

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Menurut Putri et al (2022) Skizofrenia berasal dari dua kata yaitu “*skizo*” artinya retak atau pecah dan “*frenia*” artinya jiwa. Oleh karena itu orang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau kepribadian (*splitting of personality*). Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang berat dengan angka kejadian terus menerus meningkat setiap tahunnya. Skizofrenia dapat menyebabkan masalah kesehatan jiwa yaitu halusinasi, perilaku kekerasan, harga diri rendah, isolasi sosial, dan defisit perawatan diri (Nissa & Kurniawan, 2024). Menurut Yunita et al., (2020) Skizofrenia (*schizophrenia*) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak. Skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusiansi, perubahan perilaku yang tidak tepat, dan adanya gangguan fungsi psikososial.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa kronis yang ditandai dengan adanya keretakan atau gangguan pada fungsi jiwa seseorang, sehingga memengaruhi cara berpikir, berperilaku dan berinteraksi dengan lingkungan. Kondisi ini ditandai dengan gejala seperti pemikiran yang tidak terorganisir, delusi, halusinasi, waham, dan perilaku yang tidak normal, sehingga dapat melumpuhkan fungsi kehidupan sehari-hari penderita.

2. Klasifikasi Skizofrenia

Skizofrenia dapat di bedakan menjadi beberapa tipe menurut Putri et al (2022) antara lain, sebagai berikut.

a. Skizofrenia paranoid

Memenuhi syarat umum untuk didiagnosis skizofrenia. Gejala seperti halusinasi atau waham harus terlihat jelas. Contohnya, mendengar suara yang mengancam atau memberi perintah atau mendengar bunyi seperti suara tertawa.

b. Skizofrenia terdisorganisasi atau hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik umumnya muncul pada usia remaja hingga dewasa muda antara 15 sampai 25 tahun. Sebelum sakit, penderita kadang menunjukkan sikap pemalu dan suka menyendiri, meskipun hal ini bukan syarat utama dalam penegakan diagnosis. Gejala khas yang sering terlihat antara lain perilaku yang tidak bertanggung jawab, sulit diprediksi, dan cenderung menarik diri dari lingkungan sosial. Penderita juga tampak hampa, tidak peduli dan ekspresi wajahnya datar atau tidak sesuai dengan situasi. Selain itu, reaksi emosional seringkali tidak wajar, misalnya tertawa atau tersenyum sendiri tanpa alasan yang jelas. Dengan kata lain skizofrenia hebefrenik ditandai oleh perilaku aneh, emosi yang tidak tepat, dan gangguan dalam berinteraksi sosial.

c. Skizofrenia residual

Diagnosis yang cukup yakin menunjukkan gejala negatif skizofrenia yang jelas, seperti aktivitas yang berkurang, perasaan yang datar, sikap yang pasif atau kurangnya inisiatif, dan komunikasi non-verbal yang tidak baik, seperti ekspresi wajah yang tidak jelas, perawatan diri yang kurang, dan kemampuan berinteraksi sosial yang buruk.

d. Skizofrenia katatonik

Salah satu perilaku yang sering muncul dalam gambaran klinis adalah menunjukkan postur tubuh yang tidak biasa, tampak gelisah dan tidak tenang, tidak

terlalu reaktif terhadap lingkungan sekitar, serta gejala lainnya seperti melakukan tindakan secara otomatis sesuai perintah atau mengulang kata-kata dan kalimat secara terus-menerus.

e. Skizofrenia tidak terinci

Jenis skizofrenia ini memiliki kriteria utama yaitu gejala yang memenuhi kriteria A tetapi tidak termasuk dalam kelompok skizofrenia paranoid, hebefrenik, residual, atau katatonik.

3. Faktor penyebab skizofrenia

Terdapat 3 faktor penyebab dari skizofrenia menurut Wafa & Cahyanti (2023) antara lain sebagai berikut.

a. Faktor biologis

Pertama, keluarga partisipan memiliki riwayat masalah psikologis. Nenek partisipan dari sisi ibu mengalami demensia. Akibatnya, nenek partisipan masih merasa rumah yang sudah dijual oleh anaknya masih miliknya. Selain itu, nenek partisipan sering lupa untuk kembali ke rumah barunya. Kedua, ibu partisipan memiliki perasaan emosional yang tidak terkendali. Setiap malam, ibu partisipan suka berteriak teriak tanpa sebab yang jelas, menangis histeris, hingga berteriak kasar. Ketiga, ayah partisipan kini mulai bicara keluar dari konteks pembicaraan, yaitu melantur. Keempat, adik laki-laki partisipan memiliki riwayat temperamental hingga pernah melukai, merampok, hingga memperkosa. Akibatnya, adik partisipan harus dipenjara. Faktor biologis lainnya adalah sejak masih duduk di SD, partisipan pernah mengalami kekerasan berupa pemukulan di area kepala oleh ayahnya. Selain itu, partisipan juga pernah mengalami kecelakaan dan berkelahi saat duduk di SMP, yang menyebabkan cedera fisik di area kepala.

b. Faktor psikologis

Dapat dilihat dari sudut pandang psikoanalisis berdasarkan masa krisis yang terjadi dalam rentang kehidupan partisipan, meliputi :

- 1) Fase kejadian di masa kanak-kanak, yaitu pengalaman kurangnya perhatian dari orang tua, mengalami kekerasan fisik dan kata-kata hingga melihat orang tua bertengkar.
- 2) Fase kejadian di masa *later life*, yaitu pernah tidak lulus kelas saat SD sebanyak dua kali, berkelahi, mencuri uang milik orang tua atau teman, kemudian dilaporkan ke polisi, dan berdampak pada dikeluarkannya dari sekolah saat SMP serta mulai merokok dan minum-minuman keras.
- 3) Fase kejadian trauma, yaitu menabrak orang hingga meninggal dan kemudian dipenjara.
- 4) Fase kejadian kondisi, yaitu mencuri, mabuk, berkelahi, dan bolos sekolah.
- 5) Fase kejadian pemicu, yaitu digugat cerai istri sebanyak dua kali, diusir ayah mertua dari rumah, kemudian tinggal pisah dengan anak dan istri, serta adanya rasa kecewa karena anak perempuan pertama hamil di luar nikah. Dampaknya adalah munculnya konflik motivasi antara ego asing dengan ego, berupa keinginan yang tidak tercapai, yaitu harapan untuk memiliki hubungan yang harmonis dengan istri, anak, orang tua, dan mertua.

c. Faktor sosial

Terjadinya karena partisipan mengalami penolakan dan konflik dengan lingkungan sosialnya, seperti :

- 1) Konflik dengan orang tua karena kekerasan dalam rumah tangga, berubah agama karena adanya tekanan keluarga mertua yang menyebabkan pernikahan

tanpa izin orang tua.

- 2) Konflik dengan adik dan kakak karena sikap yang tidak baik, perkelahian, percobaan pembunuhan, pencurian hingga persaingan dalam mewarisi harta.
- 3) Konflik dengan anak dan istrinya akibat kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukannya, bahkan sampai adanya percobaan pembunuhan dan meninggalkan anak serta istrinya.
- 4) Konflik dengan mertua karena perkelahian dan kekerasan terhadap istri dan anak.
- 5) Konflik dengan teman, rekan kerja, dan lingkungan sekitar karena berbohong, mencuri, dan hutang tidak pernah dibayar kembali.
- 6) Faktor sosial lainnya karena masalah ekonomi, pendidikan hanya sampai kelas 2 SMA, dan adanya riwayat tindak kriminal yang menyebabkan harus masuk penjara.

4. Tanda dan gejala skizofrenia

Skizofrenia memperlihatkan gangguan pada berbagai aspek mental dan melibatkan berbagai fungsi area otak. Gejala skizofrenia terdiri dari 3 katagori gangguan menurut Mutmainnah & Amris (2024), sebagai berikut.

a. Gejala positif

Berupa halusinasi dan delusi. Gejala positif disebabkan oleh aktivitas dopamin yang berlebihan di area mesolimbik otak.

b. Gejala negatif

Ditandai dengan apatis, alogia, afek datar atau tumpul, penarikan diri dari sosial, dan anhedonia. Gejala negatif sulit diidentifikasi dan diobati. Gejala negatif

utama tersebut dikenal sebagai 5A (*Apathy, Avolition, Alogia, Affective Blunting or Incongruity, and Asocial or Anhedonia*).

- 1) *Apathy* : kurangnya minat pada acara pribadi dan acara lainnya.
- 2) *Avolition* : menggambarkan ketidakmampuan untuk memulai tugas atau menyelesaikannya, yang menyebabkan pasien menghindari aktivitas dan menghabiskan waktu lama untuk tidak melakukan apapun.
- 3) *Alogia* : istilah lain untuk kemiskinan bicara di mana pasien berbicara sedikit secara spontan dan memberikan jawaban singkat untuk pertanyaan.
- 4) *Affective Blunting* : pengurangan ekspresi emosional yang ditandai dengan pengurangan ekspresi wajah, kontak mata, dan bahasa tubuh. *Affective Incongruity* : emosi yang jelas tidak sesuai dengan situasi, sering membuat orang tampak konyol atau aneh. Gejala negatif sering dihubungkan dengan buruknya perjalanan penyakit dan disabilitas. Gejala negatif dibagi menjadi dua, yaitu gejala negatif primer (gejala yang merupakan bagian intrinsik skizofrenia) dan gejala negatif sekunder (gejala yang timbul akibat penggunaan obat antipsikotik).
- 5) *Asocial* adalah ketidakmampuan atau ketidakminatan untuk berinteraksi sosial dan berempati. *Anhedonia* adalah hilangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan atau minat pada aktivitas yang sebelumnya menyenangkan.

c. Gangguan kognitif

Disfungsi kognitif yang meliputi masalah dengan perhatian, ingatan atau memori, dan fungsi eksekutif. Pola gangguan kognitif pada skizofrenia melibatkan pada *cortex frontalis* (hipofrontalitas).

B. Konsep Dasar Gangguan Persepsi Sensori

1. Pengertian gangguan persepsi sensori

Gangguan persepsi sensori adalah perubahan terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (PPNI, 2017). Menurut Wulandari Putri (2023) Halusinasi pendengaran adalah keadaan seseorang mendengar suara yang tidak nyata terutama suara orang dan memerintah pasien untuk melakukan tindakan yang berbahaya, suara-suara tersebut tidak disengaja dan di inginkan. Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah dan tidak terkait dengan rangsangan eksternal yang nyata. Halusinasi biasanya melibatkan salah satu panca indra (Permata, 2023)

Gangguan persepsi sensori atau halusinasi ialah kondisi dimana terjadi perubahan dalam merespon rangsangan, baik internal maupun eksternal, yang dapat berupa respon berlebihan, berkurang, atau terdistorsi. Salah satu bentuknya adalah halusinasi, yaitu persepsi sensori yang salah tanpa adanya rangsangan nyata. Halusinasi pendengaran khususnya ditandai dengan mendengar suara-suara yang tidak nyata, sering kali berupa perintah yang tidak di inginkan dan dapat membahayakan.

2. Klasifikasi gangguan persepsi sensori

Menurut Sulastri (2023) terdapat 4 gangguan persepsi sensori antara lain, sebagai berikut.

a. Halusinasi pendengaran

Halusinasi pendengaran (auditorik), karakteristik klien dengan halusinasi pendengaran ditandai dengan mendengar suara, terutama suara-suara orang. Umumnya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang

sedang dipikirkannya dan memerintahkan atau melakukan sesuatu.

b. Halusinasi pengelihatan

Halusinasi penglihatan (visual), umumnya klien menyatakan melihat stimulus berupa penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, melihat sesuatu makhluk tertentu, klien terlihat dengan tatapan mata pada tempat tertentu.

c. Halusinasi penghidung

Gangguan halusinasi penghidu (olfaktori), yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidium bau harum.

d. Halusinasi pengecap

Umumnya klien mengatakan bahwa klien merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah tertentu.

e. Halusinasi peradapan

Umumnya klien merasakan sesuatu dipermukaan kulitnya seperti merakan sangat dingin, panas, merasa tersengat aliran listrik.

3. Penyebab gangguan persepsi sensori

Menurut PPNI (2017) Penyebab dari gangguan persepsi sensori sebagai berikut.

- a. Gangguan pengelihatan
- b. Gangguan pendengaran.
- c. Gangguan penghiduan.
- d. Gangguan perabaan.
- e. Hipoksia serebral.
- f. Penyalahgunaan zat.
- g. Usia lanjut.
- h. Pematangan.

i. Toksin lingkungan.

Menurut Wulandari Putri (2023) Penyebab dari gangguan persepsi sensori juga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain, sebagai berikut.

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi yang menyebabkan timbulnya gangguan persepsi sensori meliputi :

1) Biologis

Keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa dan memiliki pengaruh negatif terhadap gangguan jiwa. Adanya stress jangka panjang yang dialami seseorang dapat menimbulkan reaksi emosi yang berlebihan dan terjadi pola pikir.

2) Psikologis

Karakter seseorang yang lemah dan tidak dapat bertanggung jawab timbul karena kurangnya kasih sayang dari orang-orang yang ada di sekitarnya dan memiliki riwayat kegagalan secara terus-menerus berulang, akibatnya mudah terpengaruh pada penyalahgunaan zat adaptif atau zat yang dapat menimbulkan ketergantungan dan lebih kesenangan sesaat yang membawa dirinya kea lam bawah sadar.

3) Faktor sosial budaya

Pasien dengan halusinasi rata-rata berasal dari keluarga yang berpenghasilan minimum dan pasien biasanya mengalami penyingkiran terhadap lingkungannya, sehingga pasien merasa tidak diterima di lingkungan dari mulai kecil dan melekat di pikirannya hingga dewasa. Akibatnya pasien merasa diasingkan, tidak punya teman, dan tidak percaya terhadap lingkungan sekitarnya.

b. Faktor presipitasi

Pada pasien halusinasi terjadi karena adanya kelelahan pada fisik sehingga sulit tidur dalam jangka waktu yang lama. Adanya masalah yang tidak dapat diatasi mengakibatkan pasien merasa cemas dan merasa ada perintah yang mendorong untuk melakukan suatu hal yang berbahaya sehingga pasien tidak mampu berinteraksi dengan baik dan beranggapan bahwa berinteraksi pada lingkungan nyata sangat mengancam karena adanya penolakan terhadap lingkungan sekitarnya dan pasien lebih asik dengan halusinasinya.

4. Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori

Menurut PPNI (2017) tanda dan gejala dari gangguan persepsi sensori antara lain, sebagai berikut.

Gejala dan Tanda Mayor :

a. Subjektif

- 1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan.
- 2) Merasakan sesuatu melalui Indera perabaan, penciuman, atau pengecapan.

b. Objektif

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

Gejala dan Tanda Minor :

a. Subjektif

- 1) Menyatakan kesal.

b. 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

5. Tahapan terjadinya halusinasi

Menurut Permata (2023) terdapat 4 tahap terjadinya halusinasi antara lain, sebagai berikut.

a. Tahap I (*Comforting*)

Secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik klien mengalami kesepian, ansietas, ketakutan dan rasa bersalah. Pada tahap ini halusinasi memberi rasa nyaman dan tingkat ansietas sedang. Klien akan mencoba untuk fokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas dimana pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap ini adalah tertawa atau tersenyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara, respon verbal yang lambat, pergerakan kedua mata yang cepat, sering diam dan berkonsentrasi.

b. Tahap II (*Condemning*)

Secara umum halusinasi akan menyebabkan rasa antisipasi dikarenakan karakteristik pengalaman sensori menakutkan, klien akan merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, mulai merasa kehilangan kontrol diri dan akan menarik diri dari orang lain. Pada tahap ini klien akan mulai menyalahkan, dan

mengalami tingkat kecemasan yang berat. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap ini adalah peningkatan dari denyut jantung, tekanan darah serta pernafasan, perhatian dengan lingkungan mulai berkurang, fokus berkonsentrasi dengan pengalaman sensorinya dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realita.

c. Tahap III (*Controlling*)

Pada tahap ini klien akan mulai dapat mengontrol diri meskipun tingkat kecemasan mulai menjadi berat. Klien akan sulit untuk menolak pengalaman halusinasi yang terjadi dengan karakteristik yang menunjukkan klien mulai menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (halusinasi). Isi halusinasi menjadi atraktif dan klien akan merasa kesepian bila pengalaman sensori (halusinasi) berakhir. Perilaku klien pada ini adalah klien akan mentaati perintah halusinasinya, perhatian terhadap lingkungan akan berkurang dalam beberapa detik, sulit berhubungan sosial dengan orang lain, tidak mampu mengikuti perintah dari tenaga medis, tangan gemetas (tremor) dan berkeringat.

d. Tahap IV (*Conquering*)

Pada tahap ini klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasinya dan klien akan tampak panik. Karakteristik dari tahap ini adalah klien akan mendengar suara atau ide yang datang mengancam diri klien jika tidak diikuti. Jika tidak diintervensi, halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari. Perilaku klien pada ini adalah tampak panik, resiko tinggi mencederai diri sendiri atau orang lain, katatonia atau agitasi dan tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks dan lingkungan sekitar.

7. Penatalaksanaan gangguan persepsi sensori

Menurut Sulastri, (2023) Terhadap 2 penatalaksanaan daei gangguan persepsi sensori secara non farmakologis antara lain.

a. Non farmakologis

1) Menurut PPNI (2018) terdapat penatalaksanaan dalam tindakan keperawatan antara lain, sebgai berikut.

a) Manajemen halusinasi

(1) Observasi

(a) Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi.

(b) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi dalam lingkungan.

(c) Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri).

(2) Terapeutik

(a) Pertahankan lingkungan yang aman.

(b) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, dan seklusi).

(c) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi.

(d) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi.

(3) Edukasi

(a) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.

(b) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.

(c) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi).

(d) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.

(4) Kolaborasi

(a) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.

2) Terapi Aktivitas Kelompok Sosial (TAKS)

Terapi yang bertujuan untuk membantu meningkatkan kemampuan berinteraksi dan menjadi lebih mandiri serta memiliki keterampilan hidup lain yang diperlukan seseorang sehingga fungsinya di masyarakat kembali pada kondisi sebelum sakit. Terapi aktivitas kelompok sosial dapat membantu meningkatkan keterampilan sosial dan interaksi dengan orang lain melalui berbagai kolaborasi misalnya dalam aktivitas seni atau musik. Terapi aktivitas kelompok sosial sangat efektif digunakan untuk meningkatkan kemampuan seseorang dalam berinteraksi dan bersosialisasi dengan orang lain, meningkatkan harga diri, meningkatkan kinerja, dan menurunkan tingkat kecemasan.

b. Farmakologis

Obat-obatan untuk terapi halusinasi, sebagai berikut.

1) Haloperidol (HLD)

Obat yang dianggap efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.

2) Chlorpromazine (CPZ)

Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan langkah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data-data. Bermanfaat untuk

membantu dalam mengidentifikasi status kesehatan klien, pola pertahanan klien, kekuatan klien, dan merumuskan diagnosis keperawatan pada klien. Menurut Danu (2021) isi pengkajian meliputi:

a. Pengumpulan data

1) Identitas Pasien dan penanggung jawab

Data yang dikaji pada identitas pasien meliputi nama pasien, jenis kelamin, usia, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medis, dan diagnosis medis. Identitas penanggung jawab meliputi nama, jenis kelamin, usia, hubungan dengan pasien, pendidikan, pekerjaan, dan alamat.

2) Alasan MRS

Pasien mengatakan mendengar suara yang tidak jelas dan suara orang marah terutama saat sendiri dan malam hari. Pasien merasa cemas, kesal, sulit tidur, dan menarik diri dari lingkungan.

3) Faktor Predisposisi

Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori pendengaran dapat memicu faktor biologis seperti genetik, faktor psikologis seperti pengalaman masa lalu yang traumatik, dan faktor sosial seperti kurangnya dukungan sosial.

4) Faktor Presipitasi

Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori pendengaran dapat memicu penyalahgunaan zat dan pemajanan toksin lingkungan.

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menemukan abnormalitas yang terjadi pada tubuh pasien dengan menggunakan metode inspeksi, palpasi, auskultasi dan

perkusi.

6) Masalah Psikososial (Sebelum dan Sesudah Sakit)

(a) Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh.

(b) Konsep Diri

Konsep diri menjadi salah satu data terpenting pada pasien skizofrenia dengan harga diri rendah kronis. Adapun konsep diri mencakup lima komponen, yakni:

(1) Citra tubuh

Meliputi persepsi individu terhadap bentuk, ukuran, fungsi, dan penampilan tubuhnya. Ketidakpuasan terhadap kondisi fisik dapat menjadi faktor risiko munculnya harga diri rendah kronis maupun gangguan citra tubuh.

(2) Ideal diri

Merupakan gambaran atau harapan yang ingin dicapai seseorang sesuai standar pribadi maupun tuntutan lingkungan. Apabila terdapat kesenjangan antara kondisi aktual dengan ideal yang diharapkan.

(3) Peran

Berkaitan dengan perilaku dan tanggung jawab yang diharapkan sesuai posisi sosial yang dimiliki individu. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

(4) Identitas diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan atau nilai pribadi tertentu. Pada pasien yang mengalami gangguan persepsi sensori cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya..

(5) Harga Diri

Harga diri merupakan penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai ideal diri. Pencapaian ideal diri atau cita-cita atau harapan langsung menghasilkan perasaan berharga.

7) Hubungan Sosial

Hal yang bisa ditanyakan pada pasien mengenai siapa orang terdekat di kehidupan pasien, tempat mengadu, berbicara, meminta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang di ikuti dalam kelompok/masyarakat. Pasien dengan gangguan persepsi sensori cenderung mempunyai orang terdekat dan jarang mengikuti kegiatan dimasyarakat.

8) Spiritual Kegiatan ibadah dan kepuasan pasien dalam menjalankan ibadah.

9) Status Mental

(a) Penampilan

Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori cenderung berpakaian tidak seperti biasanya, rambut seperti tidak pernah disisir. Raut wajah nampak takut, kebingungan, dan cemas.

(b) Pembicaraan

Pada aspek komunikasi verbal, pasien dengan gangguan persepsi sensori dapat terlihat perilaku berbicara sendiri, tertawa tanpa rangsangan yang jelas, tiba-tiba berhenti berbicara seolah mendengarkan sesuatu, atau menyampaikan isi pembicaraan yang tidak sesuai dengan kenyataan.

(c) Aktivitas Motorik

Pasien dengan gangguan persepsi sensori tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Pasien terlihat sering menutup telinga, menunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung.

(d) Afek emosi

Pada pasien gangguan persepsi sensori tingkat emosi lebih cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara), dan mudah tersinggung.

10) Presepsi

(a) Jenis halusinasi

(1) Halusinasi pendengaran

(2) Halusinasi penciuman

(3) Halusinasi penglihatan

(4) Halusinasi pengecapan

(5) Halusinasi perabaan

(b) Waktu

Kapan gangguan persepsi sensori terjadi? Apakah pagi, siang, sore, malam. Jika muncul biasanya pukul berapa.

(c) Frekuensi

Gangguan persepsi sensori dapat terjadi secara terus-menerus, sesekali, kadang-kadang, jarang, atau bahkan tidak muncul lagi. Mengetahui seberapa sering gangguan ini muncul membantu dalam merencanakan intervensi keperawatan yang

tepat untuk mencegahnya. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori, gangguan biasanya muncul saat pasien tidak melakukan kegiatan, sedang melamun, atau duduk sendiri, sehingga situasi tersebut perlu mendapat perhatian khusus.

(d) Dampak

Gangguan persepsi sensori dapat menyebabkan pasien mengalami kecemasan, ketakutan, sulit berkonsentrasi, serta menunjukkan perilaku seperti berbicara atau tertawa sendiri. Selain itu, halusinasi juga dapat membuat pasien menarik diri dari lingkungan dan berisiko melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar.

11) Mekanisme Koping

Data didapat melalui wawancara apakah mekanisme koping pasien menunjukkan respon yang adaptif maupun maladaptif.

12) Aspek Medis

Diagnosis medis yang menyangkut masalah psikososial, obat-obatan pasien saat ini baik obat fisik, psikofarmaka, dan terapi lainnya.

b. Masalah keperawatan

1) Gangguan Persepsi Sensori

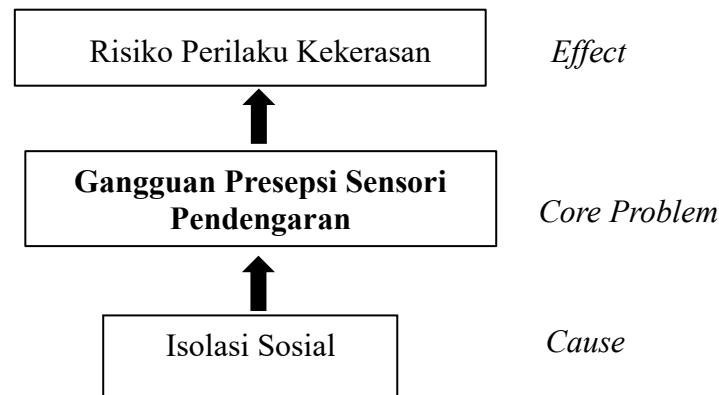
2) Isolasi Sosial

3) Perilaku Kekerasan

c. *Problem Tree*

Pohon masalah merupakan analisa masalah terhadap masalah keperawatan yang ditemui. Pohon masalah terdiri dari *core problem*, *causa*, dan *effect*. Masalah utama (*core problem*) ditentukan dengan mengidentifikasi dan menganalisis tanda serta gejala dari masalah keperawatan jiwa, kemudian menetapkan masalah yang

paling memengaruhi kualitas hidup pasien. Sementara itu, akibat (*effect*) ditentukan dengan mengenali dampak yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan jiwa dan menganalisis bagaimana dampak tersebut memengaruhi kualitas hidup pasien. disajikan dalam gambar 2.



Gambar 2. *Problem Tree*

Sumber : (Azizah dkk., *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 2016)

2. **Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau kehidupan, baik aktual maupun potensial, yang ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian dengan terpenuhinya data mayor minimal 80% serta didukung data minor. Gangguan persepsi sensoris termasuk diagnosis keperawatan aktual yang disebabkan oleh isolasi sosial, ditandai dengan perubahan persepsi terhadap stimulus internal maupun eksternal yang menimbulkan respons terdistorsi. Tanda dan gejala mayor meliputi pengalaman sensoris seperti mendengar suara atau melihat bayangan serta distorsi sensoris dan respons tidak sesuai, sedangkan tanda dan gejala minor ditunjukkan melalui perilaku menyendiri, konsentrasi menurun, disorientasi, kecurigaan, dan berbicara sendiri. Diagnosis keperawatan menjadi dasar dalam perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan yang tepat sasaran (PPNI, 2017)

Secara umum, diagnosis keperawatan diklasifikasikan ke dalam dua kategori, yaitu diagnosis keperawatan negatif dan diagnosis keperawatan positif. Selain memiliki tujuan, diagnosis keperawatan juga memiliki komponen-komponen penting yang harus dipenuhi secara lengkap guna menegakkan jenis diagnosis keperawatan yang akan ditetapkan (Mardiani, 2019). Komponen diagnosis keperawatan meliputi:

- a. P (*Problem*), *Problem* merupakan gambaran kondisi atau keadaan pasien yang memerlukan intervensi keperawatan. Masalah keperawatan diartikan sebagai adanya kesenjangan atau penyimpangan dari kondisi normal yang seharusnya, sehingga membutuhkan tindakan keperawatan untuk mengatasinya.
- b. E (*Etiology*), *Etiology* adalah faktor penyebab atau faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya masalah keperawatan. *Etiology* dapat berupa faktor klinis maupun personal yang memengaruhi status kesehatan pasien serta menjadi dasar dalam penentuan intervensi keperawatan.

Identifikasi etiologi mencakup unsur PSMM, yaitu:

- 4) Patopsikologi penyakit, meliputi seluruh proses penyakit baik akut maupun kronis yang dapat menimbulkan atau memperberat masalah.
- 5) Situasional, yaitu faktor personal dan lingkungan seperti kurangnya pengetahuan atau isolasi sosial.
- 6) Medikasi, yang berkaitan dengan program pengobatan atau keterbatasan fasilitas pelayanan kesehatan sehingga perawatan optimal tidak dapat diberikan.
- 7) Maturasional, yang berhubungan dengan tahap perkembangan individu, seperti masa remaja, dewasa muda, hingga dewasa.

- c. *S (Sign and symptom)*, *Sign and symptom* merupakan data subjektif dan objektif yang diperoleh dari hasil pengkajian keperawatan. Tanda dan gejala ini berfungsi sebagai bukti pendukung dalam penegakan diagnosis keperawatan dan menjadi indikator utama dalam mengidentifikasi masalah yang dialami pasien.

Berdasarkan pohon masalah di atas dapat dibuat diagnosis keperawatan yaitu isolasi sosial berhubungan dengan gangguan persepsi sensorik (halusinasi pendengaran) ditandai dengan pasien lebih sering menyendiri, menghindari interaksi dengan orang lain, jarang berkomunikasi, tampak melamun, dan kurang berpartisipasi dalam aktivitas sosial. Gangguan persepsi sensorik berhubungan dengan isolasi sosial dibuktikan dengan mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera pendengaran, distorsi sensorik, respons tidak sesuai, bersikap seolah mendengar (PPNI, 2017)

3. Intervensi keperawatan

Menurut PPNI (2018) Intervensi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilaksanakan perawat berdasarkan pengetahuan dan pertimbangan klinis untuk mencapai hasil asuhan yang diharapkan. Penyusunan perencanaan keperawatan mengacu pada dua standar utama, yaitu perumusan luaran menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan penetapan tindakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang disusun oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Luaran keperawatan menggambarkan respons klien, keluarga, atau komunitas terhadap intervensi yang diberikan dan dapat diamati serta diukur, baik dari aspek kondisi, perilaku, maupun persepsi. Luaran keperawatan terdiri atas tiga komponen utama, yaitu label, ekspektasi, dan

kriteria hasil (PPNI, 2019). Adapun intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori diuraikan dalam tabel 1.

Tabel 1
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3	4
1	<p>Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial dibuktikan dengan mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera pendengaran, distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah mendengar.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 8x15 menit, maka persepsi sensori (L.09083) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya meningkat 2. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 3. Distorsi sensori menurun 4. Perilaku halusinasi menurun 5. Menarik diri menurun 6. Melamun menurun 7. Curiga menurun 8. Mondar-mandir menurun 9. Respons sesuai stimulus membaik 10. Konsentrasi membaik 11. Orientasi membaik 	<p>Intervensi Utama Manajemen Halusinasi Membina hubungan saling percaya (BHSP) Menyapa pasien, memperkenalkan diri, kontrak waktu</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengkekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p>Edukasi</p>

1	2	3	4
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan monitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu <p>Dukungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun hubungan terapeutik (mis. tunjukkan sikap empati, menerima, dan tidak menghakimi pengalaman pasien). 2. Berikan dukungan emosional (mis. dengarkan keluhan pasien tanpa memotong pembicaraan) 3. Tingkatkan rasa aman (mis. temani pasien saat halusinasi muncul untuk menurunkan kecemasan) 4. Berikan dukungan sosial (mis. edukasi keluarga agar tidak mengkritik, tetapi memberikan motivasi).

Sumber: PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019 PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018

4. Implementasi keperawatan

Menurut PPNI (2018) Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mampu dalam mengimplementasikan intervensi keperawatan diantaranya observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Secara umum, intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori difokuskan pada peningkatan kesadaran pasien terhadap gejala yang dialami, kemampuan membedakan pengalaman halusinasi dengan realitas, serta pengendalian respons terhadap halusinasi. Selain itu, intervensi keperawatan diarahkan untuk membantu pasien mengenali karakteristik halusinasi secara lebih spesifik, meliputi isi, waktu kemunculan, frekuensi, situasi pencetus, serta respons pasien terhadap halusinasi tersebut. Berikut intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori diuraikan dalam tabel 2.

Tabel 2
Implementasi Keperawatan

No	Diagnosis	Implementasi	Respon	TTD dan Nama
1	2	3	4	5
1.	Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	<ul style="list-style-type: none">- Membina hubungan saling percaya (BHSP)- Menyapa pasien, memperkenalkan diri, kontrak waktu	S: Pasien mengatakan bersedia berkenalan dan mau bekerja sama dengan perawat. O: Pasien menjawab salam dengan ramah,	

1	2	3	4	5
			mau menyebutkan nama, umur, alamat, mau berjabat tangan, kontak mata baik.	
2.	Gangguan persepsi sensorial pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi isi, waktu, frekuensi dan respons terhadap halusinasi. - Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 	<p>S: pasien mengatakan suara muncul saat sendiri dan malam hari, merasa cemas dan kesal.</p> <p>O:Pasien mampu menyebutkan suara muncul saat sendiri dan malam hari, merasa cemas dan kesal saat mendengar suara.</p>	
3.	Gangguan persepsi sensorial pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien memonitor situasi munculnya halusinasi - Ajarkan dan latih teknik menghardik. 	<p>S:Pasien mengatakan suara sedikit berkurang setelah menghardik.</p> <p>O:Pasien mampu mempraktikkan teknik menghardik dengan bimbingan, mengatakan suara sedikit berkurang.</p>	
4.	Gangguan persepsi sensorial pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan distraksi (bercakap-cakap/aktivitas). - Monitor dan sesuaikan stimulus lingkungan 	<p>S:Pasien mengatakan merasa lebih nyaman saat bercakap-cakap</p> <p>O:Pasien mencoba melakukan distraksi dengan berbicara pada perawat, tampak lebih fokus dan tidak melamun lama.</p>	
5.	Gangguan persepsi sensorial pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	<ul style="list-style-type: none"> - Edukasi pada orang terpercaya 	<p>S:Pasien mengatakan bersedia bercakap-cakap dan merasa</p>	

1	2	3	4	5
		- Berikan dukungan emosional	lebih lega setelah bercerita. O:Pasien tampak lebih tenang setelah didengarkan.	
6.	Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	- Pertahankan lingkungan aman - Tingkatkan rasa aman (temani saat halusinasi muncul).	S:Pasien mengatakan merasa lebih aman saat ditemani. O:Pasien merasa lebih aman saat ditemani, frekuensi berbicara sendiri mulai berkurang.	
7.	Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	- Ajarkan teknik relaksasi dan evaluasi frekuensi halusinasi.	S:Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah latihan napas dalam. O:Pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam, tampak lebih tenang.	
8.	Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	- Evaluasi kemampuan kontrol halusinasi - Kolaborasi pemberian antipsikotik evaluasi kepatuhan	S:Pasien mengatakan mampu mengontrol halusinasi dan minum obat sesuai anjuran. O:Respons terhadap lingkungan membaik, perilaku berbicara sendiri menurun.	

Sumber:PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2017

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan

dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Tujuan dari evaluasi keperawatan untuk melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan keperawatan sudah tercapai atau belum, dan mengkaji penyebab jika tujuan keperawatan belum tercapai. (Butler TJ & JM 2021, dalam Yunike, 2022)

Perumusan evaluasi keperawatan menggunakan komponen yang dikenal dengan metode SOAP, sebagai berikut.

- a. S : Data *Subjektive* (artinya perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan).
- b. O : Data *Objektive* (artinya data berdasarkan pada hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan).
- c. A : *Assessment* (artinya diharapkan dapat mengatasi tanda atau gejala dan etiologi diagnosis keperawatan, jika etiologi tidak dapat diatasi maka diarahkan untuk menangani tanda atau gejala).
- d. P : *Planning* (artinya perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilanjutkan, apakah sudah teratasi atau belum)

Evaluasi yang diharapkan untuk pasien dengan gangguan persepsi sensori pendengaran harus sesuai dengan tujuan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Menurut PPNI (2019) indikator evaluasi yang diharapkan yaitu:

- 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun
- 2) Distorsi sensori menurun
- 3) Perilaku halusinasi menurun
- 4) Menarik diri menurun

- 5) Melamun menurun
- 6) Curiga menurun
- 7) Respons sesuai stimulus membaik
- 8) Konsentrasi membaik
- 9) Orientasi membaik

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori pendengaran akan disajikan sesuai dengan tabel 3.

Tabel 3
Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosis	Catatan perkembangan	TTD & Nama
1	2	3	4
1.	Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	S: Bersedia berkenalan dan menjawab salam. O: Menyebutkan identitas, kontak mata baik, kooperatif. A: BHSP terbina, tujuan tercapai. P: Lanjut identifikasi halusinasi.	
2.	Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	S: Suara muncul saat sendiri/malam, merasa cemas. O: Mampu menjelaskan isi dan waktu halusinasi. A: Verbalisasi mendengar bisikan teridentifikasi, distorsi sensori mulai terkontrol.. P: Latih teknik menghardik.	
3.	Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	S: Sudah mencoba menghardik, suara sedikit berkurang. O: Mampu praktik dengan bimbingan. A: Verbalisasi mendengar bisikan menurun, perilaku halusinasi menurun (tercapai sebagian). P: Perkuat latihan & tambah distraksi.	
4.	Gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	S: Berbicara dengan perawat saat suara muncul, lebih fokus. O: Melamun berkurang, lebih responsif. A: Melamun menurun, konsentrasi membaik, respons sesuai stimulus membaik. P: Pertahankan teknik & kontrol lingkungan.	

1	2	3	4
5.	Gangguan persepsi sensoris pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	S: Bersedia bicara dengan keluarga, merasa lega. O: Tampak lebih tenang dan terbuka. A: Menarik diri menurun, curiga menurun. P: Pertahankan dukungan emosional.	
6.	Gangguan persepsi sensoris pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	S: Merasa lebih aman saat ditemani. O: Bicara sendiri berkurang, lebih tenang. A: Perilaku halusinasi menurun, rasa aman meningkat. P: Ajarkan relaksasi.	
7.	Gangguan persepsi sensoris pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	S: Lebih tenang setelah napas dalam. O: Mampu melakukan relaksasi dengan benar. A: Distorsi sensoris menurun, konsentrasi membaik. P: Evaluasi kontrol mandiri.	
8.	Gangguan persepsi sensoris pendengaran berhubungan dengan isolasi sosial	S: Mampu menghardik & distraksi, patuh minum obat. O: Perilaku halusinasi menurun, respons membaik. A: Persepsi sensoris membaik, tujuan tercapai. P: Pertahankan strategi pengendalian halusinasi dan tindak lanjut secara berkala.	

Sumber: PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019 PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018