

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa sama krusialnya dengan kesehatan fisik, keduanya harus dijaga dengan baik. Merujuk *World Health Organization* (WHO) kesehatan mental yakni kondisi individu keadaan baik, menikmati kehidupan dan bisa mengatasi tantangan, membangun relasi positif dengan sesama, bersikap terhadap orang lain seperti ingin diperlakukan (Ayuningtias dkk, 2018). Gangguan psikologis adalah masalah mental yang melibatkan pikiran, emosi, serta perilaku, yang dapat mengakibatkan turunnya fungsi mental, khususnya minat serta dorongan, maka menghambat kualitas hidup individu di masyarakat (Nugrohodkk, 2021).

Permintaan dan kendala dalam hidup yang terus meningkat serta inovasi teknologi yang semakin pesat dapat menambah beban stres. Tanpa strategi koping yang efektif, individu mudah mendapat masalah kesehatan mental. Masalah kesehatan mental merupakan bagian penting dari isu kesehatan di negara maju, dan tidak selalu berujung pada kematian, namun jika gangguan jiwa yang di alami berat maka gangguan tersebut dapat menyebabkan terhambatnya pembangunan sebab tidak produktif serta efisien (Widiyanto, 2016).

Skizofrenia adalah gangguan mental jangka panjang yang ditandai oleh halusinasi, delusi, serta pola pikir dan perilaku yang tidak teratur. Gejalanya

mencakup persepsi palsu seperti mendengar suara atau melihat hal yang tidak nyata (Maudhunah, 2021).

Halusinasi yakni fenomena ketika persepsi individu menghadapi gangguan yang mengarah pada penglihatan, pendengaran, atau penciuman hal-hal yang tidak ada (Sutejo, 2017). Penyebabnya bisa bervariasi, termasuk gangguan psikiatri atau reaksi terhadap obat-obatan tertentu (Here, 2021)

Halusinasi merupakan gejala dari gangguan psikis yang timbul akibat gangguan fungsi indra, walaupun keadaan ini tidak umum, orang yang mengalami halusinasi bisa berisiko bagi dirinya sendiri, hal ini dapat dikenali melalui perilaku seperti tidak bisa tenang, senantiasa bergerak, melangkah tanpa tujuan, dan lain-lain, Beberapa penyebab halusinasi meliputi efek obat, alkohol, kurang tidur, penyakit serius, dan depresi; jika hal ini terus berlangsung, halusinasi dapat berpotensi membahayakan individu yang mengalaminya (Khanza savitri, 2019)

masalah psikologis, gangguan bipolar, ilusi, adalah fenomena yang kerap muncul, bisa berupa gambar atau pikiran yang memengaruhi perilaku, sehingga menimbulkan reaksi tertentu seperti ketidakstabilan emosi, kemarahan, atau perilaku lain yang membahayakan pribadi, orang lain, lingkungan sekeliling (Riadi, 2020)

Data prevalensi gangguan jiwa dipenjuru dunia merujuk *World Health Organization* (WHO) tahun 2020, menampilkan berkisar 379 juta orang mengalami gangguan kejiwaan dipenjuru dunia dan 20 juta menghadapi

skizofrenia dan yang di nyatakan sembuh dari tahun 2019 ke 2021 meningkat dari 28% hingga 54% pada tahun 2022

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) nasional tahun 2018 di Indonesia terdapat 400.000 orang menderita *skizofrenia* atau 1,7% dari 1.000 penduduk dan menurut Riskesdas Provinsi Kalimantan Timur (2018) terdapat kasus *skizofrenia* mencapai 5% per 1.000 penduduk dan pada Samarinda terdapat 12.98% atau setara dengan 1.141 orang

Dan yang terdapat di lingkungan kerja puskesmas Lok Bahu Samarinda adalah 29 jiwa yang terkena halusinasi

Dampak yang terjadi jika seseorang menderita halusinasi adalah seseorang kehilangan kontrol terhadap diri nya sendiri dan dapat membahayakan diri nya se diri beserta orang sekitar lingkungan nya. Ketika seseorang berhalusinasi, pikirannya serta perilaku mengalami pengaruh dari halusinasi itu, yang dapat mengarah pada potensi bunuh diri serta melukai dan membunuh orang sekitarnya.

Berdasarkan paparan masalah di atas, penulis berminat mengambil judul penelitian “Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi di wilayah kerja puskesmas loa bahu samarinda “

B. Rumusan Masalah

“Berlandaskan dari latar belakang, peneliti membuat rumusan dari masalah: Bagaimana Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi di wilayah kerja puskesmas lok bahu Samarinda?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan pasien mengalami Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Di wilayah Kerja Puskesmas Loa Bahu Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu dalam melakukan anamnesis pada penderita halusinasi sensorik.
- b. Mampu merumuskan diagnosis keperawatan terkait disfungsi perseptual.
- c. Mampu menyusun intervensi terapeutik bagi individu dengan gangguan persepsi.
- d. Mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan pada kasus halusinasi.
- e. Kritis dalam mengevaluasi efektivitas intervensi wudhu sebagai terapi keperawatan.
- f. Cakap melakukan penilaian akhir atas respons pasien terhadap asuhan halusinasi sensorik.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Manfaat temuan studi yang teoritis mampu memberi manfaat mengembangkan serta memperbaiki mutu asuhan keperawatan serta

pendidikan terkhusus pada asuhan keperawatan pasien gangguan persepsi sensori halusinasi.

2. Manfaat Praktis

a. Manfaat bagi peneliti/Mahasiswa

Manfaat bagi penulis adalah mendapatkan ilmu beserta pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pasien gangguan persepsi sensori halusinasi .

b. Manfaat bagi Instansi

Manfaat temuan studi diharapkan memperluas pengetahuan dan menambah referensi jadi rujukan studi yang akan datang.

c. Manfaat bagi klien dan keluarga

Manfaat studi ke klien dapat menangani isu di derita pasien serta mempercepat proses sembuh.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Halusinasi

1. Definisi

Halusinasi yakni fenomena dalam kondisi mental seseorang merasakan stimulus yang tidak ada, serta mengalami distorsi dalam persepsi sensori berupa suara, penglihatan, rasa, dan bau (Sutejo, 2019).

Halusinasi sering kali menjadi indikasi utama bagi pasien yang mengalami gangguan jiwa, munculnya gejala tersebut dapat disertai dengan ketidakmampuan mengendalikan diri, dan keadaan ini berisiko bagi keselamatan diri dan orang lain (Hawari, 2023).

2. Etiologi

Faktor penyebab stres menurut (Oktaviani,2020) yakni faktor Predisposisi (Faktor lingkungan, interpersonal, Psikologis), Faktor Presipitasi (Dimensi fisik, Emosional, sosial, spiritual) (Muliska 2020).

1. Faktor Predisposisi

1.) Faktor Perkembangan

Ketidakberhasilan perkembangan pasien akibat lemahnya kontrol dan kasih sayang keluarga menyebabkan mereka kesulitan untuk mandiri, mudah kecewa, hilang rasa percaya diri, serta mudah terkena dampak stres.

2.) Faktor sosiokultural

Individu yang tidak diapresiasi oleh masyarakat sejak lahir cenderung merasa terasing, kesepian, dan meragukan sekelilingnya.

3.) Faktor Biologis

Stres yang berlebihan menyebabkan tubuh memproduksi neurokimia tertentu dengan sifat halusinogenik seperti zat kimia lainnya *Buffofenon* dan *Dimetytranferse* mengakibatkan beban mental yang lama.

4.) Faktor Psikologis

Sifat kepribadian yang kurang kuat sering kali terjebak dalam kecanduan zat berbahaya, yang mempengaruhi kapasitas mereka dalam mengambil keputusan yang baik dan benar.

2. Faktor Presipitasi

1.) Dimensi Fisik

Halusinasi dipicu sejumlah keadaan fisik berupa kelelahan parah, konsumsi obat-obatan, demam sampai delirium dan keracunan atau overdosis zat berbahaya.

2.) Dimensi Emosional

Perasaan takut mendalam atas isu-isu tak terlihat memicu halusinasi, biasanya berupa pesan yang mendesak serta ancaman yang menakutkan (Rachmawati et al., 2024).

3.) Dimensi Intelektual

Kondisi ini mengindikasikan bahwa individu halusinasi dapat mengalami penurunan fungsi ego dan tak jarang ada pengaruh pada semua perilaku pasien (Handayani et al., 2013).

4.) Dimensi Sosial

Dalam lingkungan ini pasien mengalami kesulitan dalam berinteraksi sosial yang percaya bahwa bersosialisasi sangat berbahaya.

5.) Dimensi Spiritual

Secara spiritual seseorang menghadapi halusinasi sering kali terjebak dalam kehampaan jiwa, rutinitas yang tidak berarti, berkurangnya motivasi untuk berdoa dan kurangnya usaha dalam hal spiritual.

3. Tanda dan gejala

Merujuk (Jaya, 2022) tanda serta gejala skizofrenia :

Tanda dan gejala yang dialami pasien skizofrenia sangat berpariatif dan terjadi beberapa perubahan penting yaitu persepsi, mudah emosi atau *moodswing*, kognitif, psikososial, tanda dan gejala tersebut sering berubah ubah seiring berjalannya waktu tetapi akan memburuk jika tidak segera diobati maka tanda dan gejala akan berlangsung lama.

Merujuk (Mislika 2020) tanda serta gejala halusinasi :

- a. Mengisolasi diri dari orang lainnya serta terus menjauh
- b. Bergembira dan tersenyum lebar

- c. Duduk terpukau (menghayal)
- d. Bicara sendiri
- e. Melihat ke depan sambil menggigit bibir tanpa suara , mata bergerak cepat serta reaksi lambat
- f. Mengacaukan dan menyalakan isu lingkungan lokal
- g. Tiba tiba marah , curiga , bermusuhan , merusak (diri sendiri srta lingkungan sekitar) , takut
- h. Gelisah
- i. Ada kenaikan suhu tubuh , denyut jantung , tekanan darah.

4. Patofisiologi

Merujuk (simatupang et al , 2019) halusinasi terpecah beberapa fase;

a. Fase sleep disorder

Fase dengan periode pasien menghadapi banyak kesulitan , cenderung menjauh dari interaksi sosial dan merasa cemas bila orang lain mengetahui masalah yang dihadapinya, masalah akan semaki terasa susah sebab beragam stressor terakumulasi contohnya terlibat narkoba, di keluarkan kampus, putus cinta, masalah terasa makin menekan serta mulai mengalami kesulitan untuk tidur berangsur terus menerus hingga berkhayal dan menggap khayalan awal menjadi pemecah masalah.

b. Fase comforthing

Fase ini yakni saat pasien mulai menghadapi emosi yang kuat, merasakan kecemasan, kesepian, rasa bersalah, ketakutan, dan berusaha

mengendalikan pikiran serta perasaan saat merasa cemas. Pasien menunjukkan sikap tenang terhadap halusinasi.

c. *Fase condemning*

Fase ketika pengalaman sensorik pasien kian intens dan memasuki perasangka, pasien merasa tidak berdaya dan cenderung menjauh dari objek yang dianggapnya mengancam, pasien mulai menarik diri dari interaksi sosial selama beberapa waktu.

d. *Fase controlling*

Pada tahap ini, pasien berusaha melawan suara-suara dan pengalaman sensorik aneh yang muncul, merasa sunyi saat halusinasi mereda, menandai awal gangguan psikotik.

e. *Fase conquering*

Tahap dimana pasien mengalami gangguan dalam persepsi sensorik, merasa terancam oleh suara-suara yang kebisingannya sulit diatasi, halusinasi bisa terjadi selama beberapa jam hingga seharian dan menimbulkan gangguan psikologis yang signifikan.

5. **Klasifikasi**

Menurut (Mislita 2020) jenis halusinasi:

a. Halusinasi pendengaran (auditorik)

Gangguan pada stimulus, pasien mendengar suara berupa perintah untuk melakukan suatu hal.

b. Halusinasi penglihatan (visual)

Pengaruh visual berbagai bentuk seperti cahaya berkilau, pola geometris, ilustrasi lucu, pemandangan luas, dan siluet menyeramkan.

c. Halusinasi peraba (tactile)

Kondisi yang ditandai ketidaknyamanan atau rasa nyeri tanpa adanya penyebab fisik detail, mirip dengan sensasi listrik benda mati atau individu lainnya.

d. Halusinasi penghidu (Olfaktori).

Kecacatan indra penciuman ditandai dengan aroma busuk, amis, serta bau tidak sedap, tetapi kadang-kadang tercium wangi

e. Halusinasi pengecap (gustatory).

Perasaan bahwa ada aroma busuk yang menyengat dan menjijikan

f. Halusinasi sinestetik.

Disfungsi yang timbul saat individu mengalami persepsi abnormal terhadap hemodinamika vaskular, aktivitas gastrointestinal, atau proses nefrogenesis.

6. Komplikasi

Halusinasi sering kali menjadi faktor pemicu bagi pasien dalam melakukan tindakan agresif, lantaran ada suara yang memberikan instruksi, sehingga meningkatkan risiko perilaku tidak sehat, perilaku kasar pada pasien skizofrenia sering kali berakar dari rasa tidak berharga dan kekhawatiran akan ditolak oleh lingkungan; hal ini dapat menyebabkan

komplikasi seperti resiko kekerasan, penurunan harga diri, isolasi sosial (Maudhunah, 2021).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan merujuk (Iyan 2021) terdapat beberapa mencakup psikofarmakoterapi, psikoterapi, rehabilitas

a. Psikofarmakoterapi

1). Antipsikotik

Indikasi utama pada jenis obat individu dengan masalah psikotik (termasuk skizofrenia) contohnya obat seperti Clozapine, Ziprasidone, Asenapine, dan Paliperidone.

2.) Antidepresan

Obat ini tergolong dalam kategori obat yang berfungsi mengurangi atau mengatasi gejala depresi seperti Imipramin, Maprotilin, Setralin dan Paroxetine.

3.) Antiansietas

Obat jenis yang digunakan untuk meredakan kecemasan patologis tanpa memengaruhi fungsi kognitif.

b. Psikoterapi

Terapi yang menggunakan terapi listrik untuk mengobati kejang grandmall secara artifisial melalui saluran listrik yang diterapkan pada satu atau dua pelipis. Ini dapat digunakan untuk pasien skizofrenia yang tidak responsif terhadap neuroleptika oral atau injeksi; dosis untuk terapi kejang adalah 4-5 joule/detik.

c. Rehabilitas

Rehabilitasi ini bertujuan membantu pasien bersosialisasi kembali dengan lingkungan sekitar, termasuk penderita lainnya, tenaga perawat, dokter supaya tak merasa terasing. Pasien disarankan untuk mengikuti aktivitas permainan atau berlatih bersama demi mendukung proses penyembuhan.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi

1. Pengkajian Keperawatan

Di tahap yang terdapat beberapa hal harus diteliti ke pasien terkait langsung kasus halusinasi mencakup (Jesika,2021)

a. Identitas klien

Mencakup nama pasien , umur , jenis kelamin , status menikah , agama tanggal MRS , alamat pasien.

b. Keluhan utama

Keluhan yang sering ada mencakup berbicara tanpa lawan bicara , tertawa di tengah keramaian , tersenyum tanpa sebab jelas , serta bingung membedakan antara realitas dan khayalan , menjauh dari hubungan sosial , sering mengalami stres dan kemarahan , keadaan kesehatan yang kurang baik akibat kesulitan merawat diri dan tidak mampu menjalani aktivitas harian.

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi yakni aspek risiko dapat memengaruhi variasi serta kuantitas sumber individual dalam mengatasi tekanan.

Faktor predisposisi yakni aspek risiko dapat memengaruhi variasi serta kuantitas sumber individual dalam mengatasi tekanan

1. Faktor perkembangan : hambatan pada tugas perkembangan serta gangguan korelasi antarpribadi akan menyebabkan stres serta kecemasan berlebihan pada pasien.
2. Faktor sosiokultural : berbagai kondisi sosial dapat membuat individu merasa terasing dari komunitas di sekitarnya.
3. Faktor biokimia : kondisi stres yang berat dapat menyebabkan tubuh memproduksi senyawa neurokimia halusinogenik.
4. Faktor psikologis : ketidakharmonisan hubungan akibat konflik peran ganda dapat menghasilkan stres dan kecemasan mengarah ke gangguan halusinasi.
5. Faktor genetik : studi menunjukkan bahwa pengaruh keluarga sangat kuat terhadap munculnya penyakit.

d. Faktor Presipitasi

Terdapat rangsangan dari sekeliling yang selalu muncul yakni partisipasi pasien berkelompok sangat berlama dalam berkomunikasi pada objek terdapat di tempat sepi atau terasing sosial selalu diartikan menjadi penyebab munculnya halusinasi.

e. Aspek Fisik

Pengukuran TTV (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, TB dan BB) menunjukkan bahwa pasien mengalami keluhan fisik lain dengan kenaikan denyut nadi, jantung, pernafasan, tekanan darah.

f. Aspek Psikososial

Genogram mendeskripsikan tiga generasi.

g. Konsep Diri

1. Gambaran Diri

Diskusikan dengan pasien seputar tubuh, area tubuh disukai dan catat reaksi pasien pada bagian mereka suka dan tak suka

2. Identitas Diri

Pasien dengan delusi merasa bahwa dirinya tidak berarti dan tidak ada gunanya.

3. Fungsi Peran

Pasien yang mengalami halusinasi beralih fungsi peran atau berhenti total yang dipicu oleh kondisi medis, trauma di masa lalu, menjauh dari masyarakat, perilaku yang agresif.

4. Ideal Diri

Pasien skizofrenia, mereka sering mengabaikan diri sendiri dan kondisi sekitar.

5. Harga Diri

Orang yang menghadapi halusinasi tetap menghargai dirinya tanpa ragu meski sering kali terjatuh, kalah, dan gagal, selalu melihat dirinya memiliki nilai yang tinggi

h. Status Mental

Dalam evaluasi pasien dengan halusinasi ditemukan data berupa berbicara sendiri, tersenyum, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, respon verbal lambat, pergerakan mata cepat, menarik diri dari orang lain serta lingkungan, serta kesulitan membedakan antara kenyataan dan ilusi, naiknya tekanan darah, denyut jantung, serta pernafasan, kurang peduli terhadap lingkungan, kesulitan berinteraksi, wajah tampak tegang dan mudah tersinggung, kesal, tidak dapat melaksanakan perintah dari orang lain dan perawat, muncul tremor, melukai diri atau orang lain, penampilan diri tidak diperhatikan.

i. Mekanisme Koping

Ketika seseorang mendapatkan masalah, mereka cenderung merasa takut atau menyimpan perasaan sendiri dan enggan berbicara (koping isolasi) mekanisme koping yang diadopsi adalah cara untuk menangani kecemasan yang adalah manifestasi kesepian yang menghantui individu, mekanisme koping umum dipergunakan individu halusinasi :

1. Regresi : malas beraktivitas
2. Proyeksi : berusaha mengalihkan tanggungjawab ke orang lain
3. Menarik diri : susah memercayai orang lain serta asik sendiri

j. Aspek Medis

Pasien dapat menerima terapi mencakup terapi farmakologi, terapi okupasional, TAK, serta rehabilitasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pasien dengan halusinasi:

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi
2. Isolasi sosial
3. Resiko perilaku kekerasan

Data yang harus diamati ke pasien yang halusinasi:

a. Data subjektif

- 1) Pasien menyatakan mendengar suatu hal
- 2) Pasien berkata melihat bayangan putih
- 3) Pasien menyatakan merasa dirinya disengat listrik
- 4) Pasien mencium bau tak enak
- 5) Pasien mengatakan terdapat suatu hal yang beda dari dirinya

b. Data objektif

- 1) Pasien berbicara sendiri dan tertawa saat dikaji
- 2) Merasa mendengar sesuatu
- 3) Disorientasi
- 4) Pikiran yang kacau dan berubah ubah
- 5) Konsentrasi rendah

Diagnosa yang muncul yaitu :

1. Gangguan persepsi sensori b.d gangguan pendengaran

2. Resiko perilaku kekerasan b.d kontrol diri
3. Isolasi sosial b.d keterlibatan sosial

Pohon masalah

(Iyan, 2021)

Resiko perilaku kekerasan



**Gangguan persepsi sensori
: Halusinasi**



Isolasi sosial

Gambar 2.1 Pohon Masalah

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan asuhan keperawatan yang diberikan berlandaskan keluhan dialami dan dirasakan oleh pasien dengan diagnosa yang sudah ditetapkan pada SDKI.

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No	DX Keperawatan	Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Gangguan persepsi sensori b.d gangguan pendengaran (D0085)	<p>Persepsi sensori (L09083) Sesudah dilaksanakan asuhan keperawatan Ekspresi : membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5) 2. Distorsi sensori menurun (5) 3. Perilaku halusinasi menurun (5) 4. Menarik diri menurun (5) 5. Melamun menurun (5) 6. Curiga menurun (5) 7. Mondar mandir menurun (5) 	<p>Manajemen halusinasi (L.09288) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 1.2 Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 1.3 Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan lingkungan yang aman 1.5 Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis.

		8. Respon sesuai stimulus menurun (5) 9. Konsentrasi menurun (5) 10. Orientasi menurun (5)	Limit setting, pembatasan wilayah , pengekangan fisik, seklusi) 1.6 Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 1.7 Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi 1.8 Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 1.9 Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik relaksasi 1.10 Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik , melakukan aktivitas , dan teknik relaksasi 1.11 Anjarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi 1.12 Kolaborasi pemberian obat antiosikotik dan antiansietas jika perlu
2.	Resiko perilaku kekerasan (D.0146)	Kontrol diri (L.09076) Ekspektasi : meningkat 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5) 2. Verbalisasi umpatan menurun (5) 3. Perilaku menyerang menurun (5) 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun (5) 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5) 6. Perilaku agresif / amuk menurun (5) 7. Suara keras menurun (5) 8. Bicara ketus menurun (5) 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun (5) 10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun (5) 11. Verbalisasi rencana bunuh diri menurun (5) 12. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun (5) 13. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun (5) 14. Euforia menurun (5) 15. Alam perasaan depresi menurun (5)	Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) Observasi 2.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis.benda tajam,tali) 2.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 2.3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis.pisau cukur) Terapeutik 2.4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2.5 Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi 2.6 Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2.7 Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 2.8 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis.relaksasi , bercerita)
3.	Isolasi sosial (D.0121)	Keterlibatan sosial (L.13116) Ekspektasi : meningkat 1. Minat interaksi meningkat (5) 2. Verbalisasi tujuan yang jelas meningkat (5) 3. Minat terhadap aktivitas	Promosi sosialisasi (I.13498) Observasi 3.1 Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 3.2 Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain

		<p>meningkat (5)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain meningkat (5) 5. Perilaku tujuan meningkat (5) 6. Kontak mata meningkat (5) 7. Tugas perkembangan sesuai usia meningkat (5) 8. Verbalisasi isolasi menurun (5) 9. Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun (5) 10. Perilaku menarik diri menurun (5) 11. Verbalisasi perasaan benda dengan orang lain menurun (5) 12. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri menurun (5) 13. Afek murung / sedih menurun (5) perilaku bermusuhan menurun (5) 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3 Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 3.4 Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3.5 Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 3.6 Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. Jalan jalan ke toko buku) 3.7 Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain 3.8 Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan 3.9 Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 3.10 Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.11 Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 3.12 Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3.13 Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 3.14 Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain 3.15 Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. Kacamata dan alat bantu dengar) 3.16 Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 3.17 Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 3.18 Latih mengekspresikan marah dengan tepat
4.			<p>Terapi Seni (I.09329)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi bentuk kegiatan berbasis seni 4.2 Identifikasi media seni yang digunakan (mis. Gambar [foto, gambar manusia, gambar keluarga, jurnal foto, jurnal media], grafik [waktu, peta tubuh], artefak [topeng, patung]) 4.3 Identifikasi tema karya seni 4.4 Identifikasi konsep diri melalui gambar manusia 4.5 Monitor keterlibatan selama proses pembuatan karya seni, termasuk perilaku verbal dan nonverbal <p>Terapeutik</p>

			<p>4.6 Sediakan alat perlengkapan sesuai tingkat perkembangan dan tujuan terapi</p> <p>4.7 Sediakan lingkungan tenang dan distraksi</p> <p>4.8 Batasi waktu penyelesaian</p> <p>4.9 Catat interpretasi pasien terhadap gambar atau ciptaan artistik</p> <p>4.10 Salin/dokumentasikan karya seni untuk arsip sesuai kebutuhan</p> <p>4.11 Diskusikan makna karya seni yang dibuat, gabungkan penilaian pasien dengan literatur</p> <p>4.12 Diskukasikan kemajuan sesuai tingkat perkembangan</p> <p>4.13 Hindari mendiskusikan makna karya seni yang belum selesai dibuat</p> <p>Edukasi Anjurkan menggambar realistik atau artistik</p> <p>4.15 Anjurkan mendeskripsikan proses dan hasil pembuatan karya seni</p> <p>4.16 Anjurkan menggunakan lukisan atau gambar sebagai media menceritakan akibat stresor (mis. Perceraian, pelecehan)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.17 Rujuk sesuai indikasi (mis. Pekerja sosial, terapi seni)</p>
--	--	--	---

4. Implementasi

Praktik keperawatan adalah berbagai tindakan yang diambil oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi isu kesehatan yang sedang dialami agar kondisi kesehatan bisa sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditentukan (Suwignjo et al , 2022).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah langkah penutup dari proses perawatan yang menunjukkan bahwa semua tujuan perawatan sudah tercapai atau masih memerlukan tindakan lanjutan (Suwignjo et el , 2022).

Evaluasi dapat dilakukan dmetode SOAP sebagai strategi, dan dijelaskan:

S : Respon subjektif pasien diselenggarakan

O : Respon objektif pasien diselenggarakan

A : Analisa ulang terhadap tindakan keperawatan data subjektif guna menyimpulkan masalah baru atau ada kontraindikasi dengan masalah yang tersedia

P : Perencanaan atau tidak melanjutkan berlandaskan hasil analisa respon(Syahminan et al., 2023)

6. Terapi

Terapi Seni adalah terapi non farmakologis guna menurunkan kecemasan dan mengelola emosi seperti stres, depresi, dan keraguan diri (Dewi, 2021) Terapi menggambar ini membantu untuk mengurangi halusinasi pada pasien dan membantu mengekspresikan pikiran, perasaan, atau emosi telah memengaruhi sikap tak mereka sadari selain itu terapi ini juga memberi motivasi mengalihkan perhatian pada pasien halusinasi dialami yang membuat ia tidak terfokus dengan halusinasi nya tersebut (Nurjaya, 2024) Terapi menggambar juga memiliki hubungan yang signifikan dengan pergantian gejala halusinasi pasien skizofrenia, gejala timbul mengalami penurunan setelah pasien melakukan terapi menggambar, dengan melakukan terapi menggambar pasien dapat mengekspresikan pikiran nya dan perasaan secara non verbal melalui media tersebut.

a. Indikasi

1. Membantu melepaskan emosi
2. Membantu mengekspresikan diri
3. Mengurangi stres

4. Membantu rehabilitas fisik
5. Meningkatkan memori
6. Menyediakan kesempatan untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional

7. SOP

1. Tujuan

Membantu pasien untuk mengekspresikan emosi dan mengurangi gejala psikotik melalui aktivitas menggambar.

2. Alat dan bahan

1. Kertas / buku gambar
2. Pensil warna

3. Langkah- Langkah

1. Persiapan : siapkan alat dan tempat yang tenang
2. Orientasi
3. Aktivitas inti (20-30 menit) : Ajak pasien menggambar bebas dan biarkan pasien mengekspresikan ide tanpa tekanan
4. Refleksi : Ajak pasien menjelaskan isi gambarannya (Jika mampu)
5. Evaluasi Catat perubahan ekspresi, fokus, dan intensitas halusinasi pada pasien

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Studi kasus asuhan keperawatan pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi mencakup pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan di dalam hal tersebut.

B. Subyek Studi Kasus

Studi kasus ini berfokus pada 1 pasien dengan masalah keperawatan berupa gangguan persepsi sensori : halusinasi di area Puskesmas Lok Bahu Samarinda, berikut adalah kriteria inklusi serta eksklusi :

1. Kriteria inklusi

- a) Pasien masalah keperawatan halusinasi
- b) Pasien dengan masalah keperawatan halusinasi dengan keadaan tenang dan kooperatif
- c) Pasien dan keluarga setuju untuk dijadikan responden

2. Kriteria eksklusi

- a) Pasien tak mencapai 3 hari perawatan

C. Fokus studi

Asuhan keperawatan pasien menghadapi hambatan persepsi sensori halusinasi di area kerja PUSKESMAS lok bahu Samarinda.

D. Definisi Operasional

Studi kasus asuhan keperawatan :

Halusinasi merupakan indikator dari gangguan mental yang ditandai oleh modifikasi persepsi sensori yaitu dapat merasakan hal-hal yang tidak nyata pada suara, penglihatan, pengecapan

Terapi spiritual dengan berwudhu dapat memberikan pemindahan, menciptakan ketenangan, dan meredakan kemarahan, hadist yang diriwayatkan oleh Abu Daud, Rasulullah SAW bersabda "Amarah datangnya dari syaitan yang diciptakan dari api. Saat marah, segeralah berwudhu" (HR, Abu Daud) dan berdasarkan teori akupuntur, bagian tubuh yang terkena air wudhu memiliki ratusan titik reseptor terhadap stimulus karena gesekan, dan tekanan saat berwudhu yang merangsang sistem saraf dan hormon untuk menyeimbangkan emosi (Oktryanto, 2019).

E. Instrumen studi kasus

Instrumen menggunakan format assessment khusus untuk gangguan jiwa, dan SOP yang berkaitan dengan Strategi pelaksanaan (SP) intervensi untuk pasien halusinasi, data yang didapat dari wawancara pasien dianalisis bersama wawancara keluarga dan informasi dalam rekam medis. Data yang sudah diperoleh disatukan menjadi diagnosa keperawatan, diagnosa yang ada memandu peneliti untuk melaksanakan intervensi yang tepat bagi penderita halusinas (Nugroho Adi P, Arni Nur Rahmawati 2022).

F. Tempat dan waktu studi kasus

Studi yang berlangsung di area layanan puskesmas lok bahu samarinda selama minimal tiga hari.

G. Prosedur penelitian

Langkah dalam riset:

1. Proses administrasi

- a. Peneliti dari Fakultas Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur yang menetapkan puskesmas sebagai tempat penelitian.
- b. Puskesmas dilibatkan dalam proses pengambilan data pada pasien .
- c. Menelepon ke rumah pasien untuk mewawancarai pasien beserta keluarga .
- d. Keluarga menyetujui untuk terlibat di dalam penelitian dan memberi peluang bertanya ketika terdapat tidak detail pada wawancara.
- e. Atas izin dari pasien dan keluarga dan bersedia menandatangani kontrak

2. Prosedur Asuhan Keperawatan

Melakukan pemeriksaan dan berakhir dengan dokumen yang baik, pasien dipandu selama proses berlangsung

- a. Meminta pasien beserta keluarga untuk melakukan pemeriksaan fisik dan wawancara observasional, metode ini dilakukan bertujuan sebagai salah satu cara peneliti mengevaluasi mereka.

- b. Respon pasien diperlukan untuk membuat diagnosa keperawatan pada penelitian ini.
- c. Penelitian meliputi rencana asuhan keperawatan pada responden.
- d. Ujian praktek keperawatan diberi pada pasien.

H. Metode dan instrumen pengumpulan data

Data diperlukan agar mencapai tujuan penelitian dikumpulkan melalui pengumpulan data, merupakan praktik umum bagi para peneliti untuk membentuk hipotesis yang baik berdasarkan teori yang digunakan sebelum memulai studi (Thalha Alhamid, 2022).

1. Wawancara

Peneliti mengumpulkan data melalui wawancara pada pasien serta membangun hubungan yang saling menguntungkan melalui komunikasi terbuka.

2. Observasi

Peneliti bisa menggunakan observasi metode mengumpulkan data berdasarkan pengamatan pasien langsung untuk mengidentifikasi perubahan dan masalah, seperti :

- a. Catatan reguler : catat gejala secara urut secara menyeluruh.
- b. Catatan anekdot : mencatat gejala yang spesifik atau yang diluar kejadian.
- c. Checklist : menggunakan daftar yang berisi seputaran jenis gejala yang diamati.

I. Keabsahan data

1. Data primer

Hasil dari seputaran wawancara dan pengamatan langsung terhadap sesuatu item merupakan contoh data primer

2. Data sekunder

Data yang merujuk ke informasi dikumpulkan melalui mediasi tidak langsung berupa data yang dikumpulkan melalui lingkungan sekitar pasien.

3. Data tersier

Data diambil catatan medis atau pasien langsung.

J. Analisa data dan penyajian data

Data subjektif dipergunakan untuk menggambarkan studi kasus. Cerita yakni representasi vokal dari suatu informasi subjektif klien atau keluarga yang dilengkapi informasi objektif yang diperoleh dari suatu pemeriksaan dan evaluasi.

K. Etika studi kasus

Pengumpulan data yang harus dilanjutkan dengan prinsip etika penelitian setiap saat. Seperangkat pedoman moral ini terdiri dari :

1. Keadilan (*Justiced*)

Terus terang perawat tidak menunjukkan preferensi saat merawat pasien dalam bidang kesehatan tenaga kerja harus memberikan layanan tanpa memperhatikan perbedaan sosial, ekonomi, dan budaya pada pasien.

2. Kejujuran (*Veracity*)

Tugas seorang perawat ialah berterus terang serta jujur kepada pasien dalam melakukan tindakan ataupun hal hal yang menyangkut pada pasien.

3. Perbuatan baik (*Beneficence*)

Perawat dituntut untuk melayani pasien dengan baik dan meminimalisir potensi risiko agar keselamatan pasien tetap terjaga.

4. Bertanggung jawab (*Accountability*)

Perawat tidak boleh melalaikan tugasnya untuk merawat pasien.

5. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Perawat berkewajiban menyembunyikan identitas dan kondisi pasien nya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Studi yang dilaksanakan di *Yayasan Joint Adulam Ministry (JAM)* Jl. Cendana Gang Rimba RT 14 Nomor 14, Kel Karang Anyar Samarinda.

2. Pengkajian

Laporan Pengkajian Asuhan Keperawatan dengan Studi Kasus

Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Gangguan Jiwa Halusinasi penglihatan dan pendengaran di *Yayasan Joint Adulam* di Jl.Cendana Gang Rimba RT 14, Kel Karang Anyar Samarinda Studi dilaksanakan hari Senin tanggal 02 Juni 2025 pada pukul 09.00 WIT- Selesai.

a. Biodata

1) Identitas Klien

Inisial : Nn. N
Tgl Lahir : 20-09-1977
Umur : 48 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku : Banjar
Agama : Islam
Status : Menikah
Pekerjaan : Tidak Bekerja
Pendidikan : Tidak Sekolah

Imforman : Klien & Pemilik Yayasan

Alamat : Jl. Cendana Gang Rimba RT, 14 Nomor 14 Kel.
Karang Anyar

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.R

Umur :

Jenis Kelamin : Perempuan

Status : Menikah

Alamat : Jl. Cendana Gang Rimba RT, 14 Nomor 14 Kel.
Karang Anyar

Hubungan : Pemilik Yayasan

3) Identitas Medis

Dx Medis : Halusinasi Pendengaran

No RM : -

b. Alasan masuk

Pemilik panti jam mengatakan, pasien adalah odgj yang di terima dari Rumah Sakit Adma Husada, Perawat mengatakan bahwa pasien adalah pasien tetap di Rumah Sakit, pasien diantar oleh keluarganya karena sering mengamuk, memukul diri nya sendiri dan merusak barang di sekitar nya semenjak kecil.

c. Faktor Predisposisi

Pasien semenjak kecil sering mendapatkan pukulan atau kekerasan fisik dari orang tua nya, pasien merasa terkucilkan karena tidak di

sekolah kan orang tua nya sedangkan saudara yang lain sekolah, pasien merasa malu jika berkenalan dengan orang lain, halusinasi pasien sering kambuh secara tiba tiba yang menyuruhnya untuk berjalan jalan dan memukul badan nya sendiri, Riwayat Anggota Keluarga menghadapi gangguan jiwa yakni ayah kandung pasien.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi sensori Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan , Harga Diri Rendah.

1). Pengalaman kurang menyenangkan Pasien mengatakan bahwa pasien sering di pukuli oleh orangtua nya semenjak kecil, pasien juga mengatakan tidak mempunyai teman selain saudara kandung nya karena pasien malu dengan orang lain dan lebih suka menyendiri, pasien juga mengatakan melihat bapak nya meminum racun hingga meninggal

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

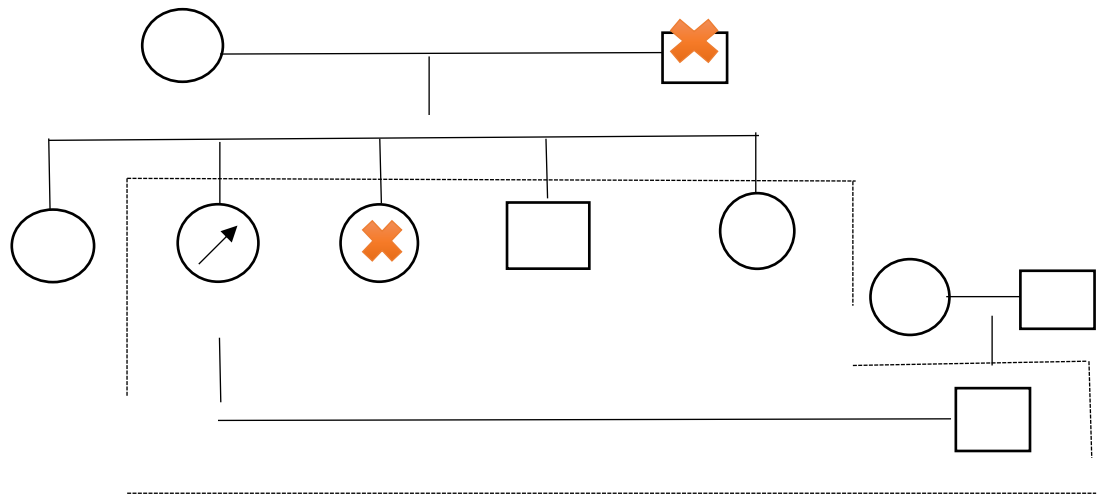
d. Fisik

- 1) Tanda vital : Tekanan darah 130/80 mmHg, Nadi 97x/menit, Suhu 36,7c, SPO2 98%
- 2) Ukur : Tinggi Badan 162cm, Berat Badan 64kg
- 3) Keluhan Fisik : Hasil pengkajian tak ditemukan keluhan fisik

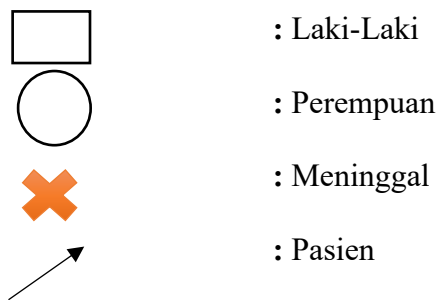
Masalah Keperawatan : Tak terdapat masalah keperawatan

e. Psikosial

- 1) Genogram



Dengan :



Gambar 4.1 Genogram

Pasien mengatakan ayahnya memiliki gangguan jiwa seperti dirinya dan sudah meninggal dia tinggal dirumah bersama suami dan ibunya serta 2 saudaranya, pasien merupakan anak ke 2 dari 5 bersaudara meliputi 4 perempuan 1 laki laki

2) Konsep diri

- a. Gambaran diri : Pasien menyatakan menyukai semua bagian tubuh
- b. Identitas diri : Pasien menyatakan dia adalah wanita
- c. Peran : Pasien mengatakan

- d. Ideal diri : Pasien menyatakan akan cepat sembuh
- e. Harga diri : Pasien menyatakan malu dengan diri nya dan kondisi nya

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah

3) Hubungan Sosial

- a) Orang Yang berarti : Keluarga dan Suami
- b) Peran serta aktivitas kelompok/masyarakat: Tidak ada
- c) Tantangan korelasi orang lain: Pasien mengatakan malas dan malu untuk berinteraksi orang lainnya

4) Spiritual

- a) Nilai dan keyakinan : Pasien berkeyakinan muslim
- b) Kegiatan ibadah : Tidak ada

f. Status Mental

- 1) Penampilan : Pasien berpakaian cukup bersih dan mengeluarkan aroma kurang enak
- 2) Pembicaraan : Pasien kurang jelas dan cepat ketika berbicara
- 3) Aktivitas motorik : Pasien beraktivitas normal tetapi terlihat gelisah
- 4) Alam perasaan : Pasien sedih jika mengingat tentang ayah nya
- 5) Afek : Pasien memberikan respon yang baik saat wawancara
- 6) Interaksi selama wawancara : Pasien tidak mampu memulai pembicaraan serta tampak gelisah dan selalu menunduk
- 7) Persepsi : Pasien mengatakan sering berjalan di atas awan dan melihat matahari serta mendengar bisikan menyuruh memukul diri

nya sendiri, pasien sering mendengar serta melihat sewaktu sore dan malam jika halusinasi nya datang pasien sering berjalan jalan sendiri dan mencubit cubit bagian tubuhnya

Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran serta penglihatan

8) Proses pikir :

9) Isi pikir : Pasien menyatakan malu sebab keadaannya

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

10) Tingkat kesadaran : bingung

11) Memori : Kurang, Pasien tidak ingat umur serta tanggal lahir nya

12) Tingkat konsentrasi berhitung : mudah beralih ‘

13) Kemampuan menilai : tak ada

14) Daya titik diri : Pasien tau bahwa dia sedang dirawat di panti Jam dan pasien tau jika sedang kambuh bakal di bawa ke rsj

g. Kebutuhan persiapan pulang

Pada persiapan pulang di dapatkan

1) Pasien makan 4-5 x sehari, makan mandiri dan makan sampai habis

2) BAK dan BAB pasien melaksanakan sendiri tanpa bantuan orang lainnya

3) Pasien tak dapat mandi mandiri

4) Pasien dapat berpakaian mandiri tetapi tidak rapi

5) Pasien mengatakan aktivitas istirahat serta tidur siang 1-2 jam, dan tidur malam di mulai di jam 20.00-05.00

6) Pemberian obat dengan bantuan dari penjaga panti jam

7) Pemeliharaan kesehatan : perawatan kesehatan yang diberikan dengan mengandalkan terapi medic berupa obat

8) Kegiatan di rumah : Pasien menyatakan selalu menyokong ibu nya menyapu rumah

h. Mekanisme Koping

Pada pengkajian mekanisme koping pasien tidak mampu menyelesaikan masalahnya karena pasien sering berdiam diri dan selalu menghindar jika ada masalah

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien menyatakan dia selalu dibedakan dengan saudara nya yang lain karena keadaannya hingga dia tidak sekolah dan membuatnya malu untuk berinteraksi dengan orang sekitar

j. Aspek medis

Diagnosa medik : Skizofrenia

Terapi medik : Olanzapine 10 mg 2x1 pagi dan sore, Lorazepam 2 mg 1x1 malam, Risperidon mg 2mg 2x1 pagi dan sore

3. Analisa Data

Data	Masalah Keperawatan
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan mendengar suara menyuruhnya mencubit dan memukul diri sendiri - Pasien menyatakan sering melihat awan dan berjalan jalan di atas awan serta melihat matahari <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersikap seperti orang bingung dan terkadang mencubit dirinya sendiri - Pasien tampak senang dan kadang tersenyum <p>Terapi medis : Resperidon 2mg 2x1 pagi dan sore, Lorazepam 2mg 1x1 malam, Olanzapine 10mg 2x1 pagi sore</p>	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan malu dengan kondisinya berbeda dengan saudaranya yang lain serta hanya dirinya yang tidak bersekolah - Pasien mengatakan malu berkenalan dengan oranglain <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tampak sedih - Tampak selalu menunduk 	Harga diri rendah kronis
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyatakan dirinya lebih suka sendiri serta malu jika bertemu orang lainnya selain saudara dan orang tuanya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah dan menundukkan kepala nya selama wawancara berlangsung 	Isolasi Sosial
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mampu untuk mandi secara mandiri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kurang rapi dan mengeluarkan aroma yang tidak nyaman - Kuku tangan dan kaki pasien tampak kotor - Rambut pasien tidak rapi 	Defisit Perawatan Diri

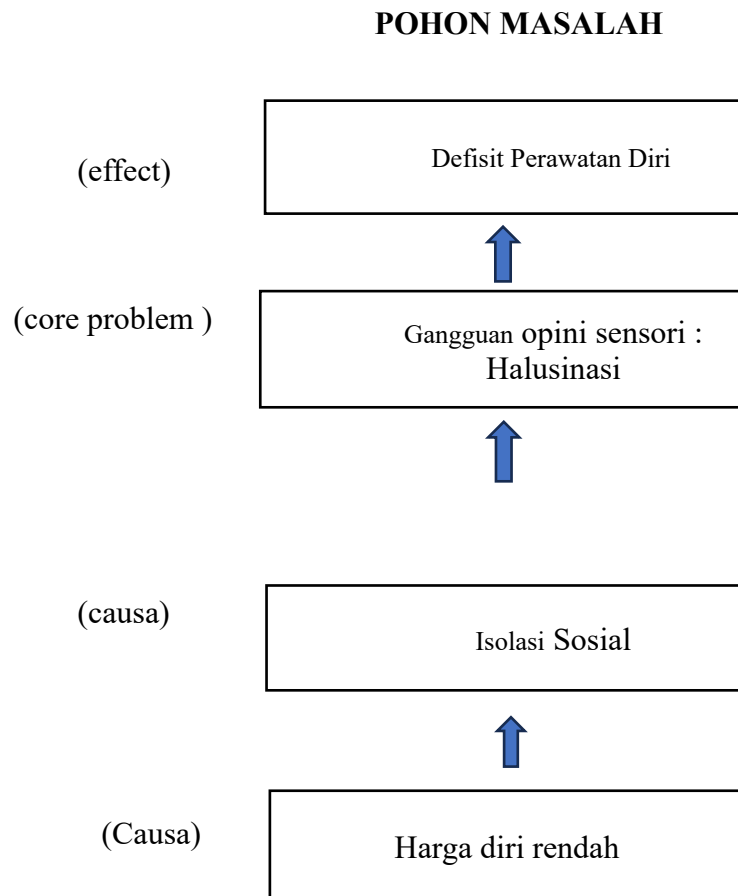
Tabel 4.1 Analisa Data

a. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi visual b.d gangguan penglihatan d.d melihat bayangan

2. Gangguan persepsi sensori b.d gangguan pendengaran d.d mendengar suara
3. Kondisi mental berpengaruh b.d harga diri rendah
4. Isolasi Emosional a.d Keterbatasan berinteraksi sosial b.d Merasa terasing
5. Defisit kebersihan diri b.d ketidakmampuan d.d tidak bisa mandi sendiri

b. Pohon Masalah



Gambar 4.2 Genogram

c. Rencana Asuhan Keperawatan

DX	LUARAN	INTERVENSI
gangguan persepsi sensori: Halusinasi (D.0085)	<p>Persepsi Sensori (L.09083)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan masalah gangguan persepsi sensori dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan dari skala 2 ke skala 4 2. Verbalisasi melihat bayangan dari skala 2 ke skala 4 3. Perilaku halusinasi dari skala 2 ke skala 4 4. Menarik diri dari skala 2 ke skala 4 <p>Dengan skala indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 	<p>Manajemen Halusinasi (I.09288)</p> <p>Tindakan :</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 10. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan music, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi) 11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas jika perlu <p>Terapi Seni (I.09329)</p> <p>Tindakan :</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi bentuk kegiatan berbasis seni 2.2 Identifikasi media seni yang digunakan (mis. Gambar [foto, gambar manusia, gambar keluarga, jurnal foto, jurnal media], grafik [waktu, peta tubuh], artefak [topeng, patung]) 2.3 Identifikasi tema karya seni 2.4 Identifikasi konsep diri melalui gambar manusia 2.5 Monitor keterlibatan selama proses pembuatan karya seni, termasuk perilaku verbal dan nonverbal

		<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.6 Sediakan alat perlengkapan sesuai tingkat perkembangan dan tujuan terapi 2.7 Sediakan lingkungan tenang dan distraksi 2.8 Batasi waktu penyelesaian 2.9 Catat interpretasi pasien terhadap gambar atau ciptaan artistik 2.10 Salin/dokumentasikan karya seni untuk arsip sesuai kebutuhan 2.11 Diskusikan makna karya seni yang dibuat, gabungkan penilaian pasien dengan literatur 2.12 Diskusikan kemajuan sesuai tingkat perkembangan 2.13 Hindari mendiskusikan makna karya seni yang belum selesai dibuat <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.14 Anjurkan menggambar realistik atau artistik 2.15 Anjurkan mendeskripsikan proses dan hasil pembuatan karya seni 2.16 Anjurkan menggunakan lukisan atau gambar sebagai media menceritakan akibat stresor (mis. Perceraian, pelecehan) <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.17 Rujuk sesuai indikasi (mis. Pekerja sosial, terapi seni)
<p>Harga diri rendah kronis (D.0086)</p>	<p>Harga diri (L.09069) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan masalah gangguan Harga Diri dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri dari skala 2 menjadi skala 4 2. Minat mencoba hal baru dari skala 2 menjadi skala 4 3. Berjalan menampakkan wajah dari skala 2 menjadi skala 4 <p>Dengan skala indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 	<p>Promosi Harga Diri (I.09308) Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin dan usia terhadap harga diri 3.2 Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 3.3 Monitor tingkat harga diri setiap waktu sesuai kebutuhan 3.4 Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.5 Motivasi menerima tantangan atau hal baru 3.6 Diskusikan pernyataan tentang harga diri 3.7 Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri 3.8 Diskusikan persepsi negatif diri 3.9 Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah 3.10 Diskusikan penetapan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi

		<p>3.11 Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas</p> <p>3.12 Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</p> <p>3.13 Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>3.14 Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien</p> <p>3.15 Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</p> <p>3.16 Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>3.17 Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif</p> <p>3.18 Anjurkan mengevaluasi perilaku</p> <p>3.19 Ajarkan cara mengatasi bullying</p> <p>3.20 Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri</p> <p>3.21 Latih pernyataan/kemampuan positif diri</p> <p>3.22 Latih cara berfikir dan berperilaku positif</p> <p>3.23 Latih peningkatan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi</p>
--	--	--

Isolasi Sosial	<p>Keterlibatan Sosial (L.13116)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan masalah gangguan keterlibatan sosial dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ketidaknyamanan ditempat umum dari skala 2 menjadi skala 4 2. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain dari skala 2 menjadi skala 4 3. Afek murung sedih dari skala 2 menjadi skala 4 4. Perilaku bermusuhan dari skala 2 menjadi skala 4 <p>Dengan skala indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Promosi Sosialisai (L.13498)</p> <p>Tindakan:</p> <p><i>Obsevasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 4.2 Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 4.4 Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 4.5 Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4.6 Motivasi berinteraksi diluar lingkungan 4.7 Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain 4.8 Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan 4.9 Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 4.10 Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.11 Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 4.12 Anjurkan ikut serta kegiatan social dan kemasyarakatan 4.13 Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4.14 Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain 4.15 Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. Kacamata dan alat bantu dengar 4.16 Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 4.17 Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 4.18 Latih mengekspresikan marah dengan tepat
----------------	--	--

Defisit perawatan diri (D.0109)	<p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan masalah gangguan perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi dari skala 2 ke skala 4 2. Kemampuan mengenakan pakaian dari skala 2 ke skala 4 3. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri dari skala 2 ke skala 4 4. Minat melakukan perawatan diri dari skala 2 ke skala 4 5. Mempertahankan kebersihan dari skala 2 ke skala 4 6. Mempertahankan kebersihan mulut dari skala 2 ke skala 4 <p>Dengan skala indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 5.2 Monitor tingkat kemandirian 5.3 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis.suasana hangat, rileks, privasi) 5.5 Siapkan keperluan pribadi (mis.parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5.6 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5.7 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5.8 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 5.9 Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.10 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
---------------------------------	---	--

Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan


d. Implementasi










Nama : Ny.N








No. RM : -



Umur : 48 tahun

Alamat :

Tgl/hari/jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi respon	Respon
Senin. 09 juni 2025	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi	1.1 memonitor perilaku yang mengindikasi halusinasi	S :Pasien mengatakan halusinasi nya sering muncul jika sore hari dan saat dia duduk melamun sendirian O : Pasien terlihat gelisah saat bercerita	
		1.3 memonitor isi halusinasi	S : Pasien mengatakan sering mendengar bisikan untuk memukul dan mencubit dirinya sendiri serta sering melihat awan dan matahari	

			O : Pasien menirukan ia mencubit dan memukul dirinya sendiri	
		2.1 mengidentifikasi bentuk kegiatan berbasis seni	S : Pasien mengatakan bahwa dia senang menggambar bunga matahari O : Perawat memberi kertas dan pensil untuk menggambar	
	Harga diri rendah kronis (D.0086)	3.2 Memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri	S : Pasien mengatakan bahwa keadaan dirinya berbeda dari saudara nya yang lain O : wajah pasien tampak sedih dan menunduk	
	Isolasi Sosial	4.1 mengidentifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain	S : Pasien mengatakan malu dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain O : Pasien tampak gelisah dan menunduk	
		4.2 mengidentifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain	S : Pasien mengatakan tidak bisa berinteraksi dengan orang lain O : Pasien tidak bisa memulai pembicaraan jika tidak ditanya pasien hanya diam dan menunduk	
	Defisit perawatan diri (D.0109)	5.2 Memonitor tingkat kemandirian	S : Pasien mengatakan tidak bisa mandi sendiri O : tampilan pasien kurang rapi dan mengeluarkan aroma yang kurang enak	
Selasa 10 juni 2025	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi	2.6 menyediakan alat perlengkapan sesuai tingkat perkembangan dan tujuan terapi	S : Pasien menggambar dengan kooperatif dan tenang O : perawat membawa pensil warna	
		2.8 membatasi Waktu penyelesaian	: perawat memberi waktu pada pasien 15-20 menit untuk menggambar O : Pasien menggambar dengan kooperatif	
		2.11 mendiskusikan makna dan karya seni yang dibuat	S : perawat menanyakan kenapa pasien menggambar matahari	

			O : Pasien mengatakan bahwa ia senang melihat matahari setiap hari	
	Harga diri rendah kronis	3.9 mendiskusikan alasan mengiritik diri atau rasa bersalah	S : pasien mengatakan bahwa dia merasa berbeda dengan saudaranya O : Pasien menunduk dan Kontak mata tidak ada	
	Isolasi Sosial	4.3 Memotivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan	S : Perawat menyuruh pasien untuk bercerita cerita ke teman sekamar O : Pasien hanya tersenyum lalu menunduk	
		4.12 menganjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap	S : Perawat menyuruh pasien berkenalan O : Pasien mengulurkan tangan tetapi masih menunduk	
	Defisit perawatan diri	5.10 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	S : Perawat menyuruh pasien untuk mandi secara mandiri dan sehari 2x O : Pasien mengiyakan	
Rabu, 11 juni 2025	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi	2.10 mesalin dokumentasikan karya seni untuk arsip sesuai kebutuhan	S : perawat meminta izin untuk mendokumentasikan hasil karya seni pasien O : pasien memperbolehkan	
			S : Perawat menanyakan apa makna dari gambaran pasien yang berupa bunga matahari mobil, orang dan juga rumah O : Pasien mengatakan bahwa dia senang melihat matahari serta orang yang dia gambar adalah diri nya sedangkan mobil karena ia sering dibawa ke rsj atau kembali ke yayasan menggunakan mobil ambulanc sedangkan rumah adalah rumah nya sendiri	
		2.12 mendiskusikan kemajuan sesuai tingkat kemajuan	S : Pasien mengatakan halusinasi nya sudah berkurang dan jarang timbul O : Perawat mengapresiasi	

	Harga diri rendah kronis	3.16 Mengsajukan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain	S : perawat mengajarkan untuk kontak mata jika berbicara O : pasien melihat ke arah perawat	
	Isolasi Sosial	4.11 Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan	S : Perawat memapresiasi pasien karena sudah mau berkenalan dengan yang lain O : Pasien tersenyum dan mengucapkan terimakasih	

Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan

e. Evaluasi Keperawatan

HARI/TGL	DIAGNOSA	SOAP																				
Senin, 09 Juni 2025	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi	<p>S : Pasien mengatakan sering mendengar suara bisikan pada sore dan malam hari yang menyuruhnya untuk mencubit dan memukul dirinya sendiri serta ia mengatakan sering berjalan jalan di atas awan dan melihat matahari</p> <p>O : Pasien terlihat gelisah dan bingung</p> <p>A : Masalah Gangguan persepsi sensori belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi mendengar bisikan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi melihat bayangan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Perilaku halusinasi</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Menarik diri</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.6 sediakan alat perlengkapan sesuai tingkat perkembangan dan tujuan terapi 2.8 Batasi waktu penyelesaian 2.11 diskusikan makna karya seni yang dibuat</p>	Kriteria hasil	sebelum	sesudah	Target	Verbalisasi mendengar bisikan	2	2	4	Verbalisasi melihat bayangan	2	2	4	Perilaku halusinasi	2	2	4	Menarik diri	2	2	4
	Kriteria hasil	sebelum	sesudah	Target																		
Verbalisasi mendengar bisikan	2	2	4																			
Verbalisasi melihat bayangan	2	2	4																			
Perilaku halusinasi	2	2	4																			
Menarik diri	2	2	4																			
	Harga diri rendah kronis	<p>S: Pasien mengatakan bahwa dia malu dengan keadaannya berbeda dengan saudaranya yang lain</p> <p>O : wajah pasien tampak sedih dan tertunduk</p> <p>A : masalah harga diri rendah kronis belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Minat mencoba hal baru</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	sebelum	Sesudah	Target	Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri	2	2	4	Minat mencoba hal baru	2	2	4								
Kriteria hasil	sebelum	Sesudah	Target																			
Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri	2	2	4																			
Minat mencoba hal baru	2	2	4																			

	<p>Isolasi sosial</p>	<table border="1" data-bbox="794 304 1401 398"> <tr> <td>Berjalan menampakan wajah</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.9 Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</p> <p>S : Pasien mengatakan malu dengan orang lain selain saudaranya sendiri dan lebih senang menyendiri O : wajah pasien tampak menunduk A : Masalah isolasi sosial belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="794 645 1401 1016"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi ketidaknyamanan di tempat umum</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Afek murung sedih</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Perilaku bermusuhan</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.3 Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 4.12 Anjurkan berinteraksi dengan orang lain</p> <p>Defisit perawatan diri</p> <p>S : Pasien mengatakan dirinya tidak bisa mandi sendiri O : Tampilan pasien kurang rapi dan mengeluarkan aroma yang tidak enak A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="794 1294 1401 1796"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Minat melakukan perawatan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan Intervensi 5.10 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	Berjalan menampakan wajah	2	2	4	Kriteria hasil	sebelum	sesudah	target	Verbalisasi ketidaknyamanan di tempat umum	2	2	4	Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain	2	2	4	Afek murung sedih	2	2	4	Perilaku bermusuhan	2	2	4	Kriteria hasil	sebelum	sesudah	target	Kemampuan mandi	2	3	4	Kemampuan mengenakan pakaian	2	3	4	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan	2	3	4	Minat melakukan perawatan	2	3	4	Mempertahankan kebersihan diri	2	3	4	Mempertahankan kebersihan mulut	2	3	4
Berjalan menampakan wajah	2	2	4																																																			
Kriteria hasil	sebelum	sesudah	target																																																			
Verbalisasi ketidaknyamanan di tempat umum	2	2	4																																																			
Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain	2	2	4																																																			
Afek murung sedih	2	2	4																																																			
Perilaku bermusuhan	2	2	4																																																			
Kriteria hasil	sebelum	sesudah	target																																																			
Kemampuan mandi	2	3	4																																																			
Kemampuan mengenakan pakaian	2	3	4																																																			
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan	2	3	4																																																			
Minat melakukan perawatan	2	3	4																																																			
Mempertahankan kebersihan diri	2	3	4																																																			
Mempertahankan kebersihan mulut	2	3	4																																																			
<p>Selasa 10 juni 2025</p>	<p>Gangguan persepsi sensori : Halusinasi</p>	<p>S : Pasien mengatakan bahwa halusinasi nya terjadi tidak sesering biasanya tetapi masih ada O : Pasien kooperatif dan tenang</p>																																																				

	<p>Harga diri rendah kronis</p>	<p>A: Masalah gangguan persepsi sensori : Halusinasi belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="794 365 1377 678"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi mendengar bisikan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi melihat bayangan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Perilaku halusinasi</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Menarik diri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.10 Salin/dokumentasikan karya seni untuk arsip sesuai kebutuhan 2.11 diskusikan makna karya seni yang dibuat, gabungkan penilaian pasien dengan literatur 2.12 diskusikan kemajuan sesuai tingkat perkembangan</p> <p>S: Pasien mengatakan bahwa dirinya malu karena merasa berbeda dengan saudaranya yang lain dan hanya dia yang tidak bersekolah O: Pasien menunduk dan kontak nmeta tidak ada A: Masalah harga diri rendah kronis belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="794 1104 1377 1480"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Minat mencoba hal baru</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Berjalan menampak wajah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.16 Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>S : Pasien mengatakan diri nya masih cukup malu untuk berinteraksi dengan orang lain tetapi dia sudah mencoba untuk berkenalan O : Pasien kooperatif , dan tidak gelisah A : Masalah isolasi sosial belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="794 1787 1441 1977"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi ketidaknyamanan ditempat umum</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi perasaan berbeda</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	target	Verbalisasi mendengar bisikan	2	3	4	Verbalisasi melihat bayangan	2	3	4	Perilaku halusinasi	2	3	4	Menarik diri	2	3	4	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri	2	3	4	Minat mencoba hal baru	2	3	4	Berjalan menampak wajah	2	3	4	Kriteria hasil	sebelum	Sesudah	target	Verbalisasi ketidaknyamanan ditempat umum	2	3	4	Verbalisasi perasaan berbeda	2	3	4
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	target																																															
Verbalisasi mendengar bisikan	2	3	4																																															
Verbalisasi melihat bayangan	2	3	4																																															
Perilaku halusinasi	2	3	4																																															
Menarik diri	2	3	4																																															
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																																															
Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri	2	3	4																																															
Minat mencoba hal baru	2	3	4																																															
Berjalan menampak wajah	2	3	4																																															
Kriteria hasil	sebelum	Sesudah	target																																															
Verbalisasi ketidaknyamanan ditempat umum	2	3	4																																															
Verbalisasi perasaan berbeda	2	3	4																																															
	<p>Isolasi sosial</p>																																																	

Kriteria hasil	sebelum	sesudah	Target
Penerimaan penilaian positif terhadap dirinya sendiri	3	3	4
Minat mencoba hal baru	3	4	4
Berjalan menampakn wajah	3	4	4

P : Intervensi dihentikan

Isolasi sosial

S : Pasien mengatakan bahwa dirinya sudah berkenalan dengan teman yang lain dan sudah bercerita
O : Perawat memapresiasi dan pasien tampak senang
A : Masalah isolasi sosial teratasi

Kriteria hasil	sebelum	Sesudah	target
Verbalisasi ketidaknyamanan ditempat umum	3	4	4
Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain	3	4	4
Afek murung	3	4	4
Perilaku bermushan	3	4	4

P : Intervensi dihentikan

Tabel 4.4 Evaluasi Keperawatan

B. Pembahasan

Penulis mengangkat topik hasil kemajuan atas perkembangan tindakan terapi yang dipilih Pasien dengan Gangguan persepsi sensori Halusinasi yakni Ny. N yang berusia 48 tahun yang tinggal di Yayasan *Joint Adulam Ministry (JAM)* di Jl. Cendana Gang Rimba RT.14 No.14 Kel. Karang anyar Samarinda yang dimana selama proses kegiatan ini berlangsung penulis didampingi Ny.R sebagai Pemilik sekaligus pengurus Yayasan yang berperan penting dalam memberikan informasi sebagai pengurus dan jalan nya penelitian ini, saat

penulis melaksanakan penulisan BAB yang mengulas perbedaan teori dan implementasi dalam keperawatan, mencakup proses seperti pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian sebuah proses keperawatan yang mempunyai tujuan untuk mengumpulkan segala informasi atau data mengenai pasien, untuk mengidentifikasi, mengetahui masalah pasien, keperluan kesehatan serta keperawatan pasien mental, sosial, fisik serta lingkungan, pengambilan data menggunakan pengkajian secara mandiri (Keliat, 2020).

Sepanjang pengumpulan data dari pasien dan keluarganya, penulis mengalami tantangan dalam menyimpulkan informasi, sehingga pendekatan yang baik diperlukan untuk membangun kepercayaan agar pasien bisa lebih terbuka mengenai emosi dan perasaannya.

Pada pengkajian Ny.N berusia 48 tahun jenis kelamin perempuan diagnosa gangguan opini sensori halusinasi pendengaran dan penglihatan, pengkajian pasien mendengar bisikan menyuruhnya untuk mencubit dan memukul dirinya sendiri serta melihat awan sehingga dia berjalan di awan dan juga melihat bunga matahari, frekuensinya hilang timbul dan sering muncul ketika malam dan sore hari ketika pasien menyendiri, pasien adalah pasien tetap pulang pergi di rsj

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan diteliti, peneliti menegakkan Ny.N dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi visual dan auditori sesuai dengan yang ada di bab 2 namun ada 1 diagnosa yang tidak tertera pada telaah teori bab 2 Defisit Perawatan Diri.

Defisit perawatan diri yakni gangguan kompetensi melakukann perawatan pada diri sendiri, minimnya perawatan diri pada penderita yang karena keadaan kesehatan buruk dan kurangnya pemahaman tentang perawatan diri, pasien mengalami kesulitan dalam perawatan jika tidak mampu melaksanakan kegiatan seperti berpakaian, makan, dan toilet sendiri (Elisabeth, 2023).

3. Perencanaan

Penulis menyusun perencanaan keperawatan sesuai dengan yang dipilih yaitu terapi Seni dengan menggambar, meliputi diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil, intervensi dan rasional berdasarkan diagnosa yang muncul dan menjadi prioritas yakni Gangguan persepsi sensori : Halusinasi, diagnosa mampu enam tujuan pertama yakni: Pasien membangun komunikasi yang efektif, pasien bisa saling mendukung melepaskan emosinya, ketiga yaitu membantu pasien mengekspresikan dirinya, keempat mengurangi halusinasi nya , kelima agar meningkatkan memori pada pasien, keenam membantu terapi nya secara non farmakologis.

4. Implementasi

Saat implementasi, penulis hanya menangani 1 masalah keperawatan yaitu Gangguan persepsi sensori : Halusinasi, mengingat itu adalah masalah utama pasien, pada diagnosa tersebut mengidentifikasi yaitu memonitor isi dari halusinasi dan memonitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi, yang kedua mengidentifikasi kegiatan berbasis seni yaitu dengan cara terapi menggambar.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan selama 3 hari melaksanakan pengamatan kondisi pada pasien supaya memahami perkembangan pasien tiap hari didapatkan hasil bahwa halusinasi pada pasien berkurang walaupun terkadang masih ada halusinasinya tetapi tidak sesering sebelum dilakukan implementasi dengan terapi menggambar.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis meneliti dan memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien Ny.N dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi, penulis dapat menyimpulkan asuhan keperawatan jiwa gangguan persepsi sensori : halusinasi

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada 1 pasien yang mengalami gangguan persepsi sensori: Halusinasi pada pasien Ny.A yang sering mencubit dan memukul tubuhnya.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa diterima keluhan pasien Ny.N penulis menentukan diagnosa utama ialah Harga diri yang rendah, isolasi sosial, defisit dalam perawatan diri, serta Gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengar dan penglihatan.

3. Rencana Keperawatan

Hasil analisa data menunjukkan diagnosa pasien Ny.N, dengan rencana keperawatan yang mencakup diagnosa prioritas seperti harga diri rendah, isolasi sosial, defisit perawatan diri, dan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan penglihatan, rencana keperawatan untuk halusinasi akan dilakukan melalui terapi seni menggambar

4. Implementasi

Saat pelaksanaan keperawatan mungkin berbeda dengan rencana intervensi karena penulis perlu menyesuaikan keadaan pasien Ny.N.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Pasien Ny.N dengan Gangguan persepsi Sensori : Halusinasi yang dilakukan selama 5 x pertemuan, tindakan keperawatan membuahkan hasil yang baik lewat teknik terapi seni tari yakni halusinasi yang dialami pasien berkurang serta jarang muncul lagi.

B. Saran

1. Bagi pasien dan pengurus

Pengurus yayasan wajib ikut serta dalam memberikan bimbingan keperawatan pada pasien Gangguan persepsi sensoris : Halusinasi, agar pasien dapat mempercepat proses penyembuhan.

2. Bagi perawat

Diharapkan dapat bersinergi dengan tim kesehatan lainnya yaitu dokter dan gizi karena untuk menangani pasien yang memerlukan perawatan keperawatan yang prioritaskan rasa nyaman, diharapkan petugas kesehatan fokus pada pelayanan yang membina kepercayaan serta hubungan terapeutik antara perawat dan pasien agar masalah dapat segera diatasi.

3. Bagi instansi Yayasan Joint Adulam Ministry

Usaha peningkatan kualitas pendidikan harus menghasilkan perawat yang profesional, terampil, dan dapat memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh dan andal.