

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan mental yang serius dan sangat umum dengan penyebab yang bervariasi. Gejala yang muncul berbeda-beda antar orang dan dari waktu ke waktu, penyakit ini selalu berat dan berlangsung lama. Kondisi ini umumnya dapat menyerang siapa saja di berbagai lapisan masyarakat. Gangguan ini tidak hanya berpengaruh pada individu, tetapi juga terhadap keluarga, pengasuh, dan masyarakat pada umumnya. (Fitrikasari et al., 2022). Menurut Hany and Rizvi (2025) skizofrenia adalah penyakit mental serius, memengaruhi populasi global dan ditandai dengan halusinasi, delusi, bicara yang tidak teratur, perilaku yang sangat tidak teratur, dan tanda serta gejala negatif seperti berkurangnya ekspresi emosi, avolisi, dan gangguan kognitif.

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang kronis dengan gejala beragam pada pikiran, emosi, persepsi, dan perilaku, biasanya muncul sejak usia muda, berdampak luas pada kehidupan penderita dan lingkungannya, serta ditegakkan melalui evaluasi psikiatri karena belum ada pemeriksaan laboratorium khusus.

2. Faktor penyebab skizofrenia

Menurut Videback (2020), skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan salah satu penyebab utama skizofrenia. Anak yang memiliki orang tua dengan skizofrenia tetap berisiko mengalami gangguan tersebut meskipun dibesarkan oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa penderita skizofrenia mengalami perubahan struktur dan fungsi otak. CT Scan memperlihatkan pembesaran ventrikel dan atrofi korteks, sedangkan PET Scan menunjukkan penurunan penggunaan oksigen dan metabolisme glukosa pada korteks frontal. Selain itu, ditemukan penurunan volume otak serta gangguan fungsi pada area frontal, temporal, sistem limbik, dan ganglia basalis. Perubahan ini ditandai dengan pelebaran ventrikel, penurunan massa abu-abu, dan perubahan aktivitas metabolik yang diduga berkaitan dengan gangguan perkembangan otak sejak masa prenatal.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia menunjukkan adanya perubahan pada sistem neurotransmitter otak pada penderita skizofrenia. Gangguan ini menyebabkan proses pengiriman dan penerimaan sinyal di otak tidak berjalan dengan baik, sehingga informasi tidak tersampaikan secara tepat ke sel saraf yang dituju.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia dapat terjadi akibat kegagalan dalam tahap perkembangan psikososial awal, seperti ketidakmampuan membentuk rasa saling percaya. Kondisi ini dapat menimbulkan konflik intrapsikis yang berkepanjangan serta menyebabkan gangguan identitas, kesulitan membentuk citra diri, dan kurang mampu mengendalikan diri.

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan berperan dalam terjadinya skizofrenia. Individu dari kelompok sosial ekonomi rendah lebih berisiko mengalami gejala skizofrenia, yang berkaitan dengan kemiskinan, kepadatan tempat tinggal, kurangnya nutrisi, keterbatasan perawatan prenatal, serta kurangnya sumber daya untuk menghadapi stres dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Batas toleransi yang ditetapkan secara biologis terhadap stres berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan untuk menentukan timbulnya masalah dalam pikiran.

3) Pemicu Gejala

Pemicu adalah penyebab awal dan rangsangan yang seringkali memicu munculnya episode baru dari suatu penyakit. Pemicu ini biasanya ada dalam respon neurobiologis yang tidak sesuai, yang berkaitan dengan kesehatan, lingkungan, serta sikap dan tingkah laku seseorang.

3. Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Mashudi (2021) gejala-gejala skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Gejala Positif

- 1) Waham: keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- 2) Halusinasi: gangguan penerimaan pancaindra tanpa adanya stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabdaan).
- 3) Perubahan arus pikir: arus pikir terputus (dalam pembicaraan tiba-tiba tidak bisa melanjutkan isi pembicaraan), inkohoren (berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau), neologisme (menggunakan kata-kata yang dimengerti diri sendiri tetapi tidak dimengerti orang lain).
- 4) Perubahan perilaku: perubahan perilaku pasien skizofrenia secara umum cenderung menarik diri dari orang lain, mudah tersinggung dan marah, terjadinya perubahan pola tidur, kurang motivasi, sehingga terjadi kesulitan dalam menjalankan aktivitas.

b. Gejala Negatif

- 1) Penarikan sosial: menjadi tertutup, dingin, terasing dari orang lain.
- 2) Kurangnya motivasi: hilangnya minat terhadap hal-hal yang di sekitarnya, bahkan kebersihan pribadi dan perawatan diri.
- 3) Berpikir dan bergerak secara lambat.
- 4) Ekspresi wajah yang datar.

4. Jenis skizofrenia

Menurut Hawari (2017) skizofrenia terdiri atas lima tipe yang masing-masing memiliki karakteristik atau ciri khas yang berbeda, yaitu:

a. Skizofrenia Tipe Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik (tipe tidak terorganisir) dicirikan oleh cara berpikir dan bertindak yang berantakan. Individu yang menderita kondisi ini sering kali berbicara dengan cara yang tidak teratur atau sukar dipahami (ankoheren), menunjukkan ketidaksesuaian antara emosi dan keadaan, serta berperilaku seperti anak-anak, seperti tertawa atau tersenyum tanpa alasan. Selain itu, mereka mungkin mengalami delusi dan halusinasi yang tidak terstruktur, perilaku yang aneh, serta kecenderungan untuk menjauh dari interaksi sosial. Oleh karena itu, penting bagi keluarga untuk waspada jika ada anggota yang menunjukkan gejala tersebut dan segera mencari bantuan medis, karena individu tersebut biasanya tidak menyadari bahwa mereka sedang mengalami masalah dan tidak memiliki dorongan untuk menjalani perawatan.

b. Skizofrenia Tipe Katatonik

Orang yang mengalami tipe katatonik akan menunjukkan gejala-gejala sebagai berikut:

1) Stupor katatonik

Sikap klien yang tidak peduli dengan lingkungan, malas beraktivitas sehingga nampak seperti "patung", atau diam membisu (mute).

2) Negativisme katatonik

Perlawanan yang nampaknya tanpa motif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan dirinya.

3) Kekakuan (*rigidity*) katatonik

Merupakan sikap mempertahankan kekakuan dari berbagai upaya untuk menggerakkan dirinya.

4) Kegaduhan katatonik,

Aktivitas motorik yang gaduh, tidak bertujuan, dan tidak ada rangsangan dari luar.

5) Sikap tubuh katatonik

Sikap yang tidak wajar atau aneh. Penderita juga sering tidak makan dan minum, bahkan tidak tidur sehari-hari sehingga dapat menyebabkan dehidrasi dan memburuknya kondisi fisik dapat berakhir kematian.

c. Skizofrenia Tipe Paranoid

Seseorang yang menderita skizofrenia tipe paranoid menunjukkan gejala-gejala sebagai berikut:

- 1) Waham (*delusion*) kejar atau waham kebesaran, penderita mengaku dirinya sebagai orang besar tetapi tidak masuk akal seperti penyelamat bangsa atau agama. Waham cemburu juga seringkali ditemukan.
- 2) Halusinasi yang mengandung isi kebesaran.
- 3) Gangguan alam perasaan dan perilaku, seperti kecemasan yang tidak menentu, kemarahan, suka bertengkar, berdebat dan tindakan kekerasan. Penderita juga merasa bingung tentang identitas jenis kelamin dirinya (*gender identity*) atau takut diduga sebagai seorang homoseksual.

d. Skizofrenia Tipe Residual

Sisa-sisa dari tanda-tanda skizofrenia yang tidak terlalu jelas. Contohnya adalah perasaan yang datar dan tidak sesuai, menarik diri dari interaksi sosial, perilaku yang aneh, pemikiran yang tidak masuk akal atau gangguan dalam asosiasi pikiran.

Meskipun gejala skizofrenia tidak aktif atau tidak menunjukkan tanda-tanda positif, lebih baik bagi keluarga untuk tetap waspada dan membawanya berobat agar bisa menjalani kehidupan sehari-hari dengan baik.

e. Skizofrenia Tipe tak Tergolongkan

Tipe ini tidak bisa dikategorikan ke dalam jenis-jenis yang telah dijelaskan sebelumnya, hanya gambaran klinisnya yang menunjukkan adanya waham, halusinasi, inkoherensi, atau tingkat kekacauan. Ciri-ciri tersebut sangat mudah dikenali, sehingga keluarga segera membawa pasien ke dokter (psikiater) untuk mencegah kondisi semakin memburuk.

5. Penatalaksanaan skizofrenia

Terapi pada pasien skizofrenia diberikan secara komprehensif sesuai tanda gejala dan penyebab terjadinya penyakit. Berikut adalah beberapa alternative terapi yang dapat diberikan pada pasien skizofrenia menurut (Yusuf, et al., 2019):

a. Terapi farmakologi

Pendekatan menggunakan obat pada pasien skizofrenia biasanya melibatkan pemberian obat antipsikotik. Obat antipsikotik membantu mengontrol perilaku skizofrenia yang terlihat jelas dan mengurangi kebutuhan untuk perawatan rumah sakit dalam jangka panjang jika digunakan secara teratur atau setelah episode parah. Prinsip dalam memberikan terapi obat untuk pasien skizofrenia adalah mulai dengan dosis rendah dan secara perlahan meningkatkan sampai dosis yang tepat, kemudian menurun perlahan untuk pemeliharaan. Pengobatan dengan hanya memberikan obat-obatan tidak cukup untuk membantu penderita skizofrenia dalam memenuhi kebutuhan hidup mereka. Terapi obat juga perlu didukung dengan terapi lain yang membantu penderita agar bisa kembali ke masyarakat melalui psikoedukasi dan pelatihan keterampilan sosial.

b. Terapi psikososial.

Terapi psikososial disalurkan kepada individu dengan skizofrenia untuk membantu mereka dalam berinteraksi atau membangun keterhubungan sosial dengan orang lain dan sekitarnya. Dengan keterampilan berinteraksi, diharapkan individu dapat menyesuaikan diri dengan masyarakat, merawat diri secara mandiri, dan tidak bergantung pada orang lain.

c. Rehabilitasi

Program rehabilitasi umumnya diselenggarakan di area khusus rumah sakit jiwa yang dirancang untuk rehabilitasi. Beragam aktivitas rehabilitasi tersedia, termasuk terapi okupasi yang mencakup kegiatan seperti membuat kerajinan tangan, melukis, bernyanyi dan sebagainya.

d. Program intervensi keluarga

Intervensi keluarga datang dalam berbagai bentuk, tetapi secara umum, fokus dari intervensi tersebut adalah pada hal-hal praktis dalam kehidupan sehari-hari, memberi pengetahuan kepada anggota keluarga mengenai skizofrenia, mengajarkan cara berkomunikasi dengan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia tanpa terlalu langsung, memperbaiki komunikasi dalam keluarga, serta mendorong kemampuan memecahkan masalah dan keterampilan mengatasi yang positif.

B. Gangguan Persepsi Sensori

1. Definisi

Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (PPNI 2017). Menurut Sutejo. (2017) halusinasi merupakan suatu

gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Klien mengalami perubahan sensori persepsi: merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Halusinasi adalah keadaan dimana seorang individu mengalami gangguan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, bau atau rasa yang mengenai indera penglihatan, pendengaran, pengecapan, penghiduan, dan perabaan. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada/tidak nyata (Avelina et al. 2022).

Gangguan persepsi sensori merupakan kondisi ketika individu mengalami perubahan dalam proses persepsi terhadap stimulus, sehingga merasakan sensasi yang sebenarnya tidak ada. Sensasi tersebut dapat berupa suara, penglihatan, bau, rasa, atau sentuhan yang dirasakan seolah-olah nyata, meskipun tidak terdapat rangsangan eksternal yang sebenarnya. Kondisi ini terjadi akibat adanya gangguan dalam proses pengolahan stimulus pada sistem sensori.

2. Penyebab

Menurut PPNI (2017) penyebab dari gangguan persepsi sensori adalah gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, gangguan perabaan, hipoksia serebral, penyalahgunaan zat, usia lanjut, pemajanan toksin lingkungan. Penyebab halusinasi dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu predisposisi dan presipitasi (Laela et al. 2024):

a. Faktor Prediposisi

1) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri, dan lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor Sosiokultural

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

3) Faktor Biokimia

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

4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien mengambil keputusan tegas, klien lebih suka memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian Menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Presipitasi

Menurut laela et al. (2024) seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu:

1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium dan kesulitan tidur dalam waktu yang lama.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi. Halusinasi dapat berupa perintah memasa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup menentang sehingga klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi Intelektual

Dalam hal ini pasien dengan halusinasi mengalami penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien.

4) Dimensi Sosial

Pasien mengalami gangguan interaksi sosial di dalam fase awal dan *comforting* menganggap bahwa bersosialisasi nyata sangat membahayakan. Pasien halusinasi lebih asyik dengan halusinasinya seolah-olah itu tempat untuk bersosialisasi.

5) Dimensi Spiritual

Pasien halusinasi dalam spiritual mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, dan hilangnya aktivitas beribadah. Pasien halusinasi dalam setiap bangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya.

3. Tanda dan gejala

Menurut PPNI (2017) adapun tanda dan gejala yang timbul dari gangguan persepsi sensori disajikan dalam tabel 1 dan tabel 2.

Tabel 1.
Gejala dan Tanda Mayor

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan	1. Distori sensori
2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan	2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium

(Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

Tabel 2.
Gejala dan Tanda Minor

Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar – mandir 8. Bicara sendiri

(Sumber: PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

4. Jenis – jenis halusinasi

Menurut Lelono et al., (2023) halusinasi dapat dibagi menjadi lima jenis :

- a. Halusinasi pendengaran (*auditory*) yaitu mendengar suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun jelas, terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara dan kadang memerintah untuk melakukan sesuatu.
- b. Halusinasi penglihatan (*visual*) yaitu stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.
- c. Halusinasi penghidu (*olfaktori*) yaitu klien merasa mencium bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum atau bau yang lain.
- d. Halusinasi pengecap (*taktil*) yaitu klien merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses, atau yang lainnya.
- e. Halusinasi perabaan (*gustatori*) yaitu klien merasa mengalami nyeri, rasa tertetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

5. Rentang Respon Neurobiologi

Rentang respon neurobiologi sensori meliputi :

Respon Adaptif		Respon Maladaptif
1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten dengan pengalaman 4. Perilaku sesuai 5. Hubungan sosial harmonis	1. Kadang proses pikir terganggu (distorsi pikiran) 2. Ilusi 3. Emosi tidak stabil 4. Perilaku tidak biasa 5. Menarik diri	1. Gangguan proses pikir /waham 2. Halusinasi 3. Kesukaran proses emosi 4. Perilaku Disorganisasi 5. Isolasi sosial

(Sumber: Lelono et al., (2023) Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi)

Gambar 1. Rentang Respon Gangguan Persepsi Sensori

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.

6. Penatalaksanaan

Menurut PPNI (2017) terdapat dua intervensi utama untuk mengatasi gangguan persepsi sensori yaitu:

- a. Manajemen halusinasi, adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan, dan orientasi realita.
- b. Minimalisasi rangsangan, adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengurangi jumlah atau pola rangsangan yang ada (baik internal atau eksternal).

C. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori

Akibat Skizofrenia

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Mashudi (2021) pengkajian merupakan tahap awal yang menjadi landasan dasar utama dalam proses keperawatan. Pada tahap ini data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien

Di dalam identitas berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, dan status perkawinan.

2) Alasan masuk

Berisi kronologi pasien masuk rumah sakit. Biasanya pasien masuk dengan alasan perilaku yang berubah misal tertawa sendiri, marah-marah sendiri ataupun berbicara sendiri.

3) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi berkaitan dengan penyebab munculnya skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori *auditory*. Menanyakan apakah keluarga mempunyai riwayat penyakit gangguan kejiwaan, bagaimana hasil pengobatan, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan criminal lainnya.

4) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi berkaitan dengan penyebab munculnya skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori *auditory*. Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa, Faktor yang memperberat kejadian.

5) Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan menanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan.

Masalah Keperawatan:

6) Pengkajian psikososial

a) Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Dicantumkan minimal tiga generasi.

Masalah Keperawatan:

7) Konsep Diri

a) Gambaran diri

Menanyakan persepsi terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian disukai.

b) Identitas diri

Menanyakan tentang kepuasan pasien terhadap status dan posisinya.

c) Fungsi peran

Menanyakan mengenai tugas atau peran yang diemban dalam keluarga atau dalam suatu kelompok dan kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas dan peran.

d) Ideal diri

Menanyakan tentang harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas dan peran. Harapan pasien terhadap lingkungan, dan harapan pasien terhadap penyakitnya.

e) Harga diri

Menanyakan tentang hubungan dengan orang lain dan bagaimana penilaian orang lain berpengaruh terhadap kehidupan pasien.

Masalah Keperawatan:

8) Hubungan sosial

Menanyakan orang yang paling dekat dengan pasien, cara pasien mengatasi masalah, keterlibatan dalam kelompok masyarakat, hambatan hubungan sosial, serta minat berinteraksi dengan orang lain.

Masalah Keperawatan:

9) Spiritual

Menanyakan tentang kegiatan ibadah di rumah dan menanyakan persepsi pasien tentang kegiatan ibadah.

Masalah Keperawatan:

10) Status Mental

a) Penampilan

Pengkajian dilakukan terhadap penampilan pasien dari kepala hingga kaki, meliputi kerapian, kesesuaian dan kebiasaan berpakaian, kemampuan berpakaian, serta dampak gangguan penampilan terhadap kondisi psikologis pasien.

Masalah Keperawatan:

b) Pembicaraan

Mengamati pola bicara pasien, meliputi kecepatan, volume, kelancaran, kontinuitas, sikap saat berbicara, serta kemampuan pasien dalam menyelesaikan masalah.

Masalah Keperawatan:

c) Aktivitas motorik/psikomotor

Mengkaji bagaimana tingkat kesadaran pasien. Pasien dengan halusinasi menunjukkan tanda-tanda seperti gelisah, lesu, tegang, agresif, dan tremor. Selain itu, pasien tampak sering menutup telinga, menunjuk ke arah tertentu, menggaruk permukaan kulit, meludah berulang, serta menutup hidung.

Masalah Keperawatan:

d) Alam perasaan.

- (1) Sedih, putus asa, gembira yang berlebihan sudah jelas
- (2) Ketakutan, objek yang ditakuti sudah jelas.
- (3) Khawatir, objeknya belum jelas.

Masalah Keperawatan:

11) Afek

Kaji afek emosi klien terhadap lingkungan disekitar.

Masalah Keperawatan:

12) Interaksi selama wawancara

- a) Tidak kooperatif : klien tidak mampu menjawab pertanyaan saat wawancara secara spontan.
- b) Mudah tersinggung
- c) Kontak mata kurang : klien tidak mampu menatap lawan bicara.
- d) Selalu curiga : klien menunjukkan sikap tidak percaya terhadap pewawancara atau orang lain.

Masalah Keperawatan:

13) Persepsi.

Kaji halusinasi yang diderita oleh klien. Seperti berhalusinasi mendengarkan sesuatu, melihat sesuatu, penciuman mencium sesuatu, pengecap mengecap sesuatu, perabaan merakan sesuatu. Serta tanyakan isi halusinasi dan frekuensi gejala yang tampak saat klien berhalusinasi.

Masalah Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori *Auditory*

14) Proses Pikir

- a) Arus Pikir

Kaji pembicaraan pada klien saat berinteraksi dengan orang- orang disekitarnya.

Masalah Keperawatan:

- b) Bentuk Pikir

Kaji tentang bentuk pikir pada klien saat berinteraksi dengan orang-orang disekitarnya.

Masalah Keperawatan:

e) Isi Pikir

Kaji isi pikiran pada klien saat berinteraksi dengan orang-orang disekitarnya.

Masalah Keperawatan:

15) Tingkat kesadaran

Pada pasien gangguan persepsi sensoris auditori tingkat kesadaran klien biasanya bingung dan sedasi melalui wawancara atau observasi.

Masalah Keperawatan:

16) Memori

- a) Gangguan daya ingat jangka Panjang, tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan
- b) Gangguan daya ingat jangka pendek, tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.
- c) Gangguan daya ingat saat ini, tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.
- d) Konfabulasi, pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

Masalah Keperawatan:

17) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mengkaji bagaimana tingkat konsentrasi yang dimiliki pasien. Apakah fokus pasien mudah teralihkan, apakah pasien mau berhitung, apakah pasien tidak mau berhitung.

Masalah Keperawatan:

18) Kemampuan penilaian

Kaji mengenai kemampuan klien dalam menilai situasi atau hal bermakna, dan bandingkan dengan yang sebelumnya.

Masalah Keperawatan:

19) Daya tilik diri

Kaji apakah klien mengingkari penyakit yang diderita dan menyalahkan hal-hal yang diluar dirinya.

Masalah Keperawatan:

20) Kebutuhan pulang

Diamati melalui apakah pasien mampu untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri seperti makan, berkemih, mandi, berpakaian/berhias, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktivitas di dalam rumah, dan aktivitas di luar rumah.

Masalah Keperawatan:

21) Mekanisme koping

Diperoleh melalui wawancara, apakah pasien memiliki perilaku maladaptif atau adaptif. Pasien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain, malas beraktifitas, mempercayai orang lain dan asik dengan stimulus internal.

Masalah Keperawatan:

22) Masalah psikososial dan lingkungan

Berkaitan dengan berbagai permasalahan yang dialami pasien, baik dalam hubungan dengan kelompok social, lingkungan sekitar, pekerjaan, maupun aspek kehidupan lainnya.

Masalah Keperawatan:

23) Aspek pengetahuan mengenai penyakit

Tingkat pengetahuan pasien dinilai berdasarkan kemampuan pasien dalam menjelaskan mengenai penyakit yang sedang dialaminya.

24) Aspek medis

Pemberian edukasi mencakup penjelasan mengenai diagnosis medis dan terapi pengobatan. Terapi medis yang biasa digunakan oleh pasien dengan halusinasi adalah *Haloperidol* (HLP), *Chlorpromazine* (CPZ), dan *Trihexyphenidyl* (THP).

b. Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah keperawatan disusun berdasarkan hasil pengkajian yang komprehensif dengan penetapan prioritas masalah sesuai tingkat urgensi dan kebutuhan perawatan.

Berikut daftar masalah keperawatan pada laporan kasus ini, sebagai berikut :

- 1) Gangguan Persepsi Sensori : *Auditory*
- 2) Risiko Perilaku Kekerasan
- 3) Isolasi Sosial

c. Pohon masalah

Pohon masalah merupakan analisis masalah terhadap masalah keperawatan yang ditemui. Penyusunan pohon masalah akan ditentukan *cause*, *core problem* dan juga *effect*.

- 1) *Core problem* dapat ditentukan berdasarkan identifikasi masalah yang ada dengan hasil data obyektif dan subyektif.
- 2) *Causa* dapat ditentukan berdasarkan faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya core problem yang didukung berdasarkan data subyektif dan obyektif yang ada.
- 3) *Effect* merupakan dampak yang terjadi akibat core problem yang mempengaruhi peningkatan lamanya perawatan pasien.

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Perumusan diagnosis dapat ditegakkan apabila data yang diperoleh dari pengkajian ditemukan data mayor minimal 80%, serta ditemukan tanda minor untuk mendukung ditegakkannya diagnosis tersebut.

Gangguan persepsi sensori termasuk kategori diagnosis aktual yang terdiri dari *problem* (masalah), *etiology* (penyebab), dan *sign and symptom* (tanda dan gejala). Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi, adapun *etiology* atau penyebab dari gangguan persepsi sensori yaitu isolasi sosial (PPNI 2017). Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori dilihat dari data subjektif dan objektif. Gejala dan tanda mayor, data subjektif berupa mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman atau pengecap, sedangkan data objektif yaitu distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu. Gejala dan tanda minor, data subjektif yaitu pasien menyatakan kesal, sedangkan data objektif yaitu menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, bicara sendiri.

Risiko perilaku kekerasan merupakan kondisi ketika individu berisiko melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Risiko ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti halusinasi, waham atau delusi, perasaan curiga berlebihan, gangguan kontrol impuls, ketidakmampuan mengontrol emosi, serta gangguan dalam mempersepsikan lingkungan secara tepat. Selain itu, riwayat perilaku kekerasan, pengalaman trauma atau penganiayaan, disfungsi keluarga, gangguan kognitif, kondisi emosional seperti marah dan depresi, serta lingkungan yang tidak mendukung juga dapat meningkatkan terjadinya risiko perilaku kekerasan (PPNI, 2017).

3. Rencana Keperawatan

Menurut PPNI (2018) intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Dalam membuat intervensi/perencanaan terdapat dua formula utama yaitu rumusan luaran menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia, dan yang kedua adalah Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan ada tiga yaitu, label, ekspektasi, dan kriteria hasil (PPNI, 2019).

Adapun intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori diuraikan dalam tabel 3.

Tabel 3.
Rencana Keperawatan Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* di Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4
Gangguan Persepsi Sensori <i>Auditory</i> berhubungan dengan isolasi sosial dibuktikan dengan mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pengelihatan, atau pengecapan, distorsi sensori, respon tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu, menyatakan kesal, menyendiri, melamun,	Persepsi Sensori Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 8 x 20 menit, maka Persepsi Sensori membaik membaik dengan kriteria hasil: 1. Bina Hubungan Saling Percaya tercapai 2. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 3. Distorsi sensori menurun 4. Perilaku halusinasi menurun 5. Menarik diri menurun 6. Melamun menurun 7. Curiga menurun	1. Bina Hubungan Saling Percaya 2. Manajemen Halusinasi Observasi: 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) 4. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis.	1. Memudahkan terjalannya proses asuhan keperawatan Observasi: 1. Untuk mendeteksi tanda dan gejala halusinasi 2. Lingkungan yang terlalu ramai atau terlalu sepi dapat memicu halusinasi sehingga perlu disesuaikan dengan kondisi pasien. 3. Untuk mengetahui tingkat risiko perilaku kekerasan

1	2	3	4
konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang dan situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar mandir	8. Mondar-mandir menurun 9. Respons sesuai stimulus membaik 10. Konsentrasi membaik 11. Orientasi membaik	nyeri,kenyamanan)	maupun risiko cedera pada diri sendiri dan orang lain. 4. Gangguan status mental, sensori, serta ketidaknyamanan fisik dapat memperburuk munculnya halusinasi.

Terapeutik:

1. Pertahankan lingkungan yang aman
2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)
3. Diskusikan perasaan dan respons

Terapeutik:

1. Lingkungan yang aman membantu mencegah cedera dan mengurangi kecemasan pasien akibat halusinasi.
2. Untuk melindungi pasien dan orang lain dari risiko perilaku agresif atau tindakan yang membahayakan.

1	2	3	4
		terhadap halusinasi	3. Membantu pasien mengenal halusinasi serta mengekspresi kan perasaan yang dialami sehingga kecemasan dapat berkurang.
	4. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat		4. Aktivitas terstruktur dapat mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi dan mencegah kelelahan yang dapat memicu kekambuhan.
	Edukasi:		Edukasi:
	1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya Halusinasi		1. Meningkatkan kemampuan pasien mengenal pencetus dan tanda awal
	2. Anjurkan		

1	2	3	4
		bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi	munculnya halusinasi.
		3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi	2. Dukungan dari orang terdekat membantu pasien membedakan realita dan isi halusinasi.
		4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi	3. Teknik distraksi membantu mengalihkan fokus pasien dari stimulus halusinasi sehingga intensitasnya berkurang.
			4. Pengetahuan tentang cara mengontrol halusinasi membantu meningkatkan kemampuan coping pasien dan dukungan keluarga dalam

1	2	3	4
			perawatan.
	Kolaborasi:	Kolaborasi:	
	1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas, jika perlu	1. Obat membantu menurunkan gejala psikotik, kecemasan, dan frekuensi munculnya halusinasi.	
	Dukungan:	Dukungan:	
	1. Pasien dapat memanfaatkan dukungan keluarga sehingga intensitas halusinasi berkurang	1. Dukungan keluarga dapat meningkatkan rasa aman, motivasi, dan kepatuhan pengobatan sehingga membantu mengurangi intensitas halusinasi.	

(Sumber : PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017; PPNI, Standar Luaran Keperawatan 2018; PPNI, Standar Intervensi Keperawatan, 2019)

4. Implementasi Keperawatan

Pada proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang

diikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan diiantaranya observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. (PPNI 2018).

Implementasi keperawatan dengan gangguan persepsi sensori akan disajikan dalam tabel 4.

Tabel 4.
Implementasi Keperawatan Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* di Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama 2026

No	Diagnosis	Intervensi	Respon	Paraf
1	2	3	4	5
1	Gangguan Persepsi Sensori <i>Auditory</i> b.d isolasi sosial	1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien (BHSP)	S: 1. Pasien menyebutkan nama, alamat, dan pendidikan terakhirnya dengan jelas. O: 1. Pasien menjawab salam dengan baik. 2. Pasien mampu Pasien mampu menyebutkan identitas diri (nama, alamat, pendidikan)	
2	Gangguan Persepsi Sensori	1. Monitor perilaku yang mengidentifika	S: 1. Pasien mengatakan	

1	2	3	4	5
	b.d isolasi sosial	si halusinasi	memahami penjelasan tindakan. 2. Pasien menunjukkan tanda gejala seperti berbicara, tertawa sendiri, melamun, mendengar atau melihat sesuatu yang tidak ada	
			O: 1. Pasien menandatangani /menyetujui informed consent.	
3	Gangguan Persepsi Sensori bd. Isolasi sosial	1. Monitor halusinasi	isi	S: 1. Pasien mengatakan kadang mendengar suara-suara tanpa wujud. O: 1. Bicara sendiri sesekali.
4	Gangguan	1. Diskusikan	S:	

1	2	3	4	5
	Persepsi Sensori bd. Isolasi sosial	perasaan respon isi dan terhadap halusinasi	1. Pasien mampu menyebutkan isi halusinasinya O: 1. Pasien mampu menyebutkan waktu muncul halusinasi. 2. Ekspresi wajah tegang saat menceritakan pengalaman.	
5	Gangguan Persepsi Sensori bd. Isolasi sosial	1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang)	S: 1. Pasien mengatakan suara muncul saat malam hari dan sendirian. 2. Pasien mengatakan merasa kesal saat halusinasi datang. O: 1. Pasien mampu menyebutkan waktu muncul halusinasi. 2. Ekspresi wajah tegang saat menceritakan pengalaman.	

1	2	3	4	5
6	Gangguan Persepsi Sensori bd. Isolasi sosial	1. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan 2. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, aktivitas dan teknik relaksasi).	S: 1. Pasien mengatakan mau mencoba berbicara dengan orang lain saat suara muncul. 2. Pasien mengatakan menggambar membuatnya senang. O: 1. Pasien mampu mengulang cara distraksi. 2. Pasien tampak lebih rileks setelah latihan relaksasi.	
7	Gangguan Persepsi Sensori bd. Isolasi sosial	1. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, aktivitas dan teknik relaksasi). 2. Hindari perdebatan tentang	S: Pasien mengatakan menggambar membuatnya senang. Pasien mengatakan mengerti cara mengontrol halusinasi. O: Pasien mampu mengulang cara	

1	2	3	4	5
		validitas halusinasi.	distraksi. Pasien tampak lebih rileks setelah latihan relaksasi. Pasien mampu mendemonstrasikan teknik kontrol halusinasi.	
8	Gangguan Persepsi Sensori bd. Isolasi sosial	1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas 2. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat	S: Pasien mengatakan bersedia minum obat sesuai anjuran. Pasien mengatakan lebih tenang saat lingkungan tenang. O: Obat diminum sesuai program. Pasien mengikuti jadwal aktivitas dan waktu istirahat.	

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang terus menerus dalam perawatan klien. Perawat perlu melakukan evaluasi secara berkala untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan efektif dan memenuhi kebutuhan klien. Proses evaluasi keperawatan dalam asuhan keperawatan tidak kalah pentingnya dalam proses perawatan pasien/ klien. Evaluasi dilakukan setelah tahapan perencanaan dan

pelaksanaan implementasi keperawatan. Tujuan dari evaluasi keperawatan adalah untuk menilai respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan, mengevaluasi pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, dan mengidentifikasi perubahan yang dilakukan dalam rencana keperawatan dengan mempertimbangkan kriteria hasil dalam tujuan umum dan tujuan khusus (Rifka et al., 2024).

Menurut Prastiwi, D., et al., (2023) komponen dalam evaluasi keperawatan terdiri dari *Subjective, Objective, Assessment, Planning* (SOAP). Berikut penjelasan masing – masing komponen:

- a. *Subjective*, memuat data – data yang disampaikan oleh klien atau dilaporkan terkait dengan hasil yang diharapkan dari permasalahan klien.
- b. *Objective*, memuat data – data yang dapat diobservasi dari kondisi klinis klien.
- c. *Assessment*, merupakan keputusan akan kondisi klinis atau respon klien.
- d. *Planning*, berkaitan dengan rencana selanjutnya sesuai dengan assessment dan apakah perlu adanya modifikasi pada perencanaan asuhan jika kriteria hasil belum terpenuhi.

Evaluasi yang diharapkan untuk pasien dengan gangguan persepsi sensori *auditory* harus sesuai dengan tujuan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Menurut PPNI (2019) indikator evaluasi yang diharapkan yaitu:

- a. Verbalisasi mendengar bisikan menurun
- b. Distorsi sensori menurun
- c. Perilaku halusinasi menurun
- d. Menarik diri menurun
- e. Melamun menurun
- f. Curiga menurun

- g. Respons sesuai stimulus membaik
- h. Konsentrasi membaik
- i. Orientasi membaik

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori *auditory* akan disajikan dalam tabel 5.

Tabel 5.
Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* di Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

No	Waktu	Diagnosis	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	Tanggal dan Jam Pertemuan	Gangguan Persepsi Sensori b.d isolasi sosial	S: Pasien menjawab salam menyebutkan nama, alamat, hobby , dan pendidikan sebelumnya O: Pasien tampak kooperatif, kontak mata kurang. A : Kriteria hasil 1 bina hubungan saling percaya tercapai. P : Lanjutkan intervensi untuk mencapai	

1	2	3	4	5
			kriteria hasil 2 (respons sesuai stimulus membaik).	
2	Tanggal dan Waktu Pertemuan	Gangguan Persepsi Sensori b.d isolasi sosial	S: Pasien mengatakan memahami penjelasan tindakan dan kadang mendengar suara tanpa wujud. O: Pasien menyetujui informed consent, tampak menoleh tanpa stimulus, bicara sendiri sesekali. A: Kriteria hasil 2 respons sesuai stimulus membaik, tercapai. P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai kriteria hasil 3 dan tujuan 4 (menarik diri menurun dan melamun menurun).	
3	Tanggal dan Waktu pertemuan	Gangguan Persepsi Sensori b.d isolasi	S: Pasien mengatakan kadang mendengar suara tanpa wujud.	

1	2	3	4	5
		sosial	O: Pasien bicara sendiri sesekali. A: Tujuan 3 menarik diri menurun mulai tercapai. P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai kriteria hasil 4 (melamun menurun).	
4	Tanggal dan waktu pertemuan	Gangguan Persepsi Sensori	S: Pasien mengatakan suara muncul malam hari saat sendirian dan membuat kesal. O: Pasien mampu menyebutkan waktu muncul halusinasi, ekspresi wajah tegang saat bercerita. A: Kriteria hasil 3 menarik diri menurun dan tujuan 4 melamun menurun, tercapai. P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai	

1	2	3	4	5
			Kriteria hasil 5 (verbalisasi mendengar menurun).	
5	Tanggal dan waktu pertemuan	Gangguan Persepsi Sensori b.d isolasi sosial	S : Pasien mengatakan suara muncul saat malam hari dan sendirian serta tidak nyaman dengan suara bising dan cahaya terang. O: Pasien mampu menyebutkan waktu muncul halusinasi, tampak gelisah saat lingkungan ramai. A: Kriteria hasil 5 verbalisasi mendengar menurun mulai tercapai. P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai kriteria hasil 6 (kemampuan mengontrol halusinasi meningkat).	
6	Tanggal dan waktu pertemuan	Gangguan Persepsi	S: Pasien mengatakan	

1	2	3	4	5
		Sensori b.d isolasi sosial	mau mencoba berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul; musik dan menggambar membuat senang. O: Pasien mampu mengulang cara distraksi; tampak lebih rileks setelah latihan. A: Kriteria hasil 6 kemampuan mengontrol halusinasi mulai tercapai. P: Lanjutkan intervensi untuk memperkuat kemampuan kontrol halusinasi.	
7	Tanggal dan waktu pertemuan	Gangguan Persepsi Sensori b.d isolasi sosial	S: Pasien mengatakan menggambar membuat senang dan mengerti cara mengontrol halusinasi. O:	

1	2	3	4	5
			Pasien mampu mengulang cara distraksi, tampak lebih rileks, mampu mendemonstrasikan teknik kontrol halusinasi. A: Kriteria hasil 6 kemampuan mengontrol halusinasi tercapai. P: Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan 7 (konsentrasi membaik).	
8	Tanggal dan waktu pertemuan	Gangguan Persepsi Sensori b.d isolasi sosial	S: Pasien mengatakan bersedia minum obat sesuai anjuran dan lebih tenang di lingkungan tenang. O: Obat diminum sesuai program, pasien tampak lebih tenang, mengikuti aktivitas harian dan jadwal istirahat. A:	

1	2	3	4	5
			Kriteria	hasil 7
			konsentrasi	membaik,
			tercapai.	
			Masalah	gangguan
			persepsi	sensori
			<i>auditory</i>	teratasi
			P:	
			Lanjutkan	intervensi
			untuk mengatasi	
			diagnosis	
			keperawatan	yang
			kedua	