

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan psikologis serius yang dapat memberikan pengaruh terhadap pikiran, perasaan, serta perilaku individu yang ditandai dengan hilangnya pemahaman terhadap realitas serta kemampuan citra diri. Gejala yang ditimbulkan pada orang dengan skizofrenia seperti halusinasi, waham, serta adanya perilaku atau pembicaraan yang kacau. Sering kali bahwa, orang dengan skizofrenia tidak bisa mengontrol isi pikirannya sendiri untuk berpikir secara rasional. Mereka juga sering terjebak dengan dunia imajinasinya serta mengabaikan dunia nyata (Mardiah,dkk. 2022). Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana - mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas. Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik yang paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif maupun respon emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Skizofrenia sering pula diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang panca indra) (Lilik Ma'rifatul Azizah,dkk. 2016). Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Viedebeck, 2018)

2. Tanda Dan Gejala Skizofrenia

Menurut Lilik Ma'rifatul Azizah,dkk (2016) indikator dalam premorbid (pra-sakit) pra-skizofrenia yaitu, ketidakmampuan seseorang mengekspresikan emosi

seperti wajah dingin, jarang tersenyum, dan acuh tak acuh. Selain itu terdapat pula penyimpangan komunikasi seperti pasien sulit melakukan pembicaraan terarah, kadang menyimpang (tanjential) atau berputar-putar (sirkumstantial). Gangguan atensi juga kerap terjadi seperti penderita tidak mampu memfokuskan, mempertahankan atau memindahkan atensi. Tidak lupa gangguan perilaku seperti menjadi pemalu, tertutup, menarik diri secara sosial, tidak bisa menikmati rasa senang, menantang tanpa alasan jelas, mengganggu dan tak disiplin menjadi gejala pra-skizofrenia.

Menurut Sari (2019) gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi dalam 2 (dua) kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif. Seperti pada uraian berikut:

a. Gejala Positif Skizofrenia

Gejala positif adalah gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat (Sari, 2019). Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :

1. Delusi atau waham adalah suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.
2. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikian itu.
3. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.

4. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
5. Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya
6. Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
7. Menyimpan rasa permusuhan.

b. Gejala Negatif Skizofrenia

Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat (Sari, 2019). Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :

- 1) Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- 2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak
- 6) Pola piker stereotip.

1. Pemeriksaan Penunjang Skizofrenia

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk pasien skizofrenia Hafifah,dkk (2018) yaitu:

a. Neuropatologi

Diagnosa definitif tidak dapat ditegakkan tanpa adanya konfirmasi neuropatologi. Secara umum didapatkan:

- 1) Atropi yang bilateral, simetris lebih menonjol pada lobus temporoparietal, anterior frontal, sedangkan korteks oksipital, korteks motorik primer, sistem somatosensorik tetap utuh.
- 2) Berat otaknya berkisar 1000 gram (850-1250gram).

b. Pemeriksaan neuropsikologik

Penyakit alzheimer selalu menimbulkan gejala demensia.

- 1) Fungsi pemeriksaan neuropsikologik ini untuk menentukan ada atau tidak adanya gangguan fungsi kognitif umum dan mengetahui secara rinci pola defisit yang terjadi.
- 2) Test psikologis ini bertujuan untuk menilai fungsi yang ditampilkan oleh beberapa bagian otak yang berbeda-beda seperti gangguan memori, kehilangan ekspresi, kalkulasi, perhatian dan pengertian berbahasa.

c. CT scan

- 1) Menyingkirkan kemungkinan adanya penyebab demensia lainnya selain alzheimer seperti multiinfark dan tumor serebri. Atropi kortikal menyeluruh dan pembesaran ventrikel keduanya merupakan gambaran marker dominan yang sangat spesifik pada penyakit ini.
- 2) Penipisan substansia alba serebri dan pembesaran ventrikel berkorelasi dengan beratnya gejala klinik dan hasil pemeriksaan status mini mental.

d. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

1) Peningkatan intensitas pada daerah kortikal dan periventrikuler (Capping anterior horn pada ventrikel lateral). Capping ini merupakan predileksi untuk demensia awal. Selain didapatkan kelainan di kortikal, gambaran atrofi juga terlihat pada daerah subkortikal seperti adanya atrofi hipokampus, amigdala, serta pembesaran sisterna basalis dan fissura sylvii.

2) MRI lebih sensitif untuk membedakan demensia dari penyakit alzheimer dengan penyebab lain, dengan memperhatikan ukuran (atrofi) dari hipokampus

e. EEG (*Electroencephalography*)

Berguna untuk mengidentifikasi aktifitas bangkitan yang suklinis. Sedang pada penyakit alzheimer didapatkan perubahan gelombang lambat pada lobus frontalis yang non spesifik.

f. PET (*Positron Emission Tomography*)

Pada penderita skizofrenia, hasil PET ditemukan:

- 1) Penurunan aliran darah
- 2) Metabolisme O₂
- 3) Glukosa didaerah serebral
- 4) Up take I.123 sangat menurun pada regional parietal, hasil ini sangat berkorelasi dengan kelainan fungsi kognisi dan selulu dan sesuai dengan hasil observasi penelitian neuropatologi

g. SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*)

Aktivitas I. 123 terendah pada refio parieral penderita alzheimer. Kelainan ini berkolerasi dengan tingkat kerusakan fungsional dan defisit kogitif. Kedua pemeriksaan ini (SPECT dan PET) tidak digunakan secara rutin.

h. Laboratorium darah

Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang spesifik pada penderita alzheimer. Pemeriksaan laboratorium ini hanya untuk menyingkirkan penyebab penyakit demensia lainnya seperti pemeriksaan darah rutin, B12, Calsium, Posfor, BSE, fungsi renal dan hepar, tiroid, asam folat, serologi sifilis, skreening antibody yang dilakukan secara selektif.

2. Pengobatan Skizofrenia

Menurut Prabowo (2018) adapun jenis pengobatan pada pasien skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik yang parah. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Walaupun tetap masih ada waham dan halusinasi, pasien tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif, mau ikut serta dalam kegiatan lingkungannya dan mau turut terapi kerja.

b. *Elektro Convulsive* Terapi (ECT)

ECT baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terhadap skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi ECT, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.

c. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi suportif atau kelompok dapat membantu pasien serta memberikan mimbangan yang praktis dengan maksud mengembalikan pasien kembali ke masyarakat. Terapi perilaku dan latihan keterampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, merawat diri sendiri, latihan praktis dan komunikasi interpersonal.

B. Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia

1. Definisi (Pengertian)

Gangguan persepsi sensori adalah perubahan terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang. Berlebihan atau terdistorsi (PPNI, 2016).

Gangguan Persepsi Sensori merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren: persepsi palsu (Pratiwi & Arni, 2022)

Gangguan Persepsi Sensori adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata, sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Direja, 2019).

2. Data Mayor Dan Minor

Menurut PPNI (2016) terdapat data gejala tanda mayor dan minor pada pasien yang akan diangkat gangguan persepsi sensori yaitu:

a. Gejala dan Tanda Mayor

1) Data Subjektif

a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan

b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, dan pengecapan.

2) Data Objektif

a) Distorsi sensori

b) Respons tidak sesuai

c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

b. Gejala dan Tanda Minor

1) Data Subjektif

a) Menyatakan kesal

2) Data 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

1. Faktor Penyebab

Berikut ini faktor penyebab yang dapat menimbulkan tanda dan gejala harga diri rendah kronis menurut PPNI (2016) adalah 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
2. Penatalaksanaan

Terdapat berbagai penatalaksanaan dalam perawatan pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori. Intervensi yang utama dipilih manajemen halusinasi yang nanti dapat dispesifikasikan sesuai dengan kebutuhan dari pasien yang ditemukan (PPNI, 2018). Dengan dilakukannya manajemen halusinasi tersebut, maka diharapkan masalah gangguan persepsi sensori dapat teratasi dan persepsi sensori dapat meningkat dengan kriteria hasil dan tujuan yang ingin dicapai seperti respons sesuai stimulus membaik, konsentrasi membaik, orientasi membaik (PPNI, 2019).

Untuk membantu meningkatkan keberhasilan pemberian intervensi jiwa non farmakologi yang dapat diberikan untuk membantu penanganan pasien skizofrenia dengan masalah gangguan persepsi sensori tersebut adalah terapi *tought stopping* adalah suatu teknik yang digunakan untuk menyembuhkan pemikiran negatif yang

merusak diri dengan mengatakan “STOP” dan mengganti pikiran negatif menjadi pikiran positif (Yani & Putri, 2020)

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Dengan Skizofrenia

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan ini adalah dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan keluhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta dan juga kondisi yang ada pada klien sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan respon individu (Budiono, 2022).

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari klien, membuat data dasar tentang klien dan membuat catatan respon kesehatan klien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah klien (Leniwita & Anggraini, 2019)

Pada pasien skizofrenia data yang dikaji meliputi identitas pasien, keluhan utama, status mental, konsep diri, mekanisme koping, masalah psikososial lingkungan sampai dengan aspek medis terkait (Mashudi, 2021)

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan adalah suatu pertanyaan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual, risiko, dan potensial) dari individu atau kelompok (Budiono, 2022). Diagnosis keperawatan adalah dasar penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnose (Yosep, H. I., dan Sutini, 2018).

Dalam penelitian ini diagnosis keperawatan yang difokuskan yaitu pasien dengan diagnosis keperawatan gangguan persepsi sensori berhubungan dengan (b.d) isolasi sosial dibuktikan dengan dibuktikan dengan (d.d) mendengarkan bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman atau pengecapan, distorsi sensori, respon tidak sesuai, berdistorsi sensori, respon tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu, menyatakan kesal, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, bicara sendiri. Data tersebut harus minimal mencakup 80% dari data mayor dalam SDKI (PPNI, 2016).

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan juga mengatasi permasalahan yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat dapat menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Budiono, 2022). Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien atau klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Berutu, 2020).

Adapun perencanaan keperawatan yang terdiri dari diagnosis, tujuan dan kriteria hasil serta intervensi yang akan digunakan dalam penelitian ini diuraikan pada tabel-tabel dibawah ini.

Tabel 1
Rencana Keperawatan Pasien Skizofrenia Dengan Label
Intervensi Manajemen Halusinasi Di Wilayah Kerja
Puskesmas I Denpasar Barat Tahun 2023

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 30 menit diharapkan	Manajemen Halusinasi (I. 09288)
Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon berkurang, berlebihan atau terdistorsi.	Persepsi (L.09083) Membaik kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar menurun (1) 2. Verbalisasi bayangan menurun (1) 3. Verbalisasi merasakan melalui perabaan menurun (1) 4. Verbalisasi merasakan melalui penciuman (1) 5. Verbalisasi merasakan melalui pengecapan (1) 6. Distorsi sensoris menurun (1)	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) Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. <i>limit setting</i> , pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi
Penyebab : 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghiduan 4. Gangguan perabaan 5. Hipoksia serebral 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemajanan toksin lingkungan		
Gejala dan Tanda Mayor		

Data Subjektif	7. Perilaku halusinasi menurun (1)	Edukasi
1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	8. Menarik diri (1)	1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan.	9. Melamun (1)	2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
Data Objektif	10. Curiga (1)	3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)
1. Distorsi sensoris	11. Mondar-mandir (1)	4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
2. Respons tidak sesuai	12. Respons sesuai stimulus (5)	
3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium	13. Konsentrasi (5)	
	14. Orientasi (5)	

Gejala dan Tanda Minor

Data Subjektif

1. Menyatakan kesal

Data Objektif

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

Kondisi Klinis Terkait :

1. Glaukoma
2. Katarak

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu

-
3. Gangguan refraksi (miopa, hiperopia, astigmatisma, presbyopia)
 4. Trauma okuler
 5. Trauma pada saraf kranialis II, III, IV dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak)
-

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

Tabel 2
Rencana Keperawatan Pasien Skizofrenia Dengan Label
Intervensi Minimalisasi Rangsangan Di Wilayah Kerja
Puskesmas I Denpasar Barat Tahun 2023

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 30 menit diharapkan	Meminimalisasi Rangsangan (I. 08241)
Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon berkurang, berlebihan atau terdistorsi.	Persepsi Sensori (L.09083) Membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (1) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (1) 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun (1) 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra 	Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang)
Penyebab : <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 		

2. Gangguan pendengaran	penciuman menurun (1)	2. Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas)
3. Gangguan penghiduan	5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra	
4. Gangguan perabaan	pengecapan menurun (1)	3. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat
5. Hipoksia serebral	6. Distorsi sensori menurun (1)	4. Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan.
6. Penyalahgunaan zat	7. Perilaku halusinasi menurun (1)	
7. Usia lanjut	8. Menarik diri menurun (1)	
8. Pemajanan toksin lingkungan	9. Melamun menurun (1)	
Gejala dan Tanda Mayor	10. Curiga menurun (1)	
Data Subjektif	11. Mondar-mandir menurun (1)	Edukasi
1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	12. Respons sesuai stimulus membaik (5)	1. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)
2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan.	13. Konsentrasi membaik (5)	
	14. Orientasi membaik (5)	
Data Objektif		Kolaborasi
1. Distorsi sensori		1. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan
2. Respons tidak sesuai		2. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium		
Gejala dan Tanda Minor		
Data Subjektif		
1. Menyatakan kesal		
Data Objektif		
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

Kondisi Klinis Terkait :

1. Glaukoma
2. Katarak
3. Gangguan refraksi (miopia, hiperopia, astigmatisma, presbyopia)
4. Trauma okuler
Trauma pada saraf kranialis II, III, IV dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak)

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

Tabel 3
Rencana Keperawatan Pasien Skizofrenia Dengan Label
Intervensi Pengekangan Kimiawi Di Wilayah Kerja
Puskesmas I Denpasar Barat Tahun 2023

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
<p>Gangguan Sensori (D.0085)</p> <p>Persepsi</p> <p>Perubahan persepsi terhadap stimulus internal maupun eksternal yang disertai dengan respon berkurang, berlebihan atau terdistorsi.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghiduan 4. Gangguan perabaan 5. Hipoksia serebral 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemajanan toksin lingkungan <p>Gejala dan Tanda Mayor Data Subjektif</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 30 menit diharapkan</p> <p>Persepsi Sensori (L.09083)</p> <p>Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (1) 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun (1) 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun (1) 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun (1) 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun (1) 6. Distorsi sensori menurun (1) 7. Perilaku halusinasi menurun (1) 8. Menarik diri menurun (1) 9. Melamun menurun (1) 10. Curiga menurun (1) 	<p>Pengekangan Kimiawi (I. 09301)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan untuk dilakukan pengekangan (mis. agitasi, kekerasan) 2. Monitor riwayat pengobatan dan alergi 3. Monitor respon sebelum dan sesudah pengekangan 4. Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala 5. Monitor kebutuhan nutrisi, cairan dan eliminasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan supervise dan surveilensi dalam memonitor tindakan 2. Beri posisi nyaman untuk mencegah

-
- | | | |
|---|---|--|
| 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan | 11. Mondar-mandir menurun (1) | aspirasi dan kerusakan kulit |
| 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan. | 12. Respons sesuai stimulus membaik (5) | 3. Ubah posisi tubuh secara periodik |
| | 13. Konsentrasi membaik (5) | 4. Libatkan pasien dan/atau keluarga dalam membuat keputusan |
| | 14. Orientasi membaik (5) | |

Data Objektif

1. Distorsi sensori
2. Respons tidak sesuai
3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium

Gejala dan Tanda Minor

Data Subjektif

1. Menyatakan kesal

Data Objektif

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

Kondisi Klinis Terkait :

1. Glaukoma
 2. Katarak
-

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur pengekangan
2. Latih rentang gerak sendi sesuai kondisi pasien

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian agen psikotropika untuk pengekangan kimiawi

-
3. Gangguan refraksi (miopia, hiperopia, astigmatisma, presbyopia)
 4. Trauma okuler Trauma pada saraf kranialis II, III, IV dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak)
-

Sumber : PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Kegiatan dalam implementasi juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Perawat harus mengetahui alasan bentuk setiap intervensi, baik intervensi keperawatan maupun intervensi terapeutik, yaitu memahami respon fisiologis, psikologis normal dan abnormal, maupun mengidentifikasi kebutuhan dan pemulangan klien, serta mengenali aspek-aspek promotif kesehatan klien dan kebutuhan penyakitnya (Budiono, 2022).

Implementasi keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi ini harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan strategi implementasi keperawatan, dan juga kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017)

3. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan di awal dengan kenyataan yang ada pada klien, kegiatan ini dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan berguna menentukan apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Proses evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, seperti hal berikut:

- a. Evaluasi proses (Formatif) : evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai
- b. Evaluasi hasil (Sumatif) : evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, dan berorientasi pada masalah keperawatan yang menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi serta kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Komponen format yang sering digunakan pada evaluasi adalah format SOAP untuk memudahkan perawat mengevaluasi perkembangan klien.

- a. S (Subjektif) : Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan
- b. O (Objektif) : Data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- c. A (*Analisis/Assement*) : Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis adalah masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif sebelumnya.
- d. P (*Planning*) : Merupakan perencanaan keperawatan yang akan dirawat lanjutkan, hentikan, modifikasi, atau tambahkan dari rencana sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan atau tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan (Budiono, 2022)
- Evaluasi yang diharapkan pada studi kasus ini adalah verbalisasi mendengar bisikan menurun, verbalisasi melihat bayangan menurun, perilaku halusinasi menurun, respon sesuai stimulus membaik, konsentrasi membaik (PPNI, 2019).

D. Konsep Terapi *Thought Stopping* Pada Pasien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori

1. Definisi

Thought stopping adalah teknik yang digunakan saat proses terapi untuk mengatasi pikiran yang negatif yang dapat membuat masalah dengan mengubah kepada pikiran yang netral, positif dan tegas (Badriyah, 2020).

Thought Stopping adalah salah satu dari bentuk konseling tingkah laku yang telah digunakan untuk mengatasi suatu pikiran yang tidak rasional yang membuat masalah bagi seseorang yang terlalu memusatkan pikiran yang tidak sesuai atau tidak produktif melalui menekan atau membatasinya. Pikiran yang irasional maupun yang tidak produktif yang dimaksud adalah cara berpikir seseorang yang

tidak masuk akal, yang cenderung tidak mampu dicerna oleh orang lain dan berakibat negatif yang menyebabkan seseorang tidak bisa melupakan kejadian-kejadian dimasa lalunya (Lumenta, 2022).

Thought Stopping (penghentian pikiran) merupakan salah satu contoh dari teknik psikoterapeutik kognitif behavior yang bisa digunakan untuk membantu konseli mengubah proses berpikir. Mengubah proses berpikir merupakan hal penting bagi konselor untuk mempertahankan perasaan konseli yang dapat berpengaruh kuat dengan proses berpikirnya (Lili Rahmawati & Ruti Wiyati, 2020).

2. Tujuan Terapi *Thought Stopping*

Menurut Ankrom (2019) teknik *thought stopping* bertujuan untuk memutuskan suatu pikiran yang telah mengganggu diri seseorang. Tujuan utama teknik *thought stopping* adalah sebagai berikut :

- a. Menghilangkan gangguan – gangguan emosional yang telah merusak diri sendiri seperti merasa bersalah, merasa takut, merasa berdosa, dan merasa dibenci.
- b. Mengubah pandangan irasional menjadi pandangan yang rasional.
- c. Memperbaiki dan merubah sikap untuk membangkitkan kepercayaan dan nilai-nilai kemampuan dirinya
- d. Memperbaiki diri dan merubah cara berpikir menjadi logis.

3. Manfaat terapi *Thought Stopping*

Muhammad Nursalim (2018) menyebutkan bahwa terapi *thought stopping* juga memiliki beberapa manfaat lainnya sebagai berikut :

- a. Bermanfaat untuk belajar melupakan pengalaman-pengalaman buruk yang pernah terjadi.
 - b. Dapat mengontrol pikiran seseorang yang semulanya negatif menjadi pikiran yang positif.
 - c. Dapat mengurangi kritikan pada dirinya sendiri yang suka menyalahkan dirinya sendiri tanpa disadarinya
 - d. Untuk mengurangi perilaku pikiran yang maladaptif atau perilaku yang tidak dapat menyesuaikan dirinya terhadap lingkungan sekitarnya.
4. Pengaruh terapi *thought stopping* terhadap gangguan persepsi sensori pada pasien skizofrenia

Menurut penelitian Twistiandayani & Widati (2021) dengan judul “Pengaruh Terapi *Tought Stopping* Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia” didapatkan hasil analisa data dengan $p=0,000$ dan taraf signifikansi level 0,05. Hal ini berarti bahwa terdapat pengaruh terapi *thought stopping* terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien. Adapula penelitian Ambo, dkk (2023) dengan judul “Pengaruh Terapi *Thought Stopping* Pada Pasien Dengan Masalah Harga Diri Rendah Di Wilayah Kerja Puskesmas Kabila Kabupaten Bone Bolango” Hasil penelitian didapatkan rata-rata skor harga diri rendah sebelum terapi *thought stopping* yaitu 3.87 dan setelah terapi *thought stopping* rata-rata skor harga diri rendah meningkat yaitu 7.93 dengan nilai p -value 0.000. Dapat disimpulkan ada pengaruh terapi *thought stopping* pada pasien dengan masalah harga diri rendah

5. Standar Operasional Prosedur (SOP) Terapi *Thought Stopping*

SOP THOUGHT STOPPING	
Pengertian	Terapi <i>thought stopping</i> merupakan strategi yang digunakan untuk mengatasi individu yang gangguan persepsi sensori yang ditandai dengan pemikiran irasional dan kecemasan. Terapi <i>Thought stopping</i> adalah yang dapat menghentikan pikiran negatif atau mengubahnya menjadi pemikiran yang positif (Yani & Putri, 2020)
Tujuan	Terapi ini memaksimalkan pada keterampilan memberikan instruksi kepada diri sendiri guna menghentikan alur pikiran negatif melalui stimulus dengan instruksi “Tidak” atau “Stop” guna menghambat atau menghentikan pemikiran atau perilaku mal adaptif (Abdurrahman & Mubbin, 2020)
Fase Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam dan perkenalan 2. Eksplorasi perasaan klien 3. Jelaskan bahwa klien harus mengikuti 3 sesi pertemuan dengan waktu setiap sesi 30 menit. Sampaikan bahwa pada sesi pertama ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan memutuskan pikiran yang mengancam dan menimbulkan cemas 4. Minta klien mengidentifikasi pikiran – pikiran yang mengganggu dan mengancam serta menyebabkan cemas,

	<p>tanyakan apakah pikiran itu realistis atau tidak, membuat klien produktif atau tidak, mudah atau sulit dikendalikan kemudian minta klien menuliskan pada lembar yang telah di sediakan dan minta klien memilih satu pikiran yang paling mengancam.</p> <p>5. Lakukan terapi <i>Thought Stopping</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Atur alarm selama 3 menit, meminta klien memejamkan mata dan mengosongkan pikiran lalu membayangkan pikiran yang mengganggu dan mengancam serta membuat stress seolah-olah akan terjadi (sesuai pilihan klien pada langkah ke empat) b. Ingatkan selalu pikiran tersebut sebelum alarm berbunyi c. Terapis berteriak “STOP” pada saat alarm berbunyi d. Instruksikan klien membuka mata dan tarik napas dalam
Fase Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merapikan pasien 2. Lakukan evaluasi subjektif dan evaluasi objektif 3. Berikan pujian dan anjurkan klien menggunakan teknik ini dalam situasi kehidupan yang nyata 4. Melakukan kontrak untuk prosedur selanjutnya 5. Dokumentasi 6. Ucapkan salam

Sumber : (Winarti, 2022)