

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Halusinasi merupakan salah satu dari gangguan jiwa dimana seseorang tidak mampu membedakan antara kehidupan nyata dengan kehidupan palsu. Halusinasi adalah gangguan persepsi yang membuat seseorang merasakan, melihat, mencium, mendengar, atau meraba sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Halusinasi dapat memengaruhi satu atau lebih pancaindra. Dampak yang muncul dari pasien dengan gangguan halusinasi mengalami panik, perilaku dikendalikan oleh halusinasinya, dapat bunuh diri atau membunuh orang, dan perilaku kekerasan lainnya yang dapat membahayakan dirinya maupun orang disekitarnya. (Atmojo, 2024).

Halusinasi merupakan persepsi dimana individu tidak mampu membedakan antara persepsi nyata dengan tidak nyata yang menyebabkan individu akan kehilangan kontrol akan dirinya (Santi et al., 2021). Halusinasi merupakan suatu gangguan terhadap persepsi dimana pasien mempersepsikan adanya sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Halusinasi dapat ditandai dengan berbagai jenis seperti bicara atau tertawa sendiri, marah- marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu dan menutup telinga. Dampak dari pasien dengan halusinasi yang tidak mendapatkan pengobatan maupun perawatan lebih lanjut dapat menyebabkan perubahan perilaku seperti agresif, bunuh diri, menarik diri dari lingkungan dan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Abdulah

& Suerni, 2022).

Menurut WHO (World Health Organization), terdapat 23 juta individu di dunia yang menderita skizofrenia pada tahun 2022. Di Indonesia, prevalensi skizofrenia mencapai sekitar 400.000 individu atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk di Indonesia (Dinkes, 2019). Sementara itu, di Jawa Timur dari hasil Riskesdas 2019, menunjukkan gejala skizofrenia muncul pada rentang usia dewasa yaitu 20 hingga 30 tahun dengan jumlah 662 penderita skizofrenia. Didapatkan data jumlah pasien dengan skizofrenia di Ponorogo sebanyak 1.349 (Data Dinas Kesehatan, 2024). Sedangkan di Ponorogo, data jumlah pasien dengan skizofrenia didapatkan di RSUD Dr. Harjono sebanyak 360 (Data Rekam medis RSUD Dr Harjono Ponorogo, 2024).

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan mental yang sering dijumpai. Skizofrenia merupakan penyakit yang melemahkan karena penderitanya mengalami gangguan kognitif yang sering dikaitkan dengan penurunan fungsi eksekutif, yang pada akhirnya menyebabkan gangguan berat pada fungsi sehari-hari dan interaksi sosial. Skizofrenia merupakan penyakit kambuhan kronis dengan tingkat kekambuhan yang tinggi dan tinggi kemungkinan kecacatan (Lu et al., n.d. 2021).

Penyebab dari skizofrenia diantaranya adalah Biologi yaitu genetik, neurobiologi, ketidakseimbangan neurotransmitter (peningkatan dopamine), perkembangan otak dan teori virus. Psikologis kegagalan memenuhi tugas perkembangan psikososial dan ketidakharmonisan keluarga meningkatkan

resiko skizofrenia. Stressor sosiokultural, stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya (He et al., 2020). Gangguan skizofrenia dikarakteristikkan dengan gejala positif dan negatif. Pemicu timbulnya gejala positif dan negatif pada skizofrenia salah satunya terdapat pada perilaku individu. Perilaku yang dapat berkaitan dengan skizofrenia yaitu emosi dan gerakan individu. Halusinasi merupakan salah satu bentuk masalah keperawatan dari skozofrenia. Salah satu ciri khas individu dengan skizofrenia yaitu halusinasi yang merupakan persepsi sensori yang tidak benar dan tidak berdasarkan realita (Indariani et al., n.d., 2022).

Salah satu terapi yang dapat dilakukan pada individu skizofrenia dengan halusinasi yaitu dengan Terapi Holtikultura. Terapi Holtikutura merupakan pengobatan komplementer dan alternatif yang diberikan oleh para profesional terlatih yang menggunakan tugas-tugas terkait hortikultura untuk membantu meningkatkan atau memulihkan kesehatan individu dengan halusinasi (Sari, 2019). Terapi Holtikura dapat berupa taman penyembuhan rumah sakit atau taman terapi yakni ruang perlindungan berorientasi alam yang dapat memenuhi keinginan dasar untuk berhubungan dengan alam. Desain taman harus memberikan rasa aman dan kenyamanan fisik serta harus tenang dan sunyi untuk menciptakan potensi terapi dan rehabilitas. Terapi hortikultura bisa melibatkan orang dalam berbagai jenis kegiatan berkebun, menabur benih dan menyiram tanaman. Orang-orang dari berbagai tingkatan usia anak-anak, orang dewasa (pasien gangguan psikologis), dapat berkebun

di rumah (berkebun sayur) juga sedikit lahan. Semua kegiatan ini membuat lebih aktif, kreatif, pemikir yang tajam. Tujuan terapi (Lee et al., 2024). Holtikura dapat membantu mengurangi stres pada pasien yang menderita gangguan mental berat, karena stres telah terbukti berperan dalam perkembangan dan hasil gangguan mental, pengurangan stres yang terkait dengan bekerja di taman terapi dapat meningkatkan hasil pada pasien dengan skizofrenia. Banyak orang dengan skizofrenia menderita isolasi sosial dan kurangnya dukungan sosial. Bekerja di taman terapi dapat memberikan kesempatan untuk interaksi sosial dan membangun jaringan, sehingga meningkatkan kesejahteraan sosial individu.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimanakah penerapan terapi holtikultura pada pasien dengan skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penulisan karya ilmiah ini adalah memberikan hasil praktik profesi dengan mengaplikasikan penerapan terapi holtikultura pada pasien skizofrenia dengan masalah halusinasi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian masalah kesehatan pasien skizofrenia pada penerapan terapi holtikultura dengan masalah keperawatan halusinasi di RSUD Dr. Harjono Ponorogo.
2. Memprioritaskan diagnosa keperawatan pasien skizofrenia pada penerapan terapi holtikultura dengan masalah keperawatan halusinasi di RSUD Dr. Harjono Ponorogo.
3. Merencanakan intervensi keperawatan pasien skizofrenia pada penerapan terapi holtikultura dengan masalah keperawatan halusinasi di RSUD Dr. Harjono Ponorogo.
4. Melakukan implementasi keperawatan pasien skizofrenia pada penerapan terapi holtikultura dengan masalah keperawatan halusinasi di RSUD Dr. Harjono Ponorogo.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien skizofrenia pada penerapan terapi holtikultura dengan masalah keperawatan halusinasi di RSUD Dr. Harjono Ponorogo.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1. Bagi Tempat Penelitian

Menambah wawasan dan memberikan informasi mengenai cara terapi holtikultura agar dapat dilakukan pada klien yang sedang mengalami gangguan jiwa pada pasien skizofrenia dengan masalah Halusinasi.

1.4.2. Bagi Pasien / Keluarga

Memberikan informasi dan wawasan terutama mengenai Implementasi khususnya Terapi Holtikultura pada pasien Skizofrenia dengan masalah Halusinasi.

1.4.3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan dan referensi tentang penerapan Teknik holtikultura pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan Halusinasi.

1.4.4. Bagi Penulis

Hasil penulisan karya ilmiah akhir ini diharapkan memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan jiwa dengan halusinasi sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

1.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penyusunan karya ilmiah ini dilakukan dengan menggabungkan beberapa teknik dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian ini, metode pengumpulan data yang digunakan yaitu sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan

karakteristik adanya timbal balik antara peneliti dengan informan. Metode ini digunakan untuk mendukung data yang telah dikumpulkan melalui partisipan observasi maupun non partisipan observasi

2. Observasi

Observasi diartikan sebagai metode pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal – hal yang akan diteliti. Observasi dilakukan dalam studi kasus ini yaitu dengan mengamati keadaan umum pasien, berat badan, keluhan utama, riwayat penyakit, dan observasi keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan.

3. Dokumentasi

Penulis mencari data – data klien yang telah terdata dalam catatan rekam medis pasien dengan masalah keperawatan jiwa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori Skizofrenia

2.1.1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan bentuk psikologis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Pengertian lain menyebutkan skizofrenia adalah suatu bentuk psikosis yang sering dijumpai sejak zaman dahulu. Meskipun demikian, pengetahuan tentang sebab-sebab dan psikogenesisnya sangat kurang (Putri & Maharani, 2022).

Skizofrenia berasal dari dua kata yaitu “skizo” artinya retak atau pecah dan “frenia” artinya jiwa. Oleh karena itu orang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau kepribadian (splitting of personality). Skizofrenia merupakan sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat dan adanya gangguan fungsi psikososial (Andryan dkk, 2013) dalam (Sari, 2019)

2.1.2. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Sari, 2019) skizofrenia diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Skizofrenia tipe paranoid (F20,0)

Merupakan sub tipe yang paling utama dimana waham dan

halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu dikejar – kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

b. Skizofrenia tipe hebefrenik (F20,1)

Tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

c. Skizofrenia tipe katatonik (F20,2)

Gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh tidak wajar, negativisme (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas.

d. Skizofrenia tipe tak terinci (F20,3)

Mempunyai halusinasi, waham dan gejala psikosis aktif yang menonjol (misal kebingungan, inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, residual dan depresi pasca skizofrenia.

e. Depresi pasca skizofrenia (F20,4)

Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada

sedikit 2 minggu.

f. Skizofrenia tipe residual (F20,5)

Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik.

g. Skizofrenia tipe simpleks (F20,6)

Gejala utama adalah kadangkala emosi dan kemunduran kemauan. Kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri, waham dan halusinasi jarang terjadi serta timbulnya perlahan – lahan.

2.1.3. Etiologi

Penyebab skizofrenia menurut (Muthmainnah & Fazil Amris, 2024) adalah sebagai berikut:

1. Keturunan

Penelitian menunjukkan bahwa saudara tiri memiliki morbiditas 0,9 1,8%, saudara kandung 7-15%, anak dengan orang tua menderita skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15 kembar 1 telur 61-86%.

2. Metabolisme

Teori ini didasarkan pada fakta bahwa penderita skizofrenia terlihat pucat dan sakit, ekstremitas anggota badan agak membiru, nafsu makan dan berat badan menurun, dan pada penderita pingsan katatonik, konsumsi

asam berkurang. Hipotesis ini selanjutnya ditunjukkan dengan pemberian obat halusinogen.

3. Susunan Saraf

Skizofrenia dikaitkan dengan kelainan pada sistem saraf pusat, yaitu diafragma atau korteks, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin karena perubahan postmortem atau menghasilkan artefak.

2.1.4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala skizofrenia secara general dibagi menjadi 2 (dua) yaitu, gejala positif dan negatif (Meliana & Sugiyanto, 2019)

a. Gejala Positif

- 1) Waham : keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- 2) Halusinasi : gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pembau dan perabaan).
- 3) Perubahan Arus Pikir :
 - a) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.

d) Perubahan Perilaku

b. Gejala Negatif

1) Alam perasaan (affect) “ tumpul” dan “mendatar”.

Gambaran alam perasaan ini dapat ditunjukkan dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.

2) Menarik diri atau mengasingkan diri (withdrawn) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.

3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.

4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan social

5) Sulit dalam berpikir abstrak.

6) Pola pikir stereotip

7) Tidak ada/ kehilangan dorongan kehendak (avolition) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas (monoton), tidak ingin apa-apa seta malas.

2.1.5. Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia disebabkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti(....). Secara umum penelitian

telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal), bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Putri & Maharani, 2022)

2.1.6. Manifestasi klinis

1. Gejala Primer Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherenasi
 - a. Gangguan afek emosi
 - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
 - 2) Paramimi dan paratimi (incongruity of affect / inadekuat)
 - 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan
 - 4) Emosi berlebihan
 - 5) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
 - b. Gangguan kemauan
 - 1) Terjadi kelemahan kemauan
 - 2) Perilaku negativisme atas permintaan

3) Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

c. Gejala psikomotor

1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme

2) Stereotipi

3) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

4) Echolalia dan echopraxia

d. Autisme

2. Gejala Sekunder

a. Waham

Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

b. Halusinasi

Menggambarkan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima pancaindra. halusinasi pendengaran dan penglihatan yang paling umum terjadi, halusinasi penciuman, perabaan, dan pengecapan juga dapat terjadi.

2.1.7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan untuk pasien skizofrenia menurut (Nissa, 2024), yaitu:

1. Neuropatologi Diagnosa definitif tidak dapat ditegakkan tanpa adanya konfirmasi neuropatologi. Secara umum didapatkan:
 - a. Atropi yang bilateral, simetris lebih menonjol pada lobus temporoparietal, anterior frontal, sedangkan korteks oksipital, korteks motorik primer, sistem somatosensorik tetap utuh.
 - b. Berat otaknya berkisar 1000 gr (850-1250gr).
2. Pemeriksaan neuropsikologik
 - a. Fungsi pemeriksaan neuropsikologik ini untuk menentukan ada atau tidak adanya gangguan fungsi kognitif umum dan mengetahui secara rinci pola defisit yang terjadi.
 - b. Test psikologis ini juga bertujuan untuk menilai fungsi yang ditampilkan oleh beberapa bagian otak yang berbeda-beda seperti gangguan memori, kehilangan ekspresi, kalkulasi, perhatian dan pengertian berbahasa.
3. CT scan :
 - a. Menyingkirkan kemungkinan adanya penyebab demensia lainnya selain alzheimer seperti multiinfark dan tumor serebri. Atropi kortikal menyeluruh dan pembesaran ventrikel keduanya merupakan gambaran marker dominan yang sangat spesifik pada penyakit ini
 - b. Penipisan substansia alba serebri dan pembesaran ventrikel berkorelasi dengan beratnya gejala klinik dan hasil

pemeriksaan status mini mental.

4. MRI

- a. Peningkatan intensitas pada daerah kortikal dan periventrikuler (Capping anterior horn pada ventrikel lateral). Capping ini merupakan predileksi untuk demensia awal. Selain didapatkan kelainan di kortikal, gambaran atrofi juga terlihat pada daerah subkortikal seperti adanya atrofi hipokampus, amigdala, serta pembesaran sisterna basalis dan fissura sylvii.
- b. MRI lebih sensitif untuk membedakan demensia dari penyakit alzheimer dengan penyebab lain, dengan memperhatikan ukuran (atrofi) dari hipokampus.

2.1.8. Komplikasi

Menurut (Muthmainnah & Fazil Amris, 2024) skizofrenia yang tidak tertangani dapat memicu komplikasi serius, seperti:

- a. Percobaan bunuh diri
- b. Depresi
- c. Obsessive-compulsive disorder (OCD)
- d. Perilaku melukai diri sendiri
- e. Kecanduan alkohol
- f. Penyalahgunaan NAPZA
- g. Perilaku agresif atau gaduh gelisah

2.1.9. Penatalaksanaan

Penanganan klinis untuk pasien dengan Skizofrenia termasuk pemberian obat-obatan antipsikotik dengan tambahan terapi psikososial, termasuk terapi perilaku, keluarga, kelompok, individual dan keterampilan sosial serta rehabilitasi baik di rumah sakit maupun rawat jalan. Indikasi untuk rawat inap di rumah sakit dapat berupa pembahayaan terhadap orang lain, potensi bunuh diri, gejala-gejala parah yang menuju pada perawatan diri yang buruk atau risiko untuk cedera sekunder karena kekacauan perilaku, evaluasi diagnostik, respon yang gagal terhadap terapi, komorbiditas yang memberi komplikasi, dan kebutuhan untuk mengubah pengobatan yang kompleks (Putri & Maharani, 2022). Selain obat-obatan psikotik, ada beberapa jenis psikoterapi yang bisa diberikan pada pasien skizofrenia antara lain:

a. Psikoanalisis

Tujuan terapi psikoanalisis ini menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasannya.

b. Terapi perilaku (Behavioristik)

Terapi perilaku menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku nyata.

2.2. Konsep Teori Halusinasi

2.2.1. Definisi halusinasi

Halusinasi adalah kondisi dimana seseorang mengalami perubahan dalam pola dan jumlah rangsangan yang dimulai secara internal atau eksternal disekitarnya, pengurangan berlebihan, distorsi, atau respons abnormal terhadap rangsangan apa pun. Halusinasi adalah gangguan pada persepsi indrawi terhadap objek rangsangan dari luar, gangguan persepsi indrawi ini meliputi seluruh panca indra (Serenity et al., 2024).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana seseorang mengalami perubahan persepsi indrawi dan mempersepsikan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, rasa, bau atau bau. Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering dialami pasien gangguan jiwa, halusinasi sering disamakan dengan skizofrenia. Mayoritas dari pasien skizofrenia mengalami halusinasi. Halusinasi adalah hilangnya penilaian seseorang rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) (Hasanah & Putra, 2024).

2.2.2. Etiologi Halusinasi

Faktor penyebab terjadi halusinasi menurut (Santi et al., 2021) adalah sebagai berikut:

1) Faktor Presdiposisi

a. Faktor biologis

Faktor keturunan gangguan jiwa, riwayat penyakit, resiko bunuh diri, riwayat menggunakan narkoba, trauma serta zat berbahaya lainnya.

b. Faktor psikologis

Pengalaman seseorang sebagai korban kekerasan, kekurangan kasih sayang atau perhatian, atau paparan yang berlebihan dari perlindungan yang berlebihan (overprotektif).

c. Sosial budaya dan lingkungan

Individu yang mengalami halusinasi seringkali memiliki riwayat penolakan dari lingkungan, kondisi sosial ekonomi yang rendah, menghadapi kegagalan dalam hubungan sosial seperti perceraian, tingkat pendidikan yang rendah dan tidak memiliki pekerjaan atau penghasilan tetap.

2) Faktor Presipitasi

a. Pemrosesan informasi yang berlebihan di sistem saraf, yang menerima dan memproses informasi di talamus dan otak depan.

b. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu.

c. Kondisi kesehatan antara lain : pola makan yang buruk, susah tidur, ketidakseimbangan ritme sirkadian, kelelahan,

infeksi, obat sistem saraf pusat, aktivitas fisik, hambatan untuk mengakses layanan kesehatan

- d. Sikap atau perilaku, antara lain: merasa tidak mampu, rendah diri, putus asa, tidak aman, merasa gagal, mengendalikan diri, merasa memiliki terlalu banyak kekuatan, merasa miskin, berperilaku berbeda dari orang lain seusia atau budaya anda, keterampilan sosial yang buruk, perilaku agresif, perawatan yang tidak memadai, kontrol gejala yang tidak memadai

2.2.3. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda gejala perilaku klien yang terkait dengan halusinasi menurut (Manuputty & Nurbaya, 2024) adalah sebagai berikut :

1. Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara/kebisingan, kebanyakan suara kata-kata yang terdengar jelas, terkadang menyuruh seseorang melakukan sesuatu yang berbahaya.

2. Halusinasi Penglihatan

Penglihatan dirangsang oleh kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun dan atau panorama besar dan kompleks. Visual bisa menjadi sesuatu yang lucu sesuatu yang menakutkan, seperti monster.

3. Halusinasi Penciuman

Bau, seperti bau darah, urin, feses, biasanya

merupakan bau yang tidak sedap. Halusinasi bau tersebut seringkali merupakan akibat dari stroke, tumor, kejang/demensia.

4. Halusinasi Pengecapan

Merasa mengecap suatu rasa seperti rasa darah, urine dan feses.

5. Halusinasi Perabaan

Merasa sakit atau tidak nyaman tanpa rangsangan yang jelas. Merasakan sengatan listrik yang berasal dari tanah, benda mati atau orang lain.

2.2.4. Klasifikasi Halusinasi

Klasifikasi halusinasi dibagi menjadi 5 menurut (Santi et al., 2021) yaitu :

1. Halusinasi Pendengaran (Auditorik) 70%

Ditandai dengan mendengar suara, terutama suara manusia. Biasanya mendengar suara orang berbicara tentang apa yang mereka pikirkan dan menyuruh mereka melakukan sesuatu.

2. Halusinasi Penglihatan (Visual) 20%

Ditandai dengan adanya rangsangan visual berupa kedipan lampu, gambar geometris, kartun dan atau panorama besar dan kompleks. Tampilan bisa menyenangkan atau menakutkan.

3. Halusinasi Penciuman (Olfactory)

Ditandai dengan bau yang tidak sedap, amis dan

memuakkan, seperti: darah, urin atau feses. Terkadang baunya menyenangkan, biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia.

4. Halusinasi Pengecapan

Ciri-cirinya ditandai dengan mengecap sesuatu yang busuk, keruh dan menjijikan, merasakan rasa darah, air kencing atau feses

5. Halusinasi Perabaan

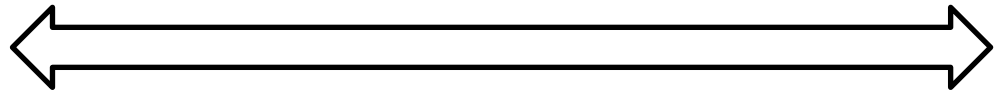
Ditandai dengan adanya rasa sakit atau ketidaknyamanan tanpa rangsangan yang terlihat. Contoh: merasakan sensasi listrik yang berasal dari tanah, benda mati atau orang lain.

2.2.5. **Komplikasi Halusinasi**

Komplikasi yang mungkin dialami seseorang dengan gangguan sensorik sebagai masalah utama halusinasi yaitu risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi sosial.

2.2.6. Rentang Respon Halusinasi

Menurut (Sutejo, 2022) rentang respon dapat digambarkan sebagai berikut :



Respon Adaptif	Respon Psikososial	Respon Maladaptif
1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten dengan pengalaman 4. Perilaku sesuai 5. Hubungan sosial	1. Pikiran kadang menyimpang 2. Ilusi 3. Emosi tidak stabil 4. Perilaku aneh 5. Menarik diri	1. Gangguan proses pikir: waham 2. Halusinasi 3. Ketidak mampuan untuk mengalami emosi 4. Ketidak teraturan 5. Isolasi sosial

Gambar 2.1 Rentang Respon

Menurut (Sutejo, 2022) rentang respon pada gambar tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma - norma sosial budaya yang berlaku atau individu jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Respon adaptif :

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.

- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
- d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2) Respon psikososial

Respon psikososial meliputi :

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar - benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- c. Emosi berlebihan atau berkurang.
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain

3) Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma - norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi:

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- e. Isolasi Sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.2.7. Proses terjadinya masalah

1. Faktor predisposisi

Menurut (Anggarawati et al., 2022) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi merupakan :

a. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak dini, mudah frustrasi, hilang percaya dirinya dan lebih rentan terhadap stress.

b. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak terima lingkungan sekitar sejak dini akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

c. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang maka di dalam tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik berkepanjangan neurokimia. menyebabkan neurotransmitter otak.

d. Faktor Psikologis

Akibat stress beraktivitasnya Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada hal seperti penyalahgunaan zat adiktif, hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju ke alam khayal.

e. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak yang sehat diasuh oleh orang tua skizofrenia kecenderungan mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan

bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor presipitasi

a. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang sangat luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi terjadi.

c. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa klien dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan suatu ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan bisa mengontrol semua perilaku klien.

d. Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa bersosialisasi di dalam hidup nyata sangat membahayakan. Klien sangat asyik dengan halusinasinya, seolah-olah dia merupakan tepat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

e. Dimensi Spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas yang sangat tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri

2.2.8. Fase-fase Halusinasi

Menurut (Atmojo, 2024) ada 4 fase halusinasi yaitu sebagai berikut:

1. Fase 1 (Non-psikotik)

Disebut juga dengan fase *comforting* dapat dikatakan fase menyenangkan pada tahap ini, halusinasi mampu memberikan rasa nyaman pada penderitanya, tingkat orientasi sedang, secara umum pada tahap ini halusinasi yaitu hal yang sangat menyenangkan bagi pasien.

a. Karakteristik :

Mengalami kecemasan, kesepian, ketakutan dan rasa

bersalah. Mencoba untuk berfokus pada pikiran yang bisa menghilangkan kecemasan. Pikiran dan pengalaman sensorik masih ada dalam kontrol kesadaran.

b. Perilaku yang muncul :

Tersenyum atau tertawa-tawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, diam, respon verbal yang lambat, dan berkonsentrasi

2. Fase 2 (Non- psikotik)

Dapat disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yang merupakan halusinasi menjadi menjijikan

a. Karakteristik :

Pengalaman sensorik yang menakutkan, kecemasan yang meningkat, melamun dan berfikir sendiri jadi dominan.

Mulai dirasakan ada bisikan yang sangat tidak jelas didengar. Pasien tidak ingin orang lain mengetahuinya dan penderita tetap dapat mengontrol.

b. Perilaku yang muncul :

Terjadi reaksi yang muncul seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan meningkat, dan tekanan darah, perhatian terhadap lingkungan menurun, konsentrasi terhadap pengalaman sensorik menurun, dapat kehilangan kemampuan dalam membedakan antara halusinasi dan nyata

3. Fase 3 (psikotik)

Dapat disebut dengan fase *controlling* dimana pasien biasanya tidak bisa mengontrol dirinya, tingkat kecemasan berat, dan halusinasi tidak bisa ditolak lagi

a. Karakteristik :

Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensoriknya, dalam halusinasi menjadi atraktif, pasien menjadi kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

b. Perilaku yang muncul :

Pasien menuruti perintah halusinasi, sulit berkomunikasi dengan orang lain, perhatian dengan lingkungan sesaat, tidak dapat mengikuti perintah yang realita, pasien tampak tremor dan berkeringat.

4. Fase 4 (psikotik)

Dapat disebut juga dengan fase *conquering* atau kepanikan, pasien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi dan biasanya pasien terlihat panik.

a. Karakteristik :

Halusinasi pada dirinya berubah menjadi mengancam, membentak, dan memarahi pasien. Pasien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak bisa berhubungan secara realita dengan orang disekitarnya.

b. Perilaku yang muncul :

Perilaku teror akibat panik, potensi bunuh dirinya, agitasi, perilaku kekerasan, menarik diri, tidak memiliki kemampuan merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

2.2.9. Mekanisme Koping Halusinasi

Menurut (Anggarawati et al., 2022) mekanisme koping yang sering digunakan oleh individu yaitu :

1. With Drawal

Klien menarik diri dan sudah asyik dengan lingkungan internal.

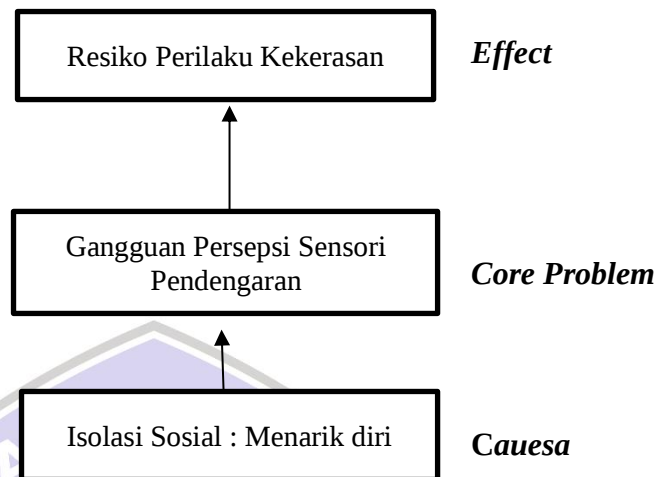
2. Proyeksi

Menggambarkan dan menjelaskan persepsi yang membingungkan.

3. Regresi

Terjadi dalam hubungan sehari - hari untuk memproses masalah dan mengeluarkan sejumlah energy dalam mengatasi cemas

2.2.10. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Diagnosa Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran (Sumber : Sutejo, 2022)

2.2.11. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien dengan halusinasi menurut (Damayanti et al., 2024) sebagai berikut :

1. Psikofarmakologis, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok umum yang digunakan adalah Fenotazin Azetofenazin (tindal), klorpromazin (thorazin), Flufenazine (Prolixine, Permitil), Mesoridazin (Serentil), prefenazin (Trilafon), Prokloklorperazin, (Compazine), Promazin (Vesprin) 16 120 mg, Tioksanten Klorprotiksen (Taractan), Tioktisen (Navane) 75 - 600 mg, Butirofenon Haloperidol

(Haldol) 1 – 100 mg, Dibenzodiazepin Klopazepam (Clorazil) 300 - 900 mg, Dibenzokasazepin Loksapin (Loxitane) 20 - 150 mg, Dihidroindolon Molindone (Moban) 15 – 225 mg (Muhith, 2015).

2. Terapi kejang listrik/ Electro compulsive therapy (TCP)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang granmall secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui elektrode yang dipasang satu atau dua temples. Terapi kejang listrik diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neurolapitika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4 - 5 joule perditik.

3. Psikoterapi dan rehabilitasi Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawata dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari :

a. Terapi aktivitas

- 1) Terapi musik Fokus : mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi. Yaitu menikmati dengan

relaksasi musik yang disukai pasien.

- 2) Terapi seni Fokus : mengekspresikan berbagai perasaan melalui berbagai pekerjaan seni.
- 3) Terapi menari Fokus : mengekspresikan perasaan melalui gerakan tubuh.
- 4) Terapi relaksasi Belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok rasional : untuk coping / perilaku maladaptif / deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.

b. Terapi sosial

Pasien belajar bersosialisasi

c. Terapi Kelompok :

a. Terapi group (kelompok terapeutik)

b. Terapi aktivitas kelompok (adjunctive group activity therapy)

c. TAK Stimulus Persepsi Halusinasi :

- 1) Sesi 1 : mengenal halusinasi
- 2) Mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 3) Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
- 4) Mencegah halusinasi dengan bercakap - cakap
- 5) Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

d. Terapi lingkungan

2.3. Konsep Teori Terapi Holtikultural

2.3.1. Definisi Terapi Holtikultural

Terapi hortikultura adalah salah satu pendekatan yang digunakan dalam proses perawatan jiwa seseorang atau klien gangguan jiwa. Terapi ini memiliki tujuan yaitu mengubah perilaku klien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku yang adaptif (Lee et al., 2024). Dalam Terapi hortikultura, kegiatan ini mencakup semua bentuk paparan terhadap alam dan tanaman untuk fokus keterlibatan aktif dengan tanaman. Kegiatan yang dilakukan saat melaksanakan terapi hortikultura berpengaruh positif dalam meningkatkan ketrampilan kognitif, sosial, emosi dan psikologis. Kemampuan kognitif antara lain meningkatkan konsentrasi, menambah perbendaharaan kosa kata, memperluas pengetahuan, mencapai skill baru, merencanakan, mengobservasi dan menstimulasi memori dan keterampilan sosial yaitu antara lain ialah mengembangkan kemampuan komunikasi, interaksi dengan orang lain dan kelompok (Lu et al., n.d. 2021).

2.3.2. Tujuan Terapi Holitulkural

Menurut (He et al., 2020) Terapi hortikultura memiliki beberapa tujuan yaitu :

a. Penampilan fungsional

Melalui aktivitas terapeutik dalam kehidupan sehari-hari, atau pekerjaan fungsional, bertujuan, bermakna, dan memenuhi tujuan, minat, dan prioritas individu, terapi ini dapat meningkatkan kinerja fungsional individu dalam hal kemandirian, keamanan, dan kualitas. Selain itu, terapi ini dapat meningkatkan kemampuan individu sehingga mereka merasa lebih percaya diri.

b. Pemanfaatan waktu luang

Individu yang menerima terapi ini memiliki kemampuan untuk berinteraksi secara aktif dan berarti dalam menjalani kehidupan sehari-hari mereka. Kegiatan yang dapat dilakukan seseorang setiap hari, seperti menjaga diri sendiri (perawatan diri), berpartisipasi dalam masyarakat melalui pekerjaan yang dibayar ataupun tidak dibayar, dan hanya menikmati hidup (waktu luang), disebut sebagai pekerjaan. Semua aspek aktivitas waktu luang didefinisikan oleh aktivitas. Hal ini termasuk pengembangan keterampilan interaktif, sosial, dan personal, serta fungsi kognitif dan kemampuan motorik.

c. Kualitas hidup

Terapi berbasis komunitas dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan pengasuh, suasana hati dan status kesehatan dengan menawarkan solusi untuk hidup dengan mempertimbangkan minat dan tujuan unik setiap orang.

2.3.3. Manfaat Terapi Holikultural

Terapi hortikultura merupakan terapi komplementer yang memanfaatkan tanaman dan berkebun untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan bagi setiap diri pasien. Terapi ini berakar pada prinsip bahwa tumbuhan dan manusia memiliki berbagai ritme kehidupan. Terapi hortikultura membantu meningkatkan daya ingat, kemampuan kognitif, keterampilan bahasa, dan sosialisasi (He et al., 2020). Selain itu terdapat beberapa manfaat dari terapi hortikultura :

- 1) Terapi hortikultura dapat memberikan manfaat emosional, seperti halnya mengurangi gejala kejiwaan, menstabilkan suasana hati, dan meningkatkan spiritualitas, dan kenikmatan.
- 2) Dapat membantu pasien mengurangi kelelahan dan memulihkan perhatian dan kemampuan kognitif.
- 3) Dapat meningkatkan efikasi diri, harga diri, dan kualitas hidup.
- 4) Terapi hortikultura dapat memberikan forum untuk mengembangkan kekompakan dalam sebuah kelompok dan memiliki jiwa rasa saling memiliki antar sesama individu.
- 5) Terapi hortikultura dapat membantu pasien terlibat dalam aktivitas yang memiliki tujuan dan dapat mengembangkan

rasa pencapaian.

2.3.4. Prosedur Terapi Holikultural

Terdapat tiga tahap dalam melakukan Terapi Holtikultura menurut (Kartinah et al., 2023) yaitu sebagai berikut :

1. Tahap Pra-Kegiatan

Pada tahap pra-kegiatan dilakukan observasi mengenai kondisi lingkungan tempat pelayanan dan aktifitas rutin yang sering dilakukan. Melakukan koordinasi dengan pihak rumah sakit untuk menyiapkan agenda kegiatan berkebun.

2. Pelaksanaan Kegiatan Berkebun

- a. Mempersiapkan alat-alat berkebun seperti lahan, pot ukuran sedang/polybag, pupuk, tanah, ember, sekop kecil, penyiram tanaman, bibit/tanaman hidup seperti bunga *peace lily*, *lavender*, *chamomile* dan melati.
- b. Partisipan di minta untuk mencampur tanah dan pupuk secara merata dengan perbandingan (2:1).
- c. Selanjutnya partisipan diminta untuk menanam bibit/tanaman dengan cara melubangi media tanam sesuai ukuran bibit/tanaman dan letakkan bibit/tanaman di dalamnya.
- d. Setelah itu partisipan di minta untuk tumbuk media tanam secara perlahan agar tanaman bisa lebih stabil.

3. Evaluasi Kegiatan Berkebun

Setelah melakukan kegiatan berkebun perawat memberikan evaluasi dengan menjelaskan bagaimana cara melakukan perawatan pada tanaman yaitu :

a. Siram secara teratur

Menyirap tanaman setiap hari atau sesuai dengan kebutuhan tanaman.

b. Merawat tanaman

Merawat tanaman setiap hari jika tanaman sudah tumbuh besar

c. Ganti Polybag

Mengganti polybag jika sudah mulai rusak atau lubang polybag tersumbat.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis

Menurut Keliat (2019), tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah klien. Agar mendapat data yang diperlukan, secara umum dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian, yang meliputi :

2.4.1. Pengkajian

1. Identitas klien

Berisi nama atau identitas, usia dengan Riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai, riwayat kegagalan peran,

pendidikan yang rendah dengan riwayat putus dan kegagalan dalam pendidikan, pekerjaan stresfull atau pekerjaan beresiko tinggi, sosial budaya dengan tuntutan budaya seperti paternalistik, stigma masyarakat. Agama dan keyakinan dengan riwayat tidak menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin, kesalahan persepsi terhadap ajaran.

2. Keluhan utama / alasan masuk

Alasan masuk tanyakan kepada pasien dan keluarga apa alasan pasien dibawa ke rumah sakit. Keluhan utama pasien dengan Halusinasi pendengaran yaitu mendengar suara – suara atau kegaduhan mendengar suara yang mengajak bercakap – cakap, mendengar suara untuk menyuruh melakukan sesuatu yang bahaya.

3. Faktor predisposisi

Faktor yang berhubungan terjadinya halusinasi bisa disebabkan karena faktor genetik, dimana sebagian besar pasien dengan halusinasi mempunyai riwayat keturunan dari keluarganya. Hal-hal yang menyebabkan perubahan halusinasi pendengaran klien, baik dari pasien, keluarga, maupun lingkungan

4. Faktor presipitasi

a. Riwayat gangguan jiwa

Pada umumnya pasien dengan Halusinasi memiliki

riwayat gangguan jiwa dan pernah dirawat sebelumnya.

b. Pengobatan

Jika pasien memiliki riwayat gangguan jiwa, pada umumnya pasien dengan Halusinasi pernah memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya, namun pengobatan klien belum berhasil.

c. Aniaya

Pasien dengan Halusinasi pernah mengalami perpisahan dari orang yang penting, disingkirkan dari kelompok atau bisa lingkungan dan tekanan kerja.

d. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Pasien dengan Halusinasi memiliki riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang sama dengan pasien.

e. Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan

Pada umumnya pasien dengan Halusinasi mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan pada masa lalu seperti kurang kebebasan dalam hidup, kurang dukungan sosial, serta tidak tercapainya ideal diri merupakan stressor psikologik bagi klien yang dapat menyebabkan gangguan jiwa.

5. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda- tanda vital atau lakukan pemeriksaan fisik

terhadap klien secara head to toe dan observasi tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan klien, tinggi badan, berat badan.

6. Psikososial

1) Genogram

Genogram menggambarkan garis keturunan keluarga pasien, apakah ada keluarga pasien yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami pasien.

2) Konsep diri

a. Gambaran diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

b. Identitas diri

Pasien dengan Halusinasi akan merasa tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

c. Peran

Pada pasien Halusinasi bisa berubah atau berhenti dalam fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain dan perilaku

agresif.

d. Ideal diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun orang di sekitarnya.

e. Harga diri

Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, mengalami kekalahan dan kegagalan ia akan tetap merasa dirinya sangat berharga.

3) Hubungan sosial

- a. Pasien tidak mempunyai orang yang berarti untuk mengadu atau meminta dukungan.
- b. Pasien jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat.
- c. Pasien sulit berinteraksi karena lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

4) Spiritual

a. Falsafah hidup

Pada umumnya pasien merasa perjalanan hidupnya penuh dengan ancaman, tujuan hidup biasanya jelas, kepercayaannya terhadap sakit serta dengan penyembuhannya

b. Konsep kebutuhan dan praktek keagamaan

Pasien mengakui adanya tuhan, putus asa karena tuhan tidak memberikan sesuatu yang diharapkan dan tidak mau menjalankan kegiatan keagamaan

7. Status Mental

a) Penampilan

Pada klien dengan halusinasi biasanya mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam). Raut wajah Nampak takut, kebingungan dan cemas.

b) Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak fokus. Terkadang

yang dibicarakan tidak masuk akal.

c) Aktivitas motorik

Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, dan tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah dan menutup hidung.

d) Alam Perasaan

Pasien merasa tidak mampu dan pandangan hidup yang pesimis.

e) Afek

Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif dan ketakutan yang berlebih.

f) Interaksi selama wawancara.

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan), kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) dan mudah tersinggung.

g) Persepsi sensori

1. Jenis halusinasi
2. Waktu.

Perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang dialami pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah

pagi, siang, sore, malam? Jika muncul pukul berapa?

3. Frekuensi.

Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali-k, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Pada klien halusinasi sering kali mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan/saat melamun maupun duduk sendiri.

4. Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu?.

5. Respons terhadap halusinasi.

Mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul.

h) Proses pikir

Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

i) Isi pikir

Pasien akan cenderung selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan

berdasarkan penilaian non realistis.

j) Tingkat kesadaran

Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

k) Memori

Pada klien Halusinasi dapat mengingat dengan daya ingat jangka panjang: mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan, daya ingat jangka menengah: dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir dan daya ingat jangka pendek: dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Tingkat konsentrasi terganggu dan mudah beralih atau tidak mampu mempertahankan konsentrasi dalam waktu lama, karena merasa cemas. Dan biasanya tidak mengalami gangguan dalam berhitung.

m) Kemampuan menilai

Gangguan kemampuan penilaian ringan (dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain, contohnya: berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi, setelah

diberikan penjelasan pasien masih tidak mampu mengambil keputusan) jelaskan sesuai data yang terkait. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

n) Daya tilik diri

Pada klien Halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita, klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya.

8. Kebutuhan Persiapan Pulang

a) Makan

Tanyakan mengenai frekuensi, jumlah, variasi, macam makanan yang dimakan oleh klien.

b) Buang air besar dan Buang air kecil

Observasi dan tanyakan kemampuan klien untuk BAB/BAK

c) Mandi

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot, dan rambut), dan observasi kebersihan tubuh dan bau badan.

d) Berpakaian

Observasi kemampuan klien dalam mengambil,

memilih, dan mengenakan pakaian, observasi penampilan dandanan klien, observasi dan tanyakan frekuensi ganti pakaian, nilai kemampuan klien untuk mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian.

e) Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang lama dan waktu tidur siang atau malam.

f) Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang frekuensi, jenis, dosis, waktu, cara pemberian obat, dan reaksi obat tersebut.

g) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang bagaimana pemeliharaan kesehatan, apa saja sistem pendukung yang dimiliki, dan siapa yang akan mengantar klien melakukan pemeriksaan kesehatan ke puskesmas.

h) Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam merencanakan, mengolah, makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri, dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

i) Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien tentang belanja untuk keperluan sehari-hari.

j) Mekanisme koping

Data didapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Bagaimana perlakuan keluarga terhadap klien apakah adaptif ataukah maladaptif.

9. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Biasannya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masalah dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.

10. Pengetahuan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang.

2.4.2. Diagnosis Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
2. Isolasi sosial
3. Risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

2.4.3. Fokus Intervensi/ Rasional

Tabel 2.1 Fokus Intervensi/ Rasional

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
D.0085 GANGGUAN PERSEPSI SENSORI	L.09083 PERSEPSI SENSORI	I.09288 MANAJEMEN HALUSINASI
Definisi :	Definisi :	

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Penyebab : 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghiduan 4. Gangguan perabaan 5. Hipoksia serebral 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemajanan toksin lingkungan. Gejala dan Tanda Mayor <i>Subjektif :</i> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman atau pengecapan. <i>Objektif :</i> 1. Distorsi sensori 2. Respond tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu.	Persepsi-realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Persepsi Sensori membaik dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun. 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun. 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun. 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun. 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun. 6. Distorsi sensori menurun. 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Melamun menurun 9. Mondar-mandir menurun	Definisi : Manajemen halusinasi adalah mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita. Tindakan : <i>Observasi</i> - Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi - Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan - Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) <i>Terapeutik</i> - Pertahankan lingkungan yang aman - Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengecangan fisik, seklusi). - Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi - Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi. <i>Edukasi</i> - Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi - Anjurkan berbicara pada orang yang di percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik konektif terhadap halusinasi - Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengar musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)
--	--	--

Gejala dan Tanda Minor <i>Subjektif :</i> 6. Menyatakan kesal. <i>Objektif :</i> 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi. 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar-mandir 8. Bicara sendiri Kondisi Klinis Terkait 1. Glaukoma 2. Katarak 3. Gangguan refraksi (miopa, hiperopia, astigmatisma, presbiopia) 4. Truma okuler 5. Trauma pada saraf kranialis II, III, IV dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak.		- Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <i>Kolaborasi :</i> - Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas.
--	--	--

2.4.4. Implementasi

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata seiring pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai kondisinya. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (Rokhimma, & Rahayu, 2020). Dalam hal ini terapi hortikultura akan di implementasikan pada pasien skizofrenia dengan halusinasi yang mana terapi hortikultura bermanfaat guna untuk meningkatkan kesehatan klien.

2.4.5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua jenis yaitu: evaluasi proses atau formatif dilakukan selesai melaksanakan tindakan. Evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respons klien

pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan.

Evaluasi keperawatan yang diharapkan Gangguan persepsi sensori :

Halusinasi pada klien yang mendapatkan asuhan keperawatan halusinasi, klien mampu mengenali halusinasi, klien terlatih mengontrol halusinasi, klien mampu bercakap-cakap dengan orang lain, klien mampu beraktivitas secara terjadwal (Kaisun, 2020).

2.4.6. EBN (*Evidence Based Nursing*)

Merupakan landasan teori yang berupa jurnal nasional atau internasional yang digunakan untuk mengembangkan konsep keperawatan sedemikian rupa berbagai sumber yang relevan, autentik dan actual, sehingga dapat mendukung analisis karya ilmiah

1. Judul : *Efficacy of Horticultural Therapy on Positive, Negative, and Affective Symptoms in Individuals with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.*

No	Kriteria	Jawab	Pembenaran dan <i>Critical thinking</i>
1.	<i>Problem</i>	Ya	a. Sebanyak 2899 responden remaja dewasa (usia ≥ 18 tahun) dengan harga halusinasi menjadi sampel dalam penelitian ini b. Mengalami gejala positif (halusinasi, delusi), gejala negatif (kurang motivasi, penarikan sosial), dan gangguan emosional
2.	<i>Intervension</i>	Ya	a. Intervensi Terapi hortikultura (HT), sebagaimana definisikan oleh American Horticultural Therapy Association, melibatkan keterlibatan individu dalam aktivitas terkait berkebun

			yang difasilitasi oleh terapis terlatih untuk mencapai tujuan pengobatan tertentu. Hortikultura terapeutik, di sisi lain, mengacu pada program yang melibatkan aktivitas terkait tanaman yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan melalui keterlibatan aktif dan pasif b. Terapi hortikultura (HT), yang melibatkan aktivitas berkebun, budidaya tanaman, kerajinan hortikultura, atau pengamatan alam, baik secara partisipatif maupun observasional. Terapi ini dilakukan dalam format kelompok dengan durasi bervariasi (rata-rata 24,5 minggu) dan frekuensi 1-7 sesi per minggu.
3.	Comperator	Ya	Kelompok kontrol yang tidak menerima terapi hortikultura, biasanya hanya menerima perawatan standar seperti farmakoterapi atau intervensi non-hortikultura lainnya.
4.	Outcomne	Ya	Terapi hortikultura memberikan perbaikan gejala depresi pada individu dengan skizofrenia, dengan efek rata-rata berkisar antara 0,646 hingga 0,707 deviasi standar lebih tinggi daripada kelompok kontrol. Temuan ini memberikan bukti awal bahwa HT dapat menjadi terapi komplementer yang berguna pada pasien dengan skizofrenia. Temuan tersebut menunjukkan bahwa individu dengan skizofrenia yang menunjukkan gejala awal yang lebih parah dapat dianggap sebagai responden potensial untuk HT dan bahwa durasi HT yang diperpanjang dapat menghasilkan hasil yang lebih substansial

Judul : *The Effect of Horticultural Therapy on Increased Self Esteem for Mental Disorders in the Community*

No	Kriteria	Jawab	Pembenaran dan <i>Critical thinking</i>
1.	<i>Problem</i>	Ya	Sebanyak 50 responden dengan halusianasi menjadi sampel dalam penelitian ini
2.	<i>Intervension</i>		a. Intervensi: Terapi hortikultura (HT) yang dilaksanakan selama 6 minggu dengan 4 sesi utama: Persiapan media tanam (campuran tanah dan pupuk organik), Penanaman sayuran (kangkung dan bayam) yang mudah tumbuh, Pemeliharaan tanaman (penyiraman, pemupukan, pemberantasan hama), Panen dan pengolahan hasil (memasak atau menjual sayuran) Kegiatan dilakukan secara berkelompok untuk mendorong interaksi sosial dan rasa tanggung jawab. b. Terapi ini bermanfaat untuk merangsang sensorik sebelum dan sesudah perawatan dalam pengalaman sensorik dengan menyentuh tanah dan berbagai kelompok intervensi dengan penyediaan pupuk organik hortikultura, mempromosikan sensasi taktil.
3.	<i>Comperator</i>	Tidak	Kelompok kontrol: 25 peserta yang hanya menerima perawatan standar (farmakoterapi dan pemeriksaan rutin) tanpa terapi hortikultura.
4.	<i>Outcome</i>	Ya	Peningkatan skor diukur menggunakan Skala Rosenberg (0–30 poin). Kelompok intervensi: Rata-rata skor meningkat dari 16,88 (pra-test)

			menjadi 18,64 (pasca-test) dengan p-value 0,00 (signifikan). Kelompok kontrol: Tidak ada peningkatan signifikan (p-value 0,08). Kelompok intervensi menunjukkan peningkatan skor yang signifikan setelah menerima terapi hortikultura, sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan. Skor rata-rata pada kelompok intervensi meningkat dari 16,88 menjadi 18,64 setelah pengobatan.
--	--	--	--

2. Judul : Penerapan Intervensi Okupasi Menanam Pada Pasien Halusinasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Anyar Provinsi Lampung Tahun 2024

No	Kriteria	Jawab	Pembenaran dan <i>Critical thinking</i>
1.	<i>Problem</i>	Ya	a. Sebanyak 13 responden dengan halusinasi pendengaran menjadi sampel dalam penelitian ini b. Mendengar bisikan yang mempengaruhi mereka menjadi pemarah, melakukan kekerasan, bahkan bisa melakukan bunuh diri
2.	<i>Intervension</i>	Ya	a. Terapi yang dapat di gunakan untuk mengatasi halusinasi berupa terapi Okupasi, yang merupakan ilmu dan seni yang mengarahkan partisipasi seseorang dalam melakukan tugas tertentu (Andini, 2021). Terapi ini dapat di gunakan untuk mengatasi halusinasi dengan kegiatan berkebun. Kegiatan penanaman yang dilakukan dapat meminimalkan interaksi pasien dengan dunianya yang tidak nyata, membangkitkan pikiran, emosi, atau emosi yang mempengaruhi perilaku sadar, dan memotivasi

			kegembiraan dan hiburan, tidak dimaksudkan untuk memberikan, tetapi mengalihkan pasien dari halusinasi yang dialami, serta Tidak fokus pada halusinasi pasien (Fitri, 2019). b. Terapi okupasi menanam yang dilakukan bertujuan untuk meminimalisasi interaksi pasien dengan dunianya yang tidak nyata, 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 pikiran pasien tidak terfokus dengan halusinasinya khusus nya pada pasien halusinasi pendengaran (Yuniar, et al, 2019) c. Terapi okupasi menanam (planting occupational therapy). Kegiatan meliputi persiapan alat, menanam tanaman, dan merawat tanaman selama 1-2 jam per sesi, dilakukan 6 kali dalam 2 minggu.
3.	<i>Comperator</i>	Ya	Penatalaksanaan pasien halusinasi dilakukan dengan terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Terapi nonfarmakologi pada pasien halusinasi bisa diberikan terapi modalitas seperti terapi kognitif, family therapy dan terapi okupasi.
4.	<i>Outcomne</i>	Ya	Hasil asuhan pada pasien dengan inovasi Sop okupasi menanam di dapatkan gejala halusinasi manurun dari katagori sedang menjadi katagori ringan.

			Kesimpulan Diharapkan pasien dapat terus dilakukan arahan dan pendampingan dalam melakukan okupasi menanam agar mampu mencegah kekambuhan halusinasi pendengaran efektif di lakukan inovasi Sop okupasi menanam
--	--	--	---

3. Judul : *Value of edible horticultural therapy for schizophrenic*

No	Kriteria	Jawab	Pembenaran dan <i>Critical thinking</i>
1.	<i>Problem</i>	Ya	a. Sebanyak 60 responden (rata-rata usia 44–47 tahun) dengan skizofrenia menjadi sampel dalam penelitian ini b. Gangguan fungsi sosial, gejala klinis (diukur dengan BPRS), dan rendahnya kepuasan hidup (diukur dengan LSIA) akibat isolasi sosial dan efek samping pengobatan.
2.	<i>Intervension</i>		a. Terapi hortikultura yang dapat dimakan (EHT) adalah jenis terapi hortikultura yang menggunakan tanaman yang dapat dimakan dan meliputi mengamati tanaman, menyentuh tanaman, mencicipi tanaman, mencium tanaman, dan mendengarkan pertumbuhan alami tanaman, untuk merangsang kelima indra pasien (penglihatan, sentuhan, pengecap, penciuman, dan pendengaran) serta memanfaatkan kekuatan penyembuhan alam. Studi yang relevan telah menunjukkan bahwa EHT, sebagai sarana rehabilitasi mental, dapat secara efektif meningkatkan fungsi sosial dan kemampuan hidup sehari-hari pasien skizofrenia, memungkinkan pasien untuk memanfaatkan sepenuhnya fungsi residual dan kemampuan potensial mereka, meningkatkan kualitas hidup, dan mendorong rehabilitasi komprehensif mereka (Yanagida

			et al., 2017; Oh et al., 2018; Zhang, 2018; Zhang & Han, 2021) b. Intervensi: Terapi Hortikultura yang Dapat Dimakan (EHT) selama 6 minggu, terdiri dari 6 sesi mingguan (60 menit/sesi) yang melibatkan: Penanaman dan perawatan tanaman edible (selada, tomat, mint, dll.). Stimulasi multi sensorik (penglihatan, sentuhan, penciuman, pengecap). Aktivitas kelompok (berbagi pengalaman, memasak hasil panen). Dikombinasikan dengan pengobatan standar (antipsikotik).
3.	<i>Comperator</i>	Tidak	Kelompok kontrol: 30 pasien yang hanya menerima pengobatan standar (antipsikotik) tanpa intervensi EHT.
4.	<i>Outcome</i>	Ya	a. Penurunan gejala klinis: Skor BPRS kelompok EHT turun signifikan ($p < 0,001$), sementara kelompok kontrol tidak berubah. b. Peningkatan fungsi sosial: Skor SSFPI kelompok EHT meningkat dari 28,37 menjadi 34,87 ($p < 0,001$), menunjukkan perbaikan disfungsi sosial dari tingkat sedang ke ringan. c. Kepuasan hidup: Indeks LSIA kelompok EHT lebih tinggi (23,29 vs. 16,22; $p < 0,001$), sementara kelompok kontrol mengalami penurunan.

4. Judul : *Implementation of Gardening Activities on Changes in the Response of Hallucinatory Signs and Symptoms in Patients with Mental Disorders*

No	Kriteria	Jawab	Pembenaran dan <i>Critical thinking</i>
1.	<i>Problem</i>	Ya	a. Sebanyak 18 responden dengan halusinasi dengan skizofrenia menjadi sampel dalam penelitian ini
2.	<i>Intervension</i>		a. Terapi okupasi merupakan metode psikoterapi dan dukungan yang memfasilitasi pemulihan dari halusinasi. Salah satu bentuk terapi okupasi bagi penderita halusinasi adalah melibatkan aktivitas kehidupan sehari-hari. Aktivitas ini bertujuan untuk mendorong dan berbagi kebahagiaan dari hiburan, serta mengalihkan perhatian dari halusinasi yang merupakan hasil dari penglihatan yang tidak terfokus pada halusinasi (Mustopa et al. 2021). Terapi tanam memberikan efek positif terhadap kemandirian ADL (Activities of Daily Living) pada pasien yang mengalami halusinasi. Temuan ini menyimpulkan bahwa terapi okupasi implan juga memiliki dampak signifikan dalam mengurangi halusinasi pada pasien yang mengalami kondisi tersebut. b. Intervensi: Kegiatan berkebun (menanam dan merawat tanaman) selama 3 hari, dengan satu sesi per hari (30 menit setiap sesi).
3.	<i>Comperator</i>	Tidak	-
4.	<i>Outcome</i>	Ya	Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah intervensi, pasien mengalami penurunan signifikan

			dalam gejala halusinasi (misalnya, Subjek A mengalami penurunan skor dari 9 menjadi 1, dan Subjek N dari 10 menjadi 5). Selain itu, pasien menjadi lebih mandiri dalam aktivitas berkebun dan melaporkan perbaikan kondisi emosional, seperti merasa lebih tenang dan mampu mengendalikan diri. Temuan ini sejalan dengan studi sebelumnya (Yuniar, 2019; Zaldy, 2022) yang menyatakan bahwa terapi okupasi berbasis aktivitas fisik, seperti berkebun, dapat mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi dan meningkatkan kualitas hidup.
--	--	--	--

