

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

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 (delusi) atau halusinasi) (Azhari, 2023). Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Sasmita, 2021). Skizofrenia adalah gangguan jiwa kronis yang berat, ditandai dengan pikiran kacau, delusi, halusinasi, perilaku aneh, serta gangguan dalam komunikasi, emosi, dan fungsi kognitif. Penderita skizofrenia mengalami kesulitan menerima dan menafsirkan kenyataan, berinteraksi dengan orang lain, serta menjalani aktivitas sehari-hari (Fekaristi, 2021). 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, 2023).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat berlangsung jangka panjang, ditandai dengan terganggunya kemampuan berpikir, merasakan, dan berperilaku secara normal. Penderita sering mengalami gejala psikotik seperti halusinasi, keyakinan yang salah (waham), serta pola pikir yang kacau, sehingga sulit membedakan antara realitas dan imajinasi/khayalan.

2. Etiologi Skizofrenia

Menurut Mashudi (2021) Skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu:

a. Faktor Predisposisi (yang menciptakan kerentanannya)

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan faktor utama yang memicu timbulnya skizofrenia. Anak yang memiliki orang tua biologis yang menderita skizofrenia, meskipun diadopsi oleh keluarga tanpa riwayat gangguan tersebut, tetap membawa risiko genetik dari orang tua biologisnya.

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa otak penderita skizofrenia memiliki perubahan struktur dan fungsi, seperti pembesaran ventrikel, penurunan volume korteks, serta berkurangnya massa abu-abu. Pemeriksaan CT scan dan PET scan menunjukkan adanya atrofi otak serta penurunan metabolisme glukosa dan oksigen, terutama di area frontal, temporal, sistem limbik, dan ganglia basalis. Selain itu, ditemukan kelainan distribusi sel otak sejak masa prenatal, termasuk tidak adanya sel glia, yang menunjukkan gangguan perkembangan otak dini. Secara keseluruhan, otak penderita skizofrenia tampak berbeda dari otak normal, baik dari segi struktur maupun aktivitas metabolik.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia menunjukkan bahwa pada penderita skizofrenia terjadi perubahan signifikan pada sistem neurotransmitter otak, terutama ketidakseimbangan kadar dopamin, serotonin, dan glutamat, yang berperan penting dalam pengaturan persepsi, pikiran, dan perilaku. Pada orang normal, sinyal-sinyal

otak berjalan lancar sehingga respons emosional dan tindakan sesuai kebutuhan, sedangkan pada penderita skizofrenia, gangguan pada transmisi neurotransmitter menyebabkan sinyal tidak tersampaikan dengan baik antar sel otak, sehingga muncul gangguan persepsi, pemikiran, dan perilaku.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia dapat disebabkan oleh kegagalan dalam perkembangan psikososial pada tahap awal kehidupan, seperti ketidakmampuan anak membentuk rasa saling percaya, yang kemudian memicu konflik batin berkepanjangan. Pada kasus yang berat, penderita menunjukkan kesulitan besar dalam menghadapi masalah, gangguan identitas, citra diri yang kacau, serta kurangnya kemampuan untuk mengendalikan diri.

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa gejala skizofrenia lebih tinggi pada kelompok ekonomi rendah. Hal ini berkaitan dengan kondisi kemiskinan, kepadatan hunian, gizi buruk, kurangnya perawatan ibu hamil, serta minimnya sumber daya untuk mengelola stres dan rasa putus asa.

b. Faktor Presipitasi (yang memicu atau memperburuk gejala)

1) Biologis

Stressor biologis terkait respons neurobiologis yang tidak adaptif mencakup gangguan komunikasi dan siklus umpan balik otak dalam memproses informasi, serta kelainan mekanisme penyaringan stimulus yang menyebabkan ketidakmampuan merespons rangsangan secara selektif

2) Lingkungan

Tingkat toleransi biologis terhadap stres berperan bersama stres dari lingkungan dalam memicu gangguan pikiran.

3) Pemicu Gejala

Pemicu adalah faktor atau rangsangan yang sering memicu munculnya episode baru suatu penyakit, biasanya terkait dengan respon neurobiologis yang tidak normal dan berhubungan dengan kondisi kesehatan, lingkungan sekitar, serta sikap dan perilaku individu.

3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Mashudi (2021) Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga kelompok yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif :

a. Gejala Positif

Gejala yang muncul pada pasien tetapi tidak ditemukan pada orang normal biasanya dapat terlihat secara jelas. Gejala ini menonjol, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat, serta sering menjadi alasan utama keluarga membawa pasien untuk mendapatkan pengobatan.

- 1) Waham: Keyakinan yang salah atau tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang.
- 2) Halusinasi: Gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, 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

Gejala yang bisa ada pada orang normal tetapi pada skizofrenia lebih berat, termasuk tidak adanya pengaruh, tidak adanya pemikiran, tidak adanya motivasi, tidak adanya kesenangan, dan tidak adanya perhatian. Gejala negatif ini merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, maka dari itu pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat. Gejala-gejala negatif yang dimaksud 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 (*daydreaming*).
- 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak
- 6) Kesulitan merasakan kesenangan atau kepuasan (*anhedonia*)
- 7) Berkurangnya kemampuan berbicara atau bicara yang minim (*alogia*)

c. Gejala Kognitif

Gejala kognitif skizofrenia sering sulit terlihat di awal, tapi sangat mengganggu dan menyebabkan banyak kecacatan, seperti Kesulitan

berkonsentrasi, gangguan pengambilan keputusan, kesulitan mengingat dan memproses informasi.

4. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Tukatman (2023) klasifikasi skizofrenia dibagi menjadi lima:

a. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik ditandai dengan gangguan psikomotor serius, seperti gerakan berlebihan atau kaku, perlawanan ekstrem (negativisme), gerakan abnormal, serta ekolalia (mengulang ucapan orang lain) dan ekopraksia (meniru gerakan orang lain secara otomatis).

b. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid memiliki gejala utama yaitu waham dan halusinasi terhadap ketakutan tertentu, sehingga penderita sering merasa sangat curiga terhadap orang disekitarnya dan kesulitan mengendalikan emosi serta keinginannya.

c. Skizofrenia hebefrenik (tidak terorganisasi)

Skizofrenia hebefrenik adalah jenis skizofrenia yang ditandai oleh pola pikir yang tidak teratur dan tidak logis, emosi yang tidak stabil, serta perilaku aneh seperti tertawa tanpa alasan dan tiba-tiba menarik diri. Gangguan ini juga melibatkan pembicaraan dan pikiran yang kacau, serta sering disertai halusinasi.

d. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual adalah kondisi jangka panjang setelah seseorang mengalami episode psikotik skizofrenia. Pada tahap ini, gejala seperti delusi dan halusinasi berkurang, tetapi gejala negatif seperti menarik diri, emosi datar, perilaku pasif, kurang motivasi, dan kesulitan merawat diri lebih menonjol. Hal ini

menyebabkan gangguan dalam kehidupan sehari-hari dan membuat penderita terlihat apatis serta kurang berinisiatif.

e. Skizofrenia tak terinci (tidak dapat dibedakan)

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

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Mashudi (2021) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari skizofrenia yaitu:

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah dan urine dilakukan untuk mendeteksi adanya infeksi serta menilai kemungkinan penyalahgunaan alkohol dan zat psikoaktif (NAPZA).

b. Pencitraan dan Neurologis

1) MRI/CT scan otak: untuk mendeteksi gangguan otak seperti hematoma subdural, vaskulitis, abses, atau tumor otak, yang mungkin bisa mendasari timbulnya skizofrenia

2) EEG (*Electroencephalography*): Mengevaluasi aktivitas listrik otak untuk melihat apakah perilaku kekerasan disebabkan oleh epilepsy atau ensefalopati.

c. Pemeriksaan Psikiatri, Psikometri & Klinis:

1) DSM-5-TR: diagnosis ditegakkan jika pasien menunjukkan minimal dua gejala khas (delusi, halusinasi, bicara kacau, perilaku kacau, gejala negatif) selama minimal 6 bulan, dengan gangguan fungsi sosial dan pekerjaan.

2) PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*): Mengukur keparahan gejala positif (halusinasi) dan negatif (penarikan sosial).

- 3) Pemeriksaan status mental: Observasi penampilan, sikap, afek, proses pikir, dan persepsi.
- 4) Wawancara medis dan psikologis: menilai riwayat kesehatan mental dan fisik pasien serta keluarga, riwayat masa kanak-kanak, trauma, dan penggunaan obat atau zat adiktif.

6. Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Muslihun (2023) Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada pasien skizofrenia adalah:

a. Psikofarmaka

Pemberian Obat Antipsikotik atipikal seperti risperidon, olanzapin, dan aripiprazol sering digunakan sebagai lini pertama karena efektivitasnya dalam mengatasi gejala positif dan negatif skizofrenia serta risiko efek samping ekstrapiramidal (tremor dan rigiditas otot) yang lebih rendah dibandingkan antipsikotik generasi pertama (haloperidol, chlorpromazine, fluphenazine). Namun, penggunaan antipsikotik atipikal dapat menyebabkan efek samping metabolik seperti peningkatan berat badan dan kadar glukosa darah.

b. Psikoterapi suportif

Psikoterapi Suportif adalah bentuk psikoterapi yang fokus memberikan dukungan emosional langsung kepada pasien untuk membantu mereka mengatasi kesulitan emosional dan stres. Terapi ini membantu pasien merasa didengar, dipahami, dan lebih terbuka dalam mengungkapkan perasaan, serta memperkuat mekanisme pertahanan psikologis agar pasien lebih nyaman menghadapi masalahnya.

c. Terapi Psikososial

Terapi Psikososial adalah pendekatan yang lebih luas yang menggabungkan berbagai intervensi psikologis dan sosial untuk membantu pasien mengubah perilaku, meningkatkan fungsi sosial, dan mengatasi masalah dalam konteks kehidupan sehari-hari. Terapi ini mencakup psikoedukasi, rehabilitasi sosial, pelatihan keterampilan sosial, terapi keluarga, dan dukungan komunitas. Tujuannya adalah membantu pasien beradaptasi dengan lingkungan sosial, memperbaiki fungsi kognitif dan emosional, serta meningkatkan kualitas hidup secara menyeluruh.

d. Terapi Non Farmakologi

Terapi non-farmakologis merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan skizofrenia sebagai pelengkap terapi obat/terapi psikofarmaka. Salah satu terapi non-farmakologis yang efektif adalah art terapi (terapi seni), yang menggunakan media seni untuk membantu pasien mengelola gejala dan meningkatkan kualitas hidupnya.

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

1. Definisi

Menurut PPNI (2017) Gangguan Persepsi Sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Menurut Azizah (2022) Gangguan persepsi sensori adalah kondisi dimana seseorang mengalami perubahan dalam bentuk dan jumlah rangsangan yang datang dari stimulus internal (pikiran, perasaan) maupun eksternal, disertai respons yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi. Gangguan ini sering menimbulkan halusinasi, yaitu persepsi sensorik

yang tidak nyata tanpa adanya rangsangan eksternal yang sebenarnya. Terdapat beberapa jenis halusinasi yaitu halusinasi pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap dan perabaan. Halusinasi yang paling umum terjadi yaitu 70% pasien mengalami halusinasi pendengaran, 20% pasien mengalami halusinasi penglihatan, sementara 10% sisanya mengalami halusinasi penghidu, pengecap, dan perabaan (Fernanda, 2025). Halusinasi pendengaran adalah gangguan persepsi sensori dimana pasien mendengar suara-suara yang sebenarnya tidak ada, seperti bisikan, percakapan, atau perintah, yang sering kali berhubungan dengan isi pikiran pasien dan dapat memengaruhi perilaku mereka. Kondisi ini merupakan salah satu gejala utama pada gangguan jiwa seperti skizofrenia, dimana pasien mengalami perubahan persepsi tanpa adanya rangsangan eksternal yang nyata (Herlina, 2024).

2. Faktor Penyebab

Menurut PPNI (2017), penyebab terjadinya Gangguan Persepsi Sensori ada 8 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

Menurut Laela (2024), penyebab terjadinya Gangguan Persepsi Sensori ada 2 yaitu:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi atau faktor pendukung adalah penyebab yang mendukung terjadinya masalah gangguan persepsi sensori

1) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri, dan lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungan sejak bayi sehingga akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor Biokimia

Hal ini berpengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan yang menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak, misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien mengambil keputusan tegas, klien lebih suka memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian Menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Presipitasi

Dalam hakikatnya seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu:

1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium dan kesulitan tidur dalam waktu yang lama.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi. Halusinasi dapat berupa perintah memasa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup menentang sehingga klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi Intelektual

Dalam hal ini pasien dengan halusinasi mengalami penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien.

4) Dimensi Sosial

Pasien mengalami gangguan interaksi sosial didalam fase awal dan comforting menganggap bahwa bersosialisasi nyata sangat membahayakan.

5) Dimensi Spiritual

Pasien halusinasi dalam spiritual mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, dan hilangnya aktivitas beribadah. Pasien halusinasi dalam setiap bangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya.

3. Data Mayor dan Minor

Menurut PPNI (2017) data mayor dan minor pada masalah keperawatan Gangguan Persepsi Sensori adalah:

a. Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

- a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, dan pengecap

2) Objektif

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

b. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif

- a) Menyatakan kesal
- 2) Objektif
- a) Menyendiri
- b) Melamun
- c) Konsentrasi buruk
- d) Distorsi waktu, tempat, orang atau situasi

- e) Curiga
- f) Melihat ke satu arah
- g) Mondar-mandir
- h) Bicara sendiri

4. Kondisi Klinis Terkait

Menurut PPNI (2017) kondisi klinis terkait pasien yang mengalami masalah keperawatan gangguan persepsi sensori adalah:

- a. Glaukoma
- b. Katarak
- c. Gangguan Refraksi (myopia, hiperopia, astigmatisma, presbiopia)
- d. Trauma okuler
- e. Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak.
- f. Infeksi Okuler
- g. Presbiokusis
- h. Malfungsi alat bantu dengar
- i. Delirium
- j. Demensia
- k. Gangguan amnestic
- l. Penyakit terminal
- m. Gangguan psikotik

5. Penatalaksanaan

Menurut PPNI (2018) penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan persepsi sensori salah satunya menggunakan intervensi

utama yaitu manajemen halusinasi meliputi:

a. Observasi

- 1) Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi
- 2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan
- 3) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)

b. Terapeutik

- 1) Pertahankan lingkungan yang aman
- 2) Lakukan tindakan keselamatan ketika dapat mengontrol perilaku (mis. *limit setting*, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)
- 3) Diskusi perasaan dan respon terhadap halusinasi
- 4) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

c. Edukasi

- 1) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
- 2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik kognitif 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

Salah satu terapi non-farmakologi yang bisa digunakan sebagai intervensi pendukung penatalaksanaan Diagnosis Gangguan Persepsi Sensori berupa Terapi Seni (PPNI, 2018). Menurut Fekaristi (2021) *Art Therapy* Melukis Bebas cocok diberikan pada pasien skizofrenia yang mengalami gangguan persepsi sensori

auditory, terapi ini merupakan bentuk psikoterapi yang memanfaatkan seni sebagai media komunikasi, melalui terapi melukis bebas, pasien dapat mengurangi keterikatan dengan dunianya sendiri, mengekspresikan ide, perasaan, dan emosi yang memengaruhi perilaku bawah sadarnya juga memberikan semangat, kegembiraan, hiburan, serta membantu mengalihkan perhatian pasien dari halusinasinya

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

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dalam proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber guna mengevaluasi dan mengidentifikasi kondisi kesehatan pasien. Tujuannya adalah memperoleh informasi lengkap tentang status fisik, mental, sosial, dan lingkungan pasien agar perawat dapat menentukan masalah keperawatan dan merencanakan tindakan yang tepat (Palopadang, 2020). Menurut Laela (2024) terdapat beberapa hal yang perlu dikaji pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori yaitu sebagai berikut:

a. Identitas Pasien

Data identitas pasien, yaitu informasi yang mencakup nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosis medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang menyebabkan pasien dibawa ke rumah sakit biasanya akibat adanya kumunduran kemauan dan kedangkalan emosi.

c. Faktor Predisposisi

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

d. Pemeriksaan Fisik

Menanyakan apakah ada keluhan fisik. Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan maupun mengamati gerak-gerik fisik pasien seperti kondisi mata yang tidak fokus, kondisi tremor pada ekstremitas dan lain sebagainya.

e. Psikososial

1) Genogram

Pengkajian genogram minimal 3 generasi. Pengkajian genogram akan menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga, masalah-masalah yang berhubungan dengan komunikasi, riwayat kesehatan yang diturunkan/menular, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

2) Konsep diri

a) Gambar Diri/Citra Tubuh

Menanyakan bagaimana persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang tidak disukai dan disukai, reaksi pasien terhadap kondisi tubuhnya serta alasan atas persepsi dan respon pasien.

b) Identitas Diri

Identitas diri adalah kesadaran tentang diri sendiri yang bisa diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya. Pasien yang mengalami halusinasi tidak bahagia dengan diri mereka sendiri dan beranggapan bahwa dirinya tidak berharga

c) Peran Diri

Peran adalah sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dalam kedudukannya di masyarakat/kelompok sosialnya. Pasien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang diakibatkan karena penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain di sekitarnya dan perilaku agresif.

d) Ideal Diri

Pengkajian terkait dengan harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas dan peran dalam keluarga, pekerjaan, sekolah dan lingkungan sekitarnya, harapan terkait penyakitnya, bagaimana respon pasien apabila kenyataan tidak sesuai harapan. Pada pasien halusinasi cenderung tidak peduli terhadap diri sendiri dan lingkungan sekitar.

e) Harga Diri

Harga diri dalam pengkajian pasien skizofrenia didefinisikan sebagai evaluasi individu terhadap dirinya sendiri, yang mencakup penilaian atas kemampuan, kebermanfaatan, dan nilai dirinya. Faktor yang memengaruhi harga diri pada pasien skizofrenia antara lain internalisasi stigma, penolakan dari lingkungan sosial, kegagalan berulang, dan kurangnya dukungan dari keluarga atau masyarakat.

Masalah Keperawatan: Gangguan Citra Tubuh, Gangguan Identitas Diri, Koping Tidak Efektif, Harga Diri Rendah Situasional, Harga Diri Rendah Kronis, Penampilan Peran Tidak Efektif

f. Hubungan Sosial

Pasien dapat ditanya orang yang terdekat di kehidupannya sebagai tempat diskusi, mengadu, berbincang, meminta bantuan dan dukungan atau motivasi.

Pasien kecenderungan tidak memiliki teman dekat dan tidak mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan halusinasinya

Masalah Keperawatan: Gangguan Interaksi Sosial, Isolasi Sosial

g. Spiritual

Pengkajian spiritual difokuskan pada kegiatan dalam beribadah, menjalankan nilai dan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan ibadahnya. Apakah isi halusinasi mempengaruhi keyakinan pasien kepada Tuhannya.

Masalah Keperawatan : Distres Spiritual, Risiko Distres Spiritual

h. Status Mental

1) Penampilan

Penilaian terhadap penampilan pasien mencakup kerapian berpakaian, kesesuaian jenis pakaian yang dikenakan, adanya perubahan pada cara berpakaian dari kebiasaan sebelumnya, serta pemeriksaan kebersihan diri secara menyeluruh dari kepala hingga kaki.

Masalah Keperawatan: Defisit Perawatan Diri (Mandi, Berpakaian, Makan, Toileting, Berhias)

2) Pembicaraan

Pasien suka bicara sendiri, senyum-senyum sendiri, saat diajak berbincang-bincang tidak fokus, pembicaraan tidak masuk akal.

Masalah Keperawatan: Gangguan Komunikasi Verbal, Gangguan Persepsi Sensori, Keputusasaan, Ketidakberdayaan, Waham.

3) Aktivitas Motorik

Pasien tampak gelisah, tegang, lesu, agitasi, tremor. Pasien tampak terlihat sering menutup telinga, menunjuk ke arah tertentu, menggaruk badan/kulit, sering meludah, muntah, menutup hidung, sering minum, dan lain sebagainya.

Masalah Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan, Perilaku Kekerasan, Risiko Cedera, Intoleransi Aktivitas, Gangguan Mobilitas Fisik.

4) Afek Emosi

Afek adalah perasaan dan emosi yang menekankan tingkat kesenangan atau kesedihan, kenyamanan atau ketidaknyamanan yang mewarnai pengalaman perasaan seseorang. Pada pasien skizofrenia, afek dapat bervariasi mulai dari afek datar yang ditandai dengan tidak adanya ekspresi emosi, afek tumpul dengan ekspresi emosional yang sangat terbatas, afek labil yang menunjukkan perubahan emosi yang cepat dan tidak stabil, hingga afek tidak sesuai dimana ekspresi emosi tidak cocok dengan situasi atau isi pembicaraan.

Masalah Keperawatan: Ansietas, Berduka, Keputusan, Ketidakberdayaan, Risiko Bunuh Diri, Risiko Mutilasi Diri, Risiko perilaku kekerasan, Perilaku Kekerasan.

5) Interaksi selama wawancara

Pasien saat wawancara cenderung tidak kooperatif seperti, tidak mampu menjawab pertanyaan saat wawancara secara spontan, kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) dan mudah tersinggung.

Masalah Keperawatan: Isolasi Sosial, Harga Diri Rendah Kronis/Situasional, Koping Tidak Efektif, Risiko Perilaku Kekerasan, Gangguan Komunikasi Verbal

6) Persepsi

Persepsi adalah proses menerima, mengolah, dan menafsirkan informasi dari pancaindra sehingga menghasilkan pemahaman tentang lingkungan sekitar.

Pengkajian persepsi pasien skizofrenia, yang dikaji meliputi jenis halusinasi yang dialami berdasarkan pancaindra (pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman), isi halusinasi, waktu dan frekuensi kemunculannya, respon pasien terhadap halusinasi, serta situasi yang memicu munculnya dan yang dapat menurunkan atau menghilangkan halusinasi.

Masalah Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori (Auditory/Pendengaran, Visual/Penglihatan, Olfaktorik/Penciuman, Gustatorik/Pengecapan, Taktil/Sentuhan)

7) Proses Pikir

a) Bentuk Pikir

Bentuk pikir dalam pengkajian pasien skizofrenia adalah cara atau pola berpikir yang mencerminkan bagaimana seseorang mengorganisasi dan mengalirkan gagasan atau ide-idenya. Gangguan pada bentuk pikir menunjukkan ketidakteraturan dalam proses berpikir yang dapat menyebabkan komunikasi menjadi tidak jelas atau membingungkan. Gangguan bentuk pikir meliputi:

- (1) Sirkumstansial: berpikir berputar-putar dan bertele-tele sebelum sampai ke inti pembicaraan.
- (2) Tangensial: pembicaraan melantur ke hal lain dan tidak kembali ke topik utama.
- (3) Kehilangan asosiasi: ide-ide yang disampaikan tidak saling berhubungan secara logis.

- (4) *Flight of ideas*: berpindah-pindah cepat dari satu ide ke ide lain tanpa hubungan jelas.
- (5) *Blocking*: tiba-tiba berhenti berbicara karena pikiran terhenti.
- (6) Pengulangan pembicaraan/Perseverasi: mengulang kata atau kalimat secara terus-menerus tanpa alasan.

b) Isi Pikir

Isi pikir adalah keyakinan, ide, dan interpretasi pasien yang sering kali tidak sesuai dengan kenyataan atau realitas, yang meliputi:

- (1) Obsesi: pikiran yang terus-menerus muncul tanpa diinginkan
- (2) Depersonalisasi: gangguan disosiatif dimana seseorang merasa terpisah atau terlepas dari diri sendiri, seolah-olah jiwanya berada di luar tubuhnya dan mengamati dirinya dari luar
- (3) Fobia: ketakutan berlebihan dan tidak rasional terhadap objek atau situasi tertentu.
- (4) Idea yang terkait: pikiran atau keyakinan yang berhubungan dengan tema tertentu, misalnya kekhawatiran atau obsesi.
- (5) Hipokondria: kekhawatiran berlebihan tentang kesehatan dan merasa sakit padahal tidak ada bukti medis.
- (6) Pikiran magic: kepercayaan bahwa pikiran atau tindakan tertentu dapat memengaruhi kejadian secara supranatural atau tanpa sebab logis.
- (7) Waham: keyakinan salah yang kuat dan tetap meskipun ada bukti yang bertentangan

Masalah Keperawatan: Waham, Risiko Mutilasi Diri, Risiko Bunuh Diri, Risiko Perilaku Kekerasan, Perilaku Kekerasan.

c) Daya tilik diri

Daya tilik diri mencerminkan tingkat kesadaran pasien terhadap penyakitnya.

Masalah Keperawatan: Koping Defensif, Koping Tidak Efektif.

8) Tingkat Kesadaran

Pasien dengan halusinasi biasanya bingung, apatis atau acuh tak acuh.

Masalah Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori (halusinasi), waham

9) Memori

Pada pengkajian memori, pada pasien halusinasi dapat ditanyakan terkait:

- a) Daya ingat jangka panjang: mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan
- b) Daya ingat jangka menengah: dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir
- c) Daya ingat jangka pendek: dapat mengingat kejadian yang terjadi pada saat ini

Masalah Keperawatan: Gangguan Memori

i. Kebutuhan Perencanaan Pulang

1) Kemampuan pasien memenuhi kebutuhan

Menanyakan apakah pasien telah mampu atau tidak mampu dalam memenuhi kebutuhannya sendiri.

2) Kegiatan hidup sehari-hari

Pengkajian ini meliputi kebutuhan akan perawatan diri seperti mandi, ganti pakaian dan kebutuhan tidur. Pasien dengan halusinasi biasanya mengalami masalah tidur yang tidak berkualitas karena gelisah dan cemas

3) Sistem Pendukung

Sistem pendukung pasien didapatkan dari keluarga dan sekitarnya. Banyak pasien dengan halusinasi tidak memiliki dukungan dari keluarga dan orang sekitarnya

4) Kemampuan kegiatan produktif/hobi/saat bekerja dan kemampuan lainnya

Pasien yang telah diberikan pelatihan ketrampilan di rumah sakit di ruang rehabilitasi dapat menikmati kegiatannya, sehingga lebih produktif, pandangan tidak kosong dan dapat mengalihkan dari halusinasi yang muncul karena konsentrasi pada kegiatannya.

Masalah Keperawatan: Ketidakmampuan Koping Keluarga, Penurunan Koping Keluarga, Gangguan Proses Keluarga

j. Mekanisme koping

Pasien memiliki kecenderungan berperilaku maladaptif seperti keinginan mencederai diri sendiri dan orang lain, pasien merasa malas untuk melakukan kegiatan atau aktivitas, berusaha mengalihkan tanggung jawabnya kepada orang lain dan menikmati stimulus internal

Masalah Keperawatan: Koping Tidak Efektif, Koping Defensif

k. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien biasanya mengalami masalah di masa lalu yang menyebabkan pasien menarik diri dari masyarakat sekitarnya.

Masalah Keperawatan: Berduka, Sindrom Pasca Trauma, Koping Tidak Efektif, Risiko Ketidakberdayaan, Ketidakberdayaan.

1. Aspek pengetahuan

Pasien biasanya tidak banyak mengetahui tentang penyakitnya karena merasa tidak ada yang sakit di tubuhnya atau tidak merasa dalam tekanan.

Masalah Keperawatan: Defisit Pengetahuan, Koping Tidak Efektif

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah diagnosis keperawatan adalah penilaian singkat dan jelas tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang bisa ditangani perawat secara mandiri. Diagnosis ini menjadi dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil asuhan keperawatan yang diinginkan. Diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI terdiri dari dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya, dan indikator diagnosis terdiri dari meliputi penyebab (*etiologi*), tanda (*sign*), gejala (*symptom*), dan faktor risiko. Tanda dan Gejala Mayor ditemukan 80-100% digunakan untuk memvalidasi diagnosis, tanda gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat membantu memperkuat diagnosis (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan gangguan persepsi sensorik 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 sensorik berhubungan dengan isolasi sosial dibuktikan dengan mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, penglihatan atau pengecap, menyatakan kesal, distorsi sensorik, respon tidak sesuai, bersikap

seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, curiga, melihat kesatu arah, mondar-mandir, bicara sendiri (PPNI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah pedoman yang digunakan perawat untuk merencanakan dan melakukan tindakan keperawatan secara aman, efektif, dan etis demi mencapai hasil yang diinginkan. (PPNI, 2018). Langkah-langkah menentukan intervensi keperawatan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah sebagai berikut (PPNI, 2018):

a. Memahami Karakteristik Diagnosis Keperawatan

Intervensi harus diarahkan untuk mengatasi penyebab (etiologi) atau tanda/gejala diagnosis keperawatan. Jika etiologi tidak dapat langsung diatasi, fokus intervensi adalah pada tanda/gejala. Untuk diagnosis risiko, intervensi diarahkan menghilangkan faktor risiko.

b. Menentukan Luaran Keperawatan yang Diharapkan

Luaran memberikan arahan jelas tentang hasil akhir yang ingin dicapai setelah intervensi. Intervensi dipilih agar mendukung pencapaian luaran tersebut.

c. Mempertimbangkan Kemampulaksanaan Intervensi

Perawat harus menilai ketersediaan waktu, tenaga, staf, dan sumber daya sebelum merencanakan dan melaksanakan intervensi

d. Memperhatikan Kemampuan Perawat

Perawat wajib memahami alasan ilmiah intervensi dan memiliki keterampilan psikomotor yang diperlukan untuk pelaksanaan intervensi,

terutama untuk tindakan yang memerlukan keahlian khusus

e. Memastikan Penerimaan Pasien

Intervensi yang dipilih harus sesuai dengan nilai, budaya, dan diterima oleh pasien agar efektif

f. Mengacu pada Hasil Penelitian dan Bukti Ilmiah

Pilihan intervensi didasarkan pada bukti ilmiah yang mendukung efektivitasnya. Jika belum ada penelitian, perawat dapat menggunakan prinsip ilmiah atau berkonsultasi dengan perawat spesialis.

Intervensi mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), sebagai berikut (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 berhubungan dengan Isolasi Sosial dibuktikan dengan Gejala dan Tanda Mayor: 1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, dan pengecapan Objektif: 1) Distorsi sensori 2) Respons tidak sesuai 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan dalam 30 menit setiap temu maka diharapkan Persepsi Sensori membaik dengan kriteria hasil: 1) Hubungan Saling Percaya Terbina 2) Klien dapat mengenali dan mengungkapkan isi, frekuensi, waktu, serta situasi pencetus halusinasi yang dialami 3) Klien dapat mengontrol	Manajemen Halusinasi Observasi: a. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan c. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik: a. Pertahankan lingkungan aman b. Berikan <i>Art Therapy</i> Melukis Bebas c. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku

Gejala dan Tanda	halusinasi dengan cara menghardik	(mis. <i>limit setting</i> , pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)
Minor:		
Subjektif:	4) Klien dapat mengontrol	
1) Menyatakan menyesal	halusinasi dengan cara bercakap-cakap	d. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi
Objektif:		
1) Menyendiri	5) Klien dapat mengontrol	e. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi
2) Melamun	halusinasi dengan aktivitas terjadwal	
3) Konsentrasi buruk	(<i>art therapy</i> melukis bebas)	Edukasi:
4) Disorientasi waktu, tempat, orang, atau sesuatu	6) Klien dapat mengontrol	a. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
5) Curiga	halusinasi dengan Teknik Distraksi	b. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.
6) Melihat ke satu arah	(<i>art therapy</i> melukis bebas)	c. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengar music, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)
7) Mondar-mandir		d. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
8) Bicara sendiri		Kolaborasi
		a. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan ansietas, <i>jika perlu</i>
		Suportif
		a. Libatkan keluarga dalam perawatan

Sumber: (PPNI, 2017), (PPNI, 2019), (PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan yang diberikan bisa berupa tindakan mandiri (independen), kolaboratif, maupun yang berdasarkan instruksi medis (Potter, 2021).

Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien pada saat ini (PPNI, 2018).

Implementasi mengacu pada SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) , SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) (PPNI, 2017, 2018):

Tabel 2
Implementasi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Temu, Waktu	Implementasi	Respon	Tanda Tangan (Nama Terang)
--------------------	---------------------	---------------	---------------------------------------

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses keperawatan yang dilakukan secara berkelanjutan untuk menilai efektivitas rencana dan tindakan keperawatan terhadap kondisi pasien. Evaluasi ini bertujuan menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan telah tercapai dan untuk mengambil keputusan apakah rencana keperawatan perlu diteruskan, dimodifikasi, atau dihentikan. Evaluasi ini dapat dilakukan secara formatif (langsung setelah tindakan keperawatan untuk menilai proses) dan sumatif (setelah serangkaian tindakan untuk menilai hasil akhir) sehingga perawat dapat memastikan kualitas dan efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan. Tolok ukur dalam evaluasi keperawatan pada pasien adalah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah kita tetapkan (Bustan, 2023).

Evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan pedoman SOAP meliputi, subjektif (S) yang merupakan suatu respons subjektif dari klien terhadap implementasi keperawatan yang telah diberikan, objektif (O) merupakan data dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat, *Assessment/Analisis* (A) merupakan

kumpulan data subjektif dan objektif yang menggambarkan masalah teratasi atau belum, dan *Planning*/Perencanaan (P) merupakan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil evaluasi, apakah intervensi akan dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan (Palopadang, 2020).

Evaluasi mengacu pada SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) (PPNI, 2017, 2019):

Tabel 3
Evaluasi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Temu, Waktu	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	Tanda Tangan (Nama Terang)
-------------	-----------------------	----------	----------------------------

D. Konsep *Art Therapy* Melukis Bebas

1. Pengertian *Art Therapy* Melukis Bebas

Art therapy adalah bentuk psikoterapi yang menggunakan seni sebagai media utama untuk mengekspresikan perasaan, pikiran, dan emosi, sehingga membantu proses penyembuhan dan peningkatan kesehatan mental (Jauzaa, 2024). Melukis adalah suatu metode dalam membuat gambar dengan menggoreskan warna menggunakan cat atau sejenisnya pada bidang datar untuk mengekspresikan perasaan dan pikiran secara visual (Azhari, 2023).

Melukis bebas dalam *art therapy* adalah aktivitas kreatif dimana pasien melukis tanpa batasan tema atau aturan tertentu, yang memungkinkan pasien mengekspresikan alam bawah sadar dan emosi secara bebas (Fekaristi, 2021)

Art therapy melukis bebas adalah terapi seni yang menggunakan lukisan tanpa batasan sebagai media ekspresi emosi dan pikiran, dengan media seperti cat dan kertas/kanvas, yang berfungsi untuk media komunikasi dari alam bawah sadar

pasien, memungkinkan mereka mengekspresikan pikiran, perasaan, dan emosi yang sulit diungkapkan secara verbal. Penggunaan media tersebut mendukung proses terapeutik dengan memberikan kebebasan dalam memilih warna dan bentuk sesuai perasaan pasien (Suhara, 2025).

2. Manfaat *Art Therapy* Melukis Bebas

Art therapy melukis bebas memiliki manfaat yaitu membantu meminimalisir interaksi pasien dengan dunia halusinasinya, melalui melukis, pasien dapat mengeluarkan perasaan, pikiran, dan emosi yang sulit diungkapkan dengan kata-kata, sehingga membantu proses komunikasi dari alam bawah sadar dan ekspresi diri, dan melukis bebas memberikan motivasi, kegembiraan, dan hiburan yang dapat mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami (Toparoa, 2022).

3. Tujuan *Art Therapy* Melukis Bebas

Menurut Lavenia (2023) *Art Therapy* Melukis Bebas memiliki tujuan yaitu:

- a. Bagi pasien halusinasi terapi melukis bebas ini merupakan bentuk komunikasi dari alam bawah sadarnya, berdasarkan visualisasi atau simbol-simbol yang muncul, dan terdapat *image* yang merupakan simbolisasi dari ekspresi bawah sadar pasien.
- b. Terapi melukis mampu membuat seseorang menumpahkan perasaan perasaan dan emosi yang terpendam ke dalam media kanvas.

4. Keefektifan *Art Therapy* Melukis Bebas Pada Pasien Skizofrenia dengan Gangguan Persepsi Sensori *Auditory*

Terapi melukis bebas adalah metode non farmakologis yang diterapkan pada pasien skizofrenia yang mengalami gangguan persepsi sensori *auditory*.

Terapi ini termasuk dalam kategori psikoterapi yang memanfaatkan seni sebagai sarana komunikasi (Fekaristi, 2021). *Art Therapy* melukis bebas dapat menurunkan gejala halusinasi karena pada saat pelaksanaan dapat meminimalisir interaksi pasien dengan dunianya sendiri, mengeluarkan pikiran, perasaan, atau emosi yang selama ini mempengaruhi perilaku yang tidak disadarinya, memberi motivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi sehingga pikiran pasien tidak terfokus dengan halusinasinya (Azhari, 2023).

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Fekaristi, 2021) yang menyatakan bahwa *Art Therapy* Melukis Bebas efektif menurunkan gejala halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia dengan cara mengalihkan fokus pasien dari halusinasi dan mengekspresikan perasaan serta emosi melalui lukisan sebagai media komunikasi nonverbal.

Penelitian yang dilakukan oleh (Furyanti, 2020) hasil penelitiannya menyatakan bahwa *Art therapy* melukis bebas efektif menurunkan gejala halusinasi pada pasien skizofrenia dengan cara mengalihkan fokus pikiran pasien, memberikan motivasi, kegembiraan, dan hiburan, serta memfasilitasi ekspresi emosi yang selama ini mempengaruhi perilaku tidak disadari pasien dan meningkatkan kemampuan pasien skizofrenia mengendalikan halusinasi sekaligus memperbaiki interaksi sosial dan rasa percaya diri

Berdasarkan Hasil penelitian dari (Jannah, 2024) melaporkan bahwa setelah tiga hari penerapan *art therapy* melukis bebas, pasien mampu mengurangi intensitas halusinasi pendengaran dari tingkat sedang ke ringan, serta meningkatkan manajemen halusinasi secara efektif.

5. Prosedur Tindakan *Art Therapy* Melukis Bebas

Berikut merupakan Prosedur Tindakan *Art Therapy* Melukis Bebas (Linna, 2024):

a. Tahap Pra Interaksi

- 1) Baca catatan medis dan catatan keperawatan pasien (Identitas, No.RM, diagnosa medis dan diagnosis keperawatan)
- 2) Cek kembali daftar order, terapi dan tindakan keperawatan untuk pasien
- 3) Siapkan alat melukis: kertas/kanvas, cat air, kuas, palet cat
- 4) Mencuci tangan

b. Tahap Orientasi

- 1) Ucapkan salam terapeutik dan memperkenalkan diri
- 2) Tanyakan nama pasien dan panggilan yang disukai kemudian memanggil pasien dengan sebutan yang disukainya
- 3) Sampaikan topik dan tujuan interaksi
- 4) Lakukan kontrak waktu dan tempat
- 5) Tanyakan keluhan pasien yang dirasakan saat ini
- 6) Melakukan evaluasi dan validasi masalah pasien
- 7) Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya
- 8) Buat kontrak lama pertemuan ± 30 menit

c. Tahap Kerja

- 1) Awali dengan pemanasan kreatif, misalnya scribble painting (coretan bebas) untuk membuka ekspresi.
- 2) Minta klien melukis bebas sesuai perasaan, pengalaman, atau tema yang diinginkan (misal: potret diri, pengalaman pribadi, masa depan).

- 3) Berikan waktu yang cukup agar klien fokus dan nyaman mengekspresikan diri.
- 4) Setelah melukis, lakukan diskusi atau wawancara singkat untuk mengeksplorasi makna lukisan.
- 5) Bisa dilakukan secara verbal atau nonverbal, sesuai kemampuan klien.
- 6) Terapis membantu klien menghubungkan ekspresi lukisan dengan kondisi psikologisnya.

d. Tahap Terminasi

- 1) Mengevaluasi respon perasaan dan pengalaman pasien selama sesi, memberikan pujian serta *reinforcement* positif atas usaha dan hasil karya klien untuk memperkuat motivasi, menyepakati rencana tindak lanjut atau sesi berikutnya jika diperlukan, lalu mengakhiri sesi dengan salam hangat

e. Tahap Dokumentasi

Dokumentasikan hasil tindakan keperawatan di catatan keperawatan pasien.