BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia Paranoid

2.1.1 Definisi Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid merupakan salah satu jenis gangguan skizofrenia yang ditandai dengan gejala dominan berupa delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi, terutama halusinasi pendengaran. Penderita biasanya tetap memiliki fungsi kognitif yang relatif baik dibandingkan dengan tipe skizofrenia lainnya, namun terganggu dalam hal berpikir logis dan hubungan sosial. Gangguan ini termasuk dalam gangguan psikotik berat yang dapat memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku, meskipun individu tersebut sering kali masih terlihat memiliki kesadaran penuh dan daya intelektual yang dapat dipertahankan (Harahap et al., 2025).

2.1.2 Faktor Penyebab Skizofrenia Paranoid

Etiologi skizofrenia bersifat multikompleks karena melibatkan interaksi berbagai faktor yang saling memengaruhi. Faktor-faktor tersebut meliputi ketidakseimbangan neurotransmiter otak, dinamika perkembangan psikologis sejak masa kanak-kanak, hingga paparan stresor psikososial yang berat serta berkepanjangan. Selain itu, skizofrenia tergolong sebagai penyakit kronis yang bersifat progresif dan sering kali mengalami kekambuhan (*relapse*). Sifat penyakit yang berlangsung jangka panjang ini kerap menimbulkan persepsi bahwa penderita skizofrenia tidak dapat disembuhkan (Fitriani et al., 2018)

2.1.3 Dampak dan Gejala Skizofrenia Paranoid

Menurut Sari, Fitri, dan Hasanah (2022), halusinasi pendengaran dapat menyebabkan penderita kehilangan kontrol diri, di mana tindakan mereka kerap didikte oleh suara-suara halusinasi yang diterimanya. Kondisi ini memicu kepanikan, histeria, perasaan tidak berdaya, kegagalan mencapai tujuan, ketakutan berlebih, hingga munculnya dorongan destruktif seperti melakukan bunuh diri (suicide), melukai orang lain, atau merusak lingkungan sekitar. Manifestasi skizofrenia paranoid sangat mengganggu keberlangsungan hidup penderita sehari-hari. Adanya waham paranoid membuat individu merasa selalu diawasi, diintai, atau terancam oleh orang lain tanpa dasar yang rasional. Keberadaan halusinasi—khususnya suara yang memberikan perintah atau komentar—semakin memperburuk kondisi psikologis pasien. Dampak klinis yang ditimbulkan meliputi penarikan diri dari kehidupan sosial, gangguan tidur, hingga munculnya perilaku agresif yang membahayakan keselamatan diri sendiri maupun orang lain. (Rahim & Yulianti, 2024)

Beberapa gejala Skizoprenia paranoid yang mempengaruhi seseorang, menurut (Ns Suyamto, 2024)

a. **Halusinasi pendengaran**

   Tanda dan gejala halusinasi pendengaran yaitu berbicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga atau mengarahkan telinga kearah tertentu.

b. **Halusinasi penglihatan**

Seseorang yang mengalami halusinasi penglihatan biasanya melihat bayangan yang menakutkan, menunjuk ke arah tertentu, dan merasa ketakutan terhadap sesuatu. yang tidak jelas atau tidak ada wujudnya.

c. Halusinasi pengecapan

Seseorang yang mengalami gangguan halusinasi pengecapan akan sering meludah, muntah dan merasakan sesuatu di dalam mulut seperti darah, urine, dan feses.

d. Halusinasi perabaan

Seseorang yang mengalami gangguan halusinasi perabaan akan merasakan seperti disengat oleh listrik, mengatakan ada serangga di permukaan kulit, dan biasanya sering menggaruk-garuk kulit.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Skizofrenia

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

   Sering ditemukan pada usia dini atau muncul pertama kali pada masa pubertas.

2. Keluhan Utama

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

3. Faktor Predisposisi

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

4. Psikososial

   a. Genogram

Orang tua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, saudara kembar 2-15%, saudara kandung 7-15%.

b. Konsep Diri

Kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi yang mengenai pasien akan mempengaruhi konsep diri pasien.

c. Hubungan Sosial

Klien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, berdiam diri.

d. Spiritual

Aktifitas spiritual menurun seiring dengan kemunduran kemauan.

5. Status Mental

a. Penampilan

Diri Pasien tampak lesu, tak bergairah, rambut acakacakan, kancing baju tidak tepat, resliting tak terkunci, baju tak diganti, baju terbalik sebagai manifestasi kemunduran kemauan pasien.

b. Pembicaraan

Nada suara rendah, lambat, kurang bicara, apatis.

c. Aktivitas Motorik

Kegiatan yang dilakukan tidak berfariatif, kecenderungan mempertahankan pada satu posisi yang dibuatnya sendiri (katalepsia).

d. Emosi

Emosi dangkal.

e. Afek

Dangkal, tak ada ekspresi roman muka.

f. Interaksi

Selama Wawancara Cenderung tidak kooperatif, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara, diam.

g. Persepsi

Tidak terdapat halusinasi atau waham.

h. Proses Berfikir

Gangguan proses berfikir jarang ditemukan.

i. Kesadaran

Kesadaran berubah, kemampuan mengadakan hubungan dengan dan pembatasan dengan dunia luar dan dirinya sendiri sudah terganggu pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan (secara kualitatif)

j. Memori

Tidak ditemukan gangguan spesifik, orientasi tempat, waktu, orang baik.

k. Kemampuan Penilaian

Tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan meskipun alasan tidak jelas atau tidak tepat.

l. Tilik Diri

Tidak ada yang khas.

6. Kebutuhan Sehari-hari

Pada permulaan penderita kurang memperlihatkan diri dan keluarganya, makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kamauan. Minat untuk memenuhi kebutuhannya sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat tidur (Sugeng Mashudi 2021).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien skizofrenia, adalah sebagai berikut : (Budi anna keliat 2019)

1. Gangguan persepsi sensori: Halunisasi berhubungan dengan gangguan penglihatan, pendengaran, penghiduan, perabaan.
2. Harga diri rendah berhubungan dengan Kurangnya pengakuan dari orang lain, gangguan psikiatri.
3. Isolasi sosial berhubungan dengan Ketidak mampuan menjalin hubungan yang memuaskan, perubahan status mental.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis/psikotik.
5. Waham berhubungan dengan faktor biologis: kelainan genetik/

keturunan, kelainan neurologis.

6. Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan waham.
7. Risiko bunuh diri.

2.2.3 Perencanaan

Perencanaan sebuah rencana mencakup penciptaan strategi yang bertujuan untuk menghindari, mengurangi, serta menangani isu-isu yang telah dikenali dalam analisis keperawatan. Rancangan perencanaan menunjukkan seberapa baik perawat dapat menentukan metode untuk menyelesaikan masalah secara efektif dan efisien (Sugeng Mashudi, 2021)

Tabel 2. 1 Perencanaan SAK

Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Gangguan sensori persepsi: Halusinasi	Pasien mampu: 1. Mengenali yang dialaminya 2. Mengontrol halusinasinya 3. Mengikuti program pengobatan secara optimal	Setelah 2x24 jam pertemuan pasien dapat menyebutkan: 1. Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan. 2. Mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi.	**SP.1 (Tgl 15 Desember)** 1. Bantu pasien mengenal halusinasi: 1) Isi 2) Waktu terjadinya 3) Frekuensi 4) Situasi pencetus 5) Perasaan saat terjadi halusinasi. 2. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakannya meliputi: 1) Jelaskan cara menghardik halusinasi 2) Peragakan cara menghardik 3) Minta pasien memperagakan ulang 4) Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien. 5) Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
			Setelah 2x24 jam pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	**SP.2 (Tgl 16 Desember)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1). 2. Latih berbicara/ bercakap dengan orang lain saat halusinansi muncul. 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
			Setelah 2x24 jam pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu	**SP.3 (Tgl 17 Desember)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2). 2. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul. Tahapannya: 1) Jelaskan

		memperagakanny a	pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi 2) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien 3) Latih pasien melakukan aktivitas 4) Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. 5) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.
	Setelah 2x24 jam pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan.	**SP.4** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2 dan 3). 2. Tanyakan program pengobatan. 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa. 4. Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program. 5. Jelaskan akibat bila putus obat. 6. Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat. 7. Jelaskan pengobatan (5B). 8. Latih pasien minum obat. 9. Masukan dalam jadwal harian pasien.	

Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan proses pikir waham

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Gangguan proses pikir: waham	Pasien mampu: 1. Berorientasi kepada realitas secara bertahap 2. Mampu berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan 3. Menggunakan obat dengan prinsip 6 benar	Setelah pertemuan pasien dapat memenuhi kebutuhannya.	**SP.1** 1. Identifikasi kebutuhan pasien. 2. Bicara konteks realita (tidak mendukung atau membantah waham pasien). 3. Latih pasien untuk memenuhi kebutuhannya. 4. Masukan dalam jadwal harian pasien.
			Setelah pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Mampu menyebutkan serta memilih kemampuan yang dimiliki	**SP.2** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP.1). 2. Identifikasi potensi/ kemampuan yang dimiliki. 3. Pilih dan latih potensi/ kemampuan yang dimiliki. 4. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
			Setelah pertemuan pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memilih kemampuan lain yang dimiliki.	**SP.3** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan 2). 2. Pilih kemampuan yang dapat dilakukan. 3. Pilih dan latih potensi kemampuan lain yang dimiliki. 4. Masukan dalam jadwal pasien.

Asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Perilaku kekerasan	Pasien mampu: 1. Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan 2. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 3. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 5. Mengontrol perilaku kekerasan secara: 1) Fisik 2) Sosial/verbal, 3) Spiritual 4) Terapi psikofarmako logi	Setelah pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan penyebab, tanda, gejala dan akibat perilaku kekerasan 2. Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan	**SP.1** 1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan. 2. Latih cara fisik 1: 1) Tarik napas dalam. 2) Masukan dalam jadwal harian pasien.
			Setelah pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan	**SP.2** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu SP.1. 2. Latih cara fisik 2: Pukul kasur/bantal. Masukan dalam jadwal harian pasien.
			Setelah pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutka kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara sosial/verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	**SP.3** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2). 2. Latih secara sosial/ verbal: Menolak dengan baik, Meminta dengan baik, 3. Mengungkapkan dengan baik. 4. Masukan dalam jadwal harian pasien.

	Setelah….. pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara spiritual	**SP.4** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2 dan 3). 2. Latih secara spiritual: Berdoa, Shalat. 3. Masukan dalam jadwal harian pasien.
	Setelah pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara patuh obat	**SP.5** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP.1, 2 ,3 dan 4). 2. Latih patuh obat: 1. Minum obat secara teratur dengan prinsip 5 B. 2. Susun jadwal minum obat secara teratur. 3. Masukan dalam jadwal harian pasien.

Asuhan pada pasien dengan harga diri rendah

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Gangguan konsep diri: harga diri rendah	Pasien mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek posiif yang dimiliki 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan 3. Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan 4. Melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan 5. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya	Setelah pertemuan klien mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang dimiliki 2. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan. Memilih kegiatan sesuai kemampuan 3. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih. 4. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih.	**SP.1** 1. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki 1) Diskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dari aspek positif seperti kegiatan pasien di rumah adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien. 2) Beri pujian yang realistis dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negative. 2. Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini 1) Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih digunakan saat ini 2) Bantu pasien menyebutkan nya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien 3) Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi

pendengar yang aktif

3. Pilih kemampuan yang akan dilatih
    1) Diskusikan dengan pasien beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari
    2) Bantu pasien menetapkan aktivitas mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri
        a) Aktivitas yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga
        b) Aktivitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien
        c) Beri contoh pelaksanaan aktivitas yang dapat dilakukan pasien
        d) Susun bersama pasien aktivitas atau kegiatan sehari-hari pasien

4. Nilai kemampuan pertama yang telah dipilih
   1) Diskusikan dengan pasien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih pasien)yang akan dilatihkan
   2) Bersama pasien dan keluarga memeperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan pasien
   3) Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai kemajuan yang diperlihatkan pasien.
5. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien
   1) Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan
   2) Beri pujian atas aktivitas/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari
   3) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi dan setiap perubahan
   4) Susun daftar

aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasien dan keluarga

5) Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.

6) Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas yang dilakukan pasien

SP.2

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1).
2. Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan.
3. Latih kemampuan yang dipilih.
4. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien

SP.3

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP.1 dan 2).
2. Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan.
3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.

Asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Isolasi sosial	Pasien mampu: 1. Menyadari penyebab isolasi sosial 2. Berinteraksi dengan orang lain	Setelah pertemuan pasien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menyadari penyebab isolasi sosial, keuntungan, dan kerugian berinteraksi dengan orang lain 3. Melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap.	**SP.1** 1. Identifikasi penyebab 1) Siapa yang satu rumah dengan pasien? 2) Siapa yang dekat dengan pasien? Apa sebabnya? 3) Siapa yang tidak dekat dengan pasien, apa sebabnya?
				SP.2 1. Evaluasi SP.1. 2. Latih berhubungan sosial secara bertahap. 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
				SP.3 1. Evaluasi SP.1 dan 2. Latih cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih. 3. Masukan jadwal kegiatan pasien.

Asuhan keperawatan pada pasien dengan kurang perawatan diri

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Defisit perawatan diri	Pasien mampu: 1. Melakukan kebersihan diri secara mandiri 2. Melakukan berhias/ berdandan secara baik 3. Melakukan makan dengan baik 4. Melakukan BAB/ BAK secara mandiri	Setelah pertemuan pasien dapat menjelaskan pentingnya: Kebersihan diri, Berdandan/berhias, Makan, BAB/BAK. Dan mampu melakukan cara merawat diri.	**SP.1** 1. Identifikasi: Kebersihan diri, Berdandan, Makan, BAB/BAK. 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri. 4. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
				SP.2 1. Evaluasi SP.1. Jelaskan pentingnya berdandan. 2. Latih cara berdandan. Untuk pasien laki-laki: Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur.Untuk pasien perempuan: Berpakaian, Menyisir rambut, Berhias. 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
				SP.3 1. Evaluasi kegiatan SP.1 dan 2. 2. Jelaskan cara dan alat makan yang benar. 3. Jelaskan cara mempersiapkan makan. 4. Jelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan. Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik. 5. Latih kegiatan makan.

		6. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
	1. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai. 2. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK.	**SP.4** 1. Evaluasi kemampuan pasien yang lalu (SP.1, 2 dan 3). 2. Latih cara BAB, BAK yang baik.

Asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko bunuh diri

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Risiko Bunuh Diri	Pasien tetap aman dan selamat	Setelah pertemuan pasien mampu: Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan, mampu mengendalikan dorongan bunuh diri.	**SP.1** 1. Identifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien. 2. Amankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien. 3. Lakukan kontrak treatment. 4. Ajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri. 5. Latih cara mengendalikan dorongan bunuh diri.
			Setelah pertemuan pasien mampu: Mengidentifikasi aspek positif dan mampu menghargai diri sebagai individu yang berharga.	**SP.2** 1. Identifikasi aspek positif pasien. 2. Dorong pasien untuk berpikir positif terhadap diri. 3. Dorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga.
			Setelah pertemuan pasien mampu: Mengidentifikasi pola koping yang konstruktif dan mampu menerapkannya.	**SP.3** 1. Identifikasi pola koping yang biasa diterapkan pasien. 2. Nilai pola koping yang biasa dilakukan. 3. Identifikasi pola koping yang konstruktif. 4. Dorong pasien memilih pola koping yang konstruktif. 5. Anjurkan pasien menerapkan pola koping yang konstruktif

		dalam kegiatan harian.
	Setelah pertemuan pasien mampu: Membuat rencana masa depan yang realistis dan mampu melakukan kegiatan.	**SP.4** 1. Buat rencana masa depan yang realistis bersama pasien. 2. Identifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistis. 3. Beri dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis.

2.2.4 Implementasi

Implementasi Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dalam praktik keperawatan jiwa membutuhkan perencanaan matang serta persiapan yang terstruktur guna menjamin intervensi berjalan secara efektif. Perawat wajib melakukan pengkajian mendalam untuk memetakan kondisi klinis dan menentukan kriteria pasien yang tepat, sehingga jenis kegiatan yang diberikan benar-benar presisi sesuai dengan kebutuhan psikososial individu. Perencanaan yang cermat memungkinkan perawat menciptakan lingkungan yang aman, mengendalikan dinamika kelompok, serta meminimalkan risiko gangguan perilaku selama sesi berlangsung. Dengan eksekusi yang terarah, TAK mampu mencapai sasaran terapeutik secara optimal, seperti meningkatkan kemampuan bersosialisasi, mengontrol emosi, memulihkan persepsi sensori, dan mempercepat proses pemulihan pasien secara holistik agar fungsi adaptif mereka dapat kembali optimal dalam kehidupan sehari-hari (Ns Suyamto, 2024)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui apakah tindakan dapat dilanjutkan selanjutnya (Ralini, 2024), Memahaman standart luaran pada proses keperawatan akan membawa perawat melakukan evaluasi secara terukur. Berbagai macam system evaluasi bias digunakan oleh perawat, salah satu yang popular digunakan adalah system evaluasi SOAP (Sugeng Mashudi, 2021)

2.3 Konsep Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi

2.3.1 Definisi Gangguan Pesepsi Sensori Halusinasi

Halusinasi adalah distori presepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologi maladaptive. Halusinasi biasanya muncul pada pasien gangguan jiwa diakibatkan terjadinya perubahan orientasi realita, pasien merasakan stimulasi yang sebetulnya tidak (Sulaiman et al., 2023)

Definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa skizofrenia paranoid adalah gangguan mental yang menunjukkan tanda-tanda seperti perubahan perilaku, tindakan yang tidak teratur, serta ekspresi emosi yang tidak normal, seperti tertawa tanpa sebab atau tersenyum tanpa tujuan. Sementara itu, halusinasi adalah kondisi di mana seseorang merasakan sesuatu, seperti melihat atau mendengar sesuatu, meskipun tidak ada stimulasi nyata dari luar yang menyebabkannya. Halusinasi pendengaran adalah jenis halusinasi yang paling sering terjadi, di mana seseorang mendengar suara, biasanya dalam bentuk perintah, padahal tidak ada sumber suara dari luar. Respons pasien terhadap halusinasi pendengaran bisa membuat mereka merasa takut, curiga, bingung, bahkan sampai melakukan tindakan merusak diri sendiri, serta kesulitan membedakan antara apa yang benar-benar terjadi dan apa yang hanya bayangan di pikiran.

2.3.2 Tanda Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi diidentifikasi melalui pengamatan perilaku serta keluhan subjektif pasien. Secara obyektif, penderita kerap menunjukkan perilaku bicara, tersenyum, atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa

bersuara, pergerakan mata cepat, respons verbal lambat, serta menarik diri dari lingkungan sosial. Secara psikologis, pasien mengalami ketidakmampuan membedakan realitas, penurunan daya fokus, kecurigaan, emosi labil seperti mudah marah atau tegang, hingga perilaku agresif yang berisiko merusak diri, orang lain, maupun lingkungan. Pada tingkat lanjut, dapat muncul kondisi agitasi, katatonik, serta penolakan terhadap instruksi keperawatan. Secara fisiologis, kondisi ini ditandai dengan peningkatan denyut jantung, frekuensi napas, tekanan darah, tremor, dan berkeringat akibat rasa cemas atau panik ekstrem. Pemahaman terhadap manifestasi klinis ini sangat krusial karena proses pembentukan halusinasi pada pasien pada dasarnya dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Rico, 2022)

2.3.3 Faktor Predisposisi Halusinasi

Berdasarkan jurnal dari Rico (2022) membahas bahwa ada 3 faktor predisposisi

1. Biologis yaitu adanya faktor herediter mengalami gangguan jiwa, adanya resiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan Napza. Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami ketika ditunjukkan dengan penelitian-penelitian seperti penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik. Beberapa zat kimia di otak seperti

dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

2. Psikologis yang mempengaruhi respon dan kondisi psikologis pasien yaitu keluarga, pengasuh dan lingkungan klien. Salah satu sikap atau keadaan yang bisa mempengaruhi gangguan orientasi realitas yaitu penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien adanya kegagalan yang berulang, kurangnya kasih sayang, atau overprotektif.
3. Sosial Budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

2.3.4 Faktor Presipitasi Halusinasi

Berdasarkan jurnal dari Rico (2022) membahas bahwa ada 3 faktor presipitasi

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

2. Stress lingkungan, dimana ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.
3. Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor

2.3.5 Proses Terjadinya Masalah Halusinasi

Halusinasi berkembang melalui empat fase, dan setiap fase mempunyai karakteristik yang berbeda (Rico, 2022) yaitu sebagai berikut:

1. Fase pertama (*fase comforting*) yaitu fase menyenangkan, dimana tahap ini nonpsikotik dengan karakteristik pasien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Pasien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cari ini hanya menolong sementara. Perilaku klien biasanya tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.
2. Fase kedua (*fase condemming* atau ansietas berat) yaitu halusinasi menjadi menjijikkan dan termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik pasien biasanya mempunyai pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berpikir sendiri jadi dominan mulai merasakan ada bisikan yang tidak jelas. tidak ingin orang lain mengetahui, dan pasien tetap dapat mengontrolnya. Perilaku pasien dengan meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut

jantung dan tekanan darah. Pasien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

3. Fase ketiga (*fase controlling* atau ansietas berat) yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa dan pasien menyerang pada halusinasinya. Karakteristiknya yaitu bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol pasien. Pasien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya. Perilaku pasien : kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Mempunyai tanda-tanda fisik berupa pasien berkeringat, tremor dan tidak mampu mematuhi perintah.
4. Fase keempat (*Fase conquering* atau panik) yaitu klien lebur dengan halusinasinya, termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi klien. Pasien menjadi takut, tidak berdaya,hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan. Dilihat dari perilaku pasien menunjukkan perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katakonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang

2.4 Konsep Terapi Aktivitas Kelompok

2.4.1 Definisi Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) merupakan salah satu modalitas asuhan keperawatan yang diberikan secara intensif kepada sekelompok pasien

dengan masalah kesehatan jiwa yang sejenis. Dalam pelaksanaannya, serangkaian kegiatan terstruktur digunakan sebagai instrumen utama untuk mencapai target pemulihan klinis pasien. Metode ini memadukan pendekatan yang interaktif, rileks, dan kreatif guna menciptakan ruang interaksi yang kondusif. Melalui dinamika kelompok yang terbangun, TAK tidak hanya berfokus pada perbaikan gejala fisik maupun psikologis, melainkan juga berperan aktif dalam melatih dorongan tanggung jawab sosial serta merekonstruksi rasa percaya diri penderita. Dengan demikian, penerapan TAK menjadi strategi intervensi yang sangat efektif dalam memfasilitasi proses rehabilitasi sosial dan kemandirian pasien secara berkelanjutan.(Alhawari & Ayu Pratiwi, 2021),

2.4.2 Terapi menggambar

Terapi menggambar merupakan salah satu bentuk terapi ekspresif yang memanfaatkan aktivitas seni visual sebagai media komunikasi, ekspresi emosi, dan eksplorasi pengalaman psikologis. Pada pasien skizofrenia paranoid dengan gangguan halusinasi pendengaran, terapi menggambar dapat digunakan sebagai intervensi nonfarmakologis yang membantu pasien mengekspresikan isi pikiran, perasaan, dan pengalaman halusinasi yang sering kali sulit diungkapkan secara verbal.

Skizofrenia paranoid adalah salah satu tipe skizofrenia yang ditandai oleh dominasi waham (delusi) dan halusinasi, terutama halusinasi pendengaran berupa suara-suara yang memerintah, mengancam, mengomentari, atau berdiskusi tentang pasien. Halusinasi pendengaran yang berlangsung terus-

menerus dapat menyebabkan kecemasan, ketakutan, isolasi sosial, gangguan konsentrasi, serta penurunan kemampuan fungsi sehari-hari (Malchiodi,2020).

Terapi menggambar memberikan kesempatan kepada pasien untuk memvisualisasikan pengalaman halusinasi yang dialami. Melalui gambar, pasien dapat menggambarkan bentuk, isi, suasana, maupun dampak emosional dari suara-suara yang didengarnya. Aktivitas ini membantu pasien mengalihkan perhatian dari stimulus internal (halusinasi) ke aktivitas yang lebih terstruktur dan nyata. Selain itu, gambar yang dihasilkan dapat menjadi sarana bagi perawat atau terapis untuk memahami kondisi psikologis pasien secara lebih mendalam.

Dalam praktik keperawatan jiwa, terapi menggambar biasanya dilakukan secara individual maupun kelompok dengan tahapan sebagai berikut:

1. Persiapan alat dan lingkungan yang nyaman.
2. Pemberian instruksi sederhana mengenai tema gambar, misalnya "gambarkan apa yang sedang Anda rasakan" atau "gambarkan suara yang sering Anda dengar".
3. Proses menggambar yang dilakukan secara bebas tanpa penilaian estetika.
4. Diskusi atau refleksi mengenai makna gambar yang telah dibuat.
5. Evaluasi respons emosional dan perilaku pasien setelah kegiatan selesai.

Melalui proses tersebut, terapi menggambar dapat membantu pasien mengenali gejala halusinasi, meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi, serta memperkuat orientasi terhadap realitas (Yohana et al., 2023)

2.4.3 Tujuan Menggambar

Aktivitas menggambar yang dilakukan bertujuan untuk meminimalisasi interaksi pasien dengan dunianya sendiri, mengeluarkan pikiran, perasaan, atau emosi yang selama ini mempengaruhi perilaku yang tidak disadarinya, memberi motivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami sehingga pasien tidak terfokus dengan halusinasinya (Anggara, 2024).

Penerapan terapi menggambar pada pasien skizofrenia paranoid dengan halusinasi pendengaran memiliki beberapa tujuan, yaitu: (Townsend & Morgan, 2021)

1. Membantu Ekspresi Perasaan dan Pengalaman Halusinasi

   Pasien sering mengalami kesulitan menjelaskan pengalaman halusinasinya secara verbal. Menggambar menjadi media alternatif untuk mengekspresikan pikiran, ketakutan, kecemasan, atau isi halusinasi yang dialaminya.

2. Mengurangi Intensitas Perhatian terhadap Halusinasi

   Saat pasien fokus pada aktivitas menggambar, perhatian terhadap suara-suara halusinasi dapat berkurang. Kondisi ini membantu pasien mengalihkan fokus dari stimulus internal ke aktivitas yang nyata.

3. Meningkatkan Kemampuan Konsentrasi

   Kegiatan menggambar membutuhkan perhatian dan koordinasi sehingga dapat melatih kemampuan konsentrasi yang sering terganggu pada pasien skizofrenia.

4. Membantu Identifikasi Kondisi Psikologis

Hasil gambar dapat memberikan informasi mengenai kondisi emosional, konflik batin, kecemasan, maupun persepsi pasien terhadap penyakitnya.

5. Meningkatkan Kesadaran Diri

Melalui diskusi mengenai gambar yang dibuat, pasien dapat lebih memahami pengalaman halusinasi yang dialami dan belajar mengenali tanda-tanda munculnya gejala.

6. Mengembangkan Kemampuan Komunikasi

Terapi menggambar membantu pasien menyampaikan pikiran dan perasaannya kepada tenaga kesehatan maupun keluarga sehingga komunikasi menjadi lebih efektif.

7. Meningkatkan Harga Diri dan Rasa Percaya Diri

Keberhasilan menyelesaikan sebuah karya gambar dapat memberikan perasaan berhasil, meningkatkan penghargaan terhadap diri sendiri, dan memperbaiki citra diri pasien.

8. Mendukung Proses Rehabilitasi Psikososial

Aktivitas menggambar dapat menjadi bagian dari terapi okupasi yang membantu pasien mengembangkan keterampilan sosial, kreativitas, dan fungsi adaptif sehari-hari.

2.4.4 Manfaat Menggambar

Dari pernyataan Ayu et al., (2022) Keunggulan dari kegiatan art therapy ini ialah dapat mengungkap keadaan diri (*real self*)dan mengetahui bagaimana cara atau solusi yang tepat untuk mencapai keadaan diri yang

diinginkan (ideal self), selain itu kegiatan ini juga menggunakan peralatan sederhana seperti spidol, pensil warna dan peralatan seni lainnya, dan proses terapi ini bersifat menyenangkan dan menenangkan. keberhasilan terapi okupasi menggambar terhadap perubahan halusinasi pada pasien skizofrenia, menunjukkan bahwa ada pengaruh yang sangat signifikan pemberian terapi okupasi aktivitas menggambar terhadap perubahan gejala halusinasi pada pasien skizofrenia.

Terapi menggambar memberikan berbagai manfaat bagi pasien skizofrenia paranoid yang mengalami halusinasi pendengaran, baik secara psikologis, sosial, maupun terapeutik (Stuart, 2021)

a Manfaat Psikologis

1. Mengurangi Kecemasan dan Ketegangan

   Aktivitas menggambar memberikan efek relaksasi sehingga membantu menurunkan tingkat kecemasan yang sering menyertai halusinasi pendengaran.

2. Menurunkan Stres Emosional

   Menggambar menjadi sarana pelepasan emosi yang aman dan konstruktif sehingga pasien tidak memendam perasaan negatif.

3. Membantu Regulasi Emosi

   Pasien belajar mengenali, mengungkapkan, dan mengelola emosinya melalui simbol atau bentuk visual.

b Manfaat Kognitif

1. Meningkatkan Konsentrasi dan Fokus

Proses menggambar membutuhkan perhatian terhadap bentuk, warna, dan detail sehingga dapat melatih fungsi kognitif pasien.

2. Meningkatkan Kemampuan Pemecahan Masalah

Pasien belajar membuat keputusan terkait objek yang akan digambar, penggunaan warna, dan penyusunan komposisi gambar.

3. Meningkatkan Orientasi Realitas

Melalui aktivitas yang terstruktur, pasien terdorong untuk lebih terhubung dengan lingkungan nyata dibandingkan dengan pengalaman halusinasi.

c Manfaat Sosial

1. Meningkatkan Interaksi Sosial

Dalam terapi kelompok, pasien dapat berbagi pengalaman dan berdiskusi mengenai hasil gambarnya sehingga meningkatkan kemampuan bersosialisasi.

2. Mengurangi Isolasi Sosial

Partisipasi dalam kegiatan menggambar dapat membantu pasien merasa diterima dan menjadi bagian dari kelompok.

3. Meningkatkan Komunikasi

Pasien yang sulit mengungkapkan perasaan secara verbal dapat menggunakan gambar sebagai media komunikasi.

d Manfaat Terapeutik

1. Membantu Pengendalian Halusinasi

Menggambar berfungsi sebagai teknik distraksi yang membantu mengurangi fokus pasien terhadap suara halusinasi.

2. Mendukung Terapi Farmakologis

   Terapi menggambar tidak menggantikan pengobatan, tetapi dapat menjadi terapi pendukung yang meningkatkan efektivitas program perawatan secara keseluruhan.

3. Meningkatkan Kualitas Hidup

   Pasien memperoleh aktivitas yang bermakna, meningkatkan produktivitas, serta memperbaiki fungsi psikososial.

4. Meningkatkan Kepatuhan Terhadap Program Terapi

   Pasien cenderung lebih kooperatif dalam mengikuti perawatan karena merasa memiliki media yang menyenangkan untuk mengekspresikan dirinya.