BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Teori Kasus

1. Halusinasi

a. Hakikat dan Batasan Halusinasi

Kebugaran batiniah merefleksikan kapasitas individu untuk mengecap kesejahteraan psikologis, tangguh melewati dinamika kehidupan, berprasangka baik terhadap entitas diri maupun entitas sosial, serta menerima realitas orang lain secara proporsional. Manifestasi jiwa yang sehat mencirikan pertumbuhan utuh ranah raga, nurani, transendensi, dan relasi komunal, yang memampukan seseorang mengenali segenap potensinya, meredam stres, berdaya guna secara produktif, serta menyumbang faedah bagi lingkarannya. Manakala aparatus sensorik menangkap kesan tanpa aktivasi reseptor fisik yang nyata, entitas tersebut bermutasi menjadi anomali halusinasi—sebuah deviasi perseptual yang dapat menyulut kepanikan histeris, kelumpuhan daya, keputusasaan target hidup, ketakutan irasional, proyeksi pikiran destruktif, hingga ledakan agresivitas apabila tidak dimitigasi segera (Yanti et al., 2020).

Kondisi tersebut bermanifestasi dalam penangkapan sinyal imajiner berupa suara semu, fatamorgana visual, aroma nirwujud, hingga cecapan rasa buatan. Fenomena ini merupakan bentuk penghayatan batiniah terhadap rangsangan pancaindra tanpa kehadiran stimulus fisik dari lingkungan luar, alias tangkapan persepsi yang keliru. Dalam taksonomi psikiatri, anomali halusinasi menempati proporsi kasus paling dominan dibanding spektrum gangguan jiwa lainnya (Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan et al., 2021).

Khusus pada subtipe halusinasi pendengaran, penderita menangkap artikulasi suara ghaib yang memerintah tindakan khusus, berwujud dua percakapan atau lebih yang mengomentari gerak-gerik serta alam pikir pasien, bahkan kerap bermuatan titah berbahaya seperti mencederai diri sendiri maupun menghabisi nyawa orang lain (Akbar & Rahayu, 2021).

Bila anomali halusinasi dibiarkan tanpa penanganan memadai, eskalasi gejalanya membahayakan keselamatan pasien, keluarga, serta masyarakat. Satu di antara ikhtiar terapeutik yang dianjurkan adalah terapi psikoreligius Dzikir. Terma "Dzikir" berhulu pada akar kata *"Dzakar"* yang menyiratkan makna mengingat atau merawat dalam memori. Berzikir ke hadirat Ilahi bermakna senantiasa memelihara kesadaran batin bersama Allah Ta'ala. Ditinjau dari kaidah syariat, zikir adalah amaliah mengingat Sang Khalik selaras adab terpuji Al-Qur'an dan Sunnah demi membersihkan kalbu serta mengagungkan kebesaran-Nya. Esensi zikir berorientasi pada purifikasi jiwa, manifestasi syukur atas karunia hidup, memelihara vitalitas raga, serta membentengi nurani dari jerat hawa nafsu (Mega Putri et al., 2021).

b. Landasan Etiologi

Determinan predisposisi yang melatarbelakangi kerentanan pasien terhadap halusinasi merujuk konsepsi Daniel Manurung (2021) meliputi:

1. **Faktor Perkembangan:**

   Kegagalan pencapaian tugas tumbuh kembang, misalnya minimnya kehangatan emosional dan kendali suportif keluarga, memicu ketidakmampuan berdikari sejak dini, kepribadian rapuh, serta lenyapnya keyakinan diri.

2. **Faktor Sosio-Kultural:**

Bayang-bayang penolakan lingkungan semenjak fase awal kehidupan menumbuhkan rasa terisolasi, kesendirian kronis, serta pudarnya rasa percaya terhadap tatanan sosial.

3. **Faktor Biologis:**

   Keterkaitan organis terhadap dekompensasi mental, di mana tekanan stres eksesif menstimulasi sintesis senyawa neurokimia endogen yang berkarakter halusinogenik. Paparan stres berkepanjangan memicu hiperaktivasi neurotransmiter di dalam otak.

4. **Faktor Psikologis:**

   Tipologi kepribadian imatur dan nirtanggung jawab mempermudah pelarian pada penyalahgunaan zat psikotropika. Implikasinya melemahkan kapasitas pengambilan keputusan realistis, mendorong individu mencari kelegaan instan, serta membelot dari ranah nyata menuju ruang angan.

5. **Faktor Pola Sosial Budaya:**

   Tahap awal penarikan diri (*comforting*) membuat pasien memandang sosialisasi di dunia nyata sebagai ancaman. Subjek lantas mengisolasi diri dalam sangkar halusinasinya, menjadikannya ruang pengganti pemenuhan relasi sosial, ilusi kendali, serta martabat semu yang gagal diraih di dunia nyata.

c. Karakteristik Manifestasi Klinis

Sebagaimana dikemukakan oleh Pendidikan & Keperawatan (2022), tanda dan gejala halusinasi terfragmentasi ke dalam dua lapis:

1. **Manifestasi Mayor**

   - *Data Subjektif:*

        - Menangkap suara tuturan tanpa rupa sang pembicara.
        - Mengamati bayang rupa, sosok, maupun kilau cahaya tanpa eksistensi objek fisik.
        - Mengendus bau menyengat yang mengganggu, layaknya aroma busuk atau anyir tubuh.
        - Merasakan sensasi kecapan rasa yang aneh dan getir.
        - Mengalami persepsi rabaan fana atau pergerakan semu pada raganya.
    - *Data Objektif:*
        - Berbicara sendiri tanpa lawan bicara nyata.
        - Tertawa sendiri di luar konteks.
        - Pandangan mata terpaku pada satu titik hampa.
        - Memiringkan telinga ke arah tertentu seakan menyimak bisikan.
        - Dispersi konsentrasi atau ketidakmampuan memfokuskan nalar.
        - Terpaku diam larut menghayati pengalamannya yang semu.

2. **Manifestasi Minor**
    - *Data Subjektif:* Hambatan tidur (insomnia), diselimuti rasa cemas tak beralasan, serta cekaman rasa takut.
    - *Data Objektif:* Daya retensi konsentrasi ambruk, disorientasi waktu-ruang-situasi-orang, penumpulan

afek (ekspresi datar), kewaspadaan curiga berlebih, serta kecenderungan menyendiri dan melamun.

d. Klasifikasi Tipologi Halusinasi

Berdasarkan modalitas indrawi yang terdistorsi, klasifikasi halusinasi menurut P. Mulia Ningsih (2025) terbagi menjadi lima varian:

1. **Halusinasi Auditorik (Pendengaran):** Anomali sensorik pendengaran saat individu menangkap gemuruh atau suara bisikan, yang acap kali bernada destruktif dan mendikte tindakan berbahaya.
2. **Halusinasi Visual (Penglihatan):** Distorsi perseptual mata di mana seseorang menyaksikan kilatan cahaya, konfigurasi geometri, wujud animasi kartun, hingga panorama kompleks yang sejatinya tiada.
3. **Halusinasi Olfaktori (Penghidu):** Sensasi penciuman keliru yang mencium aroma busuk, amis, menjijikkan, maupun wewangian aneh tanpa sumber emisi bau yang riil di sekitarnya.
4. **Halusinasi Gustatorik (Pengecapan):** Malfungsi kecapan lidah ketika seseorang mengecap rasa yang tidak selaras dengan realitas, layaknya rasa pahit, busuk, atau anyir padahal rongga mulut tidak menerima asupan apa pun.
5. **Halusinasi Taktil (Perabaan):** Distorsi rangsangan kulit yang memunculkan sensasi nyeri, kebas, atau aliran setrum tak lazim yang dikira merambat dari tanah, perabot, maupun sentuhan orang lain.

e. Alur Patofisiologis

Halusinasi mencerminkan anomali persepsi di mana individu meyakini stimulasi sensorik—baik akustik, optik, gustatorik, taktil,

maupun olfaktori—yang pada hakikatnya nirwujud. Pasien merasa dirasuki suara di tengah keheningan, menyaksikan visualisasi menyeramkan di ruang kosong, menghirup aroma yang luput dari indra orang lain, mengecap rasa asing saat tidak bersantap, serta merasakan rayapan fana di atas permukaan kulit. Konstelasi patologis ini dipicu oleh interaksi antara unsur predisposisi dan determinan presipitasi (Apriliana Anggrasari, 2021).

Pondasi predisposisi mencakup malfungsi tugas tumbuh kembang akibat disfungsi kehangatan keluarga yang melemahkan resiliensi stres; keterasingan sosiokultural sejak awal kehidupan; anomali biologis berupa hiperaktivasi neurotransmiter otak akibat stres kronis yang memproduksi zat berkarakter halusinogenik; profil psikologis rapuh yang gemar lari ke alam fatamorgana; serta faktor genetik dan disfungsi pola asuh di mana riwayat keluarga skizofrenia mendongkrak kerentanan serupa. Sementara itu, faktor presipitasi berperan sebagai pemantik seketika yang memicu episode halusinasi, tampak dari respons sikap curiga, ketakutan eksesif, rasa terancam, kebingungan, penarikan diri dari interaksi, disfungsi pertimbangan nalar, hingga ketidakmampuan memilah batas realitas objektif dan fantasi subjektif.

f. Manifestasi Gejala Klinis Pasien

Menurut Apriliana Anggrasari (2021), petunjuk keberadaan halusinasi diverifikasi lewat pengakuan langsung pasien dan observasi perilaku:

1. **Data Subjektif (Pengakuan Pasien):**
    - Menangkap resonansi kegaduhan atau bisikan suara misterius.
    - Mengaku diajak berdialog oleh sosok tak kasat mata.
    - Menerima instruksi suara untuk melakoni aksi berbahaya.

- Mengamati siluet bayangan, pendaran sinar, objek geometris, figur fantasi, hingga wujud menyeramkan.
- Menghidu bau anyir, darah, aroma ekskresi, atau wangi-wangian yang aneh.
- Mengeluhkan cecapan rasa santapan semu yang asing di lidah.
- Merasakan sensasi geliat menjalar layaknya serangga di sekujur kulit.
- Mengungkapkan perasaan mencekam atau justru terbuai oleh pengalaman sensoriknya.

2. **Data Objektif (Hasil Observasi Klinis):**
    - Bercakap-cakap atau tertawa sendirian tanpa stimulasi lingkungan.
    - Ledakan amarah tanpa pemicu yang jelas.
    - Gestur menelengkan telinga ke koordinat tertentu.
    - Merapatkan tangan menutup lubang telinga.
    - Mengacungkan jari menunjuk ke arah ruang kosong.
    - Menampakkan raut ketakutan pada objek yang tak beralasan.

g. Dinamika Tahapan Halusinasi

Eskalasi halusinasi bergerak dinamis melintasi lima tingkatan gradasi kecemasan dan adaptasi (Dalami et al., 2014):

1. **Tahap 1 (*Sleep Disorder* - Pra-Halusinasi):** Fase perintisan akibat tumpukan persoalan hidup (kegagalan asmara, degradasi karier, konflik perkawinan, lilitan finansial) yang memicu keinginan mengisolasi diri. Minimnya jejaring dukungan

berpadu persepsi kognitif yang buruk merusak pola tidur dan mengarahkan pasien pada kebiasaan melamun sebagai kompensasi pelarian masalah.

2. **Tahap 2 (*Comforting* - Kecemasan Moderat):** Pengalaman sensorik dihayati secara menyenangkan dan diterima lumrah. Kendati kecemasan, rasa terisolasi, dan rasa bersalah masih membayangi, individu mulai menjadikan lamunan semu ini sebagai katarsis sementara demi memperoleh rasa nyaman semu.

3. **Tahap 3 (*Condemning* - Kecemasan Berat):** Karakter pengalaman sensorik berubah menjadi intimidatif, menyalahkan, dan menjijikkan. Pasien mulai kehilangan kemudi diri, merasa dipermalukan oleh persepsi tersebut, dan akhirnya memilih menarik diri lebih dalam dari lingkaran sosial (*social withdrawal*).

4. **Tahap 4 (*Controlling* - Fase Mengendalikan):** Halusinasi mendominasi total aparat kesadaran; bisikan sensorik bertindak sebagai penguasa yang mendikte. Pasien yang sempat mencoba melawan akhirnya lumpuh, menyerah, dan membiarkan dirinya ditundukkan oleh halusinasi. Ketika ilusi tersebut mereda, pasien justru didera rasa kesepian akut—menandai ambang masuknya psikosis berat.

5. **Tahap 5 (*Conquering* - Derajat Panik Total):** Fase penaklukan mutlak di mana distorsi persepsi menyandera kapasitas kognitif secara menyeluruh. Halusinasi berubah menjadi serangkaian teror, instruksi mengancam, dan pemaksaan kehendak yang memicu kepanikan luar biasa serta potensi tindak destruktif.

h. Spektrum Rentang Respons

Dinamika persepsi bergerak di sepanjang garis kontinum adaptif hingga maladaptif (Nurhalimah, 2018):

- **Pikiran Logis:** Alur pemikiran mengalir runtut, rasional, dan berkoherensi utuh.
- **Persepsi Akurat:** Kemampuan menangkap stimulus sensorik lingkungan secara presisi melalui atensi yang sadar.
- **Emosi Konsisten:** Manifestasi afektif yang selaras dengan rangsangan situasi serta diimbangi kontrol motorik yang tertib.
- **Perilaku Sesuai:** Tindakan pemecahan persoalan yang harmonis dengan tatanan norma komunal.
- **Relasi Sosial Harmonis:** Keterlibatan antarpribadi yang dinamis, adaptif, dan kooperatif.
- **Ilusi Perseptual:** Penyimpangan interpretasi atas stimulus nyata yang salah dipersepsikan oleh indra.
- **Afek Eksesif/Tumpul:** Manifestasi emosional yang meluap tidak proporsional atau justru menyusut drastis.
- **Perilaku Aneh:** Tindakan deviatif yang bertentangan dengan konsensus norma kebiasaan sosial.
- **Delusi/Waham:** Keyakinan kognitif yang keliru secara fundamental, dipertahankan mati-matian, dan resisten terhadap sanggahan bukti empiris.
- **Halusinasi:** Kutub paling maladaptif di mana persepsi sensorik palsu terbentuk tanpa keterlibatan stimulus eksternal sama sekali.

i. Komplikasi Klinis

Halusinasi yang tak terkendali merupakan determinan utama meletusnya episode kekerasan (*risk of violent behavior*), terutama akibat ketaatan pasien terhadap bisikan imperatif yang memerintahkan agresi. Rantai kekerasan pada pasien skizofrenia bermula dari keputusasaan atas rasa tidak berharga, kecemasan primordial, serta penolakan lingkungan yang memaksanya menjauh dari relasi antarmanusia. Konsekuensi klinis lanjutan yang membayangi pasien halusinasi mencakup risiko perilaku kekerasan mencederai lingkungan atau diri sendiri, kemerosotan harga diri rendah situasional maupun kronis, serta keterjebakan dalam isolasi sosial menahun (Maharani Dwi Putri, 2022).

2. Berdzikir

a) Hakikat dan Pemaknaan Berdzikir

Secara etimologis, wirid atau dzikir berakar dari leksikon *"dzakar"* yang merefleksikan makna mengingat atau merawat dalam memori ingatan. Berdzikir ke hadirat Ilahi menyiratkan kesinambungan kesadaran insani agar senantiasa tertaut kepada Allah Ta'ala. Ditinjau dari terminologi syariat, dzikir merupakan amaliah merenungi keagungan Allah berlandaskan etika terpuji yang tertuang di dalam Al-Qur'an dan Sunnah demi menyucikan sanubari serta memuliakan asma-Nya. Selaras pandangan Ibnu Abbas R.A., dzikir merepresentasikan sebuah kerangka, wahana, sekaligus media pembiasaan agar manusia tetap memelihara ingatan kepada Sang Pencipta di luar ritus salat. Orientasi esensial dzikir berpusat pada pengagungan nama Allah, purifikasi hati dan batin, ekspresi rasa syukur

hamba yang bertakwa, penguatan vitalitas raga, sarana pengobatan spiritual melalui metode ruqyah, hingga perisai penangkal jebakan hawa nafsu (Akbar & Rahayu, 2021).

Terapi spiritual dzikir dalam perspektif Islam merupakan suatu ikhtiar penatalaksanaan non-farmakologis yang ditujukan bagi pemulihan distorsi kejiwaan melalui mobilisasi daya batiniah dan kekuatan ruhani. Pendekatan ini berorientasi mengokohkan pilar keimanan seseorang agar sanggup mengaktualisasikan fitrah religiusitasnya secara paripurna, yakni dengan cara menginternalisasi nilai-nilai luhur Al-Qur'an dan As-Sunnah ke dalam palung sanubari. Rangkaian ibadah layaknya salat fardhu, permohonan doa, serta pelafalan wirid terbukti menuntun ritme eksistensi manusia menuju keselarasan, keseimbangan, serta kepatuhan pada tuntunan syar'i (Mudrikhatul Inayah & Nafi, 2023).

Modalitas psikoreligius semacam wirid, manakala dilantunkan secara tertib, tartil, dan presisi, mampu menghadirkan ketenangan batin serta respons relaksasi yang mendalam. Bukti empiris mengindikasikan bahwa kapasitas meregulasi distorsi auditorik pada Pasien 1 dan Pasien 2 pasca-intervensi dzikir selama triduum (tiga hari beruntun) mengalami lonjakan signifikan hingga mencapai taraf baik. Tolok ukur predikat baik ditentukan jika subjek meraih skor lebih dari 3 (dan kurang baik bila skor di bawah 3) dari enam parameter evaluasi: penurunan frekuensi halusinasi, artikulasi manfaat wirid, kecekatan berdzikir saat bisikan menyergap, hadirnya rasa nyaman pasca-wirid, kefasihan melafalkan kalimat thayyibah, serta kematangan

mengekspresikan dinamika afek setelah sesi terapi. Intervensi dzikir sangat kontekstual diterapkan pada pasien halusinasi; penghayatan yang tekun dan konsentrasi paripurna (khusyuk) memampukan penderita meredam intrusi vokal palsu sekaligus mengalihkan fokus mentalnya ke dalam kesibukan ibadah yang menenteramkan (Afriyanti et al., 2023).

b) Orientasi dan Tujuan Terapi

Sebagai representasi terapi modalitas komplementer, dzikir dalam khazanah Islam difungsikan guna merehabilitasi disfungsi mental mengandalkan energi transendental melalui amaliah religius murni, bukan melalui sintesis zat kimiawi. Tujuan hakiki berdzikir bermuara pada kepasrahan total (*tawakal*), pembersihan noda spiritual dan nurani, serta penyerahan eksistensi diri seutuhnya ke hadirat Sang Pencipta sebagai pribadi yang berintegritas moral luhur (Nurianti et al., 2024).

c) Dimensi Fungsi Terapi Psikoreligius Mengacu pada taksonomi Adz-Dzakiey dalam Clarissa (2021), terdapat aneka fungsi utama yang diemban oleh intervensi psikoreligius, meliputi:

1. **Fungsi Pemahaman (*Understanding*):** Berperan menanamkan wawasan mendalam mengenai hakikat kedudukan manusia dan problematika eksistensial, sekaligus memandu pencarian solusi adaptif atas krisis mental, baik yang berakar pada konflik batiniah maupun manifestasi lahiriah di kehidupan sehari-hari.

2. **Fungsi Pengendalian (*Control*):** Menumbuhkan kapasitas regulasi diri guna membimbing segenap gerak-gerik dan tingkah laku manusia agar senantiasa tertib dalam koridor pengawasan ilahiah.

3. **Fungsi Prediksi (*Prediction*):** Mengasah kepekaan kognitif dasar individu dalam membaca dan menganalisis proyeksi masa depan berdasarkan dinamika peristiwa yang melingkupinya.

4. **Fungsi Pengembangan (*Development*):** Bertindak sebagai katalisator dalam memperluas serta memperkaya khazanah keilmuan berbasis nilai-nilai keislaman.

d) Faedah Terapeutik Berdzikir

1. **Menginduksi Ketenangan dan Kedamaian Kalbu:** Manakala himpitan persoalan, duka, dan kecemasan melanda, wirid hadir mengalirkan rahmat keteduhan batiniah. Kedamaian yang terbit ini membanjiri ruang afektif dengan emosi positif, rasa syukur, serta optimisme hidup.

2. **Mengukuhkan Determinasi Keyakinan dan Keberanian Diri:** Pendarasan asma Allah mempertebal keyakinan akan kemahakuasaan-Nya, sehingga mengikis kepengecutan mental dan menumbuhkan nyali dalam menantang berbagai kemelut rintangan.

3. **Membuka Jalan Kelapangan (*Keberuntungan*):** Di kala keputusasaan mendera akibat lilitan problematik yang rumit,

kepasrahan dzikir membimbing terbukanya ilham solusi dari Sang Pencipta guna meretas jalan keluar yang buntu.

4. **Melunturkan Kecemasan dan Ketakutan Irasional:** Kekhawatiran fana yang menyelimuti mental perlahan dijinakkan oleh kepasrahan spiritual. Hilangnya rasa takut melahirkan keteguhan pendirian, ketahanan pantang menyerah, serta konsistensi ikhtiar demi menggapai rida-Nya.

e) Tata Laksana dan Prosedur Pelaksanaan

Aplikasi intervensi diawali pasca-tahap asesmen klinis, disusul pembekalan empat strategi generalis kontrol halusinasi secara bertahap: 1) teknik perlawanan menghardik, 2) kepatuhan konsumsi antipsikotik, 3) stimulasi interaksi bercakap-cakap, serta 4) pelibatan rutinitas terjadwal yang dipadukan dengan terapi psikoreligius dzikir.

Fase persiapan mencakup kesepakatan kontrak waktu, penjelasan rasional tindakan, target capaian, serta pengkondisian ruangan yang hening. Subjek dipandu mengamalkan rangkaian wirid: diawali bacaan istighfar (*Astaghfirullahal'adzim*) sebanyak 3 kali, disambung lantunan tasbih (*Subhanallah*) 33 kali, tahmid (*Alhamdulillah*) 33 kali, dan takbir (*Allahu Akbar*) 33 kali. Rangkaian ini dieksekusi secara intensif selama 3 hari berturut-turut dengan alokasi tempo 10 hingga 20 menit tiap perjumpaan. Terapi ini direkomendasikan tatkala suara bisikan palsu mulai mengusik, pada waktu senggang, maupun usai menunaikan salat wajib.

Sebelum ritual diawali, pasien dipersilakan mengambil air wudhu serta mengenakan kelengkapan ibadah bersih (sarung, sajadah, dan butiran tasbih) guna mendukung kekhusyukan. Evaluasi klinis bersandar pada instrumen panduan observasi serta wawancara komparatif pra dan pasca-tindakan, guna memetakan disparitas kapasitas kontrol halusinasi auditorik subjek secara akurat (Akbar & Rahayu, 2021).

B. Konsep Dasar Asuhan Keprawatan

1. Identitas Pasien

Praktisi mengawali interaksi melalui perkenalan diri dan pembangunan kontrak terapeutik yang menyepakati identitas perawat, nama lengkap serta panggilan akrab pasien, target asuhan, alokasi waktu, lokasi perjumpaan, dan substansi topik bahasan. Asesmen dilanjutkan dengan merekam data demografis berupa usia, nomor rekam medis, tanggal wawancara, serta keabsahan sumber rujukan informasi.

2. Alasan Masuk

Eksplorasi latar belakang yang mendorong subjek dilarikan atau dirawat di fasilitas kesehatan jiwa, menakar pemahaman keluarga terhadap kondisi patologis yang diderita, serta mengidentifikasi ikhtiar penanganan mandiri yang pernah diupayakan keluarga sebelum fase hospitalisasi.

3. Riwayat Penyakit Sekarang (Faktor Presipitasi)

Penelusuran kronologi kemunculan anomali kejiwaan terkini beserta determinan pencetus seketika, khususnya variabel yang mengeskalasi

keparahan gejala seperti terminasi kepatuhan medikasi secara sepihak (*non-adherence*).

4. **Faktor Predisposisi**

   Penggalian riwayat patologis keluarga, efektivitas terapi pada masa lampau, riwayat trauma kekerasan fisik maupun psikoseksual, perundungan atau penolakan lingkungan komunal, riwayat kekerasan domestik, hingga rekam jejak pelanggaran hukum. Anamnesis mendalami keberadaan anggota keluarga dengan gangguan serupa serta residu pengalaman traumatis di masa lalu.

5. **Pemeriksaan Fisik**

   Pemeriksaan menyeluruh mencakup tanda-tanda vital (tensi, nadi, respirasi, suhu), pengukuran antropometri (berat dan tinggi badan), serta identifikasi keluhan somatik atau disfungsi organ raga yang dirasakan subjek.

6. **Pengkajian Psikososial**

   - **Genogram:** Rekonstruksi silsilah keluarga lintas tiga generasi untuk memetakan dinamika komunikasi, gaya pengasuhan masa kecil, transmisi pola koping, serta mekanisme pengambilan keputusan domestik.
   - **Konsep Diri:**
     - *Gambaran Diri:* Menilai persepsi estetika dan fungsi ragawi, identifikasi area anatomis yang disukai maupun yang memicu penolakan emosional.

- *Identitas Diri:* Mengukur kepuasan subjek terhadap posisi sosial pra-rawat, penerimaan atas jenis kelamin biologis, serta rasa keunikan personal.
- *Fungsi Peran:* Menilai kapasitas eksekusi tanggung jawab dalam keluarga, tempat kerja, dan masyarakat, serta dampak psikologis akibat distorsi peran selama masa isolasi/rawat.
- *Ideal Diri:* Eksplorasi ekspektasi subjek terhadap performa fisik, target masa depan, perbaikan relasi sosial, serta daya tahan ketika realitas bertolak belakang dengan ambisi.
- *Harga Diri:* Evaluasi penghargaan diri dalam relasi komunal, persepsi atas penilaian orang lain, serta tingkat kerapuhan akibat diskrepansi peran dan identitas.

- **Hubungan Sosial:** Mengidentifikasi figur paling bermakna (*significant other*), strategi koping sosial kala terhimpit konflik, keaktifan dalam kelompok komunal, serta motivasi berinteraksi dengan dunia luar.
- **Spiritual:** Menilai keyakinan moral, keteraturan ritus peribadatan, serta tingkat kepuasan batin yang diperoleh dari amaliah keagamaan.

7. 7. Status Mental

- **Penampilan:** Evaluasi kerapian dari ujung rambut hingga kaki, kepatutan sandang terhadap situasi, cara berpakaian yang menyimpang, serta dampak penampilan terhadap status psikologis.

- **Pembicaraan:** Mengamati artikulasi verbal meliputi tempo (terburu-buru/lambat), intensitas volume (keras/lirih), kontinuitas (gagap/terhenti/*blocking*), keengganan berucap (apatis/membisu), hingga ketidakmampuan memulai dialog.
- **Aktivitas Motorik:**
    - *Lesu, Tegang, Gelisah:* Ketidaktenangan postur dan bahasa tubuh yang kaku.
    - *Agitasi:* Letupan gerak motorik tak terarah akibat gejolak batin.
    - *Tremor Fasial:* Kedutan mikro involunter pada otot-otot wajah.
    - *Grimasen:* Distorsi mimik wajah yang berubah-ubah di luar kesadaran.
    - *Tremor Ekstremitas:* Getaran ritmis pada jari-jemari saat tangan direntangkan.
    - *Kompulsif:* Repetisi tindakan stereotipik berulang; pada risiko kekerasan kerap diiringi ketegangan fisik masif.
- **Afek dan Emosi:**
    - *Afek:* Menilai rentang perubahan roman muka; adekuat (harmonis dengan stimulus), datar (nirekspresi), tumpul (hanya bereaksi pada letupan ekstrem), labil (mudah terombang-ambing), atau tidak sesuai (kontradiktif terhadap stimulus).

    - *Emosi:* Mendeteksi residu kepedihan emosional, isolasi batin, amarah, anhedonia (kehilangan rasa senang), euforia, kedukaan depresif, hingga kecemasan akut.
- **Interaksi Selama Wawancara:** Mengamati kadar kooperatif, sikap menolak/defensif, iritabilitas (mudah tersinggung), permusuhan melalui tatapan sinis, penghindaran kontak mata, serta proyeksi kecurigaan berlebih.
- **Persepsi Sensori:** Mendeteksi ada tidaknya halusinasi lintas modalitas pancaindra (pendengaran, visual, taktil, gustatorik, olfaktori), ilusi (salah tafsir stimulus nyata), depersonalisasi (merasa diri terpisah atau asing), serta derealisasi (memandang dunia nyata laksana alam mimpi).
- **Proses Pikir:** Menganalisis alur logika verbal; *sirkumstansial* (berbelit namun mencapai substansi akhir), *tangensial* (melantur tanpa pernah mencapai konklusi), serta keterputusan asosiasi nalar lainnya.
- **Isi Pikir:** Mengkaji fiksasi ide abnormal seperti obsesi, fobia irasional, hipokondria (preokupasi penyakit fisik fana), ide yang terkait (*idea of reference*), keyakinan magis di luar nalar, hingga aneka delusi/waham (agama, somatik, kebesaran, curiga/persekusi, nihilistik, sisip pikir, siar pikir, dan kontrol pikir).
- **Tingkat Kesadaran:** Observasi kebingungan (perilaku kacau nirarah), sedasi (kesadaran mengambang), stupor (imobilitas motorik

dengan kepekaan lingkungan utuh), serta orientasi komprehensif terhadap waktu, tempat, dan personal.

- **Memori:** Penilaian daya ingat retrospektif jangka panjang (>1 bulan), jangka pendek (pekan terakhir), daya ingat sesaat (kejadian terkini), serta konfabulasi (fabrikasi cerita rekaan demi menutupi defisit amnesia).
- **Tingkat Konsentrasi dan Berhitung:** Menilai stabilitas atensi (mudah teralih/tidak fokus) dan kemampuan komputasi numerik sederhana menggunakan objek konkret.
- **Kemampuan Penilaian:** Menakar kapasitas pengambilan keputusan rasional dari taraf ringan (butuh stimulan arahan sederhana) hingga bermakna/berat (paralisis mutlak dalam menentukan pilihan logis).
- **Daya Tilik Diri (*Insight*):** Membedah kesadaran morbiditas; apakah pasien mengingkari patologinya (*denial*) atau melempar kausa penderitaan pada faktor eksternal di luar dirinya (*eksternalisasi*).

8. Kebutuhan Persiapan Pulang

- **Nutrisi:** Frekuensi, komposisi menu, tata cara bersantap, serta kemandirian membersihkan perkakas makan.
- **Eliminasi:** Kecekatan buang air besar dan kecil secara higienis di jamban serta merawat sanitasi toilet.
- **Kebersihan Diri:** Frekuensi dan ketertiban mandi, menggosok gigi, keramas, memotong kuku, serta menjaga kesegaran aroma tubuh.

- **Berbusana:** Keterampilan memilah, mengenakan, dan memadupadankan pakaian secara pantas.
- **Istirahat dan Tidur:** Durasi tidur siang-malam, ritual pra-tidur (gosok gigi, berdoa), serta kerapian menata ruang tidur pasca-bangun.
- **Manajemen Medikasi:** Ketepatan mematuhi prinsip pemberian obat, pengenalan dosis, jadwal, rute, dan antisipasi efek samping farmakologi.
- **Pemeliharaan Kesehatan:** Pemetaan jejaring rujukan lanjutan dan kesiapan sistem pendukung (*support system*) keluarga pasca-rawat.
- **Aktivitas Domestik:** Kemandirian meracik hidangan, membersihkan kediaman, merawat pakaian, dan tata kelola anggaran harian.
- **Aktivitas Eksternal:** Kapasitas berbelanja kebutuhan pokok serta mobilisasi di ranah publik secara aman.

9. Mekanisme Koping

Identifikasi strategi pertahanan ego pasien dalam mengelola konflik batin dan agresi, guna membimbing transformasi dari koping maladaptif menuju pola koping adaptif-konstruktif dalam membendung desakan impulsif.

10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Eksplorasi hambatan pada sistem jejaring sosial, friksi dengan lingkungan permukiman, tantangan taraf edukasi, disrupsi okupasi, keterbatasan perumahan, kemelut ekonomi, hingga aksesibilitas fasilitas kesehatan.

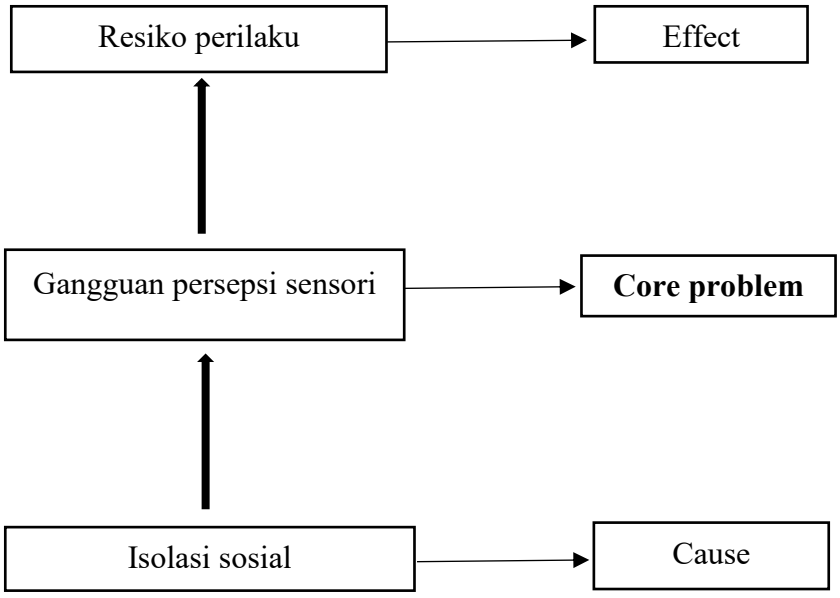
11. Pengetahuan

Menakar tingkat pemahaman pasien dan keluarga mengenai etiologi gangguan jiwa, sistem pendukung terapeutik, determinan krisis, dinamika koping, patologi fisik penyerta, serta manajemen medikasi jangka panjang.

12. Aspek Medis

Dokumentasi taksonomi diagnosis medis psikiatri definitif yang dirumuskan dokter penanggung jawab, disertai daftar regimen psikofarmaka, terapi somatik fisik, dan intervensi modalitas klinis yang sedang diprogramkan.

13. Pohon masalah



Gambar 2.2 pohon masalah gangguan persepsi sensori:halusinasi pendengaran (krisna et al.,2016)

14. Diagnosa keperawatan

Diagnose keprawatan yang muncul antara lain (tim pokja SDKI DPP PPNI,2019)

a. gangguan persepsi sensori:halusinasi pendengaran
b. isolasi sosial:menarik diri
c. resiko perilaku kekerasan

15. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi keprawtan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran & Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Intervensi (SIKI)
1.	**Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (D.0085)**	**Persepsi Sensori Membaik (L.13124)**	**Manajemen Halusinasi (I.09288)**
	Definisi:	*Ekspektasi:*	**Observasi:**
	Deviasi pemaknaan atas rangsangan internal ataupun eksternal yang diiringi oleh pelemahan, eksesivitas, maupun distorsi responsivitas.	Pasca-tindakan keperawatan intensif 4× perjumpaan, integritas persepsi sensori pasien teregulasi optimal.	1. Skrining indikator konduite yang mencerminkan keterjebakan halusinasi
	Faktor Risiko:	**Kriteria Hasil:**	2. Pantau dan selaraskan densitas stimulus lingkungan serta ritme aktivitas
	1. Anomali aparatus visual	1. Pernyataan mendengar bisikan menurun	3. Gali muatan narasi halusinasi (terutama potensi destruktif atau agresi mandiri)
	2. Gangguan fungsional auditorik		

3. Disfungsi olfaktori (penghidu)	2. Pengakuan melihat bayangan mereda	
4. Penurunan sensibilitas taktil	3. Laporan sensasi taktil semu menyusut	**Terapeutik:**
5. Hipoperfusi oksigen serebral	4. Laporan pengecapan semu menurun	1. Ciptakan serta rawat ekosistem ruang rawat yang kondusif-aman
6. Adiksi zat psikoaktif	5. Distorsi sensorik tereliminasi	2. Ambil tindakan protektif tatkala kendali diri lumpuh (restriksi batas, isolasi ruang seklusi, atau fiksasi fisik sesuai indikasi)
7. Fase penuaan (geriatri)	6. Gejala konduite halusinasi berkurang drastis	3. Fasilitasi ruang dialog mengenai gejolak afek serta respons terhadap bisikan
8. Paparan polutan toksik lingkungan	7. Sikap menarik diri mereda	4. Hindari konfrontasi maupun perdebatan atas keabsahan distorsi suara
Gejala & Tanda Mayor:	8. Kebiasaan melamun terkikis	
Subjektif:	9. Kecurigaan berlebih mereda	
1. Mendengar artikulasi bisikan semu atau menangkap visualisasi bayangan		

	10. Gerakan mondar-mandir tanpa haluan terminimalisasi	
2. Merasakan sensasi fana via indra peraba, penghidu, atau pengecap		**Edukasi:**
Objektif:		1. Bombing pasien memetakan momentum dan situasi pencetus halusinasi secara mandiri
1. Distorsi perseptual konkret		
2. Responsivitas tidak harmonis		2. Anjurkan berdialog dengan figur suportif tepercaya guna memperoleh umpan balik realitas
3. Bersikap seolah merespons rangsangan indrawi yang sejatinya tiada		
		3. Latih teknik distraksi terpadu (mengaksentuasikan terapi psikoreligius zikir, mobilisasi aktivitas terarah, serta relaksasi)
Gejala & Tanda Minor:		
Subjektif: Mengartikulasikan rasa jengkel/kesal		4. Edukasi pasien dan keluarga perihal strategi mandiri meredam dominasi halusinasi
Objektif: Mengisolasi diri, hanyut melamun, konsentrasi terpecah, disorientasi menyeluruh		

	(waktu/ruang/orang), sikap curiga, tatapan terpaku searah, mondar-mandir nirarah, serta bermonolog mandiri. **Kondisi Klinis Terkait:** Glaukoma, katarak, kelainan refraksi, lesi okuler, parese nervus kranialis (II, III, IV, VI), presbikusis, kerusakan alat bantu dengar, delirium, sindrom demensia, gangguan amnestik, fase penyakit terminal, serta gangguan psikotik primer.		**Kolaborasi:** Konsultasikan pemberian medikasi antipsikotik dan sedatif anksiolitik sesuai kebutuhan klinis.
2.	**Isolasi Sosial (D.0121)** **Definisi:** Ketidakmampuan membangun ikatan relasional yang hangat, rekat, transparan, serta saling melengkapi dengan sesama. **Etiologi:**	**Keterlibatan Sosial Meningkat (L.13115)** *Ekspektasi:* Pasca-tindakan keperawatan intensif 4× perjumpaan, kemahiran membina koneksi afektif yang rekat, terbuka, dan independen pulih optimal.	**Promosi Sosialisasi / Keterlibatan Sosial (I.09308)** **Observasi:** 1. Identifikasi kapasitas dasar subjek dalam menginisiasi percakapan

1. Defisit maturitas tumbuh kembang	**Kriteria Hasil:**	2. Petakan determinan penghambat koneksi relasional antarindividu
2. Hambatan menjalin interaksi bermakna	1. Minat berinteraksi melambung	**Terapeutik:**
3. Inkongruensi minat terhadap tahap usia	2. Artikulasi tujuan personal terarah jelas	1. Pacu kesediaan memperluas komitmen ikatan sosial
4. Pergeseran norma personal vs tatanan sosial	3. Partisipasi aktivitas harian terakselerasi	2. Dorong kesabaran mental saat merintis relasi bertahap
5. Inkonsistensi konduite terhadap nilai komunal	4. Pengakuan isolasi diri menurun	3. Stimulasi keikutsertaan dalam dinamika kelompok atau agenda baru
6. Deformitas citra raga lahiriah	5. Keyakinan beraktivitas di arena publik meningkat	4. Motivasi ekspansi sosial di luar bangsal (misal berjalan santai atau menyambangi area baca)
7. Fluktuasi dekompensasi status mental	6. Kecenderungan menarik diri menyusut	
8. Keterbatasan koping internal (berduka disfungsional, minim kontrol diri)		

Gejala & Tanda Mayor: *Subjektif:* Hasrat menyendiri, rasa terancam di ruang publik *Objektif:* Penarikan diri dari komunal, resistensi kontak interaktif **Gejala & Tanda Minor:** *Subjektif:* Merasa asing/berbeda dari lingkungan, preokupasi lamunan pikiran privat, kehilangan arah/tujuan eksistensial *Objektif:* Pemudaran afek (datar/murung), riwayat penolakan relasional, gestur bermusuhan, kegagalan adopsi ekspektasi komunal, defisit fungsional raga, tindakan stereotipik hampa makna, pemutusan kontak pandang, maturitas tertunda, serta letargi/kehilangan vitalitas.	7. Persepsi merasa asing/berbeda mereda 8. Keasyikan dengan lamunan internal terkikis 9. Afek murung tereliminasi 10. Resistensi permusuhan mereda 11. Adaptasi konduite sosial membaik 12. Tindakan bertujuan terkonstruksi rapi 13. Respons tatap mata membaik 14. Capaian fase perkembangan memulih	5. Bedah kelebihan dan limitasi personal dalam berelasi 6. Susun bersama peta perencanaan agenda masa depan 7. Berikan apresiasi validatif atas kebersihan dan perawatan raga mandiri 8. Berikan penguatan positif pada setiap progres sosial sekecil apa pun **Edukasi:** 1. Bimbing interaksi sosial secara bertingkat (dari satu individu ke kelompok kecil)

	2. Anjurkan bergabung ke dalam kegiatan komunal bangsal 3. Dorong keterbukaan berbagi pengalaman batin dengan sesama 4. Tanamkan kejujuran diri dan penghargaan batas privasi orang lain 5. Optimalkan utilisasi alat bantu sensorik bila terindikasi 6. Bimbing penyusunan agenda terstruktur kelompok kecil 7. Latih teknik *role-play* komunikasi asertif

			8. Ajarkan manajemen pelepasan kemarahan secara sehat dan santun
3.	**Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)** **Definisi:** Kerentanan melancarkan agresi fisik, traumatik afektif, dan/atau serangan seksual yang berpotensi mencelakai diri sendiri maupun lingkungan sekitar. **Faktor Risiko:** 1. Waham atau delusi paranoia 2. Sikap curiga eksesif 3. Halusinasi komando	**Kontrol Diri Membaik (L.09076)** *Ekspektasi:* Pasca-tindakan keperawatan intensif 4× perjumpaan, kapasitas subjek dalam meregulasi luapan afek, alam pikir, dan konduite agresif saat menghadapi tekanan terkelola mantap. **Kriteria Hasil:** 1. Deklamasi ancaman fisik mereda	**Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)** **Observasi:** 1. Sterilkan ruang rawat dari instrumen berbahaya (benda tajam, tali, kaca) 2. Periksa bawaan pengunjung demi menjaga keamanan ruang perawatan 3. Awasi secara ketat pemanfaatan benda berisiko (alat cukur, perkakas makan) **Terapeutik:**

4. Rencana bunuh diri aktif	2. Artikulasi umpatan/makian terkikis	
5. Disorganisasi relasi keluarga	3. Intimidasi serangan fisik menurun	1. Pertahankan protokol lingkungan steril-aman secara berkala
6. Kerusakan fungsi neurokognitif	4. Dorongan mencederai diri/orang lain mereda	2. Libatkan keluarga sebagai mitra terapeutik pemulihan
7. Konfusi dan disorientasi	5. Destruksi perabot sekitar terminimalisasi	**Edukasi:**
8. Kegagalan regulasi impulsivitas	6. Ledakan amuk agresif teredam	1. Tekankan kepatuhan aturan keselamatan bangsal kepada kerabat dan keluarga
9. Kekeliruan persepsi lingkungan	7. Intonasi nada tinggi menyusut	2. Latih artikulasi ekspresi emosi secara asertif tanpa agresi
10. Afek depresi mendalam	8. Diksi bicara ketus berkurang	3. Latih teknik de-eskalasi amarah verbal dan nonverbal
11. Riwayat agresi terhadap hewan	9. Isyarat dan wacana bunuh diri menghilang total	
12. Disfungsi neurologis organik		

Kondisi Klinis Terkait: Riwayat trauma/penganiayaan fisik-psikologis, *organic brain syndrome*, sindrom perilaku menentang (*ODD*), depresi mayor, krisis panik, gangguan Tourette, delirium-demensia, amnesia organik, intrusi halusinasi, fluktuasi neurotransmiter serebral, lingkungan kaotik, pengabaian masa kecil, agresivitas destruktif, sifat impulsif, serta ilusi.	10. Fase euforia maupun afek depresif kembali seimbang	(relaksasi nafas dalam, distraksi spiritual, dan *sharing* terbuka)

16. Implementasi Keperawatan

Pengeksekusian tindakan keperawatan diselaraskan secara rigid dengan cetak biru perencanaan yang telah ditetapkan. Dalam ranah psikiatri klinis, implementasi berpedoman pada protokol Strategi Pelaksanaan (SP) yang disesuaikan menurut inti persoalan klien. Sebelum melangkah pada fase kerja, perawat wajib mengukuhkan kontrak terapeutik dengan memaparkan substansi tindakan, memperjelas peran aktif yang diharapkan dari diri klien, serta mendokumentasikan segenap intervensi beserta responsivitas klien secara akuntabel (Maharani Dwi Putri, 2022).

17. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merefleksikan proses sumatif guna mengukur ketercapaian target klinis melalui komparasi respons klien terhadap tolok ukur tujuan umum dan instruksional khusus: terhindarnya ledakan perilaku kekerasan, terbina serta terpeliharanya ikatan saling percaya, kemampuan klien mengidentifikasi karakteristik halusinasinya, kecakapan meregulasi persepsi palsu, optimalisasi dukungan suportif keluarga, serta ketertiban menjalankan regimen obat secara sahih. Penilaian perkembangan ini diartikulasikan menggunakan formula nalar klinis SOAP (Maharani Dwi Putri, 2022):

- **S (*Subjektif*):** Artikulasi verbal serta respons batin yang diungkapkan langsung oleh klien pasca-tindakan.
- **O (*Objektif*):** Konduite nyata, bahasa tubuh, serta manifestasi klinis yang terpantau langsung oleh praktisi.

- **A (*Analisis*):** Sintesis kritis atas perpaduan data subjektif dan objektif guna menyimpulkan status resolusi masalah (teratasi, teratasi sebagian, menetap, atau memicu anomali baru).
- **P (*Planning*):** Rancang tindak lanjut atau penyesuaian intervensi berdasar kesimpulan klinis yang telah ditarik.

18. Metodologi Penelitian

1. **Desain, Kerangka Riset, dan Pendekatan**

   Kajian ini mengadopsi metodologi kualitatif. Mengacu pada Satori (2021), riset kualitatif berorientasi menjaring dan mengolah data deskriptif mendalam melalui instrumen observasi partisipatif, telaah dokumen, wawancara mendalam (*in-depth interview*), serta triangulasi data. Pendekatan ini menyelami interaksi sosial yang melahirkan pemahaman holistik terkait budaya, persepsi, dan dinamika habituasi harian subjek (Afiyanti, 2021).

   Rancangan operasional yang dipilih bertumpu pada studi kasus, yakni penelaahan komprehensif atas unit analisis tunggal (pasien) guna mengabstraksikan fenomena klinis secara terang benderang melalui triangulasi wawancara, observasi langsung, serta rekam dokumentasi (Nursalam, 2021). Studi kasus membedah fenomena riil kontemporer dalam batas spasial dan temporal yang spesifik (Afiyanti, 2021). Dalam konteks kasus tunggal, fokus diarahkan untuk mengeksplorasi keunikan serta kedalaman respons adaptif subjek terhadap modalitas intervensi.

2. Subjek Penelitian

Fokus telaah klinis ini ditujukan pada seorang pasien (kasus tunggal) yang didiagnosis mengalami Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran.

3. Waktu dan Lokasi Studi

Kegiatan asuhan dan pengambilan data empiris diselenggarakan pada kurun waktu Januari 2026, bertempat di lingkungan klinis Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) dr. Arif Zainudin Surakarta.

4. Fokus Studi

Sentralisasi telaah berpusat pada penatalaksanaan asuhan keperawatan psikiatrik terpadu, khususnya efikasi penerapan terapi psikoreligius zikir sebagai strategi koping spiritual mandiri dalam meredam intensitas dan dominasi halusinasi pendengaran klien.

5. Instrumen Pengumpulan Data

Peneliti memobilisasi sejumlah instrumen penunjang yang mencakup panduan wawancara mendalam, lembar format observasi, alat dokumentasi tulisan, panduan lafal wirid/kertas dzikir, serta untaian tasbih. Analisis verbal didasarkan pada transkrip verbatim percakapan. Klien diarahkan untuk mengaplikasikan teknik wirid ini seketika bisikan semu menyeruak, kala senggang, serta pasca-menunaikan salat wajib.

6. Metode Pengumpulan Data

- **Data Primer:** Informasi orisinal yang dihimpun secara langsung dari subjek dan keluarga inti melalui wawancara mendalam dua

arah, pengamatan klinis partisipatif, serta asesmen langsung terkait kondisi aktual yang dialami klien (Sujarweni, 2014).

- **Data Sekunder:** Sumber data pelengkap yang diperoleh secara tidak langsung tanpa memerlukan pengolahan mentah ulang, meliputi berkas Rekam Medis (RM) RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta, literatur teori pendukung, regulasi institusional, serta catatan keperawatan terdahulu (Sujarweni, 2014).

7. Teknik Pengumpulan Data

- **Wawancara:** Proses penjaringan informasi mendalam melalui dialog tatap muka antara peneliti dan subjek. Dilakukan secara luwes, terbuka, dan berulang-ulang tanpa sekat kekakuan guna mengeksplorasi respons batin serta persepsi subjek secara bebas dan alamiah (Sujarweni, 2014).
- **Observasi:** Pemantauan langsung atas pola konduite, manifestasi motorik, dan responsivitas klien dalam ekosistem ruang rawat guna memahami perilaku nonverbal subjek secara objektif tanpa menciptakan distorsi perlakuan (Sujarweni, 2014).
- **Studi Dokumentasi:** Analisis kritis terhadap bahan dokumenter tertulis, terutama riwayat rekam medis, catatan harian keperawatan, serta literatur klinis relevan demi memperkuat validitas interpretasi temuan lapangan (Sujarweni, 2014).

8. Prinsip Etika Penelitian

Guna menjamin perlindungan hak asasi serta integritas moral subjek riset, peneliti berpegang teguh pada tiga pilar etika keperawatan (Susilaningsih et al., 2021):

- **Persetujuan Berdasar Informasi (*Informed Consent*):** Lembar persetujuan eksplisit yang memuat uraian maksud, tujuan, serta prosedur asuhan. Klien dan keluarga memiliki otoritas mutlak untuk berpartisipasi atau menolak tanpa sanksi apa pun.
- **Kerahasiaan Identitas (*Anonymity*):** Privasi subjek dijaga ketat dengan menanggalkan identitas asli (nama terang, alamat, nomor RM) dan menggantinya memakai inisial kodefikasi etik (misalnya Tn. F).
- **Konfidensialitas (*Confidentiality*):** Seluruh rekaman informasi medis dan data asuhan disimpan secara aman dalam basis data digital terenkripsi kata sandi, sementara berkas fisik disimpan secara tertutup di ruang arsip medis resmi tanpa akses pihak luar yang tidak berwenang.

.