

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia memiliki istilah yang berasal dari bahasa Yunani yaitu *schizo* (split/perpecahan) dan *phren* (jiwa) yang merupakan penjelasan mengenai terpecahnya atau terfragmentasinya pikiran seseorang dalam mengidap gangguan skizofrenia. Skizofrenia memiliki tiga akar utama berdasarkan definisi dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), yaitu yang pertama terdapat pandangan kraepelinian yang menekankan adanya avolisi (penurunan motivasi dalam melakukan atau mengerjakan aktivitas rutin, hobi, pergi bekerja dan/atau sekolah, serta aktivitas sosial), kronisitas, dan hasil yang kurang memuaskan. Kedua, pandangan Bleutian menyatakan perubahan disosiatif bersifat primer atau fundamental yang ada dalam gejala negatif. Ketiga, pandangan Schneiderian menyatakan pada distorsi realita atau gejala positif (Yudhantara dan Istiqomah, 2018).

Skizofrenia adalah sebuah bentuk psikotik fungsional dengan gangguan utama yang terjadi dalam proses pikir dan disharmoni (keretakan dan perpecahan) diantara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama yang disebabkan oleh waham dan halusinasi, seperti asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi perilaku *bizarre* (Azizah, *et al.*, 2016).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai

dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku. Kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga muncul inkoherenesi, afek dan emosi inadekuat, serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri, ambivalensi dan perilaku bizar (Sutejo, 2018).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai oleh gangguan menyeluruh pada proses pikir, emosi, persepsi, kemauan, perilaku, serta fungsi psikomotor, sehingga menimbulkan ketidakharmonisan dalam kepribadian individu. Kondisi ini menggambarkan adanya perpecahan dalam proses mental, dimana seseorang mengalami kesulitan mengintegrasikan pikiran, perasaan, dan tindakannya secara selaras. Gejala skizofrenia meliputi gejala positif seperti halusinasi dan waham yang menunjukkan distorsi realitas, serta gejala negatif seperti avolisi, penarikan diri, dan berkurangnya ekspresi emosi. Secara keseluruhan, skizofrenia merupakan gangguan kompleks yang berdampak signifikan terhadap fungsi sosial, pekerjaan, serta kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari.

2. Etiologi skizofrenia

Menurut Anwar *et al.* (2025), hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat beberapa etiologi dari penyakit skizofrenia, yaitu:

a. Genetik

Skizofrenia tidak hanya disebabkan oleh gen tunggal, tetapi berasal dari kombinasi dari banyak gen risiko dengan pengaruh kecil yang secara bersama-sama meningkatkan kerentanan individu. Beberapa gen yang berperan dalam

neurotransmitter (gangguan zat kimia otak), seperti dopamin dan glutamat serta dalam perkembangan dan konektivitas otak. Ketidakseimbangan dopamin dapat memicu munculnya gejala positif seperti halusinasi dan waham, sedangkan gangguan sistem glutamat dapat menyebabkan penurunan fungsi kognitif dan gangguan berpikir.

b. Lingkungan

Pada faktor lingkungan terdapat beberapa hal yang memengaruhi, seperti penggunaan ganja, tinggal di lingkungan perkotaan, paparan polusi udara, tekanan ekonomi sosial, dan trauma masa kecil yang juga berperan sebagai pemicu, terutama pada individu yang sudah memiliki kerentanan genetik. Tinggal di perkotaan dan tekanan sosial ekonomi diduga memengaruhi perkembangan otak melalui stres kronis dan kurangnya stimulasi kognitif. Selain itu, kondisi medis seperti hipertensi, diabetes, obesitas, serta kebiasaan merokok pada pasien skizofrenia dapat memperburuk fungsi serebrovaskular dan mempercepat penurunan kognitif.

c. Neuroinflamasi

Neuroinflamasi memiliki peran dalam aktivasi sistem imun ringan namun kronis yang ditandai dengan peningkatan sitokin seperti IL-6 dan TNF- α , terutama saat kekambuhan psikotik. Peningkatan respon inflamasi dapat terjadi sebelum gejala psikotik terlihat, sehingga inflamasi diduga berperan dalam tahap awal perkembangan gangguan.

3. Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Sutejo (2018), dalam ICD-10 dan PPDGJ III, pasien dinyatakan terdiagnosis skizofrenia jika menunjukkan salah satu gejala yang jelas, namun jika

gejala kurang tajam atau jelas maka akan memerlukan dua gejala atau lebih untuk mendiagnosisnya. Berikut adalah gejala-gejala yang muncul antara lain:

- a. *Thought Echo*: isi pikiran diri sendiri yang bergema dan berulang, dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama namun memiliki kualitas yang berbeda.
- b. *Thought insertion or withdrawal*: isi pikiran asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*).
- c. *Thought broadcasting*: isi pikiran tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
- d. *Delusion of control*: waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
- e. *Delusion of influence*: waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
- f. *Delusion of passivity*: waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap kekuatan dari luar.
- g. *Delusion of perception*: pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna khas bagi dirinya, dan biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

Menurut Azhari (2023) skizofrenia memiliki gejala beberapa kategori:

1. Gejala positif: halusinasi, delusi (keyakinan salah yang tidak berdasar terhadap kenyataan), dan gangguan pikir seperti berbicara yang tidak teratur. Gejala tersebut biasanya muncul dalam penyakit ketika fase aktif.

2. Gejala negatif: penurunan motivasi, apatis, penurunan kemampuan untuk berfungsi pada kehidupan sehari-hari, dan isolasi sosial. Gejala negatif biasanya mengarah pada kecacatan jangka panjang.
3. Gejala kognitif: kesulitan dalam memori, perhatian, dan kemampuan memproses informasi. Gangguan kognitif tersebut dapat memengaruhi fungsi eksekutif dan kemampuan belajar, serta berkontribusi pada penurunan kualitas hidup penderita.

3. Klasifikasi skizofrenia

Menurut Sutejo (2018), terdapat klasifikasi dalam penyakit skizofrenia sebagai berikut:

a. Paranoid

Skizofrenia paranoid merupakan salah satu jenis yang paling sering dialami yang dimana waham dan halusinasi auditorik yang jelas terlihat. Gejala utama yang sering dialami adalah waham kejar atau waham kebesaran seseorang yang merasa dikejar-kejar oleh orang tertentu yang ingin mencelakainya. Adapun beberapa klasifikasi dalam skizofrenia paranoid sebagai berikut.

- 1) Halusinasi dan waham harus menonjol:
 - a) Pasien mendengar suara-suara halusinasi yang mengancam dirinya atau memberi perintah yang disebut sebagai halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa peluit, mendengung, atau bunyi tawa.
 - b) Gangguan persepsi sensori pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau perasaan tubuh yang lainnya seperti halusinasi visual yang mungkin jarang ditemui.

c) Waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau “*passivity*” (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar beraneka ragam.

2) Gangguan afektif, merupakan dorongan kehendak dan pembicaraan serta gejala katatonik secara relatif tidak menonjol.

b. Hebefrenik (disorganisasi)

Pada pasien skizofrenia hebefrenik memiliki beberapa ciri-ciri yang dialami sebagai berikut.

- 1) Memenuhi kriteria umum pada pasien skizofrenia.
- 2) Skizofrenia hebefrenik biasanya terjadi dalam kurun waktu 15-25 tahun.
- 3) Pasien dengan skizofrenia jenis ini memiliki perilaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, cenderung selalu menyendiri, dan menunjukkan perilaku memiliki tujuan dan perasaan yang hampa.
- 4) Afek tidak wajar yang sering disertai dengan cekikikan dan perasaan yang puas pada diri, senyum-senyum sendiri, tertawa, dan lain sebagainya.
- 5) Pasien mengalami proses berpikir yang disorganisasi dan berbicara dengan inkoheren.

c. Katatonik

Pada jenis skizofrenia katatonik memiliki gangguan psikomotor yang terlihat menonjol, yang dimana munculnya bergantian diantara mobilitas motorik dan aktivitas berlebihan. Berikut ini adalah salah satu atau lebih dari perilaku yang mendominasi gambaran klinis dari jenis skizofrenia ini.

- 1) Stupor: pasien mengalami kehilangan semangat hidup dan senang diam dalam posisi kaku tertentu sambil membisu dan menatap dengan pandangan yang kosong.
- 2) Gaduh gelisah: menunjukkan aktivitas motorik yang tidak bertujuan yang tampak jelas dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal.
- 3) Menampilkan posisi tubuh tertentu: pasien secara sukarela mengambil dan mempertahankan suatu posisi tertentu yang tidak wajar atau aneh.
- 4) Negativisme: menunjukkan perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah, seperti menolah untuk memperbaiki posisi badan, menolah untuk makan, mandi, dan lainnya.
- 5) Rigiditas: mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya orang lain dalam menggerakkan tubuhnya.
- 6) Fleksibilitas area (*waxy flexibility*): mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk oleh orang lain. Posisi pasien dapat dibentuk, namun setelah itu pasien akan senantiasa mempertahankan posisi tersebut.
- 7) Gejala lain yang dialami, seperti command automatism yang dimana lawan dari gejala negativisme, yaitu mematuhi semua perintah yang diberikan secara otomatis dan terkadang disertai dengan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat yang diucapkan.

d. Residual

Pada jenis ini memiliki beberapa gejala yang dialami sebagai berikut.

- 1) Gejala negatif yang dialami dari pasien skizofrenia, seperti perlambatan psikomotor, aktivitas menurun, afek tidak wajar, dan pembicaraan inkoheren.

- 2) Pasien memiliki riwayat psikotik yang jelas, seperti waham dan halusinasi dimasa lampau (minimal telah berlalu 1 tahun).
- 3) Tidak memiliki gangguan mental organik.

4. Faktor pengaruh

a. Faktor predisposisi

Menurut Tukatman *et al.* (2023), adapun faktor risiko pada penyakit skizofrenia sebagai berikut.

1) Faktor genetik

Faktor genetik pada skizofrenia adalah faktor utama pencetus adanya skizofrenia. Anak yang memiliki salah satu diantara orang tua biologisnya menderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal tersebut telah dibuktikan dengan penelitian yang menunjukkan anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia berisiko 15% dan bisa meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

2) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat dilihat dari suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized tomography* (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.

3) Faktor Neurokimia

Penelitian neurokimia memperlihatkan neurotransmitters adanya secara perubahan konsisten sistem 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.

4) 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.

5) 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 presipitas

1) Bilogis

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.

5. Penatalaksanaan skizofrenia

Menurut Sutejo (2018), adapun penatalaksanaan pada penyakit skizofrenia sebagai berikut.

a. Pengobatan Fisik

1) Farmakoterapi

Farmakoterapi adalah upaya utama dalam skizofrenia dengan menggunakan neuroleptik atau disebut dengan obat-obat antipsikotik. Gejala positif umumnya memberikan respon yang lebih baik daripada gejala negatif kronik. Salah satu obat

neuroleptik yang paling luas digunakan adalah chlorpromazine. Bila efek hipotensi chlorpromazine harus dihindari, misalnya pada lansia, maka bisa diganti dengan obat alternatif seperti haloperidol dan trifluoperazine.

Pada pasien skizofrenia kronik yang hidup ditengah masyarakat, farmakoterapi neuroleptik rumatan dapat membantu untuk mengurangi frekuensi kekambuhan. Selain obat oral, terapi lebih nyaman diberikan melalui injeksi intramuskular dalam suatu neuroleptik depot-lepat-lambat setiap 1-4 minggu yang diberikan oleh seorang perawat psikiatri komunitas, klinik depot, dokter keluarga, atau unit rawat jalan. Neuroleptik yang tersedia dalam bentuk depot meliputi flupenthixol decanoate, fluphenazine decanoate, haloperidol decanoate.

2) Terapi elektrokonvulsif (ECT)

Terapi elektrokonvulsif digunakan untuk pengobatan stupor katatonik, namun jarang terjadi akhir-akhir ini kemungkinan disebabkan oleh ketersediaan dan pemakaian antipsikotik dini.

b. Pengobatan Psikosis

1) Pergaulan sosial

Kemiskinan atau minimnya pergaulan sosial harus direduksi agar gejala negatif tidak meningkat. Tindakan ini dapat dilakukan dengan melakukan latihan keterampilan sosial, seperti penggunaan psikoterapeutik kelompok untuk mengajari pasien bagaimana berinteraksi secara tepat dengan orang lain. Terapi okupasi juga sangat berguna dan bisa digunakan untuk melatih keterampilan yang berguna bagi pasien agar dapat hidup di luar rumah sakit, seperti memasak atau aktivitas sehari-hari lainnya. Namun stimulus sosial yang berlebihan juga dapat memberikan efek samping dengan bekerja stressor psikososial.

2) Emosi yang diekspresikan

Pasien yang selalu berada dalam lingkungan dengan ekspresi emosi yang tinggi, dapat diterapkan kelompok kerja. Jika tidak memungkinkan dalam pengurangan tingkat emosi yang diekspresikan, maka lebih baik pasien tidak kembali ke kehidupan dengan keluarga, melainkan ditempatkan dalam *staffed hostel*.

3) Terapi perilaku

Jenis terapi perilaku yang dapat digunakan adalah penerapan ekonomi mata uang (*token economy*) sehingga dengan cara ini perilaku yang baik dihargai dengan mata uang yang dapat ditukar dengan bentuk penghargaan atau suatu barang.

4) Sanggar kerja yang dinaungi (*sheltered workshop*)

Menghadiri sanggar kerja, terutama yang diadakan oleh pasien, sehingga pasien rawat jalan ataupun rawat inap memperoleh sensasi pencapaian dengan melakukan beberapa pekerjaan yang dapat berguna setiap minggu dan mendapatkan gaji yang sebenarnya relatif kecil.

B. Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi)

1. Pengertian

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi) adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Kata halusinasi berasal dari bahasa latin "*hallucinatio*" yang artinya secara mental mengembara atau menjadi linglung. Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panca indra tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana pasien merasakan suatu stimulus yang

sebenarnya tidak ada. Pasien mengalami perubahan sensori persepsi yang merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pada gangguan halusinasi penglihatan, misalnya pasien melihat suatu bayangan menakutkan, namun sebenarnya bayangan tersebut tidak ada secara nyata (Sutejo, 2018).

Halusinasi merupakan hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi atau pendapat mengenai lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata, seperti pasien mengatakan mendengar suara tetapi nyatanya tidak ada orang berbicara (Azizah, *et al.*, 2016).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori yang ditandai dengan munculnya sensasi palsu atau tanggapan panca indra tanpa adanya stimulus nyata yang menyebabkan ketidakmampuan dalam membedakan rangsangan internal dan eksternal berupa suara, penglihatan, penciuman, perabaan, dan pengecapan yang sebenarnya tidak ada, sehingga menyebabkan distorsi persepsi yang memengaruhi respon dan perilaku individu terhadap lingkungan.

2. Etiologi halusinasi

Menurut Azizah, *et al.* (2016), faktor-faktor yang menyebabkan halusinasi sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan pasien terganggu, seperti rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan pasien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, tidak percaya diri, dan rentan terhadap stres.

2) Faktor sosiokultural

Individu yang merasa tidak diterima oleh lingkungannya sejak kecil akan merasa tersingkirkan, kesepian, dan tidak percaya terhadap lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Seseorang yang mengalami stres yang berlebihan maka di dalam tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Jika mengalami stres berkepanjangan dapat menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak. Adapun penelitian-penelitian yang baru mulai dipahami mengenai abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif, berikut penjelasannya:

a) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal, dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.

b) Beberapa zat kimia di otak, seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan terdapat masalah pada sistem reseptor dopamin dapat dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.

c) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia. pada anatomi otak pasien skizofrenia kronis ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (*cerebellum*). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (*post-mortem*).

4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus dalam penyalahgunaan zat adiktif. Hal tersebut dapat berpengaruh dalam ketidakmampuan pasien untuk mengambil keputusan yang tepat untuk masa depannya. Pasien cenderung lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari kenyataan menuju alam khayalan.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung akan mengalami skizofrenia, sehingga faktor keluarga menunjukkan hubungan keluarga sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor presipitasi

1) Biologis

Gangguan komunikasi dan putaran balik otak yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak mengakibatkan ketidakmampuan secara selektif dalam menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Stres lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres berinteraksi terhadap stressor lingkungan dapat menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber koping

Respon individu atau cara mengatasi stres dapat memengaruhi sumber koping dalam menanggapi stressor.

3. Tanda dan gejala halusinasi

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), adapun tanda dan gejala dari gangguan persepsi sensori (halusinasi), sebagai berikut:

a. Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- 1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- 2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecap

Objektif

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

b. Gejala dan tanda minor

Subjektif

- 1) Menyatakan kesal

Objektif

- 1) Menyendiri
- 2) Melamun
- 3) Konsentrasi buruk
- 4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- 5) Curiga

- 6) Melihat ke satu arah
- 7) Mondar-mandir
- 8) Bicara sendiri

Menurut Azizah, *et al.* (2016), adapun tanda dan gejala lain dalam halusinasi, antara lain:

1. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
2. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
3. Berhenti berbicara sesaat di tengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
4. Disorientasi
5. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
6. Cepat berubah pikiran
7. Alur pikir kacau
8. Respon yang tidak sesuai
9. Menarik diri
10. Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab
11. Sering melamun

4. Klasifikasi halusinasi

a. Halusinasi pendengaran

Halusinasi pendengaran merupakan pendengaran mengenai suara manusia, hewan, pohon, mesin, barang, kejadian alamiah, dan musik dalam keadaan sadar tanpa adanya rangsangan apapun. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang pasien, bahkan sampai melakukan percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang

terdengar dimana pasien disuruh untuk melakukan sesuatu yang dapat membahayakan.

b. Halusinasi penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan tersebut biasanya terkadang menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

c. Halusinasi penghidung

Penderita akan mencium bau-bauan tertentu, seperti bau darah, urin, feses dan umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering diakibatkan oleh penyakit stroke, tumor, kejang, atau dimensia.

d. Halusinasi pengecapan

Penderita merasa sedang mengecap rasa dilidahnya, seperti rasa darah, urin, feses, atau lainnya.

e. Halusinasi perabaan

Penderita mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas seperti rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati, atau orang lain.

f. *Chenesthetic*

Seseorang akan mengalami fungsi tubuh, seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembentukan urin.

g. Kinistetik

Seseorang akan merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

5. Faktor pengaruh halusinasi

Penelitian Nasrullah *et al.* (2020), menunjukkan bahwa halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia dipengaruhi oleh beberapa faktor utama, sebagai berikut:

a. Gangguan tidur

Kesulitan tidur terutama pada malam hari saat suasana tenang dan sepi dapat menjadi pemicu utama munculnya halusinasi. Pasien sering mengalami kesulitan memulai tidur dan terbangun di tengah malam. Gangguan ritme sirkadian 24 jam dapat mengganggu fungsi fisiologis tubuh dan memperburuk gejala halusinasi.

b. Kecemasan dan tekanan emosional

Halusinasi sering muncul ketika individu menghadapi situasi yang sulit diterima, seperti kekecewaan terhadap diri sendiri, konflik keluarga, perasaan dikhianati, atau pengalaman traumatis. Tekanan pikiran, kecemasan, dan konflik batin menjadi faktor yang memperkuat kemunculan suara-suara yang tidak nyata.

c. Kurangnya dukungan sosial

Dukungan dari keluarga dan lingkungan sangat penting untuk memenuhi kebutuhan rasa aman, kasih sayang, dan penghargaan diri. Ketika pasien merasa tidak memiliki sosok bermakna dalam hidupnya atau merasa sendirian, risiko munculnya halusinasi meningkat. Kesendirian dan kurangnya aktivitas juga memperparah kondisi tersebut.

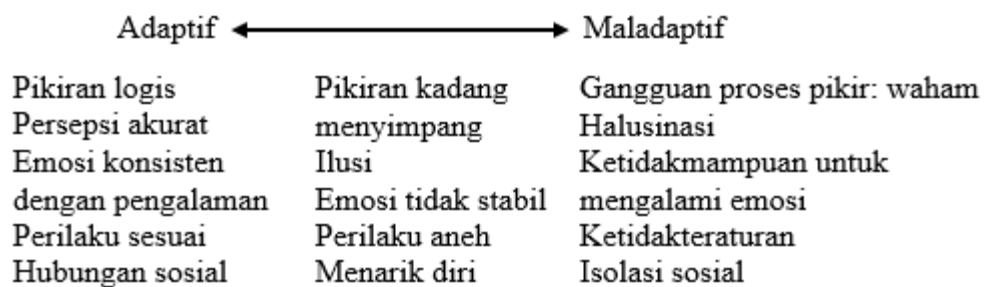
d. Kurangnya dukungan spiritual

Berdasarkan konsep sehat dari *World Health Organization*, kesehatan mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pendekatan psikospiritual mengintegrasikan aspek psikologi dan spiritualitas untuk meningkatkan

kesejahteraan mental. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien menggunakan pendekatan spiritual untuk mengurangi gejala halusinasi.

6. Rentang respon halusinasi

Stuart (2020), mengemukakan bahwa halusinasi memiliki rentang respon neurobiologis yang terdiri dari:



Gambar 1. Rentang Respon Neurobiologis Halusinasi.

Sumber: (Stuart, 2020): *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*

Keterangan gambar:

- a. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Maka dengan kata lain individu yang dalam batas normal ketika menghadapi masalah akan dapat memecahkan masalahnya.
- b. Respon maladaptif merupakan respon seseorang ketika menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.

7. Fase-fase halusinasi

Sutejo (2018), menyatakan dalam halusinasi memiliki fase-fase yang akan dialami ketika mengalami halusinasi, antara lain:

- a. Fase I: *Comforting* (menyenangkan)

Pasien mengalami kecemasan, kesepian, rasa bersalah, dan takut. Pasien mencoba untuk fokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan

kecemasan. Perilaku pasien pada fase ini berupa tersenyum, tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan dipenuhi rasa yang menyenangkan.

b. Fase II: *Considering* (menyalahkan)

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, pasien lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Pasien mengalami peningkatan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas (nadi, RR, TD) meningkat, penyempitan konsentrasi, asik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realitas.

c. Fase III: *Controlling* (mengendalikan)

Pasien berhenti melawan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi. Pasien mengalami perilaku lebih cenderung mengikuti petunjuk halusinasi, kesulitan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya dalam beberapa menit atau detik, gejala fisik ansietas berat, berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti petunjuk.

d. Fase IV: *Conquering* (mengancam)

Pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasi. Pasien mengalami perilaku teror akibat panik, bisa mengakibatkan bunuh diri atau homicide, aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti kekerasan, agitas, menarik diri, katatonia, serta tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu merespon lebih dari 1 orang.

Subjek dalam penelitian ini merupakan pasien skizofrenia yang berada pada fase I (*Comforting*) dan fase II (*Considering*), karena pasien berada dalam kondisi

stabil, kooperatif, mampu mengikuti instruksi sederhana, serta dapat berpartisipasi dalam pelaksanaan terapi okupasi. Pasien pada fase III dan fase IV tidak diikutsertakan karena umumnya mengalami kesulitan mengikuti instruksi, cenderung mengikuti halusinasi, atau menunjukkan perilaku yang berisiko sehingga tidak memungkinkan untuk mengikuti intervensi penelitian secara optimal.

8. Instrumen penelitian halusinasi

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengukur tingkat halusinasi bernama skala *Auditory Hallucinations Rating Scale* (AHRS). Skala ukur tersebut merupakan alat ukur untuk mengetahui gambaran halusinasi pendengaran pasien skizofrenia. Pengukuran tanda dan gejala halusinasi pendengaran menggunakan skor dari 0 (tidak ada), antara 1-11 (ringan), antara 12-22 (sedang), antara 23-33 (berat), dan antara 34-44 (sangat berat). Skala ini memiliki 11 komponen yang mencakup dimensi frekuensi, durasi, asal suara, tingkat kenyaringan, kepercayaan penyebab suara, jumlah konten-konten negatif dari suara-suara, derajat konten negatif, jumlah distress, intensitas keterlibatan, gangguan kehidupan yang disebabkan suara, dan pengendalian suara. Pertanyaan tersebut nantinya diisi dengan tanda centang dalam kotak jawaban yang paling sesuai dengan kondisi sesungguhnya dirasakan responden (Donde *et al.*, 2020).

C. Terapi Okupasi: Metanding Canang Sari

1. Pengertian Terapi Okupasi

Menurut *World Federation of Occupational Therapists* (2025), terapi okupasi merupakan pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan

kesejahteraan dengan mendukung partisipasi dalam aktivitas bermakna yang diinginkan, dibutuhkan, atau diharapkan untuk dilakukan oleh seseorang.

Terapi okupasi adalah penggunaan terapeutik dari aktivitas sehari-hari yang bermakna bersama individu, kelompok, atau populasi, yang memiliki tujuan untuk memungkinkan atau meningkatkan partisipasi dalam kehidupan bermakna mereka guna mendukung kesehatan, kesejahteraan, dan keterlibatan dalam kehidupan (*American Occupational Therapy Association, 2020*).

Selain itu, terapi okupasi adalah bentuk pelayanan kesehatan kepada pasien dengan kelainan/kecacatan fisik dan/atau gangguan mental pada kinerja okupasional, dengan menggunakan aktivitas bermakna (okupasi) untuk mengoptimalkan kemandirian suatu individu dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, produktivitas, dan pemanfaatan waktu luang (Abdul *et al.*, 2025).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan, terapi okupasi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan terapeutik yang bertujuan untuk mendukung dan meningkatkan kemandirian untuk melakukan aktivitas bermakna dalam kehidupan sehari-hari yang berguna mengoptimalkan kehidupan yang bermakna bagi individu, kelompok, atau populasi pada pasien dengan kelainan/kecacatan fisik dan/atau gangguan mental pada kinerja okupasional.

2. Tujuan terapi okupasi

Menurut Scope (2025), terapi okupasi memiliki beberapa tujuan, terutama dalam kesehatan mental antara lain:

a. Meningkatkan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari

Salah satu tujuan utama terapi okupasi dalam kesehatan mental adalah membantu orang untuk menjadi lebih mandiri. Hal tersebut berarti mendukung

individu dalam menyelesaikan tugas sehari-hari, seperti memasak, bersih-bersih, dan melakukan perawatan pribadi.

b. Membangun dan meningkatkan keterampilan mengatasi masalah

Terapi okupasi membantu orang membangun keterampilan mengatasi stres dan emosi yang sulit. Terapis mengajarkan pasien berbagai teknik, seperti pernapasan dalam, *mindfulness*, dan *problem-solving*. Keterampilan ini membantu individu merespon tantangan dengan cara yang lebih sehat. Sehingga, dengan mempelajari cara mengatasi stres dan kecemasan, pasien dapat meningkatkan kesejahteraan mental mereka dan merasa lebih tangguh.

c. Meningkatkan kesejahteraan sosial dan emosional

Hubungan sosial dan kesehatan emosional penting bagi setiap orang. Terapi okupasi membantu individu meningkatkan keterampilan sosial mereka dan membangun hubungan dengan orang lain dengan mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan kelompok atau program komunitas yang dapat mengurangi perasaan terisolasi. Dengan meningkatkan interaksi sosial dan dukungan emosional, individu dapat merasa lebih terhubung dan meningkatkan kesejahteraan mereka secara keseluruhan.

d. Mengurangi gejala melalui rutinitas terstruktur dan keterlibatan

Terapis okupasi bekerja sama dengan individu untuk merancang jadwal yang mencakup aktivitas yang mereka sukai dan perlu dilakukan. Terlibat dalam aktivitas yang bermakna dapat memberikan rasa tujuan dan pencapaian. Oleh karena itu, dengan memiliki rutinitas, klien dapat mengelola waktu mereka dengan lebih baik dan mengurangi perasaan cemas atau tertekan, yang mengarah pada peningkatan kesehatan mental.

3. Jenis-jenis terapi okupasi

Menurut Abdul *et al.* (2025) adapun tiga tujuan dari terapi okupasi antara lain sebagai berikut:

a. Pengalihan (*Diversion*)

Pengalihan atau distraksi merupakan tujuan pertama dalam sejarah terapi okupasi dalam mengarahkan perhatian klien dari penyakit atau gangguan yang dialami ke arah pikiran yang lebih sehat dan positif.

b. Ekspresi emosional (*Emotional expression*)

Ekspresi emosional atau ekspresi kreatif mulai menonjol pada masa berkembangnya psikologi Freudian. Melalui seni dan kerajinan, pasien dapat mengungkapkan perasaan, sikap, dan pikiran yang berupa kemarahan, ketergantungan, atau kebutuhan emosional tertentu, selain itu pasien juga dapat membangun konsep diri yang positif, memperkuat identitas pribadi, dan mengembangkan ego yang sehat.

c. Pengembangan keterampilan (*skill building*)

Pengembangan keterampilan merupakan layanan kesehatan yang berorientasi pada kemampuan dalam menjalani aktivitas sehari-hari dan fokusnya meluas mencakup seluruh aspek kehidupan. Keterampilan yang dilatih mencakup aktivitas kehidupan sehari-hari atau *Activities of Daily Living* (ADL), seperti berpakaian, mandi, makan, berjalan, serta aktivitas instrumental kehidupan atau *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL), seperti menelepon, memasak, membersihkan rumah, dan berbelanja. Pelatihan ini mencakup aspek fisik, sensorimotor, kognitif, sosial, dan psikososial dengan tujuan mendukung kemandirian, produktivitas, serta partisipasi dalam kegiatan bermakna.

Salah satu bentuk kegiatan pengembangan keterampilan yang bisa dilakukan adalah terapi okupasi: metanding canang sari. Terapi okupasi: metanding canang sari yaitu aktivitas budaya dengan menyusun dan merangkai sarana persembahyangan yang dimanfaatkan sebagai metode terapeutik untuk meningkatkan keterampilan motorik halus, konsentrasi, dan regulasi emosional. Pendekatan ini mengintegrasikan unsur budaya dan spiritual sehingga sehingga aktivitas yang dilakukan menjadi kontekstual, bermakna bagi pasien serta dapat mengalihkan perhatian dari stimulus internal berupa halusinasi dan lebih fokus pada aktivitas nyata (Dewi, *et al.*, 2024).

4. Faktor pengaruh terapi okupasi

Menurut Schell dan Gillen (2023), adapun faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan terapi okupasi, antara lain sebagai berikut:

a. Faktor klien (*client factors*)

- 1) Fungsi tubuh, terdiri dari fungsi mental (fokus, memori), sensorik (penglihatan, pendengaran), dan fungsi sistem kardiovaskular dan muskuloskeletal.
- 2) Struktur tubuh, kondisi anatomi berupa gerakan, seperti sendi, otot, dan sistem saraf.
- 3) Nilai, kepercayaan, dan spiritualitas. Motivasi pasien dalam sembuh sangat dipengaruhi dengan apa yang mereka anggap penting dalam kehidupan mereka.

b. Faktor lingkungan (*environmental factors*)

- 1) Lingkungan fisik, terdapat hambatan arsitektur, seperti tangga yang menyulitkan pengguna kursi roda atau ketersediaan alat bantu.
- 2) Lingkungan sosial, dukungan dari keluarga (*caregiver*) dan teman dapat meningkatkan keberhasilan terapi secara signifikan.

3) Lingkungan kebijakan, akses terhadap layanan kesehatan dan asuransi.

c. Faktor okupasi/aktivitas (*occupation factors*)

1) Relevan (*meaningful*), aktivitas yang dilakukan harus bermakna bagi pasien, contohnya pasien bisa makan secara mandiri, maka dapat melatih fokus pada koordinasi tangan ke mulut.

2) Tingkat kesulitan (*grading*), kegiatan yang terlalu sulit dan terlalu mudah akan menurunkan motivasi.

d. Faktor konteks budaya (*cultural context*)

Faktor ini mempengaruhi cara pandang pasien terhadap kemandirian. Pada beberapa budaya, ketergantungan terhadap keluarga dianggap wajar, namun dalam budaya lain kemandirian mutlak adalah tujuan utama dalam terapi.

5. Proses pelayanan terapi okupasi

Proses pelayanan terapi okupasi tidak bersifat satu langkah, namun melalui serangkaian langkah-langkah yang Sali terintegrasi dan disesuaikan dengan kebutuhan unik setiap penerima layanan. Langkah-langkah proses pelayanan terapi okupasi sebagai berikut (Abdul *et al.*, 2025).

a. Rujukan

Terapis okupasi mampu memberikan akses langsung ke layanan terapi okupasi tanpa memerlukan rujukan dari tenaga kesehatan lain. Terapis okupasi juga dapat menerima rujukan dari berbagai individu, profesional, maupun sebuah organisasi. Terapis okupasi memiliki hak untuk menentukan populasi dan lingkungan kerja yang mereka layani atau disesuaikan dengan pasien berdasarkan faktor ekonomi, politik, atau sosial.

b. Asesmen

Proses terapi okupasi diawali dan didukung oleh asesmen awal dan asesmen ulang secara berkala. Asesmen mencakup penggunaan prosedur standar, wawancara, dan observasi diberbagai lingkungan. Proses ini melibatkan konsultasi dengan orang-orang yang berperan penting bagi penerima layanan.

c. Perencanaan

Hasil dari asesmen terapi okupasi menjadi dasar penyusunan rencana untuk mencakup tujuan jangka pendek dan panjang intervensi. Rencana disesuaikan dengan tahap perkembangan, kebiasaan, peran, preferensi gaya hidup, serta lingkungan dari individu, kelompok, atau komunitas penerima layanan.

d. Intervensi

Proses intervensi terdiri dari tiga komponen, yaitu perencanaan intervensi, pelaksanaan intervensi, dan peninjauan intervensi. Selama berjalannya proses tersebut, terapis okupasi mengintegrasikan informasi dari hasil evaluasi dengan teori, model praktik, kerangka acuan, serta bukti penelitian tentang intervensi, termasuk yang mendukung pelaksanaan okupasi. Informasi tersebut menjadi dasar pertimbangan profesional dalam merencanakan, melaksanakan, dan meninjau intervensi karena evaluasi berlangsung berkelanjutan, revisi dapat dilakukan kapan saja selama proses intervensi berlangsung.

6. Metanding canang sari

a. Pengertian

Metanding merupakan kegiatan untuk menata berbagai bahan sesaji sehingga menjadi sebuah kebutuhan sebuah banten (sesaji). Biasanya metanding dilakukan di atas meja dan tikar atau di atas bale (bangunan khusus untuk metanding) dan mereka melakukan kegiatan metanding secara bersama-sama. Pada

kegiatan metanding biasanya dikerjakan oleh kaum wanita dan anak laki-laki dilibatkan juga dalam memetik bunga, memanjat kelapa, mencari janur, atau berbagai perlengkapan dalam tahap persiapan metanding. Kata “canang” berasal dari bahasa Jawa Kuno yang artinya sirih yang melambangkan penghormatan dan biasanya disuguhkan pada tamu yang datang ke rumah. Namun, di Bali dalam agama Hindu sirih selalu digunakan dalam setiap banten terutama pada canang dalam upacara yajnya. Meskipun sirih tidak begitu menonjol dalam canang, namun menjadi unsur terpenting dalam banten canang yang dibentuk menjadi porosan, sebagai lambang Tri Murti (Santiawan, 2023).

Canang merupakan sarana penghubung umat Hindu kepada Ida Sang Hyang Widhi Wasa, untuk memohon segala sesuatu. Adapun perlengkapan dari canang yaitu daun janur atau daun pisang sebagai alas, porosan (berbentuk kecil daun janur kering berisi pinang, sirih, dan kapur), plawa (daun-daunan, bunga, jejahitan urassari). Selain itu, kata “sari” yang berarti bunga, inti, sari atau uang yang merupakan unsur pokok dari canang. Jadi canang sari merupakan salah satu bentuk upacara atau sesajen yang dibuat dari janur (dirajut berpola bulat) memiliki fungsi sebagai alas yang berisi unsur pokok daun palawa, porosan, tangkih lengis, bunga, uang dan ditata dengan indah (Santiawan, 2023).

b. Simbol unsur metanding canang sari

Menurut Santiawan (2023), adapun beberapa makna simbol dari canang sari sebagai berikut.

- 1) Canang menggunakan alas berupa ceper (berbentuk segi empat yang berasal dari janur adalah simbol kekuatan Ardha Candra (bulan).

- 2) Di atas ceper diisi dengan sebuah porosan yang bermakna persembahan harus dilandasi oleh hati yang welas serta tulus terhadap Sang Hayang Widhi berserta Prabhawa-Nya, demikian juga dalam hal menerima anugerah dan karuniaNya.
- 3) Selain itu, diatas ceper diisi seiris tebu, pisang, dan sepotong jaja (kue) yang melambangkan kekuatan Wiswa Ongkara (Angka 3 aksara Bali).
- 4) Kemudian menyusun sebuah sampian urassari yang berbentuk bundar diatas ceper sebagai dasar untuk menempatkan bunga. Hal tersebut melambangkan dari kekuatan Windhu (matahari). Lalu ujung-ujung Urassari ini berbentuk hiasan panah sebagai simbol kekuatan Nadha (bintang).
- 5) Penataan bunga berdasarkan warnanya diatas sampian urassari diatur dengan etika dan tattwa, harus sesuai dengan pengider-ider (tempat) Panca Dewata. Urutan penyusunan menggunakan Purwa/Mrwa Daksina yaitu diawali dari arah timur ke selatan.
- 6) Bunga berwarna putih (dapat diganti dengan warna merah muda) disusun menghadap ke timur yang melambangkan memohon diutusnya Widyadari (Bidadari) Gagar Mayang oleh PrabhawaNya dalam kekuatan Sang Hyang Iswara agar memercikkan Tirtha Sanjiwani untuk menganugerahi kekuatan kesucian sekala niskala.
- 7) Bunga berwarna merah disusun menghadap selatan yang memiliki lambang memohon diutusnya Widyadari Saraswati oleh Prabhawa-Nya dalam kekuatan Sang Hyang Brahma agar memercikkan Tirtha Kamandalu untuk menganugerahi kekuatan kepradnyanan dan kewibawaan.

- 8) Bunga berwarna kuning disusun menghadap barat yang melambangkan memohon diutusnya Widyadari Ken Sulasih oleh Prabhawa-Nya dalam kekuatan Sang Hyang Mahadewa agar memercikkan Thirta Kundalini untuk menganugerahi kekuatan intuisi.
- 9) Bunga berwarna hitam (dapat diganti dengan warna biru, hijau atau ungu) disusun menghadap arah utara yang melambangkan memohon diutusnya Widyadari Nilotama oleh Prabhawa-Nya dalam kekuatan Sang Hyang Wisnu agar memercikkab Tirtha Pawitra untuk menganugerahi kekuatan peleburan segala bentuk kekotoran jiwa dan raga.
- 10) Rampe (irisan pandan arum) disusun ditengah-tengah yang melambangkan memohon diutusnya Widyadari Supraba oleh Prabhawa-Nya dalam kekuatan Sang Hyang Siwa agar memercikkan Tirtha Maha Mertha untuk menganugerahi kekuatan pembebasan (Moksa).
- 11) Bunga canang, kembang rampe, porosab memiliki simbol dari Tarung/Tedung dari Ong/Om Kara (isi dari Tri Bhuna (Tri Loka) : Bhur-Bwah-Swah.

7. Standar operasional prosedur terapi okupasi metanding canang sari

Berikut adalah Standar Operasional Prosedur (SOP) dari terapi okupasi: metanding canang sari:

a. Persiapan alat

Alat dan bahan:

- 1) Janur atau ceper (wadah canang)
- 2) Porosan
- 3) Tebu
- 4) Pisang (potongan kecil)

- 5) Jaja/kue (potongan kecil)
 - 6) Urassari
 - 7) Bunga: warna putih/merah muda, merah, kuning, hitam/biru/hijau/ungu
 - 8) Rampe (irisian pandan arum)
- b. Preinteraksi
- 1) Cek catatan keperawatan dan catatan medis pasien.
 - 2) Persiapan alat dan bahan yang akan digunakan.
 - 3) Siapkan tempat yang nyaman untuk pasien.
- c. Tahap orientasi
- 1) Berikan salam dan panggil nama pasien.
 - 2) Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan yang dilakukan pada pasien/keluarga pasien.
 - 3) Jelaskan aturan main, seperti jika pasien ingin meninggalkan kelompok maka harus meminta izin kepada terapis, lama kegiatan $\pm 30 - 45$ menit, setiap pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.
 - 4) Berikan kesempatan pasien bertanya sebelum kegiatan dilakukan.
 - 5) Menanyakan keluhan utama pasien.
- d. Tahap kerja
- 1) Persiapan alat, seperti ceper, porosan, tebu, pisang, jaja, urassari, bunga, dan rampe.
 - 2) Membagikan ceper pada masing-masing pasien.
 - 3) Menjelaskan cara metanding canang sari dengan menyusun bunga sesuai dengan warna dan arah penempatan.
 - 4) Pasien mengisi porosan, tebu, pisang, dan potongan jaja pada ceper.

- 5) Pasien meletakkan urassari pada ceper.
- 6) Pasien menata bunga sesuai warna dan posisi. Bunga berwarna putih disusun menghadap ke arah timur, bunga berwarna merah disusun menghadap selatan, bunga berwarna kuning disusun menghadap barat, bunga berwarna hitam disusun menghadap utara, dan rampe disusun berada ditengah-tengah.
- 7) Terapi memberikan arahan dengan suara tenang dan jelas.
- 8) Jika pasien mulai terdistraksi halusinasi, terapis mengarahkan kembali fokus ke aktivitas.
- 9) Berikan penguatan atau afirmasi positif selama proses berlangsung.
- 10) Mengobservasi tingkat konsentrasi, kerapian, dan keterlibatan pasien selama kegiatan.
- 11) Memberikan kesempatan pada pasien untuk memberikan umpan balik dari terapu yang telah dilakukan.

D. Pengaruh Terapi Okupasi: Metanding Canang Sari terhadap Penurunan Gejala Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi) pada Pasien Skizofrenia

Hasil penelitian Zafila and Purnairawan (2024), menunjukkan bahwa intervensi terapi okupasi akan memberikan hasil yang lebih optimal apabila dirancang selaras dengan latar belakang budaya, nilai, dan keyakinan yang dianut oleh pasien. Indonesia sebagai negara dengan keragaman budaya memiliki kekayaan kearifan lokal yang melekat kuat dalam kehidupan sosial masyarakat.

Menurut Zaduqisti dan Ula (2025), menunjukkan bahwa penanda biologis stres pada rehabilitasi skizofrenia membaik ketika pasien merasakan makna dan rasa memiliki dengan kerangka bermakna secara budaya, dimana pasien tidak

hanya dianggap “sakit”, tetapi menjalani perjalanan penyembuhan spiritual yang melibatkan lingkungan sosial dan lingkungan alam.

Warisan seni budaya Bali yang kaya menyediakan media untuk mengekspresikan pengalaman batin. Rumah berdaya memanfaatkan aktivitas seperti melukis, memahat, dan musik untuk membantu pasien mengungkapkan pikiran dan emosi yang sulit mereka katakan. Bentuk ekspresi tersebut tidak hanya mewujudkan perasaan yang tidak terlihat, tetapi juga menjadi bentuk bakti ketika karya seni dipersembahkan kepada Tuhan atau komunitas (Kementerian Kesehatan RI, 2021)

Salah satu wujud kearifan lokal di Bali adalah metanding canang sari, yaitu kegiatan menyusun dan merangkai sarana persembahan sebagai bagian dari praktik keagamaan Hindu. Aktivitas ini tidak hanya memiliki makna spiritual, tetapi juga mencerminkan keterlibatan individu dalam aktivitas bermakna untuk pengalihan stimulus yang tidak nyata dan berakar pada nilai budaya setempat, sehingga bisa dijadikan alternatif agar bisa diintegrasikan dalam pendekatan terapi okupasi berbasis budaya.

Hasil penelitian Dewi, *et al.*, (2024) menunjukkan bahwa praktik tradisional dalam metanding canang sari tidak hanya memiliki nilai religius dan budaya, tetapi juga berfungsi sebagai metode terapeutik yang terstruktur dan berulang terbukti membantu meningkatkan keterampilan motorik halus, koordinasi tangan-mata, kemampuan regulasi emosi menjadi lebih tenang, lebih mampu mempertahankan fokus, dan lebih teratur dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang berkaitan dengan fungsi eksekutif dan kontrol diri. Stimulasi aspek-aspek kognitif tersebut,

dapat membantu pasien untuk lebih fokus pada aktivitas nyata sehingga gejala halusinasi dapat berkurang.

Hasil penelitian Bell *et al.* (2024), menunjukkan bahwa halusinasi berhubungan dengan perubahan dan kemampuan memonitor sumber informasi (*source monitoring*) dalam fungsi kognitif, hal tersebut menyebabkan individu kesulitan membedakan stimulus internal seperti pikiran dengan stimulus eksternal. Intervensi rehabilitasi yang menstimulasi fungsi kognitif dan aktivitas bermakna seperti terapi okupasi, dapat membantu memperbaiki fungsi kognitif dan kemampuan adaptif pada pasien skizofrenia (Stratou *et al.*, 2025).

Dalam konteks terapi okupasi, keterlibatan dalam aktivitas yang menstimulasi motorik halus dan konsentrasi serta melatih regulasi emosi melalui pengulangan terstruktur dengan aktivitas metanding canang sari dapat menjadi alternatif terapi nonfarmakologis dalam membantu pasien mengalihkan perhatian dari stimulus internal yang tidak diinginkan seperti halusinasi dan meningkatkan kontrol atas proses kognitif, emosional, spiritual, serta menunjukkan adanya transfer keterampilan ke aktivitas kehidupan sehari-hari pada pasien skizofrenia. Oleh karena itu terapi okupasi: metanding canang sari perlu diteliti lebih lanjut untuk melihat pengaruhnya dalam menurunkan frekuensi dan intensitas gejala halusinasi yang dialami pada pasien skizofrenia dalam penelitian ini.