

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. KONSEP TEORI HALUSINASI


1. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah salah satu masalah gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan adanya perubahan persepsi sensori yaitu dapat merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan yang sebenarnya tidak ada (Donner, 2020).

Halusinasi pendengaran merupakan suatu keadaan dimana seseorang mendengar suara-suara yang tidak nyata terutama suara orang dan memerintah klien untuk melakukan suatu tindakan yang berbahaya, suara-suara tersebut muncul dengan tidak disengaja (Wulandari, dkk, 2023).

2. Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi termasuk salah satu respon maladaptif yang berada dalam rentang neurobiologis (Stuart, 2021). Halusinasi mempersiapkan suatu panca indra yang tidak nyata, sedangkan pada klien yang mempunyai persepsi yang baik mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan sebuah stimulus berdasarkan informasi yang diterima oleh panca indra



Respon Adaptif	Respon Psikososial	Respon Maladaptif
1. Pikiran logis	1. Distorsi pikiran kadang menyimpang	1. Gangguan proses pikir/delusi/waham
2. Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Halusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. Reaksi emosional tidak stabil	3. Sulit merespon emosi
4. Perilaku sesuai	4. Perilaku aneh/tidak biasa	4. Perilaku disorganisasi
5. Berhubungan sosial	5. Menarik diri	5. Isolasi sosial

Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis Ziaulkhaq (2020)

Keterangan :

a. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon seseorang terhadap sesuatu masalah dimana responnya tersebut dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Individu tersebut merespon masalah yang dihadapinya dengan perilaku yang masih dalam batas normal. Adapun respon adaptif adalah :

1. Pikiran logis

Ini adalah pandangan yang mengarah pada realitas yang dapat diterima akal.

2. Persepsi akurat

Ini adalah pandangan seseorang tentang peristiwa yang diperhitungkan dengan cermat dan tepat.

3. Emosi konsisten dengan pengalaman

Ini adalah perasaan jiwa yang muncul sesuai dengan peristiwa yang dialami.

4. Perilaku sosial

Perbuatan seorang individu, atau sesuatu yang berhubungan dengan individu tersebut, yang diwujudkan dalam isyarat atau bahasa yang tidak bertentangan dengan moralitas.

5. Hubungan sosial

Ini adalah proses interaksi dengan orang lain di masyarakat dan lingkungan.

b. Respon Psikososial

Adapun respon psikososial sebagai berikut :

1. Pikiran terkadang mengembara yang disebabkan karena tidak bisa mengabstraksi dan mengambil kesimpulan.

2. Ilusi merupakan pemikiran atau evaluasi yang keliru mengenai penerapan nyata (objek nyata) yang didapatkan menurut rangsangan panca indera.

3. emosi yang hiperbola dan kurangnya pengalaman berupa respon emosional yang diekspresikan menjadi perilaku yang tidak tepat.

4. Perilaku abnormal merupakan perilaku yang melebihi batas normal.

5. Menarik diri bertujuan untuk menghindari hubungan dengan orang lain, baik pada komunikasi ataupun interaksi sosial dengan orang sekitarnya.

c. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan suatu respon individu dalam memecahkan masalah yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan. Respon maladaptif berupa :

1. Gangguan pikiran (waham) adalah kepercayaan yang dianut ketika orang lain tidak mempercayainya dan bertentangan dengan kepercayaan masyarakat.
2. Halusinasi adalah gangguan yang timbul karena kesalahan persepsi terhadap suatu rangsangan.
3. Gangguan pemrosesan emosional adalah ketidakmampuan untuk mengendalikan emosi, seperti berkurangnya kemampuan untuk mengalami kegembiraan, kebahagiaan, dan keintiman.
4. Perilaku tidak teratur (terorganisir) adalah gangguan perilaku yang memanifestasikan dirinya sebagai ketidaksesuaian antara perilaku dan gerakan yang ditampilkan.
5. Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang merasa kesepian dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungannya.

3. Etiologi Halusinasi

Menurut (Wenny, 2023) halusinasi terbagi menjadi dua faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi :

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor resiko terjadinya stress yang dapat mempengaruhi tipe dan untuk menghadapi stress baik dari segi biologis, psikososial, maupun sosial budaya. Beberapa faktor predisposisi menurut (Pratama, 2022) meliputi :

1. Perkembangan

Klien yang mengalami perkembangan yang terganggu, contohnya klien yang kurang bisa mengontrol emosi dan keharmonisan dalam berkeluarga, akan menyebabkan klien tidak mampu menjadi mandiri

sejak kecil. Hal ini akan mudah membuat klien frustrasi dan kehilangan kepercayaan dirinya.

2. Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima pada lingkungannya sejak kecil, sehingga dapat memberikan dampak sampai usia dewasa dan merasa tersisih, curiga dan kesepian pada lingkungan sekitarnya.

3. Biokimia

Hal ini berpengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusigenik neurokimia. Akibat stress yang berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak, misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

4. Psikologis

Hubungan interpersonal tidak harmonis, dan biasanya seseorang menerima berbagai peran yang kontradiktif, yang akan menimbulkan banyak sosial dan kecemasan, serta berujung pada hancurnya orientasi realitas (Sutejo, 2020). Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab sehingga mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Tipe kepribadian ini lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5. Genetik dan pola asuh

Hasil penelitian telah menunjukkan bahwa jika anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia, maka cenderung anak mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor sosial keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada mental anak.

b. Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi :

1. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat timbul pada kondisi fisik yang mengalami kelelahan yang luar biasa, konsumsi obat-obatan tertentu, demam, delirium,

intoksikasi minuman beralkohol serta gangguan tidur dalam jangka waktu yang lama.

2. Dimensi Emosional

Klien yang merasakan kecemasan secara berlebihan dikarenakan masalah yang tidak dapat teratasi, hal ini dapat menimbulkan halusinasi. Halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien merasa kesulitan untuk mengontrol dari perintah tersebut, sehingga klien akan melakukan sesuatu untuk menghadapi rasa takut.

3. Dimensi Intelektual

Pada dimensi intelektual ini akan merangsang klien yang dengan halusinasi memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Halusinasi pada awalnya adalah upaya ego sendiri untuk melawan implus represif, tetapi itu adalah sesuatu yang meningkatkan kewaspadaan, yang dapat mengambil alih seluruh perhatian klien dan sering kali akan mengontrol seluruh perilaku klien.

4. Dimensi Sosial

Klien merasa kehidupan sosial di dunia nyata sangat berbahaya, klien sangat menikmati halusinasinya seolah-olah sebagai tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, pengendalian diri dan harga diri yang tidak terpenuhi di dunia nyata. Individu menggunakan kandungan halusinasi sebagai sistem kontrol sehingga ketika perintah halusinasi berupa ancaman, orang atau orang lain akan mencarinya. Oleh karena itu, aspek penting intervensi keperawatan klien harus mengupayakan proses interaktif yang menciptakan pengalaman interpersonal yang memuaskan dan memungkinkan klien untuk tidak menyadari, sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak langsung.

5. Dimensi Spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas yang tidak masuk akal, kehilangan aktivitas ibadah, dan jarang upaya penyucian diri secara spiritual. Dia sering mengutuk nasib, tetapi lemah ketika mencoba mengumpulkan harta, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang membuat nasibnya semakin buruk.

4. Manifestasi Klinis

Tabel 2.1 Tanda dan gejala dari halusinasi

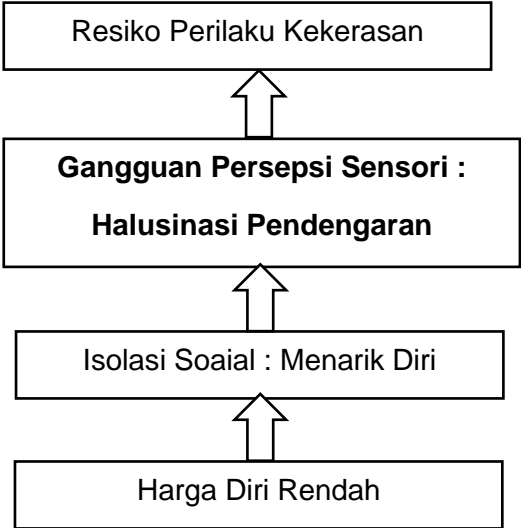
Jenis Halusinasi	Data Subjektif	Data Objektif
Halusinasi pendengaran (<i>Auditory-hearing voices or sound</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan bahwa dia mendengar suara-suara atau sesuatu kegaduhan 2. Klien mengatakan bahwa dia mendengar suara yang mengajaknya untuk berbincang-bincang 3. Klien mengatakan bahwa dia mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu tindakan yang berbahaya 4. Klien mengatakan bahwa dia mendengar suara-suara yang mengancam dirinya atau orang lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat bicara sendiri 2. Klien terlihat tertawa sendiri 3. Klien terlihat marah-marah tanpa sebab 4. Klien terlihat mengarahkan telinganya ke arah tertentu 5. Klien terlihat menutup telinganya 6. Klien terlihat menunjuk-nunjuk ke arah tertentu 7. Klien terlihat mulutnya komat-kamit sendiri
Halusinasi penglihatan (<i>Visual-seeing persons or thing</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan bahwa dia melihat seseorang yang sudah meninggal dunia, melihat sesuatu makhluk tertentu, melihat penampakan hantu atau hal-hal yang menakutkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat dengan tatapan mata pada tempat tertentu 2. Klien terlihat menunjuk-nunjuk ke arah tertentu 3. Klien terlihat ketakutan pada objek tertentu yang dilihatnya

Halusinasi penghidu (<i>Olfactory- smeeling odors</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan bahwa dia mencium sesuatu seperti bau masakan, bau mayat, bau feses, bau darah, bau bayi, bau harum yang menyenangkan 2. Klien mengatakan bahwa dia sering mencium bau sesuatu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat mengarahkan hidungnya pada tempat tertentu 2. Ekspresi wajah dari klien terlihat seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidungnya
Halusinasi perabaan (<i>Tactile- feeling bodily sensations</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan bahwa ada sesuatu yang menggerayangi tubuhnya seperti tangan orang lain, hewan-hewan kecil, atau makhluk tak kasat mata 2. Klien mengatakan bahwa dia merasakan sesuatu di permukaan kulitnya seperti merasakan sangat dingin atau panas, merasakan tersengat aliran listrik, dan hal-hal lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat mengusap, menggaruk-garuk, meraba-raba permukaan kulitnya 2. Klien terlihat menggerak-gerakkan tubuhnya seperti merasakan sesuatu meraba tubuhnya
Halusinasi engecapan (<i>Gustatory- experiencingtaste</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan bahwa dia merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah tertentu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terlihat seperti mengecap sesuatu 2. Klien terlihat sering meludah

	padahal terlihat klien sedang makan sesuatu	3. Klien terlihat mengalami mual atau muntah
	2. Klien mengatakan merasakan minum nanah atau darah	

5. **Pohon Masalah Halusinasi**

Pasien biasanya memiliki beberapa masalah keperawatan. Masalah-masalah tersebut saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah.



Gambar 2.2 Pohon Masalah

6. **Fase-Fase Halusinasi**

Menurut (Kusuma, 2024) fase proses terjadinya halusinasi dibagi menjadi 5 yaitu :

a. *Fase Sleep Disorder*

Tahap ini merupakan fase awal pasien sebelum muncul halusinasi. Karakteristik halusinasinya yaitu seseorang merasa dirinya memiliki banyak masalah, ingin menghindar dari orang yang berada disekitarnya, takut diketahui bahwa dirinya sedang memiliki banyak masalah. Kemudian ia merasa bahwa masalahnya terasa semakin sulit karena banyak stressor yang dihadapi (seperti: di PHK, ditinggal istri/suami,

bercerai, masalah di tetangga, dan sebagainya). Saat masalah semakin terasa menekan, support system sangat kurang dan mempunyai persepsi terhadap masalah yang dihadapi sangat buruk. Akhirnya individu tersebut merasa sulit tidur sehingga terbiasa menghayal dan menganggap bahwa hayalannya tadi merupakan upaya pemecahan masalah emosi yang berkelanjutan.

b. *Fase Comforting*

Pada halusinasi fase *comforting* klien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas sedang, kesepian, mempunyai rasa bersalah dan takut seperti mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Respon pada fase ini, klien tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan lidah tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, diam dan asyik. Fase ini disebut fase yang menyenangkan. Karakteristik : klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan.

c. *Fase Conndeming*

Pada fase ini terjadi kecemasan yang meningkat, melamun dan berpikir sendiri yang menjadi dominan, karakteristik pada fase ini terjadi pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan, hal ini dikarenakan klien mulai merasakan bisikan yang tidak jelas dan tidak ingin orang lain tahu dan klien dapat mengontrolnya. Perilaku pada fase ini biasanya terjadi peningkatan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan tanda-tanda vital (denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah), asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realita.

d. *Fase Controlling*

Pada fase ini terjadi ansietas berat, klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut, pada fase ini klien susah berhubungan dengan orang lain, berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah dari orang lain dan berada dalam kondisi yang sangat menegangkan terutama jika akan berhubungan

dengan orang lain. Klien mengalami ansietas berat dan pengalaman sensorik menjadi berkuasa. Klien berhenti menghentikan perlawanan kesepian jika sensori halusinasi berhenti. fase ini bersifat psikotik. Karakteristik lain meliputi bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan menontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya dengan halusinasinya, rentang perhatiannya hanya beberapa menit ataupun detik.

e. *Fase Conquering*

Pada fase ini dapat disebut juga fase panik, dimana termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik yang muncul pada klien pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi, memerintah dan memarahi klien. Klien menjadi takut dan tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain dan lingkungan. Perilaku klien terjadi perilaku teror kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari 1 orang. Kondisi klien sangat membahayakan.

7. Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme koping halusinasi menurut Yosep (2016), diantaranya :

- a. Regresi proses untuk menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
- b. Proyeksi keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan identitas).
- c. Menarik diri reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis yaitu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

8. Jenis-Jenis Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu masalah keperawatan jiwa yang banyak ditemui pada klien gangguan jiwa. Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran yang mencapai lebih kurang 70%, sedangkan halusinasi penglihatan menduduki peringkat kedua dengan rata-rata 20%. Sementara jenis halusinasi yang lain meliputi hanya 10% . Adapun jenis-jenis halusinasi adalah sebagai berikut :

a. Halusinasi *visual/optik* (penglihatan)

Ditandai dengan stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

b. Halusinasi *auditorik/akustik* (pendengaran)

Ditandai dengan gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

c. Halusinasi *olfactory* (penghidu)

Ditandai dengan gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum.

d. Halusinasi *gustatory* (pengecapan)

Ditandai dengan rasa mengecap sesuatu seperti darah, urine atau feses yang membuat pasien tampak sering meludah atau muntah.

e. Halusinasi taktil (peraba)

Ditandai dengan adanya ketidaknyamanan berupa rasa nyeri tanpa ada stimulus yang jelas. Persepsi perabaan yang keliru seperti merasa diraba, ditiup, disinari atau sensasi sesuatu (misal serangga) yang merayap di bawah kulit (*formication*).

f. Halusinasi somatik

Persepsi keliru yang terjadi pada atau di dalam tubuh dan sering menyangkut organ internal (dikenal sebagai *cenesthetic hallucination*).

g. Halusinasi liliput

Persepsi keliru yang mengakibatkan objek terlihat lebih kecil (*micropsia*).

h. Halusinasi hipnogogik

Persepsi sensorik keliru yang terjadi ketika mulai jatuh tertidur. Keadaan ini ada kalanya terjadi pada orang normal.

i. Halusinasi hipnopompik

Persepsi sensorik keliru yang terjadi tepat sebelum seseorang terbangun sepenuhnya dari tubuh.

j. Halusinasi histerik

Halusinasi yang timbul pada keadaan neurosis histerik yang disebabkan oleh adanya konflik emosional.

k. Halusinasi sinestetik

Ditandai dengan merasakan bahwa fungsi tubuh sedang bekerja, seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan sedang dicerna atau proses pembentukan urine.

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari halusinasi, yaitu :

- a. Pemeriksaan darah dan urine, untuk melihat kemungkinan infeksi serta penyalahgunaan alkohol dan NAPZA.
- b. EEG (*elektroensefalogram*), yaitu pemeriksaan aktivitas listrik otak untuk melihat apakah halusinasi disebabkan oleh epilepsy.
- c. Pemindaian CT scan dan MRI, untuk mendeteksi stroke serta kemungkinan adanya cedera atau tumor otak.

10. Komplikasi halusinasi

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

11. Penatalaksanaan Halusinasi

a. Psikofarmakoterapi

Tujuan dari terapi obat-obatan adalah untuk meringankan atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Pasien dengan halusinasi harus dirawat dengan baik. Obat-obatannya seperti :

1. Golongan butyraphenone

Contoh : haloperidol/HPL, serenase, ludomer. Pada penyakit akut biasanya diberikan dengan injeksi 3x5 mg (IM), injeksi biasanya cukup selama 3x24 jam. Setelah itu, klien biasanya menerima obat dengan dosis 3x1,5 mg secara oral. Atau sesuai dengan petunjuk dokter.

2. Golongan fenotiazin

Contoh : klorpromazin/CPZ, largectil, promactil. Pada kondisi akut biasanya diberikan secara oral dengan dosis 3x100 mg, bila kondisi sudah stabil maka dosis dapat dikurangi menjadi 1x100 mg pada malam hari atau sesuai dengan petunjuk dokter.

b. Terapi somatis

Terapi somatik adalah terapi untuk klien dengan masalah kesehatan mental yang tujuannya adalah mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif, dengan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien, meskipun klien dirawat secara fisik, tetapi tujuan terapinya adalah perilaku pasien tersebut. Jenis terapi somatik meliputi pengikatan, ECT, isolasi dan fototerapi.

1. Pengikatan

Pengikatan adalah terapi yang menggunakan alat mekanis atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien dan dirancang untuk melindungi klien dari bahaya fisik bagi diri sendiri atau orang lain.

2. Isolasi

Isolasi adalah suatu bentuk terapi dimana klien ditempatkan sendirian di ruangan terpisah untuk mengontrol perilakunya dan melindungi klien, orang lain, dan lingkungan dari potensi bahaya. Namun tidak dianjurkan untuk pasien dengan resiko bunuh diri, pasien gelisah dengan gangguan pengaturan suhu tubuh yang diinduksi obat dan perilaku abnirmal.

3. Terapi deprivasi tidur

Terapi deprivasi tidur merupakan terapi yang ditawarkan kepada klien dengan mengurangi jam tidur klien sebanyak 3,5 jam. Terapi ini cocok untuk klien yang mengalami depresi.

B. Konsep *Art Therapy* : Menggambar

1. Definisi

Menurut *The British Association Of Art Therapist* (2018) mendefinisikan *art therapy* sebagai bentuk psikoterapi yang menggunakan media seni sebagai cara utama ekspresi dan komunikasi. *Art therapy* atau terapi menggambar telah banyak di lingkungan medis, salah satunya untuk pengobatan penyakit gangguan jiwa seperti halusinasi. Melalui terapi ini pasien dapat melepaskan emosi, mengekspresikan diri melalui cara-cara nonverbal dan membangun komunikasi.

Menggambar sebagai terapi ialah suatu kegiatan terapeutik yang menggunakan proses kreatif, penggunaan serta pencampuran ataupun pemilihan warna dalam media gambar ataupun kertas akan menciptakan efek yang menyenangkan disaat orang menggambar, terapi ini disebut sebagai *symbolic speech* yang merupakan bentuk komunikasi dari alam bawah sadarnya bahwa kata-kata bisa disalurkan melalui aktivitas menggambar sehingga terdapat perbaikan dalam aspek kognitif, afektif serta psikomotorik (Furyanti & Sukaesti, 2018).

Media menggambar dapat berupa pensil, kapur berwarna, warna, cat, potongan-potongan kertas, alat mewarnai. Terapi menggambar juga merupakan terapi yang mendorong seseorang mengekspresikan, memahami emosi melalui ekspresi artistik, dan melalui proses kreatif sehingga dapat memperbaiki fungsi kognitif, afektif dan psikomotorik (Fatiha, dkk., 2021).

2. Tujuan *Art Therapy* : Menggambar

Tujuan dari kegiatan menggambar adalah untuk meminimalkan interaksi klien dengan dunianya, mengungkapkan pikiran, perasaan dan emosi yang berpengaruh terhadap perilaku, memberi motivasi dan kebahagiaan, menghibur dan mengalihkan perhatian pasien, sehingga perhatian tidak terfokus pada halusinasinya (Candra & Sudiantara, 2014). Pemberian terapi

okupasi menggambar dapat efektif untuk mengontrol halusinasi jika diberikan secara teratur karena saat melakukan karya yang melibatkan kreatifitas, emosi dan pikiran yang terpendam akan terealisasi sehingga akan menjadi jelas akar permasalahannya karena terbacanya simbol dari karya itu memiliki makna yang berhubungan dengan apa yang sedang dihadapi oleh pasien (Sari, dkk., 2019). Adapun tujuan penerapan art therapy menggambar dalam keperawatan jiwa adalah untuk membantu klien dalam:

- a. Pasien mampu mengekspresikan perasaan, emosi, dan pikiran yang belum tersampaikan melalui gambar
- b. Mengurangi kecemasan dan stress
- c. Meningkatkan harga diri serta konsep diri
- d. Meningkatkan kemampuan fokus dan konsentrasi
- e. Mengembangkan keterampilan sosial melalui diskusi
- f. Sebagai aktivitas terjadwal untuk mengurangi halusinasi

3. Mekanisme Kerja Terapi Menggambar

- a. Penyembuhan pribadi, terapi seni ini bisa membantu memahami perasaan pribadi dengan mengenali dan mengatasi kemarahan, kekesalan, serta emosi-emosi lainnya. Terapi ini juga bisa membantu menyegarkan kembali semangat pasien.
- b. Pencapaian pribadi, menciptakan sebuah karya dapat membangun rasa percaya diri dan memelihara rasa cinta serta menghargai diri sendiri.
- c. Memperkuat, terapi seni bisa membantu menggambarkan emosi dan kekuatan yang tidak bisa diungkapkan dengan kata-kata. Dengan cara ini pasien lebih bisa mengontrol perasaannya.
- d. Relaksasi dan meredakan stress, stress kronis bisa membahayakan baik untuk tubuh maupun pikiran. Terapi menggambar bisa digunakan sebagai penanganan tunggal atau dipadukan dengan teknik relaksasi lainnya untuk meredakan stress dan juga kecemasan.

4. Indikasi *Art Therapy* : Menggambar

Terapi menggambar dapat dilakukan pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi. Halusinasi dengan berbagai pengaruh taktil yang meresahkan sehingga membutuhkan pengobatan yang memungkinkan. Idealnya pada pasien yang tidak bisa menangani halusinasi dan pasien yang tidak bisa secara verbal menggambarkan halusinasi. Sehingga dapat mempermudah pasien untuk memahami halusinasinya.

5. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Menurut (Hidayat M, 2023), adapun teknik yang dapat diberikan dalam terapi okupasi aktivitas menggambar yang meliputi persiapan, prosedur pelaksanaan, dan terminasi. Persiapan alat seperti, buku gambar, pensil, dan crayon, kontrak waktu dengan pasien dan persiapan tempat. Prosedur pelaksanaan terapi menggambar seperti, mengucapkan salam terapeutik, menanyakan perasaan klien hari ini, menjelaskan tujuan kegiatan, menjelaskan aturan pelaksanaan, klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir, bila ingin keluar harus meminta izin, lama kegiatan 30 menit. Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan yaitu menggambar dan menceritakan tentang hasil gambarnya. Menjelaskan tema gambar yaitu menggambar sesuatu yang disukai atau perasaan saat ini. Setelah selesai menggambar terapis meminta klien untuk menjelaskan gambar apa dan makna gambar yang telah dibuat. Terapis memberikan pujian kepada klien setelah klien selesai menjelaskan isi gambarnya. Terapi menggambar dilakukan 4 kali pertemuan dengan durasi waktu 30 menit selama 4 hari. Sebelum diberikan intervensi terapi menggambar pasien terlebih dahulu diukur skala halusinasinya. Kemudian setelah diberikan intervensi terapi menggambar sesuai dengan prosedur, pasien akan diukur kembali skala halusinasinya (Purwanti dan Dermawan, 2023).

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan secara mandiri oleh perawat profesional, yang juga melibatkan kerja sama secara kolaboratif dengan klien maupun tenaga kesehatan lainnya. Standar

dalam pelaksanaan asuhan keperawatan mencakup lima tahapan, yaitu: pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Muhith, 2020).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dalam proses asuhan keperawatan, dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien agar dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan perawatan pasien, baik, fisik, mental, sosial dan lingkungan (Sianturi, 2020). Pada tahap ini ada beberapa faktor yang perlu di eksplorasi baik pada klien sendiri maupun keluarga berkenan dengan kasus halusinasi yang meliputi :

a. Identitas klien

Perawat yang memberikan pelayanan kepada klien melakukan tahap pengenalan dan menyepakati kontrak kerja dengan klien, yang mencakup penyampaian nama perawat dan nama panggilannya, serta menanyakan nama lengkap dan nama panggilan klien. Selain itu, perawat juga menjelaskan tujuan, waktu, tempat pertemuan, dan topik yang akan dibahas. Perawat kemudian menanyakan dan mencatat informasi penting seperti usia, jenis kelamin, agama, alamat lengkap, tanggal masuk, serta nomor rekam medis klien.

b. Alasan masuk

Alasan masuk/keluhan utama biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah, ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

c. Riwayat penyakit sekarang dan faktor presipitasi

Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa. Faktor yang memperberat kejadian seperti putusnya pengobatan

d. Faktor predisposisi

1. Pada umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu
2. Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri

3. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil
 4. Harga diri rendah, klien tidak mempunyai motivasi untuk merawat diri
 5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya dan saksi penganiayaan
 6. Ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, pengalaman masalah yang tidak menyenangkan yaitu kegagalan yang dapat menimbulkan frustrasi.
- e. Pemeriksaan fisik
- Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.
- f. Psikososial
1. Genogram
Genogram disusun hingga tiga generasi untuk menggambarkan hubungan antara klien dan anggota keluarganya. Melalui genogram ini, biasanya dapat diidentifikasi adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, serta terlihat pola komunikasi klien, cara pengambilan keputusan dalam keluarga, dan pola pengasuhan yang diterapkan.
 2. Konsep diri
 - a. Gambaran diri
Persepsi klien mengenai tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien mengenai bagian tubuh yang disukai maupun yang tidak disukai.
 - b. Identitas diri
Kaji status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki ataupun perempuan.
 - c. Peran diri
Meliputi tugas atau peran klien didalam keluarga/ pekerjaan/ kelompok maupun masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi ataupun perannya, perubahan yang dirasakan klien akibat perubahan yang terjadi.

d. Ideal diri

Berisi harapan klien akan keadaan tubuhnya yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien akan lingkungan sekitar, dan penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

e. Harga diri

Mengkaji klien tentang hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien yang berhubungan dengan orang lain, fungsi peran yang tidak sesuai dengan harapan, penilaian klien tentang pandangan atau penghargaan orang lain.

f. Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok/masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

g. Spiritual

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

g. Status mental

1. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada klien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam). Raut wajah nampak takut, kebingungan, cemas.

2. Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika diajak bicara tidak fokus, terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

3. Aktivitas motorik

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

4. Afek emosi

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

5. Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.

6. Persepsi-sensori

a. Jenis halusinasi

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

b. Waktu

Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang dialami klien. Kapan halusinasi terjadi, apakah pagi, siang, sore malam, dan jika muncul pukul berapa.

c. Frekuensi

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

d. Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi, menghindari situasi yang

menyebabkan munculnya halusinasi, sehingga klien tidak larut dengan halusinasinya.

e. Respon terhadap halusinasi

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

7. Proses berfikir

a. Bentuk fikir

Mengalami dereistik yaitu bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

b. Isi fikir

Selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

8. Tingkat kesadaran

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

9. Memori

Daya ingat jangka panjang mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan, daya ingat jangka menengah dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir, daya ingat jangka pendek dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

10. Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

11. Kemampuan penilaian mengambil keputusan

Gangguan ringan dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak, gangguan bermakna tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang di perintahkan.

12. Daya titik diri

Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita : klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

h. Kebutuhan klien pulang

1. Makan

Klien kurang mampu makan, cara klien yang terganggu serta klien tidak memiliki kemampuan untuk menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2. Berpakaian

Klien tidak mau mengganti pakaian, tidak bisa memakai pakaian yang sesuai dan berdandan

3. Mandi

Klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi yang benar, tidak tau cara menggosok gigi, tidak mencuci rambut, tidak memotong kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau

4. BAB/BAK

Klien BAB/BAK tidak pada tempatnya atau tidak dilakukan secara benar

5. Istirahat

Istirahat klien terganggu dan tidak melakukan aktivitas apapun setelah bangun tidur

6. Penggunaan obat

Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur

7. Aktivitas di rumah

Klien tidak mampu melakukan semua aktivitas didalam rumah karena klien selalu merasa malas

b. Aspek medik

Terapi yang diterima klien bisa berupa terapi farmakologis psikomotor, terapi okupasional, TAK dan rehabilitas.

2. Diagnosis keperawatann

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual/potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan untuk menuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien (PPNI, 2017). Berdasarkan SDKI (2017). Ada beberapa diagnosis keperawatan yang sering ditemukan pada pasien dengan halusinasi yaitu :

- a. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan halusinasi pendengaran (D.0085)
- b. Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi pendengaran (D.0146)
- c. Harga diri rendah berhubungan dengan gangguan psikiatri (D.0086)
- d. Isolasi sosial berhubungan dengan ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan (D.0121)
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/minat (D.0109)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan doagnosis keperawatan yang muncul. Rencana tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran meliputi tujuan yang ingin dicapai dan rencana tindakan, dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

Tabel 2.2 Standar Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	<p>Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghiduan 4. Gangguan perabaan 5. Hipoksia serebral 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemajanan toksin lingkungan <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, 	<p>Persepsi Sensori (L.09083)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x30 menit diharapkan masalah gangguan persepsi sensori menurun dan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (1) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (1) 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun(1) 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun (1) 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera 	<p>Manajemen Halusinasi (I.09288)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit, setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik) 3. Diskusikan perasaan dan responsi terhadap halusinasi

	<p>penciuman, atau pengecapan</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan kesal <p>Objek :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 	<p>perabaan menurun (1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun (1) 7. Distorsi sensori menurun (1) 8. Perilaku halusinasi menurun (1) 9. Respon sesuai stimulus membaik (5) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dalam pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
--	--	---	--

2.	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146) Faktor risiko : 1. Pemikiran waham/delusi 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi sistem keluarga 6. Kerusakan kognitif 7. Disorientasi atau konfusi 8. Kerusakan kontrol implus 9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat 10. Alam perasaan depresi 11. Riwayat kekerasan pada hewan 12. Kelainan neurologis 13. Lingkungan tidak teratur	Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x30 menit diharapkan masalah resiko perilaku kekerasan menurun dan teratasi dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (1) 2. Verbalisasi umpatan menurun (1) 3. Perilaku menyerang menurun (1) 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun (1) 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (1) 6. Perilaku agresif/amuk menurun (1) 7. Suara keras menurun (1) 8. Bicara ketus menurun (1)	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi : 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur) Terapeutik : 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi : 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan
----	--	--	---

	14. Penganiayaan atau pengabaian anak 15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain 16. Implusif 17. Ilusi	Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita)
3.	Isolasi Sosial (D.0121) Penyebab : 1. Keterlambatan perkembangan 2. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan 3. Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan 4. Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma	Keterlibatan Sosial (L.13116) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x30 menit diharapkan isolasi sosial membaik dengan kriteria hasil : 1. Minat interaksi meningkat (5) 2. Verbalisasi tujuan yang jelas meningkat (5) 3. Minat terhadap aktivitas meningkat (5) 4. Verbalisasi isolasi menurun (5)	Promosi Sosialisasi (I.13498) Observasi : 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik : 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam

	<p>5. Ketidaksesuaian perilaku sosial dengan norma</p> <p>6. Perubahan penampilan fisik</p> <p>7. Perubahan status mental</p> <p>8. Ketidakadekuatan sumber daya personal (mis. disfungsi berduka, pengendalian diri buruk)</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Merasa ingin sendirian</p> <p>2. Merasa tidak aman di tempat umum</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Menarik diri</p> <p>2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan</p>	<p>5. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun (5)</p> <p>6. Perilaku menarik diri menurun (5)</p> <p>7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun (5)</p> <p>8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri menurun (5)</p> <p>9. Afek murung/sedih menurun (5)</p> <p>10. Perilaku bermusuhan menurun (5)</p> <p>11. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain membaik (5)</p> <p>12. Perilaku bertujuan membaik (5)</p> <p>13. Kontak mata membaik (5)</p> <p>14. Tugas perkembangan sesuai usia membaik (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1. Menurun</p>	<p>mengembangkan suatu hubungan</p> <p>3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</p> <p>4. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. jalan-jalan, ke tokoh buku)</p> <p>5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi</p> <p>6. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan</p> <p>7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</p> <p>8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p> <p>2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan</p>
--	---	---	---

	<p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa berbeda dengan orang lain 2. Merasa asik dengan pikiran sendiri 3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afek datar 2. Afek sedih 3. Riwayat ditolak 4. Menunjukkan permusuhan 5. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain 6. Kondisi difabel 7. Tindakan tidak berarti 8. Tidak ada kontak mata 9. Perkembangan terlambat 10. Tidak bergairah/lesu 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup 5. meningkat 6. Meningkat, menurun, membaik 	<p>kemasyarakatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain 5. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. kacamata dan alat bantu dengar) 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat
--	--	---	---

4.	<p>Harga Diri Rendah (D.0086)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpapar situasi traumatis 2. Kegagalan berulang 3. Kurangnya pengakuan dari orang lain 4. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan 5. Gangguan psikiatri 6. Penguatan negatif berulang 7. Ketidaksesuaian budaya <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak bertolong) 2. Merasa malu/bersalah 3. Merasa tidak mampu 	<p>Harga Diri (L09069)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x30 menit diharapkan masalah harga diri rendah menurun dan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat (5) 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat (5) 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat (5) 4. Minat mencoba hal baru meningkat (5) 5. Berjalan menampakkan wajah meningkat (5) 6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat (5) 	<p>Manajemen Perilaku (I.12463)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang 7. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 8. Cegah perilaku pasif dan agresif
----	---	--	---

	<p>melakukan apapun</p> <p>4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah</p> <p>5. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif</p> <p>6. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</p> <p>7. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Enggan mencoba hal baru</p> <p>2. Berjalan menunduk</p> <p>3. Postur tubuh menunduk</p> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>1. Merasa sulit konsentrasi</p> <p>2. Sulit tidur</p>	<p>7. Perasaan malu menurun (5)</p> <p>8. Perasaan bersalah menurun (5)</p> <p>9. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun (5)</p> <p>10. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1. Menurun</p> <p>2. Cukup menurun</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup meningkat</p> <p>5. Meningkatkan</p>	<p>9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</p> <p>10. Lakukan pengekanan fisik sesuai indikasi</p> <p>11. Hindari bersikap menyudutkan dan mengentikan pembicaraan</p> <p>12. Hindari sikap mengancam dan berdebat</p> <p>13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Informasikan keluarga, bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>
--	--	---	--

	<p>3. Mengungkapkan keputusan</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontak mata kurang 2. Lesu dan tidak bergairah 3. Berbicara pelan dan lirih 4. pasif 5. Perilaku tidak asertif 6. Mencari penguatan secara berlebihan 7. Bergantung pada pendapat orang 		
5	<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelemahan 2. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 3. Penurunan motivasi/minat <p>Gejala dan tanda mayor :</p>	<p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x30 menit diharapkan defisit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian,

	<p>Subjektif :</p> <p>1. Menolak melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri</p> <p>2. Minat melakukan perawatan diri kurang</p>	<p>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5)</p> <p>3. Kemampuan makan meningkat (5)</p> <p>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5)</p> <p>5. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5)</p> <p>6. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5)</p> <p>7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5)</p> <p>8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1. Menurun</p> <p>2. Cukup menurun</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup meningkat</p> <p>5. meningkat</p>	<p>berhias dan makan</p> <p>Teraupetik :</p> <p>1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan/Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2018). Dalam implementasi rencana tindakan keperawatan pada pasien jiwa dengan gangguan persepsi sensori adalah mengkaji keadaan klien dan melibatkan klien serta keluarga dalam penerapan terapi okupasi yang bertujuan untuk memberi motivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami sehingga pikiran pasien tidak terfokus dengan halusinasinya dan membantu keluarga dalam memberikan asuhan kepada klien (Wijayanti, 2018).

5. Evaluasi keperawatan

Menurut (Ginting, 2021) evaluasi keperawatan adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu :

- a. Evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan
- b. Evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan.