

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi

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

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

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a) Faktor genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita.

b) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. Computerized Tomography Scan (CT Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan Positron Emission Tomography (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia. Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan

orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada massa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

d) 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.

e) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar

dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :

1) Biologis

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

2) Lingkungan

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

3) Pemicu gejala

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

3. Tanda dan gejala

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

- 1) Gejala positif
- 2) Delusi atau waham adalah keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan, dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- 3) Halusinasi adalah gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau, dan perabaan).
- 4) Perubahan arus pikir
 - a) Arus pikir terputus adalah pembicaraan tiba-tiba dan tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkohorensi adalah berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
 - c) Neologisme adalah menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
 - f) Perubahan perilaku seperti penampilan atau pakaian yang aneh, gerakan yang berulang atau stereotipik, tampaknya tanpa tujuan, dan perilaku sosial atau seksual yang tidak biasa.
- b. Gejala negatif

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*).

4. Klasifikasi

Mental 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

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari skizofrenia (Stuart, 2015), yaitu:

- a. Pemeriksaan darah dan urine, untuk melihat kemungkinan infeksi serta penyalahgunaan alkohol dan NAPZA.
- b. EEG (elektroensefalogram), yaitu pemeriksaan aktivitas listrik otak untuk melihat apakah perilaku kekerasan disebabkan oleh epilepsi.

- c. Pemindaian CT scan dan MRI, untuk mendeteksi stroke serta kemungkinan adanya cedera atau tumor di otak.

6. Penatalaksanaan

Menurut Andreou & Moritz (2016) penatalaksanaan non farmakologi skizofrenia antara lain:

- a. Terapi lingkungan (*environmental therapy*)

Terapi ini menggunakan lingkungan sebagai platform untuk membangun kemampuan sosial, mengintegrasikan aktivitas pertanian dengan terapi.

- b. Terapi tanaman (*plant therapy*)

Terapi ini menggunakan tumbuhan dan aktivitas pertanian sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya adalah aktivitas pertanian dengan terapi, seperti menanam, memelihara, dan menjual tumbuhan.

- c. Terapi lingkungan alami (*nature-based therapy*)

Terapi ini menggunakan lingkungan alami sebagai platform untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya adalah terapi di dalam hutan, yang mengintegrasikan aktivitas seperti berjalan, berbicara, dan berbagi pengalaman di lingkungan alami.

- d. Terapi animasi (*animated therapy*)

Terapi ini menggunakan animasi sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya adalah terapi animasi yang

mengintegrasikan animasi untuk membantu pasien mengendalikan emosi dan perilaku.

e. Terapi kreatif (*creative therapy*)

Terapi ini menggunakan seni sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya adalah terapi seni rupa, yang mengintegrasikan seni rupa untuk membantu pasien mengendalikan emosi dan perilaku.

f. Terapi musik (*music therapy*)

Terapi ini menggunakan musik sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya adalah terapi musik yang mengintegrasikan musik untuk membantu pasien mengendalikan emosi dan perilaku.

g. Terapi psikomotor (*psychomotor therapy*)

Terapi ini menggunakan gerakan sebagai alat untuk membangun kemampuan sosial, komunikasi, dan keadaptasi. Contohnya adalah terapi psikomotor yang mengintegrasikan gerakan untuk membantu pasien mengendalikan emosi dan perilaku.

B. Gangguan Persepsi Sensori

1. Definisi Gangguan Persepsi Sensori

Gangguan Persepsi Sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (PPNI, 2016). Gangguan persepsi sensori pada pasien skizofrenia

terjadi karena halusinasi. Halusinasi merupakan pengalaman indrawi (sensori) seperti adanya suara, penglihatan, sentuhan, pembauan, perabaan tanpa adanya rangsangan yang berasal dari lingkungan eksternal ke organ sensori. Perubahan persepsi terjadi ketika seseorang menggunakan panca inderanya tidak dengan rangsangan dari luar atau mengalami halusinasi yang muncul secara spontan maka terjadi persepsi yang salah atau persepsinya berubah (Tukatman et al., 2023).

Gangguan persepsi sensori adalah kondisi ketika seseorang mengalami perubahan dalam menerima dan menafsirkan rangsangan, sehingga muncul sensasi yang tidak sesuai dengan kenyataan. Salah satu bentuknya adalah halusinasi, yaitu persepsi tanpa adanya stimulus nyata yang dapat berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penciuman.

2. Faktor Penyebab

Berdasarkan PPNI (2017) penyebab terjadinya gangguan persepsi sensori yaitu:

- a. Gangguan Penglihatan
- b. Gangguan Pendengaran
- c. Gangguan Penghiduan
- d. Gangguan Perabaan
- e. Hipoksia serebral.
- f. Penyalahgunaan zat.
- g. Usia lanjut
- h. Pemajanan toksin lingkungan.

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 menyebabkan neurokimia. teraktivasi. Akibat stress berkepanjangan yang 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. Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori : auditory

Menurut PPNI (2017) gejala dan tanda mayor dan minor dari gangguan persepsi sensori sebagai berikut :

a. Tanda dan gejala mayor

1) Subjektif

a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan.

b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, penglihatan, atau pengecapan.

2) Objektif

a) Distorsi sensori.

b) Respons tidak sesuai.

c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

- b. Tanda dan gejala minor
 - 1) Subjektif
 - a) Menyatakan kesal.
 - 2) Objektif
 - a) Menyendiri.
 - b) Melamun.
 - c) Konsentrasi buruk.
 - d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi.
 - e) Curiga.
 - f) Melihat ke satu arah.
 - g) Mondar mandir.
 - h) Bicara sendiri.

4. Jenis gangguan persepsi sensori: auditory

Menurut Sutejo (2019) gangguan persepsi sensori auditory terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya :

- a. Halusinasi pendengaran (audiotorik) Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.
- b. Halusinasi pengelihatn (visual) Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

- c. Halusinasi penghidu (olfaktori) Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum.
- d. Halusinasi peraba (taktil) Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.
- e. Halusinasi pengecap (gustatorik) Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan.
- f. Halusinasi sinestetik Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

5. Penatalaksanaan gangguan persepsi sensori auditory

Pada diagnosis gangguan persepsi sensori (D.0085) adapun penatalaksanaan yang dilakukan yang telah tercantum dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu intervensi utama berupa manajemen halusinasi (I.9288) dan intervensi pendukung berupa chromotherapy. Penatalaksanaan manajemen halusinasi dibagi menjadi observasi yaitu memonitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi, memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas stimulasi lingkungan, memonitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri). Bagian terapeutik yaitu mempertahankan lingkungan yang aman, mendiskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi, menganjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk dukungan umpan memberi dan balik korektif terhadap halusinasi, menganjurkan melakukan distraksi, serta mengajarkan pasien mengontrol

halusinasi, kolaborasi pemberian obat antipsikotik anti ansietas, bila perlu (PPNI, 2018).

Pada intervensi inovasi dengan memberikan terapi okupasi berkebun selama 5-10 menit. Intervensi yang diberikan berupa intervensi nonfarmakologi, selain penggunaan obat-obatan terapi seperti ini perlu digunakan dalam mengatasi masalah gangguan persepsi sensori pada pasien skizofrenia yang dalam pelaksanaannya tetap memperhatikan standar dengan harapan masalah keperawatan yang dialami oleh pasien dapat segera teratasi dengan baik.

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

1. Pengkajian

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis (PPNI, 2016).

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

Hal – hal yang perlu dikaji pada pasien skizofrenia menurut Azizah et al. (2016) adalah sebagai berikut :

a. Identitas

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 biasanya yang menyebabkan pasien harus dirawat di rumah sakit seperti ketidakmampuan pasien dalam mengontrol emosinya

c. Faktor predisposisi

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

d. 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.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

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 : tidak ada masalah keperawatan

3) Hubungan Sosial

Pasien tidak mempunyai orang yang berarti untuk mengadu atau meminta dukungan, Pasien merasa berada di lingkungan yang mengancam, Keluarga kurang memberikan penghargaan kepada klien, Pasien sulit berinteraksi karena berperilaku kejam dan mengeksploitasi orang lain.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial

4) 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 : tidak ada masalah keperawatan

5) Status Mental

a) 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 : tidak ada masalah keperawatan

b) Pembicaraan

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

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

c) 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 : tidak ada masalah keperawatan

d) Afek

Ekspresi emosi yang tampak pada pasien seperti datar, tumpul, dan labil.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

e) 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 : tidak ada masalah keperawatan

f) Persepsi

Adanya gangguan seperti halusinasi, pada pasien halusinasi mengkaji mengenai isi halusinasi pasien, frekuensi halusinasi, kapan saja halusinasi terjadi, apa yang pasien lakukan saat halusinasi terjadi, apa dampak yang dialami pasien saat halusinasi terjadi.

Masalah Keperawatan : Gangguan persepsi sensori : auditory

g) Proses Pikir

Bentuk Pikir Olfaktorik/Penciuman, Gustatorik/Pengecapan, 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.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

h) 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 : tidak ada masalah keperawatan

i) Daya tilik diri

Daya tilik diri mencerminkan tingkat kesadaran pasien terhadap penyakitnya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

j) Tingkat Kesadaran

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

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

k) Memori

Pada pengkajian memori, pada pasien halusinasi dapat ditanyakan terkait:

- (1) Daya ingat jangka panjang: mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan
- (2) Daya ingat jangka menengah: dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir
- (3) Daya ingat jangka pendek: dapat mengingat kejadian yang terjadi pada saat ini.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

l) Daftar masalah

Tabel 1
Daftar Masalah Keperawatan dengan Gangguan Persepsi Sensori : Auditory pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

| Data 1 | Masalah Keperawatan 2 |
|--|----------------------------------|
| Subjektif : Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan, menyatakan kesal. | Gangguan Persepsi Sensori |
| Objektif : Distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, bicara sendiri. | |
| Subjektif : Curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, disfungsi sistem keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi atau kebingungan, kerusakan kontrol impuls, persepsi pada lingkungan tidak akurat, alam perasaan depresi, riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, | Risiko Perilaku Kekerasan |

lingkungan tidak teratur, penganiayaan atau pengabaian anak, riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain, implusif, ilusi.

Objektif :

Curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, disfungsi sistem keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi atau konfusi, kerusakan kontrol implus, persepsi pada lingkungan tidak akurat, alam perasaan depresi, riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, lingkungan tidak teratur, penganiayaan atau pengabaian anak, riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain, implusif, ilusi.

Subjektif :

Merasa ingin sendirian, merasa tidak aman ditempat umum, merasa berbeda dengan orang lain, merasa asyik dengan pikiran sendiri, merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas.

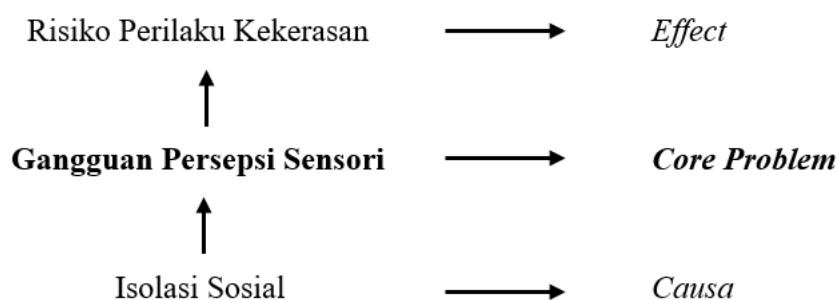
Objektif :

Menarik diri, tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan, afek datar, afek sedih, riwayat ditolak, menunjukkan permushan, tidak mampu memenuhi harapan orang lain, kondisi difabel, tindakan tidak berarti, tidak ada kontak mata, perkembangan terlambat, tidak bergairah/lesu.

Isolasi Sosial

m) Pohon masalah

Pohon masalah adalah alat visual yang digunakan untuk mengidentifikasi dan memahami masalah-masalah yang dialami oleh pasien jiwa, beserta penyebab dan akibatnya. Dengan menggunakan pohon masalah, perawat dapat memahami secara lebih mendalam masalah yang dihadapi pasien dan merencanakan intervensi yang tepat.



Gambar 1. Pohon Masalah Keperawatan Dengan Gangguan Persepsi Sensori Auditory Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

2. **Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori *auditory* adalah:

- a. Gangguan Persepsi Sensori *Auditory* berhubungan dengan Isolasi Sosial dibuktikan dengan pasien mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan, menyatakan kesal, pasien tampak istorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, bicara sendiri.
3. Risiko Perilaku Kekerasan dibuktikan dengan Pasien dapat menunjukkan perilaku curiga terhadap orang lain, mengalami halusinasi, depresi, kebingungan, dan kesulitan mengontrol impuls. Selain itu, pasien juga dapat memiliki riwayat kekerasan, keinginan bunuh diri, gangguan hubungan keluarga, persepsi lingkungan yang tidak akurat, perilaku impulsif, serta ilusi.

4. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment atau tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran () yang diharapkan (SIKI, 2017).

Tabel 2
Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

| Hari/ Tgl/ Jam | Diagnosis Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan | Rasional |
|--|--|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kamis, 14 Agustus 2025 10.00 wita | Gangguan Persepsi Sensori: Auditory (D.0085) berhubungan dengan Isolasi Sosial dibuktikan dengan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1) Mendengarkan suara bisikan Objektif : 1) Distorsi sensori 2) Respons tidak sesuai 3) Bersikap seolah mendengar sesuatu | Setelah dilakukan intervensi keperawatan 6 kali pertemuan dalam 20 menit diharapkan Persepsi Sensori (L.09083) membaik dengan kriteria hasil : 1) Mampu menjawab salam, menjawab identitas dan masalah 2) Verbalisasi mendengar bisikan menurun 3) Distorsi sensori 4) Perilaku halusinasi menurun 5) Menarik diri menurun 6) Melamun menurun 7) Curiga menurun | 1. Bina hubungan saling percaya 2. Manajemen Halusinasi (L.09288) Observasi : 1) Monitor perilaku yang mengidentifikasikan halusinasi 2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) | 1. Untuk membangun rasa aman, nyaman dan kooperatif sehingga timbul rasa saling percaya 2. Manajemen Halusinasi (L.09288) Observasi : 1) Memonitor perilaku yang mengidentifikasikan halusinasi 2) Mengurangi rangsangan berlebih yang dapat memperburuk halusinasi dan meningkatkan kenyamanan pasien 3) Memahami isi dan insensitas halusinasi guna merencanakan intervensi yang tepat |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|--|---|---|
| | <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>1) Menyatakan kesal</p> <p>Objektif:</p> <p>1) Menyendiri 2) Melamun 3) Konsentrasi buruk 4) Bicara sendiri</p> | <p>8) Respons sesuai stimulus membaik</p> <p>9) Konsentrasi membaik</p> <p>10) Orientasi membaik</p> | <p>Terapeutik:</p> <p>1) Pertahankan lingkungan yang aman</p> <p>2) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi</p> <p>3) Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</p> <p>4) Berikan terapi okupasi berkebudaya selama 5-10 menit</p> <p>Edukasi :</p> <p>1) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya.</p> <p>2) Anjurkan melakukan distraksi</p> <p>3) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas, jika perlu</p> <p>Suportif:</p> <p>1) Fasilitasi pasien untuk mendapatkan dukungan</p> | <p>Terapeutik:</p> <p>1) Meningkatkan keamanan dan kenyamanan pasien</p> <p>2) Mengetahui perasaan dan respon klien terhadap</p> <p>3) Agar terjalin BHSP</p> <p>4) Untuk memberikan terapi nonfarmakologi kepada pasien untuk membantu mengatasi halusinasi</p> <p>Edukasi :</p> <p>1) Untuk memberikan pemahaman bahwa pencegahan halusinasi hanya dapat dikontrol oleh diri sendiri</p> <p>2) Untuk mendapatkan respon yang positif kepada pasien</p> <p>3) Agar pasien mampu mengontrol halusinasi yang dialami pasien</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1) Untuk membantu pasien melalui terapi farmakologi atau obat-obatan</p> <p>Suportif:</p> <p>1) Agar pasien mendapatkan dukungan.</p> |

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

5. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan (intervensi keperawatan). Tujuannya untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien untuk mencapai Kesehatan yang lebih baik dan sesuai dengan kriteria hasil (PPNI, 2017).

Tabel 3
Implementasi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

| Waktu | Implementasi | Respon | Paraf |
|--------------|--|--|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pertemuan I | 1. Melakukan bina hubungan saling percaya | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menjawab salam - Pasien mampu menyebut nama, umur dan alamat - Pasien menjawab pertanyaan yang diberikan - Pasien setuju dengan kontrak waktu yang telah disepakati - Pasien bersedia mengungkapkan perasaan serta masalah yang dialami secara terbuka. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kooperatif - Pasien mampu menyebutkan identitasnya - Pasien tampak percaya dengan perawat | Nama /TTD |
| Pertemuan II | <p>1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi</p> <p>2. Memonitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)</p> <p>3. Mendiskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi</p> | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan isi halusinasinya - Pasien mampu menyebutkan perasaan saat halusinasi itu muncul - Pasien mampu menyebutkan bayangan tersebut kadang memerintah dan mengganggu Pikirannya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menceritakan isi halusinasinya - Pasien tampak suka menyendiri dan melamun | Nama /TTD |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------|--|--|-----------|
| | | O : | |
| | | - Pasien tampak kurang berkonsentrasi | |
| | | - Pasien tampak gelisah, tegang saat melihat bayangan | |
| Pertemuan III | 1. Mengajarkan teknik menghardik halusinasi 2. Melakukan kegiatan untuk membantu pasien mengontrol halusinasinya dengan beraktifitas dengan memberikan terapi tambahan dengan terapi okupasi berkebun | S : - Pasien bersedia untuk melakukan terapi okupasi berkebun yang diberikan untuk mengontrol halusinasinya O : - Pasien kooperatif dan bersedia melakukan terapi okupasi - Lingkungan disekitar pasien tampak aman dan tidak ada hal yang membahayakan | Nama /TTD |
| Pertemuan IV | 1. Menganjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk dukungan umpan memberi dan balik korektif terhadap halusinasi | S : - Pasien mampu berbicara dengan perawat untuk mengontrol halusinasinya O : - Pasien kooperatif saat diajak berdiskusi tentang dukungan sosial. | Nama /TTD |
| Pertemuan V | 1. Mempertahankan lingkungan yang aman 2. Melakukan kegiatan untuk membantu pasien mengontrol halusinasinya dengan beraktifitas dengan memberikan terapi tambahan dengan terapi okupasi berkebun | S : - Pasien bersedia melakukan terapi okupasi berkebun agar mampu mengalihkan halusinasinya dan merasa lebih tenang setelah diajak melakukan relaksasi/aktivitas berkebun. O: - Pasien lebih rileks, ekspresi wajah lebih tenang, tidak gelisah, dan mampu mengikuti terapi okupasi berkebun | Nama /TTD |
| Pertemuan VI | 1. Menganjurkan melakukan distraksi (dengan melakukan terapi okupasi berkebun) | S : - Pasien mampu menceritakan kembali isi halusinasi nya - Pasien mampu melakukan distraksi dengan terapi okupasi berkebun saat halusinasi | Nama /TTD |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| | 2. Memonitor isi halusinasi (mis,kekerasan atau membahayakan diri) | muncul untuk mengalihkan halusinasinya. O : | |
| | 3. Mengevaluasi kembali terapi okupasi berkebun | <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengikuti anjuran melakukan distraksi dengan terapi okupasi berkebun. - Pasien mampu mengalihkan halusinasi dengan terapi okupasi berkebun. - Pasien tampak lebih fokus pada aktivitas dibandingkan halusinasi. - Ekspresi wajah pasien lebih tenang setelah dilakukan distraksi. - Pasien tampak sudah mampu untuk mengontrol halusinasinya | |

6. Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap terakhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai, serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjektif yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: Objektif yaitu data yang diobservasi oleh perawat, A: Assessment yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Susanto et al., 2023).

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

| Waktu | Diagnosis Keperawatan | Evaluasi | Paraf |
|--------------|---|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pertemuan I | Gangguan Persepsi Sensori <i>Auditory</i> berhubungan dengan Isolasi Sosial | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyebutkan identitasnya seperti nama, umur dan alamat - Pasien percaya dan bersedia mengungkapkan perasaan yang dialaminya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien koopeeratif selama wawancara - Pasien mampu menyebutkan identitasnya - Ketika dilakukan kontrak waktu, pasien tampak menganggukkan kepalanya - Pasien percaya dengan perawat dan menceritakan keadaanya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bina hubungan saling percaya telah tercapai <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan mengenal halusinasi ke-2 | Nama /TTD |
| Pertemuan II | Gangguan Persepsi Sensori <i>Auditory</i> berhubungan dengan Isolasi Sosial | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan isi halusinasinya - Pasien mampu menyebutkan perasaan saat halusinasi itu muncul serta menyebut bahaya dari halusinasi tersebut <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menceritakan isi halusinyasi serta perasaan saat halusinasinya muncul - Pasien beberapa kali melihat ke arah tertentu tanpa stimulus nyata - pasien gelisah dan cemas - pasien tampak menyendiri dan melamun <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah mampu mengenal halusinasi | Nama /TTD |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------|---|--|-----------|
| | | P : | |
| | | - Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan mengenal halusinasi ke-3 | |
| Pertemuan III | Gangguan Persepsi Sensori <i>Auditory</i> berhubungan dengan Isolasi Sosial | S : | Nama /TTD |
| | | - Pasien bersedia untuk melakukan terapi okupasi berkebun yang diberikan untuk mengontrol halusinasinya | |
| | | O : | |
| | | - Pasien kooperatif dan bersedia melakukan terapi okupasi | |
| | | - Lingkungan disekitar pasien tampak aman dan tidak ada hal yang membahayakan | |
| | | A : | |
| | | - Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan terapi okupasi | |
| | | P : | |
| | | - Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan ke-4 mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap | |
| Pertemuan IV | Gangguan Persepsi Sensori <i>Auditory</i> berhubungan dengan Isolasi Sosial | S : | Nama /TTD |
| | | - Pasien mampu percaya dengan perawat dan menceritakan kondisinya untuk mengalihkan isi halusinsinya | |
| | | O : | |
| | | - Pasien percaya dengan perawat | |
| | | - Pasien tampak menceritakan kondisinya | |
| | | A : | |
| | | - Pasien mampu mengontrol halusinasi | |
| | | P : | |
| | | - Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan ke -5 mengontrol halusinasi dengan mengenal terapi okupasi berkebun | |
| Pertemuan V | Gangguan Persepsi Sensori <i>Auditory</i> berhubungan dengan Isolasi Sosial | S : | Nama /TTD |
| | | - Pasien bersedia untuk melakukan terapi okupasi berkebun agar mampu mengalihkan halusinasinya dan mampu menceritakan perasaan setelah melakukan terapi okupasi berkebun | |
| | | O : | |
| | | - Pasien kooperatif dan mengikuti kegiatan sampai selesai | |
| | | - Pasien tampak masih bersikap seolah melihat sesuatu | |

| 1 | 2 | 3 |
|---------------------|---|------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak suka menyendiri menurun - Pasien tampak suka melamun menurun - Konsentrasi membaik <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah mengenal terapi okupasi berkebun <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi untuk mencapai tujuan ke -6 mengontrol halusinasi dengan melakukan terapi okupasi berkebun | |
| <p>Pertemuan VI</p> | <p>Gangguan Persepsi Sensori <i>Auditory</i> berhubungan dengan Isolasi Sosial</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menceritakan kembali isi halusinasi nya - Pasien mampu melakukan distraksi dengan terapi okupasi berkebun saat halusinasi muncul untuk mengalihkan halusinasinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak senang dan antusias ketika diberikan terapi okupasi berkebun - Pasien tampak senang dan antusias ketika diberikan terapi okupasi berkebun - Pasien tampak kooperatif dan mengikuti kegiatan sampai selesai - Pasien tampak bersikap seolah mendengar sesuatu menurun - Pasien tampak mau berinteraksi dengan teman temannya - Pasien tampak mampu mengikuti kegiatan sesuai instruksi - Konsentrasi membaik - Pasien tampak sudah mampu untuk mengontrol halusinasinya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi mendengar bisikan menurun - Perilaku halusinasi menurun - Respons sesuai stimulus membaik - Konsentrasi membaik - Orientasi membaik <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi - Memonitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) | <p>Nama /TTD</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dalam pemberian obat untuk mengontrol halusinasi dengan memperhatikan 6 benar obat - Menganjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk dukungan umpan memberi dan balik korektif terhadap halusinasi - Menganjurkan melakukan distraksi (terapi okupasi berkebun) | |

D. Konsep Terapi Okupasi Berkebun

1. Pengertian terapi okupasi berkebun

Terapi okupasi berkebun merupakan bentuk terapi nonfarmakologis yang menggunakan aktivitas berkebun, seperti menanam, menyiram, dan merawat tanaman, sebagai media terapeutik untuk meningkatkan fungsi fisik, psikologis, dan sosial individu. Aktivitas ini dirancang secara terstruktur dan bermakna agar pasien dapat berpartisipasi aktif dalam proses pemulihan, khususnya pada pasien dengan gangguan kesehatan mental seperti skizofrenia dan gangguan persepsi sensori (Fahmi Adha., 2025).

2. Tujuan terapi okupasi berkebun

Tujuan terapi okupasi berkebun adalah membantu pasien meningkatkan kemampuan fokus dan konsentrasi, mengalihkan perhatian dari stimulus halusinasi, serta meningkatkan kontrol diri dan ketenangan emosional. Selain itu, terapi ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan interaksi sosial, kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, serta mendukung proses rehabilitasi psikososial pasien gangguan jiwa (Agustina Kartika Sari, 2023).

3. Manfaat terapi okupasi berkebun

Manfaat terapi okupasi berkebun meliputi penurunan frekuensi dan intensitas halusinasi pendengaran, peningkatan fungsi kognitif dan emosional, serta perbaikan hubungan sosial pasien. Aktivitas berkebun juga memberikan stimulasi sensori positif dan rasa pencapaian, sehingga dapat meningkatkan motivasi, harga diri, dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan (Lee et al., 2024).

4. Prosedur terapi okupasi berkebun

Tabel 5
Standar Prosedur Operasional Terapi Berkebun Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori

| 1 | 2 |
|---------------------|--|
| Definisi | Terapi berkebun merupakan salah satu terapi modalitas yang merupakan suatu cara pendekatan agar lanjut usia dapat beradaptasi terhadap situasi, lebih mampu merawat diri sendiri, banyak beraktivitas mandiri. |
| Tujuan | <ol style="list-style-type: none">1. Meningkatkan interaksi sosial dengan orang lain, meningkatkan rasa kasih sayang terhadap lingkungan2. Menumbuhkan rasa nyaman, mengurangi stres, menurunkan depresi serta kecemasan3. Mengekspresikan perasaan dan melepaskan tekanan emosi yang dihadapi4. Mengembangkan kreatifitas5. Hiburan atau kegiatan yang menyenangkan |
| Indikasi | Pasien yang mengalami halusinasi |
| Tahap pra interaksi | <ol style="list-style-type: none">1. Cek catatan keperawatan atau catatan medis pasien (jika ada)2. Menyiapkan alat-alat yang akan di gunakan menyesuaikan kemampuan yang di miliki klien3. Indikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi4. Cuci tangan |
| Tahap orientasi | <ol style="list-style-type: none">1. klien, ucapkan salam2. Tanya kabar dan keluhan klien3. Validasi kemampuan klien4. Kontrak waktu dan tempat5. Topik/ tindakan yang akan di lakukan6. Tujuan pertemuan7. Berikan kesempatan pada klien untuk bertanya |

| 1 | 2 |
|-------------|---|
| Tahap kerja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dalam posisi siap untuk berkebun 2. Minta klien dan dampingi klien untuk menggali tanah sedalam 10-15 cm 3. Lalu tanah yang sudah digali dimasukkan ke dalam pot dan meletakkan bibit diatas tanah 4. Lalu minta klien meratakan tanah yang berada dipot 5. Lalu diberi pupuk 6. Kemudian siram dengan air <p>Beritahu klien untuk menyiram tanaman dengan teratur dan merawatnya</p> |
| Terminasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan keluhan yang di rasakan klien 2. Validasi kemampuan klien 3. Rencana tindak lanjut, kontrak waktu 4. Berpamitan 5. Cuci tangan |
| Dokumentasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat hasil kegiatan dan respon pasien dalam lembar observasi |

Sumber : Nuraeni dan Novia Nur Soleha, 2021