

LAPORAN PENDAHULUAN
(HARI PERTAMA PRAKTEK)

I. KASUS (MASALAH UTAMA)

Isolasi social

II. PROSES TERJADINYA MASALAH

1. Pengertian

Menarik diri merupakan suatu percobaan untuk menghindari interaksi dan hubungan dengan orang lain. Isolasi social adalah keadaan seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015).

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Purba, dkk.2008).

2. Penyebab

1) Faktor Predisposisi

Ada beberapa factor yang menjadi pendukung terjadinya perilaku isolasi social

1. Faktor perkembangan

Tiap gangguan dalam pencapaian tugas perkembangan dari masa bayi sampai dewasa tua akan menjadi pencetus seseorang sehingga mempunyai masalah respon sosial menaarik diri. sistem keluarga yang terganggu juga dapat

mempengaruhi terjadinya menarik diri. organisasi anggota keluarga bekerjasama dengan tenaga profesional untuk mengembangkan gambaran yang lebihh tepat tentang hubungan antara kelainan jiwa dan stress keluarga. Pendekatan kolaboratif dapat mengurangi masalah respon sosial menarik diri

2. Faktor biologic

Faktor genetik dapat menunjang terhadap respon sosial maladaptif. genetik merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa. kelainan struktur otak, seperti atrofi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak serta perubahan limbik diduga dapat menyebabkan skizofrenia.

3. Faktor sosiokultural

Isolasi sosial merupakan faktor dalam gangguan berhubungan. ini merupakan akibat dari norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain, atau tidak menghargai anggota masyarakat yang tidak produktif, seperti lansia, orang cacat dan berpenyakit kronik. Isolasi dapat terjadi karena mengadopsi norma, perilaku dan sistem nilai yang berbeda dari yang dimiliki budaya mayoritas. Harapan yang tidak realistis terhadap hubungan merupakan faktor lain yang berkaitan dengan gangguan ini (Stuart dan Sundeen, 1998).

2) Faktor Presipitasi

Adapun faktor pencetus terdiri dari 4 sumber utama yang dapat menentukan alam perasaan adalah :

1. Kehilangan ketertarikan yang nyata atau yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta seseorang. fungsi fisik, kedudukan atau harga diri, karena elemen aktual dan simbolik melibatkan konsep kehilangan, maka konsep persepsi merupakan hal yang sangat penting.

Peristiwa besar dalam kehidupan, sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempunyai dampak terhadap masalah-masalah yang dihadapi sekarang dan kemampuan menyelesaikan masalah.

2. Peran dan ketegangan peran telah dilaporkan mempengaruhi depresi terutama pada wanita
3. Perubahan fisiologis diakibatkan oleh obat-obatan berbagai penyakit fisik, seperti infeksi, meoplasma dan gangguan keseimbangan metabolik dapat mencetus gangguan alam perasaan. (Stuart, 1998).

3. Tanda dan Gejala (menurut Damaiyanti & Iskandar, 2012) Gejala

Subjektif :

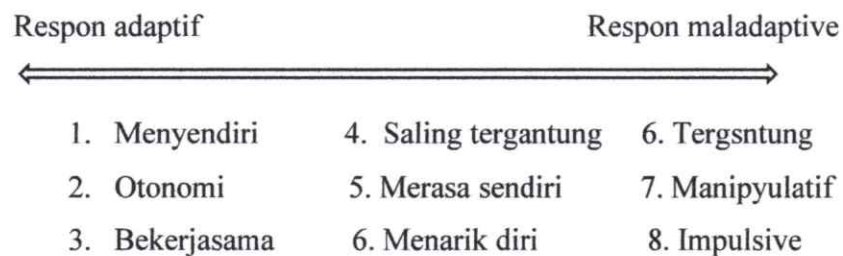
1. Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain
2. Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain
3. Respon verbal kurang dan sangat singkat
4. Klien mengatakn hubungan yang tidak berarti dengan orang lain
5. Klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu
6. Tidak mampu berkonsentrasi dan mengambil keputusan
7. Klien merasa tidak berguna
8. Klien tidak yakin dapat melangsungkan hidup
9. Klien merasa ditolak

Gejala Objektif :

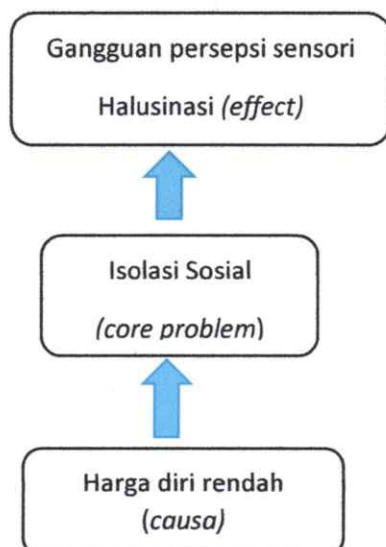
1. Klien banyak diam dan tidak mau bicara
2. Tidak mengikuti kegiatan
3. Banyak berdiam diri dikamar
4. Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain yang terdekat
5. Klien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal
6. Kontak mata kurang

7. Kurang spontan
8. Kurang respon
9. Apatik (acuh terhadap lingkungan)
10. Ekspresi wajah kurang berseri
11. Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri
12. Mengisolasi diri
13. Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya
14. Masukkan makanan dan minuman terganggu
15. Retensi urin dan feses 15. Aktivitas menurun
16. Kurang energi (tenaga)
17. Rendah diri
18. Postur tubuh berubah

4. Rentang Respon



III. POHON MASALAH



IV. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Isolasi sosial : Menarik diri

V. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tujuan dan Kriteria hasil :

Setelah dilakukan Tindakan selama 1x24 jam diharapkan keterlibatan social meningkat dengan kriteria hasil : (PPNI,2018)

- a. Minat interaksi meningkat
- b. Verbalisasi social meningkat
- c. Verbaliosasi ketidakamanan di tempat umum menurun

KLIEN	KELUARGA
<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien 2. Berdiskusi dengan pasien Tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain 3. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain 4. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang 5. Mengajarkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan hari <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien 2. Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktikkan cara berkenalan dengan satu orang 3. Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien isolasi social <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien bercakapcakap saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian. 2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien bercakapcakap (makan, solat bersama). 3. Latih cara membimbing pasien bercakapcakap dan member pujian

SP 3

1. Evaluasi kegiatan bercakap-cakap(berapa orang) saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian.
2. Latih cara bercakap-cakap (4-5 orang) dalam 2 kegiatan harian baru.
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk Latihan bercakap-cakap dengan 4-5 orang saat melakukan 4 kegiatan harian.

SP 4

1. Evaluasi kegiatan bercakap-cakap saat melakukan 4 kegiatan harian. Beri pujian.
2. Latih cara bercakap-cakap dalam kegiatan sosial: belanja ke warung, meminta sesuatu, menjawab Pertanyaan.
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan bercakap-cakap dengan >5 orang, orang baru, saat melakukan kegiatan harian, dan sosialisasi.

SP 3

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien bercakapcakap saat melakukan kegiatan harian dan rumah tangga. Beri pujian.
2. Jelaskan cara melatih pasien dalam melakukan kegiatan sosial, seperti berbelanja, meminta sesuatu, dll.
3. Latih keluarga mengajak pasien belanja.

SP 4

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien bercakapcakap saat melakukan kegiatan harian, RT, berbelanja. beri pujian.
2. Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh dan rujukan.
3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian

<p>SP 5 SD 12</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi. beri pujian. 2. Latih kegiatan harian. 3. Nilai kemampuan yang telah mandiri. 4. Nilai apakah isolasi sosial teratasi 	<p>SP 5 SD 12</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien bercakapcakap saat melakukan kegiatan harian, RT, berbelanja, kegiatan lain dan follow up. beri pujian. 2. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien. 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM.
---	---

LAPORAN PENDAHULUAN
(HARI PERTAMA PRAKTEK)

I. KASUS (MASALAH UTAMA)

Defisit perawatan diri

II. PROSES TERJADINYA MASALAH

1. Pengertian

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri.

Defisit perawatan diri adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktifitas perawatan diri (mandi, berhias, makan, toileting)

2. Etiologi

1) Faktor predisposisi

- a. Perkembangan : Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif terganggu
- b. Biologis : Penyakit kronis yang menyebabkan pasien tidak mampu melakukan perawatan diri
- c. Kemampuan realitas turun : Klien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri
- d. Sosial : Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2) Faktor presipitasi

Kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri.

3. Tanda dan gejala

- 1) Fisik : badan bau, pakaian kotor, rambut dan kulit kotor, kuku panjang dan kotor, gigi kotor disertai mulut bau, penampilan tidak rapi
- 2) Psikologis : malas, tidak ada inisiatif, menarik diri, isolasi diri, merasa tak berdaya, rendah diri dan merasa hina.
- 3) Sosial : interaksi kurang, kegiatan kurang, tidak mampu berperilaku sesuai norma, cara makan tidak teratur, BAK dan BAB di sembarang tempat, gosok sisi dan mandi tidak mampu mandiri.

4. Penatalaksanaan

Pasien dengan gangguan defisit perawatan diri tidak membutuhkan perawatan medis karena hanya mengalami gangguan jiwa, pasien lebih membutuhkan terapi kejiwaan melalui komunikasi terapeutik

III. A. POHON MASALAH



B. MASALAH KEPERAWATAN DAN DATA YANG BELUM DIKAJI

1. Defisit perawatan diri
2. Isolasi sosial
3. Harga diri rendah

Data yang perlu dikaji

1. Data subyektif
2. Data objektif

IV. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Penurunan kemampuan dan motivasi merawat diri
2. Defisit perawatan diri

V. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Tindakan keperawatan pada pasien

1) Tujuan keperawatan pada pasien

- a. Pasien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
- b. Pasien mampu melakukan berhias secara baik
- c. Pasien mampu melakukan makan dengan baik
- d. Pasien mampu melakukan makan dengan baik
- e. Pasien mampu melakukan estimasi secara mandiri

2) Tindakan keperawatan

- a. Melatih pasien cara perawatan kebersihan diri
- b. Membantu pasien latihan berhias
- c. Melatih pasien makan secara mandiri
- d. Menganjurkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri

SP Pada Pasien	SP Pada Keluarga
<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri2. Menejelaskan cara menjaga kebersihan diri3. Melatih pasien cara menjaga kebrsihan diri4. Membimbing pasien memasukkan jadwal kegiatan harian	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien2. Menjelaskan pengertian, tanda gejala defisit perawatan diri3. Menjelaskan cara cara merawat pasien defisit perawatan diri
<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya2. Menjelaskan cara makan yang baik	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan defisit perawatan diri

3. Melatih pasien cara makan yang baik	2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pasien
<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Menjelaskan cara eliminasi yang baik 3. Melatih cara eliminasi yang baik 4. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning) 2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

LAPORAN PENDAHULUAN

(HARI PERTAMA PRAKTEK)

I. KASUS (MASALAH UTAMA)

Harga diri rendah

II. PROSES TERJADINYA MASALAH

1. Pengertian

Harga diri rendah merupakan evaluasi diri dan perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negative terhadap diri sendiri, hilangnya percaya diri dan harga diri, merasa gagal dalam mencapai keinginan (Herman, 2011).

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Yosep, 2009).

2. Etiologi

Penyebab terjadinya harga diri rendah adalah pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal di sekolah, pekerjaan atau pergaulan. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya (Yosep, 2009)

Menurut Stuart & Sundeen (2006), faktor-faktor yang mengakibatkan harga diri rendah kronik meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi sebagai berikut :

1) Faktor predisposisi

- a. Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang

- berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.
- b. Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereotipe peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya
- c. Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi ketidakpercayaan orangtua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur social (Stuart & Sundeen, 2006)

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara emosional atau kronik. Secara situasional karena trauma yang muncul secara tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara, termasuk dirawat di rumah sakit bisa menyebabkan harga diri rendah disebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat klien sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat dirawat (Yosep, 2009)

Harga diri rendah sering disebabkan karena adanya koping individu yang tidak efektif akibat adanya kurang umpan balik positif, kurangnya system pendukung kemunduran perkembangan ego, pengulangan umpan balik yang negatif, disfungsi system keluarga serta terfiksasi pada tahap perkembangan awal (Townsend, 2008)

3. Tanda gejala

Menurut Carpenito dalam keliat (2011) perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah antara lain :

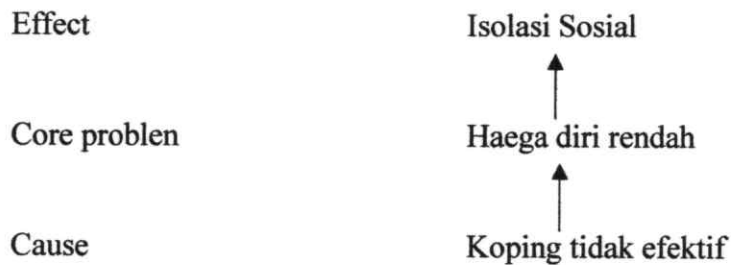
- a. Mengkritik diri sendiri
- b. Menarik diri dari hubungan sosial
- c. Pandangan hidup yang pesimis
- d. Perasaan lemah dan takut
- e. Penolakan terhadap kemampuan diri sendiri
- f. Pengurangan diri/mengejek diri sendiri

- g. Hidup yang berpolarisasi
- h. Ketidakmampuan menentukan tujuan
- i. Merasionalisasi penolakan
- j. Ekspresi wajah malu dan rasa bersalah
- k. Menunjukkan tanda depresi (sukar tidur dan sukar makan)

4. Penatalaksanaan

Psikofarmaka, psikoterapi, ECT, TAK, terapi kognitif perilaku, terapi kognitif

III. A. POHON MASALAH



B. MASALAH KEPERAWATAN DAN DATA YANG BELUM DIKAJI

Gangguan konsep diri : Harga diri rendah.

Koping tidak efektif

Isolasi Sosial

IV. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

V. RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan: Harga Diri Rendah

- Tujuan Umum : Klien memiliki konsep diri yang positif

- Tujuan Khusus :

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya

Intervensi :

- a. Sapa klien dengan ramah dan nama panggilan yang disukai klien
 - b. Perkenalkan diri dengan sopan
 - c. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien
 - d. Jelaskan tujuan pertemuan
 - e. Jujur dan menepati janji
 - f. Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien
2. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
- a. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
 - b. Hindarkan pemberi penilaian negatif setiap bertemu klien
 - c. Untuk memberi pujian yang realistik
3. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan
- a. Diskusikan kemampuan yang masih dapat dilakukan
 - b. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya
4. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki
- a. Rencanakan bersama aktivitas klien yang dapat dilakukan setiap hari
 - b. Tingkatkan kegiatan sesuai kondisi klien
 - c. Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat klien lakukan
5. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat
- a. Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan
 - b. Pantau kegiatan yang dilaksanakan klien
 - c. Beri pujian atas usaha yang dilakukan klien
 - d. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang

6. Klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada
 - a. Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien dengan harga diri rendah
 - b. Bantu keluarga memberikan dukungan selama klien dirumah
 - c. Bantu keluarga menyiapkan lingkungan rumah

Diagnosa	Tindakan	SP 1	SP 2	SP 3	SP 4
Targi Diri rendah	Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan) 2. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan) : buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini 3. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan/kemampuan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih 4. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pertama yang dipilih dan berikan pujian. 2. Bantu pasien memilih kegiatan/kemampuan kedua yang akan dilatih 3. Latih kegiatan kedua (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: dua kegiatan masing-masing dua kali per hari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian. 2. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga/kemampuan yang akan dilatih 3. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan: tiga kegiatan, masing-masing dua kali per hari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian. 2. Bantu pasien memilih kegiatan keempat/kemampuan yang akan dilatih 3. Latih kegiatan keempat (alat dan cara) 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan empat kegiatan masing-masing dua kali per hari
	Keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien. 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah (gunakan booklet). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan kebersihan diri, beri pujian. 2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan/kemampuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih, beri pujian. 2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan/kemampuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan, beri pujian 2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan/kemampuan

	<p>3. Jelaskan cara merawat harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal yang positif pada pasien.</p> <p>4. Latih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan/kemampuan yang dipilih pasien: bimbing dan beri pujian.</p> <p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan cara memberikan pujian.</p>	<p>kedua yang dipilih pasien</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian.</p>	<p>ketiga yang dipilih pasien</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian.</p>	<p>keempat yang dipilih pasien</p> <p>3. Jelaskan follo up ke PKM, tan kambuh, rujukan,</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian</p>
--	--	---	--	--

HALUSINASI

I. Kasus (Masalah Utama)

Halusinasi

II. Proses Terjadinya Masalah

1. Definisi

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi yaitu merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada.

2. Rentang Respon Neurobiologis

Respon Adaptif	Respon Biologis	Respon Maladaptif
<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran logis • Persepsi akurat • Emosi konsisten • Perilaku sesuai • Hubungan sosial 	<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran kadang menyimpang • Ilusi • Reaksi emosional berlebihan dan kurang • Perilaku aneh • Menarik diri 	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan pikiran • Kesulitan untuk memproses emosi • Ketidakteraturan perilaku • Isolasi sosial

3. Penyebab

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan mudah frustrasi. Keluarga menyebabkan klien tidak dapat

mandiri sejak dini, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan rentang stres.

2) Faktor sosiokultural

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

3) Faktor biologis

Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik. Neurokimia akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.

4) Faktor psikologis

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

5) Faktor genetik dan pola asuh

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

b. Faktor Presipitasi

1) Dimensi fisik

Seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu lama.

2) Dimensi emosional

Meliputi perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi.

3) Dimensi intelektual

Ditunjukkan adanya penurunan fungsi ego.

4) Dimensi social

Adanya gangguan interaksi sosial.

5) Dimensi spiritual

Seperti kekecewaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berdoa secara spiritual untuk menyucikan diri.

4. Proses Terjadinya Halusinasi

Beberapa orang mengatakan bahwa situasi keamanan di otak normal dibombardir oleh aliran stimulus yang berasal dari tubuh atau dari luar tubuh. Sifat musatan akan terganggu atau tidak ada sama sekali saat bertemu dalam keadaan normal atau patologis, materi berada dalam prosedur depot unconscious atau dilepaskan dalam bentuk halusinasi.

Pendapat lain mengatakan bahwa halusinasi dimulai dengan kenangan yang dilepaskan ke unconscious dan kemudian karena ketidakmampuan pusat dan kerusakan pada realitas. Tingkat ketekatan kenangan sebelumnya diproyeksikan keluar dalam bentuk stimulus eksternal.

5. Klasifikasi Halusinasi

JENIS HALUSINASI	DATA OBJEKTIF	DATA SUBJEKTIF
Halusinasi pendengaran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berbicara dan tertawa sendirian tanpa ada yang bisa diajak bicara 2. Marah tanpa alasan 3. Sering mencodongkan telinga ke arah tertentu 4. Sering menutup telinga tanpa sebab 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara atau gerakan 2. Dengarkan suara yang mendorong anda untuk berbicara 3. Mendengar suara yang menyuruh anda melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi penglihatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjuk ke arah tertentu 2. Takut pada sesuatu hal, bentuk, rupa atau benda lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat bayangan, sinar, bentuk aneh, bentuk kartun, lihat hantu ataupun monster
Halusinasi penciuman	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baunya seperti mencium aroma tertentu 2. Terlihat menutup hidungnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencium bau tidak sedap 2. Mencium aroma yang sangat menyengat
Halusinasi pengecapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sering meludah dan batuk 2. Selalu merasa mual dan muntah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan seperti mengecap darah, urin dan feses
Halusinasi perabaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggaruk permukaan kulitnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatakan ada serangga dikulit dan merasakan sengatan listrik

6. Klasifikasi Halusinasi

Tahpan Halusinasi	
Stage I: Sleep disorder (fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi)	Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, tetapi diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor tersistematis. Sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menggenggam lamunan, lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.
Stage II: Comforting (Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami)	Klien mengalami emosi berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba menurunkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Sensorinya dapat dikontrol bila kecemasannya diatur dalam tahap ini. Ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.
Stage III: Condemning (secara umum halusinasi sering mendatangi klien)	Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berusaha menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan. Klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas

		waktu yang lama.
Stage IV: Controlling		Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan ketegangan bila halusinasinya berakhir. Dan inilah gangguan psikotik.
Stage V: Conquering (gangguan dalam lingkungannya)		Klien sangat dikuasai oleh halusinasi. Klien tampak panik. Karakteristiknya yaitu suara atau ide yang datang mengancam apabila tidak dituruti.

III.

1. Pohon Masalah

(Effect) Risiko perilaku kekerasan

↑

(Core problem) Perubahan persepsi sensori: Halusinasi

↑

(Cause) Isolasi sosial ← Harga diri rendah → Koping individu tidak efektif

2. Masalah Keperawatan dan Data yang Perlu Dikaji

a. Masalah keperawatan

- 1) Harga diri rendah kronik
- 2) Koping individu tidak efektif
- 3) Isolasi social

b. Data yang perlu dikaji

- 1) Faktor predisposisi
 - a) Faktor perkembangan
 - b) Faktor sosial budaya
 - c) Faktor psikologis
- 2) Faktor Presipitasi
 - a) Stressor sosial budaya
 - b) Faktor biokimia
 - c) Faktor psikologis
 - d) Perilaku

IV. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

V. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tujuan:

- 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- 2) Klien dapat mengenali jenis halusinasinya

- 3) Klien dapat mengontrol halusinasinya
- 4) Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya
- 5) Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik

KLIEN	KELUARGA
SP1P	SP1K
1) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 2) Mengidentifikasi isi halusinasi klien 3) Mengidentifikasi waktu halusinasi klien 4) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien 5) Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi 7) Mengajarkan klien mengontrol halusinasi 8) Mengajarkan klien memasukkan cara mengontrol halusinasi dalam jadwal kegiatan harian	1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 2) Menjelaskan pengertian, tanda gejala, dan jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya

SP2P	SP2K
1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap dengan orang	1) Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien halusinasi 2) Melatih keluarga melakukan cara merawat klien
SP3P	SP3K
1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang biasa dilakukan klien 3) Menganjurkan klien memasukkan cara mengendalikan halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian	1) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah, termasuk jadwal minum obat 2) Menjelaskan follow up klien setelah pulang
SP4P	
1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan	

obat secara teratur	
3) Menganjurkan klien memasukkan kegiatan pengendalian halusinasi dalam kegiatan harian	

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, L. M., Imam, Z. I., & Amar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa: Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Damaiyanti & Isteniar. (2012). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yusuf, A., & Nihayati. (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.