinasikan dengan hand hygiene dan usaha- usaha pencegahan lainnya.

1. Pengunaan masker medis tidak sesuai indikasi bisa jadi tidak perlu, karena selain dapat menambah beban secara ekonomi, penggunaan masker yang salah dapat mengurangi keefektivitasannya 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 pad area yang sering disentuh sepeti 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 managemen 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 klien
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

## Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Pencegahan penularan yang dapat dilakukan secara individu, sebagai berikut:

1. Jarak Sosial *(social distencing)* 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.

1. 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.
2. 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.

## 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.

1. 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 klien ODGJ selama wabah COVID-19, sbb :

1. Keluarga/Caregiver sebaiknya selalu memperhatikan gejala-gejala klinis yang timbul pada klien ODGJ karena berita yang ada serta pembatasan dalam ruang gerak individu dapat meningkatkan gejala-gejala psikiatris klien 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.
2. Keluarga/Caregiver mendapatkan psikoedukasi baik dalam mengatasi gejala-gejala psikiatrik oleh perawat dan dokter pelayanan kesehatan primer yang bertanggung jawab untuk pelayanan kesehatan jiwa.
3. Tokoh masyarakat diharapkan dapat membantu memberikan perhatian kepada ODGJ seperti: Ketua RT/RW/Lurah dan kader kesehatan jiwa di masyarakat.
4. Perawat dan dokter penanggung jawab kesehatan jiwa di puskesmas atau pelayanan kesehatan primer memantau dan melakukan follow up kontinuitas perawatan dan pengobatan klien ODGJ.
5. 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, pelaksaan, dan evaluasi pada tanggal 28 Juni sampai dengan 30 Juni 2020 di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.

## Pengkajian

Ruangan Rawat : Ruang Wijaya Kusuma Tanggal Dirawat : 25-06-2020

## Identitas

Klien merupakan seorang perempuan bernama NY. D, umur 42 tahun, klien tinggal di Mojokerto, klien beragama Islam, 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 Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya. Tanggal dirawat 25 Juni2020 dengan nomor rekam medis 04.XX.XX.

## Alasan Masuk

Klien 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 dan kadang tampak menutup telinga. Pada tanggal 25 Juni 2020 klien masuk

102

rumah sakit di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur 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, bicara sendiri dan tidak mau minum obat selama 3 bulan.

## Faktor Predisposisi

* + - 1. Saat pengkajian klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 5 tahun yang lalu. Klien mengatakan sudah 12x dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur, dan sudah 9x dirawat di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.
			2. Pengobatan Sebelumnya

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

## Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan regimen terapeutik

* + - 1. Pengalaman

Klien mengatakan pernah mengalami aniaya fisik yaitu ketika klien dipukul oleh saudaranya (kakak kandung), dan klien mengalami kekerasan dalam rumah tangga yaitu dipukul oleh suaminya.

## Masalah Keperawatan : Respon pasca trauma

* + - 1. Saat ditanya apakah ibu mempunyai saudara atau keluarga yang sakit seperti ibu sekarang? “Klien mengatakan tidak ada.”

## Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan bahwa klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pada waktu masih remaja sering dipukul oleh saudaranya dan saat menikah klien pernah dipukul oleh suaminya. Klien juga pernah mengalami PHK dari pabrik karena difitnah oleh temannya.

## Masalah Keperawatan: Respon pasca trauma

## Pemeriksaan Fisik

* + - 1. Tanda vital: TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit S : 36.5oC P : 19x/menit
			2. Ukur: TB : 150 cm BB : 74 kg
			3. Keluhan Fisik : Klien mengatakan tidak ada keluhan, sehat-sehat saja

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## Psikososial

* + - 1. Genogram

X

X

42

Gambar 3.1 Genogram NY. D

## Keterangan:

Laki-laki Perempuan Meninggal

Klien

 Tinggal serumah

// Cerai Penjelasan :

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

* + - 1. Konsep Diri
				1. Gambaran diri:

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

* + - * 1. Identitas

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang perempuan berusia 42 tahun dan seorang janda. Klien juga mengatakan bahwa ia bernama DW

senang bila dipanggil D. Pendidikan terakhirnya SMA, ia tinggal di Surabaya.

* + - * 1. Peran

Peran klien adalah seorang anak keempat, dan adik. Perannya selama dirumah membantu kakaknya yang membuka usaha toko.

* + - * 1. Ideal Diri

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

* + - * 1. Harga Diri

Klien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini yang sudah menjadi janda.

## Masalah Keperawatan : Harga diri rendah

* + - 1. Hubungan sosial :
				1. Orang yang berarti :

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

* + - * 1. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

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

* + - * 1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Klien mengatakan saat dirumah dan toko saja tidak pernah keluar rumah karena ia tidak percaya diri. Klien keluar rumah hanya saat beribadah di masjid.

## Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

* + - 1. Spiritual
				1. Nilai dari keyakinan :

Klien mengatakan ia beragama islam dan meyakini bahwa apa yang terjadi saat ini adalah ujian dari Tuhan YME.

* + - * 1. Kegiatan ibadah :

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit ia ke masjid setiap hari diwaktu sholat , tetapi saat di rumah sakit klien hanya sholat di ruangan.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## Status Mental

* + - 1. Penampilan

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

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Pembicaraan

Saat pengkajian klien menjawab dengan suara cepat dan masih relevan, ia bercerita tentang keluarga dan masalahnya.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Aktivitas Motorik

Saat berada di rumah sakit klien terlihat melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan. Klientampakmondar-mandir, sesekali kadang berlari dengan menutup telinga.

## Masalah Keperawatan : Gangguan aktivitas motorik

* + - 1. Alam perasaan

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

## Masalah Keperawatan : Ansietas

* + - 1. Afek

Labil. Saat berinteraksi ekspresi wajah klien hanya bereaksi marah bila mengingat pernah dihina saudaranya dan sedih bila mengingat sudah bercerai dengan suaminya.

## Masalah Keperawatan: Gangguan proses pikir

* + - 1. Interaksi selama wawancara

Klienkooperatif, kotak mata (+), dan menjawab dengan relevan

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Persepsi Halusinasi

Klien mengalami halusinasi pendengaran. Saat ditanya tentang isi halusinasinya klien mengatakan mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya. Halusinasinya itu datang di waktu siang dan malam, muncul saat klien sedang sendirian dan melamun. Untuk frekuensinya sering sehari bisa 4-5 kali, suara tersebut hilang timbul dan respon klien saat suara itu muncul adalah menutup telingadan marah- marah karena klien merasa terganggu oleh suara-suara tersebut**.**

## Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran

* + - 1. Proses Pikir

Klienbisa menjawab pertanyaan sesuai dengan yang ditanyakan.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Isi Pikir

Klien tidak memiliki masalah waham

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Tingkat Kesadaran

Saat klien ditanya tempat dan waktu klien mengatakan “Saat ini saya berada di RSJ Menur, hari ini hari Minggu, tanggal 28 Juni tahun 2020 jam setengah sepuluh.”

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Memori

Jangka panjang: saat ditanya kapan ayah NY. D meninggal ? Klien mengatakan “ayah saya meninggal 15 tahun yang lalu.” Dan klien 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 ? Klien mengatakan “Kemarin siang kakak saya kesini.”

## Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien mudah beralih. Klien dapat berhitung dan menjawab pertanyaan dengan benar yaitu klien dapat berhitung uang 700.000 dibuat beli gelang seharga 300.000 sisa uang ada 400.000 dan saat ditanya dimana rumahnya, klien mengatakan “Rumah saya di mojokerto mbak, deket sungai berantas sana”.

## Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Kemampuan Penilaian

Klien tidak mengalami gangguan pada kemampuan penilaian. Saat ditanya seandainya ibu menemukan barang teman ibu, walaupun ibu menyukai barang tersebut, apa yang akan ibu lakukan? Klien mengatakan “saya kembalikan mbak, karena dosa mengambil barang yang bukan milik kita.” **Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. Daya tilik diri

Klien mengatakan mengetahui kalau dirinya itu sakit, tapi klien tidak mengetahui dirinya itu sakit apa. Saat ditanya apakah ibu tahu kenapa ibu berada disini? Klien 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 : Koping individu inefektif

## Kebutuhan Pulang

* + - 1. Kemampuan klien memenuhi/menyediakan kebutuhan

Klien 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

* + - 1. Kegiatan hidup sehari-hari
				1. Perawatan diri:

Dalam perawatan diri, sehari-hari klien mandi sendiri sehari dua kali, ganti baju 2x/sehari, klien keramas 2 hari sekali, rambutnya rapi disisir. Untuk pemenuhan makan klien mau ambil sendiri di tempat pembagian makan. Untuk ADL lainnya klien mampu secara mandiri dan bisa tapi masih dengan motivasi dari perawat.

## Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - * 1. Nutrisi:

Klien mengatakan selama dirawat disini makanannya enak. Pola makan klien teratur 3 kali sehari ditambah kudapan sehari 1 kali, habis setiap makan. Berat badan yang awalnya 92 kg naik menjadi 94 kg. Klien waktu makan tidak memisahkan diri, makan bersama klien yang lain.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - * 1. Tidur

Selama tidur tidak ada masalah, dan selalu merasa segar setelah bangun tidur. Klien mengatakan terbangun saat tidur jika ingin BAK saja. Klien 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

* + - 1. Kemampuan klien

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

## Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Sistim pendukung

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

## Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien membantu kakaknya yang membuka toko, ia membantu merapikan barang yang datang. Selama di rawat di ruang WKklien hanya beraktivitas seperti mandi, makan, berdoa setiap pagi, menonton tv, menulis, minum obat, dan tidur.

## Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

## Mekanisme Koping

Mekanisme koping adaptif klien tidak ada masalah. Klien mengatakan saat ia ada masalah maka ia akan membicarakannya dengan kakaknya.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## Masalah Psikososial dan Lingkungan

* + - 1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok, klien hanya mengikuti interaksi social seperti senam dan TAK.

* + - 1. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

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

* + - 1. Masalah dengan pendidikan, spesifik Klien mengatakan lulusan SMA.
			2. Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Klien mengatakan bekerja di tempat usaha toko milik kakaknya, ia bagian merapikan barang..

* + - 1. Masalah dengan perumahan, spesifik

Klien mengatakan tinggal bersama kakak dan ibunya.

* + - 1. Masalah ekonomi, spesifik

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

* + - 1. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Klien mengatakan jika sakit klien berobat ke puskesmas atau dokter praktek.

* + - 1. Masalah lainya, spesifik Tidak ada masalah.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + 1. **Pengetahuan Kurang Tentang**

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

## Masalah Keperawatan : Kurang pengetahuan

## Data Lain-Lain

Laboratoriumtanggal 28 Juni 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARAMETER** | **HASIL** | **UNIT** | **NORMAL RANGE** |
| ***CBC*** |  |  |  |
| WBC ( Lekosit ) | 5,4 | 10^3/uL | 4,8-10,8 |
| RBC ( Eritrosit ) | 4,39 | 10^6/uL | 4,2-6,1 |
| HGB ( Hemoglobin ) | 12,7 | g/dL | 12-18 |
| HCT ( Hematokrit ) | 38,8 | % | 37-52 |
| MCV | 88,4 | fL | 79-99 |
| MCHC | 32,7 | g/dL | 27-31 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PLT ( Trombosit ) | 211 | 10^3/uL | 150-450 |
| RDW | 12,9 | % | 11,5-14,5 |
| PDW | 12,7 | fL | 9-17 |
| MPV | 10,2 | fL | 9-13 |
| P-LCR | 26,7 | % | 13-43 |
| ***DIFFERENTIAL*** |  |  |  |
| NEUT % | 65 | % | 50-70 |
| LYMPH % | 26 | % | 25-40 |
| MXD % | 10 | % | 25-30 |
| NEUT# | 3,5 | 10^3/uL | 2-7,7 |
| LYMPH# | 1,4 | 10^3/uL | 0,8-4 |
| MXD# | 0,5 | 10^3/uL | 2-7,7 |
| **FAAL HATI** |  |  |  |
| SGOT | 19 | u/L | L:37 P: 31 |
| SGPT | 26 | u/L | L:40 P: 31 |

## Aspek Medik

1. Diagnosa Medik : F20.0 skizofrenia paranoid
2. Terapi Medik :
	1. Risperidone 2x2 mg(1-0-1)

Risperidone adalahobatdenganfungsiuntukmengatasiganguan mental / mood tertentu, seperti schizophrenia, ganguan bipolar, daniritabilitas yang berhubungandengangangguanautis. pengobataninidapatmembantuuntukberfikirjernihdanberaktivitas normal dalamkehidupansehari – hari.

* 1. Hexymer 2x2 mg(1-0-1) obatinidigunakanuntukmengatasikejangpadasebagianbesarjenis Parkinson. obatini juga digunakanmengatasigejalagangguanekstramidalumumatau yang disebabkanolehefeksampingpenggunaanobattertentusepertiobat anti psikotropikadanobat anti depresan.
	2. Clozapin 1x25 mg(0-0-1)

Clozapine adalahobat yang digunakanuntukmengurangigejalapsikosis. psikosisadalahkondisidimanapenderitatidakdapatmembedakankenyataande ngankhyalan.

## 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 social

## Daftar Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

## Pohon Masalah

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

**Akibat**

Resiko Perilaku kekerasan

Ansietas

**Masalah Utama**

Ketidakefektifan regimen terapeutik

Isolasi sosial: menarik diri

Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah

Gambar 3.2 Pohon Masalah Pada NY. D Dengan Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

**Penyebab**

## Analisa Data

NAMA : NY. D NIRM : 04.XX.XX RUANGAN : Ruang WK

Tabel 3.1 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Data | Masalah | TTD |
| 1. | DS:* Klien mengatakan mendengar suara seorang laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya tetapi ia berusaha mengacuhkannya.
* Bisikan itu datang di waktu siang dan malam, muncul saat klien sedang sendiri dan melamun.
* Untuk frekuensinya sering bisa 4-5 kali sehari.
* Suara tersebut hilang timbul.
* Respon klien saat suara itu muncul adalah menutup telingga dan marah-marah karena klien merasa terganggu oleh suara- suara tersebut.

DO :Klien tampak mondar-mandir, gelisah, terkadang terlihat berbicara sendiri | Halusinasi pendengaran | Risma |
| 2 | DS:Klien mengatakan jika ia bertemu dengan seseorang yang menghinanya klien akan memukulnyaDO:Klien berbicara dengan nada agak marah, klien marah-marah dan tampak gelisah | Resiko perilaku kekerasan | Risma |
| 3 | DS:Klien mengatakan saat dirumah tidak pernah keluar rumah karena ia tidak percaya diri. Klien merasa malu karena sudah menjanda di usia yang masih muda.DO:Klien tampak khawatir. | Harga diri rendah | Risma |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Klien mengatakan malu dengankondisinya saat ini yang sudah menjadi janda di usia muda. |  |  |

## Rencana Keperawatan

Nama Klien : NY. D Nama Mahasiswa : Rismawati

NIRM : 04.XX.XX Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya

Bangsal/Tempat : Ruang WK

**Tabel 3.2** Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | Intervensi | Rasional |
| Tujuan | Kriteria Hasil |
| 1 | 28-05-2020 | Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi pendengaran | Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien mampu : SP 1Klien dapat mengenali halusinasi yang dialami dan klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. | SP 1a. Klienmenunjukkan ekspresi wajah bersahabat* Ada kontak mata
* Mau berjabat tangan
* Mau menjawab salam
* Mau

menyebutkan nama | 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 | Menjalin kepercayaan klien terhadap perawat |

120

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | * Mau duduk berdampingan dengan perawat
* Mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

b. Klienmenyebutkan: waktu, isi, dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkanhalusinasi, | * Jelaskan tujuan pertemuan
* Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
* Beri perhatian pada klien dan penuhi kebutuhan klien.
1. Identifikasi halusinasi klien.
2. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara

menghardik | Untuk mengetahui isi, waktu, frekuensi, situasi dan konsisi yang menimbulkan halusinasi serta respon dari halusinasi.Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasidengan cara |

121

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | serta respon dari halusinasi.1. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.
2. Klien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian.
 | d. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien. | menolak halusinasi yang muncul.Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memedulikan halusinasinya. |

122

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien mampu : SP 2 :Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien mampu : SP 3 :Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitasterjadwal. | SP 2 :Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.SP 3 :Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan caramelakukan | SP 2:1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien
2. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
3. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 3 :1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien.
2. Latih klien mengendalikan halusinasinya

dengan | Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain .Membantu klien dalam mengalihkan halusinasi yang dialami klien. |

123

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien mampu : SP 4 :Klien mengikuti program pengobatan secara teratur. | kegiatan terjadwal.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 samping obat yang diminum. | melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)c. Anjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian.SP 4 :1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien.
2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur
3. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan

harian. | Obat merupakan salah satu cara untuk menghilangkan suara-suara yang muncul dalam halusinasi selain itu juga untuk merilekskan klien serta menenangkanpikiran klien. |

124

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keluarga klien mampu :SP 1 Keluarga :Keluarga dapat terlibat dalam perawatan klien jika sudah pulang ke rumah maupun di rumah sakit.Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keluarga klienmampu : | 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.SP 2 Keluarga: Keluarga mampumerawat lansung | SP 1 Keluarga:1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta prose terjadinya halusinasi.
3. Menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga.

SP 2 Keluarga:a. Melatih keluarga | Agar keluarga mampu menjadi menjadi pendukung yang efektif bagi klien dengan halusinasi baik saat di rumah maupun di rumah sakit.Agar keluarga mampu merawat kliendengan |

125

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | SP 2 Keluarga :Keluarga dapat mengetahui cara merawat klien dengan halusinasi langsung di hadapan klien.Setelahmelakukantindakankeperawatanselama 2x24 jam diharapkankeluargaklienmampu : SP 3 Keluarga :Membantu perencanaan pulang bersama keluarga. | klien dengan halusinasi.SP 3 Keluarga Keluarga mampu melanjutkan jadwal aktifitas klien selama di rumah sakit jika sudah pulang ke rumah. | mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasib. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien.SP 3 Keluarga1. Membantu keluarga membentuk jadwal aktiftas di rumah termasuk minum obat
2. Menjelaskan

follow up klien setelah pulang. | halusinasi nanti jika klien sudah pulang ke rumah.Agar keluarga tau kegiatan apa yang harus dilakukan klien jika klien pulang dan tidak lupa untuk memberikan obat. |

126

## Tindakan Keperawatan

NAMA : NY. D NIRM : 04.XX.XX RUANGAN : Ruang WK

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TANGGAL** | **DX KEP** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **TTD** |
| 28/06/202010.00-10.15WIB | Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran | SP 11. Membina hubungan saling percaya.
2. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
3. Mengidentifikasi isi halusinasi klien.
4. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.
5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
6. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
7. Mengidentifikasi respons klien
 | S :Klien mengatakan “Nama saya R, senang dipanggil R asal saya dari Surabaya. Baik mbak saya mau diajak mengobrol”“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 tutup telinga dan marah-marah karena saya merasa kesal dengan suara tersebut” | *Risma* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | terhadap halusinasi.1. Mengidentifikasi empat cara cara untuk mencegah halusinasi
2. Mengajarkan klien menghardik halusinasi.
3. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik
 | “Jadi caranya ada menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal, dan minum obat secara teratur ya mbak”“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”O : Klien mau berjabat tangan, kontak mataada, klien |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. | 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 mendemonstrasi kan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa.A : Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu mengidentifikas i jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasi.Klien mampu menyebutkan empat cara mencegahhalusinasi serta |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | mampu mendemonstrasi kan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa.P :Klien : Berlatih menghardik setiap jam 10.00 pagi dan memasukkan ke dalam kegiatan harian. Membuat kontrak hari Senin 29/06/2020.Perawat : Mengevaluasi SP 1 cara menghardik halusinasinya, dilanjutkan ke SP 2 melatih klien bercakap-cakap dengan orang lain. |  |
| 29/06/2020 | Gangguan | 1. Mengevaluasi SP 1 : Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi | S: | *Risma* |
| 10.00-10.20WIB | sensori persepsi : halusinasi pendengaran | Klien mengatakan “Saya masih ingat mbak, begini kancaranya “pergi |  |
|  |  | saya tidak mau |  |
|  |  | dengar...kamu |  |
|  |  | suara palsu jangan |  |
|  |  | ganggu saya” tadi |  |
|  |  | malam suaranya |  |
|  |  | muncul lagi mbak |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | SP 2 :1. Melatih mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan orang lain.
2. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain
 | terus saya melakukan cara yang diajarkan mbak kemarin, saya lakukan terus sampai suaranya hilang”“Saya setiap hari sudah bercakap- cakap dengan teman-teman disini mbak, tapi saya lebih sering bercakap-cakapnya dengan Y karena dia baik mau dengar curhatku”“Iya mbak nanti saya lakukan cara yang bercakap- cakap kalau suaranya muncul lagi”O: K/U tenang, ADL mandiri, halusinasi pendengaran ++, Klien tampak bercakap-cakap bersama temannya dengan tenang, tidak gelisah,kontak mata ada, |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | dalam jadwal kegiatan harian. | dan klien kooperatif.A: Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu menghardik halusinasi. Klien mampu bercakap- cakap dengan temannya atau perawat untuk mengendalikan halusinasi.P:Klien : Berlatih cara menghardik halusinasi dan bercakap cakap sebelum tidur atau saat tidak beraktivitas yang dilakukan setiap hari selama 30 menit. Membuat kontrak hari Kamis 30/01/2020Perawat : Mengevaluasi SP 1dan 2 cara menghardik halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain, dilanjutkan ke SP 3 melatih klien melakukan kegiatanyang biasa |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | dilakukan klien. |  |
| 30/6/2020 | Gangguan | Sp 31. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)
 | S : | *Risma* |
| 09.00-09.20WIB | sensori persepsi : halusinasi pendengaran | 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 |  |
|  |  | dengan mas S, Y, |  |
|  |  | bu R, dan mbak R” |  |
|  |  | “Kalau dirumah |  |
|  |  | biasanya saya |  |
|  |  | bantu-bantu kakak |  |
|  |  | saya mbak, kan |  |
|  |  | kakak saya punya |  |
|  |  | usaha toko nanti |  |
|  |  | saya yang bagian |  |
|  |  | rapikan barang |  |
|  |  | waktu barang |  |
|  |  | datang dari mobil |  |
|  |  | gitu” |  |
|  |  | “Iya mbak saya |  |
|  |  | disini juga nyuci |  |
|  |  | baju” |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 3. Menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian | O : K/U tenang, halusinasi pendengaran +, ADL mandiri, Klien menyebutkan kegiatan harian yang sudah dilaksanakan, klien terlihat melakukan jadwal kegiatan yang sudah ditulis, kontak mata ada, klien kooperatif.A : Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu menyebutkan kegiatan harian yang sudah dilaksanakan, klien mampu memasukkan kegiatan dalam jadwal yang dibuat.P :Klien : Berlatih cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan harian. Kontrak waktu jam 12.00 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Perawat : Mengevaluasi SP 1,2, dan 3, lanjut mengajarkan klien tentang minum obat secara teratur. |  |
| 30-06-202012.00-12.10WIB | Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran | Sp 41. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
2. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara
 | S :Klien mengatakan“Saya sudah melakukan jadwal kegiatan dari pagi mbak, tadi saya habis main ular tangga sama temen mbak kalau main catur saya gak bisa. Saya juga sudah makan siang mbak, makannya tadi habis tadi pagi juga sudah minum obat”“Saya minum obat 3 macam mbak, obat yang saya minum itu warnanya orange, putih dan satunya lagi kayak warna merah jambu gitu mbak”“Saya disini minumobatnya cuma 2x mbak pas pagi | *Risma* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | teratur3. Menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian | sama malam”“Jadi orang yang sakit seperti saya ini harus minum obatnya teratur ya mbak supaya sakitnya ga kambuh, sekarang saya sudah tau mbak”“Iya mbak kalau sudah tau seperti ini saya akan minum obat teratur, saya gak mau kalau kembali disini lagi enak dirumah kumpul sama keluarga”O : Kontak mata ada, klien kooperatif, klien mengerti tentang hal yang sudah dijelaskanA : Secara kognitif, afektif, pskomotor klien mampu menjelaskan 3 macam obat yang diminum, klien mampu menjelaskan waktu pemberian obatyaitu saat pagi dan |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | malam hari, klien mampu memasukkan jadwal penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian.P : Intervensi dihentikan klien mengerti tentang obat-obat yang diminumnya dan memasukkannya di jadwal kegiatan harian. |  |

## BAB 4 PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada NY. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 28 Juni 2020 sampai dengan 30 Juni 2020. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

## 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 persepsisensori : halusinasi pendengaran maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Juni 2020 – 30 Juni 2020 di ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya. Penulis mengumpulkan data dengan teknik wawancara dan observasi. Wawancara ditujukan kepada klien serta mengobservasi secara langsung keadaan klien. Penulis mengumpulkan data dan informasi secara sistematis mengenai Ny. D dengan menggunakan pendekatan teoritis yang terkait mulai dari faktor predisposisi, presipitasi, proses pikir, dan isi pikir.

138

Berdasarkan teori dalam pengkajian halusinasi, penyebab dari halusinasi secara umum banyak di pengaruhi beberapa factor. Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya control dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres. Sehingga ketika muncul adanya stres 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 diagnose medis pada NY. D penulis melalui pengkajian dengan menggali factor predisposisi yang merupakan factor pendukung terjadinya gangguan jiwa pada NY. D, berdasarkan keterangan klien, dalam tinjauan kasus didapatkan klien mengalami gangguan jiwa pada tahun 2015, klien 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 klien atau tidak klien menjawab tidak ada anggota keluarganya yang mengalami sakit seperti klien. Klien mengatakan 2 hari tidak bias tidur karena mendengar suara laki- laki yang menyuruh memukul keluarganya tetapi ia berusaha mengacuhkan

suara tersebut. Selama itu ia mondar-mandir, gelisah, marah-marah. Padatanggal 25 Juni klien masuk rumah sakit di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya dengan diantar saudaranya yang nomer 3. Berdasarkan rekam medis, pada alas an 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 adaorangnya, bicara sendiri, tertawa sendiri, sulit tidur, mondar-mandir. . Dalam isi pikir dalam tinjauan pustakadan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan, pengkajian data pada Ny. D data objektif didapatkan isi fikiran klien. Klien mengalami halusinasi pendengaran. Saat ditanya tentang isi halusinasinya klien mengatakan mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarganya. Halusinasinya itu datang di waktu siang dan malam, muncul saat klien sedang sendirian dan melamun. Untuk frekuensinya sering, respon klien saat suara itu muncul adalah marah-marah dan klien merasa terganggu oleh suara-suara tersebut.

Selama proses pengkajian pada Ny. D terdapat adanya faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dari proses pengkajian adalah klien kooperatif selalu menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh penulis sehingga mempermudah penulis dalam menggali data-data masalah yang ada pada klien. Klien bersedia diajak bebicara dan senang saat diajak berbicara serta tidak menolak ajakan penulis dalam menggali data pada klien. Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan pengkajian yaitu tidak adanya keluarga klien untuk menggali informasi dan tidak dapat

melakukan validasi data yang didapat dari klien sehingga penulis hanya mendapat data dari interaksi dengan klien dan data rekam medis klien.

## 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. Risiko perilaku kekerasan (*effect*)
		2. Gangguanpersepsisensori ; halusinasi (core problem)
		3. Isolasisosial (causa)

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 klien. Diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dan menjadi *Core problem* yaitugangguan proses pikir : halusinasi pendengaran. Pada tinjauan pustaka diketahui bahwa penyebab secara umum halusinasi adalah awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan stresor (krisis), individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran.sehinggaNy. D mengalami koping individu tidak efektif dikarenakan ia telah dihina oleh saudaranya dan ia sudah bercerai dengan suaminya selama 5 tahun tetapi Ny. D masih belum bisa melupakan suaminya dan masih merasa sedih akibat perceraian tersebut. Penulis mengambil 1 masalah utama yang ditetapkan untuk dilakukan intervensi dan impementasi yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

## 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. D 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 halsuinasi, 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 panggunaan 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 pelaksaan 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 klien. 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 renacan keperawatan yang akan dilakukan adalah Membantu keluarga membentuk jadwal aktiftas 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. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur 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, aReRment, planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

## 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. D di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya mulai tanggal 28 Juni – 30 Juni 2020.

Pada tanggal 28 Juni 2020 jam 10.00-10.15 WIB dilaksanakan strategi pelasksaan (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. klien mampu dan bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dengan mengatakan “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya”. Klien juga memasukkan cara menghardik halusiansi ke dalam jadwal kegiatan harian setiap jam 10.00 pagi. Pada pelaksanaan SP 1 tidak ada hambatan, klien kooperatif, klien mampu menyebutkan dan menjelaskan tentang halusinasinya, klien mampu menyebutkan empat cara untuk mengontrol halusinasi, klien mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa.Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena klien bisa mengidentifikasi halusinasi, bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinyadengan cara menghardik halusinasi, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 29 Juni 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. Klien mampu mengontrol halusinasinya menggunakan cara menghardik halusinasi dan memasukan kedalam jadwal harian klien, klien bisa mempraktikan cara bercakap-cakap dengan orang dan memasukan kedalam kegiatan harian setiap jam 09.00.

Pada pelaksanaan SP 2 tidak ada hambatan, klien kooperatif dan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap degan orang lain.Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena klien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 30 Juni 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.Klien mampu melakukan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, klien biasa melakukan kegiatan pagi di ruangan seperti makan pagi bersama, senam, berdoa setiap pagi, menonton tv bersama teman-temannya, bermain congklak, dan klien mampu membuat jadwal harian tiap pukul 07.00 dan 09.00. Pada pelaksanaan SP 3 tidak ada hambatan, klien kooperatif dan klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena klien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara memasukkan kegiatan kebiasaan dirumah ke dalam jadwal kegiatan harian dan klien melakukannya.

Pada tanggal 30 Juni 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. Klien bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal. Klien 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. Klien mampu menjelaskan waktu pemberian obat yaitu saat pagi dan malam hari. Pelaksanaan SP 4 tidak ada hambatan, klien kooperatif dan klien mampu mengontrol halusinasinya menggunakan keempat cara tersebut.Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena klien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat secara teratur, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Menurut penulis tidak menemukan hambatan dan secara keseluruhan dalam melakukan tindakan yang dimulai dari SP 1 sampai SP 4, karena klien kooperatif, mampu mengingat, menjelaskan, dan memperagakan. 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 Juni 2020.

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

Pada tanggal 28 Juni 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. Klien 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 klien kooperatif sehingga dalam pelaksanaan SP 1 tidak ada kendala, dan dapat dilakukan tindak lanjut untuk klien.

Kegiatan selanjutnya pada tanggal 29 Juni 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. Klien dapat mengevaluasi SP 1 cara menghardik halusinasi, selama di ruangan klien juga sudah bercakap-cakap dengan klien lainnya. Disini klien kooperatif sehingga dalam pelaksanaan SP 2 tidak ada kendala, dan dapat dilakukan tindak lanjut untuk klien.

Setelah SP 2 teratasi lalu pada tanggal 30 Juni 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 Juni 2020.Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena dilakukan menggunakan pendekatan SOAP. Klien kooperatif sehingga dapat dilakukan SP 3 dan SP 4. Untuk SP 3 klien mampu melakukan kegiatan terjadwal, dan untuk SP 4 klien mampu menyebutkan macam obat, warna obat yang diminum, dan waktu minum obat.Klien juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

## 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. D dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur 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.

## 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. D dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur 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, penangan klien dengan halusinasi pendengaran perlu dilakukan secara tepat oleh perawat sekaligus tim medis yang lainnya.

154

* 1. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran pada NY. D dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur 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 social dan resiko pasca trauma.
	2. 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 keluaraga 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.

* 1. Implementasi dilakukan mulai tanggal 28 Juni – 30 Juni 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. Klien juga mau mengikuti perawat cara menghardik halusinasi, dan klien 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.
	2. 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.
	3. 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 aReRment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

## 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 :
			1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat memberikan review atau penyegaran kembali kepada perawat dalam melakukan asuhan keperawatan klien jiwa masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis Skizofrenia Paranoid. Pihak rumah sakit diharapkan mampu memberikan edukasi kepada keluarga pasien terkait perawatan pasien dengan gangguan jiwa dan memberikan fasilitas rehabilitasi kepada pasien agar tetap produktif. Manager Pelayanan Pasien (MPP) juga diharapkan mampu menfasilitasi kebutuhan pasien untuk tetap memperoleh fasilitas kesehatan yang terintegrasi agar kekambuhan dan putus obat tidak terjadi.

* + - 1. 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.

* + - 1. 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 Lilik M, Zainuri I, A. A. (2016) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori Dan Aplikasi Praktik Klinik*. Pertama. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.

Damaiyanti M, I. (2012) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama. Keliat, B. A. (2011) *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: Egc.

Keliat, B. A. (2019) *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Egc.

Maslim, R. (2013) *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari Ppdgj-Iii Dan Dsm-5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fk Unika Atma Jaya.

Muhith Abdul (2015) *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori Dan Aplikasi*.

Yogyakarta: Cv Andi Offset.

Nasir A, M. A. (2011) *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa Pengantar Dan Teori*.

Jakarta: Salemba Medika.

Nurarif Amin Huda, K. H. (2015) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic -Noc Edisi Revisi Jilid 3*. Jogjakarta: Mediaction.

Nyumirah S (2014) ‘Klien Halusinasi Di Ruang Sadewa Di Rs Dr . H Marzoeki Mahdi Bogor Sri Nyumirah Emosional , Psikologis , Dan Sosial Yang Memuaskan Perilaku Dan Koping Individu Dalam Videback 2008 ). Gangguan Jiwa Terhadap Stressor Dari Dalam Dan Luar Perasaan Dan Perilak’, Pp. 1–13.

Pinedendi, N. *Et Al.* (2016) ‘Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan Defisit

Perawatan Diri Terhadap Kemandirian Personal Hygiene Pada Pasien Di Rsj. Prof. V. L. Ratumbuysang Manado Tahun 2016’, *Jurnal Keperawatan*, 4(2).

Prabowo Eko (2014) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika. Sutejo (2019) *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Sutinah (2016) ‘Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Dan Tak Stimulus Persepsi Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi’, 3, Pp. 183–187.

Yosep, I. (2011) *Keperawatan Jiwa Edisi Revisi*. Bandung: Pt Refika Aditama. Yusuf, A.H, F. R. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta:

Salemba Medika.

## Lampiran 1

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

**SP 1**

Nama Pasien : Ny. D Pertemuan: Ke-1/Hari Pertama

Umur : 42 Tahun Waktu : 28 Juni / 10.00-10.15 WIB

## PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

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

1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

1. Tujuan Khusus SP 1 :
	* Klien dapat membina hubungan saling percaya
	* Klien dapat mengenal halusinasinya
	* Klien dapat mengontrol halusinasi
2. 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.

## STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Orientasi
	1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi bu. Perkenalkan nama saya Rismawati, biasa dipanggil Risma. Saya mahasiswi dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Saya praktik disini selama 5 hari. Nama ibu siapa? Senang di panggil siapa? Asal ibu darimana?”

## “Nama saya DW, senang dipanggil D asal saya dari Mojokerto.”

* 1. Evaluasi/Validasi

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

## “Saya mendengar suara laki-laki yang menyuruh memukul keluarga saya”

* 1. Kontrak:
		1. Topik:

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

## “Baik mbak saya mau diajak mengobrol”

* + 1. Tempat:

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

## “Iya mbak disini saja”

* + 1. Waktu:

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

## “Iya mbak 15 menit saja”

1. Kerja

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

## “Iya mbak”

“Nah, suara yang sering Ny. D 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!” “Apa yang dikatakan suara tersebut? Apakah suara itu terdengar sewaktu- waktu atau terus-menerus? Kapan paling sering Ibu mendengar suara itu? Pada keadaan apa atau kondisi apa suara itu terdengar? Apa yang Ibu lakukan jika suara tersebut muncul?”

## “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”

“Bagaimana kalau sekarang kita belajar cara-cara untuk mencegah suara itu muncul, ada 4 cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, denganmenghardik 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. D bilang pergi saya tidak mau dengar….saya tidak mau dengar ! Kamu suara palsu ! Begitu diulang-ulang sampai suara tidak terdengar lagi.”

## “Jadi caranya ada menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal, dan minum obat secara teratur ya mbak” “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”

1. Terminasi
	1. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan
		1. Subjektif

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

## “Senang mbak. Iya mbak nanti cara yang mbak ajarkan akan saya lakukan dan saya latih kembali agar saya tidak lupa”

* + 1. Objektif

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

## “Cara menghardik mbak”

* 1. Tindak Lanjut Klien

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

## “Saya mau mbak kalau latihannya jam 10 pagi”

* 1. 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?”

## “Iya mbak”

* + 1. Waktu:

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

## “Iya saya mau mbak”

* + 1. Tempat:

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

## “Iya disini saja, selamat pagi”

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

**HALUSINASI PENDENGARAN**

**SP 2**

Nama Pasien : Ny. D Pertemuan: Ke-2/Hari Kedua

Umur : 42 Tahun Waktu : 29 Juni / 10.00-10.20 WIB

## PROSES KEPERAWATAN

* 1. Kondisi Klien

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

* 1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

* 1. 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.
	2. 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

## STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Orientasi
	1. Salam Terapeutik

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

## “Selamat pagi mbak, masi ingat mbak Risma kan. Nyenyak mbak”

* 1. Evaluasi/Validasi

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

## “Saya masih ingat mbak, begini kan caranya “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya”

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

## “Tadi malam suaranya muncul lagi mbak terus saya melakukan cara yang diajarkan mbak kemarin, saya lakukan terus sampai suaranya hilang”

* 1. Kontrak
		1. Topik

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

## “Iya mbak boleh”

* + 1. Waktu

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

## “Iya mbak”

* + 1. Tempat

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

## “Iya disini saja mbak seperti kemarin”

1. Kerja

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

## “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”

1. Terminasi
	1. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan
		1. Subjektif

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

## “Senang mbak”

* + 1. Objektif

“Jadi sudah ada beberapa cara yang Ny. D pelajari untuk mencegah suara- suara itu? Ya, bagus, jadi sudah ada 2 cara yaitu menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain.”

## “Sudah ada 2 mbak menghardik dan bercakap-cakap”

* 1. Tindak Lanjut Klien

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

## “Iya mbak nanti saya lakukan cara yang bercakap-cakap kalau suaranya muncul lagi”

* 1. 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?”

## “Iya mbak besok saja ya”

* + 1. Waktu:

“Ny. D besok mau jam berapa ? Bagaimana kalau jam 09.00 WIB ? Mau berapa lama kita berlatih ? Bagimana kalau 20 menit, apakah ibu setuju ” **“Iya mbak saya mau”**

* + 1. Tempat:

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

## “Iya disini lagi saja mbak”

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

**SP 3**

Nama Pasien : Ny. D Pertemuan: Ke-3/Hari Ketiga

Umur : 42 Tahun Waktu : 30 Juni / 09.00-09.20 WIB

## 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.

* 1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

* 1. 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.
	2. Tindakan Keperawatan
		+ Membantu pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatn harian pasien.
		+ Membantu pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

## STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Orientasi
	1. Salam Terapeutik

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

## “Selamat pagi mbak. Tidurnya nyenyak mbak”

* 1. Evaluasi/Validasi

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

## “Sudah enggak mbak, tapi saya masih terus latihan supaya saya tidak lupa”

* 1. 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.”

## “Iya mbak”

* + 1. Waktu:

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

## “Boleh mbak”

* + 1. Tempat:

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

## “Iya mbak seperti biasanya saja disini”

1. Kerja

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

## “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”

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

## “Kalau dirumah biasanya saya bantu-bantu kakak saya mbak, kan kakak saya punya usaha laundry nanti saya yang bagian jemur-jemur pakaiannya gitu”

“Mari kita latih salah satu kegiatan hari ini ! Bagus sekali jika Ny. D bisa lakukan !”

## “Iya mbak saya disini juga nyuci baju”

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

1. Terminasi
	1. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan
		1. Subjektif:

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

## “Senang mbak”

* + 1. Objektif:

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

## “Ada 3 mbak, iya mbak”

* 1. Tindak Lanjut

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

## “Iya mbak nanti akan saya masukkan ke dalam jadwal kegiatan sehari- hari”

* 1. 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 ?”

## “Iya saya mau mbak”

* + 1. Waktu:

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

## “10 menit saja ya mbak”

* + 1. Tempat:

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

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

**SP 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Pasien | : Ny. D | Pertemuan : Ke-4/Hari Ketiga |
| Umur | : 42 Tahun | Waktu : 30 Juni / 12.00-12.10 WIB |

1. **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.

* 1. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

* 1. 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
	2. Tindakan Keperawatan
		+ Membantu mengevaluasi kegiatan harian pasien.
		+ Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaaan obat secara teratur.
		+ Membantu pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

## STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Orientasi
	1. Salam Terapeutik

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

## “Selamat siang mbak. Saya juga sudah makan siang mbak, makannya tadi habis”

* 1. Evaluasi/Validasi

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

## “Saya sudah melakukan jadwal kegiatan dari pagi mbak, tadi saya habis main congklak sama temen mbak kalau main catur saya gak bisa. Sudah mbak, saya disini minum obatnya cuma 2x mbak pas pagi sama malam”

* 1. Kontrak
		1. Topik:

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

## “Iya mbak”

* + 1. Waktu:

“Berapa lama Ny. D mau berlatih ?

## “10 menit saja ya mbak”

* + 1. Tempat:

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

## “Iya mbak disini saja”

1. Kerja

“Berapa macam obat yang Ny. D minum?”

**“Saya minum obat 3 macam mbak, obat yang saya minum itu warnanya orange, putih dan satunya lagi kayak warna merah jambu gitu mbak”** “Minum obat sangat penting agar suara-suara yang Ny. D 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. D akan kambuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula.”

**“Jadi orang yang sakit seperti saya ini harus minum obatnya teratur ya mbak supaya sakitnya ga kambuh, sekarang saya sudah tau mbak”** “Kalau obat habis, Ny. D bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Ny. D juga harus teliti saat minum obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya Ny. D harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya Ny. D 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. D juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan Ny. D juga harus cukup minum 8 gelas per hari.”

## “Iya mbak kalau sudah tau seperti ini saya akan minum obat teratur”

1. Terminasi
	1. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan
		1. Subjektif

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

## “Senang sekali mbak, hari ini saya sudah diperbolehkan pulang”

* + 1. Objektif

“Jadi sudah ada beberapa cara yang Ny. D pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah keempat cara ini kalau Ny. D mengalami halusinasi lagi dan perlu diingat Ny. D harus minum obat secara teratur agar sakit yang dialami Ny. D tidak kambuh lagi.”

## “Iya mbak saya akan minum obat teratur, saya gak mau kalau kembali disini lagi enak dirumah kumpul sama keluarga”

* 1. 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 .”

## “Iya mbak, selamat siang”

**Lampiran 2**

**FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATANKESEHATAN JIWA RUANGAN……… TANGGAL DIRAWAT………**

1. **IDENTITAS PASIEN**

Initial :……………….(L/P) Tanggal Pengkajian : ……… Umur :……………RM : ……………

Informan :………………………………………………………

1. **ALASANMASUK**

…………………..………………………………………………………………..........

1. **FAKTOR PREDISPOSISI**
	1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu: Ya Tidak
	2. Pengobata sebelumnya: Berhasil Kurang berhasil Tidak Berhasil
	3. Pelaku/Usia Korban/Usia Saksi/Usia

Aniaya Fisik Aniaya Seksual Penolakan

Kekerasan dalam Keluarga Tindakan Kriminal

Jelaskanno.1,2,3 : …………………………………………..

rkembangan.

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan pertumbuhan dan pe
2. Perubahan proses keluarga.
3. Respons pasca trauma.
4. Risiko tinggi kekerasan.
	1. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa: Ya Tidak

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. Hubungan keluarga | Gejala | Riwayat pengobatan/perawatan |
| …………………… | ………………. | ……………………………………. |
| …………………… | ………………. | ……………………………………. |

Masalah Keperawatan :

1. Koping keluarga inefektif : ketidak mampuan koping.
2. Koping keluarga inefektif : gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.

6. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

……………...............................…………………………………………

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan proses keluarga.
3. Respons pasca trauma.
4. **FISIK**

1. Tandavital : TD :………… N :……….. S :……… P :………

2. Ukur : TB :………….. BB :………

3. Keluhan fisik: Ya Tidak

Jelaskan:……………………………………………………

Masalah Keperawatan :

1. Risiko tinggi perubahan suhu tubuh.
2. Hipotermia.
3. Hipertermia.
4. Defisit volume cairan.
5. Kelebihan volume cairan.
6. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh.
7. Perubahan nutrisi : lebih dari kebutuhan tubuh.
8. Perubahan nutrisi : potensial lebih dari kebutuhan tubuh.
9. Kerusakan menelan.
10. Perubahan eliminasi feses.
11. Perubahan pola eliminasi urine.

**PSIKOSOSIAL**

1. Genogram :

Jelaskan : ..............................................................…………

Masalah Keperawatan :

1. Koping keluarga inefektif : ketidak mampuan koping.
2. Koping keluarga inefektif : gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.
4. Konsepdiri

a. Gambaran diri : :….........….........................................................................…………

b. Identitas : ..…………………….........………………………

c. Peran : ..…………………….......…………………………

d. Ideal diri :..…………………….......……………………………………………………

e. Hargadiri :……………………………………………………………………

Masalah Keperawatan:

1. Pengabaian unilateral.
2. Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis.
3. Gangguan konsep diri : harga diri rendah situasional.
4. Hubungan sosial :

a. Orang yang berarti :

…………………...……………………..…………………

……………....

b. Peran serta dalam kegiatankelompok/masyarakat :

..………………………………………………….

c. Hambatan dalam berhubungan dengan oranglain :

……..…………………………………………….

Masalah Keperawatan :

1. Kerusakan komunikasi.
2. Perubahan kinerja peran.
3. Kerusakan interak sisosial.

Spiritual :

a. Nilai dan Keyakinan :

………………………………………………………

b. Kegiatan Ibadah :

………………………………………………………

Masalah Keperawatan:

1. Distres Spiritual.

1. **STATUS MENTAL**
	1. Penampilan :

Tidak rapi

Penggunaan pakaian tidak seperti biasanya cara berpakaian tidak sesuai

Jelaskan: ...............……….…………………………………………………………

Masalah Keperawatan:

1. Defisit Perawatan Diri.

* 1. Pembicaraan :

Cepat Keras Gagap Inkoheren

Apatis Lambat Membisu Tidak mampu memulai

pembicaraan Jelaskan :....................................………………………………

Masalah Keperawatan :

1. Kerusakan komunikasi.

* 1. Aktivitas Motorik :

Lesu

Tegang

Gelisah

Agitasi

TIK

Grimasen

Tremor

Kompulsif

Jelaskan :…..…………...............................................................................……………

Masalah Keperawatan :

1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Intoleransi aktivitas.
3. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah.
	1. Alam Perasaan :

Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Jelaskan : …………...........................................………………………………

1. Ketidak mampuan.
2. Risiko tinggi membahayakan diri.

Ansietas.

Ketakutan.

Risiko tinggi terhadap cedera. 4. Ketidak berdayaan.

1.

2.

3.

Masalah Keperawatan :

* 1. Afek :

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai Jelaskan : ....................................................................……

Masalah Keperawatan :

1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Kerusakan komunikasi.
3. Perubahan peran.
	1. Interaksi selama wawancara :

Bermusuhan Tidak Kooperatif

Mudah Tersinggung Kontak Mata Kuran

Defensif Curiga

Risiko tinggi kekerasan.

Perubahan peran.

Kerusakan interaksi

3

5.

membahayakan diri.

2

Risiko tinggi

4.

Kerusakankomunikasi.

1

Masalah Keperawatan :

Jelaskan : ...........................................................…………

* 1. Persepsi :

Pendengaran Pengecapan

Pengelihatan Penciuman

Perabaan

Masalah keperawatan :………………………………….…..

Masalah Keperawatan :

1. PSP : Pengelihatan/Pendengaran/Kinetik/Pengecap/Perabaan/Penciuman

* 1. Proses Pikir :

Sirkumtansial Tangensial

Kehilangan Asosiasi *Fligh ofide as*

*Blocking* Pengulangan Pembicaraan/Perseverasi

Jelaskan:…………………………………………………………………

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan proses pikir

* 1. Isi Pikir:

esi ia Hipokon

Obs

dria

Fob

Depersonalisasi Id

e ya

ng terkait P

ikir

Anmagis

Waham :

Agama Somatik Kebesaran Curiga

Nihilistik

Sisip piker

Siar piker

Kontrol pikir

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan proses pikir.

Jelaskan : ………………………………………………………………

* 1. Tingkat Kesadaran :

Bingung

Sedasi

Stupor

Disorientasi

Waktu

Tempat

Orang

Jelaskan :………………………………………………………………………..

Risiko tinggi terhadap cedera.

Perubahan proses pikir.

1.

2.

Masalah Keperawatan :

Memori :

Gg daya ingat jangka panjang Gg daya ingat saat ini

Gg daya ingat jangka pendek Konfabulasi

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan proses pikir.

Jelaskan :……………………………………………………………………….

* 1. Tingkat konsentrasi danberhitung :

Mudah Beralih Tidak Mampu Berkonsentrasi

Tidak Mampu Berhitung Sederhana

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan Proses Pikir.
2. Kerusakan Interaksi Sosial.

Jelaskan :……………………………..……….……………………………

* 1. Kemampuan Penilaian :

Gangguan Ringan Gangguan Bermakna

Jelaskan : ………………………………………………………………………….

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan Proses Pikir.

* 1. Daya Tilik Diri :

Mengingkari penyakit yang diderita

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : ………………………………..…………………………………………………

Masalah Keperawatan :

1. Penatalaksanaan regimen terapeutikinefektif.
2. Risiko tinggiketidakpatuhan.
3. Perubahan prosespikir.
4. **KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG**
	1. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan :

Ya Tidak Ya Tidak

Makanan Pakaian

Keamanan Transportasi

Tempat tinggal Uang

Perawatan kesehatan

Jelaskan : ……………………………………..

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perilaku mencari bantuan kesehatan.
	1. Kegiatan Hidup Sehari-Hari
3. Perawatan diri : Bantuan Minimal Bantuan Total Mandi

BAB/BAK

Kebersihan Ganti pakaian Makan

Jelaskan :…………………………………………………………………

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan eliminasi feses.
3. Perubahan pola eliminasi urine.
4. Defisit aktivitas hiburan.
5. Risiko tinggi perubahan fungsi pernapasan.
6. Nutrisi : Ya Tidak
	* Apakah Anda puas dengan pola makan Anda ?
	* Apakah Anda memisahkan diri ?
	* Frekuensi makan perhari kali
	* Frekuensi kudapan perhari kali
	* Nafsu makan
	* BB
	* Diet khusus

Jika ya, jelaskan alasannya :

………………………………………………….…………………

Masalah Keperawatan :

1. Risiko tinggi terhadap infeksi.
2. Perubahan nutrisi : lebih dari kebutuhan tubuh.

Jelaskan : ……………………………………………………..…………………………….…….

1. Tidur : Ya Tidak
	* Apakah ada masalah ?
	* Apakah Anda merasa segar setelah bangun tidur ?
	* Apakah ada kebiasaan tidur siang?
	* Apa yang menolong anda untuk tidur………………………………..…...
	* Waktu tidur malam, jam : ……………, Waktu bangun, jam:…………....
	* Beri tanda “✓” sesuai dengan keadaan pasien : Sulit untuk tidur

Terbangun saat tidur Bangun terlalu pagi Gelisah saat tidur Somnabulisme Berbicara dalam tidur

Jelaskan : ………………………………………………………………………………………………

Masalah Keperawatan :

1. Gangguan pola tidur.

* 1. Kemampuan pasien dalam : YaTidak
		+ Mengantisipasi kebutuhansendiri
		+ Membuat keputusan berdasarkan keinginansendiri
		+ Mengatur penggunaanobat
		+ Melakukan pemeriksaan kesehatan (*Follow Up*)

Jelaskan :……………………………………………..……………………………………

Masalah Keperawatan :

1. Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif.
2. Ketidak patuhan.
3. Konflik pengambilan keputusan.
	1. Pasien memiliki sistem pendukung :

Ya Tidak

Keluarga Teman Sejawat

Profesional / Terapist Kelompok Sosial

Jelaskan : ….…………………………….………………………

Masalah Keperawatan :

1. Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan.

* 1. Apakah pasien menikmati saat bekerja, kegiatan yang menghasilkan / hobi ?

Ya Tidak

Masalah Keperawatan :

1. Sindroma Disuse.

Jelaskan : …………………………………………………………

1. **MEKANISME KOPING**

Adaptif Maladaptif

Bicara dengan orang lain Minuma lkohol

Mampu menyelesaikan

masalah Reaksi lambat/berlebih

Teknik relaksasi Bekerja berlebihan

Aktivitas konstruktif Menghindar

Olahraga Mencederai diri

Lainnya : ………… Lainnya : ….………

1. **MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik :

…………………………………………………………………

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik :

………………………………………………………………………

Masalah dengan pendidikan, spesifik :

………………………………………………………………………

Masalahdenganpekerjaan,spesifik :

…………………………………………………………………

Masalahdenganperumahan,spesifik :

………………………………………………………………………

Masalah ekonomi, spesifik :

……………………………………………………………

Masalahdenganpelayanankesehatan,spesifik :

……………………………………………………………………… Masalah lainnya, spesifik :

……………………………………………………………………………………………………

Masalah Keperawatan :

* 1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
	2. Perilaku mencari bantuan kesehatan.
	3. Perubahan pola eliminasi urine.
	4. Ketidak berdayaan.

5. Ketidak mampuan.

6. Gangguan konsep diri.

7. Konflik peran orang tua.

8. Sindroma stresre lokasi.

1. **PENGETAHUAN KURANG TENTANG**

Penyakit jiwa Sistem pendukung

Faktor presipitasi Penyakit fisik

Koping Obat-obatan

Lainnya : ………………………………………………………

Perilaku mencaribantuankesehatan. Ketidakpatuhan.

Penatalaksanaan regimenterapeutikinefektif.

Kurangpengetahuan

1.

2.

3.

4.

MasalahKeperawatan :

1. **ASPEK MEDIK**

Diagnosis Medik :

…………………………………………………………………………………

Terapi Medik :

………………………………………………………………………………….

PK : efek merugikan

terapi anti ansietas.

2.

terapi obat-obatan.

3. PK : efek merugikan terapi anti depresan.

4. PK : efek merugikan terapi anti psikotik.

PK : efek merugikan

1.

Masalah Kolaboratif :

1. **DAFTARMASALAH KEPERAWATAN**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

1. **DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………**

Mahasiswa,

…………………………….

# PETUNJUK TEKNIS

PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Setiap melakukan pengkajian, tulis tempat pasien dirawat dan tanggal dirawat.

## IDENTITAS

* 1. Perawat yang merawat pasien melakukan perkenalan dan kontak dengan pasien tentang: nama perawat, nama pasien, panggilan perawat, panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topic yang akan dibicarakan.
	2. Usia dan No.RM dapat dengan melihat rekam medis.
	3. Mahasiswa menuliskan sumber data yang didapat.

## ALASAN MASUK

Tanyakan kepada pasien/keluarga pertanyaan berikut.

* 1. Apa yang menyebabkan pasien/keluarga dating ke RS saat ini?
	2. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini?
	3. Bagaimana hasilnya?

## FAKTOR PREDISPOSISI

* 1. Tanyakan kepada pasien/keluarga apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bila ya, beri tanda“✓” pada kotak “Ya” dan bila tidak, maka beri tanda “✓” pada kotak “Tidak”.
	2. Apabila pada Poin 1 “Ya”, maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala-

gejala gangguan jiwa, maka beritanda “✓” pada kotak “Berhasil”. Apabila dia dapat beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala sisa, maka beri tanda “✓” pada kotak “KurangBerhasil”. Apabila tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap, maka beritanda “✓” pada kotak “Kurang Berhasil”.

* 1. Tanyakan pada pasien apakah pasien pernah melakukan dan atau mengalami dan /atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Beritanda “✓” sesuai dengan penjelasan pasien/keluarga apakah pasien

sebagai pelaku dan/atau korban, dan/atau saksi, maka beri tanda “✓” pada

kotak pertama. Isi usia saat kejadian pada kotak kedua.

Jika pasien pernah sebagai pelaku, korban, dan saksi (dua atau lebih) tuliskan pada penjelasan.

* + 1. Beri penjelasan secara singkat dan jelas tentang kejadian yang dialami pasien terkait nomor 1,2,3.
		2. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
	1. Tanyakan kepada pasien/keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa. Jika ada, maka beri tanda“✓”pada kotak “Ya” dan jika tidak, maka beri tanda “✓” pada kotak tidak.
	2. Apabila ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, maka tanyakan bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut.
	3. Tanyakan kepada pasien/keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/perpisahan/kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami pasien pada masa lalu.

## FISIK

Pengkajian difokuskan pada sistem dan fungsi organ.

* 1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan pasien.
	2. Ukur tinggi badan dan berat badan pasien.
	3. Tanyakan kepada pasien/keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien, bila ada beri tanda “✓” pada kotak “Ya” dan bila tidak beri tanda “✓” pada kotak “Tidak”.
	4. Kaji lebih lanjut system dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.
	5. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada.

## PSIKOSOSIAL

* 1. Genogram
		1. Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan pasien dan keluarga, misalnya sebagai berikut.:

|  |  |
| --- | --- |
|  | = Perempuan |
|  | = Laki-laki |





|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  = Cerai/putus hubungan |
|  |  | = Meninggal |
|  |  | = Orang yang tinggal serumah |
|  |  | = Umur |
|  |  | = Orang yang terdekat |
|  |  | = Pasien |

* + 1. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh.
		2. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
	1. KonsepDiri
		1. CitraTubuh
			1. Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, dan bagian yang tidak disukai.
		2. Identitas diri, tanyakan tentang hal berikut.
			1. Status dan posisi pasien sebelum dirawat.
			2. Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok).
			3. Kepuasan pasien sebagai laki-lakia tau perempuan.
		3. Peran, tanyakan mengenai hal berikut.
			1. Tugas/peran yang diemban dalam keluarga/ kelompok/ masyarakat.
			2. Kemana saja pasien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.
		4. Ideal diri, tanyakan hal sebagai berikut.
			1. Harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran.
			2. Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat).
			3. Harapanpasienterhadappenyakitnya.
		5. Hargadiri,tanyakan hal berikut.
			1. Hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi No.2a,b,c, dan d.
			2. Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.
		6. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
	2. HubunganSosial
		1. Tanyakan pada pasien siapa orang terdekat dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, serta minta bantuan atau sokongan.
		2. Tanyakan pada pasien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
		3. Tanyakan pada pasien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok dimasyarakat.
		4. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
	3. Spiritual
		1. Nilai dan keyakinan, tanyakan hal berikut.
			1. Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.
			2. Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.
		2. Kegiatan ibadah, tanyakan hal berikut.
			1. Kegiatan ibadah dirumah secara individu dan kelompok.
			2. Pendapat pasien/keluarga tentang kegiatan ibadah.
		3. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

## STATUS MENTAL

Beri tanda ✓ pada kotak sesuai dengan keadaan pasien boleh lebih dari satu.

* 1. Penampilan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

* + 1. Penampilan tidak rapi jika dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapi. Misalnya, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci,baju terbalik, baju tidak diganti-ganti.
		2. Penggunaan pakaian tidak sesuai, misalnya pakaian dalam dipakai di luar baju.
		3. Cara berpakaian tidak seperti biasanya,jika penggunaan pakaian tidak tepat (waktu,tempat,identitas,situasi/kondisi).
		4. Jelaskan hal yang ditampilkan pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
		5. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
	1. Pembicaraan
		1. Amati pembicaraan yang ditemukan pada pasien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, dan/atau lambat.
		2. Bila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat satu ke kalimat yang lain yang tidak ada kaitannya, maka beri tanda “✓” pada kotak inkoheren.
		3. Jelaskanhal-halyangtidaktercantum.
		4. Masalahkeperawatanditulissesuaidengandata.
	2. AktivitasMotorik

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

* + 1. Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
		2. Agitasi:gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.
		3. Tik:gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol.
		4. Grimasen: gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol pasien.
		5. Tremor: jari-jari yang tampak gemetar ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari.
		6. Kompulsif: kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan, dan sebagainya.
		7. Jelaskan aktivitas yang ditampilkan pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
		8. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
	1. Alam Perasaan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

* + 1. Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas.
		2. Ketakutan: objek yang ditakuti sudah jelas.
		3. Khawatir:objek belum jelas.
		4. Jelaskan kondisi pasien yang belum tercantum.
		5. Masalah keperawatan ditulis sesuai data.
	1. Afek

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

* + 1. Datar: tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
		2. Tumpul: hanya bereaksi jika ada stimulus emosi yang kuat.
		3. Labil:emosiyangcepatberubah-ubah.
		4. Tidak sesuai: emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.
		5. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
		6. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
	1. Interaksi Selama Wawancara

Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat dan keluarga.

* + 1. Bermusuhan , tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah jelas.
		2. Kontak mata kurang: tidak mau menatap lawan bicara.
		3. Defensif:selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.
		4. Curiga: menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain.
		5. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
		6. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
	1. Persepsi
		1. Jenis-jenis halusinasi sudah jelas, kecuali menghidung sama dengan penciuman.
		2. Jelaskan isi halusinasi dan frekuensi gejala yang tampak pada saat

pasien halusinasi.

* + 1. Masalah keperawatan sesuai dengan masalah yang ada.
	1. Proses Pikir

Data diperoleh dari observasi pada saat wawancara.

* + 1. *Sirkumtansial*: pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai dengan tujuan pembicaraan.
		2. *Tangensial*: pembicaraan yang berbelit-belit tetapi tidak sampai dengan tujuan pembicaraan.
		3. Kehilangan asosiasi: pembicaraan tidak ada hubungannya antara satu kalimat satu dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya.
		4. *Fligh to Fideas*: pembicaraan meloncat dari satu topic ke topic lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis, dan tidak sampai pada tujuan.
		5. *Blocking*: pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
		6. *Perseverasi*: pembicaraan yang diulang berkali-kali.
		7. Jelaskan apa yang dikatakan pasien pada saat wawancara.
		8. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
	1. Isi Pikir

Data didapatkan melalui wawancara.

* + 1. *Obsesi*: pikiran yang selalu muncul walaupun pasien selalu berusaha menghilangkannya.
		2. *Fobia*: ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap objek/situasi

tertentu.

* + 1. *Hipokondria*: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidakada.
		2. *Depersonalisasi*: perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang, atau lingkungan.
		3. Ide yang terkait: keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan dan terkait pada dirinya.
		4. Pikiran yang magis: keyakinan pasien tentang keyakinannya melakukan hal-hal mustahil/di luar kemampuannya.
		5. Waham.
			1. Agama: keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
			2. Somatik: pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
			3. Kebesaran: pasien mempunyai keyakinan berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
			4. Curiga: pasien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok, yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
			5. Nihilistik: pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia/meninggal yang dinyatakan secara berulang, tidak sesuai kenyataan.

Waham yang aneh (*bizarre*) antara lain sebagai berikut.

1. Sisip Pikir : pasien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan di dalam pikiran yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
2. Siar Pikir: pasien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang diapikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
3. Kontrol Pikir: pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.
	* 1. Jelaskan apa yang dikatakan oleh pasien pada saat wawancara.
		2. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
	1. Tingkat Kesadaran

Data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui observasi, orientasi pasien (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara.

* + 1. Bingung:tampak binggung dan kacau.
		2. Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar.
		3. Stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh pasien dapat diletakkan dalam sikap canggung dan dipertahankan pasien, tapi pasien dapat mengerti semua yang terjadi di lingkungan.
		4. Orientasi waktu, tempat, orangjelas.
		5. Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait hal-hal diatas.
		6. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
		7. Jelaskan apa yang dikatakan oleh pasien pada saat wawancara.
	1. Memori

Data diperoleh melalui wawancara antara lain sebagai berikut.

* + 1. Gangguan daya ingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan.
		2. Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.
		3. Gangguan daya ingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang barusaja terjadi.
		4. Konfabulasi:pembicaraan tidak sesuai kenyataan, dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
		5. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
		6. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
	1. TingkatKonsentrasidanBerhitung

Data diperoleh melalui wawancara antara lain sebagai berikut.

* + 1. Mudah dialihkan: perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain.
		2. Tidak mampu berkonsentrasi: pasien minta selalu agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
		3. Tidak mampu berhitung.
		4. Jelaskan sesuai data terkait.
		5. Masalah keperawatan sesuai data.
	1. Kemampuan Penilaian
		1. Gangguan kemampuan penilaian ringan : dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contohnya, berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, pasien dapat mengambil keputusan.
		2. Gangguan kemampuan penilaian bermakna :tidak dapat mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contohnya, berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, maka pasien masih tidak mampu mengambil keputusan.
		3. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
		4. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
	2. Daya Tilik Diri

Data diperoleh melalui wawancara antara lain sebagai berikut.

* + 1. Mengingkari penyakit yang diderita: tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik,emosi) pada dirinyadan merasa tidak perlu pertolongan.
		2. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan oranglain/lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.
		3. Jelaskan dengan data terkait.
		4. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

## KEBUTUHANPERSIAPAN PULANG

* 1. Makan
		1. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantang), dan cara makan.
		2. Observasi kemampuan pasien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.
	2. BAB/BAK
		1. Observasi kemampuan pasien untuk BAB/BAK.
			1. Pergi, menggunakan, dan membersihkan WC.
			2. Membersihkan diri dan merapikan pakaian.
	3. Mandi
		1. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, dan cukur (kumis, jenggot, dan rambut).
		2. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.
	4. Berpakaian
		1. Observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih, serta mengenakan pakaian dan alas kaki.
		2. Observasi penampilan dan dandan pasien.
		3. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.
		4. Nilai kemampuan yang harus dimiliki pasien: mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian.
	5. Istirahat dan Tidur

Observasi dan tanyakan tentang hal berikut.

* + 1. Lama dan waktu tidur siang/malam.
		2. Persiapan sebelum tidur seperti menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa.
		3. Aktivitas sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka,dan menyikatgigi.
	1. Penggunaan Obat

Observasi dan tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang hal berikut.

* + 1. Penggunaan Obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian.
		2. Reaksi Obat.
	1. Pemeliharaan Kesehatan

Tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang hal berikut.

* + 1. Apa, bagaimana, kapan, dan kemanan perawatan lanjut.
		2. Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.
	1. Aktivitas didalam Rumah

Tanyakan tentang kemampuan pasien dalam hal berikut.

* + 1. Merencanakan, mengolah,dan menyajikan makanan.
		2. Merapikan rumah (kamartidur,dapur,menyapu,mengepel).
		3. Mencuci pakaiansendiri.
		4. Mengaturkebutuhanbiayasehari-hari.
	1. Aktivitas diluar rumah

Tanyakan kemampuan pasien dalam hal berikut.

* + 1. Belanja untuk keperluan sehari-hari.
		2. Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum.
		3. Aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah (bayar listrik/telepon/air,kantor pos, dan bank).
	1. Jelaskan data terkait.
	2. Masalah keperawatan ditulis sesuai data.

## MEKANISME KOPING

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien atau keluarganya. Beri tanda pada kotak koping yang dimiliki pasien, baik adaptif maupun maladaptif.

## MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien atau keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki pasien beri uraian spesifik, singkat, dan jelas.

## PENGETAHUAN

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien. Pada tiap item yang dimiliki oleh pasien simpulkan dalam masalah.

## ASPEKMEDIK

Tuliskan diagnosis medik pasien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan obat-obatan yang pasien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka, dan terapi lain.

## DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

* 1. Tuliskan semua masalah disertai data pendukung, yaitu data subjektif dan data objektif.
	2. Buat pohon masalah dari data yang telah dirumuskan.

## DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

* 1. Rumuskan diagnosis dengan rumusan P (Permasalan) dan E (Etiologi) berdasarkan pohon masalah.
	2. Urutkan diagnosi ssesuai dengan prioritas.
	3. Pada akhir pengkajian, tulis tempat dan tanggal pengkajian, serta tanda tangan dan nama jelas mahasiswa.

## Lampiran 3

**Format Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)**

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINAS PENDENGARAN**

**Hari/Tgl :..................................................**

**Pertemuan : / SP 1**

1. **Proses Keperawatan**
	1. **Kondisi Klien :**

( Sesuai dengan tanda dan gejala diagnosa keperawatan)

Ibu D mendengar suara-suara yang memaki-maki dirinya, ekspresi wajah tampak tegang, gelisah, dan mulut komat-kamit.

* 1. **Diagnosis/Masalah Keperawatan :** Gangguan sensori persepsi : halusinasi.

## Tujuan :

( Sesuai dengan TUM dan TUK Diagnosa keperawatan)

TUM : Klien tidak mencederai, diri, orang lain, dan lingkungan Tuk 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

Tuk 2 : Klien dapat mengenal halusinasinya Tuk 3 : Klien dapat mengontrol halusinasi

## Tindakan Keperawatan:

* + 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :
		2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya dan

diskusikan dengan klien mengenai isi, waktu, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, hal yang dirasakan jika berhalusinasi, hal yang dilakukan untuk mengatasi, serta dampak yang dialaminya.

* + 1. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi.
		2. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi.
		3. Bantu klien memilih satu cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya.

## Strategi Pelaksanaan

**3. Orientasi :**

* 1. **Salam**

“Selamat pagi pak, nama saya Rizki, nama Ibu siapa ? Senang dipanggil apa?”

## Evaluasi

“Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?” Ibu mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya ya. Sudah berapa lama mengalami hal tersebut?

## Validasi

“ Apa yang telah dilakukan ibu D untuk mengatasi suara-suara yang tidak ada wujudnya itu? Bagaimana hasilnya? Apa manfaat yang Ibu D rasakan?”

## Kontrak

**- Tindakan dan Tujuan**

“Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang membuat Ibu D dan belejer cara mengatasinya? Tujuannya supaya ibu D merasa lebih tenang dan suara-suara berkurang.”

## Waktu

Berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit”.

## Tempat

Di mana kita duduk ? Diruang tamu ?

## Kerja:

* 1. **Pengkajian**
* Jenis :“Apakah Ibu D mendengar suara tanpa ada wujud ?
* Isi **:** “Apa yang dikatakan suara itu?”
* Waktu : Kapan / jam berapa saja paling sering muncul?
* Frekuensi: Berapa sering suara itu muncul?
* Situasi : pada situasi apa yang paling sering muncul? Saat sendiri? Atau malam hari?
* Respon : Apa yang Ibu D rasakan saat suara itu muncul?
* Upaya : Apa yang Ibu D lakukan untuk menghilangkannya? Apakah berhasil?

## Diagnosis

“Baiklah, berati Ibu D mendengar suara tanpa ada orang yang bicara dan Ibu D merasa terganggu. Ini yang kita sebut dengan Halusinasi.

Bagaimana kalau kita latihan untuk mengndalikannya?”

“Ada beberapa cara untuk menndalikan suara itu, bagaimana kalau saat ini kita latih?”.

## Tindakan

“Ibu D, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama,

dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap

dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan

yang keempat minum obat dengan teratur.”

* + 1. Latihan melawan : Hardik

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik”. “Caranya yaitu saat suara-suara itu muncul, langsung Ibu D bilang, ‘Pergi saya tidak mau dengar,… Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu’.

Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba Ibu D peragakan! Nah begitu,… bagus! "Coba lagi !" "Ya bagus Ibu D sudah bisa.”

“Sekarang cara yang sudah Ibu bisa itu kita masukkan ke dalam jadwal yah?”

“Jam berapa saja Ibu D mau latihan ?” “Selain jam 11 jam berapa lagi ?" "Yah jam 4 sore ya Bu, bagaimana kalau malam hari juga, karena Ibu D dengar suara itu malam hari, baiklah jam berapa Ibu D mau latihan untuk yang malam hari ?” "Jam 9 malam yah Ibu D ? Saya tulis disini Ibu D”.

## Terminasi

* 1. Evaluasi subjectif

“Bagaiman perasaan Ibu D setelah latihan tadi?”

* 1. Evaluasi objektif

“Apa latihan kita tadi ,benar sekali”. ( Bantu jika belum

ingat ).

* 1. Rencana tindak lanjut klien

“Bagaimana kalau Ibu D latihan secara eratur? Baik, untuk menghardik berapa kali sehari? Untuk bercakap-cakap berapa kali? Untuk merapikan tempat tidur, berapa kali?. ( Sambil mengisi jadwal kegiatan ). Selain latihan secara teratur lakukan jika suara terdengar”.

* 1. Rencana tindak lanjut perawat

“Baiklah, besok Ibu D kita latihan lagi ya?”

* 1. Salam

“ Semoga cepat sembuh”.