

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif (halusinasi atau waham) serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari – hari (Pardede, 2020). Menurut Herawati (2020) skizofrenia merupakan gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri. Satu ciri khas skizofrenia adalah halusinasi (persepsi sensoris yang tidak benar dan tidak berdasarkan realitas). Dari seluruh skizofrenia, 70% diantaranya mengalami halusinasi.

2. Tanda dan Gejala

Menurut Amimi (2020) tanda dan gejala skizofrenia secara general dibagi menjadi 2 (dua) , yaitu gejala positif dan negatif.

- a. Gejala positif atau gejala nyata, yaitu :
 - 1) Halusinasi : Persepsi sensori yang salah atau pengalaman yang tidak terjadi dalam realitas.
 - 2) Waham : Keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
 - 3) Ekopraksia : Peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati pasien.

- 4) *Flight of ideas* : Aliran verbalisasi yang terus-menerus saat individu melompat dari suatu topik ke topik lain dengan cepat.
 - 5) Perseverasi : Terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan, pengulangan kalimat, kata, atau frasa secara verbal dan menolak untuk mengubah topik tersebut.
 - 6) Asosiasi longgar : Pikiran atau gagasan yang terpecah – pecah atau buruk.
 - 7) Gagasan rujukan : Kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.
 - 8) Ambivalensi : Mempertahankan keyakinan atau perasaan yang tampak kontradiktif tentang individu, peristiwa, situasi yang sama.
- b. Gejala negatif atau gejala samar, yaitu :
- 1) Apati : Perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, dan peristiwa.
 - 2) Alogia : Kecenderungan berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna .
 - 3) Afek datar : Tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau *mood*.
 - 4) Afek tumpul : Rentang keadaan perasaan emosional atau *mood* yang terbatas.
 - 5) Anhedonia : Merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas atau hubungan.
 - 6) Katatonia : Imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, pasien tampak tidak

bergerak, seolah – olah dalam keadaan setengah sadar.

- 7) Tidak memiliki kemauan : Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas – tugas.

3. Klasifikasi

Menurut Istichomah (2019) skizofrenia diklasifikasikan sebagai berikut:

- a) Skizofrenia tipe paranoid (F20,0)

Merupakan subtipe yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu dikejar – kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

- b) Skizofrenia tipe hebefrenik (F20,1)

Tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

- c) Skizofrenia tipe katatonik (F20,2)

Gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh tidak wajar, negativisme (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas.

- d) Skizofrenia tipe tak terinci (F20,3)

Mempunyai halusinasi, waham dan gejala psikosis aktif yang menonjol (misal kebingungan, inkoheren) atau memenuhi kriteria

skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, residual dan depresi pasca skizofrenia.

e) Depresi pasca skizofrenia (F20,4)

Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada sedikit 2 minggu.

f) Skizofrenia tipe residual (F20,5)

Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik.

g) Skizofrenia tipe simpleks (F20,6)

Gejala utama adalah kadangkala emosi dan kemunduran kemauan. Kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri, waham dan halusinasi jarang terjadi serta timbulnya perlahan – lahan.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari skizofrenia (Stuart, 2015), 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 perilaku kekerasan disebabkan oleh epilepsi.
- c. Pemindaian CT scan dan MRI, untuk mendeteksi stroke serta kemungkinan adanya cedera atau tumor di otak.

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diagnosa medis skizofrenia, yaitu:

a. Psikofarmakologi

Menurut Muslim (2014) jenis obat psikofarmaka, dibagi dalam 2 golongan yaitu:

1) Golongan generasi pertama (*typical*)

Obat yang termasuk golongan generasi pertama, misalnya:

a) Phenothiazine :

1. Rantai Aliphatic : Chlorpomazine (Largactil)

2. Rantai Piperazine : Perphenazine (Trilafon), Trifluoperazine (Stelazine), Fluphenazine (Anatensol)

3. Rantai Piperidine : Thioridazine (Melleril)

b) Butyrophenone : Haloperidol (Haldol, Serenace, dll)

c) Diphenyl-butyl-piperidine : Piomozide (Orap)

2) Golongan kedua (*atypical*)

a) Benzamide : Sulpride (Dogmatil)

b) Dibenzodiazepine : Clozapine (Clozaril), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapiene (Seroquel), Zotepine (Lodopin)

c) Benzisoxazole : Risperidon (Risperdal), Aripiprazole (Abilify)

b. Psikoterapi

Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada pasien, baru dapat diberikan apabila pasien dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri sudah baik. Psikoterapi pada pasien dengan gangguan jiwa adalah

berupa terapi aktivitas kelompok (TAK).

c. Terapi somatik

Beberapa jenis terapi somatik, yaitu:

1) Restrain

Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien (Riyadi dan Purwanto, 2015).

2) Seklusi

Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung pasien dalam ruangan khusus (Riyadi dan Purwanto, 2015).

3) Foto therapy atau terapi cahaya

Foto terapi atau sinar adalah terapi somatik pilihan. Terapi ini diberikan dengan memaparkan pasien sinar terang (5-20 kali lebih terang dari sinar ruangan) (Riyadi dan Purwanto, 2015).

4) ECT (*Electro Convulsif Therapie*)

ECT adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik (Riyadi dan Purwanto, 2015).

d. Rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan suatu kelompok atau komunitas dimana terjadi interaksi antara penderita dan dengan para pelatih (sosialisasi), pada masa rehabilitasi ini juga pasien dapat diberikan terapi nafas dalam.

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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Halusinasi adalah persepsi pasien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, sehingga pasien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Stuart, 2015). Berdasarkan pengertian halusnasi itu dapat diartikan bahwa, halusinasi adalah gangguan respon yang diakibatkan oleh stimulus atau rangsangan yang membuat pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada.

2. Tanda dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) gejala mayor dan minor dari gangguan persepsi sensori sebagai berikut :

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan
 - b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman atau pengecapan
 - 2) Objektif
 - a) Distorsi sensori
 - b) Respons tidak sesuai
 - c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau

mencium sesuatu

- b. Gejala dan tanda minor
 - 1) Subjektif
 - a) Menyatakan kesal
 - 2) Objektif
 - a) Menyendiri
 - b) Melamun
 - c) Konsentrasi buruk
 - d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
 - e) Curiga
 - f) Melihat ke satu arah
 - g) Mondar mandir
 - h) Bicara sendiri

3. Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) penyebab dari gangguan persepsi sensori sebagai berikut :

- a. Gangguan penglihatan
- b. Gangguan pendengaran
- c. Gangguan penghiduan
- d. Gangguan perabaan
- e. Hipoksia serebral
- f. Penyalahgunaan zat
- g. Usia lanjut
- h. Pemajanan toksin lingkungan

Menurut Sutejo (2019) terdapat dua faktor penyebab halusinasi, yaitu:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan pasien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan pasien 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 halusigenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasi 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 pasien mengambil keputusan tegas, pasien 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 Sutejo (2019) dalam hakekatnya 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 memaksa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup menentang sehingga pasien 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 tak 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.

4. Jenis Halusinasi

Menurut Sutejo (2019) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya :

a. Halusinasi pendengaran (audotorik)

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

b. Halusinasi pengelihatan (visual)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

c. Halusinasi penghidu (olfaktori)

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

d. Halusinasi peraba (taktil)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e. Halusinasi pengecap (gustatorik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan.

f. Halusinasi sinestetik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

5. Tahapan Proses Halusinasi

Tahapan proses terjadinya halusinasi terbagi menjadi 4 tahap, yaitu :

a. Tahap I (*Comforting*)

Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik pasien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan, mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas, pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran. Perilaku pasien yang mencirikan dari tahap I (*Comforting*) yaitu tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

b. Tahap II (*Condemning*)

Menyalahkan, tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antisipasi dengan karakteristik pengalaman sensori menakutkan, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, mulai merasa kehilangan control, menarik diri dari orang lain. Perilaku pasien yang mencirikan dari tahap II yaitu dengan terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan berkurang, konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

c. Tahap III (*Controlling*)

Mengontrol, tingkat kecemasan berat, pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak lagi dengan karakteristik pasien menyerah dan menerima pengalamansensorinya (halusinasi), isi halusinasi menjadi atraktif, dan kesepian bila pengalaman sensori berakhir. Perilaku pasien pada tahap III ini adalah perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan orang lain, perhatian terhadap lingkungan berkurang, hanya beberapa detik, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

d. Tahap IV (*Conquering*)

Pasien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, pasien tampak panik. Karakteristiknya yaitu suara atau ide yang datang mengancam apabila tidak diikuti. Perilaku pasien pada tahap IV adalah perilaku panik, resiko tinggi mencederai, agitasi atau kataton, tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

6. Rentang Respon Gangguan Persepsi Sensori

Respon Adaptif

Respon Maladaptif



Pikiran logis	Kadang proses pikir terganggu	Gangguan proses pikir/waham
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi
Emosi konsisten dengan pengalaman	Emosi berlebihan/berkurang	Tidak mampu mengatasi emosi
Perilaku cocok	Perilaku yang tidak biasa	Perilaku tidak terorganisir
Hubungan sosial positif	Menarik diri	Isolasi sosial

Sumber :García Reyes (2018)

Keterangan :

a. Respon Adaptif

Respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah dan akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Adapun respon adaptif yakni :

- 1) Pikiran logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima akal.
- 2) Persepsi akurat merupakan pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman merupakan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.

- 4) Perilaku sosial dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut yang diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- 5) Hubungan sosial merupakan proses suatu interaksi dengan orang lain dalam pergaulan ditengah masyarakat dan lingkungan.

b. Respon Psikososial

Adapun respon psikososial yakni:

- 1) Pikiran terkadang menyimpang berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan.
- 2) Ilusi merupakan pemikiran atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- 3) Emosi berlebihan dengan kurang pengalaman berupa reaksi emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- 5) Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, baik dalam berkomunikasi maupun berhubungan sosial dengan orang-orang di sekitarnya.

c. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan. Adapun respon maladaptif yakni:

- 1) Kelainan pikiran (waham) merupakan keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan

dengan keyakinan sosial.

- 2) Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- 3) Kerusakan proses emosi merupakan ketidakmampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang di timbulkan.
- 5) Isolasi sosial merupakan kondisi dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya (Stuart, 2015).

7. Mekanisme Koping Halusinasi

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 di toleransi, 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. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

1) Psikofarmakoterapi

Terapi dengan menggunakan obat bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Pasien dengan halusinasi perlu mendapatkan perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun obat-obatannya seperti :

a) Golongan butirefenon : haloperidol (HLP), serenace, ludomer. Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3 x 5 mg (IM), pemberian injeksi biasanya cukup 3 x 24 jam. Setelahnya pasien biasanya diberikan obat per oral 3 x 1,5 mg. Atau sesuai dengan advis dokter (Yosep, 2016)

b) Golongan fenotiazine : chlorpromazine (CPZ), largactile, promactile. Pada kondisi akut biasanya diberikan per oral 3 x 100 mg, apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi menjadi 1 x 100 mg pada malam hari saja, atau sesuai dengan advis dokter (Yosep, 2016)

2) Terapi Somatis

Terapi somatis adalah terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi

perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien walaupun yang diberi perlakuan adalah fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien. Jenis terapi somatis adalah meliputi pengikatan, ECT, isolasi dan fototerapi.

a) Pengikatan adalah terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik pada pasien sendiri atau orang lain.

b) Terapi kejang listrik adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang (grandmal) dengan mengalirkan arus listrik kekuatan rendah (2-3 joule) melalui elektrode yang ditempelkan beberapa detik pada pelipis kiri/kanan (lobus frontalis) pasien.

c) Isolasi adalah bentuk terapi dengan menempatkan pasien sendiri diruangan tersendiri untuk mengendalikan perilakunya dan melindungi pasien, orang lain, dan lingkungan dari bahaya potensial yang mungkin terjadi. akan tetapi tidak dianjurkan pada pasien dengan risiko bunuh diri, pasien agitasi yang disertai dengan gangguan pengaturan suhu tubuh akibat obat, serta perilaku yang menyimpang.

d) Terapi deprivasi tidur adalah terapi yang diberikan kepada pasien dengan mengurangi jumlah jam tidur pasien sebanyak 3,5 jam. cocok diberikan pada pasien dengan depresi.

b. Penatalaksanaan keperawatan

Penatalaksanaan terapi keperawatan pada pasien skizofrenia dengan halusinasi bertujuan membantu pasien mengontrol halusinasinya sehingga diperlukan beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat

dalam upaya meningkatkan kemampuan untuk mengontrol halusinasinya yaitu dengan tindakan keperawatan generalis dan spesialis.

1) Tindakan Keperawatan Generalis : Individu dan Terapi Aktifitas Kelompok

Tindakan keperawatan generalis individu bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif atau pengetahuan dan psikomotor yang harus dimiliki oleh pasien skizofrenia dengan halusinasi, meliputi :

- a) Cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan mengatakan stop atau pergi hingga halusinasi dirasakan pergi,
- b) Cara menyampaikan pada orang lain tentang kondisi yang dialaminya untuk meningkatkan interaksi sosialnya dengan cara bercakapcakap dengan orang lain sebelum halusinasi muncul,
- c) Melakukan 24 aktifitas untuk membantu mengontrol halusinasi dan melawan kekhawatiran akibat halusinasi seperti mendengarkan musik, membaca, menonton TV, rekreasi, bernyanyi, teknik relaksasi atau nafas dalam. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan stimulus pasien mengontrol halusinasi.
- d) Patuh minum obat.

Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang dilakukan pada pasien skizofrenia dengan halusinasi adalah Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi yang terdiri dari 5 sesi yaitu :

- a) Sesi pertama mengenal halusinasi,
- b) Sesi kedua mengontrol halusinasi dengan memghardik,
- c) Sesi ketiga dengan melakukan aktifitas,

- d) Sesi keempat mencegah halusinasi dengan bercakap dan
- e) Sesi kelima dengan patuh minum obat.

2) Tindakan Keperawatan Spesialis : Individu dan Keluarga

Terapi spesialis akan diberikan pada pasien skizofrenia dengan halusinasi setelah pasien menuntaskan terapi generalis baik individu dan kelompok. Adapun terapi spesialis meliputi terapi spesialis individu, keluarga dan kelompok yang diberikan juga melalui paket terapi Cognitive Behavior Therapy (CBT).

Terapi Cognitive Behavior Therapy (CBT) pada awalnya dikembangkan untuk mengatasi gangguan afektif tetapi saat ini telah dikembangkan untuk pasien yang resisten terhadap pengobatan.

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Budiono, 2016). Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis) (PPNI, 2017).

Hal – hal yang perlu dikaji pada pasien skizofrenia menurut Azizah, Zainuri dan Akbar (2016) adalah sebagai berikut :

a. Identitas

b. Keluhan utama

Keluhan utama biasanya yang menyebabkan pasien harus dirawat di rumah sakit seperti ketidakmampuan pasien dalam mengontrol emosinya

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi ini biasanya berkaitan etiologi dari skizofrenia.

d. Psikososial

1) Genogram

Apabila dalam suatu keluarga ada yang mengidap skizofrenia, ada kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, apabila keduanya menderita 40-68%, pada saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, dan pada saudara kembar 2-15%, serta saudara kandung 7-15% (Amimi, 2020).

2) Konsep diri

Kurangnya atau dangkalnya kontrol emosi pada pasien dapat mempengaruhi pada konsep diri pasien.

3) Hubungan sosial

Pada pasien skizofrenia memiliki kecenderungan berperilaku menarik diri dari orang lain, lebih senang melamun dan menyendiri, sedikit bicara dan sedikit makna.

4) Spiritual

Kemauan untuk melakukan aktivitas spiritual sesuai keyakinan biasanya menurun bahkan hampir tidak pernah lagi melakukan kegiatan beribadah.

5) Status mental

a) Penampilan diri

Pasien dengan skizofrenia biasanya terlihat lesu, penampilan tidak terawat, kotor, rambut acak acakan. Hal tersebut timbul karena menurunnya kemauan pasien untuk melakukan perawatan diri

b) Pembicaraan

Cenderung akan terjadi pembicaraan satu arah, pasien akan bersikap apatis dengan lawan bicara.

c) Aktivitas motorik

Pasien cenderung tidak memiliki ambisi atau gairah saat melakukan aktivitas, lebih sering tampak diam seperti setengah sadar.

d) Emosi

Pasien cenderung memiliki emosi yang dangkal.

e) Afek

Pasien biasanya cenderung memiliki afek datar atau tumpul

f) Interaksi selama wawancara

Pasien cenderung tidak kooperatif, kontak mata tidak fokus kepada lawan bicara, dan ingin segera mengakhiri wawancara.

g) Persepsi

Pada pasien skizofrenia biasanya mengalami halusinasi dan waham

h) Proses berfikir

Pasien cenderung memiliki proses berfikir *flight of idea*.

i) Kesadaran

j) Memori

Pasien cenderung hanya mengingat satu topik atau gagasan dan akan terus mengingat dan membicarakan itu saja.

k) Kemampuan penilaian

Pasien cenderung tidak mampu mengambil keputusan secara tepat, ini dikarenakan proses berpikir yang tidak terarah.

l) Tilik Diri

Tidak ada yang khas.

e. Kebutuhan sehari-hari

Terjadi penurunan gairah atau ambisi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti, makan, minum, merawat diri, BAB/BAK.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis keperawatan Gangguan Persepsi Sensori termasuk ke

diagnosis negatif yang memiliki tanda dan gejala serta penyebab masalah kesehatan (PPNI, 2017).

Penyebab pada gangguan persepsi sensoris yaitu, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghidu, gangguan perabaan, hipoksia serebral, penyalahgunaan zat, usia lanjut, pemjanaan toksin lingkungan.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian penentuan langkah-langkah keperawatan guna mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Perencanaan keperawatan terdiri dari standar luaran (*outcome*) dan standar intervensi.

Standar luaran (*outcome*) merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan dibagi menjadi dua, yaitu luaran negatif dan luaran positif. Luaran negatif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan. Sedangkan luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran ini mengarahkan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment atau tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian

klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan. Label adalah nama dari intervensi keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi adalah komponen yang menjelaskan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Tabel 1
Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
2	3	4	5
Gangguan Persepsi Sensori (D.0085) Penyebab : 1) Gangguan penglihatan 2) Gangguan pendengaran 3) Gangguan penghiduan 4) Gangguan perabaan 5) Hipoksia serebral 6) Penyalahgunaan zat 7) Usia lanjut	Setelah dilakukan 4 kali kunjungan dalam 30 menit diharapkan persepsi sensori (L.09083) pasien membaik dengan kriteria hasil : 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2) Verbalisasi melihat bayangan menurun 3) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi : 1) Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinsi 2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi : 1) Agar mengetahui perilaku yang terindikasi halusinasi 2) Mengetahui respons pasien sesuai stimulus 3) Mengetahui isi halusinasi Terapeutik : 1) Agar kondisi lingkungan

8) Pemajanan toksin lingkungan	indra perabaan menurun	Terapeutik :	kondusif
Gejala dan Tanda Mayor	4) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman	1) Pertahankan lingkungan yang aman	2) Meminimalisir risiko perilaku mencederai diri sendiri, orang lain atau lingkungan
Subjektif :	1) Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan	2) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)	3) Mengetahui perasaan dan respons pasien terkait halusinasi
2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pegecapan	menurun	6) Distorsi sensori menurun	4) Agar terjalin BHSP
Objektif :	7) Perilaku halusinasi menurun	3) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi	Edukasi :
1) Distorsi sensori	9) Melamun menurun	4) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi	1) Agar pasien dapat memonitor secara mandiri
2) Respons tidak sesuai	10) Curiga menurun	Edukasi :	2) Agar pasien dapat mengungkpan perasaannya
3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu	11) Mondar-mandir menurun	1) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi	3) Agar pasien tidak berfokus pada halusinasinya
Gejala dan Tanda Minor	12) Rspns sesuai stimulus membaik	2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi	4) Agar pasien dan keluarga mampu mengontrol halusinasi yang dialami pasien
	13) Konsentrasi membaik		Kolaborasi :
	14) Orientasi membaik		

Subjektif :	3) Anjurkan	1) Untuk
1) Menyataka n kesal	melakukan distraksi (mis.	mengurangi gejala psikosis
Objektif :	Mendengarkan	
1) Menyendiri	musik, melakukan	
2) Melamun	aktivitas, terapi	
3) Konsentrasi buruk	relaksasi)	
4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi	4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi	
5) Curiga	Kolaborasi :	
6) Melihat ke satu arah	1) Kolaborasi	
7) Mondar- mandir	pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu	
8) Bicara sendiri	Intervensi	
	Inovasi :	
	Memberikan <i>chromotherapy</i> menggunakan warna ungu yng dilakukan dengan meditasi warna selama 5-10 menit	

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

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk melakukan tindakan

keperawatan yang telah direncanakan (intervensi keperawatan). Tindakan-tindakan keperawatan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, kolaborasi dan edukasi (PPNI, 2017). Implementasi adalah tindakan yang direncanakan dalam rencana keperawatan (Tarwonto, 2015). Perawat melakukan pengawasan terhadap keberhasilan intervensi yang dilakukan, dan menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan adalah suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2011).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah hasil yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan kebersihan dari diagnosis keperawatan rencana intervensi dan implementasinya, evaluasi sebagai suatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan pasien. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien untuk mencapai tujuan, hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2011). Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif

dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjektif yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: Objektif yaitu data yang diobservasi oleh perawat, A: Assessment yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dinarti, Aryani, R., Nurhaeni, H., 2013).

Evaluasi penting dilakukan untuk menilai status kesehatan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan menilai pencapaian tujuan jangka panjang maupun jangka pendek, dan memutuskan untuk meneruskan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan yang diberikan (Deswani, 2011).

D. Konsep *Chromotherapy*

1. Definisi

Chromotherapy atau terapi warna adalah salah satu terapi non farmakologi untuk mengurangi stres, berdasarkan pernyataan yang tegas bahwa setiap warna khusus mengandung energi penyembuhan, dengan bekerja merangsang saraf parasimpatis dan bekerja memperbaiki emosi (Zola, N., & Fadli, 2017). Warna didefinisikan secara obyektif atau fisik sebagai sifat cahaya yang dipancarkan, dan secara subjektif atau psikologis

sebagai bagian dari pengalaman indera penglihatan. Teori *colour harmony* mengungkapkan bahwa mata manusia bisa menangkap tujuh juta warna yang berbeda. Tetapi ada beberapa warna utama yang memiliki dampak pada kesehatan dan perasaan (García Reyes, 2018).

2. Metode Penggunaan *Chromotherapy*

Terdapat berbagai cara penggunaan terapi warna menurut García Reyes (2018) diantaranya :

- a. Pernafasan warna, pernafasan warna adalah sebuah teknik bernafas dengan cara membayangkan suatu warna dalam bernafas. Teknik ini dilakukan ketika individu menghirup dan menghembuskan nafas.
- b. Meditasi, meditasi yakni membayangkan atau berimajinasi dengan memusatkan perhatian pada objek yang bersifat visual atau yang mengandung warna-warna dan dari bayangan yang dimunculkannya mampu memberikan efek relaksasi pada tubuh, biasanya dilakukan 5- 10 menit.
- c. Air solarisasi, air solarisasi yakni terapi dengan media botol, gelas atau air dimana salah satu dari ketiga media itu harus diberi air dan harus memiliki warna. Warna yang dimaksudkan tidak hanya warna dari airnya sendiri namun entah dari botol ataupun gelas yang dipakai bisa dengan warna- warna tertentu dan diberikan air biasa (air putih) kemudian airnya diminum.
- d. Aurasoma, aurasoma yakni terapi dengan teknik menggunakan botol- botol kecil yang berisi dengan lapisan warna dengan minyak esensial dan ekstrak tumbuhan.
- e. Warna kain sutra, warna kain sutra yakni terapi dengan teknik

menggunakan kain sutra yang dipakaikan ke tubuh orang untuk digunakan dalam waktu tertentu dan kain-kain tersebut memiliki warna-warna tertentu.

f. Menatap warna, menatap warna selama 5-10 menit juga dapat menurunkan tingkat stres pada seseorang.

3. Macam Warna Terapi

Menurut Rahayu (2018) terdapat 7 warna yang dapat digunakan untuk melakukan *chromotherapy*, yaitu :

- a. Merah, berhubungan dengan cakra dasar yang mempengaruhi vitalitas, kekuatan atau kesadaran. Merah berkaitan system pencernaan. Merah juga memberikan stimulasi secara emosional dan fisik.
- b. Oranye, berhubungan dengan cakra limfa yang mengatur sirkulasi dan metabolisme. Lokasi cakra ini berada di area pelvis.
- c. Kuning, berhubungan dengan cakra solar plexus yang mempengaruhi intelektual dan pengambilan keputusan. Warna kuning dapat menstimulasi konsentrasi.
- d. Hijau, berhubungan dengan cakra jantung. Hijau merupakan warna yang alami dan menunjukkan kemurnian serta harmoni.
- e. Biru, berhubungan dengan cakra tenggorokan. Berkaitan dengan nalar, otak dan indra.
- f. Ungu, merupakan warna dari cakra mahkota dan berhubungan dengan energi dan fungsi tertinggi pikiran. Warna ini membantu meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi rasa ketidakberdayaan, serta mengobati kelainan mental dan saraf.

g. Hitam/ abu-abu, warna ini sering kali digunakan untuk menekan nafsu makan.

4. Pengaruh Antara Gangguan Perepsi Sensori Dengan *Chromotherapy*.

Di dalam bidang kedokteran terapi warna digolongkan sebagai *electromagnetic medicine* atau pengobatan dengan gelombang elektromagnetik. Salah satu warna yang dapat dimanfaatkan dan memiliki efek positif yaitu warna ungu. Warna yang sering digunakan untuk menenangkan individu adalah warna ungu karena merupakan warna dari cakra mahkota dan berhubungan dengan energi dan fungsi tertinggi pikiran. Warna ini membantu meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi rasa ketidakberdayaan, serta mengobati kelainan mental dan saraf (García Reyes, 2018).

Terapi warna ungu ini dapat memicu hormon melatonin dan serotonin yang merupakan zat untuk menyeimbangkan fungsi tubuh dan neurotransmitter di otak yang berfungsi untuk memperbaiki gangguan mental seperti halusinasi dan juga memiliki kemampuan untuk menyeimbangkan sistem saraf autonom, yang penting dalam penyakit kronis dan gangguan fungsional dengan cara mengatur proses otomatis tubuh manusia seperti pernafasan, denyut jantung, fungsi saluran pencernaan sebagai respon dalam stress. Warna masuk melalui mata yang kemudian diteruskan ke hipotalamus. Warna yang diteruskan ke hipotalamus dapat mempengaruhi hipotalamus dalam mengeluarkan berbagai neurohormon

sehingga dapat mengurangi stres. Jalur utama dari mekanisme transmisi warna menuju sistem limbik dan sistem endokrin adalah *Retinohypothalamic tract* yang merupakan salah satu jalur dimana hipotalamus menghubungkan sistem saraf dengan *Autonomic Nervous System* (ANS) dan sistem endokrin menurut Holzberg dalam (García Reyes, 2018).

Dalam penelitian Wileman (2016) yang berjudul Pengaruh *Chromotherapy* Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Halusinasi *Auditory* yang dilakukan di Magelang tahun 2016. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat penurunan tingkat halusinasi dengan nilai *p value* 0.000 (*p value* $a < 0.05$). Penelitian yang berjudul Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori Dalam Pemberian Terapi Warna yang dilakukan di salah satu RSJ di Jawa Tengah tahun 2022. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat penurunan skor tanda dan gejala halusinasi yang dilihat dari sebelum dan sesudah pemberian terapi dengan hasil 12 poin menjadi 3 poin (Kusumawardani, 2022).