

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Tn. N” DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI
RUANGAN KENANGA RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN
TANGGAL 30 MEI S/D 04 JUNI 2022**



Karya Tulis Ilmiah
Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan pada Program
Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

LA ODE ABDUL MANAN
NIM. CO17191014

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : **LA ODE ABDUL MANAN**

NIM : C017191014

INSTITUSI : D.III KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **Asuhan Keperawatan Pada Klien “Tn. N” Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran di Ruang Kenanga Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tanggal 30 Mei S/D 04 Juni 2022**, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi dari perbuatan tersebut.

Makassar, 19 Agustus 2022

YANG MEMBUAT PERNYATAAN,



LA ODE ABDUL MANAN

PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Tn. N” DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI
RUANGAN KENANGA RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN
TANGGAL 30 MEI S/D 04 JUNI 2022**

Disusun dan Diajukan Oleh :

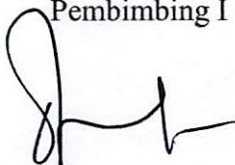
LA ODE ABDUL MANAN
NIM. CO17191014

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan pada ujian siding Program Studi D.III
Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Makassar, Juni 2022

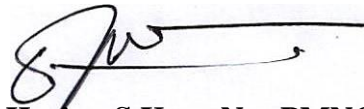
Menyetujui :

Pembimbing I



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si

Pembimbing II



Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN

Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



NURMAULID, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198312192010122004

PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN “Tn. N” DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI
RUANGAN KENANGA RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN
TANGGAL 30 MEI S/D 04 JUNI 2022**

Disusun dan Diajukan Oleh :

LA ODE ABDUL MANAN
NIM. CO17191014

Karya tulis ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Sidang
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin,
pada :

Hari/Tanggal : Kamis, 23 Juni 2022

Waktu : Jam 10.00 – 12.00

Tempat : Ruang PB Prodi 324 DIII Keperawatan

Tim Penguji

1. Ketua/Penguji : Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
2. Penguji II : Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN
3. Penguji III : Hapsah, S.Kep., Ns., M.Kep
4. Penguji IV : Nurlaila Fitriani, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.J

(*[Signature]*)
(*[Signature]*)
(*[Signature]*)
(*[Signature]*)

Mengetahui :

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



[Signature]
NURMAULID, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198312192010122004

RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

1. Nama : La Ode Abdul Manan
2. Tempat/Tgl Lahir : Kolaka, 05 – 01 - 2000
3. Jenis Kelamin : Laki – Laki
4. Suku/Bangsa : Buton/Indonesia
5. Agama : Islam
6. No. Tlp : 081346280440
7. Email : [abdulbeng46@gmail](mailto:abdulbeng46@gmail.com)
8. Alamat : JL. Pintu 2 Unhas. Perintis Kemerdekaan

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD YPPGI AGATS Tahun 2007 s/d 2014
2. SMP NEGERI 2 AGATS Tahun 2014 s/d 2016
3. SMA NEGERI 1 AGATS Tahun 2016 s/d 2019

ABSTRAK

LA ODE ABDUL MANAN. Asuhan Keperawatan Pada Klien ‘Tn.N’ Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Di Ruang Kenanga di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan (dibimbing oleh Ariyanti Saleh dan Akbar Harisa).

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara itu 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.

Studi kasus ini dilaksanakan di ruangan Kenanga RSKD Dadi selama 6 Hari mulai tanggal 30 Mei s/d 04 Juni 2022 sumber data dari klien, keluarga, cetane medical record dan penulisan literatur yang berkaitan dengan kasus. Teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostic dan program pengobatan yang berpedoman pada format pengkajian keperawatan jiwa. Studi kasus ini memberikan gambaram tentang penerapan asuhan keperawatan pada klien dan kesenjangan antara teori dan kasus pada setiap tahapan proses keperawatan.

Pada tahap pengkajian ditemukan data pada teori tetapi tidak ditemukan pada kasus, sedangkan pada tahap diagnosa ditemukan 3 diagnosa pada teori dan 1 diagnosa ditemukan dikasus. Tahap rencana semua pada teori dapat direncanakan pada kasus, tetapi tidak semua dapat diimplementasikan pada kasus, evaluasi proses dilakukannya hanya dilakukan 1 kali dalam 24 jam yang seharusnya dilakukan setiap shift dan setiap perubahan keadaan pasien. Kesimpulan dari studi kasus ini bahwa ke 4 tahap proses keperawata meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, Tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Kecuali pada tahap rencana keperawatan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara rencana keperawatan pada teori dan rencana keperawatan pada kasus. Pendokumentasian dilakukan selama 6 hari di ruangan Kenanga RSKD Dadi mulai tanggal 30 Mei s/d 04 Juni 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, taufik dan hidayah-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul : Asuhan Keperawatan pada klien “Tn.N” dengan Gangguan Persepsi Sensori di ruangan Kenangan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan”.

Karya Tulis Ilmiah ini telah membantu penulis untuk belajar menerapkan proses asuhan keperawatan melalui pendekatan ilmiah pada setiap tahap proses keperawatan. Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan mulai dari pengambilan kasus sampai pendokumentasiannya, namun berkat usaha, bantuan dan motivasi dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada :

1. Prof. Dr. Jamaludin Jompa, M.Sc, Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Bapak Elisa Kambu, S.Sos, selaku Bupati Pemerintah Daerah Kabupaten Asmat
4. Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D, selaku Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi Fakultas Keperawatan
5. Dr. Efrina, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Wakil Dekan Bidang Perencanaan, Keuangan dan Sumber Daya Fakultas Keperawatan
6. Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan Alumni dan Kemitraan Fakultas Keperawatan
7. Dr. Suni Hariati, S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Gugus Penjamin Mutu Fakultas Keperawatan
8. Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
9. Dr Arman Bausat Sp.B,Sp.OT, selaku Direktur RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan
10. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku Pembimbing I sekaligus Penguji
11. Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN, selaku Pembimbing II sekaligus Penguji
12. Hapsah, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Penguji III
13. Nurlaila Fitriani, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep J, selaku Penguji IV

14. Dr. Djunaidi M Dachlan, MS, selaku Pengelola Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
15. Klien “Tn.N”
16. Kepada keluarga saya terutama kedua orang tua saya yang selalu memberi support dan doa kepada saya
17. Rekan – rekan mahasiswa yang telah banyak memberikan dorongan moril dan berbagi bantuan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan saran dari semua pihak terkait untuk kesempurnaan penulis karya ilmiah yang akan datang.

Makassar, Juni 2020

Penulis

LA ODE ABDUL MANAN

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulis.....	3
C. Manfaat Penulis.....	3
D. Metode Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Dasar Penyakit.....	5
1. Definisi.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Tanda dan Gejala.....	8
4. Tahap Halusinasi.....	9
5. Komplikasi.....	10
6. Tindakan Keperawatan.....	11
7. Penatalaksanaan.....	11
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	12
1. Pengkajian.....	12
2. Diagnosa Keperawatan.....	12
3. Intervensi Keperawatan.....	12
4. Implementasi Keperawatan.....	12
5. Evaluasi Keperawatan.....	13
BAB III TINJAUAN KASUS	14
A. Pengkajian.....	14
B. Identitas Pasien.....	14
C. Alasan Masuk.....	14
D. Faktor Predisposisi.....	15
E. Pemeriksaan Fisik.....	15
F. Psikososial.....	16
G. Status Mental.....	18
H. Kebutuhan Perencanaan Pulang.....	24
I. Mekanis Koping.....	27
J. Masalah Psikososial dan Lingkungan.....	28
K. Kurang Pengetahuan Tentang.....	29
L. Aspek Medik.....	29
M. Daftar Masalah Keperawatan.....	29

BAB IV	PEMBAHASAN	38
	A. Tahap Pengkajian.....	38
	B. Diagnosa Keperawatan.....	40
	C. Tahap Perencanaan.....	40
	D. Tahap Implementasi.....	41
	E. Tahap Evaluasi.....	41
BAB V	PENUTUP	42
	A. Kesimpulan.....	42
	B. Saran.....	42
	DAFTAR PUSTAKA	43
	LAMPIRAN – LAMPIRAN	44
	1. SP Halusinasi Pendengaran.....	44
	2. Lok Book.....	55

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1.1 Analisa Data.....	29
Tabel 1.2 Rencana Tindakan Keperawatan.....	31
Tabel 1.3 Implementasi dan Evaluasi.....	35

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Rentang Respon.....	7
Gambar 1.2 Genogram.....	16

DAFTAR LAMPIRAN

1. SP Halusinasi Pendengaran
2. Logbook

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah sesuatu perubahan pada peran jiwa yang menimbulkan adanya kendala pada fungsi jiwa yang dapat menimbulkan penderitaan pada orang atau hambatan dalam melakukan peran sosial. Pribadi jiwa yang sehat terdiri dari menyadari seluruhnya kemampuan pada dirinya, dapat melawan stress dalam kehidupan yang sederhana, sanggup berproses dengan produktif serta menyempurnakan kebutuhan hidupnya. Sanggup bertindak dalam lingkungan hidupnya serta mau mengiklaskan dengan baik apa yang ada dalam dirinya dan merasa tenang Ketika Bersama dengan orang lain. (Setiawan, 2017)

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah Kesehatan utama dinegara – negara maju, modern, dan industry yaitu penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa, dan kecelakaan. Gangguan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan serta invaliditis baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien. (Widiyanto dkk, 2016).

Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distress atau penderita dan menimbulkan kendala pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. Salah satu yang termasuk gangguan jiwa adalah Skizofrenia. (Suryenti dkk, 2017).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham, efek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktifitas sehari – hari. (Suryenti dkk, 2011)

Beberapa faktor yang dapat memicu Skizofrenia atau gangguan jiwa adalah somatogenic, psikogenik, sosiogenik. Faktor somatogenic adalah dari generasi (turunan), cacat kongenital, kelainan otak, tempramen, penyakit serat cacat badan. Faktor psikogenik adalah pertumbuhan psikologi, depriivasi dini, pola keluarga, stress, penyalah gunaan obat – obatan. Sedangkan faktor sasiogenik yaitu pertumbuhan sosial, cita – cita tingkat ekonomi, serta perpindahan kesatuan keluarga. Pengidap gangguan jiwa kerap sekali mendapatkan stigma serta diskriminasi yang lebih besar dari warga atau masyarakat disekitarnya

dibandingkan orang yang mengidap penyakit medis lainnya. Pengidap gangguan jiwa memiliki efek besar terhadap pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM). Seseorang dengan hambatan gangguan jiwa harus mendapatkan penyembuhan, dan jika keterlambatan penyembuhan akan semakin merugikan penderita, keluarga serta masyarakat. (Riyanti, 2018)

Gangguan jiwa sering kali ditandai dengan terjadinya halusinasi pada pendengaran, penderita dapat mendengar suara atau delusi, mengomnari perilaku penderita bahkan seperti berdiskusi dengan dirinya sendiri. Hal ini sering sekali menjadi halusinasi yang membuat penderita mengarah pada kepribadian diri yang aneh dan khayalan. (Luun, 2017)

Macam – macam Halusinasi:

1. Halusinasi pendengaran
2. Halusinasi penglihatan
3. Halusinasi penciuman
4. Halusinasi Pengecapan
5. Halusinasi Sentuhan

Menurut penelitian WHO (2016). Kendala pada gangguan jiwa adalah salah satu permasalahan utama di berbagai negeri maju, modern serta industry. Prevelensi gangguan jiwa dari 100 sampai dengan 1.000 populasi data statistic yang ditemukan oleh WHO mengatakan 2 sampai dengan 3% penduduk di dunia membutuhkan pertolongan serta pengobatan untuk pasien dengan gangguan jiwa. Hasil reserche Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dapat di prediksi 450 juta orang diseluruh dunia terserang permasalahan gangguan jiwa dan jumlahnya terus meningkat, hamper dari 1 sampai dengan 5 orang dewasa menderita penyakit mental atau gangguan persepsi sensorik halusinasi. (Setiawan,2017)

Survei awal pada pembuatan askep Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi pendengaran akibat dari Skizofrenia di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan dengan pasien Halusinasi Pendengaran dengan klien atas nama inisial Ny, N Pasien datang di antar oleh kedua orang tuanya ke RSKD Dadi untuk ke 2 kalinya karena gelisah, berbicara sendiri dan suka marah – marah yang tidak jelas.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan masalah gangguan sensori: halusinasi pendengaran.
- b. Mampu menentukan diagnosa yang tepat untuk pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
- c. Mampu menentukan intervensi yang tepat pada pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
- d. Mampu melakukan Tindakan keperawatan yang dibutuhkan oleh pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- e. Mampu mengevaluasi perkembangan setelah pasien dilakukan Tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

C. Manfaat Penulis

1. Rumah Sakit khusus

Diharapkan dapat menjadi pedoman dalam menangani atau dalam memberikan pelayanan kepada pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Bagi Institusi

Diharapkan dapat meningkatkan mutu Pendidikan terutama di akademi keperawatan D.III Keperawatan Terpadu dan menjadi tambahan bacaan dan pengetahuan bagi Mahasiswa/I

3. Bagi Pasien

Diharapkan Tindakan keperawatan yang telah di ajarkan dapat di terapkan secara mandiri untuk bisa mengontrol halusinasi pendengaran untuk mendukung kelangsungan Kesehatan pasien.

4. Bagi Penulis

Diselesaikan karya tulis ilmiah ini, diharapkan penulis dapat mengaplikasikan pengetahuan tentang ilmu pengetahuan yang didapatkan dari pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, serta dapat meningkatkan wawasan dan ketrampilan tentang karya tulis ilmiah, khususnya yang berhubungan dengan asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

D. Metodologi Penulisan

Metode penelitian menggunakan metode wawancara dan observasi. Subjek yang akan digunakan dalam studi kasus adalah satu orang dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Makassar. Waktu pelaksanaan dilakukan dari tanggal 30 Mei – 4 Juni 2022. Fokus utama dalam studi kasus ini adalah mengontrol Halusinasi Pendengaran. Tempat untuk pengambilan studi kasus individu ini dilakukan di Rumah Sakit Daerah Dadi Makassar, dengan pendekatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi selama 3 hari.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Halusinasi

1. Definisi

Halusinasi Pendengaran adalah mendengar suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana terkadang suara – suara tersebut seperti mengajak bicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu. (Kusumawati dkk, 2010)

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara itu 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 (azizah, 2016)

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia, atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut. Halusinasi pendengaran adalah suara manusia, hewan atau mesin, barang, kejadian alamiah dan music dalam keadaan sadar tanpa adanya rangsang apapun (azizah, 2016).

2. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

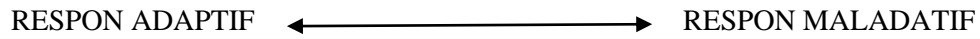
Faktor predisposisi seperti genetic bisa menunjukkan bawah adanya peningkatan resiko penyakit pada orang di tingkat pertama (orang, tua, saudara, keturunan) atau pada tingkat kedua (kakek nekek, sepupu, paman, bibi) pada skizofrenia. Namun banyak orang yang terkena skizofrenia tidak memiliki kerabat atau saudara yang memiliki gangguan skizofrenia, maka kontribusi gen tertentu sangatlah kecil. Skizofrenia disebabkan oleh berbagai mekanisme seperti biologis, lingkungan dan pengalaman, seperti anak yang diasuh oleh keluarga atau orang tua dengan skizofrenia maka anak tersebut resiko sama seperti orang tua mereka. Factor kedua yaitu neurobiologi, factor ini menunjukkan adanya kelainan pada anatomi, fungsional, dan neurokimia dalam kehidupan system otak

mortem skizofrenia. Adanya penelitian ini menunjukkan bahwa korteks prefrontal dan korteks limbik mungkin tidak sepenuhnya bisa berkembang pada otak seseorang dengan skizofrenia. Hasil penelitian pada neurobiology yang bisa konsisten yaitu adanya perubahan pada system neurotransmitter. (Gail W. Stuart, 2016)

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadi skizofrenia adalah yang pertama factor biologis yaitu adanya penurunan mekanisme gaitting yang tidak normal mungkin terjadi pada gangguan skizofrenia. Gaitting ini merupakan adanya hambatan dan juga rangsangan potensial aksi saraf serta adanya umpan balik yang terjadi di dalam system saraf yang berhubungan dengan system penyelesaian transmisi saraf. Jadi adanya penurunan pada mekanisme gaitting ini menyebabkan ketidakmampuan seseorang untuk menyeleksi rangsangan yang sudah ada. Kemudian adanya penilaian terhadap stressor, meskipun belum ada penelitian yang menyebutkan bahwa stress dapat menjadi penyebab skizofrenia, tetapi skizofrenia ini tidak hanya menyebabkan munculnya stress, tetapi bisa menjadi lebih buruk oleh stress. Masalah yang terkait dengan coping stress dapat menyebabkan munculnya kembali gejala tersebut. Sumber coping yaitu sumber daya pada keluarga seperti pemahaman orang tua tentang penyakit tersebut, adanya faktor ekonomi yang cukup, tersedianya waktu dan tenaga yang cukup, dan memiliki kemampuan untuk memberikan dukungan yang sifatnya berkelanjutan akan mempengaruhi jalannya penyesuaian pada gangguan jiwa. Adanya mekanisme coping pada proses penyesuaian dengan keadaan gangguan jiwa, pasien juga harus aktif menggunakan mekanisme coping yang adaptif. Mekanisme coping yang termasuk strategi coping kognitif, emosional, interpersonal, fisiologis, dan spiritual, yang dapat berfungsi sebagai alat dasar perumusan tindakan keperawatan. (Gail W. Stuart, 2016)

c. Rentang respon



(Gambar 1.1 Rentang Respon)

<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran logis • Persepsi akurat • Emosi konsisten dengan pengalaman • Perilaku sesuai • Berhubungan sosial 	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsi pikiran • Ilusi • Reaksi emosional • Perilaku aneh/tidak biasa • Menarik diri 	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan piker • Sulit merespon emosi • Perilaku disorganisasi • Isolasi sosial
--	--	--

Rentang Respon

Keterangan :

- 1) Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma social budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif meliputi :
 - a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
 - b) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
 - c) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
 - d) Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
 - e) Hubungan social adalah proses suatu interkasi dengan orang lain dan lingkungan.

2) Respon Psikososial Meliputi :

- a) Proses piker terganggu yang menimbulkan gangguan
- b) Ilusi adalah miss intrerprestasi atau penilaian yang salah tentang yang benar – benar terjadi (objek nyata) karena gangguan panca indra
- c) Emosi berlebihan atau kurang
- d) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari Interaksi dengan orang lain
- e) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari hubungan dengan orang lain

3) Respon maladaptive adalah respon indikasi dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma social dan budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptive ini meliputi :

- a) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosail
- b) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah satu atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
- d) Perilaku tak terorganisir merupakan perilaku yang tidak teratur
Isolasi social adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam

a. Tanda dan Gejala

Menurut Azizah Zainuri & Akbar, (2016). Tanda dan gejala halusinasi penting diketahui oleh perawat agar dapat menempatkan masalah halusinasi antara lain :

- 1) Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
- 2) Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
- 3) Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
- 4) Disorientasi
- 5) Tidak mampu atau kurang konsentrasi

- 6) Cepat berubah pikiran
- 7) Alur Social kacau
- 8) Respon yang tidak sesuai
- 9) Menarik diri
- 10) Respon yang tidak sesuai
- 11) Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab.
- 12) Sering melamun

b. Tahapan Halusinasi

Tahapan halusinasi menurut Azizah, Zainuri & Akbar (2016) antara lain:

1) Tahap pertama (non-psikotik)

Pada tahap ini, halusinasi dapat membuat klien merasa nyaman dan orientasi

sedang. Secara umum pada tahap ini merupakan hal yang menyenangkan bagi

klien : Mengalami kecemasan, kesepian, batin dan ketakutan, Cobalah untuk

social pada pikiran yang dapat menghilangkan kecemasan dan Pikiran dan pengalaman indrawi masih di bawah kendali sadar.

Perilaku yang muncul:

- a) Tersenyum atau tertawakan diri sendiri
- b) Gerakan bibir anda dengan tenang
- c) Gerakan mata yang cepat
- d) Sebarkan respon verbal, diam dan konsentrasi

2) Fase 2 (pasien non-psikiatri)

Pada tahap ini, Pada tahap ini, pelanggan biasanya menyalahkan diri sendiri dan merasakan kecemasan yang serius. Biasanya rasa haus yang

ada social menyebabkan rasa jijik.klien: Pengalaman sensorik yang menakutkan atau terganggu oleh pengalaman, mulai merasa lepas kendali

dan keluar dari orang lain Perilaku yang muncul:

- a) Meningkatnya detak jantung, pernapasan, dan tekanan darah
- b) Mengurangi kepedulian terhadap lingkungan
- c) Fokus pada pengurangan pengalaman sensorik
- d) Hilangnya kemampuan untuk membedakan antara ilusi dan kenyataan

3) Tahap ketiga (penyakit mental)

Klien biasanya tidak dapat mengontrol diri mereka sendiri, kecemasan mereka parah, dan halusinasi sangat menakutkan klien : Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensorik, isi ilusi menjadi menakutkan dan ketika pengalaman selesai pasien menjadi kesepian. Perilaku yang muncul:

- a) Pasien mematuhi instruksi halusinasi
- b) Kesulitan berhubungan dengan orang lain
- c) Sedikit atau perhatian sementara terhadap lingkungan
- d) Tidak dapat mengikuti perintah sebenarnya
- e) Pasien terlihat panik dan berkeringat

4) Tahap keempat (penyakit mental klien mudah dikendalikan oleh halusinasi, dan mereka biasanya panik).

Perilaku yang muncul :

- a) Resiko cedera tinggi
- b) Pengaduan
- c) Ketidakmampuan merespon rangsangan yang ada

c. Komplikasi

Halusinasi dapat menjadi suatu alasan mengapa pasien melakukan tindakan perilaku kekerasan karena suara-suara yang memberinya perintah sehingga rentan melakukan perilaku yang tidak adaptif. Perilaku kekerasan yang timbul pada pasien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain. Komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi, antara lain: resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi sosial. (Keliat, 2016 dalam Hulu & Pardede 2022).

d. Tindakan keperawatan

Strategi pelaksanaan (SP) yang dilakukan oleh klien dengan Halusinasi pendengaran adalah diskusi mengenai cara mengontrol halusinasi dengan cara melatih cara Menghardik, minum obat secara teratur, mengajarkan bercakap – cakap dengan orang lain, membantu pasien melaksanakan aktifitas terjadwal.

e. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien skizofrenia dengan gejala halusinasi adalah dengan pemberian obat – obatan dan Tindakan lain, yaitu :

1) Psikofarmakologis

Obat – obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada pasien skizofrenia adalah obat – obatan antipsikosis

a) Risperidone 2 mg

b) Clozapine 2 mg

2) Terapi kejang listrik (Electro Compulsive Therapy), yaitu suatu terapi fisik atau suatu pengobatan untuk menimbulkan kejang grand mal secara artifisial dengan melewati aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua temples pada pelipis. Jumlah tindakan yang dilakukan merupakan rangkaian yang bervariasi pada setiap pasien tergantung pada masalah pasien dan respon terapeutik sesuai hasil pengkajian selama tindakan. Pada pasien Skizofrenia biasanya diberikan 30 kali. ECT biasanya diberikan 3 kali seminggu walaupun biasanya diberikan jarang atau lebih sering. Indikasi penggunaan obat: penyakit depresi berat yang tidak berespon terhadap obat, gangguan bipolar di mana pasien sudah tidak berespon lagi terhadap obat dan pasien dengan bunuh diri akut yang sudah lama tidak mendapatkan pertolongan.

3) Psikoterapi

Membantu waktu yang relatif lama, juga merupakan bagian penting dalam proses terapeutik. Upaya dalam psikoterapi ini meliputi : memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan terapeutik, memotivasi klien untuk dapat mengungkapkan perasaan secara verbal, bersikap ramah, sopan dan jujur terhadap klien.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah sebagai dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Saputri & Mar'atus, 2021) Analisa Data Dengan melihat data subyektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, afeck dari masalah tersebut. Dari 12 hasil analisa data inilah dapat ditentukan diagnosa keperawatan (Hasannah, 2019).

2. Diagnosa Keperawatan

Dari data pengkajian subyektif dan obyektif yang didapatkan bahwa pasien sering memperlihatkan mengancam secara fisik, verbal, emosional kepada orang lain atau lingkungan sekitar, pasien termasuk kedalam diagnosa resiko perilaku kekerasan sesuai yang sudah dijelaskan. Data pengkajian dalam kasus ini menyimpulkan bahwa perilaku pasien termasuk kepada golongan risiko perilaku kekerasan (Mukti, 2021).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan pemberian teknik mengontrol perilaku kekerasan dengan pemberian SP yaitu :

- a. SP I Membantu Klien menghardik Halusinasi
- b. SP II Membantu Klien minum obat secara teratur
- c. SP III Membantu Klien bercakap – cakap dengan orang lain
- d. SP IV Membantu Klien melaksanakan aktifitas terjadwal

Intervensi tersebut dilakukan kepada pasien lalu diberikan jadwal kegiatan sehari dalam upaya mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan pasien (Hasannah, 2019).

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan merupakan kelanjutan dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal, pelaksanaan adalah wujud dari tujuan keperawatan pada tahap perencanaan (Wahid, 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari Tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut :

S (Subjektif) : Respon subjektif pasien terhadap Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O (Objektif) : Respon objektif pasien terhadap Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A (Assessment) : Analisa terhadap data Subjektif dan Objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P (Planning) : Tindak lanjut berdasarkan hasil Analisa respon pasien rencana Tindak lanjut

Evaluasi merupakan tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data objektif dan subjektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, Sebagian tercapai atau timbul masalah baru. (Wahid, 2013).

Evaluasi dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku klien setelah diberikan Tindakan keperawatan keluarga juga perlu di evaluasi karena merupakan sistem pendukung penting.

- a. Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu dan frekuensi munculnya halusinasi.
- b. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaan Ketika halusinasi muncul.
- c. Apakah klien dapat mengontrol halusinasi dengan menggunakan empat cara yaitu, menghardik, minum obat secara teratur, berbincang – bincang dengan orang lain, melaksanakan aktifitas terjadwal
- d. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya mempraktikan empat cara mengontrol halusinasi