BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang bersifat kronis dan ditandai dengan gangguan pada proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku. Gangguan ini menyebabkan individu mengalami kesulitan dalam membedakan antara realita dan fantasi, yang sering ditandai dengan munculnya waham, halusinasi, serta gangguan proses pikir.

Menurut Stuart (2017) skizofrenia adalah gangguan mental berat yang memengaruhi fungsi kognitif, afektif, dan perilaku individu sehingga mengganggu kemampuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Skizofrenia adalah gangguan spektrum psikotik yang ditandai oleh setidaknya dua dari lima gejala utama, yaitu: waham (delusi), halusinasi, bicara kacau (disorganisasi), perilaku motorik yang sangat tidak teratur atau katatonik, serta gejala negatif seperti afek datar atau avolisi. Gejala-gejala tersebut harus menetap secara signifikan selama periode minimal satu bulan, dengan tanda-tanda gangguan yang berlangsung terus-menerus selama setidaknya enam bulan *American Psychiatric Association* (2022).

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat dan bersifat kronis yang menyerang sistem kognitif, emosi, serta perilaku seseorang. Ciri utama dari gangguan ini adalah runtuhnya kemampuan individu untuk membedakan kenyataan objektif dengan distorsi pikiran internal (*reality testing*). Secara klinis, kondisi ini

ditandai dengan kemunculan gejala positif seperti waham dan halusinasi, maupun gejala negatif seperti penurunan motivasi dan penumpulan emosi. Kegagalan fungsi pemrosesan informasi tersebut pada akhirnya berdampak pada penurunan fungsi sosial yang drastis serta hambatan mendalam bagi individu dalam menjalankan aktivitas kehidupan sehari-hari.

2. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Stuart (2021) tanda dan gejala skizofrenia dapat dikelompokkan menjadi beberapa kategori utama sebagai berikut:

a. Gejala Positif (Kelebihan atau Distorsi Fungsi Normal)

1) Waham yaitu keyakinan salah yang kokoh dan tidak sesuai dengan realita (misalnya waham kejar atau waham kebesaran).
2) Halusinasi yaitu persepsi sensori yang salah tanpa adanya stimulus eksternal (paling umum adalah halusinasi pendengaran).
3) Bicara tidak teratur yaitu Kegagalan dalam pengorganisasian pikiran yang tercermin melalui pembicaraan (asosiasi longgar).
4) Perilaku kacau atau tidak terorganisir yaitu perilaku yang tidak bertujuan, termasuk katatonik atau agitasi yang tidak terduga.

b. Gejala Negatif (Pengurangan atau Kehilangan Fungsi Normal)

1) Afek datar merupakan penurunan rentang dan intensitas ekspresi emosional
2) Alodia (menarik diri) merupakan kehilangan minat dalam berinteraksi dengan lingkungan sosial.
3) Avolisi yaitu penurunan motivasi untuk memulai dan menyelesaikan aktivitas yang bertujuan.
4) Alania (kemiskinan bicara) yaitu penurunan kuantitas dan isi pembicaraan

c. Gejala kognitif

Gejala ini sering kali menjadi hambatan utama dalam pemulihan pasien skizofrenia karena memengaruhi fungsi okupasi. Menurut *American Psychiatric Association* (2022) gejala kognitif meliputi:

1) Gangguan konsentrasi dan atensi.
2) Gangguan memori kerja (*working memory*).
3) Kesulitan dalam pengambilan keputusan dan fungsi eksekutif.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pada pasien skizofrenia dengan masalah waham, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan yang dapat dilakukan meliputi:

a. Pemeriksaan Klinis dan Psikiatri

Meliputi wawancara keperawatan/psikiatri, pemeriksaan status mental, serta observasi perilaku untuk mengidentifikasi adanya gangguan isi pikir berupa waham dan tingkat keparahannya.

b. Terapi Farmakologis

Pemberian obat antipsikotik seperti Haloperidol, Risperidone, atau Olanzapine untuk membantu menurunkan gejala psikosis termasuk waham. Obat tambahan seperti antidepresan (misalnya Amitriptyline) dapat diberikan sesuai indikasi.

c. Terapi *Elektrokonvulsif (ECT)*

Electroconvulsive Therapy merupakan terapi dengan menggunakan arus listrik terkontrol untuk menimbulkan kejang terapeutik, yang digunakan pada kondisi tertentu seperti skizofrenia berat atau yang tidak responsif terhadap terapi obat.

d. Psikoterapi

Dadang Hawari (2021) menyatakan bahwa psikoterapi merupakan salah satu pendekatan penting dalam penanganan gangguan jiwa. Pada pasien dengan waham, pendekatan yang efektif adalah melalui penerapan *Grounding Therapy*, yang membantu pasien dalam mengalihkan perhatian dari distorsi pikiran internal yang tidak realistis menuju stimulus fisik di lingkungan sekitar secara lebih rasional melalui aktivasi panca indra.

4. Penatalaksanaan

a. Farmakologis

1) Psikofarmakoterapi

Terapi farmakologis pada pasien skizofrenia dengan waham bertujuan untuk menurunkan gejala psikosis dan menstabilkan kondisi pasien.

a) Golongan butirofenon

Obat seperti Haloperidol digunakan pada kondisi akut untuk mengontrol gejala waham dan agitasi. Pemberian dapat dilakukan secara injeksi intramuskular pada fase akut, kemudian dilanjutkan dengan pemberian oral setelah kondisi stabil (Yosep, 2020).

b) Golongan fenotiazin

Obat seperti Chlorpromazine digunakan untuk membantu menurunkan gejala psikosis termasuk waham. Dapat diberikan secara oral, dengan penyesuaian dosis sesuai kondisi pasien (Yosep, 2020).

2) Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

Electroconvulsive Therapy merupakan terapi yang digunakan pada pasien skizofrenia dengan gejala berat atau yang tidak responsif terhadap terapi

farmakologis. Terapi ini dilakukan dengan memberikan arus listrik terkontrol untuk menimbulkan kejang terapeutik (Yosep, 2020).

3) Rehabilitasi

Terapi rehabilitasi seperti terapi aktivitas kelompok atau terapi kerja bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sosial pasien, mengurangi isolasi, serta membantu pasien kembali berfungsi dalam kehidupan sehari-hari.

Terapi utama menggunakan obat antipsikotik seperti risperidon dan haloperidol

b. Nonfarmakologis

1) Terapi Komunikasi Terapeutik

Perawat membantu pasien membangun hubungan saling percaya, tidak langsung menyangkal waham, tetapi mengarahkan pasien secara perlahan untuk mengevaluasi keyakinannya.

2) Terapi Aktivitas Terstruktur

Kegiatan terjadwal dapat membantu mengalihkan fokus pasien dari waham serta meningkatkan interaksi sosial dan fungsi sehari-hari.

3) Terapi Spiritual

Terapi spiritual dapat membantu menenangkan pasien, mengurangi kecemasan, serta meningkatkan koping individu dalam menghadapi stres.

4) Terapi Relaksasi

Terapi musik atau teknik relaksasi lainnya dapat membantu menurunkan kecemasan dan meningkatkan kenyamanan pasien.

5) Terapi *Grounding (Grounding Therapy)*

Grounding Therapy merupakan teknik stabilisasi yang berfokus pada pengalihan perhatian pasien dari dunia internal yang terdistorsi (waham) ke

lingkungan eksternal melalui stimulasi panca indra. Pada pasien dengan waham, terapi ini digunakan bukan untuk mendebat kebenaran keyakinan pasien, melainkan untuk membantu pasien tetap "membumi" (*stay grounded*) pada realita saat ini.

Dasar dari teknik ini adalah memutus siklus pikiran otomatis yang tidak logis dan delusi dengan cara memaksa otak memproses informasi sensorik yang nyata (apa yang dilihat, didengar, dirasakan, dicium, dan dicecap). Melalui proses ini, pasien diajak untuk melakukan *reality testing* secara fisik, sehingga kecemasan yang dipicu oleh waham dapat menurun.

Pemberian *Grounding Therapy* umumnya dilakukan dalam waktu 10–20 menit per sesi, tergantung pada tingkat konsentrasi dan kondisi klinis pasien. Keunggulan terapi ini dibandingkan terapi kognitif lainnya adalah prosedurnya yang lebih konkret dan mudah diikuti oleh pasien skizofrenia yang sedang mengalami penurunan fungsi kognitif atau hambatan dalam berpikir abstrak.

B. Waham

1. Definisi Waham

Waham merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan realita, namun diyakini kuat oleh individu dan sulit diubah meskipun telah diberikan bukti yang jelas (Stuart, 2017).

Waham adalah gangguan isi pikir berupa keyakinan yang tidak realistis, tidak logis, dan tidak sesuai dengan norma budaya setempat, serta dipertahankan secara kuat oleh pasien (*Benjamin J. Sadock etc*, 2018).

Menurut *American Psychiatric Association (2022)* waham merupakan keyakinan yang menetap dan tidak sesuai dengan kenyataan, yang tidak dapat

diubah walaupun terdapat bukti yang bertentangan, dan sering ditemukan pada gangguan seperti skizofrenia.

Waham adalah gangguan isi pikir yang ditandai dengan keyakinan yang tidak sesuai dengan realita, bersifat menetap, dan sulit diubah meskipun telah diberikan bukti yang bertentangan.

2. Jenis-Jenis Waham

Menurut Maramis (2016) jenis-jenis waham yang umum diklasifikasikan dalam ilmu kedokteran jiwa yaitu :

a. Waham Curiga

Keyakinan bahwa ada orang, kelompok, atau kekuatan tertentu yang sedang mengejar, memata-matai, merugikan, mencurangi, atau berusaha mencelakai dirinya. Ini adalah jenis waham yang paling sering dijumpai.

b. Waham Kebesaran

Keyakinan bahwa dirinya memiliki kekuasaan, kekuatan, kecerdasan, kekayaan, atau status sosial yang luar biasa dan tidak luar biasa. Misalnya, merasa dirinya adalah pejabat tinggi, utusan khusus, atau memiliki kekuatan gaib yang besar.

c. Waham Hubungan/Rujukan

Keyakinan bahwa peristiwa sekelilingnya, percakapan orang lain, artikel di koran, atau tayangan di televisi mempunyai arti khusus yang ditujukan langsung pada dirinya. Contohnya, merasa orang yang berbisik-bisik di dekatnya sedang membicarakan keburukannya.

d. Waham Somatik atau Hipokondrik

Keyakinan bahwa bagian tubuhnya mengalami gangguan, perubahan, atau menderita penyakit yang parah, meskipun pemeriksaan medis menyatakan normal. Misalnya, yakin bahwa otaknya mencair atau ada binatang yang hidup di dalam perutnya.

e. Waham Keagamaan

Waham yang bertema tentang keagamaan atau spiritualitas yang tidak sesuai dengan latar belakang agama dan budaya pasien. Misalnya, merasa dirinya adalah nabi, orang suci, atau menerima wahyu langsung yang mengubah syariat.

f. Waham Dosa atau Bersalah

Keyakinan yang mendalam bahwa dirinya telah melakukan dosa besar, kesalahan yang tidak dapat diampuni, atau menjadi penyebab dari suatu bencana/malapetaka di sekitarnya.

g. Waham Nihilistik

Keyakinan bahwa dirinya, orang lain, atau seluruh dunia ini sudah tidak ada lagi, runtuh, atau kiamat. Sering ditemukan pada penderita depresi berat dengan gejala psikotik.

h. Waham Cemburu/Infidelitas

Keyakinan yang tidak rasional bahwa pasangan (suami/istri/pacar) telah tidak setia atau berselingkuh, meskipun tidak ada bukti yang mendukung tuduhan tersebut.

3. Faktor penyebab terjadinya waham

Menurut Stuart (2016) faktor penyebab terjadinya gangguan isi pikir (waham) dapat dibagi menjadi beberapa faktor predisposisi, yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Biologis

Faktor biologis berkaitan dengan adanya gangguan pada fungsi otak, khususnya ketidakseimbangan neurotransmitter seperti dopamin, yang berperan dalam munculnya gejala psikosis termasuk waham. Selain itu, faktor genetik juga berpengaruh, di mana individu dengan riwayat keluarga gangguan jiwa memiliki risiko lebih tinggi mengalami waham.

2) Psikologis

Faktor psikologis meliputi pengalaman hidup individu, terutama pengalaman traumatis seperti penolakan, kekerasan, atau kehilangan yang dapat memengaruhi pembentukan pola pikir maladaptif. Kondisi ini dapat menyebabkan individu mengembangkan keyakinan yang tidak sesuai dengan realita sebagai mekanisme pertahanan diri.

3) Sosial Budaya

Faktor sosial budaya seperti kemiskinan, konflik sosial, isolasi sosial, serta stres lingkungan yang berkepanjangan dapat memengaruhi munculnya gangguan orientasi realita. Lingkungan yang tidak suportif juga dapat memperburuk kondisi waham pada individu.

b. Faktor Presipitasi

Secara umum, pada pasien dengan gangguan isi pikir: waham, gejala dapat muncul atau memburuk setelah individu mengalami stresor seperti konflik interpersonal, tekanan psikologis, isolasi sosial, perasaan tidak berharga, putus asa, dan ketidakberdayaan. Penilaian individu terhadap stresor serta kemampuan koping

yang dimiliki sangat berpengaruh terhadap munculnya waham maupun risiko kekambuhan.

1) Biologis

Faktor biologis berkaitan dengan gangguan pada sistem neurotransmitter otak, terutama dopamin, serta gangguan dalam proses pengolahan informasi. Hal ini menyebabkan individu mengalami kesulitan dalam menilai realitas secara akurat, sehingga muncul keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan (waham).

2) Stres Lingkungan

Stres lingkungan seperti konflik keluarga, tekanan pekerjaan, perubahan kehidupan, maupun kurangnya dukungan sosial dapat menjadi pencetus munculnya waham. Individu dengan ambang toleransi stres yang rendah lebih rentan mengalami gangguan ini.

3) Sumber Koping

Kemampuan koping individu sangat memengaruhi respon terhadap stresor. Koping yang maladaptif, seperti menarik diri atau mempertahankan keyakinan yang salah, dapat memperburuk waham. Sebaliknya, koping yang adaptif dapat membantu individu dalam mengelola stres dan mengurangi keparahan gejala.

4. Tanda dan Gejala

Menurut PPNI (2017) tanda dan gejala pada pasien dengan waham meliputi:

a. Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

a) Mengungkapkan isi waham

2) Objektif

a) Menunjukkan perilaku sesuai isi waham

b) Isi pikir tidak sesuai realitas

c) Isi pembicaraan sulit dimengerti

b. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif

a) Merasa sulit berkonsentrasi

b) Merasa khawatir

2) Objektif

a) Curiga berlebihan

b) Waspada berlebihan

c) Bicara berlebihan

d) Sikap menentang atau permusuhan

e) Wajah tegang

f) Pola tidur berubah

g) Tidak mampu mengambil keputusan

h) Flight of idea

i) Produktifitas kerja menurun

j) Tidak mampu merawat diri

k) Menarik diri

5. Proses Terjadinya Waham

Menurut Stuart (2017) proses terjadinya waham dapat dijelaskan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

a. Fase Kerentanan *(Predisposing Phase)*

Individu memiliki faktor kerentanan seperti gangguan biologis (ketidakseimbangan neurotransmitter), pengalaman traumatis, atau lingkungan

yang tidak suportif. Selain itu, kesenjangan antara *self ideal* dan *self reality* dapat memicu tekanan psikologis.

b. Fase Stres dan Konflik *(Triggering Phase)*

Adanya stresor seperti penolakan sosial, kegagalan, konflik interpersonal, atau tekanan hidup yang tinggi menyebabkan individu mengalami kecemasan dan ketidaknyamanan psikologis.

c. Fase Distorsi Kognitif *(Cognitive Distortion Phase)*

Individu mulai mengalami kesalahan dalam menafsirkan realita (*misinterpretation*), seperti salah memahami kejadian di lingkungan. Pikiran menjadi tidak logis dan berkembang menjadi keyakinan yang tidak realistis.

d. Fase Pembentukan Waham *(Delusion Formation Phase)*

Keyakinan yang salah mulai terbentuk dan dipertahankan secara kuat. Individu mulai meyakini interpretasi yang salah tersebut sebagai kebenaran, meskipun tidak didukung oleh bukti yang nyata.

e. Fase Penguatan Waham *(Reinforcement Phase)*

Waham semakin kuat karena kurangnya koreksi dari lingkungan atau adanya pengalaman yang dianggap "mendukung" keyakinan tersebut. Individu juga cenderung menghindari informasi yang bertentangan dengan keyakinannya.

f. Fase Perilaku *(Behavioral Phase)*

Individu mulai menunjukkan perilaku sesuai dengan isi waham, seperti curiga berlebihan, menarik diri, atau bertindak defensif. Pada tahap ini, waham sudah memengaruhi fungsi sosial dan aktivitas sehari-hari.

6. Penatalaksanaan Waham

a. Terapi Farmakologi

Terapi obat antipsikotik adalah lini pertama untuk menurunkan hiperaktivitas dopamin di jalur mesolimbik otak yang memicu delusi. Pada kasus Tn. A, kombinasi obat yang digunakan meliputi:

1) Antipsikotik Tipikal/Atipikal

Berfungsi memblokade reseptor dopamin D2 untuk mereduksi intensitas, fiksasi, dan frekuensi munculnya waham curiga.

2) Anti-Parkinsonisme

Diberikan sebagai obat pendamping untuk mengatasi atau mencegah efek samping ekstrapiramidal (EPS) seperti kekakuan otot atau tremor akibat penggunaan antipsikotik.

3) Ansiolitik

Membantu menurunkan tingkat ansietas berat, ketegangan emosional, dan kondisi *hypervigilance* (kewaspadaan ekstrem) pasien.

b. Terapi Non Farmakologi

1) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Melibatkan pasien dalam kelompok bersama pasien lain yang sudah stabil di bawah bimbingan terapis melalui TAK Stimulasi Persepsi (Waham) bertujuan untuk melatih kemampuan sosialisasi, meningkatkan orientasi realitas dengan mengoreksi stimulus yang tidak realistis bersama-sama, serta mengurangi fokus pasien terhadap pikiran wahamnya sendiri.

2) Terapi Okupasi dan Rehabilitasi Psikososial

Melalui terapi okupasi dan rehabilitasi psikososial, penyusunan aktivitas harian yang terjadwal dan pelatihan keterampilan sosial bertujuan untuk menjaga pikiran pasien tetap terarah pada kegiatan produktif, mengurangi waktu luang untuk larut dalam waham, serta mencegah isolasi sosial dengan membantu mereka berinteraksi kembali dengan masyarakat.

3) Pendekatan Komunikasi Terapeutik

Pendekatan komunikasi terapeutik pada pasien waham berfokus pada pembangunan hubungan saling percaya (*trust*) melalui kehadiran diri yang hangat, pemvalidasian perasaan pasien tanpa mendebat atau mendukung isi wahamnya, serta pengalihan fokus secara lembut ke realitas masa kini (*presenting reality*) guna menurunkan tingkat kecemasan mereka. Pendekatan komunikasi terapeutik salah satunya dengan *Grounding Therap*y merupakan terapi penambatan eksternal yang memaksa otak mengaktifkan *prefrontal cortex* (fungsi eksekutif/penilaian realitas) guna mengambil alih kendali dari amigdala yang hiperaktif. Pendekatan komunikasi terapeutik tersebut juga mencakup penerapan teknik menyatakan keraguan secara lembut terhadap keyakinan salah pasien, mempertahankan sikap tubuh terbuka dan jarak fisik yang aman guna mencegah rasa terancam. Menjadi *cognitive interrupter* yang memutus sirkuit delusi otomatis (*delusional loop*) saat pasien mulai melamun atau merasa terancam, dengan cara membimbing pasien secara sadar menggunakan 5 indranya:

a) **5 objek visual** yang dilihat di ruangan
b) **4 tekstur fisik** yang disentuh langsung
c) **3 suara objektif** yang didengar di sekitar

d) **2 aroma** (seperti minyak aromaterapi) yang dihirup

e) **1 rasa** (seperti meminum air hangat) pada indra pengecap

4) Program Pemulihan Komunitas (*Discharge Planning*)

Penatalaksanaan jangka panjang untuk mencegah kekambuhan (*relapse rate*) di rumah:

a) Psikoedukasi Keluarga

Melatih keluarga selaku *primary caregiver* (seperti ayah atau pasangan) agar tidak mengonfrontasi waham pasien di rumah, melainkan menjadi fasilitator uji realitas yang validatif dan mampu menerapkan teknik *grounding* saat gejala prodromal muncul.

b) Pemantauan Kepatuhan Obat

Memastikan pengawasan minum obat secara ketat karena pasien waham curiga memiliki risiko tinggi mengalami penolakan obat akibat *lack of insight* (merasa dirinya sehat atau curiga obat adalah racun).

C. Asuhan Keperawatan Waham pada Penderita Skizofrenia

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, agama, status, pekerjaan, No RM, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, ruang rawat.

2) Alasan Masuk

Klien dengan waham sering dilaporkan oleh keluarga menunjukkan perubahan perilaku seperti menarik diri dari lingkungan sosial, kecurigaan berlebihan, pembicaraan yang berfokus pada keyakinan yang tidak realistis, serta sulit

menerima pendapat orang lain. Selain itu, klien dapat tampak gelisah, mudah marah, dan menunjukkan perilaku yang sesuai dengan isi waham yang diyakininya.

3) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko kronis yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber koping yang dimiliki individu, sekaligus melandasi manifestasi klinis gangguan jiwa di masa depan. Pada pasien skizofrenia dengan gangguan isi pikir: waham, faktor predisposisi mencakup dimensi biologis, psikologis, dan sosiobudaya yang dijabarkan sebagai berikut:

a) Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Riwayat pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu merupakan salah satu indikator prediktif yang kuat terhadap kerentanan neurobiologis (*neurobiological vulnerability*) pasien. Secara patofisiologi, individu yang pernah mengalami episode psikotik akut memiliki sisa disregulasi dopaminergik pada jalur mesolimbik otak. Kondisi organ otak yang belum pulih sempurna dari neurotoksisitas fase psikotik terdahulu menyebabkan ambang toleransi stresor pasien menurun. Ketika dihadapkan pada pemicu baru, kognitif pasien yang rapuh akan mengalami kegagalan koping kembali, sehingga pikiran curiga yang sempat diredam dapat dengan mudah mencuat kembali menjadi waham yang kaku.

b) Riwayat trauma

Riwayat trauma merupakan benturan psikologis masa lalu yang mencederai integritas diri dan merusak pembentukan mekanisme koping adaptif selama fase tumbuh kembang. Pengalaman traumatik ini dikategorikan berdasarkan bentuk paparannya:

(1) Aniaya Fisik dan Seksual: Mengalami atau menyaksikan kekerasan fisik serta pelecehan seksual pada usia rentan secara radikal menghancurkan rasa percaya dasar (*basic trust*) individu terhadap dunia luar, memicu perasaan terancam yang konstan.

(2) Penolakan (*Rejection*): Ditolak atau diabaikan oleh orang tua, keluarga, atau lingkungan sebaya menyebabkan maladaptasi dalam konsep diri dan memicu persepsi bahwa lingkungan luar adalah tempat yang tidak aman.

(3) Kekerasan dalam Keluarga (*Domestic Violence*) dan Tindakan Kriminal: Hidup dalam tatanan domestik yang penuh agresi menciptakan represi emosional yang tinggi dan membentuk skema kognitif maladatif.

c) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan mencakup seluruh rentetan peristiwa kehidupan (*life events*) yang dipersepsikan oleh individu sebagai sebuah kegagalan, kehilangan objektif, atau tekanan emosional berat, meski tidak tergolong trauma fisik. Contoh konkret dari pengalaman ini adalah kegagalan akademis, perceraian/putus cinta, pemutusan hubungan kerja (PHK), atau penurunan status sosial-ekonomi. Secara psikodinamika, akumulasi pengalaman pahit yang tidak menyenangkan ini secara perlahan mengikis *self-esteem* pasien dan memicu bias kognitif. Ketika pasien dihadapkan pada stresor baru, mereka tidak lagi memiliki energi mental untuk melakukan penilaian realita secara objektif. Pikiran otomatis negatif yang terus menumpuk akan bertransformasi menjadi mekanisme pertahanan diri proyeksi, di mana rasa bersalah atau kegagalan internal dilemparkan keluar, lalu mengkristal menjadi waham persekusi (curiga) demi melindungi harga diri mereka yang rapuh.

Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

4) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor pencetus atau *trigger* yang memicu munculnya gangguan jiwa atau kekambuhan (seperti munculnya waham, halusinasi, atau perilaku kekerasan) dalam kurun waktu dekat, biasanya dalam 6 bulan terakhir. Faktor presipitasi ini dievaluasi melalui pendekatan holistik yang mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosial-budaya. Berikut adalah rincian fokus pengkajiannya:

a) Biologis

(1) Kepatuhan minum obat

Putus obat pada pasien waham curiga adalah pemicu utama melonjaknya neurotransmiter dopamin di jalur mesolimbik otak. Jalur ini mengatur bagaimana otak mengartikan stimulus di sekitarnya. Ketika dopamin terlalu tinggi, otak pasien mengalami *aberrant salience* artinya, hal-hal sepele di sekitarnya tiba-tiba dianggap sangat penting, mengancam, dan mencurigakan. Pasien dengan waham curiga sering kali menolak minum obat karena curiga obat tersebut adalah racun yang diberikan oleh keluarga atau perawat untuk membunuhnya.

(2) Penyalahgunaan zat

Zat ini meningkatkan pelepasan dopamin secara masif dan instan. Efek samping utamanya adalah memicu paranoia akut. Pasien yang menggunakan zat ini dalam beberapa bulan terakhir akan langsung mengalami peningkatan waham curiga yang agresif. Yang Perlu Dikaji: Apakah ada perubahan perilaku mendadak (misalnya mata merah, sangat waspada, begadang beberapa hari) dalam kurun waktu dekat sebelum waham curiganya memuncak?

(3) Gangguan tidur & pola makan

Yang Perlu Dikaji: Apakah dalam beberapa minggu terakhir pasien menunjukkan tanda-tanda kelelahan fisik ekstrem, berat badan turun drastis karena menolak makan, atau selalu terjaga di malam hari untuk "berjaga-jaga"?

Masalah keperawatan : Waham

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dalam asuhan keperawatan jiwa bukan sekadar untuk mendeteksi adanya penyakit penyerta (*comorbidity*), melainkan sebagai indikator objektif untuk menilai tingkat kecemasan, respons stres terhadap distorsi pikiran, serta dampak perilaku waham terhadap kondisi biologis pasien. Pengkajian fisik ini dibagi menjadi beberapa parameter klinis:

a) Pemantauan tanda-tanda vital (TTV) meliputi tekanan darah, suhu, pernapasan

b) Pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan)

c) Keluhan fisik dan gangguan eliminasi

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6) Pengkajian Psikososial

Pengkajian psikososial berfokus pada dinamika interpersonal, penilaian individu terhadap dirinya sendiri, pola interaksi sosial, serta aspek spiritual pasien baik sebelum maupun sesudah mengalami skizofrenia. Komponen pengkajian ini sangat krusial untuk memetakan sistem pendukung (*support system*) dan kekuatan internal pasien dalam menghadapi distorsi pikirannya.

a) Genogram

Genogram minimal tiga generasi digunakan sebagai instrumen untuk mengidentifikasi faktor risiko herediter, pola asuh, serta struktur pengambilan

keputusan dalam keluarga pasien. Melalui genogram, perawat dapat menganalisis apakah terdapat riwayat perceraian, kematian bermakna, penolakan, atau pola komunikasi disfungsional (*double-bind communication*) dalam keluarga. Keluarga yang memiliki tingkat ekspresi emosi yang tinggi (*High Expressed Emotion*), seperti sering mengkritik, bermusuhan, atau terlalu mengatur, secara klinis terbukti menjadi prediktor utama kekambuhan waham pasien.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

b) Konsep diri

Konsep diri adalah kumpulan keyakinan dan persepsi individu terhadap dirinya sendiri secara menyeluruh. Pada pasien dengan waham, seluruh komponen konsep diri ini umumnya mengalami distorsi yang masif:

(1) Citra tubuh

Menilai persepsi pasien terhadap postur, fungsi, dan bentuk tubuhnya. Pasien dengan waham terkadang mengalami depersonalisasi atau merasa organ tubuhnya berubah bentuk, tidak berfungsi, atau dikendalikan oleh kekuatan luar (terutama pada klaster waham somatik atau waham pengaruh).

(2) Identitas diri

Kesadaran individu akan keunikan dan kontinuitas dirinya sebagai pribadi yang utuh. Pasien waham kebesaran (*grandiose delusion*) sering kali mengalami disintegrasi identitas, di mana mereka meyakini dirinya adalah tokoh penting, nabi, atau titisan figur berkuasa, sebagai kompensasi dari ketidakmampuannya menerima identitas nyata yang penuh kegagalan.

(3) Peran diri

Seperangkat perilaku yang diharapkan oleh masyarakat sesuai posisi sosialnya. Akibat proses pikir yang kacau dan isolasi, pasien mengalami kegagalan total dalam menjalankan perannya secara adekuat, baik sebagai kepala keluarga, pekerja, maupun anggota masyarakat.

(4) Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya berperilaku berdasarkan standar pribadi atau harapan lingkungan. Terdapat kesenjangan yang sangat lebar antara ideal diri (ekspektasi tinggi) dengan kenyataan hidup pasien, yang memicu frustrasi emosional mendalam.

(5) Harga diri

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Pasien waham pada dasarnya memiliki akar masalah Harga Diri Rendah Kronis. Waham persekusi (curiga) muncul sebagai mekanisme pertahanan diri *projection* untuk mengalihkan rasa bersalah atau perasaan tidak berharga internal kepada ancaman eksternal (orang lain).

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah Situasional

c) Hubungan sosial

Kemampuan interpersonal pasien skizofrenia umumnya mengalami kemunduran (*social drift*) yang signifikan sejak fase prodromal.

(1) Orang Bermakna: Mengidentifikasi figur terdekat (misalnya orang tua atau pasangan) yang paling dipercaya oleh pasien. Kehilangan figur lekat (*attachment*) ini sering menjadi pemicu hilangnya orientasi realita pasien.

(2) Peran serta dalam Kelompok: Pasien biasanya menarik diri dari kegiatan kemasyarakatan karena merasa tidak nyaman, mengalami kecemasan sosial, atau merasa dihakimi oleh lingkungan

(3) Hambatan Berhubungan: Pasien dengan waham curiga memandang lingkungan luar penuh dengan ancaman, konspirasi, dan bahaya. Ketakutan irasional ini menyebabkan pasien membatasi komunikasi, memutus kontak mata, dan melakukan penarikan diri secara ekstrem untuk melindungi dirinya sendiri.

Masalah keperawatan : Isolasi Sosial

d) Spiritual

Aspek spiritual mengkaji bagaimana pasien memaknai kehidupan, penderitaan, dan hubungannya dengan Tuhan sebelum dan sesudah sakit.

(1) Nilai dan Keyakinan: Nilai-nilai religius yang dianut pasien dapat menjadi faktor protektif atau justru terdistorsi oleh gejalanya. Pada beberapa kasus, nilai keagamaan yang ekstrem dan kaku tanpa bimbingan yang tepat dapat berkembang menjadi waham agama (*religious delusion*).

(2) Kegiatan Ibadah: Menilai kontinuitas pasien dalam menjalankan ritual keagamaan (seperti salat, sembahyang, atau berdoa). Pasien psikotik akut sering kali mengalami penurunan motivasi untuk beribadah (avolisi), atau sebaliknya, melakukan ritual keagamaan secara berlebihan, kompulsif, dan tidak terorganisasi akibat dorongan isi wahamnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

7) Status Mental

Pengkajian status mental merupakan pemeriksaan fisik mental yang bertujuan untuk menilai fungsi kognitif, afektif, dan perilaku pasien pada saat wawancara.

Pada pasien dengan perubahan proses pikir: waham, manifestasi yang muncul pada tiap komponen status mental memiliki karakteristik spesifik sebagai berikut:

a) Penampilan

Penampilan pasien tampak bersih dan rapi dengan rambut tersisir serta kuku yang dipotong pendek, menggunakan pakaian yang serasi, bersih, dan sesuai dengan kondisi cuaca (tidak berlapis-lapis atau eksentrik), serta tidak menunjukkan penggunaan aksesori berlebihan yang mencerminkan isi wahamnya. Secara subjektif, pasien menyatakan mampu mandi dua kali sehari serta memilih dan mengenakan pakaiannya sendiri secara mandiri dan nyaman, sehingga fungsi perawatan diri pasien dinilai masih adekuat dan berada dalam batas normal.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

b) Pembicaraan

Saat diajak bicara, respon pasien tampak lambat dan sangat berhati-hati.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

c) Aktivitas motorik/psikomotor

Faktor risiko dari Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien ini meliputi pemikiran waham akibat adanya waham curiga yang berat, yang kemudian memicu terjadinya agitasi psikomotor dan perilaku gaduh gelisah. Kondisi klinis ini secara nyata terwujud melalui aktivitas motorik pasien yang menunjukkan sikap kewaspadaan ekstrem (*hypervigilance*), mondar-mandir tanpa tujuan yang jelas, serta respons tubuh berupa gerakan refleks protektif sebagai bentuk pertahanan diri akibat persepsi lingkungan yang dirasa mengancam, sehingga menempatkan pasien pada risiko tinggi melakukan tindakan kekerasan untuk melindungi dirinya.

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

d) Alam perasaan

Alam perasaan (*mood*) pasien merupakan cerminan subjek dari isi wahamnya. Pasien dengan waham curiga atau nihilistik umumnya mendemonstrasikan perasaan khawatir, ketakutan, sedih, atau bahkan putus asa. Sebaliknya, pasien dengan waham kebesaran (*grandiose delusion*) akan menunjukkan alam perasaan yang gembira berlebihan (*euforia/elasi*).

Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

e) Afek

Afek pasien dengan waham sering kali labil (mudah berubah dari tenang menjadi marah jika keyakinannya didebat) atau tidak sesuai (*inappropriate*), di mana ekspresi wajah tidak sejalan dengan stimulus objektif (misalnya tersenyum saat menceritakan bahwa dirinya sedang diincar untuk dibunuh). Pada kondisi skizofrenia berat, afek dapat berkembang menjadi tumpul atau datar.

Masalah keperawatan : Waham Curiga

f) Interaksi selama wawancara

Pasien secara objektif melalui interaksi selama wawancara yang menunjukkan sikap tidak kooperatif, defensif, dan menarik diri, disertai dengan kontak mata yang kurang akibat pasien lebih fokus pada pikiran sendiri dan sibuk memperhatikan lingkungan secara waspada (*hypervigilance*). Kondisi ini didukung oleh data minor berupa respons emosional pasien yang tampak bermusuhan, mudah tersinggung, serta menunjukkan kecurigaan ekstrem karena mempersepsikan pemeriksa tidak mempercayai keyakinan wahamnya, sehingga interaksi sosial yang terapeutik menjadi terhambat.

Masalah keperawatan : Isolasi sosial

g) Persepsi

Waham dan halusinasi sering kali bermanifestasi secara koeksisten (bersamaan). Pasien dengan waham curiga atau kebesaran kerap mengalami halusinasi pendengaran (misalnya mendengar suara bisikan yang memperkuat wahamnya bahwa ia adalah utusan khusus) atau halusinasi penglihatan, perabaan, penghidu, dan pengecapan (misalnya merasa makanan berasa racun akibat waham kejar).

Masalah keperawatan : Waham Curiga

h) Proses pikir

Arus dan bentuk pikir pasien dengan waham mengalami distorsi yang nyata. Gangguan yang sering muncul meliputi *tangensial* (menjawab berputar-putar dan tidak mencapai tujuan), *flight of ideas*, atau *blocking* (pembicaraan terhenti tiba-tiba karena interupsi dari pikiran waham atau halusinasinya). Pasien juga sering melakukan perseverasi atau pengulangan pembicaraan pada topik yang sama, yaitu kembali pada inti wahamnya meskipun topik wawancara telah dialihkan.

Masalah keperawatan : Waham Curiga

i) Isi pikir

Secara subjektif melalui ungkapan isi pikir pasien yang tidak sesuai realitas, di mana ia secara definitif mempertahankan keyakinan salah yang tidak dapat digoyahkan dengan logika bahwa ada pihak tertentu yang berusaha mencelakai atau memata-matai dirinya. Kondisi ini didukung oleh data objektif mayor dan minor berupa perilaku yang selaras dengan isi waham, yang ditunjukkan melalui sikap kewaspadaan ekstrem, kecurigaan yang menetap terhadap lingkungan, serta

penolakan untuk mengoreksi keyakinan tersebut meskipun telah diberikan penjelasan secara rasional.

Masalah keperawatan : Waham curiga

j) Tingkat kesadaran

Secara organik, kesadaran pasien dengan waham umumnya compos mentis (kesadaran neurosensori baik), namun secara psikologis pasien dapat mengalami bingung atau depersonalisasi saat wahamnya menghebat. Apabila manifestasi klinis diikuti oleh distorsi realitas yang berat, dapat terjadi disorientasi waktu, tempat, maupun orang akibat pasien hidup sepenuhnya dalam dunia wahamnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

k) Memori

Fungsi memori jangka panjang, jangka pendek, maupun saat ini secara umum tetap utuh pada pasien waham murni. Namun, pasien sering melakukan rekonstruksi memori yang salah atau konfabulasi (mengisi celah memori dengan cerita rekaan) untuk menyesuaikan ingatan masa lalunya agar logis dan mendukung struktur isi waham yang diyakininya sekarang.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien dengan waham sering kali mudah beralih fokusnya karena perhatiannya terbagi antara stimulus realitas dan fiksasi internal terhadap wahamnya. Hal ini menyebabkan pasien tidak mampu berkonsentrasi dengan baik dan mengalami kesulitan saat diminta melakukan tugas kognitif seperti berhitung sederhana.

Masalah keperawatan : Tidak ada msalah keperawatan

m) Kemampuan penilaian

Pasien mengalami gangguan bermakna dalam kemampuan penilaian sosial (*social judgment*). Pasien tidak mampu mengambil keputusan yang adaptif atau menilai situasi nyata secara objektif karena seluruh penalaran logisnya telah terbiaskan oleh interpretasi waham.

Masalah keperawatan : Waham Curiga

n) Daya tilik diri

Pasien dengan waham secara klasik berada pada tingkat *insight* derajat 1 atau 2, yaitu secara total mengingkari penyakit yang diderita (merasa dirinya sehat walafiat dan tidak membutuhkan pengobatan). Pasien akan menyalahkan hal-hal di luar dirinya (seperti menuduh keluarga, tim medis, atau konspirasi luar) atas situasi/perawatan yang ia jalani saat ini.

Masalah keperawatan : Waham Curiga

8) Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah seluruh upaya adaptif maupun maladaptif yang digunakan oleh individu untuk mengatasi, menoleransi, mengurangi, atau meminimalkan situasi yang penuh dengan stresor. Pada pasien dengan gangguan proses pikir: waham, mekanisme koping merupakan indikator penting yang menggambarkan sejauh mana pasien mampu mempertahankan integritas egonya terhadap ancaman internal maupun eksternal.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

9) Masalah psikososial dan lingkungan

Faktor psikososial dan lingkungan memegang peranan ganda dalam gangguan jiwa, baik sebagai stresor pencetus (*precipitating stressors*) terjadinya waham

maupun sebagai dampak sekunder akibat manifestasi waham itu sendiri. Menurut Stuart (2016) kegagalan individu dalam beradaptasi terhadap tekanan lingkungan kognitif-sosial dapat memicu distorsi realitas sebagai mekanisme pertahanan ego yang maladaptif. Berikut adalah penjabaran masalah psikososial dan lingkungan pada pasien dengan waham:

a) Masalah dengan dukungan kelompok

Dukungan kelompok khususnya keluarga dan kerabat dekat—merupakan *coping resource* utama bagi pasien. Masalah yang sering terjadi meliputi konflik dan penolakan keluarga, kehilangan sistem pendukung, kelelahan pengasuh

b) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Kondisi lingkungan sosial yang tidak kondusif sangat memengaruhi intensitas keyakinan palsu pasien.

c) Masalah dengan pekerjaan

Gangguan proses pikir secara langsung menurunkan fungsi okupasional individu.

d) Masalah dengan perumahan

Kestabilan tempat tinggal berkorelasi dengan kestabilan mental pasien.

e) Masalah dengan ekonomi

Status sosioekonomi rendah membatasi aksesibilitas pasien terhadap pemulihan.

Masalah keperawatan : Waham Curiga

10) Aspek Medik

a) Diagnosis medik

Skizofrenia Paranoid adalah waham (biasanya waham kebesaran atau waham curiga) mendominasi gambaran klinis, sering kali disertai dengan halusinasi pendengaran.

b) Terapi medik

1) Trifluoperazine HCI 5 mg (2x sehari) : Stelosi bekerja dengan cara memblokir reseptor dopamine D2 di jalur mesolimbik otak

2) Trihexyphenidyl 2 mg (1x sehari) : Sebagai obat antikolinergik untuk mengatasi atau mencegah efek samping ekstrapiramidal (seperti kaku kuduk, gemetar/tremor, atau akatisia) yang diakibatkan oleh penggunaan antipsikotik golongan tipikal.

3) Lorazepam 1 mg (1x sehari) : Untuk menurunkan kecemasan akut dan memberikan efek relaksasi.

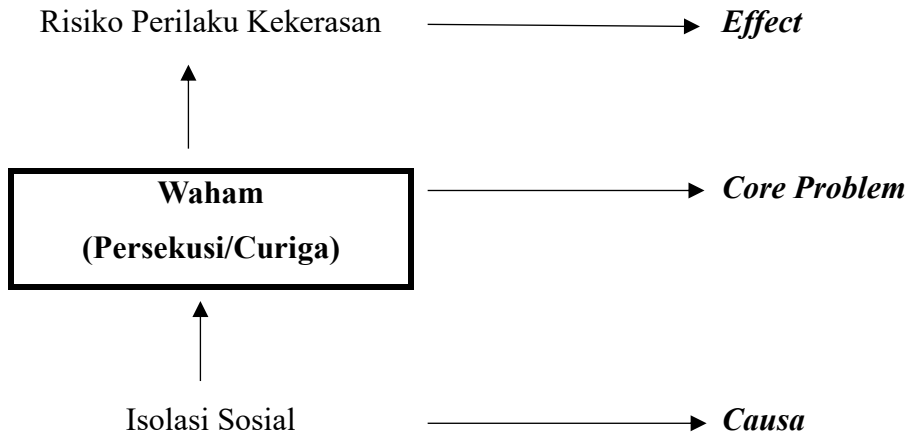
b. Daftar Masalah Keperawatan

1) Waham

2) Isolasi sosial

3) Risiko perilaku kekerasan

c. Pohon Masalah



Gambar 1 Kajian Teori Pohon Masalah Asuhan Keperawatan Waham Dengan Grounding Therapy Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Nakula Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

2. Diagnosis Keperawatan

a. Waham berhubungan dengan isolasi sosial dibuktikan dengan mengungkapkan isi waham, menunjukkan perilaku sesuai isi waham, isi pikir tidak sesuai realitas, isi pembicaraan sulit dimengerti, merasa sulit berkonsentrasi, merasa khawatir, curiga berlebihan, waspada berlebihan, bicara berlebihan, sikap menentang atau permusuhan, wajah tegang, pola tidur berubah, tidak mampu mengambil keputusan, *flight of idea*, produktifitas kerja menurun, tidak mampu merawat diri, menarik diri

b. Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan waham curiga dibuktikan dengan pemikiran waham/delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, disfungsi sistem keluarga, kerusakan kognitif, disorientasi atau konfusi, kerusakan kontrol impuls, 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, impulsif, ilusi.

3. Rencana Keperawatan

Tabel 1
Intervensi Asuhan Keperawatan Waham Dengan *Grounding Therapy* Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Nakula Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4
Waham **Definisi** : Keyakinan yang keliru tentang isi pikiran yang dipertahankan secara kuat atau terus menerus namun tidak sesuai dengan kenyataan **Penyebab :** 1. Faktor psikodinamik (mis.isolasi sosial, hipersensitif) **Gejala dan Tanda Mayor** **Subjektif :** 1. Mengungkapkan isi waham **Objektif :** 2. Menunjukkan perilaku sesuai isi waham	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 12 kali pertemuan selama 20 menit diharapkan **Status Orientasi Membaik** dengan kriteria hasil : 1. Mampu menjawab salam, menyebutkan identitas, menyebutkan masalahnya 2. Verbalisasi waham menurun (4) 3. Perilaku waham menurun (3) 4. Khawatir menurun (4)	**1. Bina Hubungan Saling Percaya** **2. Manajemen Waham** **Observasi :** 1. Monitor waham yang isinya membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan 2. Monitor efek terapeutik dan efek samping obat **Terapeutik :** 1. Tunjukkan sikap tidak menghakimi secara konsisten berfokus pada perasaan yang mendasari waham 2. Hindari perdebatan	1. Menurunkan tingkat ansietas dan rasa terancam **2. Manajemen Waham** **Observasi :** 1. Untuk mengetahui risiko perilaku berbahaya sehingga tindakan pencegahan dapat segera dilakukan**.** 2. Untuk menilai keberhasilan terapi **Terapeutik :** 1. Untuk meningkatkan rasa aman dan kerja sama pasien selama perawatan

1	2	3	4
Isi pikir tidak sesuai realitas **Gejala dan Tanda Minor** **Subjektif :** 1. Merasa khawatir **Objektif :** 1. Curiga berlebihan 2. Bicara berlebihan	5. Curiga menurun (3)	3. Hindari memperkuat gagasan waham 4. Sediakan lingkungan aman dan nyaman 5. Lakukan intervensi pengontrolan perilaku waham (*Grounding Therapy*) **Edukasi :** 1. Anjurkan mengungkapkan dan memvasilidasi waham (uji realitas) dengan orang yang dipercaya (pemberi asuhan/keluarga) 2. Anjurkan melakukan rutinitas harian secara konsisten 3. Latih manajemen stres 4. Jelaskan tentang waham serta	2. Agar pasien merasa diterima 3. Untuk membantu pasien mengenali emosi yang dirasakan tanpa memperkuat isi waham. 4. Agar pasien paham 5. Untuk mencegah keyakinan waham semakin menetap 6. Untuk mengurangi kecemasan dan menjaga keamanan pasien 7. Untuk membantu pasien mengubah pola pikir yang tidak realistis. **Edukasi :** 1. Untuk membantu pasien melakukan uji realitas.

1	2	3	4
		penyakit terkait (mis.delirium, skizofrenia, atau depresi), cara mengatasi dan obat yang diberikan **Kolaborasi :** 1. Kolaborasi pemberian obat, sesuai indikasi *a. Stelosi* 5 mg (2x sehari) *b. Trihexyphenidyl* 2 mg (1x sehari) *c. Lorazepam* 1 mg (1x sehari) 2. Fasilitasi pasien untuk mendapatkan dukungan	3. Untuk meningkatkan kestabilan perilaku dan orientasi realita. **4.** Untuk membantu pasien mengontrol stres yang dapat memicu atau memperberat waham. **5.** Untuk meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga **Kolaborasi :** **1.** Untuk membantu mengurangi gejala waham dan menstabilkan kondisi pasien.

(Sumber : *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016 ; Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018 ; Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019)*

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 2
Implementasi Asuhan Keperawatan Waham Dengan *Grounding Therapy* Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Nakula Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
1	2	3	4	5
Pertemuan 1 Selasa, 28 April 2026, pukul 09.00-09.20 Wita Pertemuan 2 Selasa, 28 April 2026, pukul 10.00-10.20 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	1. Membina Hubungan Saling Percaya 2. Memonitor perilaku yang mengindikasi waham	S :Pasien mampu menyebutkan salam, identitas, orientasi waktu dan tempat, dan isi pikirnya O :Pasien tampak kurang kooperatif dan menunjukkan sikap curiga terhadap lingkungan sekitar.	TTD dan Nama
Pertemuan 3 Rabu, 29 April 2026 pukul 10.00-10.20 wita Pertemuan 4 Rabu, 29 April 2026 pukul 11.00-11.30 wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	1. Memonitor perilaku yang mengindikasi waham 2. Mengajarkan pasien cara mengontrol pikiran *(Grounding Therapy)*	S : Pasien secara repetitif mengungkapkan ketakutan, kecemasan, dan rasa tidak aman akibat adanya pikiran delusif bahwa orang-orang di sekitarnya berniat mencelakai serta meracuninya O : Pasien tampak tegang dan waspada, padngan menyisir ruangan, kontak mata kurang. Dengan	TTD dan Nama

1	2	3	4	5
			bimbingan perawat dan didampingi ayah, pasien mampu melakukan orientasi sensorik terbatas (menyebutkan 2 objek visual dan menyentuh 1 objek taktil). Menolak stimulasi olfaktori/gustatori. Frekuensi napas menurun dari 24 x/menit menjadi 20 x/menit diakhir sesi.	
Pertemuan 5 Kamis, 30 April 2026, pukul 10.00-10.20 Wita Pertemuan 6 Kamis, 30 April 2026, pukul 11.00-11.20 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	1. Memonitor isi waham (mis.kekerasan atau membahayakan diri) 2. Mengajarkan pasien cara mengontrol pikiran *(Grounding Therapy)*	S : Pasien mengatakan masih sering muncul pikiran bahwa ada orang yang ingin mengancam, menyakiti, dan meracuninya; namun pasien menambahkan bahwa dirinya merasa sedikit lebih tenang setelah mencoba fokus melihat dan bahwa dirinya merasa sedikit lebih tenang setelah mencoba fokus melihat dan menyentuh benda	TTD dan Nama

1	2	3	4	5
			-benda di sekitarnya O : a. Pasien mampu mengidentifikasi dan menyebutkan 3 objek fisik di ruangan secara mandiri (misal: lemari, warna jilbab perawat, dan sandal) b. Pasien mampu merasakan dan menjelaskan perbedaan tekstur saat menyentuh permukaan meja yang halus dan kain gorden yang kasar. c. Pasien mampu fokus mendengarkan dan menyebutkan asal suara (misal: suara air mengalir dari kamar mandi dan suara langkah kaki di luar)	

1	2	3	4	5
			d. Pasien mulai menunjukkan keterbukaan dengan mau menghirup aroma minyak kayu putih yang diberikan, tanpa memunculkan reaksi defensif atau penolakan	
Pertemuan 7 Jumat, 1 Mei 2026, pukul 09.00-09.20 Wita Pertemuan 8 Jumat, 1 Mei 2026, pukul 10.00-10.20 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi soaial	1. Mengajarkan pasien cara mengontrol pikiran (*Grounding Therapy)* 2. Mengkolaborasi pemberian obat dan mengingatkan pasien rutin untuk minum obat	S : Pasien mengatakan masih sering muncul pikiran bahwa ada orang yang mengancam, ingin menyakiti, dan meracuninya. O : a. Pasien secara lancar mengidentifikasi 5 objek visual di ruangan dan mampu mendeskripsikan secara detail komponen taktil yang disentuhnya (misal: suhu dingin pada	TTD dan Nama

1	2	3	4	5
			permukaan botol air dan tekstur kasar pada anyaman kursi). b. Pasien mampu membedakan stimulus suara latar (seperti suara kendaraan di luar ruangan dan petikan jari perawat) secara akurat c. Pasien mampu mengenali dan menyebutkan jenis aroma terapi (misal: aroma lemon/minyak kayu putih) dengan ekspresi wajah yang tenang. d. Pasien mulai menunjukkan pemulihan ego yang signifikan dengan bersedia menerima dan mengonsumsi air dengan ekspresi wajah yang tenang	

1	2	3	4	5
			e. Pasien mulai menunjukkan pemulihan ego yang signifikan dengan bersedia menerima dan mengonsumsi air minum/permen yang disediakan selama terapi tanpa memunculkan kecurigaan diracuni	
Pertemuan 9 Sabtu, 2 Mei 2026, pukul 10.00-10.20 wita Pertemuan 10 Sabtu, 2 Mei 2026, pukul 11.00-11	Waham berhubungan dengan isolasi soaial	1. Mengkolaborasi pemberian obat dan mengingatkan pasien rutin untuk minum obat 2. Mengajarkan pasien cara mengontrol pikirannya (*Grounding Therapy)*	S : Perawat yang bertugas mengatakan pasien sudah rutin mengonsumsi obat setiap hari untuk membantu mengontrol pikiran curiga dan keyakinan bahwa ada orang yang ingin mencelakainya O : Pasien tampak kooperatif saat diberikan obat a. Pasien secara cepat dan akurat mengintegrasikan panca indranya	TTD dan Nama

1	2	3	4	5
			untuk mengenali stimulus nyata di ruangan (menyebutkan 5 objek visual, merasakan 4 tekstur taktil berbeda, mengidentifikasi 3 sumber suara, dan membedakan 2 aroma terapi) Pasien menunjukkan pemulihan kepercayaan (*therapeutic alliance*) yang penuh; mau menghabiskan makanan/minuman yang disajikan di ruang rawat secara mandiri tanpa memperlihatkan keraguan atau perilaku memeriksa makanan secara berlebihan akibat delusi diracuni.	

1	2	3	4	5
Pertemuan 11 Minggu, 3 Mei 2026, pukul 10.00-10.20 wita Pertemuan 12 Minggu, 3 Mei 2026, pukul 11.00-11.20 wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	1. Mengajarkan pasien cara mengontrol pikirannya (*Grounding Therapy)* 2. Memonitor isi waham (mis.kekerasan atau membahayakan diri)	S : Pasien mengatakan perasaannya jauh lebih tenang, santai, dan merasa aman berada di lingkungannya sekarang pasien juga menambahkan bahwa pikiran-pikiran buruk tentang orang yang ingin mengancam atau meracuninya sudah tidak pernah muncul lagi, serta merasa percaya diri untuk kembali berinteraksi dengan orang lain di luar rumah. O : Pasien secara simultan dan lancar menjabarkan kesadaran penuh terhadap momen saat ini (*present moment*) melalui identifikasi 5 objek visual, 4 stimulasi taktil, 3 stimulus auditori, 2 stimulus olfaktori, dan 1 stimulus gustatori secara akurat	TTD dan Nama

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3
Evaluasi Asuhan Keperawatan Waham Dengan *Grounding Therapy* Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Nakula Rumah Sakit Manah Shanti Mahottama Tahun 2026

Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Pertemuan 1, Selasa, 28 April 2026, pukul 09.00 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Pasien mampu menyebutkan salam, identitas, orientasi waktu dan tempat, dan isi pikirnya O : Pasien tampak awalnya kurang kooperatif dan menunjukkan sikap curiga terhadap lingkungan. Pasien memiliki riwayat pengalaman tidak menyenangkan (dibully oleh teman-temannya) yang memperkuat rasa tidak percaya terhadap orang lain. Selama intervensi, pasien tampak lebih kooperatif, mau berbicara saat ditanya, dan perlahan mulai fokus dalam menjawab pertanyaan. Pasien juga mulai mampu menerapkan latihan mengontrol pikiran curiga (manajemen waham *Grounding Therapy*) ketika beberapa kali teralihkan oleh keyakinannya.	TTD dan Nama

1	2	3	4
		A : Bina hubungan saling percaya tercapai P : Lanjutkan Tindakan keperawatan untuk mencapai kriteria hasil yang ke 2	
Pertemuan 2 Selasa, 28 April 2026, pukul 10.00 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Pasien mengatakan sering muncul pikiran bahwa ada orang yang mengancam, ingin menyakiti, dan meracuninya. O : a. Tampak beberapa kali berbicara sendiri. b. Tampak curiga, waspada, dan defensif terhadap lingkungan sekitar. c. Menolak/mempertahankan keyakinannya saat dilatih teknik *grounding* (manajemen waham). A : Verbalisasi waham menurun (2) P : Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mencapai kriteria hasil yang ke 3	TTD dan Nama

1	2	3	4
Pertemuan 3 Rabu, 29 April 2026, pukul 09.00 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Pasien mengatakan masih sering muncul pikiran bahwa ada orang yang mengancam, ingin menyakiti, dan meracuninya. O : Saat dilatih mengontrol pikiran curiga (manajemen waham/*Grounding* pasien mengikuti sesi II terapi dengan baik. A : Perilaku waham menurun (2) P : Lanjutkan untuk mencapai kriteria hasil yang ke 3	TTD dan Nama
Pertemuan 4 Rabu, 29 April 2026, pukul 10.00 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Pasien mengatakan masih sering muncul pikiran bahwa ada orang yang mengancam, ingin menyakiti, dan meracuninya O : Pasiem mampu mengindetifikasi serta menyebutkan 3 objek visual (lemari, jam dinding, sandal) dan merasakan 2 stimulasi taktil diruang rawat A : Perilaku waham menurun (2) P : Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mengatasi kriteria hasil yang ke 3	TTD dan Nama

1	2	3	4
Pertemuan 5 Kamis, 30 April 2026, pukul 09.00 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Perawat yang bertugas mengatakan pasien sudah rutin mengonsumsi obat setiap hari untuk membantu mengontrol pikiran curiga dan keyakinan bahwa ada orang yang ingin mencelakainya. O : Pasien tampak kooperatif saat diberikan obat, menunjukkan sikap lebih tenang, serta mengikuti sesi IV terapi (manajemen waham/ *Grounding Therapy*) dengan baik A : Perilaku waham menurun (4) P : Lanjutkan untuk mengatasi kriteria hasil yang ke 4	TTD dan Nama
Pertemuan 6 Kamis, 30 April 2026, pukul 10.00 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Pasien mengatakan masih sering muncul pikiran bahwa ada orang yang ingin mengancam, menyakiti, dan meracuninya. O : Pasien tampak kooperatif saat mengikuti latihan mengontrol pikiran curiga (manajemen waham/ *Grounding Therapy* sesi II). Pasien mau berbicara ketika	TTD dan Nama

1	2	3	4
		ditanya, mulai fokus dalam menjawab pertanyaan, dan mampu menerapkan latihan yang diajarkan untuk mengontrol pikiran curiga ketika perhatian mulai teralihkan oleh isi waham. Kontak mata mulai membaik dan pasien tampak lebih tenang selama intervensi berlangsung A : Khawatir menurun (2) P : Lanjutkan untuk mengatasi kriteria hasil yang ke 4 dan 5	
Pertemuan 7 Jumat, 1 Mei 2026, pukul 10.00 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Pasien mengatakan masih sering muncul pikiran bahwa ada orang yang mengancam, ingin menyakiti, dan meracuninya. O : Pasien tampak cemas saat menceritakan pikirannya. Pasien terlihat waspada dan curiga terhadap lingkungan sekitar. Pasien mengikuti sesi III terapi manajemen waham/ *Grounding Therapy* dengan baik, tampak lebih kooperatif, mau menjawab pertanyaan, dan mampu mengikuti latihan yang	TTD dan Nama

1	2	3	4
		diberikan selama terapi berlangsung. A : Khawatir menurun (3), curiga menurun (1) P : Lanjutkan untuk mengatasi kriteria hasil yang ke 5	
Pertemuan 8 Jumat, 1 Mei 2026, pukul 11.00 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Pasien mengatakan masih sering muncul pikiran bahwa ada orang yang mengancam, ingin menyakiti, dan meracuninya. O : Pasien tampak cemas saat menceritakan pikirannya. Pasien terlihat waspada dan curiga terhadap lingkungan sekitar. Pasien mengikuti sesi III terapi manajemen waham/ *Grounding Therapy* dengan baik, tampak lebih kooperatif, mau menjawab pertanyaan, dan mampu mengikuti latihan yang diberikan selama terapi berlangsung. A : Curiga menurun (2) P : Lanjutkan untuk mengatasi kriteria hasil yang ke 5	TTD dan Nama

1	2	3	4
Pertemuan 9 Sabtu, 2 Mei 2026, pukul 10.00 Wita	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Perawat yang bertugas mengatakan pasien sudah rutin mengonsumsi obat setiap hari untuk membantu mengontrol pikiran curiga dan keyakinan bahwa ada orang yang ingin mencelakainya. O : Pasien tampak kooperatif saat diberikan obat. Pasien menunjukkan sikap lebih tenang, kontak mata mulai membaik, dan mengikuti sesi IV terapi manajemen waham/ *Grounding Therapy* dengan baik. Pasien mampu mengikuti arahan selama terapi dan tampak lebih fokus saat berinteraksi. A : Curiga menurun (3) P : Lanjutkan untuk mengatasi kriteria hasil yang ke 5	TTD dan Nama
Pertemuan 10 Sabtu, 2 Mei 2026, pukul 11.00 Wita	Waham berhubungan isolasi sosial	S : Perawat yang bertugas mengatakan pasien sudah rutin mengonsumsi obat setiap hari untuk membantu mengontrol pikiran curiga dan keyakinan bahwa ada orang yang ingin mencelakainya.	TTD dan Nama

1	2	3	4
		O : Pasien tampak kooperatif saat diberikan obat. Pasien menunjukkan sikap lebih tenang, kontak mata mulai membaik, dan mengikuti sesi IV terapi manajemen waham/ *Grounding Therapy* dengan baik. Pasien mampu mengikuti arahan selama terapi dan tampak lebih fokus saat interaksi A : Curiga menurun (3) P : Lanjutkan untuk mengatasi kriteria hasil yang ke 5	
Pertemuan 11 Minggu, 3 Mei 2026, pukul 10.00	Waham berhubungan isolasi sosial	S : Pasien mengatakan masih sering muncul pikiran bahwa ada orang yang mengancam, menyakiti, dan meracuninya. O : Pasien tampak lebih kooperatif dalam mengikuti sesi V terapi manajemen waham/ *Grounding Therapy* Frekuensi melamun tampak berkurang. Pasien mau menjawab pertanyaan dan mengikuti latihan yang diberikan, namun masih belum mampu mengontrol pikiran curiga atau keyakinan waham secara optimal.	TTD dan Nama

1	2	3	4
		A : Curiga menurun (4) P : Lanjutkan untuk mengatasi kriteria hasil yang ke 5	
Pertemuan 12 Minggu, 3 Mei 2026, pukul 11.00	Waham berhubungan dengan isolasi sosial	S : Pasien mengatakan intensitas pikiran buruk tentang orang yang mengancam, menyakiti, dan meracuninya sudah jauh berkurang, saat ini hanya muncul sekitar 1–2 kali dalam sehari dan pasien sudah mampu mengabaikannya. Pasien menambahkan bahwa dirinya merasa jauh lebih tenang, santai, merasa aman berada di lingkungannya, serta merasa siap untuk kembali bersosialisasi dengan warga di sekitar rumahnya O : Pasien secara lancar mengintegrasikan panca indranya terhadap momen saat ini (*present moment*), mampu mengenali 5 objek visual, 4 stimulus taktil, 3 stimulus auditori, 2 stimulus olfaktori, dan bersedia menerima 1 stimulus gustatori (meminum air yang	TTD dan Nama

1	2	3	4
		disediakan) tanpa ekspresi curiga atau takut diracuni A : Perilaku Curiga menurun (4) P : Lanjutkan tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosis keperawatan ke 2	

D. Konsep Grounding Therapy

1. Definisi *Grounding Therapy*

Grounding Therapy (Terapi Pembumian) merupakan salah satu teknik stabilisasi yang digunakan untuk membantu individu yang mengalami distorsi kognitif, disosiasi, atau kecemasan berat agar tetap terhubung dengan realita saat ini (*present moment*). Berbeda dengan terapi kognitif murni yang berfokus pada analisis pikiran, *grounding* lebih menekankan pada penggunaan stimulus eksternal melalui panca indra untuk mengalihkan perhatian dari dunia internal yang kacau (seperti isi waham) menuju lingkungan fisik yang nyata.

Menurut Fisher (2017) *grounding* didefinisikan sebagai strategi koping yang membantu seseorang "mendarat" kembali ke dunia nyata dengan cara memutus siklus pikiran maladaptif melalui aktivasi sistem sensorik. Dalam konteks asuhan keperawatan jiwa, teknik ini sangat efektif untuk pasien yang mengalami gejala psikotik karena sifatnya yang konkret dan tidak memerlukan konsentrasi kognitif yang kompleks yang sering kali sulit dilakukan oleh pasien skizofrenia.

Dalam buku *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*, Varcarolis (2020) menjelaskan bahwa teknik *grounding* berfungsi sebagai alat orientasi realita yang

praktis. Bagi pasien skizofrenia dengan waham, terapi ini tidak bertujuan untuk mendebat isi waham secara verbal, melainkan membantu pasien menyadari keberadaan fisik dan lingkungan sekitarnya melalui penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman, dan pengecapan.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa Grounding Therapy adalah intervensi keperawatan non-farmakologis yang memanfaatkan stimulasi panca indra untuk menarik fokus pasien keluar dari keyakinan wahamnya, sehingga pasien dapat merasakan keamanan dan kehadiran di realita saat ini secara mandiri dan adaptif.

2. Tujuan *Grounding Therapy*

Berdasarkan literatur keperawatan jiwa (Varcarolis, 2020), tujuan utama dari pemberian *grounding therapy* adalah:

a. Mengalihkan fokus pasien dari isi waham ke stimulus nyata di sekitarnya.
b. Mengurangi kecemasan atau kepanikan yang sering menyertai munculnya pikiran-pikiran delusi.
c. Membantu pasien kembali memiliki kontrol atas pikiran dan tubuhnya (kesadaran diri terhadap realita).
d. Agar tetap terhubung pada realitas, risiko pasien untuk bertindak berdasarkan instruksi waham dapat diminimalkan

3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Efektivitas *Grounding Therapy*

Grounding therapy (terapi penambatan realitas) adalah teknik intervensi kognitif-perilaku yang dirancang untuk mengalihkan fokus pasien dari distorsi internal (seperti pikiran curiga, kecemasan akut, atau waham) kembali ke realitas lingkungan eksternal saat ini melalui optimalisasi pancaindra. Keberhasilan

implementasi *grounding therapy* pada pasien waham tidak bersifat instan, melainkan dipengaruhi oleh interaksi kompleks dari beberapa faktor klinis berikut:

a. Faktor Internal Pasien

1) Tingkat Ansietas dan Agitasi Akut

Jika pasien berada dalam fase kecemasan ekstrem (*panic state*) atau agitasi motorik yang hebat, korteks prefrontal (pusat kendali kognitif) mengalami "pembajakan" oleh sistem limbik. Pada kondisi ini, pasien akan kesulitan menerima instruksi verbal perawat untuk melakukan teknik *grounding* (misalnya teknik 5-4-3-2-1).

2) Intensitas Fiksasi Waham

Seberapa kuat keyakinan palsu tersebut tertanam di kognitif pasien memengaruhi resistensinya. Waham yang sudah kronis dan terfiksasi kuat membutuhkan waktu intervensi yang lebih lama dibandingkan dengan waham fase akut awal.

3) Tingkat Kemampuan Atensi dan Konsentrasi

Grounding memerlukan fungsi atensi yang intak untuk memproses stimulus sensorik (melihat objek, mendengar suara ruangan). Penurunan fokus akibat pengaruh sisa-sisa psikotik atau efek sedasi obat dapat menghambat efisiensi terapi.

4) Wawasan Diri (*Insight*)

Pasien yang mulai memiliki *insight* parsial (mengetahui bahwa dirinya sedang sakit atau menyadari pikiran curiganya berlebihan) akan jauh lebih responsif dan kooperatif saat dilatih melakukan *grounding* dibandingkan pasien yang mengalami penolakan total (*insight* skor 1)

b. Faktor Interpersonal dan Lingkungan

1) Kualitas Kesiapan Hubungan Saling Percaya (BHSP)

Ini merupakan faktor penentu utama. Pasien waham tidak akan mau mengikuti instruksi *grounding* (seperti menutup mata atau memegang benda tertentu) jika ia masih menaruh curiga dan belum memercayai perawat sebagai figur yang aman.

2) Tingkat Stimulus Lingkungan Sekitar

Lingkungan yang terlalu bising, padat, atau overstimulasi (banyak orang berlalu-lalang di ruangan) dapat memecah konsentrasi pasien, sehingga mempersulit perawat untuk menambatkan fokus kognitif pasien pada satu stimulus *grounding* yang spesifik. Lingkungan yang tenang dan kondusif sangat diperlukan di awal latihan.

c. Faktor Terapi dan Klinis

1) Kepatuhan dan Efektivitas Farmakoterapi

Obat antipsikotik (seperti Risperidone atau Stelosi) bekerja menurunkan hiperaktivitas dopamin di otak yang memicu waham. *Grounding therapy* akan bekerja jauh lebih optimal jika ketidakseimbangan neurobiologis pasien telah mulai distabilkan secara kimiawi melalui pengobatan yang teratur.

2) Konsistensi dan Frekuensi Latihan

Struktur plastisitas otak membutuhkan repetisi. Latihan *grounding* yang dilakukan secara konsisten dan terjadwal dalam rencana harian pasien (bukan hanya saat waham muncul) akan membentuk *muscle memory* kognitif, sehingga pasien secara perlahan mampu menggunakannya secara mandiri saat pikiran curiga mulai datang.

4. Dimensi dalam *Grounding Therapy*

Grounding therapy merupakan intervensi klinis yang bertujuan untuk "menambatkan" kembali kesadaran pasien yang sedang mengalami distorsi proses pikir atau kecemasan ekstrem ke saat ini (*here and now*) dan ke bumi (*focal point* lingkungan nyata). Secara teoretis, menurut para ahli keperawatan jiwa dan psikologi klinis (seperti Najavits, 2002 dalam konsep *Seeking Safety*), *grounding therapy* dibagi menjadi tiga dimensi utama, yaitu: dimensi fisik (*physical*), dimensi mental/kognitif (*mental*), dan dimensi menenangkan/spiritual (*soothing*). Berikut adalah penjabaran ketiga dimensi tersebut beserta aplikasinya pada pasien waham:

a. Dimensi Fisik (*Physical Grounding*)

Dimensi ini berfokus pada pemanfaatan stimulus sensorik (pancaindra) dan kesadaran tubuh untuk mengalihkan perhatian pasien dari pikiran curiga atau keyakinan wahamnya. Tubuh digunakan sebagai jangkar utama untuk terhubung dengan realitas fisik. Mekanisme Kerja: Mengaktifkan reseptor sensorik perifer untuk mengirimkan sinyal nyata ke otak, sehingga menekan dominasi dialog internal/pikiran delusif.

Aplikasi Klinis pada Pasien Waham:

1) Sentuhan Fisik Realitas: Meminta pasien menggenggam sebongkah es batu, memegang permukaan meja yang kasar, atau memegang segelas air hangat. Perawat mengarahkan fokus pasien pada sensasi suhu atau tekstur tersebut.
2) Penambatan Kaki: Menginstruksikan pasien untuk menginjakkan kedua kaki dengan kuat ke lantai, merasakan topangan bumi, atau berjalan perlahan sambil menyadari setiap langkahnya.

3) Teknik Pernapasan Terkontrol: Melatih napas dalam dengan fokus pada sensasi udara yang keluar-masuk melalui hidung dan gerakan dada.

b. Dimensi Mental / Kognitif (*Mental Grounding*)

Dimensi ini berfokus pada manipulasi kognitif dengan cara mengaktifkan fungsi intelektual dan logika pasien. Pasien diajak melakukan aktivitas mental yang membutuhkan konsentrasi guna menguras energi kognitif yang tadinya terfiksasi pada pikiran waham. Mekanisme Kerja: Menstimulasi korteks prefrontal (pusat logika dan atensi) untuk mengambil alih kendali kesadaran dari sistem limbik (pusat kecemasan/curiga).

Aplikasi Klinis pada Pasien Waham:

1) Metode 5-4-3-2-1 (Paling Sering Digunakan): Meminta pasien menyebutkan secara verbal 5 benda yang dilihat di ruangan, 4 suara yang didengar, 3 tekstur yang bisa disentuh, 2 bau yang tercium, dan 1 rasa di lidah.
2) Permainan Kognitif Sederhana: Meminta pasien menghitung mundur dari angka 100 dikurangi 7 secara berurutan (100, 93, 86, ...), menyebutkan nama-nama hari atau bulan secara terbalik, atau mengeja nama aslinya dari belakang.
3) Deskripsi Lingkungan Objektif: Meminta pasien menjabarkan sebuah objek netral di ruangan secara detail tanpa interpretasi personal (misal: *"Itu jam dinding, bentuknya bulat, warnanya putih, jarumnya berputar"*). Hal ini sangat efektif untuk memutus rantai waham curiga.

c. Dimensi Menenangkan / Emosional (*Soothing Grounding*)

Dimensi ini berfokus pada regulasi emosi melalui stimulasi verbal diri (*self-talk*) yang positif dan menenangkan. Tujuannya adalah meminimalkan perasaan terancam, khawatir, atau panik yang dipicu oleh isi wahamnya. Mekanisme Kerja:

Menurunkan respons *fight-or-flight* pada sistem saraf otonom dengan mengalirkan rasa aman dan kasih sayang kepada diri sendiri (*self-compassion*).

Aplikasi Klinis pada Pasien Waham:

1) Pernyataan Validasi Realitas: Mengajarkan pasien untuk mengucapkan kalimat orientasi realitas secara verbal atau di dalam hati untuk menurunkan kecemasan
2) Visualisasi Tempat Aman (*Safe Place Imagery*): Memandu pasien membayangkan sebuah tempat nyata yang pernah ia kunjungi yang memberikan rasa damai dan sangat aman (bukan tempat imajinatif/waham).
3) Mengingat Memori Positif: Mengarahkan pikiran pasien pada kemampuan positif atau hobi yang menyenangkan yang bisa ia lakukan di ruangan perawatan.

5. Dampak dan Manfaat *Grounding Therapy* pada Pasien Waham

Grounding therapy memberikan dampak klinis yang signifikan baik secara fisiologis maupun psikologis. Pada pasien waham, terapi ini tidak bertujuan untuk mendebat isi waham secara langsung, melainkan memutus rantai distorsi kognitif dengan mengembalikan kesadaran pasien ke realitas saat ini (*here and now*). Secara teoretis, dampak positif dari keberhasilan implementasi *grounding therapy* dapat dibagi menjadi beberapa aspek berikut:

a. Dampak terhadap Proses Pikir dan Kognitif

Dampak paling utama dari *grounding* adalah melatih kembali kemampuan otak pasien untuk mengalihkan atensinya dari stimulus internal yang salah menuju stimulus eksternal yang nyata di sekitarnya. Saat pasien mulai tenggelam dalam pikiran wahamnya, teknik *grounding* (seperti metode 5-4-3-2-1) memaksa korteks prefrontal untuk aktif bekerja. Aktivitas mental ini memetakan ulang fokus atensi,

sehingga proses fiksasi atau penguatan isi waham di dalam pikiran dapat dihentikan secara perlahan. Latihan penambatan indra secara berulang berdampak pada perbaikan rentang perhatian (*attention span*) pasien. Pasien menjadi lebih fokus, tidak mudah terdistraksi oleh dialog internalnya, dan mampu menjawab pertanyaan secara lebih terarah (kooperatif).

b. Dampak terhadap Respon Psikologis dan Emosional

Waham sering kali dipicu dan diperburuk oleh kecemasan ekstrem (*severe anxiety*). Dengan mengalihkan fokus dari pikiran yang menakutkan (misalnya pada waham curiga) ke objek fisik yang netral dan aman di sekitarnya, tingkat ketegangan psikologis pasien akan menurun drastis. Teknik *grounding* yang dikombinasikan dengan dimensi *soothing* efektif membantu pasien menyadari bahwa lingkungan di sekitarnya saat ini seperti ruang perawatan berada dalam kondisi aman dan tidak berbahaya. Dampaknya, sikap defensif, prasangka buruk, dan kewaspadaan yang melelahkan pada pasien dapat mereda. Pasien waham sering kali merasa tidak berdaya karena pikirannya dikendalikan oleh delusinya. Keberhasilan melakukan *grounding* memberikan dampak psikologis bahwa pasien memiliki kuasa untuk mengendalikan apa yang ingin ia pikirkan dan rasakan.

c. Dampak Fisiologis dan Perilaku

Secara biologis, ketika kecemasan akibat waham menurun melalui stimulasi sensorik yang menenangkan, tubuh akan menurunkan produksi hormon stres (adrenalin dan kortisol). Dampaknya adalah penurunan denyut nadi, stabilisasi tekanan darah, dan relaksasi otot-otot yang tadinya tegang. Dengan terisinya kapasitas kognitif pasien oleh realitas, dorongan motorik yang menyimpang akibat waham sehingga tanda dan gejala seperti sikap waspada berlebih, pandangan mata

yang penuh kecurigaan, serta perilaku defensif atau agresif akibat dorongan wahamnya akan menurun secara signifikan. Pasien secara bertahap mulai menunjukkan gestur tubuh yang santai, kontak mata yang stabil saat berinteraksi, dan mau terlibat dalam aktivitas ruangan (seperti merapikan tempat tidur atau berolahraga) karena fokusnya sudah terjebak kembali di dunia nyata.

6. Standar Operasional Prosedur Terapi

Protokol intervensi *grounding therapy* yang diberikan sebanyak 12 kali pertemuan, dengan frekuensi 1–2 kali sehari, dan durasi 15–30 menit per sesi didasarkan pada integrasi Teori Asuhan Keperawatan Jiwa oleh Gail W. Stuart (2013) dan Protokol *Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis* (CBTp) oleh David Kingdon & Douglas Turkington. Berdasarkan teori Stuart, durasi singkat selama 15–30 menit sangat krusial karena pasien skizofrenia dengan gangguan proses pikir memiliki rentang perhatian (*attention span*) yang pendek, sehingga sesi yang singkat namun konsisten mencegah kelelahan mental dan menjaga fokus pasien pada realitas. Sementara itu, pemilihan total 12 sesi merujuk pada protokol CBTp terstruktur dari Kingdon & Turkington serta konsep *grounding* dari Dr. Lisa M. Najavits (2012 yang menyatakan bahwa rentang 8 hingga 12 sesi dengan pengulangan rutin setiap hari adalah waktu optimal yang dibutuhkan otak pasien untuk mengalihkan fokus dari distorsi internal (waham curiga) ke realitas eksternal (*here and now*), sekaligus membentuk refleks koping yang kuat hingga pasien mencapai tahap kemandirian penuh.

Tabel 4
Standar Operasional Prosedur

Tahap	Prosedur Kerja
Pra-interaksi	1. Verifikasi data pasien dan kondisi waham. 2. Siapkan lingkungan yang tenang dan minim distraksi.
Orientasi	1. Berikan salam terapeutik dan validasi perasaan pasien 2. Jelaskan tujuan: "Membantu Bapak/Ibu agar merasa lebih tenang dan fokus pada keadaan sekitar."
Tahap kerja	1. Langkah 1 (visual) : Minta pasien menyebutkan 5 benda yang dilihat di ruangan (contoh: meja, lampu, kursi). 2. Langkah 2 (taktil) : Minta pasien menyebutkan 4 benda yang bisa disentuh/dirasakan teksturnya (contoh: kain baju, dinginnya lantai). 3. Langkah 3 (auditori) : Minta pasien menyebutkan 3 suara yang terdengar (contoh: suara kipas angin, kendaraan di luar). 4. Langkah 4 (olaktori) : Minta pasien menyebutkan 2 aroma yang tercium (contoh: bau minyak kayu putih, aroma kopi). 5. Langkah 5 (gustatori) : Minta pasien menyebutkan 1 hal yang

	dapat dirasakan indra pengecap (contoh: rasa air putih/permen).
Terminasi	1. Evaluasi perasaan pasien 2. Evaluasi pencapaian tujuan 3. Berikan pujian (*reinforcement*) atas upaya pasien 4. Anjurkan pasien melakukan ini secara mandiri saat pikiran waham mulai muncul.

(Sumber : *Najavits, L. M. (2012). Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. Guilford Press)