BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Terapi Okupasi

1. Defenisi Terapi Okupasi

Terapi okupasi juga dikenal sebagai terapi kerja yaitu disiplin ilmu dan seni yang berfokus pada pengarahan partisipasi seseorang untuk menyelesaikan tugas-tugas yang telah ditentukan. Terapi ini menekankan pada identifikasi, pemeliharaan, dan peningkatan kemampuan yang masih dimiliki oleh individu, dengan tujuan untuk mendorong kemandirian dan mengurangi ketergantungan pada orang lain (Agusta, 2020).

Terapi okupasi merupakan gabungan antara terapi okupasi sendiri dan terapi seni. Terapi ini dirancang untuk membantu individu mencapai kemandirian dalam menjalani kehidupan sehari-hari, baik dalam menghadapi kondisi kesehatan yang ada maupun dampak dari proses penuaan. Terapi okupasi merupakan terapi yang memiliki tujuan utama meningkatkan kualitas hidup individu dengan cara memaksimalkan kemampuan mereka dalam berfungsi secara mandiri, serta memberikan dukungan agar individu dapat meraih harapan positif dan mencapai tujuan hidupnya. Sebagai bentuk intervensi psikoterapi, terapi okupasi memanfaatkan berbagai media yang dikemas dalam produk kreatif dengan tujuan untuk mengkomunikasikan perasaan, harapan, serta tujuan hidup individu yan pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup mereka (Megasari, dkk. 2021).

2. Manfaat Terapi Okupasi

a. Secara Fisik

1) Meningkatkan koordinasi mata dan tangan. Aktivitas tangan pada occupart therapy dapat memperbaiki keterampilan motorik halus, ketangkasan, serta ketelitian dalam bergerak.
2) Membantu dalam pengontrolan tangan dan jari, meningkatkan eksplorasi jari serta keterampilan motorik.

b. Secara Sensori
    1) Meningkatkan fokus terhadap stimulus sensorik, pengolahan penglihatan visual, perhatian serta memperkaya umpan balik sensorik.
    2) Membantu meningkatkan fokus perhatian visual dan pemrosesan informasi, merangsang ujung-ujung jari, serta memberikan umpan balik sensorik visual yang dapat mempengaruhi respon terhadap input sensorik.
c. Secara Komunikasi
    1) Meningkatkan kemampuan berkomunikasi dengan orang lain.
    2) Meningkatkan kepedulian terhadap orang lain.
    3) Membantu visualisasi perasaan dan ide, serta mendukung proses ekspresi verbal dan non-verbal melalui warna dan gambar, ini juga dapat memfasilitasi hubungan dan interaksi dengan teman sebayanya.
d. Secara Kognitif
    1) Membantu stimulasi mental dan fokus, meningkatkan kemampuan dalam pemecahan masalah, pengorganisasian ide, serta perhatian terhadap detail.
    2) Membantu peningkatan kemampuan mental dalam menyelesaikan masalah, seperti pemilihan warna dan motif dalam karya.
e. Secara Sosial dan Emosional
    1) Membantu mengurangi ketegangan emosional dan kecemasan, mengurangi kebosanan, meningkatkan kepercayaan diri, serta kesadaran akan keunikan dan individualitas.
    2) Meningkatkan kepercayaan diri dan kemampuan menyelesaikan tugas, mendukung sosialisasi dengan teman, keluarga, dan terapis, serta membantu dalam mengembangkan kesabaran dan kemampuan untuk menyesuaikan tindakan serta perasaan dalam ekspresi visual.

3. Tehnik Pelaksanaan Terapi Okupasi

Terapi okupasi dilakukan dengan memberikan objek atau bahan yang dapat digunakan untuk membuat kreasi, yang kemudian dapat dimanfaatkan dalam kehidupan sehari-hari setelah kegiatan selesai. Terapi ini dilakukan dalam minimal 3 kali pertemuan atau sesi. Aktivitas terapi okupasi dapat dilaksankan dalam bentuk kelompok kecil, dengan maksimal sepuluh orang per kelompok yang masing-masing didampingi oleh satu fasilitator. Setiap sesi memiliki tujuan tertentu, dan responden diharapkan dapat mengikuti aktivitas sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan. Bahan-bahan untuk terapi disediakan untuk setiap kelompok responden, dan mereka dapat membuat kreasi secara bebas berdasarkan perasaan, harapan, dan keinginan pribadi. Dalam intervensi terapi okupasi, hasil yang baik bukanlah hal yang paling penting, melainkan kemampuan responden untuk mengungkapkan perasaan mereka (Megasari, dkk. 2021)

B. Halusinasi pendengaran

1. Defenisi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaaan atau penghiduan. Pasien dengan halusinasi mendapatkan respon tentang lingkungannya tanpa ada objek rangsangan yang nyata. Sebagai contoh pasien mengatakan mendengar suara padahal kenyataannya tidak ada orang yang berbicara. Banyak dari mereka merasa mendengar suara atau bisikan yang bisa mempengaruhi mereka menjadi pemarah, melakukan, kekerasan, dan bahkan bisa melakukan bunuh diri. (Cicilia Aditya Melinda dan Ita Apriliyani 2023).

Halusinasi pendengaran merupakan keadaan seseorang mendengar suara-suara yang tidak nyata terutama suara orang dan memerintah pasien untuk melakukan suatu tindakan yang berbahaya, suara-suara tersebut muncul tidak disengaja dan tidak diinginkan. Pikiran mendengar dimana pasien mendengar suara-suara yang berbicara pada pasien dan perintah yang memberitahu pasien untuk

melakukan sesuatu, kadang-kadang berbahaya (Wulandari, dkk. 2023). Berikut merupakan penjelasan setiap tahap halusinasi pendengaran:

a. Tahap comforting, proses berulang dalam merespons sinyal penderitaan pasien.
b. Tahap condemning, sudah menerapkan prinsip komunikasi terapeutik.
c. Tahap Controling, tahap mendorong pasien untuk fokus kembali ke hal-hal yang bisa mereka kendalikan.
d. Tahap Conquering, pada tahap memberikan pemberdayaan kepada pasien untuk mengelola emosinya atau tantangannya.

2. Faktor Resiko Halusinasi Pendengaran

Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap munculnya halusinasi pendengaran meliputi :

a. Gangguan Neurobiologis
   1) Ketidakseimbangan Neurotransmitte

      Ketidakseimbangan neurotransmitter seperti dopamin dan glutamat Terdapat beberapa abnormalitas pada struktur dan fungsi otak yang dikaitkan dengan pencetus penyakit skizofrenia, di antaranya adalah pelebaran ventrikel, penurunan ukuran otak dan penurunan konektivitas antara regio otak. Selain itu, juga didapatkan adanya kelainan fungsi kognitif penderita skizofrenia, terutama pada fungsi ingatan dan kemampuan berinteraksi dengan orang lain (Fachruddin, 2023).

   2) Disfungsi Lobus Temporal

      Lobus temporal, terutama di area korteks pendengaran primer dan superior temporal gyrus, bertanggung jawab untuk menerima, mengolah, dan memahami suara. Struktur ini bekerja sama dengan area Broca dan Wernicke untuk memproses bahasa dan komunikasi verbal. Ketika terjadi disfungsi pada lobus temporal, pemrosesan informasi auditif dapat terganggu, menyebabkan pasien mengalami kesulitan dalam membedakan suara nyata dan suara halusinasi (Maramis, 2023).

b. Faktor Genetika

Skizofrenia dan halusinasi pendengaran meningkat secara signifikan pada individu dengan anggota keluarga yang memiliki gangguan mental serupa. Jika salah satu orang tua memiliki skizofrenia, kemungkinan anak mengalami gangguan ini sekitar 10–15%. Jika kedua orang tua menderita skizofrenia, risikonya meningkat hingga 40–50% Meskipun faktor genetik berperan besar, interaksi dengan lingkungan juga mempengaruhi ekspresi gen yang berkaitan dengan skizofrenia (Harkomah, 2019).

c. Stress dan Trauma Psikologis

Saat seseorang mengalami stres berat atau berkepanjangan, tubuh menghasilkan kadar hormon stres (kortisol) yang tinggi. Kortisol dalam jumlah berlebihan dapat merusak keseimbangan neurotransmitter di otak, khususnya dopamin dan serotonin, yang bertanggung jawab atas pemrosesan informasi sensorik dan emosi (Wulandari & Pardede, 2022).

Trauma psikologis dapat menyebabkan perubahan pada struktur otak yang terkait dengan persepsi suara, terutama di lobus temporal**,** amigdala**,** dan hipolamus**.** Ketika terjadi gangguan pada jalur komunikasi antara area ini, individu menjadi lebih rentan terhadap gangguan persepsi seperti halusinasi pendengaran (Pardede, 2022).

d. Kurangnya Stimulasi Kognitif

Kurangnya stimulasi kognitif dapat menyebabkan penurunan aktivitas di area korteks prefrontal dan lobus temporal, yang bertanggung jawab atas pemrosesan suara dan bahasa. Hal ini menyebabkan individu kesulitan membedakan antara suara internal dan eksternal, yang pada akhirnya memicu halusinasi pendengaran (Novasari, 2020).

3. Manifestasi Klinis Halusinasi Pendengaran

Beberapa tanda dan gejala perilaku halusinasi merupakan tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, bicara sendiri, pergerakan mata cepat, diam, asyik dengan pengalaman sensori,

kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realitas rentang perhatian yang menyempit hanya beberapa detik atau menit, kesukaran berhubungan dengan orang lain, serta tidak mampu merawat diri. Beberapa tanda dan gejala spesifik pada halusinasi pendengaran yaitu mendengar suara-suara/kebisingan, paling sering suara kata yang jelas, berbicara dengan pasien bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar jelas dimana pasien mendengar perkataan bahwa pasien disuruh untuk melakukan sesuatu, kadang-kadang dapat membahayakan.

4. Proses Terjadinya Halusinasi Pendengaran

Proses terjadinya halusinasi diawali dengan seseorang menderita halusinasi akan menganggap sumber dari halusinasinya berasal dari lingkungan/stimulus eksternal. Padahal sumber itu berasal dari stimulus internal yang berasal dari dalam dirinya tanpa ada stimulus eksternal. Pada fase awal masalah itu menimbulkan peningkatan kecemasan yang terus menerus dan system pendukung yang kurang akan membuat persepsi untuk membeda-bedakan apa yang kurang akan membuat persepsi untuk membeda-bedakan apa yang dipikirkan dengan perasaan sendiri menurun. Pasien sulit tidur sehingga terbiasa mengkhayal dan pasien biasanya menganggap lamunan itu sebagai pemecahan masalah. Meningkat pada fase *comforting.* Pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya cemas, kesepian, perasaan berdosa dan sensorinya dapat diatur pada fase ini pasien cenderung merasa nyaman dengan halusinasinya. Halusinasi menjadi sering datang, pasien tidak mampu lagi mengontrolnya dan berupaya menjaga jarak dengan objek yang dipersepsikan (*condemming).* Pada fase *controlling* pasien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berhenti. Pada fase *conquering* lama-kelamaan pengalaman sensorinya terganggu, pasien merasa terancam dengan halusinasinya terutama bila tidak menuruti perintah yang ia dengar dari halusinasinya.

5. Penatalaksanaan Halusinasi Pendengaran

Penatalaksanaan halusinasi pendengaran terdiri dari:

a. Farmakologis

Obat-obatan untuk terapi halusinasi berupa antispikotik haloperidol dan lain-lain.

1) Haloperidol (HLD) obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham dan halusinasi.
2) Chlorpromazine (CPZ) obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol.
3) Trihexilpenidyl (THP)

b. Terapi Psikososial

Karakteristik dari halusinasi yaitu rusaknya kemampuan untuk membentuk dan mempertahankan hubungan sesama manusia, maka intervensi utama difokuskan untuk membantu klien memasuki dan mempertahankan sosialisasi yang penuh arti dalam kemampuan pasien.

1) Terapi Modalitas

Semua sumber daya di Rumah Sakit disarankan untuk menggunakan komunikasi terapeutik, termasuk semua (staf asministrasi, pembantu kesehatan, mahasiswa, dan petugas instalasi).

2) Terapi Kelompok

Terompok kelompok merupakan psikoterapi yang dilakukan pada klien bersama dengan jalan yang diarahkan oleh seseorang yang terlatih.

3) Terapi Keluarga

Tujuan dari terapi keluarga:

a) Menurunkan konflik kecemasan
b) Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap kebutuhan masing-masing keluarga.
c) Meningkatkan pertanyaan kritis.

d) Perawat membekali keluarga dengan pendidikan tentang kondisi klien dan kepedulian pada situasi keluarga (Iyan, 2021).

C. Konsep Skizofrenia

1. Defenisi skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu "*skizo*" yang artinya retak atau pecah (*split*), dan "*frenia*" yang artinya jiwa. Denga demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia merupakan orang yang mengalamin keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality)* (Agustriyani Feri, dkk. 2024., dalam Hawari, 2018).

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berpikir, tberkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Pardede & Ramadia, 2021).

2. Etiologi *Skizofrenia*

Videback (2020) menyatakan bahwa skizofrenia Dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan faktor utama pencetus dari *skizofrenia*. Anak yang memiliki satu orangtua biologis penderita *skizofrenia* tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetic dari orangtua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan kajian bahwa anak yang memiliki satu orangtua penderita *skizofrenia* memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orangtua biologis menderita *skizofrenia.*

2) Faktor Neuroanatomi

Kajian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiiki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya.

Computerized Tomography (CT Scan) merupakan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography (PET)* menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metaboisme glukosa pada struktur korteks frontal otak.

3) Neurokimia

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

4) Faktor Psikologis

   Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam meyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup.

5) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

   Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala *skizofrenia* lebih besar dibandingkan dengan individu daro sosial ekonomi lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perwatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress, dan perasaan putus asa.

6) Faktor Presipitas**i**

   Faktor presipitasi dari skizofrenia antara lain sebagai berikut :

   a) Biologis

      Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi gangguan dalam komunikasi

dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b) Lingkungan

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

c) Pemicu Gejala

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

3. Manifestasi Klinis *Skizofrenia*

Gejala-gejala *skizofrenia* menurut Sugeng (2021) yaitu :

a. Gejalaa Positif

1) Waham: keyakinan yag salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
2) Halusinasi: gangguan penerimaan pancai indra tanpa adanya stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabdaan).
3) Perubahan arus pikir: arus pikir terputus (dalam pembicaraan tiba-tiba tidak bisa melanjutkan isi pembicaraan), *inkohoren* (berbicara tidak selaras dengan lawan bicara/ bicara kacau), *neologisme* (menggunakan kata-kata yang dimengerti diri sendiri tetapi tidak dimengerti orang lain)
4) Perubahan perilaku: perubahan perilaku pasien *skizofrenia* secara umum cenderung menarik diri dari orang lain, mudah tersinggung

dan marah, terjadinya perubahan pola tidur, kurang motivasi, sehingga terjadi kesulitan dalam menjalankan aktivitas.

b. Gejala Negatif
   1) Penarikan sosial: menjadi tertutup, dingin, terasing dari orang lain.
   2) Kurangnya motivasi: hilangnya minat terhadap hal-hal di sekitarnya, bahkan kebersihan pribadi dan perawatan diri.
   3) Berpikir dan bergerak secara lambat.
   4) Ekspresi wajah yang datar.

4. Klasifikasi *Skizofrenia*

Skizofrenia terbagi menjadi lima tipe yang memiliki spesifikasi yang berbeda, yaitu:

a. *Skizofrenia* Tipe *Hebefrenik*

Seorang penderita *skizofrenia* tipe *Hebefrenik*, disebut juga *disorganized type* atau "kacau balau" ditandai dengan gejala-gejala antara lain sebagai berikut:

1) *Inkoherensi* yaitu jalan pikiran yang kacau, sehingga ucapannya tidak dapat dimengerti, biasanya ucapan klien tidak ada hubungannya antara satu dengan yang lainnya.
2) Alam perasaan (*mood, affect*) yaitu ketidaksesuaian antara stimulus dan respon yang ditunjukkan klien.
3) Perilaku dan tertawa kekanak-kanakan (*giggling*), senyum yang menunjukkan rasa puas diri atau senyum yang hanya dihayati sendiri.
4) Waham (*delusion*) tidak jelas dan tidak sistematik (terpecah-pecah) tidak terorganisir sebagai suatu kesatuan.
5) Halusinasi yang terpecah-pecah yang isi temanya tidak terorganisirn sebagai suatu kesatuan.
6) Perilaku aneh, misalnya menyeringai sendiri, menunjukkan gerakan-gerakan aneh, berkelekar, pengucapan kalimat yang diulang-ulang dan kecenderungan untuk menarik diri secara ekstrim dari hubungan social. Oleh karena itu sebaiknya pihak keluarga mewaspadai apabila terdapat anggota keluarga yang

mengalami gejala tersebut dan segera membawa ke dokter, karena yang bersangkutan tidak merasa dirinya sakit sehingga tidak ada motivasi untuk berobat.

b. *Skizofrenia* Tipe *Katatonik*

Orang yang mengalami tipe katatonik akan menunjukkan gejala-gejala sebagai berikut:

1) Stupor katatonik, yaitu sikap klien yang tidak peduli dengan lingkungan, malas beraktivitas sehingga nampak seperti "patung", atau diam membisu (*mute*).
2) *Negativisme* katatonik, yaitu perlawanan yang nampaknya tanpa motif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan dirinya.
3) Kekakuan (*rigidity*) katatonik, merupakan sikap mepertahankan kekakuan dari berbagai upaya untuk menggerakkan dirinya.
4) Kegaduhan katatonik,yaitu aktivitas motoric yang gaduh,tidak bertujuan, dan tidak ada rangsangan dari luar.
5) Sikap tubuh *katatonik*, yaitu sikap tubuh yang tidak wajar atau aneh. Penderita juga sering tidak makan dan minum, bahkan tidak tidur berhari-hari sehingga dapat menyebabkan dehidrasi dan memburuknya kondisi fisik dapat berakir kematian.

c. *Skizofrenia* Tipe *Paranoid*

Seseorang yang menderita *skizofrenia* tipe paranoid menunjukkan gejala-gejala sebagai berikut:

1) Waham (*delusion*) kejar atau waham kebesaran, penderita mengaku dirinya sebagai orang besar tetapi tidak masuk akal seperti penyelamat bangsa atau agama. Waham cemburu juga seringkali ditemukan.
2) Halusinasi yang mengandung isi kebesaran.
3) Gangguan alam perasaan dan perilaku, seperti kecemasan yang tidak menentu, kemarahan, suka bertengkar, berdebat dan tindakan kekerasan. Penderita juga merasa bingung tentang

identitas jenis kelamin dirinya (*gender identity)* atau takut diduga sebagai seorang homoseksual.

d. *Skizofrenia* Tipe *Residual*

Merupakan sia-sia (*residu*) dari gejala *skizofrenia* ysng tidak begitu menonjol. Misalnya alam perasaan yang tumpul dan mandatar serta tidak serasi *(inappropriate*), penarikan diri dari pergaulan social, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional atau pelanggaran asosiasi pikiran. Meski gejala *skizofrenia* tidak aktif atau tidak menampakkan gejala-gejala positif *skizofrenia*, sebaiknya pihak keluarga tetap mewaspadai dan membawa berobat agar dapat menjalankan fungsi kehidupan sehari-hari secara optimal.

e. *Skizofrenia* Tipe tidak Tergolongkan

Tipe ini tidak dapat dimasukkan dalam tipe-tipe yang telah diuraikan dimuka, hanya gambaran klinisnya terrdapat waham, halusinasi, *inkoherensi* atau tingkat kacau. Gejala-gejala tersebut diatas cukup jelas untuk dikenali, sehingga keluarga segera membawa penderita berobat ke dokter (psikiater) agar tidak menjadi bertambah parah.

5. Fase-fase *Skizofrenia*

Fase dalam *skizofrenia* dibagi menjadi tiga fase yaitu:

a. Fase *Prodromal*

Pada fase ini biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa minggu, bulan maupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejalan tersebut meliputi: fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman, mereka akan mengatakan " orang ini tidak seperti yang dulu". Semakin lama fase *prodromal* semakin buruk prognosinya.

b. Fase Aktif

Pada fase aktif gejala positif/psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan efek. Hampir semua individu datang pada fase ini, bila tidak mendapat

pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami *eksaserbasi* atau terus bertahan.

c. Fase *Residual*

Pada fase ini gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang. Disamping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita *skizofrenia* juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan social).

6. Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Penatalaksanaan pada klien *skizofrenia* adalah sebgaai berikut:

a. Manajemen keperawatan pasien halusinasi sebagai berikut:

1) Bina hubungan interpersonal dan saling percaya.
2) Kaji gejala halusinasi, termasuk lama, intensitas, dan frekuensi.
3) Fokuskan pada gejala dan minta pasien untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi.
4) Kaji penggunaan obat dan alcohol
5) Jika perawat ditanya oleh pasien, katakana secara singkat bahwa perawat tidak mengalami stimulus yang sama.
6) Sarankan dan kuatkan penggunaan hubungan interpersonal sebagai suatu teknik penatalaksanaan gejala.
7) Bantu pasien untuk menjelaskan dan membandingkan halusinasi saat ini dan halusinasi masa lalu.
8) Bantu pasien mengidentifikasi kebutuhan yang merefleksikan isi halusinasi.
9) Tentukan pengaruh gejala pasien terhadap aktivitas hidup sehari hari.

b. Manajemen Psikofarmaka

Peran perawat dalam penatalaksanaan obat di Rumah Sakit Jiwa (Yusuf, 2015) sebagai berikut:

1) Mengumpulkan data sebelum pengobatan

Dalam melaksanakan peran ini, perawat didukung oleh latar belakang pengetahuan biologis dan perilaku. Data yang perlu dikumpulkan antara lain riwayat penyakit, diagnosis medis, hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan, riwayat pengobatan, jenis obat yang digunakan (dosis, cara pemberian, waktu pemberian), dan perawat perlu mengetahui program terapi lain bagi pasien.

2) Mengkoordinasikan obat dengan terapi modalitas.

   Hal ini penting dalam mendesain program terapi yang akan dilakukan. Pemilihan terapi yang tepat dan sesuai dengan program pengobatan pasien akan memberikan hasil yang lebuh baik.

3) Pendidikan kesehatan.

   Pasien di Rumah Sakit sangan membutuhkan pendidikan kesehatan tentang obat yang diperolehnya, karena pasien sering tidak minum obat yang dianggap tidak ada manfaatnya. Selain itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan oleh keluarga karena adanya anggapan bahwa jika pasien sudah pulang ke rumah tidak perlu lagi minum obat padahal ini menyebabkan resiko kekambuhan dan dirawat kembali di Rumah Sakit.

4) Memonitor efek samping obat.

   Seorang perawat diharapkan mampu memonitor efek samping obat dan reaksi-reaksi lain yang kurang baik setelah pasien minum obat. Hal ini pebting dalam mencapai pemberian obat yang optimal.

5) Melaksankan prinsip-prinsip pengobatan psikofarmakologi.

   Peran ini membuat perawat sebagai kunci dalam memaksimalkan efek terapeutik obat da meminimalkan efek samping obat karena tidak ada profesi lain dalam tim kesehatan yang melakukan dan mempunyai kesempatan dalam memberikan tiap dosis obat pasien, serta secara terus-menerus mewaspadai efek samping obat.

6) Melaksanakan program pengobatan berkelanjutan.

Dalam program pengobatan, perawat merupakan penghubung antara pasien dengan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Setelah pasien selesai dirawat di Rumah Sakit maka perawat akan merujuk pasien pada fasilitas yang ada di masyarakat misalnya puskesmas, klinik jiwa, dan sebagainya.

7) Menyesuaikan dengan terapi nonfarmakologi.

Sejalan dengan peningkatan pengetahuan dan kemampuan perawat, peran perawat dapat diperluas menjadi seorang terapis. Perawat dapat memilih salah satu program terapi bagi pasien dan menggabungkannnya dengan terapi pengobatan serta bersama pasien bekerja sebagai sat kesatuan.

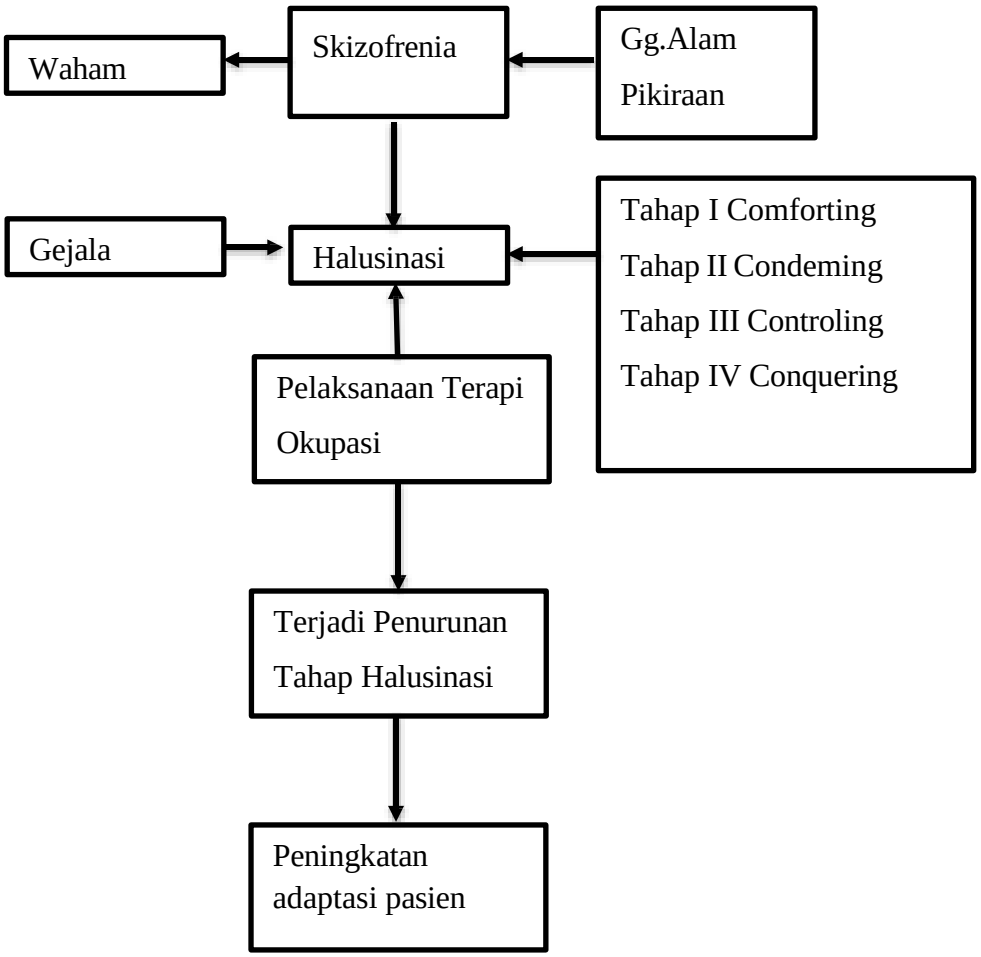
8) Ikut serta dalam riset interdisipliner.

Sebagai profesi yang paling banyak berhubungan dengan pasien, perawat dapat berperan sebgaai pengumpul data, sebagai asisten peneliti, atau sebagai peneliti utama. Peran perawat dalam riset mengenai obat ini saampai saat ini masih terus digali.

6. Terapi psikososial

Dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak bergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Penderita ini menjalani terapi psikososial hendaknya tetap mengkomsumsi obat psikofarmaka sebagaimana juga hanya waktu menjalani psikoterapi.

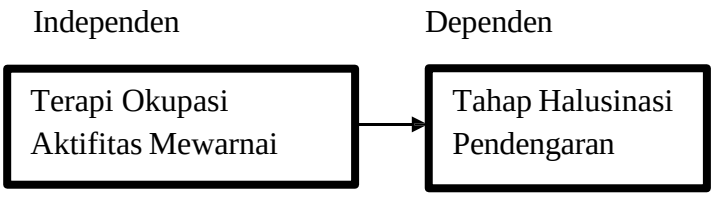
D. Kerangka Teori



Gambar 1 : Kerangka Teori

E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian dengan judul pengaruh terapi okupasi aktivitas mewarnai terhadap penurunan tingkat halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia Di RSJ. Prof. Dr. M. Ildrem.adalah sebagai berikut :



Gambar 2 : Kerangka Konsep

F. Defenisi Operasional

Tabel 1 : Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Hail Ukur	Skala Ukur
1	Variabel Independen: Terapi okupasi aktivitas mewarnai	Terapi Okupasi Aktivitas Mewarnai di lakukan dengan menjelaskan kegiatan mewarnai, membagikan alat dan menjelaskan tema gambar yang akan dibuat. Lalu terapis meminta pasien menceritakan gambar tersebut.	SOP	Observasi pelaksanaan kegiatan.	
2	Variebal Dependen: Halusinasi pendengaran	Halusinasi pendengaran merupakan keadaan dimana seseorang mendengar suara atau kebisingan, suara terdengar seperti suara mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan.	Lembar Kuesioner	0-8= Tahap I 9-16= Tahap II 17-24= Tahap III 25-32= Tahap IV (Skala *Auditory Hallucinations Rating Scale*)	

G. Hipotesis

Ha : Adanya pengaruh terapi okupasi aktivitas mewarnai terhadap penurunan tingkat halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia Di RSJ. Prof. Dr. M. Ildrem.

H_O: Tidak adanya pengaruh terapi okupasi aktivitas mewarnai terhadap penurunan tingkat halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia Di RSJ. Prof. Dr. M. Ildrem.