BAB II
KAJIAN TEORI

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1.Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan salah satu kondisi kejiwaan yang berdampak luas, tidak hanya pada cara berpikir seseorang, tetapi juga pada cara mereka menafsirkan realitas, mengelola emosi, serta menjalin hubungan dengan sesama. Secara spesifik, gangguan ini menyebabkan perubahan signifikan dalam pola interaksi sosial, di mana penderitanya cenderung mengasingkan diri dan kehilangan minat untuk terlibat dalam aktivitas keseharian maupun lingkungan di sekitarnya. Dalam perjalanan klinisnya, pasien yang menyandang diagnosis ini biasanya memperlihatkan dua kelompok gejala utama. Di satu sisi, ada gejala positif yang ditandai dengan pengalaman indra semu, seperti halusinasi, serta keyakinan kuat yang tidak masuk akal atau delusi. Di sisi lain, muncul gejala negatif yang terlihat dari sikap apatis, kelalaian dalam merawat kebersihan diri, menurunnya dorongan dan inisiatif, hingga ekspresi perasaan yang cenderung datar dan hambar (Malikova, 2024).

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling khas dan sering ditemukan pada penderita skizofrenia. Gangguan ini pada dasarnya adalah kekeliruan dalam menangkap rangsangan indra, yang kemunculannya dipicu oleh mekanisme adaptasi sistem saraf yang tidak berjalan normal, sehingga otak memproduksi sensasi tanpa adanya stimulus eksternal. Meskipun bersifat semu, penderita meyakini pengalaman sensorik tersebut sebagai kebenaran mutlak. Akibatnya, mereka tidak hanya mempercayainya, tetapi juga merespons dengan perilaku dan sikap yang persis seperti ketika menghadapi situasi atau peristiwa yang benar-benar nyata dalam keseharian (Wahyuni et al., 2021).

2.1.2.Etiologi Skizofrenia

Menurut pandangan Brzuszkiewicz et al. (2023) skizofrenia merupakan kondisi multifaktorial yang diawali dari adanya predisposisi

biologis unik pada diri individu. Predisposisi ini ibarat tanah yang gembur; ia baru akan menghasilkan gejala-gejala khas skizofrenia jika dipicu oleh serangkaian stresor. Stresor pemicu tersebut tidak hanya bersifat genetik, tetapi juga bisa datang dari aspek biologis, psikologis, maupun dinamika sosial yang melingkupi pasien. Pada akhirnya, kombinasi dinamis antara kerentanan internal dan tekanan eksternal inilah yang menjadi biang keladi utama timbulnya penyakit. Berikut beberapa faktor yang menjadi penyebab dari skizofrenia yaitu:

1. Faktor keturunan atau genetik sering disebut sebagai salah satu pemicu utama kerentanan seseorang terhadap skizofrenia. Pada praktiknya, individu yang memiliki keturunan dari keluarga dengan riwayat gangguan ini memang diketahui mempunyai peluang lebih besar untuk mengalaminya dibandingkan mereka yang keluarganya bersih dari kasus serupa. Sebagai ilustrasi, jika salah satu orang tua kandung menderita skizofrenia, maka peluang anaknya jatuh pada kondisi yang sama diperkirakan mencapai 13 persen. Angka ini bisa melonjak drastis hingga berkisar antara 30 hingga 46 persen apabila kedua orang tua kandungnya sama-sama mengidap penyakit tersebut. Meski demikian, fakta menarik yang muncul di lapangan adalah cukup banyak penderita skizofrenia yang ternyata tidak memiliki riwayat genetik sama sekali. Oleh sebab itu, bisa disimpulkan bahwa faktor genetika hanyalah salah satu potongan puzzle; tingkat risiko akhir seseorang sangat ditentukan oleh kontribusi berbagai unsur lain yang saling berpadu.
2. Faktor biologis 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. Faktor biologis lain yang berperan adalah neurotransmitter. Otak manusia terdiri dari jutaan sel yang mampu terhubung maupun berkomunikasi antara satu dengan yang lain secara elektrik dan kimiawi. Ketika sebuah sel distimulasi, sel tersebut akan

mengeluarkan neurotransmitter. Tiap sel memiliki neurotransmitter yang berbeda dan dapat berpotensi terjadinya ketidakseimbangan kadar neurotransmitter di otak yang dapat menimbulkan gejala-gejala skizofrenia. Ketidakseimbangan neurotransmitter di otak inilah yang menjadi target kerja obat antipsikotik yang diberikan pada penderita skizofrenia untuk mengendalikan gejala-gejala skizofrenia yang timbul.

3. Dari sisi psikologis, tekanan hidup bisa menjadi lebih berbahaya ketika seseorang tidak memiliki tempat untuk mencurahkan isi hatinya. Kepribadian yang cenderung tertutup atau sulit membuka diri, terutama di saat-saat genting penuh tekanan, kerap membuat seseorang memilih menyimpan seluruh persoalannya sendiri. Tanpa saluran pelepasan yang memadai, beban psikologis yang terpendam itu perlahan-lahan menggerogoti ketahanan mental, sehingga pada akhirnya meningkatkan kerapuhan individu tersebut terhadap kemunculan skizofrenia.
4. Kondisi di sekitar ternyata ikut menentukan seberapa besar kerentanan seseorang terhadap skizofrenia. Tekanan sosial-psikologis atau yang lazim disebut stresor psikososial pada dasarnya adalah segala kejadian yang mengganggu keseimbangan hidup dan memaksa kita untuk beradaptasi. Namun, karena kapasitas adaptasi setiap orang terbatas, ketika beban yang datang terlalu berat, gangguan jiwa seperti skizofrenia dapat muncul sebagai konsekuensinya. Berikut adalah beberapa bentuk stresor yang paling sering dijumpai:
    1) Persoalan rumah tangga dan relasi, seperti pertengkaran suami-istri, perceraian, kasus perselingkuhan, hingga kehilangan pasangan karena kematian.
    2) Dinamika keluarga yang tidak sehat, terutama ketika anggota keluarga terlalu banyak melontarkan kritik atau menunjukkan sikap bermusuhan. Kondisi ini dikenal dengan istilah ekspresi emosi tinggi, dan sangat berisiko apabila interaksi berlangsung lebih dari35 jam setiap minggunya, karena dapat memicu gejala kambuh pada pengidap skizofrenia.

3) Tekanan dari lingkungan luas, yang mencakup masalah di tempat kerja, kesulitan dalam mengenyam pendidikan, dan berbagai hambatan sosial lainnya.
4) Kendala ekonomi, seperti kesulitan finansial yang berkepanjangan.
5) Faktor sejak lahir, misalnya komplikasi yang terjadi saat masa kehamilan ibu atau ketika proses persalinan berlangsung.
6) Pemicu ekstrem lainnya, seperti efek buruk pemakaian zat terlarang, serta trauma berat dari peristiwa-peristiwa seperti gempa bumi, kebakaran, atau tindakan pemerkosaan.

2.1.3. Manisfestasi Klinis

Sebagaimana diuraikan Sutejo (2022), manifestasi gejala pada pasien skizofrenia secara garis besar dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Gejala Positif
   a. Halusinasi, yakni pengalaman sensorik semu yang muncul tanpa stimulus eksternal, sehingga penderita seolah-olah melihat, mendengar, mencium, atau merasakan sesuatu yang tidak benar-benar ada di sekitarnya.
   b. Delusi atau waham, yaitu kepercayaan irasional yang mengakar kuat sekalipun bukti-bukti konkret telah meluruskannya, penderita tetap mempertahankan keyakinan tersebut.
   c. Disorganisasi perilaku, yang terlihat dari pola aktivitas motorik yangtidak lazim, misalnya rasa gelisah berlebihan, sulit terdiam, mondar- mandir tanpa henti, hingga tindakan gaduh yang tidak terkendali.
   d. Disorganisasi pikiran dan pembicaraan, yang dicirikan oleh ketidakmampuan menyusun pola pikir secara runtut, sehingga tutur katanya terkesan melompat-lompat dan penggunaan bahasanya pun menyimpang dari norma percakapan sehati.
2. Gejala Negatif
   a. *Alogia*, yakni kemiskinan kuantitas bicara yang membuat penderita dinilai kurang antusias dan tidak tanggap ketika berinteraksi secara verbal dengan orang lain

b. Gangguan afek sosial, yang terlihat dari ekspresi emosi yang sangat datar dan minim terhadap berbagai stimulus; hal ini diiringi oleh terbatasnya gerakan tubuh sebagai bahasa nonverbal serta kontak mata yang jarang sekali terjalin.
c. *Avolition*, yaitu melemahnya inisiatif dan kemauan diri, sehingga penderita seolah kehilangan tenaga serta dorongan untuk bertindak, bahkan untuk menjalankan rutinitas harian yang ringan pun terasa sangat berat.

3.Gejala Kognitif

Terakhir, ada pula gejala kognitif yang terutama berkaitan dengan penurunan daya ingat dan kemampuan memusatkan perhatian. Gangguan pada ranah ini nyata-nyata berdampak pada kelancaran aktivitas keseharian para pengidap sebagai contoh, mereka acap kali mengalami hambatan saat hendak mencerna informasi baru, mengambil keputusan, menjaga konsentrasi terhadap suatu hal, serta mengingat kejadian atau instruksi sederhana yang baru saja diterima.

2.1.4.Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Sutejo (2022b), fokus utama tatalaksana skizofrenia adalah optimalisasi fungsi hidup pasien dan pengendalian risiko relaps. Namun, mengingat belum adanya terapi yang secara khusus menargetkan berbagai subtipe yang ada, pilihan terapeutik yang dijalankan pun masih bersifat suportif terhadap gejala yang dominan serta disusun secara individualized untuk setiap kasus.

1. Farmakologi Skizofrenia

   Obat-obatan antipsikotik, yang pada dasarnya merupakan penyekat reseptor dopamine, digunakan untuk mengatasi gangguan yang melibatkan proses pikir. Oleh karena efek merugikan neurologis yang ditimbulkannya, semua obat ini juga disebut sebagai agens neuroleptik. Dahulu, obat-obatan ini juga dikenal sebagai penenang mayor. Akan tetapi, nama tersebut tidak lagi digunakan karena kerja

utama obat ini bukan sedasi tetapi perubahan dalam stimulasi dan respons neuron.

a. Cara kerja obat dan indikasi terapeutik

Sampai saat ini masih belum diketahui bagaimana cara kerja obat-obatan antipsikotik yang memperbaiki manifestasi skizofrenia. Obat-obatan antipsikotik tipikal menghambat reseptor dopamine, mencegah stimulus neuron pascainap oleh dopamine. Selain itu, obat-obatan tersebut juga dapat menekan RAS, menghambat stimulus yang masuk ke otak, dan memiliki efek antikolinergik, antihistamin, dan penyekat yang semuanya berkaitan dengan penghambatan sisi reseptor dopamin dan serotonim.

Obat antipsikotik didindikasikan bagi penderita skizofrenia dan untuk manifestasi dari gangguan psikotik yang lain termasuk hiperaktivitas, perilaku melawan, agitasi pada lansia, dan masalah perilaku yang berat pada anak-anak (pengendalian jangka pendek)

b. Penggunaan secara umum

Agens ini digunakan dalam pengobatan psikosis akut dan kronik, terutama jika disertai peningkatan aktivitas psikomotor. Agens terpilih digunakan sebagai antiemetik (klorpromazin, perfenazin, proklorperazin); dalam pengobatan cegukan resisten (klorpromazin, perfenazin); dan untuk pengendalian tik dan pengucapan vokal pada kelainan Tourette (haloperidol, pimozid).

1) Klorpromazin

Indikasi: Penanganan gangguan psikotik, seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar (sampai litium kerja-lambat menimbulkan efek), psikosis reaktif singkat, dan gangguan skizoafektif. Selain itu, juga untuk penanganan ansietas dan agitasi, cegukan yang sulit diatasi,porfiria intermiten akut, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik yang berlebihan; masalah perilaku berat pada anak yang dikaitkan dengan perilaku hipereksitasi atau menyerang. Agens ditujukan untuk penanganan mual atau

muntah berat, sedasi pra dan pascabedah, serta tetanus (pengobatan penunjang).

2) Tioridazin

Indikasi: Penanganan gangguan psikotik dan depresi sedang sampai nyata dengan beragam derajat ansietas (penanganan jangka pendek). Selain itu, agens ditujukan untuk penanganan gejala multipel, seperti agitasi, ansietas, depresi, gangguan tidur, ketegangan, dan ketakutan pada pasien geriatrik.

Ditujukan untuk hiperkinesis, penentangan, dan masalah perilaku berat pada anak-anak.

3) Flufenazin

Indikasi: Penanganan gangguan psikotik kronik dan akut.

4) Perfenazin

Indikasi: Penanganan gangguan psikotik, penanganan mual dan muntah berat, dan penanganan cegukan yang tidak dapat diatasi.

5) Trifluoperazin

Indikasi: Penanganan manifestasi gangguan psikotik serta penanganan ansietas sedang hingga berat pada pasien nonpsikotik.

6) Haloperidol

Indikasi: Penatalaksanaan psikosis kronik dan akut; pengendalian tik dan pengucapan vokal pada gangguan Tourette; penanganan gejala demensia pada lanjut usia (lansia); pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak. Penggunaan dalam penelitian: antiemetik (dosis lebih sedikit daripada dosis pengendalian perilaku psikotik) serta pengendalian situasi psikiatrik akut.

7) Pimozid

Indikasi: Tik fonik dan motorik berat pada pasien dengan gangguan Tourette yang gagal berespons secara memuaskan terhadap pengobatan konvensional.

2. Non farmakologi menurut (Gunawan et al., 2023) yang diberikan pada klien dengan skizofrenia antara lain :

1) Pendekatan psikososial merupakan pendekatan yang bertujuan untuk memperkuat dukungan emosional, sehingga kemampuan

bersosialisasi dan produktivitas kerja klien dapat meningkat secara maksimal.

2) Psikoterapi suportif, yang merupakan bagian dari pendekatan tersebut, diberikan untuk menumbuhkan harapan serta dorongan kuat agar klien tidak larut dalam keputusasaan. Terapi ini bertujuan membangkitkan tekad menjalani hari-hari dan sekaligus berfungsi sebagai benteng untuk menekan risiko kekambuhan.
3) Psikoterapi re-edukatif diarahkan pada upaya memperbarui pola pikir dan kebiasaan lama dengan cara pandang yang baru. Tujuannya adalah agar klien lebih terbuka, luwes, dan mampu beradaptasi dengan realita serta tuntutan di lingkungan luarnya.
4) Psikoterapi rekonstruksi difokuskan untuk membenahi aspek-aspek kepribadian yang mengalami gangguan atau perubahan, yang biasanya muncul sebagai dampak dari beban psikologis (stresor) yang sebelumnya tidak mampu dikelola oleh klien.
5) Psikoterapi kognitif berperan dalam memulihkan kapasitas berpikir dan daya nalar klien. Melalui terapi ini, klien diharapkan mampu membedakan secara lebih tajam antara norma sosial yang berlaku dan nilai-nilai etika di sekitarnya.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1. Definisi Halusinasi

Halusinasi pada dasarnya termasuk ke dalam golongan kelainan persepsi, yaitu kondisi ketika seseorang mengalami sensasi atau kesan inderawi yang terasa sangat nyata, padahal sama sekali tidak ada rangsangan fisik dari lingkungan luar yang memicunya. Singkatnya, terjadi semacam distorsi atau kekeliruan dalam cara otak menafsirkan rangsangan. Akibatnya, pasien merasakan perubahan pada sistem persepsi sensoriknya yang dapat mendengar suara-suara, melihat bayangan atau sosok, merasakan sentuhan, mengecap rasa, atau mencium bau-bauan tertentu yang sejatinya tidak benar-benar ada di sekitarnya. Semua pengalaman ini murni merupakan stimulasi yang muncul dari dalam diri pasien, tanpa adanya sumber objektif di dunia nyata yang dapat menjelaskan sensasi tersebut (Kumar, Sunil; Lochab,A.; Mishra, 2021).

2.2.2. Etiologi Halusinasi

Menurut (Kumar, Sunil; Lochab,A.; Mishra, 2021) faktor penyebab halusinasi yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Perkembangan

Ketika tugas tumbuh kembang pasien terganggu, misalnya karena tidak harmonisnya keluarga atau karena tidak diajarkan mandiri sejak kecil, maka pasien mudah marah dan frustasi serta kehilangan rasa percaya diri. Ketika tugas perkembangan pasien terganggu dan hubungan interpersonal terganggu, orang yang terkena akan menjadi cemas dan mempunyai masalah dengan hubungan sosial

2) Sosiologis

Bila sejak masa kanak-kanak seorang anak sudah merasa tidak diterima oleh lingkungannya, ia akan mudah sekali terpojok secara batin. Tanpa dukungan dan penerimaan, ia pun hanya bisa merasakan bahwa dirinya berjalan sendiri tanpa ada yang memihak.

3) Biokimia

Dalam proses pengkajian, perlu ditelusuri apakah seseorang memiliki latar belakang konsumsi zat-zat terlarang, seperti narkotika maupun psikotropika, di samping itu, faktor keturunan yang berkaitan dengan kondisi kejiwaan juga patut menjadi pertimbangan. Sementara itu, jika menilik dari sisi psikologis dan fisiologis, stres sendiri dapat dibagi menjadi dua pola yang berbeda. Pola pertama adalah stres akut yang tergolong ekstrem, di mana kondisi ini biasanya merangsang timbulnya efek halusinasi pada individu. Adapun pola kedua adalah stres kronis yang terjadi secara terus-menerus dalam waktu panjang, sehingga mengakibatkan sistem saraf pusat merespons dengan cara mengaktifkan neurotransmiter secara berlebihan di dalam otak.

4) Psikologis

Apabila ditinjau dari aspek psikologis, anak-anak yang memiliki ketahanan diri yang rendah serta kurang memiliki kesadaran akan kewajiban pribadi biasanya akan lebih cepat merasakan tekanan batin yang berlebihan. Mentalitas yang rapuh dan minimnya kedisiplinan terhadap konsekuensi tindakan sendiri pada akhirnya menjadikan mereka lebih rentan terhadap berbagai pemicu stres,

dibandingkan dengan individu yang memiliki fondasi karakter yang lebih kuat dan sikap tanggung jawab yang terinternalisasi dengan baik.

5) Genetik dan pola asuh

Dalam situasi pengasuhan sehari-hari, apabila seorang anak dengan kondisi kejiwaan yang stabil dan tergolong sehat justru dibesarkan serta dirawat oleh individu yang mengidap skizofrenia, lingkungan dan pola interaksi yang terbentuk selama proses perawatan tersebut kerap dinilai dapat memicu timbulnya kecenderungan atau risiko gangguan jiwa yang serupa pada diri anak di kemudian hari.

b. Faktor Presipitasi

1) Dimensi Spiritual

Orang yang mengalami halusinasi mulai merasa hidupnya hampa. Rutinitas sepertinya tidak ada artinya. Dalam hal ini, klien jarang mengikuti kegiatan keagamaan atau spiritual. Misalnya, Irama merasa terganggu saat beraktivitas di pagi hari karena terlalu lama tidur dan terbiasa bangun pada waktu yang wajar di siang hari. Ketika dia terbangun, dia merasa hampa dan bingung harus berbuat apa dengan hidupnya.

2) Dimensi Fisik

Secara klinis, halusinasi tidak hanya bersumber dari faktor psikis, melainkan juga bisa muncul akibat adanya gangguan pada kondisi jasmani. Beberapa pemicu dari ranah fisik yang patut diperhatikan antara lain adalah keletihan ekstrem yang menumpuk, efek samping dari konsumsi zat-obatan tertentu, dampak keracunan alkohol, demam tinggi hingga memicu delirium, serta kebiasaan sulit tidur yang berlangsung dalam kurun waktu yang berkepanjangan.

3) Dimensi emosional yaitu ketakutan berlebihan terhadap masalah yang tidak dapat diatasi, memicu halusinasi. Halusinasi terdiri dari perintah dan objek yang menakutkan. Individu tidak akan lagi menolak perintah sampai situasi klien mengatasi rasa takutnya.

4) Dimensi Sosial

Contoh dimensi sosial yaitu Selama tahap sedasi awal, orang yang terkena dampak mengalami gangguan dalam interaksi sosial. Orang yang terkena dampak merasa kehidupan sosial di dunia nyata tidak aman dan menjadi terobsesi dengan halusinasi. Halusinasinya seolah olah menjadi wadah pemuasan kebutuhan sosial, pengendalian diri, dan harga diri yang tidak ada di dunia nyata. Aspek Intelektual: Secara umum halusinasi adalah

upaya ego untuk menolak impuls yang datang. Namun, mereka sering kali menuntut semua perhatian klien dan mengendalikan perilaku mereka. Klien mungkin menderita depresi ego.

2.2.3. Tanda dan gejala halusinasi

Tanda dan gejala Halusinasi menurut (Sutejo,2022) sebagai berikut:

Tabel 2.1
Tanda dan gejala Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Halusinasi Dengar /Suara ***(Auditory- hearing voices or sound Hallucina- tions)***	- Mengarah telinga pada sumber suara - Marah-marah tanpa sebab yang yang jelas - Bicara atau tertawa sendiri - Menutup telinga	- Mendengar suara atau bunyi gaduh - Mendengar yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya - Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap - Mendengar suara orang yang sudah meninggal
Halusinasi Penglihatan (*Visual Hallucinations*)	- Ketakutan pada sesuatu atau objek yang dilihat - Tatapan mata menuju tempat tertentu - Menunjuk ke arah tertentu	- Melihat makhluk tertentu, bayangan, seseorang yang sudah meninggal, sesuatu yang menakutkan atau hantu, Cahaya
Halusinasi Pengecapan (*Gustatory Halluci- nations*)	- Adanya tindakan mengecap sesuatu,gerakan mengumnyal,sering meludah,atau muntah	- Klien seperti sedang merasakan makanan ataurasa tertentu, atau mengunyah sesuatu.

Halusinasi Penghidung ***(Olfactory Hallucinations)***	- Adanya gerakan cuping hidung karena mencium sesuatu atau mengarahkanhidung pada tempat tertentu	- Mencium bau dari bau - bauan tertentu, seperti bau mayat, masakan, feses, bayi, atau parfum - Klien sering mengatakan bahwa ia mencium suatu bau - Halusinasi penciuman sering menyertai klien demensia, kejang, atau penyakit serebrovaskular
Halusinasi Perabaan ***(Tactile Hallu- cinations)***	- Menggaruk-garuk permukaan kulit - Klien terlihat menatap tubuhnya dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh seputar tubuhnya	- Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh, seperti ta- ngan, serangga, atau makhluk halus - Merasakan sesuatu di permukaan kulit, seperti rasa yang sangat panas dan dingin, atau rasa tersengat aliran listrik

2.2.4. Klasifikasi Halusinasi

Menurut (Oktaviani et al., 2022) jenis halusinasi dibagi menjadi 5 yaitu:

a. Halusinasi Pendengaran (Auditif / Akustik)

   Pada kategori ini, gejalanya tidak terbatas pada bunyi dengungan kosong atau ringisan telinga tanpa makna, melainkan lebih sering tampak sebagai tangkapan kata-kata atau rangkaian kalimat yang sarat arti. Pasien pada umumnya mempersepsikan suara tersebut sebagai sesuatu yang nyata dan memiliki otoritas tersendiri, sehingga mereka kerap terlibat dalam pertentangan batin atau merasa kewalahan untuk membantah suara-suara yang terus menghampiri pendengarannya.

b. Halusinasi Penglihatan (Visual / Optik) Jenis ini lebih lazim ditemukan pada kasus-kasus delirium yang berkaitan dengan kelainan organik. Lantaran sering kali menyertai kondisi penurunan kesadaran, visualisasi yang muncul pun cenderung berupa bayangan atau pemandangan yang menakutkan dan tidak menyenangkan, sehingga akhirnya memicu respons ketakutan yang cukup kuat pada diri penderita.

c. Halusinasi Penciuman (Olfaktorik)

   Jenis ini lebih lazim ditemukan pada kasus-kasus delirium yang berkaitan dengan kelainan organik. Lantaran sering kali menyertai kondisi penurunan kesadaran, visualisasi yang muncul pun cenderung berupa bayangan atau pemandangan yang menakutkan dan tidak menyenangkan, sehingga akhirnya memicu respons ketakutan yang cukup kuat pada diri penderita.

d. Halusinasi Pengecapan (Gustatoik)

   Meskipun angka kejadiannya terbilang jarang dibandingkan jenis lainnya, gangguan pengecapan ini sering muncul beriringan dengan halusinasi penciuman. Kondisi ini membuat penderita seolah-olah merasakan cita rasa atau sisa rasa tertentu di lidah, padahal secara faktual tidak ada makanan ataupun minuman yang sedang dikonsumsi.

e. Halusinasi Raba (Taktil)

   Pada kategori terakhir ini, sensasi yang dirasakan meliputi tekanan pada kulit, hembusan angin, atau bahkan perasaan seperti ada sesuatu yang melata dan merayap di bawah permukaan kulit. Gejala-gejala semacam ini secara khusus sering dijumpai pada penderita delirium toksik serta gangguan skizofrenia.

2.2.5. Fase Halusinasi

Halusinasi terbagi atas beberapa fase yaitu (Wahyuni et al., 2021)

a. Tahap awal, atau fase nyaman, biasanya ditandai dengan munculnya perasaan-perasaan negatif yang membebani pikiran, seperti cemas berlarut, rasa kesepian, penyesalan yang mendalam, atau ketakutan yang tak beralasan. Pada titik ini, seluruh fokus pasien tertuju pada kecemasan yang dirasakannya, dan mereka

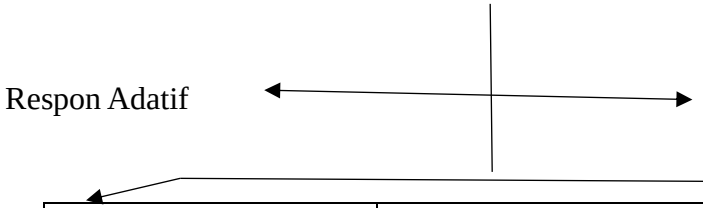
meyakini bahwa selama sumber kecemasan itu bisa diredakan, maka sensasi-sensasi ganjil yang timbul dari panca indra pun masih dapat dikendalikan. Ironisnya, pada fase ini pasien justru merasa lebih tenang ketika sedang berhalusinasi.

b. Memasuki fase kedua, frekuensi gangguan sensorik tersebut mulai meningkat drastis. Pasien tidak lagi sekadar merasa gelisah, tetapi mulai diliputi oleh prasangka buruk dan kecurigaan terhadap lingkungan sekitarnya. Mereka mulai menyadari bahwa kendali atas diri sendiri sudah mulai lepas, sehingga sebagai bentuk pertahanan, mereka berusaha menciptakan jarak emosional maupun fisik dari orang-orang terdekat, dan kecenderungan untuk menarik diri ini berlangsung dalam durasi yang cukup panjang serta intensitas yang terus menguat.
c. Selanjutnya, pada fase ketiga, pasien berupaya untuk melawan dan menahan deru-deru atau sensasi abnormal yang terus menghantui. Namun, ketika halusinasi itu mendadak mereda, yang muncul justru perasaan hampa dan kesepian yang menusuk. Di sinilah puncak awal dari gangguan psikotik biasanya mulai terlihat dan berkembang.
d. Puncaknya terjadi pada fase terakhir, di mana pasien mulai merasakan tekanan besar dari apa yang ditangkap oleh indranya, terutama berupa suara-suara yang terasa mengancam dan memerintah. Apabila pasien tidak mengindahkan perintah halusinatif tersebut, bukan berarti ancaman berhenti; justru sebaliknya, kondisi halusinasi dapat bertahan sangat lama, bahkan bisa berlangsung hingga empat jam atau terus menerus sepanjang hari terutama jika tidak ada pendekatan terapeutik yang diberikan. Pada kondisi ekstrem seperti ini, kemunduran fungsi kejiwaan yang parah pun tidak dapat dihindari.

2.2.6. Rentang Respon

Secara umum, perilaku seseorang dapat dibaca dari berbagai reaksi yang muncul, yang pada dasarnya mencerminkan bagaimana kerja sistem saraf pusat dalam merespons situasi. Respons yang paling sehat dan optimal adalah ketika individu mampu memproses informasi secara jernih sekaligus menjaga stabilitas emosinya dalam tekanan apa pun. Namun, pada kondisi yang berbeda, seperti saat muncul gejala halusinasi, pola perilaku justru terlihat menyimpang dari kewajaran, misalnya dengan gerakan mondar- mandir tanpa arah yang jelas, perasaan kacau yang sulit dikendalikan, hingga cara berpikir yang tidak teratur karena dorongan dari rangsangan yang sebenarnya tidak nyata. Keseluruhan spektrum respons ini kemudian dirangkum dan disajikan secara sistematis dalam tabel di bawah ini.

Bagan 2.1
Rentang Respon Neurobiologis



1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten dalam pengalaman 4. Hubungan sosial harmonis	1. Kadang proses pikir terganggu 2. Ilusi 3. Emosi berlebihan/kurang 4. Perilaku tidak bisa 5. Menarik diri	1. Gangguan peroses pikir (waham) 2. Halusinasi 3. Kerusakan peroses emosi 4. Perilaku tidak terorganisir 5. Isolasi sosial

Sumber (Sutejo, 2022)

2.2.7 Penatalaksanaan Halusinasi

Mengacu pada panduan yang dikemukakan oleh Zikiriyani & Lestari (2023) upaya terapeutik untuk mengatasi halusinasi dapat dikelompokkan ke dalam tiga pendekatan utama, yakni intervensi psikofarmakologi, terapi psikologis (psikoterapi), serta program pemulihan berbasis rehabilitasi yang di dalamnya turut mencakup terapi aktivitas kelompok (TAK) dan pelatihan keterampilan sosial.

a. Psikofarmakoterapi

1. Antipsikotik

   Golongan obat ini terutama diresepkan untuk pasien dengan kondisi psikotik, seperti skizofrenia ataupun varian gangguan psikotik lainnya. Beberapa contoh yang umum digunakan antara lain klorpromazin, trifluoperazin, tioridazin, haloperidol, klorprotiksen, loksapin, dan pimozid. Mekanisme kerja utamanya ditujukan untuk

meredam manifestasi psikotik, misalnya kekacauan proses berpikir (waham), kesalahan interpretasi sensorik (halusinasi), serta luapan aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas). Selain itu, sediaan ini turut memberikan efek sedatif, namun juga perlu diwaspadai karena berpotensi menimbulkan gejala samping ekstrapiramidal. Beberapa reaksi merugikan lainnya yang mungkin timbul adalah kegelisahan motorik, tremor kasar, peningkatan suhu tubuh hingga demam tinggi, kejang-kejang, hipotensi, rasa kering pada mulut, serta inkontinensia urine.

2. Antidepresan

   Kelompok obat berikutnya berfungsi untuk meringankan atau bahkan menghilangkan gejala depresi yang menyertai. Spesimen yang tergolong dalam kategori ini adalah imipramin, maprotilin, sertralin, dan paroksetin. Adapun efek samping yang perlu diantisipasi meliputi fluktuasi tekanan darah (hipotensi maupun hipertensi), perubahan pola rekaman EKG, konstipasi, kekeringan pada rongga mulut dan tenggorokan, sensasi mual, serta keluhan sakit kepala.

3. Psikoterapi (Terapi Kejang Listrik)

   Di sisi lain, dalam ranah psikoterapi terdapat prosedur terapi kejang listrik, yaitu tindakan yang bertujuan membangkitkan serangan kejang grand mal secara terkendali dengan cara mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada salah satu atau kedua sisi pelipis. Metode ini biasanya diindikasikan bagi penderita skizofrenia yang tidak memberikan respons yang memadai terhadap pemberian neuroleptika, baik melalui jalur oral maupun injeksi, dengan besaran arus yang dipakai sekitar 4–5 joule per detik.

4. Terapi Rehabilitasi

   Sementara itu, program rehabilitasi diarahkan untuk mendorong pasien agar mau berinteraksi dan bersosialisasi kembali dengan lingkungan sekitar, termasuk dengan sesama penghuni fasilitas kesehatan, tenaga perawat, maupun para dokter. Tujuan pokok dari

upaya ini adalah mencegah pasien menjauh dari pergaulan atau mengasingkan diri, karena sikap menarik diri yang berkepanjangan dapat memicu pembentukan kebiasaan-kebiasaan maladaptif. Untuk mencapai hal tersebut, pasien sangat dianjurkan untuk aktif mengikuti berbagai permainan atau kegiatan pelatihan yang bersifat kolektif sebagai bagian dari proses pemulihan menyeluruh.

5. Terapi Aktivitas

1. Terapi music

   Fokus utama dari kegiatan ini adalah mendengarkan alunan nada, memainkan instrumen, atau bernyanyi sesuai dengan selera pribadi pasien. Tujuannya adalah menciptakan suasana yang rileks dan menyenangkan bagi pendengarnya.

2. Terapi Okupasi

   Kegiatan ini lebih difokuskan pada aktivitas menggambar, yang bertujuan untuk mengalihkan perhatian pasien dari suara-suara halusinasi pendengaran, sekaligus melatih dan meningkatkan daya konsentrasi secara bertahap.

3. Terapi Menari

   Pendekatan ini memberi ruang bagi pasien untuk mengekspresikan perasaan dan emosi batinnya melalui gerakan-gerakan tubuh yang bebas dan terarah.

4. Terapi relaksasi

   Dalam sesi ini, pasien diajak untuk mempelajari serta mempraktikkan teknik-teknik relaksasi secara bersama-sama dalam kelompok. Landasan dari terapi ini adalah untuk membangun mekanisme koping yang sehat guna mengatasi perilaku maladaptif, di samping untuk meningkatkan rasa keterlibatan dan kebahagiaan pasien dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

5. Kegiatan ini dirancang untuk melatih pasien agar terbiasa bersosialisasi dan menjalin interaksi yang sehat dengan sesama pasien di lingkungan perawatan.

6. Terapi kelompok

   Program terapi kelompok ini terdiri atas lima sesi yang disusun secara bertahap dan berkesinambungan, yaitu:

   1) Sesi 1 : Pengenalan mendalam mengenai halusinasi, yang mencakup pemahaman tentang jenisnya, isi atau muatan yang muncul, frekuensi kemunculan, waktu serta situasi pencetus, hingga perasaan dan respons yang timbul pada diri pasien.
   2) Sesi 2 : Pelatihan pengendalian halusinasi dengan cara menolak atau membentak suara-suara halusinasi secara tegas (menghardik).
   3) Sesi 3: Pengelolaan halusinasi melalui penyusunan dan pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang telah dijadwalkan secara rutin.
   4) Sesi 4 : Upaya pencegahan timbulnya halusinasi dengan cara membiasakan diri untuk berbincang atau bercakap-cakap dengan orang lain.
   5) Sesi 5: Pengendalian halusinasi jangka panjang dengan menekankan pentingnya kepatuhan dalam mengonsumsi obat secara teratur sesuai anjuran tenaga medis.

2.3 Konsep Halusinasi Pendengaran

2.3.1 Definisi Halusinasi Pendengaran

Secara definisi, halusinasi pendengaran merupakan kondisi di mana individu merasakan adanya stimulus bunyi yang diyakini berasal dari dua sumber suara atau lebih. Pada banyak kasus, suara-suara tersebut sering kali menyampaikan instruksi atau arahan yang dapat mendorong pasien untuk melakukan tindakan berisiko, baik yang mengancam keselamatan dirinya sendiri, orang-orang terdekat, maupun keamanan lingkungan sekitarnya. Dari sisi gejala, keluhan yang paling umum muncul adalah hadirnya berbagai bunyi atau suara bising yang terasa sangat personal dan seolah- olah mengarah langsung kepada penderitanya. Kondisi ini kerap memicu respons emosional yang kuat, misalnya penderita terlibat dalam pertengkaran batin atau debat dengan suara yang didengarnya, hingga pada akhirnya ia kehilangan kendali atas perilaku dan pikirannya. Karakteristik

suara yang timbul pun sangat beragam, mulai dari nada yang menyenangkan dan anjuran untuk berbuat kebaikan, hingga sisi lainnya yang bersifat kasar seperti makian, olokan, ancaman, atau bahkan perintah eksplisit untuk mencelakai diri maupun orang lain (Ginting, 2022).

Jika ditinjau dari sudut pandang neurobiologis, kemunculan halusinasi pendengaran ini erat kaitannya dengan terganggunya fungsi sistem saraf pusat. Salah satu faktor utamanya adalah menurunnya aktivitas di area lobus frontal, yang kemudian mengganggu sirkuit umpan balik informasi antara korteks frontal dan sistem limbik yang mencakup hipotalamus serta basal ganglia. Akibat dari gangguan pada jalur komunikasi ini, otak pasien tidak mampu lagi membedakan sumber rangsangan secara akurat, sehingga persepsi indra yang bersifat internal atau keliru justru diterjemahkan sebagai suara nyata yang hadir dari dunia luar (Conring et al., 2023).

2.3.2 Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran merupakan salah satu bentuk gangguan persepsi sensorik yang ditandai dengan pengalaman mendengar suara tanpa adanya rangsangan eksternal yang nyata. Menurut (Sutejo, 2022)

1. Mendengar suara tanpa stimulus eksternal
   Suara bisa berupa: Bisikan Percakapan Suara yang memberi perintah
2. Isi suara sering bermakna personal
   Mengomentari perilaku pasien mengkritik atau menghina Memberi perintah (kadang berbahaya)
3. Pasien merespons suara tersebut
   Berbicara sendiri, tertawa sendiri, tampak seperti mendengarkan sesuatu
4. Gangguan perhatian dan konsentrasi
   Sulit fokus karena perhatian terpecah antara realita dan halusinasi
5. Perubahan emosi
   Berupa cemas, takut ,marah
6. Perilaku menarik diri

Pasien lebih fokus pada pengalaman internal di banding lingkungan sekitar

7. Perilaku waspada atau curiga

   Berkaitan dengan halusinasi yang mengancam atau negatif

2.3.3 Penatalaksanaan Halusinasi Pendengaran

1. Famakologis
   a. Secara umum, obat-obatan yang tergolong antipsikotik ditujukan untuk membantu individu dengan kondisi psikotik, mencakup skizofrenia maupun gangguan psikotik lainnya. Di antara obat yang sering digunakan dalam kelas terapi ini, kita bisa menemukan Chlorpromazine, Trifluoperazine, Thioridazine, Haloperidol, Chlorprothixene, Loxapine, dan Pimozide. Khasiat dari antipsikotik terletak pada kemampuannya menekan manifestasi psikotik, seperti kekacauan pola pikir yang memicu keyakinan keliru (waham), distorsi persepsi yang menimbulkan halusinasi, dan luapan aktivitas psikomotor yang biasanya terlihat sebagai sikap agresif. Di samping efek terapeutik tersebut, zat ini turut memiliki daya sedatif alias penenang, meski di sisi lain, efek samping pada jalur ekstrapiramidal juga sering menjadi perhatian. Adapun reaksi merugikan lain yang potensial terjadi adalah perasaan gelisah yang berlebihan, tremor, demam tinggi yang disertai kekakuan otot, kejang, tekanan darah yang menurun drastis, rasa kering di rongga mulut, serta ketidakmampuan menahan buang air kecil (inkontinensia urin). (Sutejo, 2022)

2. Non-Farmakologi
   a. Terapi Okupasi Menggambar

      Salah satu pendekatan dalam terapi okupasi adalah melalui kegiatan menggambar, yang memanfaatkan berbagai media seni seperti kertas, kapur, hingga pensil warna sebagai sarana untuk menuangkan ekspresi dan komunikasi. Bagi pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran, manfaat utama dari intervensi ini terletak pada kemampuannya untuk mengalihkan konsentrasi.

Alih-alih terus menerus terpaku pada rangsangan suara yang bersifat semu, pasien diajak untuk mengarahkan perhatiannya pada aktivitas konkret yang lebih positif dan membangun. Proses menggambar sendiri melibatkan keterpaduan antara aspek visual, gerakan motorik, serta keterlibatan emosional secara langsung. Dengan demikian, rangkaian kegiatan kreatif ini secara bertahap mampu menggeser fokus pikiran yang semula didominasi oleh suara-suara tidak nyata, menuju sebuah proses berkarya yang lebih produktif dan menenangkan. (Litasari & Fitria, 2023)

b. Terapi musik

Sebagai bagian dari upaya relaksasi, terapi berbasis musik digunakan untuk membantu individu menstabilkan perasaannya, meredakan ketegangan, dan turut serta dalam proses pemulihan kondisi psikologis yang terganggu (Dipasha Bansal, 2024).

c. Terapi *Thought Stopping*

Secara konsep, terapi thought stopping atau penghentian pikiran adalah pendekatan kognitif yang mengandalkan perintah internal dari individu kepada dirinya sendiri untuk menginterupsi rangkaian pikiran negatif yang sedang berlangsung. Teknik ini biasanya melibatkan pemberian rangsangan kejut atau stimulus yang bersifat mendadak. Ketika pikiran buruk mulai bermunculan, alurnya dapat dipotong atau dikacaukan hanya dengan mengucapkan kata tegas seperti "STOP" atau "TIDAK" dalam benak, sehingga proses berpikir negatif pun bisa terhenti dan tidak berlarut-larut (Dwi Rahmawati et al., 2023).

2.3.4 Skala Tingkat Halusinasi Pendengaran

1. Pengertian AHRS

Di ranah praktik klinis, Auditory Hallingation Rating Scale yang lebih akrab disingkat AHRS, hadir sebagai salah satu instrumen andalan untuk mengukur berat-ringannya halusinasi pendengaran pada pasien dengan kondisi kejiwaan, khususnya mereka yang mengidap skizofrenia. Dengan adanya skala

ini, para tenaga kesehatan jadi punya panduan yang lebih terstruktur dalam menggali dan mengevaluasi ciri-ciri khas dari suara atau bunyi yang didengar oleh pasien. Adapun fokus penilaian AHRS sendiri mencakup sejumlah dimensi penting dari pengalaman halusinasi auditorik tersebut, di antaranya adalah:

1. Frekuensi munculnya suara
2. Durasi halusinasi
3. Intensitas suara
4. Tingkat keyakinan pasien terhadap suara yang didengar
5. Gangguan yang ditimbulkan terhadap aktivitas sehari-hari
6. Respons emosional pasien
7. Kemampuan pasien mengendalikan halusinasi

   Melalui penilaian tersebut, tenaga kesehatan dapat menentukan tingkat keparahan gejala, memantau perkembangan kondisi pasien, serta mengevaluasi efektivitas terapi atau intervensi yang diberikan

2. Tujuan penggunaan AHRS adalah:
   - Mengidentifikasi tingkat keparahan halusinasi pendengaran
   - Membantu penegakan diagnosis klinis
   - Mengevaluasi perubahan gejala selama terapi
   - Menjadi alat ukur dalam penelitian kesehatan jiwa
   - Membantu perencanaan tindakan keperawatan dan terapi pisikososial
3. Uji Validitas Instrumen AHRS

   Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauh mana instrumen AHRS mampu mengukur halusinasi pendengaran sesuai dengan konsep yang hendak diukur. Validitas instrumen sangat penting agar data penelitian yang diperoleh akurat dan dapat dipercaya.
4. Uji Reliabilitas

   Selain validitas, AHRS juga perlu diuji reliabilitasnya untuk mengetahui konsistensi hasil pengukuran. Uji reliabilitas biasanya menggunakan Cronbach’s Alpha.

   Kriteria reliabilitas:
   - Nilai Cronbach’s Alpha > 0,70 = reliabel
   - Nilai Cronbach’s Alpha < 0,70 = kurang reliabel

5. Interpretasi Hasil

Hasil penilaian AHRS digunakan untuk menentukan tingkat keparahan halusinasi pendengaran pasien, mulai dari ringan, sedang, hingga berat. Semakin tinggi skor total, maka semakin berat gangguan halusinasi yang dialami pasien ada beberapa cara pengukuran AHRS sebagai berikut:

AUDITORY HALLUCINATION RATING SCALE (AHRS)

Nama:

Umur:

Jenis kelamin:

Lamanya waktu mengalami halusinasi (Tahun): Pretest/Posttest (coret salah satu)·

Halusinasi pendengaran:Lembar skore

1. FREKUENSI

   Seberapa sering Anda mengalami suara? Misalnya setiap hari,sepanjang hari,dll.

   1. Jika suara tidak hadir atau hadir kurang dari sekali seminggu (tentukn frekuensi jika ada)
   2. Jika suara terdengar setidaknya sekali seminggu
   3. Jika suara terdengar setidaknya sekali sehari
   4. Jika suara terdengar setidaknya sekali satujam
   5. Jika suara terdengar terus menerus atau hampir setiap saat dan berhenti hanya untuk beberapa detik atau menit

2. DURASI

   Ketika Anda mendengar suara Anda,berapa lama suara muneul,misalnya dalam beberapa detik,menit,jam,sepanjang hari?

   1.Suara tidak hadir

   2.Suara berlangsung selama beberapa detik,suara sekilas

   3.Suara berlangsung selama beberapa menit

   4.Suara berlangsung selama setidaknya satu jam

   5.Suara berlangsung selama berjam-jam pada suatu waktu

3. LOKASI

   Ketika anda mendengar suara anda dari mana suara itu berasal? di dalam kepala anda dan atau di luar kepala anda?

0. Suara tidak hadir
1. Jika suara berasal dalam kepala saja
2. Jika suara berasal dari luar kepala,tapi dekat dengan telinga atau kepala
3. Jika suara berasal dari dalam atau dekat dengan telinga dan diluar kepala jauh dari telinga
4. Jika suara berasal dari ruang angkasa,jauh sekali dari kepala

4. KEKUATAN SUARA

Seberapa keras suara-suara itu terdengar? apakah suara itu lebih keras dari suara anda sendiri? atau sama kerasnya,atau seperti sebuah bisikan?

0. Suara tidak hadir
1.Lebih tenang dari suara sendiri
2.Sama kuatnya dengan suara sendiri
3.Lebih keras dari slara sendiri
4.Sangat keras seperti berteriak

5. KEYAKINAN ASAL SUARA

Apa yang anda pikirkan ketika mendengar suara itu? Apakah suara yang disebabkan oleh faktor-faktor yang berhubungan dengan diri sendiri atau semata-mata karena faktor orang lain?

Jika pasien mengungkapkan faktor eksternal: berapa banyak yang anda percaya bahwa suara itu disebabkan oleh....(sesuai pengakuan pasien) dimana, pada skala 0-100:100 adalah bahwa Anda benar-benar yakin,50:ragu-ragu dan 0 adalah bahwa anda tidak yakin

0. Suara tidak hadir
1. Percaya suara itu semata-mata dihasilkan secara internal (dari dalam diri) dan berhubungan dengan diri
2. Kurang dari 50% yakin bahwa suara itu berasal dari penyebab eksternal (luar)
3. Lebih dari 50% (tapi kurang dari 100%) yakin bahwa suara itu berasal dari penyebab eksternal
4. Percaya suara itu semata-mata karena penyebab ekstenal (100% keyakinan)

6. JUMLAH ISI SUARA NEGATIF

Apakah suara anda mengatakan hal-hal yang tidak menyenangkan atau negatif? Dapatkah anda memberi saya beberapa contoh dari apa yang suara katakan? (memerintah untuk membunuh, melukai orang lain, atau mengatakan keburukan diri anda) berapa banyak suara negatif itu terdengar?

0. Tidak ada isi suara yang menyenangkan
1. Suara itu terdengar menyenangkan sesekali
2. Minoritas isi suara tidak menyenangkan atau negatif (kurang dari 50%)
3. Mayoritas isi suara tidak menyenangkan atau negatif (lebih dari 50%)
4. Semua isi suara tidak menyenangkan atau negatif

7. INTENSITAS ISI SUARA NEGATIF

Menggunakan kriteria skala, meminta pasien untuk detail lebih jika diperlukan

0. Tidak menyenangkan atau negatif
1. Seberapa sering isi suara negatif terdengar, tapi suara itu yang berkaitan dengan diri sendiri atau keluarga misalnya bersumpah dengan kata-kata kasar atau hinaan tidak diarahkan untuk diri sendiri, misalnya “orang itu jahat"
2. Pelecehan verbal yang ditujukan kepada anda, mengomentari perilaku anda misalnya: "seharusnya melakukan itu, atau mengatakan bahwa”
3. Pelecehan verbal yang ditujukan kepada anda tapi berkaitan dengan konsep diri misalnya:“Anda malas, jelek, gila, sesat, tidak berguna, dll
4. Ancaman yang ditujukan kepada anda misalnya mengancam diri anda untuk menyakiti diri atau keluarga, perintah untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain dan pelecehan verbal pribadi No. (3)

8. JUMLAH SUARA YANG MENEKAN/MENYUSAHKANA

Kapankah suara itu terdengar menekan anda? Berapa banyak?

0. Suara itu tidak menyusahkan sama sekali
1. Suara itu sesekali menyusahkan, mayoritas tidak menyusahkan
2. Samajumlah suara menyusahkan dan tidak menyusahkan
3. Mayoritas suara menyusahkan, minoritas tidak menyusahkan
4. Jika suara itu selalu menyusahkan

9. INTENSITAS SUARA YANG MENEKAN/MENYUSAHKAN

Kapan suara itu menekan anda? Seberapa menyusahkan suara itu? apakah suara itu menyebabkan anda sedikit tertekan atau tertekan sedang dan berat? Apakah suara itu yang paling menyusahkan anda?

0. Suara tidak menyusahkan

1.Jika suara sedikit menyusahkan atau menekan

2. Jika suara terasa menekan untuk tingkat sedang

3. Jika suara itu menekan anda, meskipun subjek merasa lebih buruk

4. Jika suara sangat menekan anda, anda merasa buruk mendengar suara itu

10. GANGGUAN AKIBAT SUARA

Berapa banyak gangguan yang disebabkan suara-suara itu dalam hidup anda? Apakah suara menghentikan anda dari bekerja atau aktivitas lainnya? Apakah mereka mengganggu hubungan anda dengan teman- teman dan/keluarga? Apakah mereka mencegah anda merawat diri, misalnya mandi, mengganti pakaian, dll.

1. Tidak ada gangguan terhadap kehidupan, mampu mempertahankan hidup mandiri tanpa masalah dalam keterampilan hidup sehari-hari. Mampu mempertahankan hubungan sosial dan keluarga (jika ada)
2. Jika suara menyebabkan sedikit mengganggu kehidupan anda misalnya, mengganggu konsentrasi meski tetap mampu mempertahankan aktivitas siang hari dan hubungan sosial dan keluarga dan dapat mempertahankan hidup mandiri tanpa dukungan
3. Jika suara cukup mengganggu kehidupan anda misalnya, menyebabkan gangguan berupa aktivitas siang hari/keluarga atau kegiatan sosial. Pasien tidak di rumah sakit meskipun mungkin aktivitasnya dibantu orang terdekat atau menerima bantuan tambahan dengan keterampilan hidup sehari-hari.
4. Jika suara menyebabkan gangguan parah pada kehidupan sehingga rawat inap biasanya diperluksan. Pasien mampu mempertahankan beberapa kegiatan sehari-hari,perawatan diri dan hubungan

sementara dengan beberapa orang di rumah sakit.Pasien juga mungkin mengalami gangguan berat dalam hal kegiatan keterampilan hidup sehari-hari dan atau hubungan

5. Jika suara menyebabkan gangguan hidup yang lengkap sehingga mengharuskan untuk dirawat inap. Pasien masih mampu mempertahankan kegiatan sehari-hari dan hubungan sosial terapi perawatan diri sangat terganggu

11. KONTROL TERHADAP SUARA

Apakah anda pikir anda bisa mengontrol diri ketika suara itu muncul? Dapatkah anda mengabaikan suara itu?

0. Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara itu sehingga bisa menghentikannya
1. Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara suara disebagian besar kesempatan
2. Pasien percaya dapat memiliki beberapa kontrol atas suara itu dibeberapa kesempatan
3. Pasien percaya dapat memiliki beberapa kontrol atas suara itutapi hanya sesekali. Sebagian besar suara itu tak terkendali

Tabel 2.2
Skor Persepsi Sensori Halusinasi

Skor	**Kategori**	**Deskripsi Klinis**	**Indikator Penelitian**
0	Tidak ada	Tidakdi temukan halusinasi	Tidak ada suara / visual palsu
1-11	Ringan	Halusinasi muncul sesekali, masih bisa di kontrol	Frekuensi rendah, durasi singkat, pasien sadar itu tidak nyata
12-22	Sedang	Halusinasi lebih sering dan mulai mengganggu	Mulai percaya suara, muncul emosi (takut/ gelisah)

23-33	Berat	Halusinasi jelas dan sering mempengaruhi perilaku	Mendengar suara/ prtintah sulit dikontrol
34-44	Sangat berat	Halusinasi dominan sulit di bedakan dari realita	Pasien mengikuti halusinasi gangguan fungsi berat

Sumber : Donde et al., (2022)

2.4 Konsep Terapi Menggambar

2.4.1 Definisi Terapi Menggambar

Secara sederhana, menggambar adalah kegiatan menggoreskan pensil atau alat pewarna di atas permukaan kertas. Proses kreatif ini tidak hanya mengandalkan imajinasi, tetapi juga melibatkan penguasaan teknik serta pemanfaatan beragam perangkat pendukung. Namun, lebih dari sekadar kegiatan mencoret-coret, menggambar pada hakikatnya merupakan salah satu bentuk komunikasi visual yang efektif, sekaligus menjadi saluran bagi seseorang untuk mencurahkan pikiran dan perasaan yang mungkin sulit diutarakan dengan kata-kata. Dengan kata lain, inti dari menggambar adalah tindakan menciptakan citra sekaligus sarana untuk menyampaikan pesan
batin.

Dalam konteks kesehatan mental, aktivitas ini membuka ruang bagi para penyandang gangguan jiwa untuk berkomunikasi secara non-verbal. Melalui goresan dan warna, mereka dapat menuangkan gejolak emosi serta kondisi psikologis yang tengah dialami. Keberadaan aktivitas ini terbukti membawa dampak positif bagi kondisi kejiwaan, karena mampu mendorong pasien untuk menjadi lebih terbuka dan ekspresif. Di sisi lain, bagi para psikolog, karya seni yang dihasilkan pasien menjadi bahan analisis yang sangat berharga. Dari gambar tersebut, para ahli dapat menelusuri akar permasalahan serta mengidentifikasi gangguan mental yang mungkin tidak terungkap melalui percakapan biasa. Hasil analisis itu

kemudian dijadikan dasar untuk menentukan langkah penanganan klinis atau sesi konseling lanjutan. Oleh karena itu, menggambar dapat dimanfaatkan sebagai salah satu media terapi alternatif yang cukup potensial, serta berperan signifikan dalam mendukung proses pemulihan pasien dengan gangguan kejiwaan (Yuliana & Mulyani, 2025).

2.4.2 Tujuan Terapi Menggambar

Dalam penanganan Skizofrenia, khususnya pada pasien yang mengalami halusinasi pendengaran, terapi menggambar dikenal sebagai salah satu intervensi non-medis yang cukup potensial. Pendekatan inimemberikan kesempatan bagi pasien untuk menumpahkan perasaan, pikiran, serta pengalaman batin yang sulit dijabarkan secara lisan, dengan perantaraan media visual. Melalui goresan gambar, pasien dapat menyampaikan isi halusinasinya berikut gejolak emosi yang menyertainya. Imbasnya, pemahaman pasien terhadap kondisi dirinya sendiri pun semakin tergali, dan di sisi lain, proses ini mempermudah tenaga kesehatan dalam menentukan langkah penanganan yang sesua (Robby Prihadi Aulia Erlando et al., 2025).

Tak hanya berfungsi sebagai wadah curahan hati, terapi ini juga bertujuan menuntun pasien untuk merenungi dan memberi tafsir atas hasil karyanya, sembari melibatkan mereka dalam kegiatan terjadwal yang bersifat konstruktif. Rutinitas kreatif semacam ini berlaku sebagai pengalih perhatian yang menyehatkan. Fakta di lapangan menunjukkan bahwa keterlibatan aktif dalam aktivitas ini mampu mengasah kemampuan komunikasi dan ekspresi emosional, bahkan turut berperan dalam meredam gejala-gejala utama skizofrenia, seperti halusinasi (Sukamto et al., 2022).

Secara lebih luas, terapi menggambar termasuk ke dalam ranah psikoterapi yang menjadikan seni sebagai medium komunikasi. Alat yang digunakan pun beragam, mulai dari pensil,

kapur warna, cat, krayon, guntingan kertas, hingga peralatan mewarnai lainnya. Inti dari metode ini adalah mendorong individu untuk mengungkap sekaligus meresapi emosi yang dirasakan melalui proses berkarya yang kreatif. Dengan demikian, kegiatan seni ini dipercaya mampu memberi rangsangan positif yang memperbaiki fungsi kognitif, afektif, dan psikomotorik seseorang (Cheng et al., 2021).

2.4.3 Manfaat Terapi Menggambar

Berdasarkan pedoman kesehatan mental dari (Hu et al. ,2021) intervensi berbasis aktivitas kreatif dapat mendukung pemulihan fungsi psikologis melalui peningkatan ekspresi diri dan pengurangan distress psikologis. Manfaat terapi menggambar meliputi kemampuan pasien dalam melepaskan emosi yang terpendam, mengekspresikan diri secara nonverbal serta menurunkan tingkat stres dan kecemasan. Aktivitas ini memberikan ruang bagi pasien untuk menyalurkan pengalaman internal yang sulit diungkapkan secara verbal, sehingga membantu meningkatkan regulasi emosi dan kesejahteraan psikologis.Di samping perannya sebagai wadah ekspresi, terapi menggambar juga berfungsi sebagai jembatan komunikasi yang bersifat kuratif. Aktivitas ini mendorong pasien untuk menjalin interaksi yang lebih erat, tidak hanya dengan para tenaga medis, tetapi juga dengan sesama pasien yang berada dalam lingkungan terapi. Keadaan ini selaras dengan berbagai hasil penelitian yang mengungkapkan bahwa penerapan terapi seni rupa pada penderita skizofrenia mampu mendongkrak keterlibatan sosial mereka, mempertajam keterampilan berkomunikasi, sekaligus meredam gejala-gejala psikotik yang kerap muncul.

2.4.4.Indikasi dan Kontra Indikasi Terapi Menggambar

1. Indikasi
   a. Sarana pelampiasan emosi secara nonverbal – Melalui goresan di atas kertas, pasien dapat mencurahkan perasaan yang terpendam tanpa harus terbebani oleh tuntutan untuk berbicara atau merangkai kata-kata.
   b. Peningkatan fokus dan pemusatan perhatian – Kesibukan tangan saat menggambar mampu mengalihkan pikiran pasien dari gangguan halusinasi pendengaran, sehingga konsentrasinya perlahan-lahan ikut terasah.
   c. Jendela eksplorasi isi pikiran – Karya yang dihasilkan pasien sering kali menjadi bahan analisis yang kaya makna bagi terapis, karena dapat mengungkap gambaran mengenai apa yang sebenarnya ada di balik halusinasi atau delusi yang dialami.
   d. Peredam kecemasan dan kegelisahan – Proses menggambar memiliki efek menenangkan bagi sistem saraf, sehingga sangat membantu meredakan perasaan cemas dan agitasi yang melanda pasien
   e. Pemicu interaksi dan keterampilan sosial – Apabila sesi terapi dilakukan secara berkelompok, aktivitas ini secara alami mendorong terjadinya komunikasi dan kerja sama antar peserta, yang pada gilirannya meningkatkan kemampuan bersosialisasi mereka.
   f. Penguat rasa percaya diri – Ketika hasil karya mereka mendapatkan apresiasi positif, harga diri pasien ikut meningkat dan memberi mereka rasa bangga atas kemampuan yang dimiliki.
   g. Perangsang kognitif tingkat ringan – Kegiatan ini turut merangsang fungsi otak, terutama dalam hal pemusatan perhatian (atensi), daya ingat terhadap bentuk visual, serta koordinasi dan perencanaan gerakan motorik halus (Balbina Antonelda Marled Wawo, 2025)

2. Kontra Indikasi
    a. Penguatan delusi atau halusinasi ada kalanya gambar yang dibuat justru memperkokoh keyakinan pasien terhadap hal-hal yang tidak nyata, misalnya ketika ia menggambarkan "perintah" yang berasal dari suara-suara halusinasi dan kemudian semakin mempercayai kebenaran suara tersebut.
    b. Pemicu tekanan emosional mendalam Jika tema yang diangkat berkaitan erat dengan pengalaman traumatis atau memicu rasa takut berlebihan akibat halusinasi, maka aktivitas ini justru akan memperparah kondisi psikis pasien.
    c. Kondisi psikotik akut Pada fase ini, pasien sudah sangat sulit membedakan antara realitas dan khayalan. Menggambar dikhawatirkan dapat menjadi media yang semakin mengukuhkan ide-ide delusional yang mereka miliki.
    d. Potensi penyalahgunaan alat gambar Keberadaan benda-benda seperti pensil atau penghapus yang runcing dan keras perlu diwaspadai, karena berisiko digunakan untuk melukai diri sendiri ataupun orang lain, terutama jika pasien sedang dalam keadaan gelisah atau cenderung agresif
    e. Penolakan atau ketidakkooperatifan pasien Memaksakan kehendak ketika pasien menunjukkan sikap resisten yang kuat terhadap kegiatan menggambar bukanlah langkah bijak, karena hasilnya justru akan kontraproduktif bagi proses terapi.
    f. Risiko stimulasi sensorik yang berlebihan Kombinasi warna-warna cerah atau bentuk-bentuk tertentu dalam gambar adakalanya memicu efek sebaliknya, yaitu memperparah intensitas halusinasi yang dirasakan oleh pasien (Widyaningtyas & Kandar, 2025).

2.4.5 Kelebihan dan Kekurangan Terapi Okupasi menggambar

1. Kelebihan terapi okupasi menggambar

   a. Media ekspresi emosi non verbal

      Aktivitas ini memungkinkan pasien untuk mencurahkan perasaan serta konflik batin yang mereka alami tanpa harus mengandalkan kemampuan berbicara. Karena itu, pendekatan ini sangat tepat diterapkan pada individu yang mengalami hambatan dalam komunikasi verbal.

   b. Mengurangi Stres dan Kecemasan

      Proses berkarya dengan pensil atau pewarna di atas kertas memberikan efek relaksasi tersendiri. Kegiatan ini diketahui mampu merangsang kerja sistem saraf parasimpatis, sehingga tubuh menjadi lebih rileks dan perasaan cemas pun perlahan mereda.

   c. Meningkatkan Fokus dan Konsentrasi

      Dengan terlibat dalam aktivitas menggambar, pasien diajak untuk mengarahkan seluruh perhatiannya pada goresan dan warna. Hal ini sangat bermanfaat untuk mengalihkan pikiran mereka dari berbagai gangguan sensorik, seperti suara-suara halusinasi yang mengganggu.

   d. Meningkatkan Koordinasi Motorik Halus dan Persepsi

      Secara tidak langsung, kegiatan ini turut melatih kemampuan sensorimotor, terutama dalam mengoordinasikan gerakan tangan dan mata. Manfaat ini sejalan dengan pandangan yang dikemukakanoleh *American Occupational Therapy Association* (AOTA) mengenai pentingnya aktivitas seni untuk perkembangan motorik.

   e. Meningkatkan Rasa

Ketika hasil karya pasien mendapatkan pengakuan atau apresiasi positif dari orang-orang di sekitarnya, hal ini secara perlahan membangun rasa percaya diri mereka. Perasaan bangga terhadap apa yang telah diciptakan turut berkontribusi pada peningkatan nilai diri pasien. (Ibrahim & Samiaji, 2021)

2 . Kekurangan Terapi Okupasi

Menggambar

a. Tidak Cocok untuk Semua Individu

Metode ini nyatanya tidak selalu berhasil diterapkan pada setiap individu. Pasien yang tidak memiliki ketertarikan terhadap seni atau merasa canggung saat berkarya justru akan merasa tertekan dan cenderung menolak untuk ikut serta dalam sesi terapi.

b. Risiko Memperkuat Delusi/Halusinasi

Pada pasien yang sedang memasuki fase psikotik akut, kegiatan menggambar berisiko menjadi bumerang. Tanpa pendampingan dan arahan yang tepat dari tenaga profesional, gambar yang dibuat justru dapat memperkokoh keyakinan mereka terhadap hal-hal yang tidak nyata.

c. Penafsiran yang subjektif

Makna di balik sebuah gambar sangat terbuka untuk berbagai tafsir, sehingga sulit untuk diukur atau dianalisis secara objektif. Interpretasi yang berbeda antara satu terapis dan terapis lainnya dapat menjadi tantangan tersendiri dalam proses penanganan pasien. (Sujiah et al., 2023)

2.4.6.Mekanisme Terapi Menggambar Menurunkan Halusinasi

Terapi okupasi yang memanfaatkan kegiatan menggambar terbukti memberikan kontribusi yang cukup berarti dalam proses pemulihan pasien dengan gangguan kejiwaan, khususnya mereka yang didiagnosis skizofrenia dengan gejala halusinasi pendengaran. Aktivitas kreatif

ini berfungsi sebagai jembatan bagi pasien untuk memahami dan menggali perasaan- perasaan pribadi yang mungkin selama ini terpendam, seperti rasa marah, kesal, atau berbagai gejolak emosi lainnya. Dengan demikian, proses menggambar mampu membantu mengembalikan semangat hidup sekaligus menstabilkan kondisi emosional pasien secara bertahap. Lebih dari itu, ketika pasien berhasil menciptakan suatu karya seni, muncul rasa bangga yang secara perlahan meningkatkan kepercayaan diri mereka. Hal ini turut menumbuhkan sikap menghargai dan mencintai diri sendiri, yang merupakan fondasi penting dalam perjalanan penyembuhan. Melalui media gambar, pasien juga dapat menuangkan perasaan serta ketakutan yang sulit mereka ungkapkan dengan kata-kata, sehingga mereka menjadi lebih terampil dalam mengendalikan emosi yang dirasakan. Di samping manfaat- manfaat tersebut, terapi menggambar juga berperan aktif dalam meredakan stres dan kecemasan. Baik diterapkan secara mandiri maupun dipadukan dengan teknik relaksasi lain, aktivitas ini mendukung terciptanya keseimbangan antara kesehatan mental dan fisik secara menyeluruh (Ibrahim & Samiaji, 2021).

1. Terapi menggambar berfungsi sebagai mekanisme distraksi kognitif, yaitu mengalihkan fokus perhatian pasien dari stimulus internal berupa suara halusinasi menuju aktivitas visual dan motorik yang terstruktur. Aktivitas ini membantu menurunkan dominasi persepsi halusinasi dengan meningkatkan keterlibatan sistem perhatian terhadap stimulus nyata di lingkungan.
2. Terapi menggambar memberikan media ekspresi nonverbal, sehingga pasien dapat menyalurkan emosi,

ketegangan psikologis, dan pengalaman halusinasi yang sulit diungkapkan secara verbal. Proses ini berkontribusi dalam menurunkan beban emosional (*emotional distress*) yang sering memperkuat intensitas halusinasi.

3. Aktivitas menggambar dapat meningkatkan fungsi kognitif dan kontrol diri, terutama dalam aspek konsentrasi, orientasi realita, serta kemampuan memproses stimulus secara adaptif. Peningkatan aktivitas terstruktur ini membantu mengurangi waktu kosong yang dapat memicu munculnya halusinasi
4. Terapi ini juga mendukung regulasi emosi dan penurunan stres, di mana aktivitas kreatif diketahui dapat menstimulasi relaksasi psikologis sehingga menurunkan kecemasan, yang merupakan salah satu faktor pencetus halusinasi pendengaran. Dari hasil penelitian terbaru, terlihat bahwa konsistensi dalam menjalani terapi menggambar mampu memberikan efek positif yang nyata. Pasien tidak hanya mengalami penurunan pada kekerapan dan tingkat keparahan halusinasi pendengaran, tetapi juga menunjukkan peningkatan dalam hal pengendalian diri. Peningkatan ini sendiri didorong oleh membaiknya fungsi kognitif, emosional, serta kemampuan berperilaku adaptif mereka (Hermoko & Widodo, 2025).

2.4.7 Waktu dan Durasi Terapi

Dalam pelaksanaan terapi okupasi menggambar, durasi dan waktu perlu diatur dengan cermat agar pasien tidak mengalami kelelahan berlebihan ataupun kegelisahan. Berikut panduan teknis yang direkomendasikan:

1. Intensitas pertemuan : Jadwal terapi dilakukan sebanyak 3 hingga 4 kali dalam satu minggu.

2. Setiap pertemuan berlangsung selama 30–40 menit, dengan fleksibilitas penyesuaian berdasarkan kondisi dan daya tahan pasien. Pembagian waktunya meliputi:
   a. 10 menit awal digunakan untuk tahap pengantar dan pemanasan, seperti obrolan santai serta pemaparan singkat mengenai tema atau objek gambar yang akan dibuat.
   b. 20–25 menit berikutnya merupakan sesi inti menggambar, di mana pasien dapat berkarya sesuai arahan terapis maupun secara spontan menurut keinginannya. c. 5–10 menit terakhir dikhususkan untuk refleksi, yaitu berdialog tentang hasil karya yang telah dibuat beserta perasaan atau emosi yang muncul selama proses menggambar berlangsung.
3. Waktu terbaik: Kegiatan sebaiknya dijadwalkan pada pagi atau siang hari, karena pada rentang waktu tersebut pasien umumnya masih berada dalam kondisi tenang dan belum merasakan penurunan stamina (Sujiah et al., 2023)

Tabel 2.3
Standar Prosedur Oprasional Terapi Menggambar

PERSIAPAN	**TERAPI MENGGAMBAR**
Pengertian	Dalam dunia terapi okupasi, aktivitas menggambar hadir sebagai salah satu pilihan intervensi yang cukup menonjol. Proses kreatif ini tidak lagi dipandang sekadar kegiatan mengisi waktu luang, melainkan difungsikan sebagai sarana terapi yang nyata. Melalui goresan pensil atau kuas di atas media, individu dibantu untuk menjaga, memperbaiki, atau bahkan mengembangkan kapasitas dirinya, sehingga mereka tetap mampu beradaptasi dan menjalani beragam rutinitas keseharian secara optima

Tujuan	a. Pasien mampu mengekspresikan perasaan melalui gambar b. Pasien dapat memberikan makna gambar c. Pasien dapat melakukan aktivitas terjadwal untuk mengurangi halusinasi d. Media untuk membangun komunikasi
Indikasi	a. Menyalurkan emosi secara non-verbal b. Meningkatkan fokus dan konsentrasi c. Membantu eksplorasi isi pikiran d. Mengurangi kecemasan dan agitasi e. Mengingatkan kemampuan social dan komunikasi f. Meningkatkan rasa percaya diri g. Stimulassi kognitif ringan
Kontra indikasi	a. Isi gambar memperkuat delusi atau halusinasi b. Menggambar memicu distres emosional c. Pasien dalam fase akut psikotik d. Risiko penggunaan alat gambar sebagai objek berbahaya e. Pasien menolak atau tidak kooperatif f. Stimulasi sensorik berlebihan

Persiapan Alat	a. Tempat yang nyaman b. Leaflet c. Catatan dan alat tulis d. Buku gambar e. Pensil f. Pensil warna/krayon g. Membuat kontrak waktu dengan klien
Prosedur Pelaksanaan	a. Mengucapkan salam terapeutik b. Melakukan penilaian AHRS meliputi: Frekuensi, durasi,dan isi halusinasi c. Menjelaskan tujuan kegiatan d. Menjelaskan aturan pelaksanaan 1) Klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir 2) Bila ingin keluar harus meminta izin 3) Lama kegiatan 3 5 menit e. Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan yaitu menggambar dan menceritakan tentang hasil gambarnya f. Membagikan kertas,pensil,pensil warna/krayon kepada klien g. Menjelaskan tema gambar yaitu menggambar suatu yang disukai atau sesuai dengan perasaan klien saat ini h. Setelah selesai menggambar terapis meminta klien yntyk menjelaskan gamba rapa dan makna gambar yang telah dibuat i. Terapis memberikan pujian kepada klien setelah klien selesai menjelaskan isi gambarnya
Terminasi	1. Evaluasi a. Menanyakan perasaan klien setelah melakukan tindakan

b. Pantau Kembali frekuensi,durasi dan isi halusinasi
c. Catat perubahan ekspresi,Tingkat relaksasi dan komunikasi pasien

2. Rencana tindak lanjut : menuliskan kegiatan menggambar pada Tindakan harian klien
3. Kontrak yang akan datang
4. Menyepakati Tindakan terapi menggambar yang akan datang
5. Menyepakati waktu dan tempat
6. Berpamitan dan mengucapkan salam

Evaluasi

Proses evaluasi pada terapi okupasi menggambar umumnya difokuskan pada tahapan saat pasien aktif mengerjakan tugas. Di titik tersebut, pengukuran dilakukan untuk menilai apakah kemampuan pasien sudah sesuai dengan tujuan terapeutik yang ditetapkan. Secara garis besar, hasil yang diharapkan dari terapi ini adalah pasien mampu menuangkan perasaannya melalui media gambar, mampu memaknai setiap goresan yang dibuatnya, serta mampu menekan munculnya gangguan halusinasi pendengaran secara bertahap.

Petunjuk

1. Tuliskan nama klien yang ikut terapi okupasi menggambar pada kolom nama pasien
2. Untuk tiap pasien,beri penilaian tentang kemampuan mengekspresikan perasaan melalui gambar,memberi makna gambar,dan mengurangi halusinasi pendengaran

Nama klien	Mampu mengekspresikan	Memberi makna gambar	Mengurangi halusinasi pendengaran

	perasaan melalui gambar		

Beri tanda ()jika pasien mampu dan tanda (-) jika pasien tidak mampu

Cek skor AHRS Akhir: Di isi berdasarkan hasil penilaian *Auditory Hallucination Rating Scale* setelah terapi.

Dokumentasi	Mendokumentasikan hasil dari tindakan yang telah dilakukan, termasuk respon pasien dan tujuan perawat tecapai, Contoh pasien mengikuti, Terapi Okupasi Aktivitas Menggambar. Pasien mampu mengekspresikan perasaan melalui gambar, memberi makna

Sumber: (Anggara et al., 2024)

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan dengan Halusinasi Pendengaran

2.5.1 Pengkajian

a. Identitas Pasien

Pada bagian ini, seluruh informasi pokok mengenai diri pasien perlu didokumentasikan secara lengkap. Data yang dicakup meliputi nama lengkap, usia, jenis kelamin, serta alamat tempat tinggal. Tidak hanya itu, aspek administratif dan medis juga turut dicatat, seperti nomor rekam medis, tanggal pasien menjalani rawat inap di rumah sakit, dan waktu dilakukannya penilaian atau asesmen. Selain itu, beberapa keterangan penunjang lain yang tak kalah penting untuk disertakan adalah keyakinan atau agama yang dianut, status perkawinan, serta diagnosis medis yang telah ditetapkan oleh tenaga kesehatan.

b. Keluhan Utama

Pada pasien ini, tampak beberapa perilaku khas, seperti berbicara kepada diri sendiri, tersenyum atau tertawa tanpa pemicu yang jelas dari luar, serta gerakan bibir yang berkomat-kamit meski tidak mengeluarkan suara. Tak hanya itu, ia juga cenderung menyendiri dan menjauh dari interaksi sosial. Di sisi lain, pasien mengalami kesulitan dalam

membedakan mana yang nyata dan mana yang hanya khayalan, yang terlihat dari raut wajahnya yang selalu tegang, cepat tersulut emosi, dan sering meledak-ledak dalam kemarahan. Secara keseluruhan, rangkaian gejala ini mengarah pada adanya gangguan persepsi sensorik, khususnya halusinasi auditorik, yang memang lazim dijumpai pada penderita skizofrenia.

c. Faktor Predisposisi

Dalam proses penggalian riwayat pasien, pertanyaan mengenai pernah tidaknya seseorang mengalami masalah kejiwaan di masa lalu menjadi langkah awal yang krusial, baik itu diajukan langsung kepada yang bersangkutan maupun kepada keluarganya. Hal ini didasari oleh fakta bahwa sebagian besar pasien dengan kondisi serupa ternyata menunjukkan adanya distorsi persepsi sensorik, yang paling umum berupa halusinasi pendengaran, meskipun mereka telah memiliki riwayat perawatan inap di rumah sakit jiwa sebelumnya. Akan tetapi, realitas di lapangan menunjukkan bahwa banyak dari mereka justru mengalami pengabaian dan penolakan, baik dari lingkungan keluarga maupun masyarakat sekitar. Situasi sosial yang demikian inilah yang kemudian menjadi penghambat utama bagi pasien untuk mengembangkan kemampuan beradaptasi secara memadai terhadap kehidupannya.

d. Beberapa hal yang dapat memicu munculnya gangguan, seperti pengalaman hubungan antarpribadi yang kurang menyenangkan, perasaan rendah diri atau tidak berarti, kondisi tak berdaya, hilangnya harapan, serta beban fisik yang dirasakan pasien, sering kali menyertai kemunculan halusinasi. Untuk menilai seberapa besar potensi kekambuhan, perlu dilakukan pengamatan terhadap cara pasien menghadapi tekanan hidup dan sejauh mana ia mampu beradaptasi dengan berbagai perubahan, sebagaimana diungkapkan oleh keliat.

e. Pada pasien dengan halusinasi pendengaran, evaluasi fisik umumnya mencakup pemantauan tanda-tanda vital, meliputi tekanan darah, denyut nadi, frekuensi napas, serta suhu tubuh. Selain itu, pengukuran tinggi dan berat badan juga dilakukan sebagai data pendukung dalam penilaian kondisi pasien secara menyeluruh.

f. Aspek Psikologis

1. Genogram Dibuat pemetaan keluarga hingga tiga generasi untuk menelusuri kemungkinan adanya riwayat gangguan jiwa serupa di antara anggota keluarga pasien.
2. Konsep diri

a. Citra tubuh Pasien memandang tubuhnya dengan persepsi yang keliru, misalnya merasa ada bagian tubuh yang cacat, berubah bentuk atau ukuran, atau bahkan meyakini adanya anggota tubuh tambahan yang sebenarnya tidak ada.

b. Identitas diri Menggambarkan kondisi pasien sebelum masa pengobatan, termasuk kepuasan terhadap identitas gendernya serta bagaimana ia memandang posisi dirinya dalam kehidupan.

c. Peran diri Sejauh mana pasien memahami tugas dan fungsinya dalam lingkungan keluarga atau kelompok, serta kemampuannya dalam menjalankan peran tersebut.

d. Ideal diri Berisi angan-angan pasien mengenai kesembuhan dari penyakitnya, harapan terhadap kondisi lingkungan sekitar, serta keinginannya terkait fisik, kedudukan, status, dan peran sosial.

e. Harga diri Hubungan pasien dengan orang lain sering kali berjalan kurang baik, dan penilaiannya terhadap diri sendiri maupun kehidupannya cenderung negatif, bahkan sampai pada perasaan terhina dan tertolak.

3.Hubungan sosial

a. Keberadaan sosok terdekat atau figur yang dianggap penting dalam hidup pasien.

b. Apakah ada pihak tertentu atau suasana tertentu yang membuat pasien mau bercerita dan mencurahkan isi hatinya.

c. Tingkat keterlibatan pasien dalam kegiatan bersama di kelompok masyarakat.

d. Pada umumnya, pasien baik di lingkungan rumah maupun di rumah sakit cenderung tidak bersedia mengikuti aktivitas kelompok.

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan terhadap agama biasanya sangat minim, dan cara pandang keagamaan pasien yang mengalami halusinasi juga ikut terganggu.

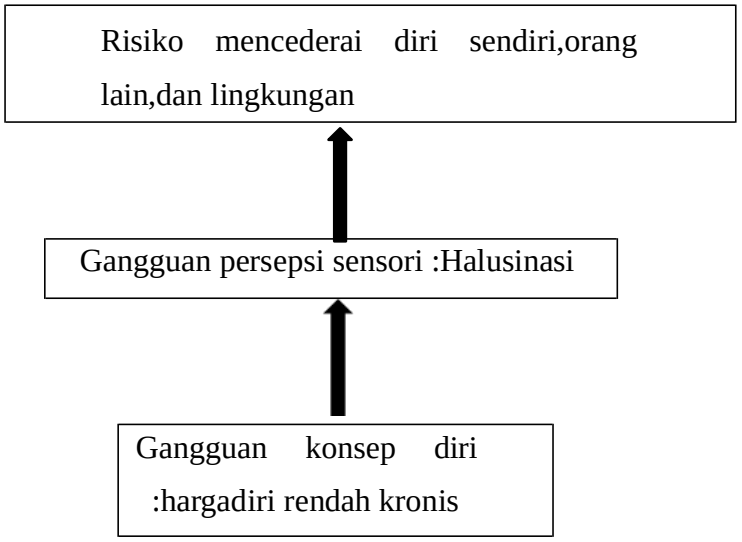
b. Dalam menjalankan ibadah, pasien sering kali melontarkan keluhan dan persoalan hidup yang dihadapinya kepada Tuhan.

g. Status Mental

a. Penampilan : Terlihat kurang rapi dan cara berpakaian tidak serasi.
b. Pembicaraan : Cenderung berbelit-belit, tanggapan secara verbal lambat, lebih banyak diam dengan gerakan bibir tanpa mengeluarkan suara.
c. Aktivitas motorik : Dapat meningkat atau justru menurun.
d. Ranah emosi: Perhatian terhadap sekitar berkurang, mudah terpicu emosinya, sering mengepalkan tangan, wajah memerah dan tegang, suara keras hingga berteriak, serta muncul perilaku agresif yang tidak terkendali akibat salah menangkap suara yang didengar.
e. Interaksi salama wawancara : Respons baik secara verbal maupun nonverbal umumnya lambat.
f. Persepsi : Pasien kesulitan membedakan antara halusinasi dan kenyataan, serta tidak mampu menafsirkan rangsangan yang ada sesuai dengan informasi yang semestinya.
g. Proses pikir : Pengolahan terhadap informasi yang diterima tidak berlangsung dengan semestinya.
h. Isi pikir : Terdapat keyakinan-keyakinan tertentu yang berasal dari penilaian terhadap realitas (yang sering kali keliru).
i. Tingkat kesadaran : Dinilai melalui kemampuan orientasi terhadap tempat, waktu, dan orang.
j. Memori : Pada memori jangka panjang, perlu dikaji sejauh mana pasien mampu mengingat peristiwa-peristiwa yang terjadi setelah kurun waktu tertentu.

2.5.2 Pohon masalah

Bagan 2.2 Bagan pohon masalah



Sumber :(Sutejo, 2022)

2.5.3 Analisa Data

Tabel 2.4
Analisa Data Halusinasi (PPNI, 2017)

Analisa Data	Masalah Keperawatan
Ds: - Pasien biasanya mendengar suara, melihat bayangan, memicu bau - Pasien biasanya mendengar suara yang mengajaknya bercakap-cakap, melihat bayangan yang mengganggu konsentrasinya, memicu bau yang tidak di kenali - Pasien biasanya mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya, melihat bayangan yang mengajaknya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya - Pasien biasanya mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain, pasien melihat bayangan yang juga mengancam dirinya dan orang lain Do:	Gangguan Persepsi Sensori :Halusinasi pendengaran

- Biasanya pasien tampak bicara sendiri - Biasanya pasien tampak tertawa sendiri - Biasanya pasien tampak marah- marah tanpa sebab - Biasanya pasien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu - Biasanya pasien tampak menutup telinga - Biasanya pasien tampak menunjuk-nunjuk ke arah tertentu - Biasanya pasien tampak berbicara sendiri	
Ds: - Pasien biasanya merasa ingin sendirian - Pasien biasanya merasa tidak aman di tempat umum - Pasien biasanya merasa berbeda dengan yang lain Do: - Biasanya pasien tampak menarik diri - Biasanya pasien tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan	Isolasi Sosial (SDKI D.0121)
Ds: - Pasien biasanya mengancam - Pasien biasanya mengumpat dengan kata-kata - Pasien biasanya berbicara dengan suara keras - Pasien bicara ketus Do: - Mata melotot atau pandangan tajam - Tangan mengepal - Rahang mengatup - Wajah memerah - Postur tubuh kaku	Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI D.0132)

2.5.4 Diagnosa Keperawatan

Penyusunan diagnosa keperawatan bertumpu pada identifikasi masalah beserta etiologi atau faktor pencetusnya, di mana keduanya harus memiliki kaitan sebab-akibat yang kuat dan dapat dijelaskan secara ilmiah. Diagnosa ini sendiri merupakan bentuk pertimbangan klinis yang digunakan untuk menilai respons yang timbul, baik yang telah nyata terjadi ataupun yang masih berpotensi untuk muncul, tidak hanya pada diri individu, tetapi juga dalam lingkup keluarga dan masyarakat. Khususnya pada kasus gangguan halusinasi, terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang sering kali ditemukan berdasarkan pemaparan (Risdiyanto et al., 2024) antara lain:

a. Perubahan Persepsi Sensori, yang ditandai dengan hadirnya halusinasi sehingga pasien mengalami kekeliruan dalam menafsirkan rangsangan dari panca indra.
b. Isolasi Sosial, yaitu kecenderungan pasien untuk menarik diri, menyendiri, dan menghindari interaksi dengan orang-orang di sekitarnya.
c. Resiko Perilaku Kekerasa, yakni potensi munculnya tindakan agresif atau kekerasan yang dapat membahayakan diri pasien sendiri, keluarga, maupun lingkungan masyarakat di sekitarnya.

2.5.5 Intervensi Keperwatan

Intervensi keperawatan pada Klien halusinasi berdasarkan diagnosa yang muncul menurut (PPNI, 2022)

Table 2.5 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dapat teratasi dengan indikator: Persepsi Sensori (L.09083) 1. Verbilasi mendengar bisikan menurun 2. Perilaku halusinasi menurun 3. Menarik diri menurun	Intervensi Utama :Halusinasi A. Manajemen (I.09288) **Observasi** 1. Monitor perilaku yang mengidikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan Tingkat aktivitas dan simulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis,kekerasan atau membahayakan diri) **Terapeutik** 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol prilaku (mis,pengaturan batas,pembatasan area,penggunaan pengekangan fisik,atau isolasi) 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halussinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

		5. Anjurkan Terapi Okupasi Menggambar **Edukasi** 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan biara pada orang yang di peraya untuk memberikan dukungan dan umpan yang korektif terhadap halusinasi
Isolasi sosial	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan masalah isolasi sosial dapat teratasi dengan indikator: Keterlibatan Sosial (L.13116) 1. Minat interaksi meningkat 2. Minat terhadap aktivitas meningkat 3. Kontak membaik	A. Promosi Sosialisasi (109313) Tindakan sesuai dengan intervensi yang dipilih. **Observasi** 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain **Terapeutik** 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan

	3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis, jalan-jalan, ke toko buku) 5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berinteraksi dengan orang lain 6. Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan 7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan Kemampuan **Edukasi** 1. Anjurkan berinteraksi dengan lain secara 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain

				5. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis, kacamata bantu membuat kecil kegiatan) 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat
	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama...x24 jam diharapkan masalah Resiko Perilaku Kekerasan dapat teratasi dengan indikator: Kontrol Diri (L.09076) 1. Perilaku melukai diri sendiri atau orang lain menurun	Pencegahan perilaku kekerasan **Observasi** 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan **Terapeutik** 1. Pertahanka lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam keperawatan **Edukasi**	

	1. Anjurkan untuk pengunjung dan keluarga untuk mendeukung keselamatan klien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal atau non verbal

2.5.6 Implementasi keperawatan

Implementasi pada diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dilakukan melalui terapi okupasi menggambar bebas. Terapi menggambar bebas dipilih sebagai intervensi nonfarmakologis yang bertujuan membantu klien mengontrol dan mengurangi halusinasi pendengaran dengan mengalihkan perhatian klien pada aktivitas yang terstruktur, menyenangkan, dan bermakna. Dalam terapi ini, klien diberikan kebebasan untuk menggambar sesuai dengan ide, perasaan, pengalaman, atau objek yang ingin mereka ungkapkan. Selama proses menggambar, perawat memberikan dukungan, motivasi, dan kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan emosi serta menceritakan makna dari gambar yang dibuat aktivitas menggambar dapat menjadi media distraksi yang membantu mengurangi fokus klien terhadap suara-suara halusinasi yang dialaminya.

Selain itu, terapi menggambar bebas juga membantu memenuhi kebutuhan psikologis klien, seperti kebutuhan akan ekspresi diri, rasa aman, rasa memiliki, harga diri, dan aktualisasi diri. Melalui kegiatan ini, klien diharapkan mampu menyalurkan perasaan dan pikirannya secara positif sehingga tingkat kecemasan dan gangguan akibat halusinasi dapat berkurang.

Pelaksanaan terapi dilakukan sebanyak 4 kali dalam satu minggu dengan durasi 15-30 menit pada setiap sesi adapun tahapan kegiatan meliputi:

1. Tahap Orientasi (5–10 menit)
    - Mengucapkan salam terapeutik.
    - Membina hubungan saling percaya dengan klien.
    - Menanyakan perasaan dan kondisi klien saat ini.
    - Menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur terapi menggambar bebas.
2. Tahap Kerja (20–25 menit)
    - Menyiapkan alat dan bahan menggambar.
    - Mempersilakan klien menggambar secara bebas sesuai keinginan dan kreativitasnya.
    - Memberikan dukungan dan motivasi selama proses menggambar.
    - Mengamati respons klien, tingkat konsentrasi, serta tanda-tanda munculnya halusinasi selama kegiatan berlangsung.
    - Mengajak klien menjelaskan isi dan makna gambar yang telah dibuat.
3. Tahap Terminasi (5–10 menit)
    - Memberikan umpan balik positif terhadap hasil karya klien.
    - Mendiskusikan perasaan klien setelah mengikuti terapi.
    - Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengekspresikan perasaan, memberi makna pada gambar, dan mengontrol halusinasi.
    - Menutup kegiatan dengan salam terapeutik. Mutiara & Apriliza, (2023)

2.5.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan terhadap klien. Evaluasi dilakukan secara terus- menerus terhadap respons klien setelah diberikan intervensi keperawatan. Perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menilai kesesuaian antara respons klien dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan.

Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengetahui keberhasilan intervensi yang telah dilakukan serta menentukan apakah masalah keperawatan telah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi.Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2022) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2022), evaluasi dalam keperawatan diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

1. Evaluasi Proses (Formatif)

   Evaluasi yang dilakukan selama proses tindakan keperawatan berlangsung.

   - Dilakukan setiap selesai tindakan.
   - Berorientasi pada respons langsung klien.
   - Dilakukan secara terus-menerus hingga tujuan tercapai.

2. Evaluasi Hasil (Sumatif)

   Evaluasi yang dilakukan pada akhir periode perawatan.

   - Berorientasi pada masalah keperawatan.
   - Menilai keberhasilan atau ketidakberhasilan intervensi.
   - Berisi rekapitulasi kondisi klien sesuai waktu yang ditentukan.

Format Evaluasi (SOAP)

Penulisan evaluasi keperawatan umumnya menggunakan metode SOAP, yaitu:

- *Subjective*(S):

  Data berupa ungkapan atau keluhan yang disampaikan klien setelah tindakan keperawatan.

- *Objective*(O):

  Data hasil observasi, pemeriksaan, dan pengukuran oleh perawat.

- *Assessment*(A): Analisis perbandingan antara data subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, dengan kesimpulan:
  - Masalah teratasi
  - Masalah teratasi sebagian o
  - Masalah belum teratasi

- *Planning*(P):

Evaluasi keberhasilan terapi dilakukan pada setiap sesi dengan mengamati kemampuan klien mengekspresikan perasaan melalui gambar, menjelaskan makna gambar, serta perubahan intensitas halusinasi pendengaran yang dialami. Selain itu, evaluasi dapat didukung dengan pengukuran menggunakan Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS) sebelum dan sesudah rangkaian terapi untuk menilai perubahan tingkat halusinasi secara lebih objektif.