

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *Schizein* yang artinya pecah belah dan *Phrenia* yang artinya jiwa sehingga skizofrenia merupakan jiwa yang terpecah-pecah. Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang biasanya bersifat kronis (dialami menahun), ditandai adanya kesulitan penderita dalam membedakan antara realita dengan khayalan (bisa dalam bentuk waham atau halusinasi) (Sitawati dkk., 2022). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan perilaku tidak wajar seperti bicara sendiri, malas melakukan aktivitas, dan tidak mau berinteraksi (Freska dan Wenny, 2022). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang mempengaruhi fungsi otak sehingga menimbulkan penurunan fungsi kognitif (persepsi, ingatan, dan pengetahuan), afektif (perasaan atau suasana hati) dan perilaku (sosial) (Kardiatun dkk., 2023).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan adanya gangguan fungsi kognitif seperti waham atau halusinasi, malas melakukan aktivitas dan interaksi dengan orang lain.

2. Penyebab

Menurut Agustriyani dkk (2024) terdapat dua faktor yang penyebab skizofrenia sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologi

a) Faktor genetik

Faktor risiko utama untuk skizofrenia adalah genetika. Meskipun mereka diadopsi pada masa bayi oleh keluarga yang tidak memiliki riwayat skizofrenia, anak-anak yang memiliki salah satu orang tua kandung yang menderita skizofrenia tetap rentan secara genetik terhadap penyakit orang tua kandungnya. Menurut penelitian, anak-anak yang memiliki salah satu orang tua kandung yang mengidap skizofrenia memiliki risiko 15%, dan jika kedua orang tuanya mengidap penyakit ini, risikonya meningkat menjadi 35%.

b) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa terdapat jaringan otak yang relatif lebih sedikit pada mereka yang menderita skizofrenia. Hal ini dapat menunjukkan perkembangan atau suatu kegagalan kehilangan jaringan selanjutnya. Atrofi korteks otak dan ventrikel yang membesar terlihat pada gambar *Computerized Tomography* (CT scan). Pemeriksaan *Positron Emission Tomography* (PET) menunjukkan adanya penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan bahwa orang dengan skizofrenia memiliki volume otak yang lebih kecil dan aktivitas otak yang menyimpang di daerah temporal dan frontal. Sistem limbik dan ganglia basalis adalah area otak yang paling menarik perhatian. Otak penderita skizofrenia agak berbeda dengan otak orang normal karena mereka memiliki ventrikel yang melebar, lebih sedikit massa abu-abu, dan daerah dengan aktivitas metabolisme yang meningkat atau menurun. Jaringan otak dan analisis mikroskopis menunjukkan perubahan sederhana dalam distribusi sel-sel otak yang berasal dari masa kehamilan sebagai

akibat dari kurangnya sel glia, yang merupakan ciri khas dari cedera otak yang terjadi setelah melahirkan.

c) Neurokimia

Penelitian tentang neurokimia telah sering menunjukkan perubahan pada sistem neurotransmitter otak pada orang dengan skizofrenia. Sistem switch pada otak berfungsi secara normal pada individu yang sehat. Impuls persepsi yang masuk dikembalikan dengan sempurna dan bebas gangguan, menghasilkan sensasi, ide, dan pada akhirnya tindakan sebagai respons terhadap tuntutan saat ini. Sinyal yang dikirimkan oleh otak penderita skizofrenia terganggu, sehingga tidak dapat secara efektif mencapai koneksi sel yang diinginkan.

d) Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan untuk menyelesaikan perkembangan psikososial awal, seperti ketidakmampuan seorang anak untuk membangun hubungan yang dapat dipercaya, dapat menyebabkan konflik intrapsikis yang berlangsung seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan untuk mengelola masalah yang ada. Teori ini juga menekankan tentang gangguan identitas, kegagalan untuk mengelola masalah visual, dan ketidakmampuan untuk melakukan kontrol diri.

e) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan gejala skizofrenia lebih sering terjadi pada orang dari kelas sosial ekonomi yang lebih rendah daripada mereka yang berasal dari kelas sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, gizi buruk, kurangnya perawatan prenatal, kurang manajemen stress, dan perasaan putus asa.

b. Faktor presipitasi

1) Biologis

Stressor biologis yang menyebabkan respons neurobiologis maladaptif termasuk kelainan pada mekanisme pintu masuk otak, yang menyebabkan ketidakmampuan untuk merespons rangsangan secara selektif, dan gangguan pada loop komunikasi dan umpan balik otak, yang mengontrol proses umpan balik informasi.

2) Lingkungan

Perkembangan gangguan berpikir diatur oleh interaksi antara tingkat toleransi stres yang ditentukan secara biologis dan pemicu stres eksternal seperti lingkungan.

3) Pemicu gejala

Prekursor dan stimulan yang dikenal sebagai pemicu sering kali mengakibatkan episode penyakit baru. Reaksi neurobiologis maladaptif yang berkaitan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku seseorang sering diidentifikasi sebagai pemicu.

3. Tanda dan gejala

Menurut Mashudi (2021) terdapat beberapa tanda dan gejala pasien dengan skizofrenia yaitu gejala positif dan negatif sebagai berikut:

a. Gejala positif

- 1) Waham: keyakinan salah yang dipertahankan dan diulang-ulang meskipun tidak sesuai dengan kenyataan (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- 2) Halusinasi: gangguan penerimaan panca indra tanpa adanya rangsangan dari luar (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan).

- 3) Perubahan arus pikir: arus pikir terputus (pembicaraan tiba-tiba dan tidak bisa melanjutkan isi pembicaraan), inkoheren (berbicara tidak selaras dengan lawan bicara atau bicara kacau), neologisme (menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain).
- 4) Perubahan perilaku: pasien skizofrenia umumnya menunjukkan perubahan perilaku, termasuk menarik diri dari orang lain, tidak sabar dan agresif, pola tidur yang berubah, serta kurangnya keinginan, yang membuat pasien sulit untuk melakukan tugas sehari-hari.

b. Gejala negatif

- 1) Penarikan sosial: menjadi tertutup, menyendiri, terpisah dari orang lain.
- 2) Kurangnya motivasi: berkurangnya minat terhadap segala sesuatu di sekitarnya, termasuk perawatan diri dan kebersihan diri.
- 3) Berpikir dan bergerak secara lambat.
- 4) Ekspresi wajah datar.

4. Klasifikasi

Menurut Kardiatus dkk (2023) membagi skizofrenia menjadi lima tipe yang memiliki spesifikasi yang berbeda yaitu:

a. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik memiliki ciri yang khas yaitu gangguan psikomotor yang signifikan. Gangguan ini dapat berupa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan, atau bahkan tanpa gerakan motorik, negativisme yang ekstrem, mutisme, gerakan volunter yang abnormal, ekolalia atau ekopraksia.

b. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid memiliki gejala utama yaitu waham dan halusinasi terhadap ketakutan tertentu. Hal ini sering kali membuat penderitanya memiliki kecurigaan pada orang-orang sekitar secara berlebihan sehingga sulit untuk mengendalikan emosi atau keinginannya.

c. Skizofrenia hebefrenik (tidak terorganisasi)

Skizofrenia hebefrenik menimbulkan gejala berupa afek datar, inkoherensi, asosiasi yang longgar, dan disorganisasi perilaku yang ekstrim.

d. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual ditandai dengan kondisi penderita yang mengalami setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, menarik diri, afek datar serta perilaku yang tidak teratur.

e. Skizofrenia tak terinci (tidak dapat dibedakan)

Skizofrenia tak terinci memiliki gejala-gejala skizofrenia campuran disertai dengan adanya gangguan pikiran, emosi dan perilaku.

5. Fase-fase skizofrenia

Penyakit skizofrenia bisa timbul secara perlahan-lahan sehingga penderita, keluarga maupun orang terdekat dari penderita terkadang tidak menyadari gejala penyakit tersebut selama beberapa waktu. Perjalanan penyakit skizofrenia ini terbagi menjadi tiga fase, yaitu fase prodromal, fase psikotik (aktif) dan fase residual. Ketiga fase ini biasanya muncul secara berurutan dan bisa berulang sepanjang seseorang mengalami penyakit skizofrenia. Durasi tiap fase bervariasi antara satu penderita dengan penderita yang lain.

a. Fase prodromal

Pada tahap ini, penderita mulai mengalami penurunan minat untuk beraktivitas sehari-hari dan menarik diri dari keluarga maupun orang-orang terdekatnya. Penderita bisa jadi tampak bingung, sulit berkonsentrasi atau juga bisa terlalu fokus pada hal-hal tertentu, misalnya masalah dengan orang terdekatnya. Penderita mulai menunjukkan perilaku yang berbeda dari kepribadian atau kebiasaannya sehari-hari. Perilaku ini dapat membuat keluarga atau orang-orang terdekatnya menjadi bingung atau marah, tidak memahami bahwa perilaku tersebut adalah bagian dari gejala penyakit skizofrenia. Tahap ini dapat berlangsung selama mingguan, bulanan, atau tahunan.

b. Fase psikotik (akut)

Pada tahap ini, gejala psikotik penderita mulai tampak jelas, di antaranya adalah gejala waham, halusinasi, pikiran yang kacau, gangguan perilaku, maupun perasaan. Gejala tersebut mulai mengganggu dan berdampak pada interaksi penderita dengan orang-orang di sekitarnya sehingga biasanya pada tahap ini lah penderita dibawa untuk berobat.

c. Fase residual

Setelah gejala psikotik penderita teratasi atau terkendali, beberapa penderita mungkin akan mengalami penurunan dalam fungsi kognitif dan sosialnya, atau bisa jadi ada gejala sisa, di antaranya adalah menghindari berinteraksi dengan orang lain (menarik diri), apatis dengan lingkungan sekitarnya, sulit berkonsentrasi atau tidak ada inisiatif dalam aktivitasnya sehari-hari (Sitawati dkk., 2022).

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Suryani (2023) untuk menegakkan diagnosis skizofrenia, sejumlah pemeriksaan penunjang harus dilakukan pada pasien, antara lain:

a. Pemeriksaan psikologi

- 1) Pemeriksaan psikiatri: pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan apakah seseorang mampu melakukan tugas-tugas tertentu dengan baik dan bersosialisasi dengan orang lain.
- 2) Pemeriksaan psikometri: pemeriksaan yang digunakan untuk menilai bakat, kepribadian, perilaku, dan bakat seseorang. Tujuan utama tes ini adalah untuk menentukan kecocokan seseorang untuk pekerjaan atau posisi tertentu. Tes psikometri melibatkan pengajuan pertanyaan-pertanyaan kepada peserta berupa kuesioner, menguji kepribadian dan melihat catatan akademik peserta.

b. Pemeriksaan tambahan lain jika diperlukan: darah rutin, fungsi hepar, faal ginjal, enzim hepar, *Elektrokardiografi* (EKG), *Computerized Tomography* (CT Scan), *Electroencephalogram* (EEG).

7. Penatalaksanaan

Menurut Agustriyani dkk (2024) penatalaksanaan pasien dengan skizofrenia yaitu meliputi:

a. Psikofarmaka

Pada dosis ekuivalen, efek dasar dari semua obat anti-psikotik pada dasarnya sama (efek klinis), perbedaan utamanya adalah pada efek sekunder (sedasi, otonom, ekstrapiramidal). Gejala psikosis yang dominan dan efek samping dipertimbangkan ketika memilih obat anti psikosis. Obat anti psikosis atipikal direkomendasikan jika gejala negatif lebih menonjol dari gejala positif namun bila

gejala positif lebih menonjol dibandingkan gejala negatif maka pilihannya adalah tipikal.

b. Psikoterapi

Psikoterapi suportif diberikan pada pasien baik individu maupun kelompok untuk membantu mengembangkan kemampuan bersosialisasi dengan orang lain, perawat dan dokter sehingga pasien nantinya siap untuk kembali ke masyarakat. Terapi ini bertujuan agar pasien tidak menyendiri dan membentuk kebiasaan yang buruk, disarankan untuk merencanakan permainan atau kegiatan kelompok seperti terapi modalitas yang meliputi terapi musik, terapi seni, terapi relaksasi dan terapi keluarga.

B. Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* Pada Pasien Dengan Skizofrenia

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, 2016). Gangguan persepsi sensori atau halusinasi merupakan hilangnya kemampuan untuk membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien mengekspresikan pandangan atau ide tentang lingkungan sekitar tanpa adanya benda atau rangsangan yang nyata (Iyan, 2021). Terdapat beberapa jenis halusinasi yaitu halusinasi pendengaran, pengelihatan, penghidu, pengecap dan perabaan. Halusinasi yang paling umum terjadi yaitu 70% pasien melaporkan mengalami halusinasi pendengaran, 20% pasien mengalami halusinasi pengelihatan, sementara 10% sisanya mengalami halusinasi penghidu, pengecap, dan perabaan (Fekaristi dkk., 2021). Menurut Ruswandi (2021) halusinasi pendengaran adalah suatu

keadaan pasien mendengar bunyi atau suara yang membicarakan tentang dirinya, Suara-suara yang didengar terkadang dapat membahayakan atau melukai dirinya karena berisi perintah kepada pasien untuk melakukan sesuatu.

2. Penyebab

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) menyatakan penyebab masalah keperawatan gangguan persepsi sensori yaitu sebagai berikut:

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

3. Data mayor dan minor

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) menyatakan terdapat data mayor dan minor pada masalah keperawatan gangguan persepsi sensori yaitu:

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
 - b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pengelihanatan, atau pengecapan
 - 2) Objektif
 - a) Distorsi sensori

- b) Respon 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

4. Kondisi klinis terkait

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) menyatakan kondisi klinis pasien yang mengalami masalah keperawatan gangguan persepsi sensori yaitu:

- a. Glaukoma
- b. Katarak
- c. Gangguan refraksi (miopia, hiperopia, astigmatisme, presbiopia).
- d. Trauma okuler
- e. Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan V akibat stroke, aneurisma intracranial, trauma/ tumor otak.
- f. Infeksi okuler

- g. Presbikusis
- h. Malfungsi alat bantu dengar
- i. Delirium
- j. Demensia
- k. Gangguan amnestik
- l. Penyakit terminal
- m. Gangguan psikotik

5. Penatalaksanaan

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan persepsi sensori salah satunya menggunakan intervensi utama yaitu manajemen halusinasi yang meliputi:

- a. Observasi
 - 1) Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi
 - 2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
 - 3) Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri)
- b. Terapeutik
 - 1) Pertahankan lingkungan yang aman
 - 2) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. *limit setting*, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)
 - 3) Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi
 - 4) Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi
- c. Edukasi
 - 1) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
 - 2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan

umpan balik korektif terhadap halusinasi

- 3) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi).
- 4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.

Berdasarkan uraian diatas terdapat salah satu terapi non farmakologi yang dapat digunakan pada pasien yang mengalami masalah keperawatan gangguan persepsi sensori yaitu dengan pemberian terapi menggambar bebas. Terapi menggambar bebas adalah salah satu bentuk psikoterapi yang menggunakan media seni untuk berkomunikasi. Terapi menggambar bebas dapat mengurangi interaksi pasien dengan dunianya sendiri, membantunya melepaskan ide, perasaan, atau emosi yang selama ini memengaruhi perilaku bawah sadarnya, memberi semangat, kegembiraan dan hiburan, serta mengalihkan perhatian dari halusinasinya (Fekaristi dkk., 2021).

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* Pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang merupakan suatu proses mengumpulkan informasi dari beberapa sumber untuk mengevaluasi dan menentukan kondisi kesehatan klien. Untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan memberikan asuhan keperawatan harus sesuai dengan kondisi pasien melalui pengkajian secara menyeluruh (Budiono dan Pertami, 2022).

Terdapat beberapa hal yang perlu dikaji pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori menurut Mashudi (2021) yaitu sebagai berikut::

a. Identitas pasien

Sering ditemukan pada usia muda atau muncul pertama kali pada masa pubertas.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang mendorong pasien ke rumah sakit biasanya terkait dengan kedangkalan emosi dan penurunan kemauan.

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi sangat terkait dengan faktor etiologi yaitu keturunan, endokrin, metabolisme, susunan saraf pusat, dan kelemahan ego.

d. Psikososial

1) Genogram

Orang tua dengan keduanya penderita skizofrenia kemungkinan anaknya 40 – 68% mengalami skizofrenia, saudara tiri kemungkinan 0,9 – 1,8%, saudara kembar 2 – 15%, saudara kandung 7 – 15%, namun jika salah satu kemungkinan anaknya 7 – 16%.

2) Konsep diri

Kemunduran kemauan dan kedangkalan emosional yang mempengaruhi konsep diri pasien.

a) Citra tubuh

Tanyakan tentang tanggapan pasien mengenai tubuhnya, bagian mana yang pasien sukai dan tidak sukai, serta respon pasien terhadap bagian-bagian tersebut.

b) Identitas

Pasien yang mengalami halusinasi tidak bahagia dengan diri mereka sendiri dan beranggapan bahwa dirinya tidak berharga.

c) Peran

Fungsi peran pada pasien yang mengalami halusinasi dapat berubah atau berhenti sebagai akibat dari penyakit, pengalaman traumatis di masa lalu, pelepasan diri secara sosial, dan perilaku agresif.

d) Ideal diri

Pasien dengan halusinasi biasanya tidak peduli dengan dirinya dan lingkungan sekitar.

e) Harga diri

Pasien yang mengalami halusinasi sering kali merasa dirinya berharga terlepas dari kesalahan, kehilangan, dan kegagalannya, serta menerima dirinya sepenuhnya.

3) Hubungan sosial

Pasien halusinasi biasanya tidak memiliki banyak teman dekat atau anggota keluarga, dan mereka jarang terlibat dalam kegiatan sosial. Sebaliknya, mereka lebih suka menyendiri, melamun dan tenggelam dalam halusinasinya.

4) Spiritual

Kemauan menurun seiring dengan menurunnya aktivitas spiritual.

e. Status mental

1) Penampilan diri

Kekurangan perawatan diri berikut ini terlihat pada klien yang mengalami halusinasi: penampilan acak-acakan, pemilihan pakaian yang tidak sesuai, pakaian

yang tidak biasa, rambut yang tidak disisir, gigi kuning kotor, dan kuku yang panjang dan hitam. Ekspresi wajah yang cemas, bingung, dan ketakutan.

2) Pembicaraan

Apatis, lamban, suara pelan, dan tidak banyak bicara. Pasien yang mengalami halusinasi sering berbicara sendiri, terganggu ketika berbicara, dan kadang-kadang mengatakan hal-hal yang tidak masuk akal.

3) Aktivitas motorik/ psikomotor

Klien yang berhalusinasi menunjukkan ketegangan, gemetar, agitasi, lesu, dan gelisah. Pasien tampak menutup telinga, menunjuk-nunjuk, gatal, meludah, dan menutup hidung secara teratur.

4) Alam perasaan

Pasien halusinasi menunjukkan peningkatan tingkat emosi, agresi, ketakutan yang ekstrem, dan euforia.

5) Afek

Gerakan wajah, emosi yang labil, dan perubahan emosi yang tiba-tiba adalah hal yang umum terjadi pada pasien yang mengalami halusinasi.

6) Interaksi selama wawancara

Biasanya pendiam, menghindari kontak mata (tidak mau menatap lawan bicara), dan tidak kooperatif (tidak dapat menanggapi pertanyaan pewawancara secara mendadak).

7) Persepsi

Halusinasi sering kali muncul ketika pasien sedang tidak melakukan kegiatan atau duduk sendiri. Pasien yang mengalami halusinasi juga sering gelisah, tegang, dan waspada terhadap orang lain.

8) Proses pikir

Pada umumnya, pasien yang menderita halusinasi merasa khawatir dengan hal-hal tertentu yang dialami.

9) Isi pikir

Selalu waspada terhadap situasi baru dan mengalami depersonalisasi yaitu perasaan aneh atau asing terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar. Mengandung keyakinan yang berasal dari penilaian yang tidak rasional.

10) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran berubah, pasien sering merasa bingung dan apatis. Kemampuan bersosialisasi dengan orang lain terganggu, merusak kapasitas seseorang untuk terhubung dengan dan membatasi dunia luar dan diri sendiri hingga tidak berkorelasi dengan kenyataan.

11) Memori

Tidak ditemukan gangguan spesifik, orientasi tempat, waktu, dan orang.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien yang mengalami halusinasi merasa sulit untuk fokus dan mengingat pembicaraan sebelumnya yang dilakukan dengan orang lain atau diri mereka sendiri.

13) Kemampuan penilaian

Tidak mampu bertindak dalam suatu situasi, tidak mampu membuat penilaian, dan selalu memberikan penjelasan meskipun ambigu atau tidak tepat untuk segala hal.

14) Daya tilik diri

Pasien dengan halusinasi sering menolak untuk mengakui bahwa mereka sakit, tidak mengenali tanda-tanda penyakit (perubahan emosional dan fisik), tidak merasa perlu mendapatkan perawatan, dan menghindari membicarakan kondisi penyakitnya.

15) Kebutuhan sehari-hari

Pada awalnya pasien jarang menunjukkan diri dan semakin mengalami penurunan dalam pekerjaan sebagai akibat penurunan kemauan. Minat untuk memenuhi kebutuhannya sendiri seperti makan, BAK/BAB, mencuci, berpakaian, dan beristirahat berkurang secara signifikan.

16) Mekanisme koping

Klien yang mengalami halusinasi sering menunjukkan perilaku maladaptif, termasuk menyakiti diri sendiri dan orang-orang di sekitarnya, enggan terlibat dalam aktivitas, mengubah pandangan mereka dengan mencoba menyalahkan orang lain, menaruh kepercayaan pada orang asing, dan terpaku pada stimulus internal

17) Masalah psikososial dan pengetahuan

Klien dengan halusinasi yang memiliki masalah masa lalunya sehingga klien menarik diri dari orang yang terdekat dan masyarakat.

18) Pengetahuan

Klien dengan halusinasi tidak merasakan bahwa dirinya melakukan sesuatu dalam tekanan. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mengenai penyakit jiwa.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang mencerminkan tanggapan (status kesehatan atau perubahan dalam pola interaksi aktual/ potensial) dari individu atau kelompok (Budiono dan Pertami, 2022). Diagnosis keperawatan merupakan penilaian profesional terhadap reaksi pasien tentang masalah kesehatan atau peristiwa kehidupan yang aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk menentukan respons pasien terhadap keadaan yang berhubungan dengan kesehatan individu, keluarga, dan komunitas. Diagnosis keperawatan mempunyai dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosis keperawatan dengan menggambarkan inti dari respons pasien terhadap proses kehidupannya atau kondisi kesehatan, dan indikator diagnostik yang terdiri dari penyebab (*etiology*), tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*), serta faktor risiko. Tanda dan gejala mayor yang ditemukan pada 80 – 100% digunakan untuk memvalidasi diagnosis, tanda dan gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat membantu memperkuat diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan gangguan persepsi sensoris termasuk dalam diagnosis aktual karena mempunyai penyebab dan tanda gejala sehingga penulisan diagnosis keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah pasien skizofrenia dengan diagnosis keperawatan gangguan persepsi sensoris berhubungan dengan gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, gangguan perabaan, hipoksia serebral, penyalahgunaan zat, usia lanjut, pemaparan toksin lingkungan dibuktikan dengan mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, penglihatan,

atau pengecapan, menyatakan kesal, distorsi sensori, respon tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, bicara sendiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan pengembangan strategi desain untuk menghindari, mengurangi, dan menyelesaikan masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menunjukkan sejauh mana perawat dapat membangun teknik penyelesaian masalah yang efektif dan efisien (Budiono dan Pertami, 2022). Intervensi keperawatan adalah semua terapi yang dilakukan oleh perawat untuk mencapai hasil (luaran) yang diinginkan. Intervensi memiliki tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan. Label merupakan nama dari intervensi keperawatan sebagai kata kunci untuk menemukan informasi terkait intervensi keperawatan tersebut. Definisi adalah bagian yang menjelaskan arti label intervensi keperawatan. Tindakan adalah serangkaian tindakan atau perilaku yang dilakukan perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan, yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 1
Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Gangguan Persepsi Sensori (D.0085) Definisi: Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi Penyebab: 1. Gangguan pengelihan 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: 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pengelihan, atau pengecapan Data objektif: 1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu Gejala dan Tanda Minor Data subjektif: 1. Menyatakan kesal Data objektif: 1. Menyendiri 2. Melamun	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 kali kunjungan dalam waktu 30 menit diharapkan Persepsi Sensori (L.09083) Membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun 6. Distorsi sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Menarik diri menurun 9. Melamun menurun 10. Curiga menurun 11. Mondar-mandir menurun 12. Respons sesuai stimulus membaik	Manajemen Halusinasi (I.09288) 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, pengekan wilayah, pengekan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi Edukasi 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)

1	2	3
3. Konsentrasi buruk	14. Konsentrasi	4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi	membaik	
5. Curiga	15. Orientasi	Kolaborasi
6. Melihat ke satu arah	membaik	1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas
7. Mondar-mandir		
8. Bicara sendiri		

Kondisi klinis terkait:

1. Glaukoma
2. Katarak
3. Gangguan refraksi (miopia, hiperopia, astigmatisme, presbiopia)
4. Trauma okuler
Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan IV akibat stroke, aneurisma intracranial, trauma/ tumor otak
5. Infeksi okuler
6. Presbiokusis
7. Malfungsi alat bantu dengar
8. Delirium
9. Demensia
10. Gangguan amnestik
11. Penyakit terminal
12. Gangguan psikotik

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Pengumpulan data secara terus menerus, pemantauan reaksi klien baik saat dan setelah tindakan dilaksanakan, serta evaluasi data baru merupakan kegiatan tambahan yang terkait dengan implementasi (Budiono dan Pertami, 2022). Implementasi atau tindakan keperawatan adalah serangkaian tindakan atau perilaku yang digunakan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi memiliki tujuan yaitu untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, meliputi meningkatkan kesehatan, menghindari penyakit, pulihkan kesehatan, dan mendukung mekanisme koping yang baik jika pasien ingin ikut mengambil bagian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Tujuan lainnya adalah melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya dievaluasi dengan tujuan mengetahui kondisi kesehatan pasien dengan cepat, mempertahankan sistem kekebalan tubuh pasien, menghindari komplikasi, mengidentifikasi setiap perubahan pada sistem tubuh, dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien (Polopadang dan Hidayah, 2019).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi yang menentukan tujuan rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk memahami bagaimana pasien merespons perawatan membuat kesimpulan tentang tujuan yang telah dicapai, dan menghubungkan intervensi keperawatan dengan kriteria hasil (Hidayat, 2021). Evaluasi keperawatan adalah membandingkan perubahan kondisi pasien (hasil yang terlihat) dengan tujuan dan kriteria hasil yang diputuskan selama tahap perencanaan. Evaluasi akhir memiliki tiga tujuan, yaitu mengakhiri, memodifikasi, dan melanjutkan rencana tindakan keperawatan (Budiono dan Pertami, 2022). Evaluasi keperawatan terdiri dua jenis yaitu:

- a. Evaluasi proses (formatif) adalah penilaian yang dilakukan setelah tindakan, dengan penekanan pada etiologi, dan dilakukan berulang kali sampai hasil yang diinginkan tercapai.

- b. Evaluasi hasil (sumatif) adalah penilaian ini dilakukan setelah selesainya intervensi keperawatan yang komprehensif. Sesuai dengan periode waktu yang telah ditentukan, perkenalkan masalah keperawatan, jelaskan keberhasilan atau kegagalan, rangkuman, dan simpulkan kondisi kesehatan klien.

Selain itu evaluasi juga digunakan sebagai alat ukur untuk menentukan tujuan tersebut telah tercapai seluruhnya, tercapai sebagian, maupun tidak sama sekali (Hidayat, 2021).

- a. Tujuan tercapai jika pasien sudah menunjukkan adanya perubahan dan kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian jika tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sehingga perlu dicari lagi penyebab atau masalahnya.
- c. Tujuan tidak tercapai jika tidak ada menunjukkan perubahan kearah yang lebih baik serta kemajuan sesuai kriteria yang diharapkan.

Untuk mengevaluasi perkembangan pasien dapat digunakan komponen evaluasi yaitu SOAP yang memudahkan dalam memantau kemajuan keadaan pasien (Budiono dan Pertami, 2022).

- a. S (subjektif) adalah data yang bersifat subjektif; perawat mencatat keluhan pasien yang tetap ada meskipun tindakan keperawatan telah diberikan.
- b. O (objektif) adalah informasi yang berasal dari pengamatan atau pengukuran langsung oleh perawat terhadap pasien, serta perasaan yang dialami pasien setelah menerima tindakan keperawatan.
- c. A (analisis) adalah interpretasi data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan masalah atau diagnosis keperawatan yang masih ada atau, tergantung pada perubahan kondisi kesehatan pasien yang telah ditemukan pada

data subjektif dan objektif, juga dapat dilaporkan sebagai masalah atau diagnosis baru.

- d. P (planning) adalah rencana keperawatan yang akan ditambahkan, diubah, atau dilanjutkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah diputuskan sebelumnya.

D. Konsep Intervensi Terapi Menggambar Bebas

1. Definisi

Terapi menggambar bebas adalah salah satu jenis psikoterapi yang menggunakan media seni untuk berkomunikasi. Media menggambar dapat berupa pensil, krayon, kapur berwarna, cat, dan kertas (Muthmainnah dkk., 2023). Terapi menggambar bebas membantu individu untuk mengekspresikan masalah, emosi, keinginan, kecemasan, dan kekhawatiran dengan cara yang aman dan tidak mengancam. Individu dapat berkomunikasi secara simbolis seperti secara lisan melalui karya seni (Purwanti dan Dermawan, 2023).

2. Manfaat

Terapi menggambar bebas memiliki manfaat yaitu dapat membantu seseorang dalam menyalurkan atau mengekspresikan ide, pikiran, dan emosi yang selama ini mempengaruhi perilaku bawah sadar, memberikan kegembiraan, hiburan, dan sarana untuk mengalihkan pasien dari realita mereka sendiri (Kamariyah dan Yuliana, 2021).

3. Tujuan

Menurut Keliat dan Pawirowiyono (2016) terapi menggambar bebas memiliki tujuan yaitu:

- a. Klien dapat mengekspresikan perasaan melalui gambar.
- b. Klien dapat memberi makna gambar.

4. Keefektifan terapi menggambar bebas pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori *auditory*

Terapi menggambar bebas merupakan terapi non farmakologi yang digunakan pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori *auditory*. Terapi menggambar bebas merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang menggunakan media seni untuk berkomunikasi (Fekaristi dkk., 2021). Aktivitas menggambar dapat membantu pasien dalam menyalurkan atau mengekspresikan perasaan, pemikiran, dan emosi yang selama ini mempengaruhi perilaku yang tidak disadarinya, memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien pada dunianya sendiri untuk terlibat dalam kegiatan kelompok. Melalui aktivitas menggambar juga dapat membantu pasien untuk mengembangkan rasa percaya diri, belajar untuk mempercayai orang lain, serta memiliki kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain (Kamariyah dan Yuliana, 2021).

Menurut Purwanti, dkk. (2023) pemberian terapi menggambar dapat menurunkan tanda dan gejala halusinasi karena pasien mampu melakukan aktivitas menggambar dengan baik pada saat terapi, menikmati aktivitas yang diberikan, sehingga mempengaruhi responden untuk tetap fokus pada kegiatan dan meminimalisir interaksi subjek dengan dunianya sendiri sehingga halusinasi dapat terkontrol. Hasil penelitian Fekaristi dkk (2021) menyebutkan bahwa *art therapy* dapat menurunkan tanda dan gejala halusinasi pada pasien skizofrenia setelah diberikan terapi selama empat hari yang sebelumnya didapatkan hasil 72% menjadi 22%. Penelitian lainnya oleh Oktaviani dkk (2022) didapatkan setelah diberikan

terapi menggambar selama empat hari pada pasien halusinasi pendengaran terjadi penurunan dari 73% tanda dan gejala halusinasi menjadi 27% dengan selisih 41,5%.

Penelitian Kamariyah dan Yuliana (2021) menunjukkan bahwa setelah pemberian terapi aktivitas kelompok menggambar sebanyak empat hari kunjungan selama 30 menit didapatkan hasil $p\text{-value } 0,000 < 0,05$ yang artinya bahwa terdapat pengaruh terapi aktivitas kelompok menggambar terhadap perubahan tingkat halusinasi pada pasien skizofrenia. Penelitian lain oleh Azhari dan Lestari (2023) menunjukkan setelah dilakukan *art therapy* melukis bebas selama empat hari berturut-turut dan dilakukan selama 30 menit didapatkan hasil $p\text{-value } 0,004 < 0,05$ yang berarti ada pengaruh *art therapy* melukis bebas bagi pasien dalam kemampuan mengendalikan halusinasi.