

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan psikotik yang memengaruhi berbagai aspek fungsi individu, termasuk kemampuan berpikir, berkomunikasi, merasakan, dan mengekspresikan emosi. Gangguan ini ditandai dengan pikiran yang kacau, delusi, halusinasi, dan perilaku yang tidak wajar (Pardede, 2019). Skizofrenia memengaruhi kepribadian serta menimbulkan distorsi khas dalam proses berpikir (Rahmayani & Syisnawati, 2018), dengan perubahan mendasar pada persepsi dan afek yang tumpul atau tidak sesuai. Selain itu, gangguan ini terkait dengan kelainan neurobiologis, yang meliputi kekacauan pola pikir, isi pikir yang tidak teratur, halusinasi, delusi, serta gangguan dalam persepsi, afek, dan interaksi sosial (Wardani & Dewi, 2018). Dengan demikian, skizofrenia dapat disimpulkan sebagai gangguan jiwa yang memengaruhi kepribadian, proses berpikir, dan ekspresi afektif individu.

2.1.2 Klasifikasi Skizofrenia

Sutejo (2018) menyatakan bahwa terdapat 7 tipe skizofrenia, di antaranya:

1. Skizofrenia Paranoid

Merupakan sub tipe skizofrenia yang paling umum, ditandai dengan munculnya waham dan halusinasi auditorik yang jelas. Gejala utamanya meliputi waham kejar atau waham kebesaran, di mana individu merasa dikejar atau diancam oleh pihak tertentu yang berniat mencelakainya.

2. Skizofrenia tipe disorganisasi atau hebefrenik

Ditandai dengan perilaku tidak bertanggung jawab dan sulit diprediksi, kecenderungan untuk menyendiri, perilaku yang hampa tujuan dan emosi, afek yang tidak wajar, sering tersenyum atau tertawa sendiri, serta proses berpikir yang disorganisasi dengan pembicaraan yang inkoheren.

3. Skizofrenia katatonik

Gambaran perilaku pada sub tipe ini meliputi stupor (kehilangan semangat), gelisah atau gaduh, menunjukkan posisi tubuh yang tidak wajar, negativisme (perlawanan terhadap perintah), rigiditas (tubuh kaku), fleksibilitas area (mempertahankan posisi tubuh saat dipindahkan), mematuhi perintah secara otomatis, serta pengulangan kalimat yang tidak jelas.

4. Skizofrenia tak terinci

Mengalami halusinasi, delusi, serta gejala psikosis aktif yang jelas terlihat (seperti kebingungan atau ucapan yang tidak koheren), atau memenuhi kriteria skizofrenia namun tidak dapat dimasukkan ke dalam tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, residual, maupun depresi pasca-skizofrenia.

5. Depresi pasca skizofrenia

Gejala depresif tampak jelas dan mengganggu, sesuai dengan syarat minimal episode depresi, serta telah terjadi sekurang-kurangnya dalam kurun waktu dua minggu.

6. Skizofrenia Residual

Tampak gejala negatif yang menonjol, seperti perlambatan psikomotorik, penurunan aktivitas, dan gangguan berbicara; disertai riwayat gejala psikotik berupa halusinasi dan waham, serta tidak ditemukan adanya gangguan mental organik.

7. Skizofrenia Simpleks

Gejala yang dominan ditandai oleh dangkalnya respon emosi dan penurunan motivasi. Pasien tampak kurang peduli terhadap keluarga serta cenderung menarik diri, dengan halusinasi dan waham yang jarang muncul, serta perkembangan gejala yang berlangsung secara perlahan.

2.1.3 Etiologi Skizofrenia

Menurut **Videbeck (2020)**, skizofrenia dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a. Faktor Genetik

Genetika menjadi faktor penting dalam memicu skizofrenia. Anak yang diadopsi sejak lahir oleh keluarga sehat tetap membawa risiko dari orang tua kandungnya. Risiko skizofrenia sebesar 15% ditemukan pada anak dengan satu orang tua penderita, dan meningkat hingga 35% bila kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b. Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu dengan skizofrenia umumnya memiliki jumlah jaringan otak yang lebih sedikit, yang dapat mengindikasikan adanya kegagalan perkembangan maupun kehilangan jaringan. Pemeriksaan CT Scan memperlihatkan pelebaran ventrikel dan atrofi pada korteks otak, sedangkan hasil PET Scan menunjukkan penurunan aliran oksigen serta metabolisme glukosa di area korteks frontal. Secara konsisten, berbagai studi juga menemukan berkurangnya

volume otak serta adanya gangguan fungsi pada area temporal dan frontal penderita skizofrenia.

c. Neurokimia

Studi neurokimia secara konsisten menunjukkan adanya perubahan pada sistem neurotransmiter otak individu dengan skizofrenia. Pada orang sehat, mekanisme *switch* otak berfungsi normal sehingga sinyal persepsi dapat diteruskan dengan baik, menghasilkan perasaan, pikiran, dan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan. Sebaliknya, pada penderita skizofrenia, transmisi sinyal terganggu sehingga tidak mencapai sel target secara optimal.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia bisa muncul karena kegagalan pada tahap perkembangan psikososial awal. Misalnya, anak yang tidak berhasil membangun rasa percaya akan membawa konflik batin hingga dewasa. Pada tahap yang lebih berat, penderita mengalami masalah identitas, sulit membentuk gambaran diri, dan tidak mampu mengendalikan diri dalam menghadapi masalah.

3) Faktor sosialkultural dan lingkungan

Lingkungan dan kondisi sosial berperan dalam munculnya skizofrenia. Orang dengan ekonomi rendah lebih

banyak terkena gejalanya dibanding yang ekonominya lebih baik. Hal ini dipengaruhi oleh kemiskinan, rumah yang padat, gizi kurang, tidak ada perawatan selama kehamilan, minimnya dukungan saat stres, dan rasa putus asa.

b. Faktor Presipitasi

1) Biologis

Stres biologis pada otak penderita skizofrenia dapat muncul karena gangguan komunikasi dan jalur umpan balik otak. Selain itu, adanya kelainan pada sistem penyangkutan otak membuat individu tidak mampu merespons rangsangan dengan tepat.

2) Lingkungan

Batas toleransi stres yang ditentukan oleh faktor biologis akan berinteraksi dengan stresor lingkungan, sehingga berkontribusi terhadap munculnya gangguan fungsi kognitif.

3) Pemicu Gejala

Pemicu adalah faktor awal yang dapat menyebabkan kambuhnya penyakit. Hal ini biasanya berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif yang dipengaruhi oleh kesehatan, lingkungan, serta perilaku individu.

2.1.4 Tanda Dan Gejala Skizofrenia

Menurut Mashudi (2021), tanda dan gejala skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa kategori, yaitu:

a. Gejala Positif

1) Waham

Waham adalah keyakinan keliru yang tidak sesuai realitas, tetapi tetap diyakini dan diulang-ulang, misalnya waham kejar, curiga, atau kebesaran.

2) Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensorik yang timbul tanpa adanya stimulus eksternal, yang dapat mencakup halusinasi pendengaran, visual, pengecap, penciuman, maupun perabaan.

3) Perubahan Arus Pikir

a. Arus pikir terputus : Suatu keadaan ketika individu tiba-tiba kehilangan kemampuan untuk meneruskan percakapan yang sedang berlangsung.

b. Inkohoren : Berbicara dengan cara yang tidak relevan atau tidak selaras dengan konteks pembicaraan, sehingga menimbulkan kesan kacau.

c. Neologisme : Penggunaan istilah atau kosakata yang hanya bermakna bagi dirinya sendiri, tetapi tidak dapat dipahami oleh orang lain.

4) Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku pada pasien skizofrenia umumnya ditandai dengan kecenderungan menarik diri dari lingkungan sosial, mudah tersinggung dan marah, adanya gangguan pola tidur, menurunnya motivasi, serta kesulitan dalam menjalani aktivitas sehari-hari.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif, yang kerap disebut sebagai gejala kronis, lebih sulit dikenali dibandingkan dengan gejala positif dan biasanya baru terlihat jelas setelah gejala positif muncul. Jika kondisi memburuk, kemampuan pasien dalam bekerja maupun melakukan perawatan diri dapat mengalami hambatan. Beberapa gejala negatif yang dapat muncul antara lain:

- 1) Kecemasan : Suatu kondisi berupa rasa cemas atau khawatir yang berlebihan dan sulit dikendalikan terhadap berbagai hal.
- 2) Penarikan sosial : Memperlihatkan sikap tertutup, kurang menunjukkan kehangatan, cenderung berfokus pada diri sendiri, menarik diri dari interaksi sosial, serta perilaku lain yang sejenis.
- 3) Kurangnya Motivasi : Menunjukkan hilangnya minat terhadap aktivitas di sekitarnya, termasuk dalam menjaga kebersihan diri dan melakukan perawatan pribadi.

- 4) Menunjukkan kelambatan dalam proses berpikir maupun pergerakan.
- 5) Memperlihatkan ekspresi wajah yang datar atau kurang menunjukkan emosi.

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia mencakup pendekatan medis dan keperawatan secara komprehensif dengan tujuan mengendalikan gejala, mengurangi angka kekambuhan, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Hingga saat ini, belum tersedia terapi spesifik untuk masing-masing sub tipe skizofrenia (Prabowo, 2014). Berikut ini dipaparkan penatalaksanaan medis dan keperawatan pada skizofrenia:

A. Penatalaksanaan Medis

Tujuan penatalaksanaan medis pada skizofrenia adalah untuk meredakan gejala, mencegah terjadinya kekambuhan, serta meningkatkan fungsi sosial dan kualitas hidup pasien. Adapun bentuk penatalaksanaan medis skizofrenia meliputi:

1. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologis pada skizofrenia umumnya diberikan melalui penggunaan obat antipsikotik. Obat ini terbagi ke dalam dua kelompok utama, yaitu:

a. Antipsikotik Tipikal

Antipsikotik generasi pertama bekerja melalui mekanisme yang menyerupai dopamin dan lebih efektif dalam mengatasi gejala positif pada pasien skizofrenia. Adapun yang termasuk ke dalam kelompok antipsikotik tipikal antara lain:

1. Chlorpromazine dengan dosis harian berkisar antara 30–800 mg/hari.
2. Flupenthixol dengan dosis harian 12–64 mg/hari.
3. Fluphenazine dengan dosis harian 2–40 mg/hari.
4. Haloperidol dengan dosis harian 1–100 mg/hari.

b. Antipsikotik Atipikal

Mekanisme kerja obat ini adalah dengan memblokir reseptor dopamin pada tingkat rendah. Antipsikotik atipikal dipilih sebagai terapi skizofrenia karena efektif mengatasi baik gejala positif maupun gejala negatif pada pasien. Adapun obat yang termasuk dalam golongan antipsikotik atipikal adalah:

1. Clozapine diberikan dengan dosis 300–900 mg per hari.
2. Risperidone digunakan dalam rentang dosis 1–40 mg per hari.
3. Loxapine diberikan dengan dosis 20–150 mg per hari.
4. Molindone umumnya diberikan dengan dosis hingga 225 mg per hari.

2. Terapi elektrokonvulsif (ECT)

Tindakan medis yang paling sering diterapkan pada pasien dengan depresi berat atau gangguan bipolar yang tidak menunjukkan respons terhadap terapi obat.

3. Pembedahan bagian otak

Prosedur pembedahan pada area otak dilakukan dengan tujuan menenangkan pasien yang mengalami gangguan jiwa, melalui penghancuran atau pemisahan jaringan pada lobus prefrontal di bagian depan otak.

4. Psikoterapi

a. Terapi Psikoanalisa

Terapi ini bertujuan membantu individu menyadari permasalahan yang dialaminya serta membentuk mekanisme pertahanan diri agar kecemasan yang dirasakan dapat terkendali.

b. Terapi Perilaku

Terdapat dua jenis program psikososial yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan kemandirian, yaitu:

1. *Social Learning Program* : Pasien skizofrenia dibimbing untuk mempelajari serta mengembangkan perilaku yang lebih adaptif dan sesuai dengan lingkungannya.
2. *Social Skill Training* : Memberikan pelatihan kepada pasien untuk meningkatkan keterampilan serta mengembangkan kemampuan tertentu.

3. Terapi *Humanistik* : Pendekatan terapi yang melibatkan kelompok maupun keluarga.

B. Penatalaksanaan Keperawatan

Perawat memiliki peran yang krusial dalam penatalaksanaan skizofrenia, khususnya dalam membantu pasien mengelola penyakit serta meningkatkan kualitas hidupnya (Sears, R., 2019). Adapun intervensi keperawatan yang biasanya diberikan antara lain:

1. Pemberian Dukungan Emosional

Perawat memberikan dukungan emosional yang berkelanjutan untuk membantu pasien merasa diterima dan aman, yang sangat penting untuk mengurangi kecemasan dan ketegangan.

2. Pendekatan komunikasi yang tepat

Karena pasien dengan skizofrenia mungkin mengalami kesulitan berkomunikasi, perawat harus menggunakan Teknik komunikasi yang jelas dan sederhana. Menghindari konfrontasi dan tetap sabar saat berbicara dengan pasien sangat penting.

3. Pemantauan kepatuhan pengobatan

Perawat perlu memastikan pasien memahami pentingnya kepatuhan dalam menjalani pengobatan, sekaligus membantu memantau kemungkinan efek samping obat. Selain itu,

dukungan dalam mengatur jadwal penggunaan obat juga menjadi hal yang esensial.

4. Pendidikan keluarga

Perawat berperan dalam memberikan edukasi kepada keluarga pasien mengenai strategi mendukung pasien dalam mengelola penyakit, mengenali gejala awal kekambuhan, serta menghadapi stigma yang berkaitan dengan skizofrenia.

5. Intervensi untuk mengatasi stigma

Karena stigma sosial sering menjadi masalah bagi pasien dengan skizofrenia, perawat juga bisa membantu pasien untuk mengatasi perasaan malu atau kurangnya rasa percaya diri melalui konseling dan penguatan positif.

6. Pengelolaan kesehatan fisik

Mengawasi aspek fisik pasien, seperti diet, tidur, dan aktivitas fisik, sangat penting. Obat-obatan antipsikotik dapat memiliki efek samping metabolik yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik pasien.

7. Terapi keberfungsian

Perawat dapat membantu pasien untuk meningkatkan kemampuan fungsional mereka melalui Latihan keterampilan hidup sehari-hari, seperti berinteraksi sosial dan pekerjaan, untuk membantu mereka Kembali berfungsi secara mandiri.

2.2 Konsep Dasar Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa, di mana seseorang mengalami persepsi terhadap suatu rangsangan yang sebenarnya tidak nyata. Kondisi ini ditandai dengan perubahan fungsi sensorik, seperti mendengar suara, melihat bayangan, mencium aroma, merasakan rasa, ataupun mengalami sensasi sentuhan yang bersifat ilusif. Halusinasi termasuk ke dalam bentuk psikopatologi berat yang sering menimbulkan kebingungan. Gejala ini dapat menghambat kemampuan individu dalam menjalani aktivitas sehari-hari, bahkan dianggap sebagai salah satu tanda utama dari psikosis (Sutejo, 2019).

Halusinasi merupakan gangguan persepsi pancaindra terhadap lingkungan yang terjadi tanpa adanya rangsangan eksternal pada sistem sensorik, namun dialami individu dalam keadaan sadar penuh (*compos mentis*) (Lalla et al., 2022).

2.2.2 Etiologi Halusinasi

Menurut Indra Ruswadi (2021), halusinasi dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yakni predisposisi dan presipitasi, yang dijabarkan sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi mencakup sejumlah aspek, antara lain:

1) Faktor Perkembangan

Faktor perkembangan berpotensi menjadi pemicu timbulnya halusinasi, contohnya ketika seseorang dibesarkan dalam keluarga dengan tingkat kontrol maupun kehangatan yang rendah. Situasi tersebut dapat menyebabkan ketidakmampuan individu untuk mandiri hingga dewasa, lebih mudah mengalami frustrasi, serta rentan terhadap berbagai stresor.

2) Faktor Sosiokultural

Faktor sosiokultural yang berperan dalam meningkatkan risiko munculnya halusinasi meliputi kondisi ekonomi yang rendah, perceraian, adanya diskriminasi dan stigma, pengangguran, rendahnya tingkat pendidikan, serta berbagai aspek sosial lainnya.

3) Faktor Biokimia

Faktor biokimia turut berperan dalam timbulnya halusinasi, di mana kondisi stres yang berlebihan dapat merangsang tubuh untuk memproduksi zat neurokimia yang bersifat halusinogenik, seperti amfetamin dan dimethyltransferase (DPM).

4) Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang berkontribusi terhadap meningkatnya risiko halusinasi antara lain pengalaman kegagalan yang berulang, menjadi korban kekerasan, kehilangan orang terdekat, keterbatasan dalam mekanisme coping, serta faktor psikologis lainnya.

5) Faktor Genetik dan Faktor Pola Asuh

Sejumlah penelitian mengungkapkan bahwa anak yang dibesarkan oleh orang tua dengan skizofrenia memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami skizofrenia. Selain itu, pola asuh keluarga yang tidak optimal juga dapat meningkatkan risiko timbulnya halusinasi pada individu.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi meliputi aktivitas pemrosesan informasi yang berlebihan pada sistem saraf, gangguan dalam mekanisme penghantaran impuls listrik di saraf, serta adanya gejala pencetus tertentu. Selain itu, stresor presipitasi yang berhubungan dengan halusinasi juga dapat timbul akibat riwayat infeksi, penyakit kronis, maupun kelainan struktural pada otak.

2.2.3 Tanda dan Gejala Halusinasi

Melinda Restu Pertiwi (2022) menyatakan bahwa tanda dan gejala halusinasi dapat dikelompokkan berdasarkan jenisnya, yaitu sebagai berikut:

a. Halusinasi Pendengaran

Tanda dan gejala halusinasi pendengaran mencakup perilaku seperti berbicara atau tertawa sendiri, menunjukkan kemarahan tanpa alasan yang jelas, serta menutup telinga atau mengarahkannya ke suatu titik tertentu.

b. Halusinasi Penglihatan

Halusinasi penglihatan adalah kondisi di mana individu mengalami persepsi visual terhadap rangsangan yang sebenarnya tidak ada, seperti kilatan cahaya, bentuk geometris, gambar kartun, atau bayangan kompleks. Selain itu, pasien sering melihat bayangan yang bersifat menyenangkan maupun menakutkan, misalnya wujud monster.

c. Halusinasi pengecapan

Individu yang mengalami halusinasi pengecapan biasanya menunjukkan perilaku seperti sering meludah, muntah, serta merasakan sensasi oral yang tidak nyata, misalnya rasa darah, urine, atau feses.

d. Halusinasi perabaan

Individu yang mengalami halusinasi perabaan umumnya merasakan sensasi seperti tersengat listrik atau adanya serangga di permukaan kulit, sehingga sering menggaruk kulit akibat sensasi tersebut.

2.2.4 Jenis-jenis halusinasi

Menurut Ruswadi (2021), halusinasi dapat dibedakan menjadi beberapa jenis, antara lain halusinasi pendengaran, penciuman, penglihatan, pengecapan, dan perabaan.

a. Halusinasi Pendengaran (Auditory)

Halusinasi pendengaran merupakan kondisi di mana individu mendengar suara atau ucapan yang sebenarnya tidak ada, yang terkadang dapat memicu perilaku berisiko terhadap diri sendiri maupun orang lain.

b. Halusinasi Penglihatan (Visual)

Halusinasi penglihatan merupakan kondisi di mana individu melihat rangsangan visual yang tidak nyata, seperti kilatan cahaya, bentuk geometris, gambar kartun, atau bayangan kompleks. Selain itu, pasien sering melihat bayangan yang bersifat menyenangkan maupun menakutkan, misalnya wujud monster.

c. Halusinasi Penghidung (Alfactory)

Halusinasi penciuman merupakan kondisi di mana individu mencium bau yang sebenarnya tidak ada, yang sering kali berupa aroma tidak menyenangkan, seperti bau darah, urine, atau feses.

d. Halusinasi pengecapan (Gustatory)

Individu yang mengalami halusinasi pengecapan biasanya merasakan sensasi rasa yang tidak nyata dan tidak menyenangkan, seperti darah, urine, atau feses.

e. Halusinasi Perabaan (Tactile)

Individu yang mengalami halusinasi perabaan merasakan sensasi yang tidak nyata dan menimbulkan ketidaknyamanan, seperti tersengat listrik atau merasakan benda mati merayap di tubuh.

2.2.5 Tahapan Halusinasi

Ruswadi (2021) menjelaskan bahwa halusinasi memiliki empat tahapan: Tahap I menyenangkan, Tahap II menimbulkan rasa jijik, Tahap III individu mulai mengendalikan halusinasi, dan Tahap IV sepenuhnya terlarut dalam halusinasi.

a. Tahapan I : Comforting

Pasien memperlihatkan emosi yang berkelanjutan, seperti kecemasan, kesepian, rasa bersalah, dan

ketakutan, serta berusaha memusatkan perhatian pada sumber kecemasan tersebut. Pasien meyakini bahwa pengalaman kognitif dan sensoriknya dapat dikendalikan apabila kecemasannya dikelola dengan baik. Pada tahap ini, pasien cenderung merasa lebih nyaman dan mengalami penurunan intensitas halusinasi.

b. Tahapan II : *Condemning*

Tahap *condemning* ditandai oleh munculnya pengalaman yang dianggap menjijikkan atau tidak menyenangkan, disertai tingkat ansietas yang tinggi. Pada tahap ini, pasien mulai merasa kehilangan kontrol atas halusinasi yang dialaminya dan berusaha menjauh dari objek persepsi, seringkali dengan menarik diri dari interaksi sosial untuk periode yang cukup lama.

c. Tahapan III : *Controlling*

Tahap *controlling* merupakan tahap di mana pasien mulai dipengaruhi secara langsung oleh isi halusinasinya, berbeda dengan tahap sebelumnya di mana pasien berusaha menghindarinya. Pada tahap ini, pasien mengikuti dan melaksanakan perintah dari halusinasi dengan tingkat ansietas yang tinggi. Pasien cenderung kesulitan menolak perintah halusinasi, bahkan

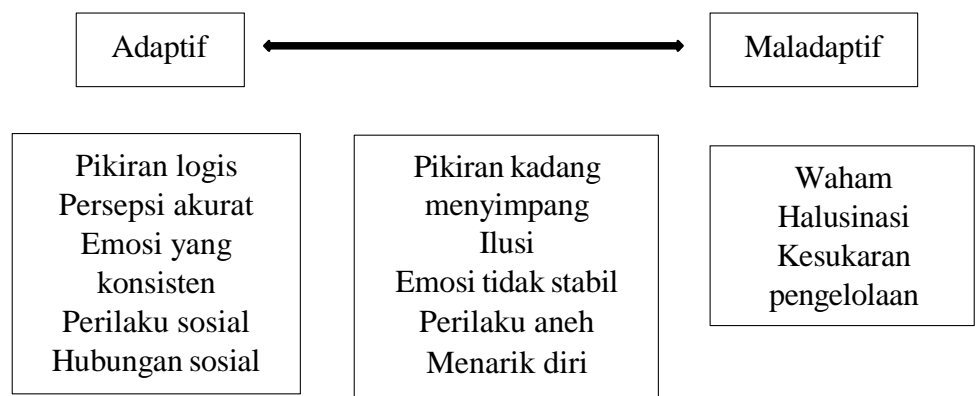
dalam situasi yang berpotensi membahayakan nyawanya.

d. Tahapan IV : Conquering

Pada tahap ini, pasien sepenuhnya dikuasai oleh halusinasi dan mulai mengalami kepanikan. Isi halusinasi berpotensi mengancam keselamatan pasien jika tidak dituruti. Perilaku yang muncul mencakup ketidakmampuan merespons lingkungan sekitar, risiko tinggi untuk mencederai diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, serta munculnya gejala agitasi atau katatonik.

2.2.6 Rentang Respon Halusinasi

Purba (2021) menjelaskan rentang respons biologis pada pasien dengan halusinasi sebagai berikut:



2.2.7 Skala Halusinasi Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS)

Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS) adalah instrumen klinis yang digunakan untuk menilai intensitas dan karakteristik halusinasi pendengaran, khususnya pada individu dengan gangguan psikotik seperti skizofrenia. Skala ini membantu tenaga profesional kesehatan mental mengevaluasi frekuensi, volume, serta tingkat gangguan yang ditimbulkan oleh suara-suara yang didengar pasien.

Komponen AHRS

Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS) menilai berbagai aspek halusinasi pendengaran, meliputi.

- **Frekuensi:** seberapa sering suara terdengar.
- **Durasi:** lamanya suara muncul setiap kali terjadi.
- **Kekuatan suara (loudness):** seberapa keras suara terdengar.
- **Kontrol pasien:** kemampuan pasien untuk mengendalikan atau menghentikan suara.
- **Dampak terhadap fungsi:** sejauh mana suara mengganggu aktivitas sehari-hari.
- **Distres emosional:** tingkat tekanan atau ketidaknyamanan akibat suara.
- **Konten negatif atau berbahaya:** apakah suara bersifat menghina, menyuruh menyakiti diri, atau berpotensi membahayakan.

Setiap aspek biasanya dinilai menggunakan skala 0–4 atau 0–5, tergantung versi yang digunakan. Skor total menggambarkan tingkat keparahan halusinasi pendengaran secara keseluruhan.

Contoh interpretasi skor total (hipotetis):

- 0 = Tidak ada atau sangat ringan
- 1–7 = Ringan
- 8–14 = Sedang
- 15–21 = Berat
- 22–28 = Sangat berat / Mengancam fungsi hidup

Penggunaan AHRS

AHRS digunakan dalam berbagai konteks, antara lain :

- Diagnosis awal : Membantu menilai pasien yang menunjukkan gejala psikotik pada tahap awal.
- Evaluasi efektivitas terapi : Menilai perubahan gejala selama proses pengobatan atau intervensi.
- Riset klinis : Digunakan dalam penelitian untuk mengukur dampak intervensi terhadap gejala halusinasi.

2.2.8 Proses Terjadinya Halusinasi

Pada awal halusinasi, individu sering menganggap sumber halusinasinya berasal dari lingkungan, disertai kecemasan yang terus-menerus dan keterbatasan dukungan

sosial yang mengurangi kemampuan membedakan pikiran sendiri dengan sensasi (Yosep, 2018).

Pada fase *comforting*, pasien cemas dan kesepian tetapi bisa mengendalikan sensasinya jika kecemasannya tertangani. Fase *condemning* ditandai dengan penarikan diri dari interaksi sosial. Fase *controlling* muncul kesepian saat halusinasi berhenti, dan pada fase *conquering*, sensorinya terganggu dan pasien merasa terancam, terutama jika tidak menuruti perintah halusinasi.

2.2.9 Penatalaksanaan medis dan keperawatan

Pengobatan sebaiknya diberikan sesegera mungkin, dengan peran keluarga yang sangat penting. Setelah pasien menjalani perawatan di rumah sakit dan diperbolehkan pulang, keluarga bertanggung jawab untuk merawat pasien, menciptakan lingkungan keluarga yang mendukung, serta memantau kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat (Rossyda, 2019).

a. Farmakoterapi

Penggunaan neuroleptika pada dosis efektif memberikan manfaat bagi pasien skizofrenia kronis, khususnya jika diberikan dalam dua tahun pertama sejak onset penyakit. Pada pasien yang menunjukkan peningkatan aktivitas psikomotorik, pemberian

neuroleptika dosis tinggi juga menunjukkan efek yang signifikan. Beberapa jenis obat yang digunakan antara lain:

1) Haloperidol (HLD)

Obat ini dinilai sangat efektif dalam mengatasi hiperaktivitas, kegelisahan, perilaku agresif, waham, serta halusinasi pada pasien.

2) Chlorpromazine (CPZ)

Obat ini digunakan untuk menangani gangguan psikosis yang berhubungan dengan skizofrenia serta gangguan perilaku yang sulit dikendalikan.

3) Trihexilpenidyl (THP)

Obat ini digunakan untuk menangani semua bentuk penyakit Parkinson serta mengendalikan gejala ekstrapiramidal yang muncul akibat terapi obat.

b. Psikoterapi dan Rehabilitas

Psikoterapi suportif, baik dilakukan secara individual maupun kelompok, sangat bermanfaat karena bersifat praktis dan bertujuan mempersiapkan pasien untuk reintegrasi ke masyarakat. Terapi ini membantu mencegah pasien menarik diri, yang dapat menimbulkan

kebiasaan kurang sehat. Disarankan agar pasien dilibatkan dalam kegiatan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas (Rossyda, 2019 dalam Manullang, 2021).

1) Terapi aktivitas

a. Terapi Musik

Fokus : Kegiatan mendengarkan musik, memainkan alat musik, atau bernyanyi dapat dilakukan untuk menikmati musik sekaligus menciptakan relaksasi, dengan memperhatikan preferensi musik yang disukai pasien.

b. Terapi Seni

Fokus : Menyalurkan emosi dan perasaan pasien melalui beragam aktivitas seni.

c. Terapi Menari

Fokus : Menyalurkan emosi dan perasaan pasien melalui aktivitas gerakan tubuh.

2) Terapi Relaksasi

Melaksanakan pembelajaran dan latihan teknik relaksasi secara kelompok.

Rasional: Kegiatan ini bertujuan untuk memperkuat mekanisme coping pasien, mengurangi perilaku

maladaptif, serta meningkatkan partisipasi dan kepuasan pasien dalam aktivitas sehari-hari.

3) Terapi sosial

Pasien diberi kesempatan untuk memperoleh pembelajaran dan melakukan interaksi sosial dengan pasien lain.

4) Terapi lingkungan

Lingkungan rumah sakit diatur sedemikian rupa sehingga menciptakan suasana yang menyerupai lingkungan keluarga (*home-like atmosphere*).

2.3 Konsep Halusinasi Pendengaran

2.3.1 Pengertian halusinasi pendengaran

Halusinasi pendengaran adalah kondisi di mana seseorang mendengar suara atau bunyi tanpa adanya rangsangan eksternal yang nyata. Suara-suara tersebut dapat berupa percakapan, komentar, atau perintah, yang sering bersifat negatif atau mengganggu. Halusinasi ini merupakan persepsi sensorik yang nyata bagi individu, meskipun tidak berdasar pada kenyataan.

Halusinasi pendengaran paling umum terjadi pada gangguan psikotik, seperti skizofrenia, namun juga dapat muncul pada gangguan bipolar, depresi berat dengan gejala

psikotik, serta terkait dengan penggunaan zat atau gangguan neurologis (Waters, Fernyhough, & Laroi, 2021).

2.3.2 Etiologi Halusinasi Pendengaran

A. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah kondisi atau situasi yang meningkatkan kerentanan individu terhadap halusinasi pendengaran, meskipun tidak langsung menyebabkan kemunculannya. Beberapa faktor yang termasuk dalam kategori ini antara lain:

1. Riwayat keluarga: Individu yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat gangguan psikotik memiliki risiko lebih tinggi mengalami halusinasi pendengaran. Faktor genetik dan hereditas berperan penting dalam meningkatkan kerentanan ini (Hugdahl & Sommer, 2020).
2. Pengalaman masa kecil yang traumatis: Pengalaman kekerasan fisik, emosional, atau seksual pada masa kanak-kanak dapat memengaruhi perkembangan otak dan meningkatkan risiko gangguan persepsi di kemudian hari (McCarthy-Jones, Smailes, & Watkins, 2019).
3. Gangguan perkembangan neurologis: Perubahan pada struktur dan fungsi otak, khususnya di korteks

pendengaran dan sistem limbik, diketahui berhubungan dengan timbulnya halusinasi pendengaran.

B. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor yang secara langsung dapat memicu timbulnya halusinasi pendengaran pada individu yang sudah memiliki kerentanan tertentu. Beberapa faktor yang termasuk kategori ini antara lain:

1. Stres psikologis akut: Stres berat yang berlangsung dalam periode singkat dapat memicu timbulnya gejala halusinasi, terutama pada individu yang memiliki faktor predisposisi tertentu.
2. Kurang tidur atau kelelahan ekstrem: Kekurangan tidur diketahui dapat mengubah persepsi dan meningkatkan risiko terjadinya pengalaman halusinatif.
3. Penggunaan zat psikoaktif : Penggunaan atau penghentian zat seperti alkohol, ganja, LSD, dan amfetamin dapat memicu timbulnya halusinasi, termasuk halusinasi pendengaran (Hugdahl & Sommer, 2020).

2.3.3 Tanda Dan Gejala Halusinasi Pedengaran.

Tanda dan gejala halusinasi pendengaran memiliki karakteristik yang cukup khas dan dapat dikenali, antara lain:

- a. Mendengar suara tanpa stimulus eksternal:
Suara-suara yang dialami dapat terdengar seolah berasal dari luar maupun dari dalam kepala. Suara tersebut umumnya bersifat verbal, berupa perintah, hinaan, atau komentar terhadap pikiran dan tindakan individu.
- b. Isi suara bersifat negatif atau mengancam:
Dalam banyak kasus, suara yang terdengar sering memerintahkan individu melakukan tindakan berbahaya atau menyampaikan pesan yang menakutkan, sehingga menimbulkan tekanan emosional.
- c. Gangguan dalam membedakan kenyataan dan halusinasi: Individu sering percaya bahwa suara tersebut nyata dan berasal dari lingkungan eksternal, yang dapat menimbulkan kesulitan dalam berfungsi secara sosial dan berkomunikasi.
- d. Penurunan fungsi sosial dan pekerjaan: Karena terganggu oleh suara-suara tersebut, individu dapat kesulitan dalam menjalani aktivitas sehari-hari, mempertahankan hubungan sosial,

serta menjaga keberlangsungan pekerjaan
(Waters et al., 2021).

2.3.4 Penatalaksanaan Halusinasi Pendengaran

Penatalaksanaan halusinasi dapat dilakukan melalui pendekatan farmakologis maupun terapi musik klasik. Terapi musik klasik dapat mengurangi tanda dan gejala halusinasi karena rangsangan musik diterima melalui sistem pendengaran dan disalurkan ke otak untuk memproses emosi. Di otak, neurotransmitter berperan dalam mengatur stres. Penerapan terapi musik klasik memengaruhi imajinasi, memori, dan intelegensi, serta merangsang hipofisis untuk melepaskan endorfin, sehingga menimbulkan perasaan senang, nyaman, dan tenang. Selain itu, terapi musik memberikan relaksasi, membantu pengendalian emosi, merangsang rasa aman dan kesejahteraan, mengekspresikan emosi, mengurangi kecemasan, nyeri, dan stres, serta membantu mengatasi insomnia (Prasasti, 2023).

2.4 Konsep Musik Klasik Mozart

2.4.1 Pengertian

Terapi Musik Klasik merupakan penggunaan musik sebagai sarana terapi yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, serta mengembangkan kesehatan mental, fisik, dan emosional seseorang. Musik klasik dengan tempo sekitar 60–80 ketukan per menit, terutama karya Mozart,

sering dijadikan rujukan dalam penerapan terapi musik (Setyowati, 2019). Hasil penelitian Astuti (2020) menunjukkan bahwa musik klasik karya Mozart mampu memperlambat sekaligus menyeimbangkan aktivitas otak. Alunan Mozart yang lembut, teratur dalam beat, ritme, dan harmoninya dapat memengaruhi gelombang otak. Contohnya, komposisi “Pachelbel Canon in D Major” dan “Symphony No. 40 in G Minor” diketahui dapat mengaktifkan area otak tertentu. Gelombang suara yang diterima melalui saraf pendengaran akan menstimulasi munculnya gelombang beta (14–20 Hz) yang kemudian bergeser menjadi gelombang alfa (8–13 Hz), sehingga menciptakan keadaan rileks pada pendengar.

Penelitian yang dilakukan oleh Putra (2020) mengungkapkan bahwa musik klasik Mozart berperan dalam meningkatkan konsentrasi, daya ingat, serta persepsi spasial. Gelombang alfa di otak dengan frekuensi 8–13 Hz berhubungan dengan kondisi tenang dan tingkat kesadaran. Semakin melambat gelombang otak, semakin muncul rasa rileks dan damai pada individu. Mendengarkan musik klasik selama 10–15 menit dapat mendukung peningkatan kondisi mental dan kesadaran, khususnya pada seseorang yang

mengalami gangguan konsentrasi maupun masalah emosional.

Mozart diketahui memiliki kemampuan untuk memengaruhi gelombang otak dengan mengubah gelombang beta—yang berhubungan dengan kesadaran normal maupun emosi negatif—menjadi gelombang theta. Perubahan ini berdampak pada kondisi kesadaran sehingga dapat menurunkan intensitas halusinasi (Rosiana et al., 2018). Selain itu, beberapa karya Mozart, seperti *Pachelbel Canon in D Major* dan *Symphony No. 40 in G Minor*, merupakan komposisi klasik dengan ritme serta pola nada yang konsisten. Musik tersebut dimainkan menggunakan tiga biola, didukung basso continuo, serta dilengkapi dengan alunan gigue, sehingga menghasilkan harmoni lembut yang menghadirkan rasa tenang dan nyaman bagi pendengarnya (Kania, 2016).

2.4.2 Manfaat Terapi Musik Klasik Mozart

Musik memiliki peran penting dalam menurunkan tingkat kecemasan dan stres karena mampu memengaruhi suasana lingkungan, mengalihkan fokus, serta mereduksi efek suara yang mengganggu. Oleh karena itu, musik kerap digunakan sebagai bentuk intervensi yang efektif untuk mengurangi stres sekaligus menciptakan distraksi atau

pengalihan perhatian (Dayat, 2018). Dalam SIKI (2018) disebutkan bahwa salah satu metode distraksi yang dianjurkan adalah mendengarkan musik atau menjalani terapi musik. Terapi musik sendiri memberikan berbagai manfaat, antara lain membantu rehabilitasi fisik, menurunkan stres dan kecemasan, menimbulkan efek relaksasi, mendukung proses tumbuh kembang, meningkatkan kontrol diri, menciptakan perubahan positif pada suasana hati serta kondisi emosional, melatih keterampilan dan mekanisme koping, hingga memberikan dampak positif pada fungsi fisiologis (Dayat, 2018).

Pangaribuan (2021) mengemukakan bahwa musik Mozart memiliki kelebihan dibandingkan musik klasik lain yang kerap dijadikan rujukan dalam terapi musik. Hampir seluruh karya Mozart ditandai dengan nada bernuansa frekuensi tinggi, rentang nada yang luas, serta tempo yang dinamis, sehingga mampu menstimulasi sekaligus memberi energi pada bagian otak yang berhubungan dengan kreativitas dan motivasi, serta mendukung peningkatan konsentrasi. Selain memberikan kenyamanan saat didengar, musik Mozart juga memberikan pengaruh positif terhadap perasaan. Jika diputar secara rutin, komposisi musik klasik

karya Mozart dapat membantu menstabilkan emosi dan menghadirkan ketenangan.

2.4.3 Tujuan Terapi Musik Klasik

Menurut Situmorang (2017), terapi musik dapat memberikan pengalaman yang berbeda bagi setiap orang, namun secara umum memiliki tujuan yang serupa, yaitu:

- a. Membantu individu dalam menyalurkan serta mengekspresikan perasaan.
- b. Mendukung pemulihan fungsi fisik melalui proses rehabilitasi.
- c. Memberikan dampak positif terhadap suasana hati dan kondisi emosional, meningkatkan kemampuan memori, serta membuka peluang untuk berinteraksi dan mempererat hubungan emosional.
- d. Mengurangi tingkat stres, mencegah timbulnya penyakit, serta meningkatkan konsentrasi.

2.4.4 Kelompok Terapi Musik Klasik Mozart

Dayat Suryana (2018) menjelaskan bahwa terapi musik dapat dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Terapi musik aktif, di mana pasien dilibatkan secara langsung melalui aktivitas seperti bernyanyi, memainkan instrumen musik, menirukan nada, hingga menciptakan lagu sederhana.

- b. Terapi musik pasif, yaitu pasien cukup mendengarkan dan meresapi lantunan musik tertentu yang telah disesuaikan dengan kondisi serta gangguan yang dialaminya.

2.4.5 Pengaruh Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Halusinasi

Menurut Prabarsari (2018), musik mampu merangsang fungsi otak kanan yang berperan dalam pengolahan imajinasi, kreativitas, pemahaman ruang, emosi, musik, warna, persamaan, serta penyimpanan memori jangka panjang. Terapi musik dipahami sebagai kegiatan mendengarkan musik dengan tujuan memengaruhi kondisi emosional maupun kesehatan fisik, dan telah banyak diterapkan pada berbagai gangguan patologis (Umbrello et al., 2019). Para ahli merekomendasikan penggunaan musik klasik Mozart dengan tempo sekitar 60 ketukan per menit, karena tempo tersebut menyerupai detak jantung manusia (60–80 kali per menit). Getaran musik yang dihasilkan hampir sama dengan getaran saraf otak, sehingga dapat merangsang pertumbuhan serta perkembangan sel saraf otak (Artini et al., 2022).

Jenis musik berpengaruh terhadap frekuensi gelombang otak. Otak manusia memiliki dua belahan, yaitu kanan dan

kiri. Belahan kanan berperan dalam memahami musik, sementara belahan kiri mengolah frekuensi baik dalam bentuk nada maupun bahasa. Kedua sisi otak bekerja secara bersamaan ketika menafsirkan ritme. Musik Mozart dengan tempo sekitar 60–70 ketukan per menit diketahui mampu mengaktifkan kedua belahan otak tersebut.

Gelombang otak terbagi menjadi empat jenis, yaitu alfa, beta, teta, dan delta. Gelombang alfa berfungsi menciptakan keadaan rileks, gelombang teta berhubungan dengan aktivitas mental, sedangkan gelombang delta berkaitan dengan kondisi mengantuk (Artini et al., 2022).

Musik klasik Mozart tergolong dalam kategori gelombang alfa dan teta dengan frekuensi 5000–8000 Hz yang mampu menstimulasi tubuh agar lebih tenang. Alunan musik ini mendorong otak memproduksi hormon serotonin dan endorfin yang berperan dalam menenangkan tubuh sekaligus menstabilkan detak jantung (Murtisari et al., 2015). Selanjutnya, hormon serotonin dapat dikonversi menjadi melatonin yang memberikan efek relaksasi, menumbuhkan rasa nyaman, aman, damai, rileks, serta meningkatkan suasana hati (Djohan, 2016).

Dari sisi psikologis, musik berfungsi sebagai stimulus eksternal positif yang mampu mengalihkan perhatian pasien

dari rangsangan internal, seperti suara halusinasi, melalui mekanisme distraksi. Musik Mozart terbukti menurunkan kadar kortisol sebagai hormon stres, sekaligus meningkatkan produksi serotonin dan dopamin yang berperan dalam memperbaiki suasana hati serta fungsi kognitif (Ertekin & Tel, 2019). Keseimbangan neurotransmitter tersebut berkontribusi dalam menstabilkan emosi dan persepsi, sehingga intensitas maupun frekuensi halusinasi dapat berkurang.

2.2.4 Kelebihan Dan kekurangan Terapi Musik Klasik Mozart Halusinasi Pendengaran

Menurut Stuart (2015), terapi musik klasik Mozart yang banyak digunakan dalam praktik keperawatan jiwa untuk menangani halusinasi pendengaran memiliki sejumlah kelebihan dan kekurangan.

A. Kelebihan :

1. Non-invasif dan bebas efek samping farmakologis

Terapi musik merupakan intervensi yang aman karena tidak melibatkan penggunaan obat-obatan, sehingga tidak menimbulkan efek samping fisiologis sebagaimana yang dapat terjadi pada terapi antipsikotik.

2. Meningkatkan fokus dan Stabilitas emosional

Alunan musik Mozart mampu mengaktifkan area frontal dan temporal otak yang berhubungan dengan fungsi eksekutif serta pengolahan suara. Hal ini membantu pasien dalam memfokuskan perhatian dan menyaring suara halusinatif yang dialaminya.

3. Dapat meningkatkan hubungan terapeutik

Pelaksanaan terapi musik, khususnya bila dilakukan secara berkelompok atau disertai sesi refleksi setelah mendengarkan musik, dapat meningkatkan kedekatan serta mempererat hubungan antara pasien dengan tenaga kesehatan.

4. Efek relaksasi tambahan

Selain membantu mengurangi intensitas halusinasi, terapi musik juga bermanfaat menurunkan tingkat kecemasan dan stres yang sering menyertai kondisi tersebut, sehingga dapat menjadi intervensi komplementer yang bersifat holistik.

B. Kekurangan

1. Efektivitas tidak merata : Respon terhadap musik bersifat subjektif; tidak semua pasien dapat

menikmatinya, bahkan sebagian mungkin merasa terganggu dengan alunan musik Mozart.

2. Bukan pengobatan utama : Musik Mozart hanya berfungsi sebagai terapi komplementer dan tidak dapat menggantikan pengobatan medis maupun psikoterapi pada gangguan psikotik.
3. Kemungkinan pemicu sensorik : Dalam kondisi tertentu, musik justru bisa menimbulkan rangsangan berlebihan yang memperburuk gejala, terutama bila tidak disesuaikan dengan keadaan pasien.
4. Ketergantungan lingkungan : Efektivitas terapi musik lebih optimal bila dilakukan di suasana yang tenang dan terstruktur, namun hal ini tidak selalu mudah diwujudkan dalam setiap situasi.

2.4.6 Indikasi Dan Kontra Indikasi Terapi Musik Klasik Mozart

A. Indikasi

1. Pasien dengan diagnosis skizofrenia tipe paranoid
2. Pasien yang mampu diajak berkomunikasi.
3. Pasien yang mengalami gejala cemas atau depresi ringan.
4. Pasien yang tidak menunjukkan reaktivitas emosional negatif terhadap musik klasik.

5. Pasien rawat inap maupun rawat jalan dengan dukungan lingkungan yang tenang.

B. Kontra Indikasi

1. Pasien dalam fase akut psikotik dengan agitasi atau perilaku agresif.
2. Pasien yang memiliki trauma atau asosiasi negatif terhadap musik klasik atau suara tertentu.
3. Pasien dengan gangguan pendengaran berat.
4. Pasien dengan sensitivitas neurologis atau epilepsi yang dipicu oleh musik (musikogenik).

2.4.7 Waktu Dan Durasi Terapi Musik Klasik Mozart

A. Waktu

1. Pagi hari : Mendengarkan musik Mozart pada pagi hari dapat meningkatkan konsentrasi dan mempersiapkan pikiran untuk menjalani aktivitas sepanjang hari.
2. Sebelum tidur : Mendengarkan musik klasik sebelum tidur dapat menenangkan pikiran dan memperbaiki kualitas tidur.

B. Durasi

1. Durasi : Durasi terapi musik klasik Mozart umumnya berkisar antara 20 hingga 60 menit. Sejumlah penelitian mengungkapkan bahwa mendengarkan

musik Mozart selama sekitar 30 menit mampu memberikan peningkatan pada fungsi kognitif sekaligus memperbaiki suasana hati.

2. Frekuensi : Untuk hasil optimal, terapi ini biasanya dilakukan 2 hingga 5 kali per minggu selama beberapa minggu, namun frekuensi dapat disesuaikan dengan kebutuhan individu.

2.4.8 Jenis Terapi Musik Klasik Mozart

Penggunaan karya Wolfgang Amadeus Mozart dalam terapi musik telah lama diketahui memberikan manfaat, baik dari aspek kognitif maupun emosional. Beberapa bentuk terapi musik Mozart yang telah diteliti antara lain:

1. Efek Mozart (Mozart Effect)

Musik Mozart dipercaya mampu meningkatkan aktivitas otak, khususnya pada area yang berperan dalam fungsi kognitif serta pemrosesan suara. Beberapa studi awal menemukan bahwa mendengarkan karya seperti *Sonata for Two Pianos in D Major, K. 448*, *Piano Concerto No. 21 in C Major, K. 467 (Andante)*, *Eine Kleine Nachtmusik, K. 525*, maupun komposisi lain seperti Beethoven – *Moonlight Sonata* (movement pertama), Debussy – *Clair de Lune*, dan Satie – *Gymnopédie No. 1*, dapat menstimulasi korteks auditori

yang diduga memiliki kaitan dengan halusinasi pendengaran. Namun, meta-analisis terbaru yang dilakukan oleh Sandra Oberleiter dan Jakob Pietschnig pada tahun 2023 menunjukkan bahwa bukti ilmiah mengenai efek tersebut masih belum konsisten, karena sebagian besar didasarkan pada desain penelitian yang lemah dan laporan yang selektif.

2. Terapi Memori Autobiografi yang Dipicu Musik (MEAM)

MEAM (Music-Evoked Autobiographical Memory) adalah pendekatan terapi yang menggunakan musik untuk memicu kenangan autobiografi, sehingga bermanfaat bagi individu dengan penyakit Alzheimer maupun demensia lainnya. Penelitian menunjukkan bahwa musik dapat memperbaiki kualitas dan kecepatan pengambilan memori serta meningkatkan suasana hati pasien. Musik klasik instrumental, termasuk karya Mozart, sering digunakan dalam konteks terapi ini.

3. Terapi Musik untuk Kesehatan Mental

Musik karya Mozart juga diterapkan sebagai salah satu bentuk terapi untuk mereduksi stres dan kecemasan. Sejumlah penelitian membuktikan bahwa mendengarkan musik klasik mampu menenangkan pikiran serta

memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan emosional. Namun, karena respons terhadap musik berbeda pada setiap individu, terapi musik perlu disesuaikan dengan preferensi serta kondisi masing-masing pasien.

2.4.9 Prosedur Terapi Musik Klasik Mozart

Tabel 2.1

Standar Operasional Prosedur Terapi Musik Klasik Pada
Pasien Halusinasi Pendengaran

Pengertian	Terapi musik adalah suatu pendekatan terapeutik yang menggunakan elemen-elemen musik, seperti bunyi, ritme, melodi, dan harmoni, guna membantu mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kebutuhan fisik, emosional, mental, maupun kognitif seseorang (Hidayat, 2020).
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu individu dalam menyalurkan serta mengekspresikan perasaan. 2. Mendukung proses pemulihan melalui rehabilitasi fisik. 3. Memberikan dampak positif terhadap suasana hati dan kondisi emosional. 4. Meningkatkan daya ingat sekaligus menyediakan kesempatan untuk

	<p>berinteraksi serta mempererat ikatan emosional.</p> <p>5. Berperan dalam menurunkan stres, mencegah timbulnya gangguan kesehatan, dan meningkatkan kemampuan konsentrasi.</p>
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan diagnosa skizofrenia paranoid 2. Pasien yang bisa diajak komunikasi. 3. Pasien yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia persepsi sensori pendengaran, klien dengan stress, cemas, sulit tidur dan gelisah. 4. Pasien dengan tidak menunjukkan reaktivitas emosional negatif terhadap musik klasik <p>Pasien rawat inap maupun rawat jalan dengan dukungan lingkungan tenang</p>
Kontrak Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dalam fase akut psikotik dengan agitasi atau kekerasan. 2. Pasien dengan trauma atau asosiasi negatif terhadap musik klasik atau suara tertentu. 3. Pasien dengan gangguan pendengaran berat 4. Pasien dengan sensitivitas neurologis atau epilepsy musikogenik. 5. Klien yang mengalami tuna rungu atau tuli

Prosedur	<p>Alat dan Bahan</p> <p>b. Handphone dan Headset</p>
Persiapan Kerja	<p>Persiapan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi umum klien tenang, tidak dalam masa halusinasi aktif. 2. Komunikasi verbal baik. 3. Klien mampu berinteraksi dalam waktu yang cukup lama (Fokus) <p>Persiapan Media :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat
Langkah-langkah	<p>Fase Pra-interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengumpulkan data pasien b. Observasi status psikis dan fisik pasien c. Pastikan pasien bersedia dan kooperatif d. Siapkan lingkungan terapi (tenang, nyaman, pencahayaan cukup) e. Siapkan alat dan bahan terapi f. Cek kondisi awal pasien : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kecemasan atau agitasi 2. Frekuensi berbicara sendiri atau respon terhadap halusinasi 3. Ekspresi wajah dan postur tubuh 4. Respon verbal terhadap pernyataan sederhana 5. Penggunaan skala observasi halusinasi jika tersedia.

	<p>g. Identifikasi faktor atau kondisi yang menjadi kontra indikasi</p> <p>Fase Orientasi</p> <p>a. Memberikan salam terapeutik</p> <p>“Assalamualaikum, selamat pagi Ibu. Perkenalkan, nama saya Gita Rahmawati, mahasiswa dari Universitas Bhakti Kencana Garut. Ibu bisa memanggil saya Gita. Saat ini saya sedang melaksanakan penelitian yang akan berlangsung kurang lebih selama satu minggu.”</p> <p>b. Evaluasi validasi pasien</p> <p>Kalo boleh tau nama ibu siapa? Dan senang dipanggil siapa?</p> <p>c. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan dan tujuan</p> <p>“Baik, bagaimana jika kita berbincang mengenai suara-suara yang ibu dengar tetapi tidak memiliki wujud nyata?”</p> <p>d. Kontrak dengan pasien</p> <p>“Kita akan duduk di mana? Apakah di ruang tamu? Dan untuk durasinya, bagaimana kalau sekitar 10–15 menit?.</p> <p>Fase Kerja</p>
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> Berikan kesempatan kepada pasien untuk mengajukan pertanyaan sebelum kegiatan dimulai. Menanyakan kesiapan pasien untuk pemberian terapi musik klasik Atur posisi pasien senyaman mungkin (Duduk atau Tiduran) Menyarankan pasien menutup mata dan konsentrasi terhadap musik yang diberikan Berikan terapi musik klasik dengan <i>Handphone dan Headset</i> selama 10-15 menit Berikan pasien khusuk secara mandiri dan memasukkan dalam jadwal harian Penerapan terapi musik klasik dilakukan 3x pertemuan <p>Fase Terminasi</p> <p>Cek akhir setelah terapi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi perubahan perilaku pasien <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lebih tenang atau rileks Penurunan frekuensi bicara sendiri atau reaksi terhadap halusinasi Pasien dapat mengungkapkan perasaannya setelah terapi
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi wajah tampak rileks, tidak tegang • Gunakan kembali skala observasi halusinasi jika digunakan di awal <p>2. Evaluasi subjektif</p> <p>“Bagaimana perasaan ibu setelah mendengarkan musik yang tadi diputar?”</p> <p>3. Evaluasi objektif</p> <p>“Apakah ibu masih ingat judul atau jenis musik yang tadi saya putarkan? (Perawat mengamati apakah jawaban pasien sesuai dengan musik yang diperdengarkan).”</p> <p>4. Rencana tindak lanjut.</p> <p>“Bagaimana kalau kita menyusun jadwal untuk latihan berikutnya? Menurut ibu, hari apa yang cocok? (Kegiatan terapi musik klasik Mozart akan dimasukkan ke dalam jadwal harian pasien).”</p> <p>5. Kontrak waktu yang akan datang.</p> <p>“Bagaimana jika kita bertemu lagi untuk latihan mengendalikan suara-suara? Jam berapa yang nyaman bagi ibu? Bagaimana kalau dua hari lagi?</p>
--	---

	Berapa lama kita akan berlatih, dan di mana tempatnya? Baiklah, sampai bertemu kembali ibu.”
Dokumentasi	<ul style="list-style-type: none"> • Mencatat semua tindakan dan respon pasien selama tindakan dan sesudah tindakan • Mencatat waktu, frekuensi, dan jenis alat yang dipakai selama tindakan • Tulis nama dan paraf perawat • Frekuensi kemunculan halusinasi • Catatan kemajuan harian pasien. • Form evaluasi terapi musik (terstruktur). • Laporan hasil skala AHRS pre dan post terapi.
Referensi	Keliat, BA. Buku Asuhan Keperawatan Jiwa, EGC, 2019. Jakarta

2.5 Proses Asuhan Keperawatan Jiwa Skizofrenia Dengan Halusinasi

Pendengaran

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan. Tujuan dari tahap ini adalah menghimpun data dasar mengenai kebutuhan pasien, kondisi kesehatan, serta respon pasien terhadap permasalahan yang dialami. Informasi pengkajian diperoleh melalui

wawancara dan hasil observasi langsung terhadap pasien. Menurut Sutejo (2022), aspek yang perlu dikaji meliputi:

a. Identitas pasien

Meliputi data diri klien yang mencakup nama, jenis kelamin, usia, status perkawinan, agama, tanggal pelaksanaan pengkajian, hubungan pasien dengan penanggung jawab, serta alamat tempat tinggal.

b. Keluhan klien

Faktor pemicu perilaku agresif pada klien antara lain munculnya kemarahan berlebihan atau ledakan amarah, tindakan memukul, membanting benda, hingga melontarkan ancaman. Klien juga berpotensi melakukan penyerangan terhadap orang lain, menyakiti diri sendiri, menimbulkan gangguan pada lingkungan sekitar, menampilkan perilaku kasar, serta mengalami kekambuhan gangguan jiwa akibat ketidakpatuhan dalam mengonsumsi obat secara teratur.

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang memengaruhi jenis serta jumlah sumber daya yang dapat digunakan individu dalam menghadapi stres. Data mengenai faktor ini dapat diperoleh dari pasien maupun keluarganya, mencakup aspek perkembangan, sosial budaya, biokimia, psikologis, serta genetik. Keseluruhan aspek tersebut berkontribusi dalam

menentukan sejauh mana kemampuan individu dalam mengelola stres.

- i. Faktor Perkembangan : Apabila individu mengalami hambatan dalam pencapaian tugas perkembangan dan tidak mampu membangun hubungan interpersonal yang baik, hal tersebut dapat meningkatkan risiko munculnya stres dan kecemasan.
 - ii. Faktor Sosiokultural : Kondisi sosial di lingkungan masyarakat tertentu dapat membuat seseorang merasa terisolasi atau kesepian dari tempat ia dibesarkan, yang pada akhirnya memicu tekanan psikologis.
 - iii. Faktor Psikologis : Ketidakharmonisan dalam relasi interpersonal, ditambah adanya konflik peran ganda yang saling bertentangan dan sulit diterima oleh anak, berpotensi menimbulkan stres serta kecemasan berlebih.
 - iv. Faktor Genetik : Meskipun penyebab pasti timbulnya kecemasan belum sepenuhnya dapat dipastikan, penelitian menunjukkan bahwa faktor keturunan atau riwayat keluarga memiliki peran penting dalam meningkatkan kerentanan terhadap gangguan kecemasan.
- d. Faktor Presipitasi

Rangsangan lingkungan tertentu, seperti keterlibatan pasien dalam aktivitas kelompok, interaksi atau komunikasi yang

berlangsung terlalu lama, kondisi lingkungan sekitar, maupun suasana yang sepi atau terisolasi, dapat memicu munculnya halusinasi. Keadaan tersebut terjadi karena meningkatnya stres dan kecemasan, yang selanjutnya mendorong tubuh menghasilkan zat dengan efek halusinogenik.

e. Aspek Fisik

Hasil pemeriksaan tanda vital mencakup tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, frekuensi pernapasan, tinggi badan, berat badan, serta keluhan fisik yang disampaikan klien. Dari hasil pemeriksaan, ditemukan adanya peningkatan pada frekuensi denyut jantung, laju pernapasan, dan tekanan darah.

f. Aspek Psikososial

Genogram merupakan diagram yang menggambarkan struktur serta hubungan antaranggota keluarga hingga tiga generasi.

g. Konsep diri

1) Citra Tubuh

Klien memperlihatkan penolakan untuk melihat atau menyentuh bagian tubuh yang mengalami perubahan, tidak mampu menerima kondisi tubuh yang telah maupun yang akan berubah, menolak penjelasan terkait perubahan tersebut, menunjukkan perhatian berlebihan pada bagian

tubuh yang hilang, serta mengekspresikan perasaan putus asa dan rasa takut.

2) Identitas diri

Klien menunjukkan ketidakpastian dalam memandang dirinya sendiri, sering menetapkan berbagai keinginan, namun mengalami hambatan dalam menentukan keputusan.

3) Peran

Klien berada dalam kondisi krisis peran, yang terlihat dari pengakuannya mengenai peran yang dijalankan baik dalam keluarga maupun di lingkungan masyarakat, serta keterbatasannya dalam melaksanakan peran tersebut.

4) Ideal diri

Memuat harapan klien terhadap kondisi penyakit yang sedang dialami, harapan terhadap lingkungan sekitar seperti keluarga, sekolah, tempat kerja, maupun masyarakat, serta harapan mengenai kondisi fisik, kedudukan, status, dan peran yang dijalankannya.

5) Harga Diri

Timbul perasaan malu dan bersalah terhadap diri sendiri, disertai kesulitan dalam membangun hubungan sosial, adanya perasaan merendahkan harga diri,

kecenderungan untuk menyakiti diri, serta menurunnya rasa percaya diri.

h. Hubungan sosial

- 1) Individu yang dianggap penting oleh klien sebagai tempat untuk berbagi dan menyampaikan keluhan kesah.
- 2) Tingkat keterlibatan klien dalam aktivitas kelompok di lingkungan masyarakat.
- 3) Hambatan yang dialami klien dalam membangun hubungan dengan orang lain serta sejauh mana ia berpartisipasi dalam interaksi sosial di masyarakat.

i. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan
- 2) Kegiatan ibadah

j. Status mental

Dalam pengkajian status mental pada pasien skizofrenia, dilakukan penilaian dengan aspek-aspek berikut:

- 1) Penampilan
- 2) Pembicaraan
- 3) Aktivitas motorik
- 4) Alam perasaan
- 5) Afek
- 6) Interaksi selama wawancara
- 7) Persepsi halusinasi

- 8) Isi pikir
 - 9) Arus pikir
 - 10) . Tingkat kesadaran
 - 11) . Memori
 - 12) . Tingkat konsentrasi dan berhitung
 - 13) . Kemampuan penilain
 - 14) . Daya tilik diri
- k. Mekanisme koping

Saat menghadapi masalah, pasien merasa takut atau enggan untuk berbagi cerita dengan orang lain, sehingga menunjukkan mekanisme koping dengan cara menarik diri.

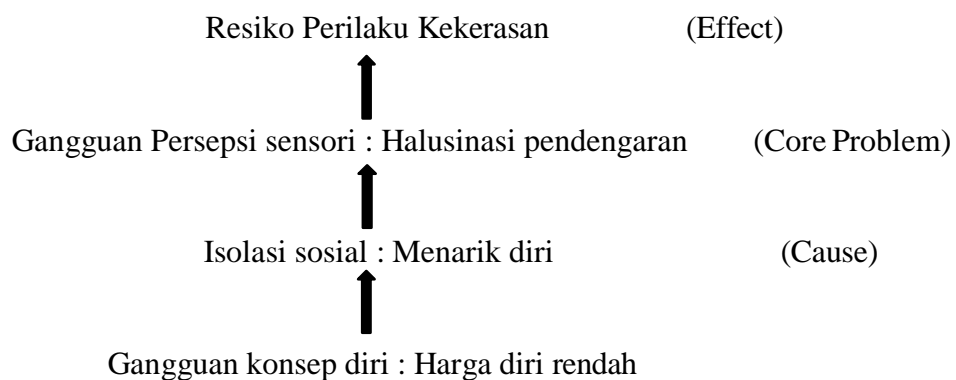
l. Aspek medik

Jenis terapi yang dapat diberikan kepada klien meliputi terapi farmakologis, terapi psikomotor, terapi okupasional, terapi aktivitas kelompok (TAK), serta program rehabilitasi.

2.5.2 Pohon Masalah dari Halusinasi

Bagan 2.1

Pohon Masalah Halusinasi



2.5.3 Analisa Data

Setelah data terkumpul, tahap berikutnya adalah melakukan analisis untuk merumuskan masalah yang dialami klien. Data tersebut dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif.

Tabel 2.2
Analisa Data

Data	Masalah
Ds : Do : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien biasanya Nampak ketakutan - Pasien biasanya tampak gelisah - Pasien biasanya berbicara sendiri 	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (D.0085)
Ds : Do : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien biasanya enggan mencoba hal baru - Pasien biasanya kontak mata kurang - Pasien biasanya berbicara pelan dan lirih 	Gangguan konsep diri : harga diri rendah (D.0086)
Ds : Do : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien biasanya tampak menarik diri 	Isolasi sosial (D.0121)

- Pasien biasanya tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan	
--	--

2.5.4 Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons aktual maupun potensial dari individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan maupun proses kehidupan yang dialami klien (Direja, 2011). Pada klien dengan skizofrenia, masalah keperawatan yang dapat muncul antara lain:

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (D.0085)
2. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah (D.0086)
3. Isolasi Sosial : Menarik Diri (D.0121)

2.5.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (D.0085)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan persepsi sensori membaik kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar	Manajemen halusinasi Observasi 1. Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan

		bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Perilaku halusinasi menurun	3. Monitor isi halusinasi (Mis. Kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik 4. Melakukan komunikasi terapeutik 5. Melakukan SPTK 1-3 (Strategi pelaksanaan Tindakan keperawatan) gangguan persepsi sensori : halusinasi 6. Melakukan distraksi (Mendengarkan musik klasik mozart). Edukasi 7. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 8. Anjurkan bicara pada orang yang di percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
--	--	--	---

			<p>9. Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>10. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.</p>
2.	Gangguan konsep diri : harga diri rendah (D.0086)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri 	<p>Promosi Harga Diri Rendah</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri 2. Monitor verbalisasi yang merendahkan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 4. Motivasi menerima tantangan atau hal baru 5. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri

		<p>4. Minat mencoba hal baru</p> <p>5. Perasaan malu</p> <p>6. Perasaan bersalah</p>	<p>6. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</p> <p>7. Diskusikan alasan mengkritik diri atau merasa bersalah</p> <p>8. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</p> <p>9. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</p> <p>10. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</p> <p>12. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat</p>
--	--	--	--

			<p>berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>13. Latih pernyataan/kemampuan positif diri</p> <p>14. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</p>
3.	Isolasi sosial (D.0121)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam diharapkan keterlibatan sosial meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat. 2. Verbalisasi sosial meningkat 3. Verbalisasi ketidakamanan menurun 4. Penarikan diri menurun 	<p>Promosi sosialisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasikan hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 4. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan

			<p>5. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</p> <p>6. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (Mis. Jalan-jalan, ketoko buku)</p> <p>7. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>8. Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan</p> <p>9. Berikan umpan balik positif dalam keperawatan diri</p> <p>10. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p>
--	--	--	---

			<p>12. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan</p> <p>13. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</p> <p>14. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain</p> <p>15. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</p> <p>16. Latih mengekspresikan marah dengan tepat.</p>
--	--	--	---

2.5.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah direncanakan dalam rencana asuhan keperawatan. Sebelum melaksanakannya, perawat perlu meninjau kembali secara singkat apakah intervensi yang dirancang masih relevan dengan kondisi klien saat ini serta benar-benar dibutuhkan. Selain itu, perawat melakukan penilaian diri untuk memastikan memiliki keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknis yang memadai dalam melaksanakan tindakan tersebut. Perawat juga

mengevaluasi kembali aspek keamanan agar intervensi tidak menimbulkan risiko bagi pasien. Jika tidak ada hambatan, tindakan keperawatan dapat dilaksanakan. Selama proses implementasi, perawat membuat kontrak dengan klien, memberikan penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan, serta menjelaskan bentuk kerja sama yang diharapkan dari klien.

Tindakan keperawatan yang diberikan mencakup asuhan melalui terapi musik klasik Mozart selama 10–15 menit pada setiap sesi, dengan tujuan membantu menurunkan stres, mencegah timbulnya gangguan, serta meningkatkan konsentrasi. Implementasi dilakukan 1–2 kali dalam sehari. Sebelum pelaksanaan, perawat perlu melakukan validasi singkat untuk memastikan bahwa intervensi yang direncanakan masih relevan dan sesuai dengan kondisi klien saat itu (*here and now*).

Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan, perawat perlu melakukan validasi singkat untuk memastikan bahwa intervensi tersebut masih relevan serta dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisi terkini. Perawat juga harus menilai kemampuan diri, baik dari aspek interpersonal, intelektual, maupun teknis, guna menjamin bahwa tindakan yang akan dilakukan sesuai dan aman bagi pasien. Jika seluruh aspek telah dievaluasi dan tidak ditemukan hambatan, maka tindakan keperawatan dapat dilaksanakan. Intervensi ini direncanakan berlangsung selama 4 hari, mencakup tahapan pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Kasus ini

difokuskan pada gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Cikajang tahun 2025.

2.5.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses atau hasil penilaian yang bersifat sumatif dengan cara membandingkan respons pasien terhadap tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditetapkan. Pada pasien dengan halusinasi pendengaran, umumnya tidak ditemukan perilaku kekerasan. Pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengenali halusinasinya, serta mengendalikan halusinasi pendengaran dalam kurun waktu 4 hari perawatan. Data subjektif menunjukkan pasien menyatakan mampu menerapkan beberapa teknik untuk mengontrol halusinasinya. Sementara itu, data objektif memperlihatkan bahwa pasien masih tampak berbicara sendiri ketika halusinasi muncul, namun juga dapat berkomunikasi dengan orang lain, mampu menjalankan aktivitas terjadwal, tidak selalu berbicara sendiri, serta patuh dalam mengonsumsi obat (Pardede, 2021).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan **SOAP** sebagai kerangka berpikir, yang dijabarkan sebagai berikut (Sianturi, 2022):

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, diperoleh melalui wawancara langsung mengenai pengalaman klien setelah intervensi dilakukan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan, dapat diamati melalui perilaku pasien selama implementasi, ditanyakan kembali kepada klien mengenai kegiatan yang dilakukan, serta dibandingkan dengan hasil observasi.

A : Analisis ulang terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada, sudah teratasi, atau muncul data kontraindikasi.

P : Perencanaan atau tindak lanjut yang disusun berdasarkan hasil analisis respon pasien.

Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi, yaitu :

1. Intensitas verbalisasi mendengar bisikan berkurang.
2. Intensitas verbalisasi melihat bayangan menurun.
3. Perilaku terkait halusinasi berkurang.

Evaluasi keperawatan yang diharapkan adalah klien mampu membangun hubungan saling percaya, mengenali dan mengendalikan halusinasi, serta menunjukkan kondisi yang lebih tenang dan rileks setelah diberikan terapi musik klasik Mozart. Selain itu, klien juga diharapkan dapat menerapkan terapi musik tersebut secara rutin dalam aktivitas sehari-hari.