

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, Simanjuntak dan Laia, 2020). Menurut Herawati dan Afconneri (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. Etiologi

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

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a) Faktor genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang

memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita.

b) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography Scan* (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography* (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia.

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada massa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga

menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :

1) Biologis

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

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

3. Tanda dan Gejala

Mashudi (2021) menyatakan tanda dan gejala pada pasien skizofrenia dibedakan menjadi dua gejala, yaitu :

a. Gejala positif

- 1) Delusi atau waham adalah keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan, dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- 2) Halusinasi adalah gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pembau, dan perabaan).
- 3) Perubahan arus pikir
 - a) Arus pikir terputus adalah pembicaraan tiba-tiba dan tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkohoren adalah berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

- c) Neologisme adalah menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- 4) Perubahan perilaku seperti penampilan atau pakaian yang aneh, gerakan yang berulang atau stereotipik, tampaknya tanpa tujuan, dan perilaku sosial atau seksual yang tidak biasa.
- b. Gejala negatif
 - 1) Alogia adalah kecenderungan untuk berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna (*poverty of content*).
 - 2) Anhedonia adalah merasa tidak ada kegembiraan atau kesenangan dari hidup atau aktivitas atau hubungan apapun.
 - 3) Apatis adalah perasaan acuh tak acuh terhadap orang, aktivitas, dan peristiwa
 - 4) Asosialitas adalah penarikan sosial, sedikit atau tidak ada hubungan, dan kurangnya kedekatan.
 - 5) Efek tumpul adalah rentang perasaan, nada, atau suasana hati yang terbatas.
 - 6) Katatonia adalah imobilitas yang diinduksi secara psikologis kadang-kadang ditandai dengan periode agitasi atau kegembiraan, klien tampak tidak bergerak, dan seolah-olah dalam keadaan kesurupan.
 - 7) Efek datar adalah tidak adanya ekspresi wajah yang menunjukkan emosi atau suasana hati.
 - 8) Kemauan atau kurangnya kemauan adalah tidak adanya kemauan, ambisi, atau dorongan untuk mengambil tindakan atau menyelesaikan tugas.
 - 9) Kekurangan perhatian adalah ketidakmampuan untuk berkonsentrasi atau fokus pada suatu topik atau aktivitas dan terlepas dari kepentingannya

4. Klasifikasi

Mental Health UK (2022) menyatakan terdapat delapan jenis skizofrenia yaitu:

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang paling umum, ini mungkin berkembang di kemudian hari daripada bentuk lain. Gejalanya meliputi halusinasi dan/atau delusi, tetapi ucapan dan emosi mungkin tidak terpengaruh.

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik juga dikenal sebagai skizofrenia tidak teratur, jenis skizofrenia ini biasanya berkembang saat berusia 15-25 tahun. Gejalanya meliputi perilaku dan pikiran yang tidak teratur, di samping delusi dan halusinasi yang berlangsung singkat. Pasien mungkin memiliki pola bicara yang tidak teratur dan orang lain mungkin kesulitan untuk memahami. Orang yang hidup dengan skizofrenia tidak teratur sering menunjukkan sedikit atau tidak ada emosi dalam ekspresi wajah, nada suara, atau tingkah laku mereka.

c. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik adalah diagnosis skizofrenia yang paling langka, ditandai dengan gerakan yang tidak biasa, terbatas, dan tiba-tiba. Pasien mungkin sering beralih antara menjadi sangat aktif atau sangat diam. Pasien mungkin tidak banyak bicara dan mungkin meniru ucapan atau gerakan orang lain.

d. Skizofrenia tak terdiferensiasi

Diagnosis pasien mungkin memiliki beberapa tanda skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik, tetapi tidak cocok dengan salah satu dari jenis ini saja.

e. Skizofrenia residual

Pasien mungkin didiagnosis dengan skizofrenia residual jika memiliki riwayat psikosis tetapi hanya mengalami gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk).

f. Skizofrenia sederhana

Skizofrenia sederhana jarang didiagnosis. Gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk) paling menonjol lebih awal dan memburuk, sedangkan gejala positif (seperti halusinasi, delusi, pemikiran tidak teratur) jarang dialami.

g. Skizofrenia senestopatik

Skizofrenia senestopatik yang mana orang dengan skizofrenia senestopatik mengalami sensasi tubuh yang tidak biasa.

h. Skizofrenia tidak spesifik

Skizofrenia tidak spesifik yaitu gejala memenuhi kondisi umum untuk diagnosis tetapi tidak sesuai dengan salah satu kategori di atas.

5. 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.

6. 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 menurut Riyadi and Purwanto (2015), yaitu:

- 1) Restrain Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat-alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien.
- 2) Seklusi Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung pasien dalam ruangan khusus.
- 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).

- 4) ECT (*Electro Convulsif Therapie*)

ECT adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik.

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 (PPNI, 2016a). Gangguan persepsi sensori pada pasien skizofrenia terjadi karena halusinasi.

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). Pasien mengalami perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Berdasarkan uraian diatas, halusinasi adalah gangguan persepsi yang membuat seseorang merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman yang tidak nyata.

2. Penyebab

Menurut PPNI (2016) penyebab masalah keperawatan gangguan persepsi sensori yaitu :

- 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.

3. Tanda dan gejala

Menurut PPNI (2016) gejala dan tanda mayor dan minor dari gangguan persepsi sensori sebagai berikut :

- a. Data mayor
 - 1) Subjektif
 - a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan.
 - b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, penglihatan, atau pengecapan.

2) Objektif

- a) Distorsi sensori.
- b) Respons tidak sesuai.
- c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

b. Data 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. Jenis halusinasi

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

a. Halusinasi pendengaran (audiotorik)

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.

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

1. Pengkajian

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, 2016)).

Pasien dengan gangguan persepsi sensori termasuk dalam kategori psikologis dan subkategori integritas ego, perawat mengkaji data mayor dan minor pasien yang

mengalami halusinasi pendengaran dilihat dari data subjektif dan data objektif. Tanda dan gejala mayor berupa data subjektif yaitu pasien mendengar suara bisikan, sedangkan data objektif yaitu distorsi sensori, respons tidak sesuai, dan bersikap seolah mendengar sesuatu. Tanda dan gejala minor dari halusinasi pendengaran dilihat dari data subjektif yaitu pasien mengatakan kesal, sedangkan data objektif yaitu menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, dan berbicara sendiri (PPNI, 2016).

Hal – hal yang perlu dikaji pada pasien skizofrenia menurut Azizah *et al.* (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% (Malfasari *et al.*, 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

Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh)

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

Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita, klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya, merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya, dan klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

e. Kebutuhan sehari-hari

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

2. Diagnosis keperawatan

Gangguan persepsi sensori termasuk kategori diagnosis aktual yang terdiri dari problem (masalah), etiology (penyebab), dan sign and symptom (tanda dan gejala). Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi, adapun etiology atau penyebab dari gangguan persepsi sensori yaitu isolasi sosial (PPNI, 2016).

Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori auditory dilihat dari data subjektif dan objektif. Tanda dan gejala mayor berupa data subjektif yaitu pasien mendengar suara bisikan, sedangkan data objektif yaitu distorsi sensori, respons tidak sesuai, dan bersikap seolah mendengar sesuatu. Tanda dan gejala minor, data subjektif yaitu pasien mengatakan kesal, sedangkan data objektif yaitu menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, cium, melihat ke satu arah, mondar-mandir, dan berbicara sendiri. Diagnosis keperawatan dapat ditegakkan apabila data yang dikaji mencakup minimal 80% dari data mayor (PPNI, 2016).

3. Perencanaan keperawatan

Luaran keperawatan adalah hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah yang spesifik atau terukur perawat harapkan sebagai respon terhadap asuhan keperawatan. Komponen luaran terdiri dari tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (PPNI, 2019). Intervensi keperawatan adalah segala treatment atau tindakan yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri dari tiga

komponen yaitu label, definisi, dan tindakan (PPNI, 2018). Berikut rencana keperawatan yang disajikan pada tabel di bawah ini :

Tabel 1
Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
1	2	3	4
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, dan pukul berapa ditetapkan nnya rencana keperawatan.	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 8) Pemajanan toksin lingkungan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1) Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan 9) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecap Objektif : 1) Distorsi sensori 2) Respons tidak sesuai 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap,	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali pertemuan diharapkan persepsi sensori pasien membaik dengan kriteria hasil : 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2) Verbalisasi melihat bayangan menurun 3) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun 4) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun 5) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun 6) Distorsi sensori menurun	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) Terapeutik : 1) Pertahankan lingkungan yang aman 2) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi : 1) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan

1	2	3	4
	meraba, atau mencium sesuatu	7) Perilaku halusinasi menurun	balik korektif terhadap halusinasi
Gejala dan Tanda Minor		8) Menarik diri menurun	3) Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas, terapi relaksasi)
Subjektif :		9) Melamun menurun	
1) Menyatakan kesal		10) Curiga menurun	4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
Objektif :		11) Mondar mandir menurun	Kolaborasi :
1) Menyendiri		12) Rspns sesuai stimulus	1) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
2) Melamun			
3) Menyendiri			
4) Melamun		13) Konsentrasi membaik	
5) Konsentrasi buruk		14) Orientasi membaik	
6) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi			
7) Curiga			
8) Melihat ke satu arah			
9) Mondar -mandir			
10) Bicara sendiri			

Sumber : PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016); PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018; PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019.

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan yang dilaksanakan mencakup observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (PPNI, 2018). Implementasi adalah tindakan yang direncanakan dalam rencana keperawatan (Tarwoto, 2015).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat

kepada kebutuhan klien, faktor lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Berikut implementasi keperawatan yang disajikan pada tabel di bawah ini :

Tabel 2
Implementasi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Hari/ Tanggal	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	2	3	4
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, dan pukul berapa ditetapkan rencana keperawatan.	Tindakan keperawatan: 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) Terapeutik : 1) Pertahankan lingkungan yang aman 2) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4) Hindari perdebatan tentang validitas 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	Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan dataobjektif.	Sebagai bukti tindakan sudah diberikan dengan dilengkapi nama terang

1	2	3	4
	3) Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas, terapi relaksasi)		
	4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi		
	Kolaborasi :		
	1) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu		

Sumber : PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016); PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018; PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019.

5. 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/Assesment*) : 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 perawat 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 Okupasi

1. Definisi

Terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni menyesuaikan kemampuan yang pernah disukai dan dimiliki oleh pasien, pengarahan partisipasi seseorang untuk melakukan tugas tertentu dengan tujuan untuk mengembalikan fungsi mental

(Efendi *et al.*, 2024). Terapi okupasi merupakan salah satu bentuk psikoterapi suportif berupa aktivitas yang membangkitkan kemandirian secara manual, kreatif dan edukatif untuk beradaptasi dengan lingkungan dan meningkatkan derajat kesehatan fisik dan mental pasien serta makna hidup (Mustopa, Minarningtyas and Nurillawaty, 2021).

Terapi okupasi merupakan salah satu bentuk psikoterapi suportif berupa kegiatan yang menciptakan kemandirian manual, kreatif, dan edukatif untuk beradaptasi dengan lingkungan dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental pasien. Terapi okupasi berfokus pada mengenali keterampilan yang masih tersedia bagi seseorang, dan mempertahankan atau meningkatkannya bertujuan untuk membentuk orang tersebut menjadi orang yang mandiri yang tidak bergantung pada bantuan eksternal. Terapi okupasi membantu klien mengembangkan mekanisme koping untuk memecahkan masalah masa lalu yang tidak menyenangkan. Klien dilatih untuk mengidentifikasi keterampilan yang masih dapat digunakan dan meningkatkan harga diri sehingga tidak menemui hambatan dalam hubungan sosial (Ridfah *et al.*, 2021).

2. Tujuan

Terapi okupasi membantu merangsang pasien melalui aktivitas yang disukai. Salah satu jenis terapi okupasi yaitu diindikasikan untuk pasien yang berhalusinasi adalah aktivitas waktu luang. Kegiatan ini bertujuan untuk memberi motivasi dan memberikan kegembiraan hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien halusinasi, sehingga pemikiran pasien tidak berfokus dengan halusinasinya (Mustopa, Minarningtyas and Nurillawaty, 2021).

Tujuan okupasi untuk mengembangkan, memelihara, memulihkan, dan atau menyeimbangkan aktivitas sehari-hari, produktivitas, dan rekreasi melalui pelatihan, rehabilitasi, stimulasi, dan promosi. Terapi okupasi meningkatkan kemampuan individu untuk terlibat dalam aktivitas kehidupan sehari-hari dan area kinerja aktivitas instrumental aktivitas kehidupan sehari-hari (Ponto, Bidjuni and Karundeng, 2015).

3. Indikasi

Menurut Direja (2011) adapun indikasi dari pemberian terapi okupasi aktivitas waktu luang adalah :

- 1) Pasien dengan kelainan tingkah laku disertai dengan kesulitan berkomunikasi.
- 2) Ketidakmampuan menginterpretasikan rangsangan sehingga reaksi terhadap rangsangan tidak wajar.
- 3) Pasien yang mengalami kemunduran.
- 4) Pasien dengan cacat tubuh disertai dengan gangguan kepribadian.
- 5) Orang yang mudah mengekspresikan perasaan melalui aktivitas.
- 6) Orang yang mudah belajar sesuatu dengan praktik langsung daripada membayangkan

4. Karakteristik

Menurut Direja (2011) adapun karakteristik terapi okupasi aktivitas waktu luang adalah sebagai berikut :

- 1) Mempunyai tujuan yang jelas.
- 2) Mempunyai arti tertentu bagi klien.
- 3) Harus mampu melibatkan klien walau minimal.
- 4) Dapat mencegah bertambah buruknya kondisi.

- 5) Dapat memberi dorongan hidup.
- 6) Dapat dimodifikasi disesuaikan dengan minat.

5. Jenis Kegiatan

Jenis kegiatan dalam terapi okupasi aktivitas waktu luang antara lain olah raga, permainan, kerajinan tangan, seni, rekreasi, diskusi, pekerjaan sehari-hari dan perawatan kebersihan diri (Direja, 2011). Salah satu kegiatan terapi yang dilakukan yaitu terapi okupasi membersihkan tempat tidur. Terapi okupasi membersihkan tempat tidur adalah suatu kegiatan yang menciptakan kemandirian manual, kreatif, dan edukatif untuk beradaptasi dengan lingkungan dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental pasien. Manfaat membersihkan tempat tidur yaitu menghadirkan ruang tidur yang nyaman, mengurangi stress dan menyegarkan pikiran, terhindar dari sumber penyakit, menambah produktifitas dan konsentrasi.