# KARYA TULIS ILMIAH AKHIR

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

**DI RUANG PURI ANGGREK RS JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**

****

**Oleh :**

**RARA AYU ANJANI BUDI SETYO RINI**

**1930072**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH AKHIR**

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

**DI RUANG PURI ANGGREK RS JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**

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

****

**Oleh :**

**Rara Ayu Anjani Budi Setyo Rini**

**1930072**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

# 

# SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 06 Oktober 2020

Rara Ayu Anjani Budi Setyo Rini

NIM. 1930072

# 

# HALAMAN PERSETUJUAN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : | Rara Ayu Anjani Budi Setyo Rini |
| NIM | : | 193.0072 |
| Program Studi | : | Ners |
| Judul | : | Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny. A Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Puri Anggrek Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur |

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir Stikes Hang

Tuah dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**NERS (Ns)**

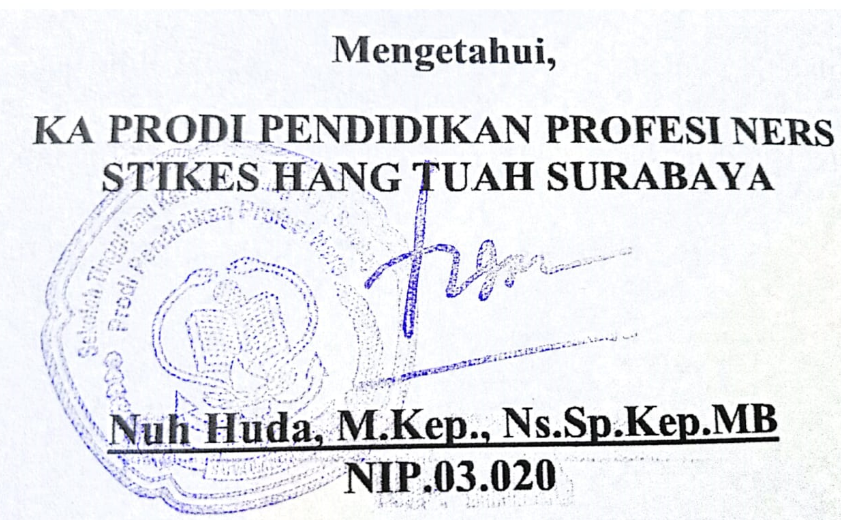
**Surabaya, 06 Oktober 2020**

**Pembimbing**

****

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

**NIP.03.021**



# 

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Rara Ayu Anjani Budi Setyo Rini

NIM. : 193.0072

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan

Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny. A Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Puri Anggrek Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

****Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Imiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada prodi Pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya.

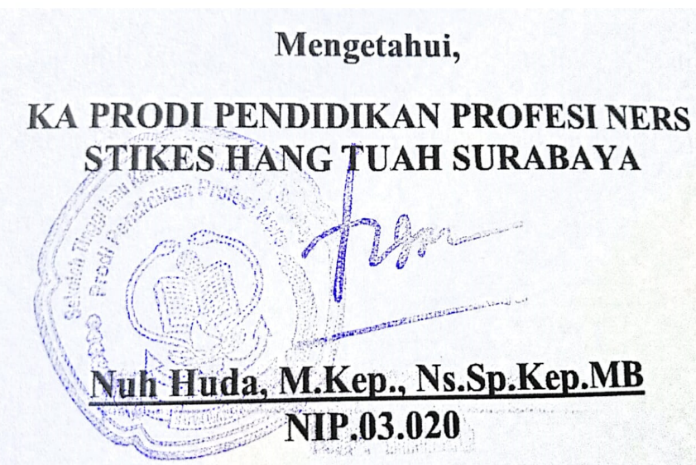
Penguji I : **Dya Sustrami,S.kep., Ns, M.Kes**

**NIP. 03.007**

****

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

**NIP.03.021**



**Ditetapkan : STIKes Hang Tuah Surabaya**

**Tanggal : 06 Oktober 2020**

# 

# MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Kasih Itu Sabar, Kasih Itu Murah Hati, Ia Tidak Cemburu. Ia Tidak Memegahkan Diri Dan Tidak Sombong. Ia Tidak Melakukan Yang Tidak Sopan Dan Tidak Mencari Keuntungan Diri Sendiri. Ia Tidak Pemarah Dan Tidak Menyimpan Kesalahan Orang Lain.

**PERSEMBAHAN**

1. Terima kasih kepada Tuhan Yesus Kristus yang telah memeberikan nikmat serta hidayah bagi saya untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.
2. Terima kasih kepada orang tua yang telah berjuang dan memberikan semangat serta doa dan dukungan kepada saya dengan penuh cinta kasih sehingga Karya Tulis Ilmiah Akhir saya dapat selesai dengan tepat waktu.
3. Terima kasih kepada ibu dan bapak dosen pembimbing dan penguji yang telah membimbing saya hingga saat ini untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.
4. Terima kasih kepada teman-teman Prodi Ners yang telah memberi semangat dan dukungan sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.
5. Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi dan memberikan dukungan kepada saya hingga terselesainya Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.

# KATA PENGANTAR

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

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul ““Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny. A Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Puri Anggrek Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

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

1. dr. H. Moch. Hafidin Ilham, Sp.An selaku direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis 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.
3. 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.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. Selaku penguji yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes. Selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan dorongan, arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah 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, 06 Oktober 2020

Rara Ayu Anjani Budi Setyo Rini

NIM 193.0072

**DAFTAR ISI**

[**HALAMAN COVER i**](#_Toc33050073)

[**HALAMAN PERNYATAAN ..**](#_Toc33050074)**iii**

[**HALAMAN PERSETUJUAN iv**](#_Toc33050075)

[**HALAMAN PENGESAHAN**](#_Toc33050076) **v**

[**MOTTO & PERSEMBAHAN**](#_Toc33050077) **vi**

[**KATA PENGANTAR**](#_Toc33050078) **vii**

[**DAFTAR ISI**](#_Toc33050079) **viii**

[**DAFTAR TABEL**](#_Toc33050080) **ix**

[**DAFTAR GAMBAR**](#_Toc33050081) **x**

[**DAFTAR LAMPIRAN xi**](#_Toc33050082)

[**DAFTAR SINGKATAN**](#_Toc33050083) **xii**

[**BAB 1 PENDAHULUAN**](#_Toc33050084) **1**

[1.1 Latar Belakang ......](#_Toc33050086).2

[1.2 Rumusan Masalah .......](#_Toc33050087)2

[1.3 Tujuan Penelitian .......](#_Toc33050088)3

[1.3.1 Tujuan Umum](#_Toc33050089) 3

[1.3.2 Tujuan Khusus](#_Toc33050090) 4

[1.4 Manfaat .......](#_Toc33050092)5

[1.5 Metode Penulisan .......](#_Toc33050095)6

[1.6 Sistematika Penulisan .......](#_Toc33050096)7

[**BAB 2 TINJAUAN TEORI**](#_Toc33050097) **8**

[2.1 Konsep Dasar Halusinasi .....](#_Toc33050099)..8

[2.1.1 Pengertian Halusinasi](#_Toc33050100) 8

[2.1.2 Rentang Respon Halusinasi](#_Toc33050101) 9

[2.1.3 Tanda dan Gejala Halisinasi](#_Toc33050102) 9

[2.1.4 Etiologi Perilaku Halusinasi](#_Toc33050103) 10

[2.1.5 Pohon Masalah Halusinasi](#_Toc33050104) 10

[**2.2 Konsep Skizofrenia .....**](#_Toc33050110)**10**

[2.2.1 Pengertian Skizofrenia](#_Toc33050111) 11

[2.2.4 Jenis-jenis Skizofrenia](#_Toc33050114) 11

[2.2.5 Pengobatan Skizofrenia](#_Toc33050118) 12

[**2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi .....**](#_Toc33050106)**12**

[2.3.1 Pengkajian](#_Toc33050107) 12

[2.3.2 Diagnosa Keperawatan](#_Toc33050108) 14

[2.3.3 Rencana Keperawatan](#_Toc33050109) 15

[2.3.4 Implementasi Keperawatan](#_Toc33050109) 16

[2.3.5 Evaluasi](#_Toc33050109) 17

[**2.4 Konsep *Covid 19* .....**](#_Toc33050119)**26**

[2.4.1 Definisi *Covid 19*](#_Toc33050120) 26

[2.4.2 Etiologi Covid 19](#_Toc33050121) 27

[2.4.3 Manifestasi Klinis Covid 19](#_Toc33050123) 28

[2.4.5 Tindakan Pencegahan Covid 19](#_Toc33050125) 28

[**BAB 3 TINJAUAN KASUS**](#_Toc33050126) **36**

[3.1 Pengkajian .....](#_Toc33050128)36

[3.1.1 Identitas](#_Toc33050129) 36

[3.1.2 Alasan Masuk](#_Toc33050130) 36

[3.1.3 Faktor Predisposisi](#_Toc33050131) 37

[3.1.4 Pemeriksaan Fisik](#_Toc33050132) 38

[3.1.5 Psikososial](#_Toc33050133) 39

[3.1.6 Status Mental](#_Toc33050134) 40

[3.1.7 Kebutuhan Pulang](#_Toc33050135) 40

[3.1.8 Mekanisme Koping](#_Toc33050136) 40

[3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan](#_Toc33050137) 41

[3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang](#_Toc33050138) 41

[3.1.11 Data Lain-Lain](#_Toc33050139) 41

[3.1.12 Aspek Medik](#_Toc33050141) 42

[3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan](#_Toc33050142) 43

[3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan](#_Toc33050143) 44

[3.2 Pohon Masalah…............................................................................................](#_Toc33050144)45

[3.3 Analisa Data .....](#_Toc33050145)46

[3.4 Rencana Keperawatan .....](#_Toc33050146)48

[3.5 Implementasi dan Evaluasi](#_Toc33050147) .....50

[**BAB 4 PEMBAHASAN**](#_Toc33050126) **67**

[4.1 Pengkajian](#_Toc33050107) 67

[4.2 Diagnosa Keperawatan](#_Toc33050108) 67

[4.3 Rencana keperawatan](#_Toc33050109) 68

[4.4 Implementasi keperawatan](#_Toc33050109) 70

[4.5 Evaluasi](#_Toc33050109) 72

[**BAB 5 PENUTUP**](#_Toc33050126) **74**

[5.1 Simpulan](#_Toc33050107) 74

[5.2 Saran](#_Toc33050108) 72

[**DAFTAR PUSTAKA**](#_Toc33050126) **77**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Pada Ny. A 44

Tabel 3.2 Daftar Medik Pada Ny. A 45

Tabel 3.3 Analisa Data 47

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan 48

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi 50

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang respon halusinasi pendengaran 11

Gambar 2.2 Pohon masalah halusinasi pendengaran 16

Gambar 3.1 Genogram Pada Ny. A 50

Gambar 3.2 Pohon Masalah halusinasi pendengaran Pada Ny.A 56

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan. 76

Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan. 77

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan. 78

Lampiran 4 Evaluasi Kemampuan Perawat dalam Merawat Pasien halusinasi pendengaran 82

**DAFTAR SINGKATAN**

DO : Data Objektif

DS : Data Subjektif

RS : Rumah Sakit

SP : Strategi Pelaksanaan

SPTK : Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

WHO : *World Health Organization*

COVID-19 : *Corona Virus Disease 2019*

SARS : *Severe Acute Resiratory Syndrome*

Ny : Nyoya

**BAB 1**

# PENDAHULUAN

* 1. **Latar Belakang**

Penderita gangguan jiwa kurangnya pengetahuan ODGJ terkait penyakit menular contoh Covid 19. Covid 19 yang dapat menginfeksi manusia dari gejala ringan sampai berat terutama menginfeksi dewasa atau anak usia lebih tua 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 terinfeksi di dunia diperkirakan akan semakin meningkat seiring dengan dinamisnya kehidupan masyarakat. Masalah ini merupakan masalah yang sangat serius. (Hariyono, 2020).

Gangguan jiwa timbul pada seseorang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu tingkat kematangan dan perkembangan organik, faktor hubungan keluarga, lingkungan, pertemanan, masyarakat atau kecemasan yang mengakibatka trauma, depresi, dan yang terakhir adalah faktor sosial dan budaya seperti kestabilan keluarga, pola pengasuhan anak, tingkat ekonomi dan masalah kelompok minoritas (Hartanto, 2014).

Data WHO (2017) prevalensi (angka kesakitan penderita skizofrenia sekitar 0,2-2% sedangkan insiden atau kasus baru yang muncul tiap tahun sekitar 0,01%. Di Indonesia, penderita skizofrenia ada 0,3-1% dan biasanya timbul pada

usia sekitar 18-45 tahun, Namun ada juga yang baru berusia 11-12 tahun sudah menderita skizofrenia. Data Riset Kesehatan Dasar 2013 mencatat Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 1,7 per mil. Artinya, 1-2 orang dari 1.000 penduduk di Indonesia mengalami gangguan jiwa berat. Hal ini diperburuk dengan minimnya pelayanan dan fasilitas kesehatan jiwa di berbagai daerah Indonesia sehingga banyak penderita gangguan kesehatan mental yang belum tertangani dengan baik (Ika, 2015). Penyakit kejiwaan jenis skizofrenia masih menjadi kasus yang paling sering dijumpai di beberapa rumah sakit jiwa, jumlah penderita skizofrenia di Indonesia sebanyak 0,46% dari keseluruhan jumlah penduduk di Indonesia. Skizofrenia diduga diderita enam sampai sembilan belas orang per seribu penduduk (Handayani & Nurwidawati, 2013). Data Dispenduk dan Capil Surabaya 2012 mencatat dari jumlah peduduk Kota Surabaya sebanyak 3.104.584, 2-3% atau sekitar 18.325 jiwa diantaranya menderita gangguan kejiwaan dengan 9.196 jiwa untuk pria dan 9.129 jiwa untuk wanita (Angkasawati, 2014).

Penderita Skizofrenia ini mempunyai dunia sendiri, sehingga orang lain dalam berkomunikasi merasa kesulitan untuk memahami apa yang dibicarakan. Terkadang, penderita ini dapat menghabiskan berjam-jam untuk diam sampai mereka mulai bisa menjelaskan apa yang sebenarnya mereka pikirkan. Penderita ini juga mengalami ketidakmampuan dalam produksi berbahasa atau psikolinguistik. (Handayani & Nurwidawati, 2013). menyatakan bahwa Psikologi adalah sebuah bidang ilmu yang berfokus pada jiwa, pikiran, atau emosional manusia, sedangkan Linguistik adalah bidang ilmu yang mempelajari bahasa manusia. Munculnya sebuah ketertarikan untuk melihat hubungan antara jiwa, emosional, pikiran manusia dengan mempelajari bahasa menyebabkan terbentuknya disiplin ilmu baru yang sekarang disebut Psikolinguistik. Adapun objek dari bidang ilmu ini adalah peroses mempelajari bahasa yang dapat tercermin dari gejala jiwa manusia.

Pengalaman praktek klinik keperawatan jiwa di ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya ada 6 klien dari 10 klien yang mengalami lambat bicara dan 4 klien dari 10 klien yang kurang mampu membaca.

Klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi dapat menyebabkan resiko perlaku kekerasan dan isolasi social. untuk mengatasi atau mengurangi halusinasi yang terdapat pada klien, perawat dapat mengajarkan startegi pelasanaan tindakan keperawatan kepada klien dengan klien mengenali halusinasinya, cara menghardik, bercakap – cakap dengan orang lain ataupun keluarga, merencanakan kegiatan yang disukai, memberikan Pendidikan kesehatan pengunaan obat secara teratur. serta melatih keluarga mengenal masalah yang dirasakan oleh klien, memberikan Pendidikan kesehatan tentang halusinasi, menjelaskan cara merawat pasien dengan halusinasi, membuat jadwal kegiatan dirumah dan menjelaskan follow up klien setelah pulang sesuai dengan SOP (Standart Oprasional Prosedur)

Pengobatan medis dilakukan dengan pendekatan holistik meliputi somatoterapi, psikoreligius, psikoterapi dan rehabilitasi, dan manipulasi lingkungan dan terapi psikososial yang ditujukan untuk mengurangi gejala skizofrenia dan adanya gejala psikotik (Laraia, 2017). Sedangkan tindakan keperawatan menggunakan standar praktek keperawatan klinis kesehatan jiwa yaitu asuhan keperawatan jiwa. (Stuart, 2017). Menurut (Ikatan Dokter Paru Indonesia, 2020). Tindakan pencegahan dan mitigasi merupakan kunci penerapan di pelayanan kesehatan dan masyarakat

Langkah-langkah kegiatan tersebut berupa Standar Operasional Prosedur (SOP). Tujuan umum SOP adalah untuk mengarahkan kegiatan asuhan keperawatan dalam mencapai tujuan yang lebih efisien dan efektif sehingga konsisten dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku (Depkes RI, 2018).Salah satu jenis SOP yang digunakan adalah SOP tentang Strategi Pelaksanaan (SP) tindakan keperawatan pada pasien. SP tindakan keperawatan merupakan standar model pendekatan asuhan keperawatan untuk klien dengan gangguan jiwa yang salah satunya adalah pasien yang mengalami masalah utama halusinasi (Yusuf, 2017).

Perawat jiwa dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan memerlukan suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah kegiatan yang dibakukan. Hal ini bertujuan agar penyelenggaraan pelayanan keperawatan memenuhi standar pelayanan.

* 1. **RumusanMasalah**

Bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori :Halusinasi Pendengaran di ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?

* 1. **Tujuan**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori :Halusinasi Pendengaran di ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi masalah utama dari klien dengan gangguan persepsi sensori :halusinasi pendengaran di ruang puri anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Mengidentifikasi tanda dan gejala klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran di ruang puri anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Mengidentifikasi penanganan klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran di ruang puri anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
4. Menerapkan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran di ruang puri anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
5. Mengevaluasi, mendokumentasikan sebagai tolak ukur untuk menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran di ruang puri anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
   1. **Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil studi kasus ini memberikan informasi terbaru bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien Halusinasi Pendengaran.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi acuan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien Halusinasi Pendengaran dengan baik

1. Bagi keluarga dan klien

Agar keluarga mampu melakukan pada pasien jiwa dengan msalah utama halusinasi di rumah sehingga frekuensi kekambuhan dapat berkurang

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai riset keperawatan tentang studi kasus dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien Halusinasi Pendengaran.

1. **Metode Penulisan**
2. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Teknik Pengumpulan Data
2. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan orang tua maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data diperoleh secara langsung melalui pengamatan terhadap reaksi dan sikap pasien yang diamati.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi yang dapat menunjang untuk menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1. Sumber Data
2. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung dari pasien, baik berupa observasi dan pemeriksaan fisik.

1. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari orang tua pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1. **Sistematika Penulisan**

Supaya leih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, erisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan,

Manfaat penelitian dan Sistematika Penulisan Studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis

dan asuhan keperawaatan pasien dengan Respiratory Distress

Syndromee, serta keparngka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian,

diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan

kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang Simpulan dan Saran

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

# TINJAUAN TEORI

* 1. **KONSEP DASAR HALUSINASI**
     1. **Pengertian Halusinasi**

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi serta merasakan stimulus atau sensasi palsu baik berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman yang sebetulnya tidak ada(Yusuf, 2017).

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterprestasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus/rangsangan dari luar (Stuart, 2017). Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang berbicara.

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditermukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi sering diidentikkan dengan skizofrenias. Dari seluruh klien skizofrenia 70% diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain yang sering juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan manik depresif dan delirium. Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berbeda dalam rentang respon Neurobiologi (Laraia, 2017). Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika klien yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterprestasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra, klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada.

* + 1. **Jenis-jenis Halusinasi :**

1. Pendengaran

Mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan.

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia, hewan atau mesin, barang, kejadian alamiah dan musik dalam keadaan sadar tanpa adanya rangsang apapun (Maramis, 2018). Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tesebut (Stuart, 2017).

1. Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bias yang menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

1. Penghidung

Membaui bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, dan feses umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang, atau demensia.

1. Pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin, atau feses.

1. Perabaan

Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

1. Chenesthetic

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembentukan urine.

1. Kinistetik

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

* + 1. **Rentang Respon**

Rentang Respon Neurologis menurut (Stuart dan Laraia, 2017) yaitu:

Respon Adaptif Respon Maladaptif

Persepsi Akurat Ilusi Halusinasi

Tabel 2.1 Rentang respon halusinasi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Persepsi Akurat | Ilusi | Halusinasi |
| Klien mampu mengungkapkan pendapat atau saran bisa tentang objek atau peristiwa dilakukan dalam proses komunikasi | Klien merasakan hal-hal yang terjadi pada dirinya tapi masih terkontrol dan mengkspresikan secara fisik | Klien merasa ada yang mengganggu dan mendengar bisikan-bisikan ditelingganya sehingga menyebakan tidak bisa mana dunia nyata dan palsu |

* + 1. **Etiologi**

Menurut Damaiyanti (2017) ,halusinasi dapat disebabkan oleh faktor predisposisi dan faktor presipitasi, yakni sebagai berikut:

1. Faktor predisposisi
2. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan mudah frustasi, keluarga menyebabkan klien tidak dapat mandiri sejak dini, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

1. Faktor sosiokultural

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

1. Faktor biologis

Adaya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak.

1. Faktor psikologis

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

1. Faktor genetik dan pola asuh

Anak sehat yang diasuh oleh orang tua schizophrenia cenderung mengalami schizophrenia.

1. Faktor presipitasi
2. Dimensi fisik, seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
3. Dimensi emosional, meliputi perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi.
4. Dimensi intelektual, ditunjukkan adanya penurunan fungsi ego.
5. Dimensi sosial, adanya gangguan interaksi sosial.
6. Dimensi spiritual, seperti kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sirkardiannya terganggu.
   * 1. **Klasifikasi dan Tanda Gejala Halusinasi**

**Tabel 2.1** Klasifikasi Halusinasi (Yusuf, 2017).

| **Jenis Halusinasi** | **Data Objektif** | **Data Subjektif** |
| --- | --- | --- |
| Halusinasi dengar | * Bicara atau tertawa sendiri. * Marah-marah tanpa sebab. * Mengarahkan telinga ke arah tertentu. * Menutup telinga. | * Mendengar suara-suara/ * Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. * Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. |
| Halusinasi penglihatan | * Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu. * Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. | * Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, hantu atau monster. |
| Halusinasi penciuman | * Mencium seperti sedang membauai bau-bauan tertentu. * Menutup hidung. | * Membaui bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan. |
| Halusinasi pengecapan | * Sering meludah. * Muntah. | * Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses. |
| Halusinasi perabaan | * Menggaruk-garuk permukaan kulit. | * Mengatakan ada serangga di permukaan kulit. * Merasa seperti tersengat listrik. |

* + 1. **Fase**

1. Fase 1 : *Comforting* : Ansietas Sedang : halusinasi menyenangkan.

Karakteristik : Klien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian, rasah bersalah, takut, dan mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas. Individu mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani.

1. Fase II : *Condemning* : Ansietas Berat : Halusinasi menjadi menjijikkan.

Karakteristik : Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain.

1. Fase III : *Controlling* : Ansietas berat : Pengalaman sensori menjadi berkuasa

Karakteristik : Klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik. Klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti.

1. Fase IV : *Conquering* : Panik : Umumnya menjadi melebur dalam halusinasi.

Karakteristik : pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik.

* + 1. **Patofisiologis**

Menurut (Trimelia, 2012), pohon masalah pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sebagai berikut :

Gangguan sensori persepsi halusinasi

Isolasi sosial  
harga diri rendah

Koping Induvidu Tidak Efektif

* 1. **KONSEP SKIZOFERNIA**
     1. **Pengertian Skizofernia**

Skizofrenia adalah gangguan kejiwaan kronis ketika penderita mengalami halusinasi, delusi, dan juga menunjukan perubahan sikap. Penderita skizofrenia umumnya mengalami kesulitan untuk membedakan antara kenyataan dengan pikiran yang ada pada diri penderita. Namun kombinasi genetika, lingkungan, serta struktur dan senyawa kimia pada otak yang berubah mungkin berperan atas terjadinya gangguan. (Marimis, 2018)

Skizofrenia ditandai dengan pemikiran atau pengalaman yang nampak tidak berhubungan dengan kenyataan, ucapan atau perilaku yang tidak teratur, dan penurunan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari. Kesulitan dalam berkonsentrasi dan mengingat. Penanganan biasanya seumur hidup dan sering melibatkan kombinasi obat psikoterapis, dan layanan perawatan khusus terkoordinasi (Laraia, 2017).

* + 1. **Jenis-jenis Skizofernia**

Menurut (Kraepelin dalam Nanda NIC NOC, 2015), membagi Skizofrenia dalam beberapa jenis berdasarkan gejala utama antara lain :

1. Skizofrenia Simplek

Sering timbul pertama kali pada usia pubertas, gejala utama berupa kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan gangguan proses berfikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang didapat, jenis ini timbulnya perlahan-lahan.

1. Skizofrenia Hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersenalisasi atau double personality.

1. Skizofrenia Katatonia

Timbulnya pertama kali umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

1. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok ialah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan efek emosi dan kemauan.

1. Episode Skizofrenia Akut

Gejala skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semua seakan-akan mempunyai suatu arti yang khususu baginya.

1. Skizofrenia Residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

1. Skizofrenia Skizo Afektif

Disamping gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo deprsif) atau gejala mania (psikopanik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

* + 1. **Pengobatan Skizofrenia menurut (Maramis, 2018):**

1. Farmakoterapi

Indikasi pemberian antipsikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Untuk pasien yang baru pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping. Dianjurkan menggunakan antipsikotik atipik atau antipsikotik tipikal, tetapi dengan dosis yang rendah. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Setelah 4-8 minggu, pasien masuk ke tahap stabilisasi sewaktu gejala-gejala sedikit banyak yang sudah teratasi. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit.

2. Terapi Elektro-Konvulsi

Terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita. TEK baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor. Terhadap skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang, gejala menjadi lebih berat.

3. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita dengan Skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan autisme.

* 1. **COVID 19**
     1. **DEFINISI COVID 19**

*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.

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 erat dengan pasien COVID-19 termasuk yang merawat pasien COVID-19.

* + 1. **Etiologi *COVID-19***

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 pasien COVID-19, bekerja dengan petugas kesehatan yang terinfeksi COVID-19 atau memeriksa pasien 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 pasien COVID-19.

1. Bepergian bersama pasien COVID-19 dalam segala jenis mode transportasi.
2. Anggota keluarga atau tinggal di rumah yang sama dengan pasien COVID-19 (WHO, 2020b).
   * 1. **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 pasien timbul sesak dalam satu minggu. Pada kasus berat perburukan secara cepat dan progresif, seperti ARDS, syok septik, asidosis metabolik yang sulit dikoreksi dan perdarahan atau disfungsi sistem koagulasi dalam beberapa hari. Pada beberapa pasien, gejala yang muncul ringan, bahkan tidak disertai dengan demam. Kebanyakan pasien memiliki prognosis baik, dengan sebagian kecil dalam kondisi kritis bahkan meninggal. Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi (World Health Organization, 2020).

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

Tidak berkomplikasi

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

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

Pneumonia berat

* 1. Pada pasien 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 pasien <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 6. Leukopenia (<4000 cell/mikrol) 7. Trombositopenia (<100.000/microliter) 8. Hipotermia (<360C) 9. 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 pasien 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 pasien 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 pasien tanpa ventilasi).
  2. Anak :
     + 1. Bilevel NIV atau CPAP ≥5 cmH2O melalui masker full wajah : PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg atau SpO2/FiO2 ≤264
       2. ARDS ringan (ventilasi invasif): 4 ≤ *oxygenation index* (OI) < 8 or 5 ≤ OSI < 7.5
       3. ARDS sedang (ventilasi invasif): 8 ≤ OI < 16 atau 7.5 ≤ *oxygenation index using* SpO2 (OSI) < 12.3
       4. ARDS berat (ventilasi invasif): OI ≥ 16 atau OSI ≥ 12.3

1. Sepsis

Tanda pasien 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*
  4. Takipnea
  5. Kulit mottled atau petekia atau purpura
  6. Peningkatan laktat
  7. Oliguria
  8. Hipertemia atau hipotermia
     1. **Tindakkan Pencegahan**

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

1. Cuci tangan anda dengan sabun dan air sedikitnya selama 20 detik. Gunakan hand sanitizer berbasis alkohol yang setidaknya mengandung alcohol 60 %, jika air dan sabun tidak tersedia.
2. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
3. Sebisa mungkin hidari kontak dengan orang yang sedang sakit.
4. Saat anda sakit gunakan masker medis. Tetap tinggal di rumah saat anda sakit atau segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai, jangan banyak beraktifitas di luar.
5. Tutupi mulut dan hidung anda saat batuk atau bersin dengan tissue. Buang tissue pada tempat yang telah ditentukan.
6. Bersihkan dan lakukan disinfeksi secara rutin permukaan dan benda yang sering disentuh.
7. Menggunakan masker medis adalah salah satu cara pencegahan penularan penyakit saluran napas, termasuk infeksi COVID-19. Akan tetapi penggunaan masker saja masih kurang cukup untuk melindungi seseorang dari infeksi ini, karenanya harus disertai dengan usaha pencegahan lain. Pengunaan masker harus dikombinasikan dengan hand hygiene dan usaha-usaha pencegahan lainnya.
8. 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)
   * 1. **Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Pada Induvidu**

Orang tanpa gejala mengetahui bahwa kontak dengan covid-19, sehingga ketakutan dan khawatir semakin meningkat, takut tertular covid-19 dan semua akibatnya. Tindakan pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang dilakukan pada orang sehat dapat diteruskan pada OTG dengan menambahkan kegiatan sebagai berikut :

1. Mengurangi stresor : berita tentang covid 19 akan menambah kekhawatiran, tindakan yang dilakukan dibagi menjadi 3 yaitu :
2. Mengurangi membuka media sosial terutama tentang covid 19
3. Mendapatkan informasi yang benar tentang covid 19
4. Menjahui orang yang selalu memberikan hal yang negatif tentang covid 19
5. Relaksasi fisik

Respons awal dari stres yang mengalami induvidu dari aspek fisik disebabkan oleh aktifitas dari amigdala yang menghasilkan kortisol yang menurunkan imunitas yang mengakibatkan organ tubuh terpacu sehingga mudah terjadinya infeksi sehingga meningkatkan tekanan darah, denyut jantung, frekuensi pernafasan, peningkatan metabolisme dan aliran darah ke otot, ketegangan otot, peningkatan aktivitas kelenjar keringat, serta mengurangi aktititas pencernaan (Ramdhani & putra 2008).

Bila kondisi tersebut berlanjut terus menerus akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien. Oleh karena itu sangat diperlukan upaya agar kondisi fisik tetap rileks, berikut upaya yang dapat dilakukan

1. Latihan Tarik Nafas Dalam : ambil posisi nyaman sambil duduk atau tidur, lalu tarik nafas dalam dari hidung ditahan sebentar kemudian dikeluarkan dari mulut pelan-pelan, ulangi 4 sampai 5 kali. Evaluasi manffat dan latihan secara rutin 3 sampai 4 kali perhari.
2. Relaksasi Otot Progresif (Progressive Muscle Relaxation) : relaksasi otot progresif (ROP) adalah latihan mencegah dan mengendurkan otot sambil tarik nafas dalam pada otot muka sampai kaki (mata dan dahi, pipi, mulut, tengkuk, bahu, tangan, dada, perut, punggung, bokong atau pantat, kaki dan telapak kaki (Keliat & Marlina 2018), evaluasi manfaat dan latihan secara rutin 3 sampai 4 kali per hari
3. Latihan Berfikir Positif : untuk meningkatkan endofrin sehingga imunitas meningkat, semua pengalaman yang positif tentang diri sendiri, keluarga, kelompok dan masyarakat. Selain itu dapat pula menyusun rencana dan tujuan yang positif dan objektif dalam bentuk pernyataan positif tentang diri sendiri dan diucapkan secara rutin dan dilakukan afirmasi. evaluasi manfaat dan latihan secara rutin 3 sampai 4 kali per hari
4. Latihan Menghentikan Pikiran : jika OTG mengalami pikiran yang mengganggu dan membuat susah dan sedih dan tidak dapat mengendalikannya. OTG akan dilatih mengendalikan pikirannya dengan mengatakan stop pada pikiran yang mengganggu. Kemudian bayangkan atau ingat pikirkan sampai hitungan tertentu misal 5,7 atau 10 dan pada hitungan terakhir 5,7 atau 10 katakan stop pada pikiran dan rasakan pikiran positif yang muncul ulangi 2 sampai 3 kali latih setiap hari jika ada pikiran yang mengganngu.
   1. **KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN HALUSINASI**
      1. **MASALAH KEPERAWATAN DAN DATA YANG PERLU DIKAJI**
5. **Masalah Keperawatan :** Gangguan Persepsi Sensori
6. **Data yang Perlu Dikaji**

**Table 2.4 Data Pengkajian**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jenis Halusinasi** | **Data Subjektif** | **Data Objektif** |
| Halusinasi Pendengaran | * Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. * Mendengar suara atau bunyi. * Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. * Mendengar seseorang yangsudah meninggal. * Mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau suara lain yang membahayakan. | * Mengarahkan telinga pada sumber suara. * Bicara atau tertawa sendiri. * Marah-marah tanpa sebab. * Menutup telinga. * Mulut komat-kamit. * Ada gerakan tangan. |
| Halusinasi Penglihatan | - Melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan, hantu atau sesuatu yang menakutkan, cahaya. Monster yang memasuki perawat. | * Tatapan mata pada tempat tertentu. * Menunjuk ke arah tertentu. * Ketakutan pada objek yang dilihat. |
| Halusinasi Penghidung | * Mencium sesuatu seperti bau mayat, darah, bayi, feses, atau bau busuk masakan, parfum yang menyenangkan. * Klien sering mengatakan mencium bau sesuatu. * Tipe halusinasi ini sering menyertai klien demensia, kejang atau penyakit serebrovaskular. | - Ekspresi wajah seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu. |
| Halusinasi Perabaan | * Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus. * Merasakan sesuatu di permukaan kulit, merasakan sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik. | - Mengusap, menggaruk-garuk dan meraba-raba permukaan kulit. Terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan. |
| Halusinasi Pengecapan | - Klien seperti sedang merasakan makanan tertentu, rasa tertentu atau mengunyah sesuatu. | - Seperti mengecap sesuatu. Gerakan mengunyah, meludah, atau muntah. |
| Halusinasi *Cenesthetic* dan *Kinestetic* | * Klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi, misalnya : tidak adanya denyutan di otak, atau sensasi pembentukan urine dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang di atas bumi. | * Klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya. |

* + 1. **DIAGNOSA KEPERAWATAN**
       1. Perubahan persepsi sensori; halusinasi
       2. Isolasi social
       3. Resiko tinggi perilaku kekerasan
    2. **RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **SP Pasien** | **SP Keluarga** |
| **SP 1 :**   * + - 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi.       2. Mengidentifikasi isi halusinasi.       3. Mengidentifikasi waktu halusinasi.       4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi.       5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi.       6. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi.       7. Mengajarkan dan melatih klien untuk mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik halusinasi.       8. Menganjurkan klien memasukkan latihan menghardik halusinasi dalam kegiatan sehari-hari.   **SP 2 :**  Mengevaluasi jadwal kegiatan sehari-hari klien.  Mengajarkan dan melatih klien untuk mengendalikan halusinasi dengan cara berbincang dengan orang lain.  Menganjurkan klien memasukkan latihan berbincang dengan orang lain dalam kegiatan sehari-hari.  **SP 3 :**  Mengevaluasi jadwal kegiatan sehari-hari klien.  Mengajarkan dan melatih klien untuk mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan/aktivitas yang biasa dilakukan.  Menganjurkan klien memasukkan latihan melakukan kegiatan/aktivitas yang biasa dilakukan dalam kegiatan sehari-hari.  **SP 4**   * + - 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan sehari-hari klien.       2. Mengajarkan dan melatih klien untuk mengendalikan halusinasi dengan cara minum obat secara teratur.       3. Menganjurkan klien memasukkan minum obat secara teratur dalam kegiatan sehari-hari | **SP 1 :**   1. Mendiskusikan pada keluarga masalah yang dihadapi dalam merawat klien dengan halusinasi. 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi. 3. Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi.   **SP 2 :**   1. Melatih keluarga cara merawat klien dengan halusinasi. 2. Melatih keluarga cara merawat langsung klien halusinasi.   **SP 3 :**  Membantu keluarga untuk membuat jadwal aktivitas dirumah dan jadwal minum obat klien.  Menjelaskan perkembangan (*follow up*) klien setelah pulang. |

* + 1. **Implementasi**

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien 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 pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien 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 pasien halusinasi sebagai berikut :

1. Tujuan keperawatan
2. pasien dapat mengenali halusinasinya yang dialaminya
3. pasien dapat mengontrol halusinasinya
4. pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.
5. Tindakan keperawatan
6. bantu pasien mengenali halusinasi

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

1. melatih pasien mengontrol halusinasinya

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

1. menghardik halusinasi

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

1. menjelaskan cara menghardik halusinasi
2. memperagakan cara menghardik
3. meminta pasien memperagakan ulang
4. memantau penerapan cara, menguatkan perilaku pasien
5. bercakap – cakap dengan orang lain

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

1. melakukan aktivitas terjadwal

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

1. menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
2. mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien.
3. menyusun jadwal aktivitas sehari – hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. upayakan pasien mempunyai aktivitas yang telah dilatih. upayakan pasien mempunyai aktivitas mulai dari bangun pagi sampai tidur malam.
4. memantau pelaksanaan jadwal kegiatan memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.
5. minum obat secara teratur

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

1. jelaskan kegunaan obat
2. jelaskan akibat putus oat
3. jelaskan cara mendapat obat / berobat
4. jelaskan cara minum obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar cara, benar waktu dan benar dosis).
   * 1. **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.

# 

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

**FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

**RS. JIWA DAERAH MENUR SURABAYA**

**RUANG RAWAT :** Puri Anggrek **TANGGAL RAWAT:** 14 Juli 2020

# 3.1 Pengkajian

1. **IDENTITAS KLIEN**

Inisial : Ny. A L/ Tanggal Pengkajian : 14 Juli 2020

Umur : 51 tahun RM No. : 03-xx-xx

Informan : Klien, Petugas Kesehatan dan Rekam medik

1. **ALASAN MASUK**

Dirumah pasien tidak mau makan 3 hari dan mengatakan mendengar suara-suara seperti orang yang meludah.

Saat pengkajian : pasien mengatakan mendengar suara bisikan seperti orang yang meludah.

1. **FAKTOR PREDISPOSISI**
2. **Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?**

Pasien sudah pernah dirawat di RSJ Menur sebanyak 11 kali. Pada saat masuk di IGD pertama kali dari Tahun 2015 kemudian hal yang didengar Ny. A ada orang yang meludai makanannya

1. **Pengobatan sebelumnya**

Pengobatan kurang berhasil karena pasien dinyatakan sembuh oleh dokter, karena saat di rumah pasien hanya mau minum 1 jenis obat saja sehingga Ny. A penyakitnya kambuh kembali sebab pasien jarang minum obat dan kontrol

1. **Pengalaman**

Pasien tidak pernah mengalami aniaya fisik, seksual, kekerasan dalam keluarga, maupun tindakan kriminal sebagai pelaku atau korban.

**Masalah Keperawatan :** Regimen terapi tidak efektif.

1. **Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?**

Tidak terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan.

1. **Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan**

Pasien mengatakan tidak ada pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

1. **FISIK**
2. Tanda Vital : TD : 91/63 mmHg N : 103 x/menit S : 36,3oC

P :20 x/menit

1. Ukur : TB : 158 cm BB : 57 kg
2. Keluhan Fisik :

Pasien mengatakan pusing dibagian kepala, Pengkajian nyeri : P: Nyeri, Q: Cekot – Cekot, R: Kepala, S: 2 (0-10), T: Hilang Timbul.

**Masalah Keperawatan** : Nyeri

1. **PSIKOSOSIAL**
2. **Genogram**

Pasien mengatakan bahwa dia adalah anak ke 3 dari 6 bersaudara, pasien mengatakan bahwa dia tinggal bersama ibunya. Didalam keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalahkeperawatan.

1. **Konsep diri :**
2. Gambaran diri :

Pasien mengatakan menyukai penampilan yang rapih dan bersih. Pasien menyukai semua bagian tubuhnya.

1. Identitas diri :

Pasien mengatakan berumur 51 tahun, bahwa dirinya seorang perempuan dan belum menikah.

1. Peran diri :

Pasien mengatakan dirinya sebagai seorang anak ke 3 dari 6 bersaudara, dan pasien sempat bekerja sebagai*freelance.*

1. Ideal diri :

Pasien mengatakan ingin cepat pulang karena ingin segera bertemu dengan keluarganya dan jalan-jalan bersama keluarga.

1. Harga diri :

Pasien mengatakan seandainya tidak mengalami gangguan pasien dapat melakukan aktivitas kemanapun dengan semestinya dan pasien malu dengan kondisi saat ini yang sudah tidak bisa membantu ibunya dalam bekerja mencari nafkha

**Masalah Keperawatan :** Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

1. **Hubungan Sosial :**
2. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan dekat dengan ibunya

1. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien hanya ingin berinteraksi dengan teman yang rapi, tidak mau melakukan interaksi dengan seorang laki-laki dan orang baru yang dianggapnya kotor.

1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Dirumah pasien tidak mengikuti kegiatan kelompok dan saat di rumah sakit pasien jarang berinteraksi dengan pasien lainnya.

**Masalah Keperawatan :** Gangguan Interaksi Sosial

1. **Spiritual :**
2. Nilai dari keyakinan : Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama kristen
3. Kegiatan Ibadah : Pasien mengatakan ingin beribadah namun pasien tidak melakukannya karena Ny. A tidak yakin bahwa Tuhan menyembuhkan penyakitnya dan dan Ny. A mengatakan Tuhan dan Ibunya sudah tidak sayang dan menolong dalam kehidupannya

**Masalah Keperawatan :** Distress spiritual

**GENOGRAM :**

Keterangan :

= Perempuan

= Laki-laki

= Meninggal

= Tinggal serumah

= Pasien

1. **STATUS MENTAL**
2. **Penampilan**

Pasien berpenampilan rapi, rambut rapi, baju rapi & bersih.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalahkeperawatan.

1. **Pembicaraan**

Pasien berbicara bila ditanya dan kadang-kadang tidak menjawab saat diajak bicara.

**Masalah Keperawatan :** Gangguan komunikasi verbal

1. **Aktivitas Motorik**

Aktivitas motorik pasien kompulsif, pasien sering mondar-mandir di kamar mandi untuk meludah dan berkumur.

**Masklah Keperawatan :**  Gangguan aktivitas motoric

1. **Alam Perasaan**

Pasien mengatakan ketakutan ketika gangguan suara-suara muncul

**Masalah Keperawatan :**Gangguan alam perasaan

1. **Afek**

Ekspresi wajah pasien sesuai dengan stimulus yang diberikan

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

1. **Interaksi selama wawancara**

Saat berinteraksi pasien sering tidak menjawab pertanyaan yang diberikan dan terdapat kontak mata saat diajak bicara

**Masalah Keperawatan :** Hambatan interaksi sosial

1. **Persepsi Halusinasi**

Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang meludah,suara muncul pada saat pasien diam dan akan makan. Sehari suara itu muncul 5 kali, setelah mendengar bisikan pasien pergi kekamar mandi untuk berkumur dan mencuci tangan.

**Masalah Keperawatan :** Gangguan persepsi sensori: Halusinasi   
 Pendengaran

1. **Proses Pikir**

Pembicaraan pasien lancar dan pasien sering tidak menjawab pertanyaan yang diberikan.

**Masalah Keperawatan :** Gangguan proses pikir

1. **Isi Pikir**

**Waham**

Pasien merasa curiga ada yang meludahi makanannya.

**Masalah Keperawatan :** Waham curiga

1. **Tingkat kesadaran**

Pasien tenang dapat mengetahui waktu, tempat dan orang.

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan

1. **Memori**

Pasien mampu menjelaskan kejadian awal masuk RSJ Menur

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan

1. **Tingkat konsentrasi dan berhitung**

Pasien mampu berkonsentrasi dan berhitung menyebutkan beberapa benda (meja, kursi, baju) , menghitung mundur sederhana (10- 1) dan saat ditanya dimana rumahnya pasien mengatakan “Rumah saya di di rungkut industri dekat dengan perumahan pondok candra sana mbak”

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan

1. **Kemampuan penilaian**

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

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan

1. **Daya tilik diri**

Pasien mengatakan mengetahui mengerti penyakitnya yang diderita. Saat ditanya apakah ibu saat dirumah rutin meinum obat? Pasien menjawab “ Saya bosan mbak minum obat terus maka dari itu saya berhenti minum obat padahal saya sudah tidak gila dan saya masih bisa berfikir tapi tetap saja disuruh minum obat”.

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan

1. **KEBUTUHAN PULANG**
2. Kemampuan klien memenuhi/ menyediakan kebutuhan :

Pasien tidak mampu menyediakan kebutuhan pulang seperti makanan, keamanan, perawatan kesehatan, pakaian, transportasi, pasien tinggal dengan ibunya, pasien bekerja sehingga dapat menyediakan uang sendiri.

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan

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

Pasien mampu mandiri dalam melakukan kegiatan perawatan diri seperti mandi, makan, kersihan, BAB, BAK, dan ganti pakaian.

Pasien mandi 3x dalam melakukan kegiatan perawatan diri, pasien melakukan kebersihan diri seperti menyisiri rambut, mencuci muka, mengosok gigi dan pasien menganti baju 3x sehari

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan

1. **Nutrisi**

Pasien makan 3x sehari dan udapan 1x sehari. Pasien mengatakan tidak puas saat makan dan nafsu makan pasien menurun karena merasa makanannya ada yang meludahi.

BB tertinggi : 57 BB terendah : 53

Pasien minum 3x sehari dan udapan 2x sehari. Pasien mengatakan hanya berkumur saat minum dan pasien tidak haus 1 botol aqua 1 liter habis dalam 3 hari

**Masalah Keperawatan :**Resiko Defisit Nutrisi

1. **Tidur**

Pasien mengatakan tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur dan memiliki kebiasaan tidur siang, saat tidur malam pasien mengatakan tidur pukul 20.00 WIB sampai pukul 05.00 WIB pagi. Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur maupun bangun tidur.

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan

1. **Kemampuan Klien**

Pasien mampu memenuhi kebutuhan sendiri , membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri, pasien tidak mampu mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatan, pasien patuh bila disuruh minum obat, pasien minum obat sendiri tetapi untuk pengaturan jadwal masih dilakukan oleh perawat.

**Masalah Keperawatan :**Ketidakpatuhan penatalaksanaan regimen terapeutik

1. **Klien memiliki sistem pendukung**

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mendukungnya agar cepat pulang, pasien juga mengatakan bahwa yang mendukung adalah dokter, perawat dan teman pasien selama di RSJ menur yaitu Ny S

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan

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

Iya, pasien mengatakan pernah bekerja sebagai *freelance*

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah Keperawatan

1. **Apakah klien menikmati dalam masa hidup yang dijalani saat ini dan merasa bahagia?**

Sebelum Masuk RSJ Menur : Iya, pasien mengatakan bahagia menjalani hidupnya dan merasa bahagia saat pasien bersama dengan ibunya pergi untuk beribadah bersama.

Sesudah Masuk RSJ Menur : Iya pasien mengatakan jika dirinya sendiri pasien biasanya membaca alkitab dan menyanyi lagu pujian rohani.

1. **Apakah klien mempunyai kenangan masa lalu yang tidak menyenangkan didalam hati?**

Iya, pasien mengatakan mempunyai masa lalu yang baginya sakit saat ayahnya pergi meninggalkan ibu dan pasien, pasien merasa sedih jika mengingat masa lalu yang dirasakannya

1. **MEKANISME KOPING**

**Adaptif :** Teknik relaksasi, pasien mengatakan suka jalan-jalan jika merasa mempunyai masalah.

**Maladaptif :** Pasienakan menghindari orang baru yang tidak inginkannya untuk berbicara.

**Masalah Keperawatan :**Koping tidak efektif

1. **MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**
2. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan kelompok
3. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : pasien mengatakan tidak mudah berinteraksi dengan temannya selama di RSJ Menur dan lingkungannya.
4. Masalah dengan Pendidikan, spesifik : pasien mempunyai pendidikan terakhir sarjana.
5. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : pasien mengatakan pernah bekerja freelance
6. Masalah dengan perumahan, spesifik: pasien mengatakan tinggal dengan ibunya
7. Masalah ekonomi, spesifik : dalam memenuhi kebutuhan pasien masih di tanggung oleh ibunya.
8. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : pasien sudah pernah dirawat di RSJ Menur sebanyak 11 kali.
9. Masalah lainnya, spesifik : masalah dengan keluarga :pasien mengatakan dirinya selalu bersama ibunya.

**Masalah Keperawatan :**Hambatan interaksi social

1. **PENGETAHUAN KURANG TENTANG**

Pasien belum paham mengenai penyakit jiwa, faktor yang mempengaruhigangguan jiwa, obat-obatan, dan cara untuk mengahadapi stressor yang dialami. **Masalah Keperawatan :**Defisit pengetahuan

1. **DATA LAIN LAIN :**

Dari hasil pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 10/12/2019 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| JENIS PEMERIKSAAN | HASIL | NILAI NORMAL |
| WBC | 7,2 | 4,8-10,8 |
| RBC | 4,84 | 4,2-6,1 |
| HGB | 13,5 | 12-18 |
| HCT | 41,7 | 37-52 |
| PLT | 375 | 150-450 |
| LED | 42,62 mm/jam |  |
| CREAT | 0,9 | 0,6-1,2 |
| BUN | 10,3 | 4,5-23 |

1. **ASPEK MEDIK**

* Diagnosa Medik F.20 ( Skizofrenia Paranoid)
* Terapi Medik :

|  |  |
| --- | --- |
| JENIS OBAT | DOSIS |
| Seroquel 300 mg  Clozapine 100 mg  Vitamin B Complex | 0-1-0  0-0-1/2 (50 mg)  1-1-0 |

1. **DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN**
2. Regimen terapi tidak efektif
3. Nyeri
4. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
5. Gangguan interaksi sosial
6. Distress spiritual
7. Gangguan komunikasi verbal
8. Gangguan aktivitas motorik
9. Gangguan alam perasaan
10. Gangguan proses pikir
11. Gangguan persepsi sensori : halusinasi
12. Waham curiga
13. Ketidakpatuhan penatalaksanaan regimen terapuetik
14. Resiko deficit nutrisi
15. Koping tidak efektif
16. Defisit pengetahuan
17. **DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

POHON MASALAH

(*Efect*)

Risiko Perilaku Kekerasan

(*Core problem*)

Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran

(*Causa*)

Isolasi sosial : menarik diri

Koping Tidak Efektif

# 3.2 Diagnosa Keperawatan

## **ANALISA DATA**

**NAMA:**Ny. A **NIRM:** 0606xx **RUANGAN:** Puri Anggrek

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TGL** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** | **T.T** |
| 14/07/20  09.00 | DS:   * Pasien mengatakan ada suara bisikan seperti orang yang meludah. * Pasien mengatakan suara bisikan muncul ketika saat akan makan dan sedang sendiri * Pasien mengatakan nafsu makan menurun karena merasa ada yang meludahi makanannya   DO:   * Pasien tampak mondar-mandir ke kamar mandi untuk berkumur dan meludah. * Porsi makan pasien hanya 2 sendok * Pasien tampak ketakutan jika suara bisikan itu muncul * Saat di rumah sakit pasien jarang mengikuti TAK | (*Efect*)  Risiko mencederai diri sendiri  (*Core problem*)  Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran  (Causa)  Isolasi sosial : menarik diri  Koping tidak efektif | Perubahan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran | RARA |

# 

# RENCANA KEPERAWATAN JIWA

Nama Klien : Ny. A Nama Mahasiswa : RARA

NIRM : 03-xx-xx Institusi : STIKES HangTuah

Bangsal / Tempat : Puri Anggrek

| **NO.** | **TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** | | | **RASIONAL** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TUJUAN** | **KRITERIA EVAUASI** | **TINDAKAN KEPERAWATAN** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | 14/07/2019 | Gangguan sensori presepsi: Halusinasi | SP 1  Klien mampu mengenal & mengontrol halusinasinya  SP 1   1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Membantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi, respon). 3. Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. | a. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.   1. Klien mampu mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi, respon halusinasi)    1. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. | 1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :   1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien 4. Jelaskan tujuan pertemuan 5. Tunjukan sikap empati dan menerima klien apa adanya 6. Berikan perhatian pada klien dan perhatiakan kebutuhan dasar klien. 7. Observasi tingkah laku klien yang terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawata tanpa stimulus dan memandang ke kiri/ ke kanan/ ke depan seolah-olah ada teman bicara. 8. Bantu klien mengenal halusinasinya 9. Jika menemukan klien sedang berhalusinasi: tanyakan apakah ada suara yang didengarnya 10. Jika klien menjawab ada, lanjutkan: apa yang dikatakan suara itu 11. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/ menghakimi). 12. Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien 13. Katakan bahwa perawat akan membantu klien 14. Diskusikan dengan klien : 15. Situasi yang menimbulkan/ tidak menimbulkan halusinasi (jika sendiri, jengkel, atau sedih) 16. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, dan malam; terus-menerus atau sewaktu-waktu). 17. Diskusikan dengan klien tentang apa yang dirasakannya jika terjadi halusinasi (marah/ takut, sedih, dan senang), beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya. 18. Latih pasien cara untuk mengontrol halusinasi dengan menghardik : 19. Jelaskan cara menghardik halusinasi 20. Peragakan cara menghardik 21. Minta pasien memperagakan ulang 22. Pantau penerapan cara, menguatkan perilaku pasien. | 1. Bina hubungan saling percaya adalah dasar dalam melakukan tindakan keperawatan selanjutnya.  2.Observasi tingkah laku dapat digunakan untuk mengidentifikasi apa halusinasi yang dilami klien dan mebantu klien supaya mengenal halusinasinya  3. Dengan mengenal halusinasi agar klien mengetahui penyebab dari halusinasinya  4.Memotivasi klien untuk mengontrol halusinasinya |

**RENCANA KEPERAWATAN JIWA**

Nama Klien : Ny. A Nama Mahasiswa : RARA

NIRM : 03-xx-xx Institusi : STIKES HangTuah

Bangsal / Tempat : Puri Anggrek

| **NO.** | **TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **PERENCANAAN** | | | **RASIONAL** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TUJUAN** | **KRITERIA EVAUASI** | **TINDAKAN KEPERAWATAN** |
| 1. | 14/07/2019 | Gangguan sensori presepsi: Halusinasi | SP 1  Klien mampu mengenal & mengontrol halusinasinya  SP 1   1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Membantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi, respon). 3. Mengajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. | * 1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.   2. Klien mampu mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi, respon halusinasi)   3. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. | 1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik : 2. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal 3. Perkenalkan diri dengan sopan 4. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien 5. Jelaskan tujuan pertemuan 6. Tunjukan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7. Berikan perhatian pada klien dan perhatiakan kebutuhan dasar klien. 8. Observasi tingkah laku klien yang terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawata tanpa stimulus dan memandang ke kiri/ ke kanan/ ke depan seolah-olah ada teman bicara. 9. Bantu klien mengenal halusinasinya 10. Jika menemukan klien sedang berhalusinasi: tanyakan apakah ada suara yang didengarnya 11. Jika klien menjawab ada, lanjutkan: apa yang dikatakan suara itu 12. Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh/ menghakimi). 13. Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien 14. Katakan bahwa perawat akan membantu klien 15. Diskusikan dengan klien : 16. Situasi yang menimbulkan/ tidak menimbulkan halusinasi (jika sendiri, jengkel, atau sedih) 17. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, dan malam; terus-menerus atau sewaktu-waktu). 18. Diskusikan dengan klien tentang apa yang dirasakannya jika terjadi halusinasi (marah/ takut, sedih, dan senang), beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya. 19. Latih pasien cara untuk mengontrol halusinasi dengan menghardik : 20. Jelaskan cara menghardik halusinasi 21. Peragakan cara menghardik 22. Minta pasien memperagakan ulang 23. Pantau penerapan cara, menguatkan perilaku pasien. | 1.Bina hubungan saling percaya adalah dasar dalam melakukan tindakan keperawatan selanjutnya.  2.Observasi tingkah laku dapat digunakan untuk mengidentifikasi apa halusinasi yang dilami klien dan mebantu klien supaya mengenal halusinasinya  3 Dengan mengenal halusinasi agar klien mengetahui penyebab dari halusinasinya  4.Memotivasi klien untuk mengontrol halusinasinya |
|  |  |  | SP 2  Melatih klien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain. | Klien dapat mendemonstrasikan bercakap-cakap dengan orang lain. | 1. Beri contoh percakapan dengan orang lain: “suster, saya dengar suara-suara, temani saya bercakap-cakap” 2. Minta klien mengikuti contoh percakapan dan mengulanginya 3. Beri pujian atas keberhasilan klien 4. Susun jadwal klien untuk melatih diri, mengisi kegiatan dengan bercakap-cakap, dan mengisi jadwal kegiatan (*selfevaluatin*) 5. Tanyakan kepada klien: “Bagamana perasaan klien setelah latihan bercakap-cakap? Apakah halusinasinya berkurang?” Berikan pujian | Identifikasi koping klien dapat mengetahui apakah selama ini koping yang digunakan efektif dan tepat atau tidak |
|  |  |  | SP 3  Melatih klien mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal. | 1. Klien dapat mendemonstrasikan kegiatan sehari-hari. 2. Klien dapat mengikuti terapi aktivitas yang terjadwal. | 1. Diskusikan dengan klien tentang kegiatan harian yang dpat dilakukan dirumah dan dirumah sakit (untuk klien halusinasi dengan perilaku kekerasan, sesuaikan dengan kontrol perilaku) 2. Latih klien untuk melakukan kegiatan yang disepakati dan masukkan kedalam jadwal kegiatan (*self-evaluation*) 3. Tanyakan kepada klien: “Bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan harian? Apakah halusinasinya berkuang?” Berikan pujian. 4. Anjurkan klien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi reaita, stimulasi persepsi (pedoman tersendiri) | Dengan adanya aktivitas dapat mengontrol halusinasi yang dirasakan oleh klien. |
|  |  |  | SP 4  Melatih klien minum obat secara teratur. | Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi. | 1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat serta manfaat obat tersebut (prinsip 5 benar: benar orang, obat, dosis, waktu, dan cara) 2. Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminum (nama, warna, dan besarnya); waktu minum obat (jika 3 kali: pkl. 07.00, 13.00, dan 19.00); 3. Diskusikan dengan klien tentang manfaat minum obat secara teratur 4. Beda perasaan sebelum dan sesudah minum obat 5. Jelaskan bahwa dosis hanya boleh diubah oleh dokter 6. Jelaskan tentang akibat minum obat tidak teratur, misalnya: penyakit kambuh 7. Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat 8. Diskusi proses minum obat: 9. Klien meminta obat kepada perawat 10. Klien memeriksa obat sesuai dosisnya 11. Klien meminum obat pada waktu yang tepat 12. Susun jadwal obat bersama klien 13. Klien mengevaluasi kemampuannya dalam mematuhi minum obat 14. Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat dengan mengisi jadwal kegiatan harian (*self-evaluation*) 15. Validasi pelaksanaan minum obat klien 16. Beri pujian atas keberhasilan klien 17. Tanyakan kepada klien: “Bagaimana perasaan klien dengan minum obat secara teratur? Apakah keinginan marahnya berkurang?” | Dengan minum obat secara teratur untuk mengontrol halusinasinya. |

# 

# IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

**NAMA:**Ny. A **NIRM:**03-xx-xx **RUANGAN:** Puri Anggrek

| **TGL** | **DX Kep** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **T.T** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 14/07/20 | Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran | Selasa, 14 Juli 2020 (09.00)  DS : Pasien mengatakan ada suara bisikan yang meludahi makanannya  DO : Pasien tampak mondar-mandir ke kamar mandi untuk berkumur dan meludah.  SP 1 (Pertemuan 1)   1. Membina hubungan saling percaya   (R: klien mengatakan namanya A, pasien mengatakan sudah lama disini)   1. Melakukan perkenalan dengan pasien 2. Melakukan kontrak yang akan dibuat 3. Menjelaskan maksud dan tujuan interaksi 4. Mengobservasi tingkah laku pasien 5. Mengobservasi/mengidentifikasi halusinasi pasien (isi, waktu, situasi frekuensi dan respon) 6. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 7. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya | S: “Nama saya A, saya suka dipanggil A”  “Saya kalau lagi mau makan mendengar suara bisikan yang meludai makan saya ‘nduwicy’  “saya senang jika berkenalan dan berbicara sama mbak perawat”  O:   * Pasien tampak ketakutan jika suara bisikan itu datang dan tidak mau berkomunikasi dengan orang baru dan seorang laki-laki. * Porsi makan pasien hanya 2 sendok * Pasien tampak mondar-mandir ke kamar mandi untuk meludah dan berkumur. * Pasien tidak mampu menyebutkan perasaan atau respon saat mengalami halusinasi. * TTV :   TD : 91/63 mmHg S : 36,3 oC  N : 103 x/menit RR : 20 x/menit  A: Sp 1 teratasi sebagian  (nomor 1, 2, 3, 4, 5)  P: Evaluasi Sp 1 dan Ulangi Sp 1 pasien (no. 6,7,8) | RARA |
| 15/07/2020 | Gangguan persepsi sensori: hausinasi pendengaran | Rabu, 15/07/2020 (10.00)  DS : Pasien mengatakan suara bisikan muncul ketika saat akan makan dan sedang sendiri  DO : Porsi makan pasien hanya 2 sendok  SP 1   1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengobservasi/mengidentifikasi halusinasi pasien. 3. Mendiskusikan kembali tentang respon pasien saat mengalami halusinasi. 4. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 5. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya (cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik) : 6. Menjelaskan cara menghardik 7. Memperagakan cara menghardik 8. Meminta pasien memperagakan ulang cara menghardik 9. Mengevaluasi perasaan pasien setelah dilakukan latihan menghardik 10. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya | S: “pasien masih merasa terganggu dengan suara bunyi yang meludai makannya”  “Perasaan saya senang mbak sudah bisa mengontrol orang yang meludai saya karena itu palsu”  “saya sudah bisa melakukan saat halusinasi muncul dengan menutup telinga dan mengatakan dalam hati jangan ganggu saya kamu tidak nyata”  “Pasien belum melakukan secara mandiri saya bisa melakukan saat dibantu perawat”  O:   * Pasien tampak mondar-mandir ke kamar mandi untuk meludah dan berkumur * Porsi makan pasien hanya habis 2 sendok * Pasien mampu mengenal isi, waktu, situasi dan respon saat halusinasi muncul * TTV :   TD : 98/79 mmhg  N : 87 x/menit  RR : 20x/menit  S : 36,4 oC  A: Sp 1 teratasi sebagaian (nomor 1, 2)  P: Evaluasi Sp 1 pasien dan ulangi Sp 1 pasien (nomor 3, 4, 5, 6) | RARA |
| 16/07/2020 | Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran | Kamis, 16 Juli 2020 (08.00)  DS : Pasien mengatakan nafsu makan menurun karena merasa ada yang meludahi makanannya  DO : Pasien tampak ketakutan jika suara bisikan itu muncul  SP 1   1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengevaluasi tentang respon pasien saat mengalami halusinasi. 3. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik: 4. Menjelaskan cara menghardik 5. Memperagakan cara menghardik 6. Meminta pasien memperagakan ulang cara menghardik 7. Mengevaluasi perasaan pasien setelah dilakukan latihan menghardik 8. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya | S :“Perasaan saya senang mbak sudah bisa mengontrol orang yang meludai saya karena itu palsu”  “saya sudah bisa melakukan saat halusinasi muncul dengan menutup telinga dan mengatakan dalam hati jangan ganggu saya kamu tidak nyata”  “Saya merasa senang sudah mengetahui minum obat dengan benar yaitu benar nama saya, benar itu obat saya dan mengingat waktu minum obat jam (8 pagi, jam 3 siang dan jam 7 malam)”  O :   * Pasien tampak makan sendiri didalam kamar * Porsi makan hanya putih telur dan susu * Pasien tampak mondar-mandir ke kamar mandi untuk meludah dan berkumur. * Pasien belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. * Pasien belum mampu memperagakan ulang cara menghardik * TTV :   TD : 98/77 mmHg  N : 75 x/menit  S : 36,3 oC  RR : 20x/menit  A : Sp 1 teratasi sebagian (nomor 1)  P : Evaluasi Sp 1 pasien dan ulangi Sp 1 (nomor 2,3,4) | RARA |
| 17/07/2020 | Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran | Jumat, 17 Juli 2020 (13.00)  SP 1   1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengevaluasi kabar dan perasaan pasien 3. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4. Menjelaskan cara menghardik 5. Memperagakan cara menghardik 6. Meminta pasien memperagakan ulang cara menghardik 7. Mengevaluasi perasaan pasien setelah dilakukan latihan menghardik 8. Membuat kontrak pertemuan selanjutnya | S : “Pasien mengatakan hanya makan sedikit karena makanannya masih ada yang meludahi”  “Perasaan saya senang mbak sudah bisa mengontrol orang yang meludai saya karena itu palsu”  “saya sudah bisa melakukan saat halusinasi muncul dengan menutup telinga dan mengatakan dalam hati jangan ganggu saya kamu tidak nyata”  “Saya merasa senang sudah mengetahui minum obat dengan benar yaitu benar nama saya, benar itu obat saya dan mengingat waktu minum obat jam (8 pagi, jam 3 siang dan jam 7 malam)”  O :   * Pasien tampak sering dikamar dan tidur * Porsi makan hanya 2 sendok dan buah * Pasien tampak mondar-mandir ke kamar mandi untuk meludah dan berkumur. * Pasien belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. * Pasien belum mampu memperagakan ulang cara menghardik. * TTV :   TD : 95/80 mmHg  N : 80 x/menit  S : 36,2 oC  RR : 20x/menit  A : Sp 1 teratasi sebagian (nomor 1)  P : Evaluasi Sp 1 pasien dan ulangi Sp 1 (nomor 2,3,4) | RARA |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang dilaksanakan di ruang Puri Anggrek Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur selama 4 hari pada tanggal 14 Juli 2020 – 22 Juli 2020. Pada bab ini membahas mengenai beberapa kesenjangan dan persamaan antara teori yang ada tentang halusinasi dengan kasus atau fakta yang didapatkan selama pengkajian pada Ny. A dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

1. **Pengkajian**

Pada tahap pengkajian didapatkan data pasien mengatakan ada suara bisikan yang meludahi makanannya, suara bisikan muncul ketika saat mau makan maupun sedang sendirian dan pasien mengatakan suara tersebut tidak nyata. Pasien tampak ketakutan jika suara bisikan itu datang dan tidak mau berkomunikasi dengan orang baru dan seorang laki-laki. Hal ini sesuai dengan definisi dari halusinasi yaitu salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi serta merasakan stimulus atau sensasi palsu baik berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2017). Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tesebut (Stuart & Laraia, 2017).

Beberapa tanda dan gejala perilaku halusinasi menurut Yusuf, Fitriyasari & Nihayati (2017) yaitu mendengar suara-suara/mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. Menurut Pendapat Saya Dari hasil observasi gejala tersebut tidak ada pada pasien yang dialami oleh Ny. A seperti pasien sering pergi ke kamar mandi untuk berkumur berkali – kali dan meludah serta tidak nafsu makan karena merasa mendengar ada suara yang meludahi makanannya, hal tersebut sesuai dengan teori yang ada.

Adapun faktor yang mempengaruhi terjadinya halusinasi menurut Damaiyanti & Iskandar (2017) faktor genetik dan pola asuh. Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Penulis berasumsi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini. Namun hal ini tidak terjadi pada masalah Ny. A ,karena dari keluarga Ny. A tidak ada yang mengalami gangguan kejiwaan seperti dirinya sekarang.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut NANDA (2018-2020) pada diagnosa gangguan persepsi halusinasi memiliki batasan karakteristik: perubahan dalam perilaku, perubahan dalam manajemen koping, disorientasi, konsentrasi buruk, gelisah, dan distorsi sensori seperti bicara sendiri, tertawa sendiri mendengar suara yang tidak nyata, dan mondar-mandir. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yaitu data subyektif yang diperoleh dari Ny.A mengatakan sering mendengar suara-suara ada orang yang meludahi makanannya sedangkan data obyektif yang didapatkan klien sering mondar- mandir ke kamar mandi maupun di ruangan. Kesimpulannya dari hasil pengkajian didapatkan 15 masalah keperawatan yaitu regimen terapi tidak efektif, nyeri, penampilan peran tidak efektif, hambatan interaksi sosial, distress spiritual, gangguan komunikasi verbal, gangguan aktivitas motorik, gangguan alam perasaan, gangguan proses piker, gangguan persepsi sensori : halusinasi, waham curiga, ketidakpatuhan penatalaksanaan regimen terapuetik, resiko nutrisi kurang dari kebutuhan, koping tidak efektif, defisit pengetahuan. Sedangkan dari pohon masalah diagnose keperawatan ditemukan adanya koping individu pasien tidak efektif yang disebabkan karena isolasi social, sehingga masalah utama pada pasien menyebabkan halusinasi pendengaran: perubahan persepsi sensori, dan bisa mengakibatkan resiko perilaku kekerasan.

Menurut Damaiyanti & Iskandar, (2017) tujuan khusus yang ketiga adalah klien dapat melatih mengontrol halusiniasinya, dengan berlatih menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, dan mengalihkan halusinasinya dengan beraktifitas secara terjadwal. Rasionalnya adalah tindakan yang biasa dilakukan klien merupakan upaya untuk mengatasi halusinasinya. Tujuan khusus yang keempat klien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya dengan rasional keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi saat berada dirumah. Tujuan khusus yang kelima, klien dapat memanfaatkan obat untuk mengontrol halusinasinya dengan rasionalnya yaitu dapat meningkatkan pengetahuan dan motivasi klien untuk minum obat secara teratur.

Penulis berasumsi hal tersebut juga direncanakan pada klien dengan tujuan umum untuk mengontrol halusinasinya dan lima tujuan khusus halusinasi yang telah diuraikan diatas. Setiap akhir tindakan strategi pelaksanaan dapat diberikan reinforcement positif yang rasionalnya untuk memberikan penghargaan atas keberhasilan Ny.A. Reinforcement positif adalah penguatan berdasarkan prinsip bahwa frekuensi respons meningkat karena diikuti dengan stimulus yang mendukung atau *rewarding*. Bentuk penguatan positif adalah berupa hadiah seperti permen, kado, atau makanan, perilaku seperti senyum, menganggukan kepala untuk menyetujuai, bertepuk tangan, mengacungkan jempol, atau penghargaan. *Reinforcement* memiliki *power* atau kemampuan yang menginginkan tindakan yang diberi *reinforcement* positif akan dilakukan secara berulang oleh pelaku tindakan tanpa adanya paksaan yaitu dengan kesadaran selaku tindakan itu sendiri, Hal ini sesuai dengan intervensi yang dilakukan penulis yaitu memberikan *reinforcement* positif kepada Ny.A ketika Ny.A melakukan setiap strategi pelaksanaan dengan baik.

1. **Intervensi Keperawatan**

Menurut Damaiyanti & Iskandar, (2017) rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuankhusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan perawatan klien dapat diatasi. Rencana keperawatan yang dilakukan sama dengan landasan teori, karena rencana tindakan keperawatan tersebut telah sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedure) yang telah ditetapkan.

Menurut Damaiyanti & Iskandar, (2017) tujuan umum gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran yaitu agar klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya. Ada lima tujuan khusus gangguan halusinsasi, antara lain: tujuan khusus pertama, klien dapat membina hubungan saling percaya. Rasional dari tindakan yang dilakukan yaitu hubungan saling percaya sebagai dasar interaksi terapeutik antara perawat dan klien. Tujuan khusus kedua, klien dapat mengenal halusinasinya dari situasi yang menimbulkan halusinasi, isi, waktu, frekuensi halusinasi, dan respon klien terhadap halusinasinya. Rasional dari tujuan kedua adalah peran serta aktif klien sangat menentukan efektifitas tindakan keperawatan yang dilakukan.

Menurut Damaiyanti & Iskandar, (2017) tujuan khusus yang ketiga adalah klien dapat melatih mengontrol halusiniasinya, dengan berlatih menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, dan mengalihkan halusinasinya dengan beraktifitas secara terjadwal. Rasionalnya adalah tindakan yang biasa dilakukan klien merupakan upaya untuk mengatasi halusinasinya. Tujuan khusus yang keempat klien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya dengan rasional keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi saat berada dirumah. Tujuan khusus yang kelima, klien dapat memanfaatkan obat untuk mengontrol halusinasinya dengan rasionalnya yaitu dapat meningkatkan pengetahuan dan motivasi klien untuk minum obat secara teratur. Hal tersebut juga direncanakan pada klien dengan tujuan umum untuk mengontrol halusinasinya dan lima tujuan khusus halusinasi yang telah diuraikan diatas. Setiap akhir tindakan strategi pelaksanaan dapat diberikan reinforcement positif yang rasionalnya untuk memberikan penghargaan atas keberhasilan Ny.A. Reinforcement positif adalah penguatan berdasarkan prinsip bahwa frekuensi respons meningkat karena diikuti dengan stimulus yang mendukung atau *rewarding*. Bentuk bentuk penguatan positif adalah berupa hadiah seperti permen, kado, atau makanan, perilaku seperti senyum, menganggukan kepala untuk menyetujuai, bertepuk tangan, mengacungkan jempol, atau penghargaan. *Reinforcement* memiliki *power* atau kemampuan yang menginginkan tindakan yang diberi *reinforcement* positif akan dilakukan secara berulang oleh pelaku tindakan tanpa adanya paksaan yaitu dengan kesadaran pelaku tindakan itu sendiri. Hal ini sesuai dengan intervensi yang dilakukan penulis yaitu memberikan *reinforcement* positif kepada Ny.A ketika Ny.A melakukan setiap strategi pelaksanaan dengan baik.Penulis berasumsi keluarga Ny. A harus mendukung dalam mengontrol halusinasinya, berlatih menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain ataupun keluarga untuk mengalihkan halusinasinya dengan beraktifitas secara terjadwal dan menjadwalkan klien untuk mengonsumsi obat dengan teratur sehingga keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi saat berada dirumah

* 1. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 14-22 Juli 2020 dan terkahir dilakukan implementasi tanggal 14 Juli 2020 sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Masalah utama yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran sudah dilakukan implementasi SP 1 dari tanggal 14-22 Juli 2020 Jam 11.00-11.15 WIB dan terakhir tanggal 22 Juli 2020.

Pasien belum dapat mandiri untuk SP 1 pada sejak tanggal 14 hinngga tanggal 22 Juli 2020 yaitu, mengidentifikasi jenis halusinasi pasien, mengidentifikasi isi halusinasi pasien, mengidentifikasi waktu halusinasi pasien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi, mengajarkan pasien menghardik halusinasi, menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Dalam pelaksanaan klien mau menyebutkan nama dan asalnya, klien mau diajak berdiskusi tentang halusinasinya, lalu klien juga mampu mengenali halusinasinya dengan menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon halusinasinya. pasien mampu dan bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dengan mengatakan “pergi saya tidak mau dengar...kamu suara palsu jangan ganggu saya... kamu tidak nyata”. Pasien juga memasukkan cara menghardik halusiansi ke dalam jadwal kegiatan harian setiap jam 11.00 pagi. Pada pelaksanaan SP 1 tidak ada hambatan, pasien kooperatif, pasien mampu menyebutkan dan menjelaskan tentang halusinasinya, pasien mampu menyebutkan empat cara untuk mengontrol halusinasi, pasien mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi sesuai yang diajarkan mahasiswa. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mengidentifikasi halusinasi, bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada hari kedua masih diberikan implementasi SP 1 yaitu dilakukan kembali pada tanggal 15 Juli 2020 jam 11.00-11.15 WIB mulai mengidentifikasi jenis halusinasi pasien, mengidentifikasi isi halusinasi pasien, mengidentifikasi waktu halusinasi pasien, mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien, mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi, mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi, mengajarkan pasien menghardik halusinasi, menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Pasien mampu mengontrol halusinasinya menggunakan cara menghardik halusinasi dan memasukan kedalam jadwal harian pasien, pasien bisa mempraktikan cara bercakap-cakap dengan orang dan memasukan kedalam kegiatan harian setiap jam 11.00. Pada pelaksanaan SP 2 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap degan orang lain. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada pertemuan di SP 1 tanggal 16 Juli 2020 jam 11.00-11.15 WIB yaitu pertemuan hari ketiga dapat disimpulkan bahwa Ny.A dapat menyebutkan isi halusinasi yaitu mendengar suara ada suara bisikan yang meludahi makanannya, waktu saat makan dan waktu sendirian, dan respon saat halusinasi muncul Ny. A mondar mandir ke kamar mandi untuk meludah dan respon Ny. A pada waktu makan tiba- tiba tidak nafsu makan sehingga Ny. A makan hanya 2 sendok tiap makan. Penulis berasumsi Ny. A masih mendengarkan suara orang yang meludahi makanannya setiap mau makan sampai mondar mandir ke kamar mandi dan membasu mulutnya sehingga Ny A tidak ingin makan. Pasien mampu melakukan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, pasien biasa melakukan kegiatan pagi di ruangan seperti makan pagi bersama, senam, berdoa setiap pagi, menonton tv bersama teman-temannya, bermain congklak, dan pasien mampu membuat jadwal harian tiap pukul 08.00 dan 09.00. Pada pelaksanaan SP 3 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian..

Pada tanggal 17 Juli 2020 jam 12.00-12.10 WIB dilakukan strategi pelaksanaan yang keempat (SP 4) yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur, menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian. Pasien bisa mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal. Pasien mengatakan selama di rumah sakit minum obat secara teratur dan bisa menyebutkan 3 macam obat yang diminum yaitu ada warna orange, putih dan merah jambu. Pasien mampu menjelaskan waktu pemberian obat yaitu saat pagi dan malam hari. Pelaksanaan SP 4 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasinya menggunakan keempat cara tersebut. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mempraktikkan cara mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat secara teratur, dan juga memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Pada implementasi terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus karena pada SP keluarga penulis menemukan hambatan yaitu penulis tidak dapat bertemu dengan keluarga klien karena keluarga klien hanya menjenguk 1 kali yaitu pada tanggal 18 Juli 2020

**7.3 Evaluasi**

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien (Keliat, 2018). Evaluasi untuk diagnosa halusinasi, pasienmampu menyebutkan halusinasinya (isi, jenis, waktu, frekuensi dan respon), namun pasien belum mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Penulis berasumsi observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien dirawat di rumah sakit dan dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan yaitu menggunakan SOAP *(Subyektif, obyektif, asesment, planning)* sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Pada tahap ini akan dilakukan penilaian respon pasien terhadap tindakahn keperawatan yang telah dilakukan 14 Juli- 22 Juli 2020.

Pada tanggal 14 Juli 2020 saat dilakukan SP 1 klien mampu membina hubungan saling percaya, klien mengatakan “Nama saya A, senang dipanggil A 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 meludahi makanan saya setiap kali saya mau makan, tetapi saya berusaha mengacuhkannya. Suara itu muncul bisa siang atau malam 4-6 kali dalam sehari mbak, lamanya kurang lebih 2 menit, munculnya saat saya sedang ingin makan. Respon saya saat suaranya datang saya langsung pergi ke kamar mandi untuk berkumur 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 Bu A”. Klien juga sudah mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi, klien pun mau melakukan cara menghardik jika halusinasinya muncul kembali “Baik Bu, 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 kamu tidak nyata” “Iya mbak nanti cara yang mbak ajarkan akan saya lakukan dan saya latih kembali agar saya tidak lupa. Saya mau mbak kalau latihannya jam 11 pagi” Klien juga sudah mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi, klien pun mau melakukan cara menghardik jika halusinasinya muncul kembali. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena dilakukan menggunakan pendekatan SOAP. Pasien bisa mengidentifikasi halusinasinya (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan respon), menyebutkan empat cara yang dapat dilakukan untuk mencegah halusinasi, mampu mendemonstrasikan cara menghardik halusinasi, dan memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Disini pasien kooperatif sehingga dalam pelaksanaan SP 1 tidak ada kendala, dan dapat dilakukan tindak lanjut untuk pasien.

Kegiatan selanjutnya pada tanggal 15 Juli 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 kamu tidak nyata” tadi pagi 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 S karena dia agamanya sama dengan saya dan setiap pagi kita berdoa bersama di kamarnya dia”. Disini perawat tidak mengalami kesulitan karena pada dasarnya klien pun sudah mampu berkomunikasi dengan teman-temannya dan perawat yang ada diruangan tersebut dan klien cukup kooperatif didalam hal ini. Asumsi penulis pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena dilakukan menggunakan pendekatan SOAP. Pasien dapat mengevaluasi SP 1 cara menghardik halusinasi, selama di ruangan pasien juga sudah bercakap-cakap dengan pasien lainnya. Disini pasien kooperatif sehingga dalam pelaksanaan SP 2 tidak ada kendala, dan dapat dilakukan tindak lanjut untuk pasien.

Setelah SP 2 teratasi lalu pada tanggal 16 Juli 2020 dilakukan tindakan SP 3 dan SP aitu melakukan kegiatan aktivitas terjadwal “Saya sudah melakukan jadwal kegiatan seperti biasanya mbak. Pagi tadi saya bangun jam 4 mandi, setelah mandi saya berdoa dan membaca alkitab kemudian jam 6 waktunya makan saya hanya makan 2 sendok saja, setelah makan saya berdoa seperti biasanya dengan S lalu saya menonton tv dan ngobrol dengan mas S, Y, bu R, dan mbak R. Kalau dirumah biasanya saya bantu-bantu Ibu saya mbak, kan Ibu 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 18 Juli 2020.

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

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada klien dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny. A Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Puri Anggrek Rs Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, 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.

* 1. **Kesimpulan**

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 4 hari di Ruang Puri Anggrek RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur Surabaya dengan menggunakan proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Melakukan Pengkajian asuhan keperawatan pada klien Ny A di dapatkan masalah keperawatan yaitu: Perubahan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran. 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.
2. Memberikan Penegakan diagnosa asuhan keperawatan pada klien Ny A dengan gangguan halusinasi pendengaran, didapatkan 14 masalah keperawatan antara lain yaitu gangguan konsep diri rendah, gangguan interaksi sosial, distress spiritual, gangguan komunikasi verbal, gangguan aktivitas motorik, gangguan alam perasaan, gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, gangguan pola pikir, waham curiga, resiko defisit nutrisi, ketidakpatuhan penatalaksanaan regimen terapiutik, koping tidak efektif, hambatan interaksi sosial, defisit pengetahuan. Klien sangat membutuhkan peran serta keluarga untuk mendukung kesembuhan klien yang mengerti keadaan dan permasalahan yang ada pada dirinya, perawat dan team kesehatan membutuhkan kehadiran keluarga untuk membina kerjasama dalam memberikan perawatan, dari sini dapat diketahui bahwa peran serta keluarga faktor penting dalam proses penyembuhan klien. Rencana keperawatan yang diberikan kepada klien dan keluarga klien. Strategi yang diberikan kepada klien ada 4 strategi pelaksanaan 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.
3. Implementasi dilakukan mulai tanggal tanggal 14 Juli 2020 – 22 Juli 2020 dengan rencana yang telah dibuat. Selama 4 hari ini klien sudah mampu untuk mengontrol halusinasinya dengan 4 cara yang telah direncanakan. Pada hari pertama klien mau mengikuti perawat untuk mengenal halusinasi yang terdiri dari jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi dan respon halusinasi. . Melatih klien untuk 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.
4. 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.
5. Pendokumentasian kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah pendapat klien atau data subjektif yang dikatakan klien, data objektif yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assessment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.
   1. **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 asuhan keperawatan pada klien Ny A di dapatkan masalah keperawatan yaitu: Perubahan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaar bagi :
3. Bagi Penderita

Menghardik, Bercakap-cakap dan mengontrol ganguan halusinasi pendengaran bisa dilakukan oleh Ny. A untuk mengontrol halusinasi dan penderita wajib mengkontrol dalam mengonsumsi obat

1. Bagi Perawat

Perawat dapat memberikan terapi kelompok dan bersoasialisai pada teman dilingkungan secara efektivitas dalam mengontrol halusinasi Puskesmas

1. Bagi Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Memberikan edukasi kepada penderita Gangguan jiwa untuk melakukan aktivitas fisik tergantung dari kemampuan individu hasil studi kasus ini dapat memberikan review atau penyegaran kembali.

# Profesi kesehatan

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 selanjutnya diharapkan melakukan penelitian tentang “Pengkajian asuhan keperawatan pada klien Ny A di dapatkan masalah keperawatan yaitu: Perubahan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran”.

1. Bagi Keluarga

Dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya dapat merawat klien dengan halusinasi saat berada dirumah berlatih menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain.

# DAFTAR PUSTAKA

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Riset kesehatan dasar. Bakti Husada; 2018

Cao, Z. (2020). *Estimating The Effective Reproduction Number Of The 2019nco*v In China.

Damaiyanti, M. & Iskandar. 2017. Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung: PT. Refika Aditama.

Data Rumah sakit Jiwa menur surabaya (2020) <http://repository.its.ac.id/42111/1/1314030036-Non_Degree.pdf> provinsi jawa timur

Dr. Budi Anna. (2018). Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta: EGC,2009.

Hariyono (2020) Tatalaksana Klinis Infeksi Saluran Pernapasan Akut Berat (SARI) suspek penyakit COVID-19 *Banyumas Januari-April 2020*.

Ikatan Dokter Paru Indonesia. (2020). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease (Covid-19)*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Jordan. (2017). *Ketahanan Kardiorespirasi.* *Journal Of Chemical Information And Modeling*, *53*(9), 1689–1699. Https://Doi.Org/10.1017/CBO9781107415324.004

Keliat, Budi Anna. (2018). Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Lilik, Zainuri Imam, Akbar Ammar (2016). Buku ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Yogyakarta, Indomedia Pustaka.

Nurachmah, E., & Angriani, R. (2011). *Dasar-Dasar Anatomi Dan Fisiologi*. Jakarta: Salemba Medika.

Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2020). *Pneumonia Covid-19 : Diagnosis & Penatalaksanaan Di Indonesia*. Jakarta: Pdpi

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan (SIKI)* (1st Ed.). Jakarta: DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia:Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan (SLKI)* (1st Ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Radji M, Fauziah S, Aribinuko N. Antibiotic sensitivity pattern of bacterial pathogens in the intensive care unit of Fatmawati Hospital, IndonesiaVolume 7, Nomor 2, Juli 2015, hlm.107-116

Santoso BR, Manatean Y, Asbullah. Hubungan gangguan jiwa skozofrenia halusinasi pendengaran RSUD Ulin Banjarmasin. Dinamika Kesehatan. 2016;7:139-51. 23

Stuart dan Laraia. (2017). *Principle and Practice Of Psychiatric Nursing*. edisi 6 St. Louis: Mosby Year Book.

Sukandar E. Nefrologi klinik. Edisi ke-3. Bandung: Pusat Informasi Ilmiah bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UNPAD/RS. Dr. Hasan Sadikin; 2017

Yusuf, Fitriyasari & Nihayati. 2017. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Penerbit Salemba Medika

WHO. (2020). A*dvice On The Use Of Masks In The Community, During Home Care And In Health Care Settings In The Context Of The Novel Coronavirus (2019-Ncov) Outbreak*. Retrieved From Https://Www.Who.Int/Ith/2020-24-01outbreak-Of-Pneumonia-Caused-By-New-Coronavirus/En/

WHO. (2020). *Infection Prevention And Control During Health Care When Novel Coronavirus (Ncov) Infection Is Suspected, Interim Guidance.* Retrieved From <Https://Www.Who.Int/Publications-Detail/Infection-Preventionand-Control-During-Health-Care-When-Novel-Coronavirus-(Ncov)Infection-Is-Suspected-202001>

**Lampiran 1**

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

# SP 1

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

Umur : 51 Tahun Waktu : 14 Juli 2020 / 10.00-10.15 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. 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

1. Tindakan Keperawatan

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

**Lampiran 2**

1. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
2. Orientasi
3. Salam Terapeutik

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

1. Evaluasi/Validasi

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

1. Kontrak:
2. Topik:

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

1. Tempat:

“Dimana kita bisa ngobrol bu? Di ruang meja makan?”

1. Waktu:

“Ibu berkenan berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

1. Kerja

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

“Nah, suara yang sering Ny. A 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?”

“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. A bilang pergi saya tidak mau dengar….saya tidak mau dengar ! Kamu suara palsu ! Begitu diulang-ulang sampai suara tidak terdengar lagi.”

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

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

1. Objektif

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

1. Tindak Lanjut Klien

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

1. Kontrak yang akan datang
2. Topik:

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

1. Waktu:

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

1. Tempat:

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

**Lampiran 3**

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

# SP 2

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

Umur : 51 Tahun Waktu : 14 Juli 2020 / 10.00-10.20 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. 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.

1. Tindakan Keperawatan

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

**Lampiran 4**

1. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
2. Orientasi
3. Salam Terapeutik

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

1. Evaluasi/Validasi

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

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

1. Kontrak
2. Topik

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

1. Waktu

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

1. Tempat

“Baiklah Ny. A, apakah kita mengobrolnya di ruang meja makan lagi Bu? Baiklah, Ibu silahkan duduk.”

1. Kerja

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

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

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

1. Objektif

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

1. Tindak Lanjut Klien

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

1. Kontrak yang akan datang
2. 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?”

1. Waktu:

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

1. Tempat:

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

**Lampiran 5**

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

# SP 3

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

Umur : 51 Tahun Waktu : 16 Juli / 09.00-09.20 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. 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.

1. Tindakan Keperawatan

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

**Lampiran 6**

1. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
2. Orientasi
3. Salam Terapeutik

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

1. Evaluasi/Validasi

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

1. Kontrak:
2. 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.”

1. Waktu:

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

1. Tempat:

“Ny. A ingin mengobrol dimana? Bagaimana jika di ruang meja makan seperti biasanya ya..?

1. Kerja

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

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

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

“Kegiatan ini dapat Ny. A 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
2. Evaluasi respon klien terhadap kegiatan tindakan
3. Subjektif:

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

1. Objektif:

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

1. Tindak Lanjut

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

1. Kontrak yang akan datang
2. 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 ?”

1. Waktu:

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

1. Tempat:

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

**Lampiran 7**

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

# SP 4

Nama Pasien : Ny. A Pertemuan : Ke-4/Hari Ketiga

Umur : 51 Tahun Waktu : 17 Juli / 12.00-12.10 WIB

1. **PROSES KEPERAWATAN**
2. 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

1. Tindakan Keperawatan

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

**Lampiran 8**

1. **STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**
2. Orientasi
3. Salam Terapeutik

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

1. Evaluasi/Validasi

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

1. Kontrak
2. Topik:

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

1. Waktu:

“Berapa lama Ny. A mau berlatih ?

1. Tempat:

“Ny. A ingin mengobrol dimana? Bagaimana jika di ruang makan seperti biasanya?”

1. Kerja

“Berapa macam obat yang Ny. A minum?”

“Minum obat sangat penting agar suara-suara yang Ny. A 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. A akan kambuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula.”

“Kalau obat habis, Ny. A bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Ny. A juga harus teliti saat minum obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya Ny. A harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya Ny. A 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. A juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan Ny. A juga harus cukup minum 6 gelas per hari.”

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

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

1. Objektif

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

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 .”

**Lampiran 9**

# 

**FORMAT**

**ANALISA PROSES INTERAKSI (API)**

Inisial klien :Ny A Nama Mahasiswa: R

Status interaksi perawat-klien :

Jam : 08.00 wib

Deskripsi Klien : halusinasi pendengaran

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOMUNIKASI VERBAL** | **KOMUNIKASI NON VERBAL** | **ANALISA BERPUSAT**  **PADA PERAWAT** | **ANALISA BERPUSAT**  **PADA KLIEN** | **RASIONAL** |
| P: “selamat pagi, bu!” “perkenalkan nama saya I, nama bu siapa? Senang dipanggil apa?”  K: “pagi, nama saya MRA, senang dipanggil bu A” | P: berjabat tangan, tersenyum dan menatap mata pasien  K: berjabat tangan, tersenyum, dan menatap wajah perawat terkadang kontak mata kurang | Perawat duduk disebelah pasien dan tersenyum memberi sapaan terhadap pasien | Pasien menjawab sapaan perawat dan duduk disamping perawat | Membina hubungan saling percaya dapat meningkatkan rasa nyaman dan aman terhada pasien |
| P: “bagaimana perasaan buhari ini?” “ apakah tidurnya nyenyak tadi malam?”  K: “hari ini saya keadaan saya sehat saja sus” | P: tersenyum dan menatap wajah pasien  K: saling pandang | Perawat duduk dan memberikan pertanyaan | pasien menjawab tetapi ada kontak mata dengan perawat. | Untuk mengetahui apa yang dirasakan pasien saat ini |
| P: “ibu perkenalkan nama saya A, nama ibu siapa ?”  K: Klien mengatakan “Nama saya A, senang dipanggil A asal saya dari Surabaya. Baik mbak saya mau diajak mengobrol” | P: mbak, apa yang dirasakan mbk”  K: “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 | Perawat mencoba menanyakan apa yang dirasakan pasien | Klien mengatakan “Nama saya RMN, senang dipanggil R asal saya dari Surabaya. Baik mbak saya mau diajak mengobrol” | Untuk mengetahui kemampuan positif yang dimilliki pasien |
| P: “baik mbak, mari kita coba bagaimana cara mengatasi dan mengontrol halusinasinya ibu”  K: “baik bu” | P:  Jadi caranya ada menghardik, berakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan terjadwal, dan minum obat secara teratur ya mbak”  K: siap mbak, saya akan minum obat secara teratur | Perawat duduk didepan pasien | Pasien mendengarkan intruksi perawat | Untuk mengontrol halusinasi pasien |
| P : “mbak bagaimana kalau mengendalikan suara – suara dengan cara yang kedua  K: “baik, jam 10 ya mbak disini” | P : Mbak begini caranya menghardik suara – suara itu” pergi kamu, kamu bohong, kamu suara palsu, nanti coba praktekan kalua suara – suara itu muncul bu ya”  K : “pergi kamu, kamu suara palsu” | Perawat coba memperagakan bagaimana cara mengontrol halusinasi | Pasien mendengarkan dan mencoba mempraktikkan | Untuk mengontrol halusinasi yang dirasakan oleh pasien |
| P : mbak bagaimana kalua kita mempraktekan cara dengan yang dengan cara bercakap – cakap” bagaimana kalau dilakukan hari ini saja, Jadi kalau Ny. A mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan Ny. A contohnya begini, “tolong saya mulai dengar suara-suara, ayo ngobrol dengan saya!” atau kalau ada orang di rumah, misalnya saudara dirumah coba Ny. R lakukan seperti saya tadi lakukan. “Disini Ny. R dapat mengajak perawat atau pasien lain untuk bercakap-cakap.”  K:**“**Saya setiap hari sudah bercakap-cakap dengan teman-teman disini mbak, tapi saya lebih sering bercakap-cakapnya dengan S karena dia agamanya sama dengan saya dan setiap pagi kita berdoa bersama di kamarnya dia” | P : Bagaimana pak, apa bapak sudah melakukan bercakap – cakap dengan Y jika suara – suara itu muncul”  K : “ sudah mbak, saya sudah melakukan nya kemarin. | Perawat memperagakan bagaimana cara bercakap – cakap. | Pasien mencoba mempraktekan cara yang kedua | Untuk mengontrol halusinasi pasien |
| P : “Selamat Pagi, “Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih kemarin?”  K : **“**Sudah enggak mbak, tapi saya masih terus latihan supaya saya tidak lupa | P : “ perawat menanyakan apakah suara suara itu masih terdengar oleh mbk”  K:  “klien mengatakan bahwa sudah tidak mendengar suara – suara itu. | Perawat mendegarkan apa yang dibicarakan pasien | Pasien terlihat senang | Untuk mengevaluasi tindakan selama ini |
| P : Sesuai dengan janji kita kemarin, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah/mengontrol halusinasi tersebut yaitu dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.”  K : Iya mbak” | P :  “Apa saja yang biasanya Ny. A lakukan? Tadi pagi Ny. A sudah melakukan kegiatan apa saja? Terus jam berikutnya melakukan kegiatan apa?”  K :  **“**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 S lalu saya menonton tv dan ngobrol dengan mas S, Y, bu R, | Perawat menanyakan kegiatan yang selalu dilakukan pasien. | Pasien menjawab pertanyaan oleh perawat | Untuk mengontrol halusinasi pasien. |

**Lampiran 10**

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

Pokok Bahasan Pendidikan kesehatan tentang cuci tangan

Sasaran : Pasien dengan Gangguan Jiwa

Metode : Ceramah, Diskusi dan Demonstrasi

Media : Alat cuci tangan

Waktu : 45 menit.

Tempat : Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Hari dan tanggal : 18 Juli 2020

# TIU ( Tujuan Intruksional Umum )

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

# TIK ( Tujuan Intruksional Khusus )

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

**MATERI**

* 1. Definisi mencuci tangan

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

* 1. Tujuan mencuci tangan
     1. menghilangkan kotoran dan debu
     2. mengurangi jumlah mikroorganisme yang menempel pada telapak tangan
     3. untuk mencegah transmisi mikroorganisme
  2. waktu mencuci tangan
     1. Sebelum dan setelah makan
     2. Setelah ganti pembalut.
     3. Sebelum dan setelah menyiapkan makanan, khususnya sebelum dan setelah memegang bahan mentah, seperti produk ternak dan ikan.
     4. Setelah memegang hewan atau kotoran hewan
     5. Setelah mengusap hidung, atau bersin di tangan.
     6. Setelah menangani sampah
     7. Sesudah buang air besar dan buang air kecil.
  3. Langkah mencuci tangan

**Lampiran 11**

**ETIKA BATUK DAN BERSIN**