BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang bersifat kronis dan kompleks, yang memengaruhi berbagai aspek fungsi mental individu, termasuk cara berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku. Gangguan ini sering ditandai dengan adanya distorsi realitas, di mana individu mengalami kesulitan dalam membedakan antara hal yang nyata dan tidak nyata. Kondisi tersebut menyebabkan penderita mengalami gangguan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari serta dalam berinteraksi sosial di lingkungannya (Syafwan, 2025). Skizofrenia juga dipandang sebagai gangguan otak yang serius, di mana terjadi ketidakseimbangan *neurotransmitter*, terutama *dopamine* dan *glutamate,* yang berperan dalam munculnya gejala *psikotik.* Penyakit ini bersifat jangka panjang (kronis) dan umumnya memerlukan penanganan berkelanjutan, baik secara farmakologis maupun *nonfarmakologis,* guna mengendalikan gejala dan meningkatkan kualitas hidup pasien.(Muhammad Aldwin Priyatama et al. 202)

2.1.2 Etiologi

Menurut Videbeck (2020), skizofrenia dapat disebabkan oleh dua faktor, yaitu:

a. Faktor Predisposisi
   1. Faktor Biologis
      a) Faktor genetik

         Faktor genetik merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan terjadinya skizofrenia. Individu yang memiliki orang tua biologis dengan skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan tersebut. Risiko skizofrenia diperkirakan mencapai sekitar 15% pada individu dengan satu orang tua yang mengalami skizofrenia dan meningkat hingga sekitar 35% apabila kedua orang

tua biologis mengalami skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan skizofrenia dapat mengalami perubahan pada struktur dan fungsi otak. Pemeriksaan *Computed Tomography* (CT) dapat menunjukkan perubahan seperti pembesaran ventrikel dan atrofi korteks serebri, sedangkan pemeriksaan *Positron Emission Tomography* (PET) dapat menunjukkan perubahan metabolisme pada area otak tertentu. Perubahan tersebut terutama berkaitan dengan fungsi area frontal, temporal, sistem limbik, dan ganglia basalis.

c) Faktor Neurokimia

Perubahan sistem *neurotransmitter* dapat berhubungan dengan munculnya gejala skizofrenia. Gangguan transmisi sinyal antarsel saraf dapat memengaruhi proses persepsi, berpikir, emosi, dan perilaku.

2. Faktor Psikologis

Berdasarkan teori psikososial, skizofrenia dapat dipengaruhi oleh kegagalan individu dalam menyelesaikan tugas perkembangan psikososial pada masa awal kehidupan. Ketidakmampuan membangun rasa saling percaya sejak masa kanak-kanak dapat memicu konflik psikologis yang berlanjut hingga dewasa. Akibatnya, individu berisiko mengalami gangguan identitas, kesulitan mengendalikan diri, serta penurunan kemampuan dalam menghadapi berbagai tuntutan dan masalah kehidupan.

3. Faktor Pemicu Gejala

Pemicu merupakan faktor pencetus atau stimulus yang dapat memicu munculnya kembali episode suatu penyakit. Pada skizofrenia, faktor pemicu umumnya berkaitan dengan respons neurobiologis yang maladaptif, serta dipengaruhi oleh kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

2.1.3 Klasifikasi

Terdapat delapan jenis skizofrenia menurut Mental Health UK (2022), yaitu:

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid merupakan tipe skizofrenia yang paling sering dijumpai dan umumnya memiliki awitan yang lebih lambat dibandingkan tipe lainnya. Kondisi ini ditandai oleh gejala utama berupa halusinasi dan delusi, sementara kemampuan berbicara serta respons emosional penderita biasanya masih relatif baik.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik juga dikenal sebagai skizofrenia tidak teratur, jenis skizofrenia ini biasanya berkembang saat berusia 15-25 tahun. Gejalanya meliputi perilaku dan pikiran Tanda dan gejala skizofrenia menurut (Muthmainnah & Fazil Amris, 2024) adalah sebagai berikut :

Gejala skizofrenia hebefrenik umumnya berkembang dalam waktu yang relatif singkat. Pasien sering menunjukkan pola bicara yang tidak teratur sehingga sulit dipahami oleh orang lain. Selain itu, penderita cenderung memiliki ekspresi emosi yang datar atau tidak sesuai, baik melalui mimik wajah, intonasi suara, maupun perilakunya.

c. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik merupakan tipe skizofrenia yang paling jarang ditemukan. Kondisi ini ditandai dengan gangguan psikomotor berupa gerakan yang tidak biasa, terbatas, atau muncul secara tiba-tiba. Pasien dapat bergantian menunjukkan aktivitas yang sangat berlebihan atau justru diam dalam waktu yang lama. Selain itu, penderita cenderung berbicara sangat sedikit dan dapat meniru ucapan maupun gerakan orang lain (*echolalia* dan *echopraxia*).

d. Skizofrenia Tak Terdiferensiasi

Diagnosis pasien mungkin memiliki beberapa tanda skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik, tetapi tidak cocok dengan salah satu dari jenis ini saja.

e. Skizofrenia Residual

Skizofrenia residual didiagnosis pada pasien yang memiliki riwayat episode psikosis, tetapi pada saat evaluasi lebih didominasi oleh gejala negatif. Gejala tersebut meliputi perlambatan aktivitas, gangguan daya ingat, penurunan konsentrasi, serta kurangnya perhatian terhadap kebersihan dan perawatan diri.

f. Skizofrenia Sederhana

Skizofrenia sederhana merupakan tipe skizofrenia yang jarang ditemukan. Tipe ini ditandai dengan dominasi gejala negatif yang muncul sejak tahap awal dan berkembang secara bertahap, seperti perlambatan aktivitas, gangguan daya ingat, penurunan konsentrasi, serta kurangnya perhatian terhadap kebersihan diri. Sementara itu, gejala positif seperti halusinasi, delusi, dan gangguan proses pikir umumnya jarang ditemukan.

g. Skizofrenia Senestopatik

Skizofrenia senestopatik yang mana orang dengan skizofrenia senestopatik mengalami sensasi tubuh yang tidak biasa.

h. Skizofrenia Tidak Spesifik

Skizofrenia tidak spesifik yaitu gejala memenuhi kondisi umum untuk diagnosis tetapi tidak sesuai dengan salah satu kategori di atas.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala skizofrenia menurut Muthmainnah & Fazil Amris, (2024)adalah sebagai berikut :

a. Gejala Positif

Gejala positif pada skizofrenia merupakan gejala yang paling mudah dikenali karena tampak jelas dan sering menimbulkan gangguan bagi pasien maupun lingkungan sekitarnya. Munculnya gejala tersebut umumnya menjadi alasan utama keluarga membawa pasien untuk mendapatkan penanganan. Beberapa gejala positif yang sering dijumpai pada pasien skizofrenia meliputi:

1. Waham merupakan keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham

kejar, waham curiga, waham kebesaran).

2. Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan)
3. Perubahan Arus Berfikir
   a) Arus pikir terputus, dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaran
   b) Inkoheren, berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau)
   c) Neologisme, menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
4. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
5. Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
6. Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecurigaan atau seakan- akan ada ancaman terhadap dirinya
7. Menyimpan rasa permusuhan.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif pada skizofrenia umumnya bersifat kurang menonjol sehingga sering kali tidak disadari oleh keluarga maupun lingkungan sekitar. Akibatnya, pasien sering terlambat mendapatkan penanganan karena gejala tersebut dianggap sebagai perubahan perilaku biasa. Beberapa gejala negatif yang sering ditemukan pada pasien skizofrenia meliputi:

1. Afek tumpul dan datar, ditunjukkan melalui ekspresi wajah yang tampak monoton dan tidak menunjukkan emosi.
2. Isolasi sosial (*withdrawn*), yaitu kecenderungan mengasingkan diri, enggan berinteraksi dengan orang lain, serta sering melamun.
3. kontak emosional sangat minim, ditandai dengan sikap pendiam dan kesulitan saat diajak berkomunikasi.

4. Sikap pasif dan apatis, yang memicu tindakan menarik diri dari lingkungan sosial
5. Hambatan berpikir abstrak, yaitu kesulitan dalam memahami konsep atau ide yang bersifat kompleks/implisit..
6. Pola pikir stereotipik, ditunjukkan melalui alur atau proses pikir yang monoton dan berulang.

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia diduga berkaitan dengan ketidakseimbangan sistem *neurotransmiter* di otak, terutama *dopamine*, serotonin, dan norepinefrin. Meskipun demikian, mekanisme pasti yang mendasari terjadinya skizofrenia hingga saat ini masih belum diketahui secara jelas (Park et al., 2021). Secara umum, berbagai penelitian menunjukkan bahwa skizofrenia berhubungan dengan penurunan volume otak, terutama pada lobus temporal, termasuk area mediotemporal, serta lobus frontal yang melibatkan substansia alba dan substansia grisea. Di antara berbagai struktur otak yang diteliti, hipokampus dan parahipokampus merupakan area yang paling konsisten menunjukkan adanya kelainan. (Wijayanti & Batubara, 2022)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada skizofrenia dilakukan untuk mendukung penegakan diagnosis, menilai kondisi pasien, serta menyingkirkan kemungkinan penyakit lain yang memiliki gejala serupa. Pemeriksaan tersebut meliputi pencitraan otak, pemeriksaan laboratorium, dan evaluasi neuropsikologis yang bertujuan untuk menilai perubahan struktural, fungsional, serta kemampuan kognitif pasien. (Roßrucker, 2023).

a. Pencitraan Otak

Pemeriksaan pencitraan otak, seperti *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) dan *Computed Tomography* (CT) scan, dilakukan untuk membantu mengevaluasi adanya perubahan struktur otak pada pasien dengan skizofrenia. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa individu yang mengalami skizofrenia sering memperlihatkan perubahan pada beberapa

area otak, seperti korteks prefrontal, hipokampus, dan ganglia basal. Perubahan tersebut berkaitan dengan gangguan dalam fungsi eksekutif, regulasi emosi, serta kemampuan memori. Selain pemeriksaan struktural, pencitraan fungsional seperti *Positron Emission Tomography* (PET) scan dan *Functional Magnetic Resonance Imaging* (FMRI) juga digunakan untuk menilai aktivitas otak dan mendeteksi gangguan pada sistem *neurotransmiter*, terutama *dopamine*ergik dan *glutamate*ergik, yang diketahui memiliki peran penting dalam patofisiologi skizofrenia. (Dabiri et al., 2022)

b. Pemeriksaan Laboratorium

Evaluasi laboratorium bertujuan untuk mendeteksi disfungsi metabolik, reaksi inflamasi, atau kelainan endokrin yang dapat memperburuk manifestasi klinis skizofrenia. Pemeriksaan ini mencakup penentuan kadar hormon tiroid, vitamin B12, serta elektrolit serum guna menyingkirkan etiologi organik sebagai pencetus gejala psikotik. Di samping itu, bukti ilmiah menunjukkan adanya peran proses inflamasi dalam patofisiologi skizofrenia melalui peningkatan konsentrasi sitokin proinflamasi, khususnya *interleukin-6* (IL-6). Analisis genetik turut dipertimbangkan guna mengidentifikasi varia (Cojocaru et al., 2024).

c. Pemeriksaan Neuropsikologi

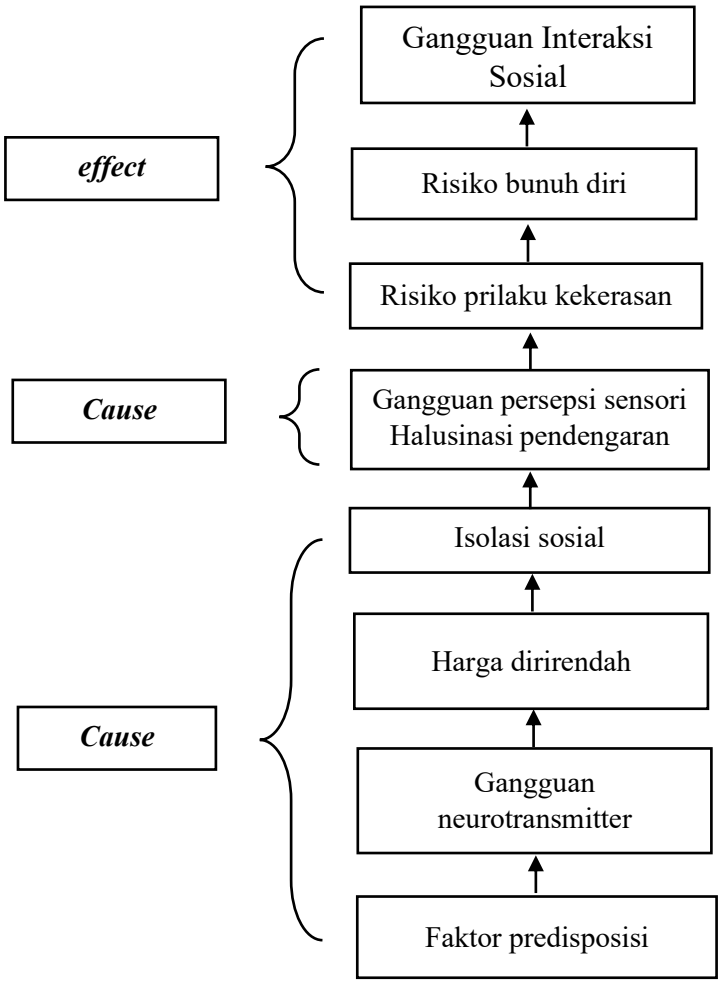
Evaluasi neuropsikologis dilakukan untuk menilai derajat disfungsi kognitif yang kerap dialami pasien skizofrenia. Aspek yang terdampak meliputi penurunan fungsi eksekutif, memori kerja, dan konsentrasi, yang diukur secara terstandar menggunakan tes psikometri seperti *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) maupun *Continuous Performance Test* (CPT). Sementara itu, pemeriksaan *Electroencephalography* (EEG) berperan dalam menganalisis aktivitas elektrofisiologi otak, terutama untuk mengeliminasi diagnosis banding seperti epilepsi yang memiliki manifestasi klinis serupa. (Mustika & Zulaikha, 2025)

2.1.7 Pohon Masalah

Pohon Masalah pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan

halusinasi pendengaran menurut Nanang, K. (2024) dalam Ihsan Pahlevi (2025)

Bagan 2.1 Pohon Masalah Pada Pasien Skizofrenia



Sumber:Nanang, K. (2024) dalam Ihsan Pahlevi (2025)

2.1.8 Komplikasi

Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang tidak hanya memengaruhi fungsi kognitif dan emosional, tetapi juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi yang berdampak pada kondisi fisik, psikososial, maupun akibat penggunaan terapi farmakologis. Komplikasi tersebut mencakup gangguan metabolik, penyakit kardiovaskular, gangguan neurodegeneratif, serta berbagai masalah sosial yang dapat memperburuk perjalanan penyakit dan prognosis pasien. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai berbagai komplikasi skizofrenia sangat diperlukan agar upaya

pencegahan, penatalaksanaan, dan perawatan dapat dilakukan secara lebih optimal sehingga kualitas hidup pasien dapat terus ditingkatkan (Patel et al., 2014).

Pasien dengan skizofrenia diketahui memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami penyakit kardiovaskular dibandingkan dengan populasi umum. Kondisi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti efek samping penggunaan obat antipsikotik, pola hidup yang kurang sehat, serta adanya peningkatan proses inflamasi sistemik. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa penggunaan clozapine, yang merupakan salah satu antipsikotik atipikal, dapat menimbulkan komplikasi kardiovaskular berupa miokarditis dan perikarditis akut. Apabila kondisi tersebut tidak dikenali dan ditangani sejak dini, komplikasi tersebut dapat berkembang menjadi tamponade jantung yang mengancam jiwa. Selain itu, pasien skizofrenia juga lebih sering mengalami dislipidemia dan hipertensi, yang berkontribusi terhadap peningkatan risiko terjadinya penyakit jantung koroner. (Edhem et al., 2025)

Selain manifestasi psikiatris, skizofrenia berhubungan erat dengan peningkatan risiko terjadinya sindrom metabolik yang mencakup obesitas, resistensi insulin, hiperglikemia, hingga diabetes melitus tipe 2. Kondisi penyerta ini sebagian besar dipengaruhi oleh efek samping farmakoterapi antipsikotik, terutama golongan atipikal (seperti olanzapin dan klosapin), yang berkontribusi terhadap pertambahan berat badan dan disfungsi metabolisme glukosa. Bukti empiris mengindikasikan bahwa pasien skizofrenia yang mengalami komorbiditas diabetes mencatatkan durasi dan frekuensi rawat inap yang lebih tinggi, serta memerlukan pendekatan manajemen klinis yang lebih komprehensif. (Edhem et al., 2025).

Selain memicu komorbiditas fisik, skizofrenia berhubungan erat dengan penurunan kapasitas kognitif serta peningkatan kerentanan terhadap gangguan neurodegeneratif. Bukti empiris menunjukkan adanya percepatan reduksi volume otak pada pasien skizofrenia, terutama pada struktur yang bertanggung jawab atas memori dan fungsi eksekutif, yakni korteks prefrontal dan hipokampus. Kemunduran fungsi kognitif tersebut kian terakselerasi oleh

faktor lingkungan seperti stres kronis dan keterbatasan dukungan sosial, yang berkontribusi langsung pada percepatan neurodegenerasi. (Buciuc et al., 2025)

Selain berdampak pada aspek fisik dan kognitif, skizofrenia juga menimbulkan konsekuensi yang besar terhadap kehidupan sosial penderitanya. Pasien skizofrenia sering mengalami gangguan dalam fungsi interpersonal, kesulitan memperoleh atau mempertahankan pekerjaan, serta memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami isolasi sosial maupun tunawisma. Stigma negatif yang masih melekat pada penderita skizofrenia juga menjadi salah satu hambatan dalam memperoleh akses terhadap layanan kesehatan yang optimal, sehingga dapat memperburuk kondisi mental dan meningkatkan risiko kekambuhan. Di samping itu, pasien skizofrenia memiliki kecenderungan yang lebih tinggi mengalami penyalahgunaan zat, yang dapat memperberat gejala psikotik serta meningkatkan kemungkinan terjadinya rawat inap berulang. (Kernizan et al., 2025).

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut (Aprilyana et al, 2024) penatalaksanaan skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Medikamentosa

Obat yang digunakan dalam penatalaksanaan skizofrenia dikenal sebagai antipsikotik, yaitu kelompok obat yang berfungsi mengurangi atau mengendalikan gejala psikotik, seperti halusinasi, waham (delusi), serta gangguan pola pikir. Respons setiap pasien terhadap terapi antipsikotik dapat berbeda-beda, sehingga beberapa pasien mungkin perlu mencoba lebih dari satu jenis obat atau kombinasi antipsikotik sebelum diperoleh regimen terapi yang paling efektif dan sesuai dengan kondisinya. Secara umum, antipsikotik dibedakan menjadi tiga kelompok utama, yaitu antipsikotik konvensional (generasi pertama), antipsikotik atipikal atau *newer atypical antipsychotics* (generasi kedua), serta clozapine (Clozaril), yang umumnya digunakan pada kasus skizofrenia yang resisten terhadap terapi antipsikotik lainnya.

b. Terapi psikososial

1. Terapi perilaku

Terapi perilaku merupakan salah satu pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan adaptif pasien melalui pemberian penguatan positif, seperti pujian maupun sistem hadiah *(token economy).* Pendekatan ini difokuskan pada pengembangan keterampilan sosial, peningkatan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan diri secara mandiri, pelatihan keterampilan praktis, serta perbaikan kemampuan komunikasi interpersonal. Pemberian penghargaan terhadap perilaku yang diharapkan dapat memotivasi pasien untuk mempertahankan perilaku adaptif. Dengan demikian, frekuensi munculnya perilaku maladaptif atau perilaku menyimpang, seperti berbicara dengan suara keras, berbicara sendiri di tempat umum, maupun menunjukkan postur tubuh yang tidak biasa, dapat berkurang secara bertahap.

2. Terapi berorintasi-keluarga

Terapi keluarga merupakan salah satu bentuk intervensi yang bermanfaat dalam penatalaksanaan pasien skizofrenia, terutama karena sebagian besar pasien dipulangkan dari fasilitas kesehatan dalam kondisi remisi parsial. Pada kondisi tersebut, keluarga memegang peranan penting dalam mendukung proses pemulihan pasien. Melalui terapi keluarga yang dilakukan secara singkat namun intensif, anggota keluarga dapat memperoleh pemahaman mengenai kondisi pasien serta cara memberikan dukungan yang tepat selama masa pemulihan. Setelah pasien kembali ke rumah, pembahasan utama dalam terapi keluarga umumnya berfokus pada proses pemulihan, termasuk perkiraan durasi dan kecepatan perbaikannya. Tidak jarang anggota keluarga memiliki harapan yang terlalu tinggi sehingga mendorong pasien untuk segera kembali menjalani aktivitas normal. Harapan yang kurang realistis tersebut umumnya disebabkan oleh kurangnya pemahaman mengenai karakteristik skizofrenia serta kecenderungan untuk menyangkal

tingkat keparahan penyakit yang dialami pasien.

3. Terapi kelompok

Terapi kelompok pada pasien skizofrenia umumnya berfokus pada pembahasan berbagai permasalahan, penyusunan rencana, serta hubungan yang berkaitan dengan kehidupan sehari-hari. Pelaksanaan terapi kelompok dapat menggunakan berbagai pendekatan, seperti pendekatan perilaku, psikodinamik yang berorientasi pada peningkatan tilikan, maupun pendekatan suportif sesuai dengan kebutuhan pasien. Melalui interaksi bersama anggota kelompok, pasien didorong untuk saling berbagi pengalaman, memberikan dukungan, dan mengembangkan kemampuan berinteraksi secara lebih adaptif. Terapi kelompok juga terbukti bermanfaat dalam membantu menurunkan gejala halusinasi, meningkatkan rasa kebersamaan dan dukungan sosial, serta memperkuat kemampuan pasien dalam membedakan antara realitas dan pengalaman yang berasal dari gejala psikotik.

4. Psikoterapi individual

Psikoterapi individual merupakan salah satu bentuk intervensi yang berperan sebagai terapi pendukung dalam penatalaksanaan skizofrenia. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa psikoterapi individual dapat memberikan manfaat yang lebih optimal apabila dikombinasikan dengan terapi farmakologis, sehingga membantu meningkatkan efektivitas pengobatan secara keseluruhan. Salah satu aspek terpenting dalam pelaksanaan psikoterapi individual adalah terbentuknya hubungan terapeutik yang aman, saling percaya, dan suportif antara pasien dengan terapis. Hubungan terapeutik tersebut menjadi dasar yang penting agar pasien merasa nyaman dalam mengungkapkan perasaan, pengalaman, serta permasalahan yang dihadapinya selama proses pemulihan.

c. Perawatan di Rumah Sakit (*hospitalization*)

Perawatan di rumah sakit pada pasien skizofrenia umumnya diindikasikan untuk membantu menegakkan diagnosis, menstabilkan

terapi medikasi, serta menjamin keselamatan pasien maupun orang lain, terutama apabila terdapat risiko bunuh diri, perilaku agresif, atau gangguan perilaku yang berat sehingga pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri. Selain menangani kondisi akut, perawatan di rumah sakit juga bertujuan membangun hubungan yang efektif antara pasien dengan sistem dukungan di masyarakat sebagai persiapan sebelum pasien kembali ke lingkungan tempat tinggalnya. Oleh karena itu, proses rehabilitasi dan penyesuaian selama menjalani perawatan perlu direncanakan secara sistematis agar pasien mampu beradaptasi kembali, mempertahankan kepatuhan terhadap pengobatan, serta meminimalkan risiko kekambuhan setelah pulang dari rumah sakit.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori yang ditandai dengan munculnya pengalaman melalui pancaindra tanpa adanya rangsangan atau stimulus nyata dari lingkungan. Pada individu yang sehat, proses persepsi berlangsung secara akurat sehingga mampu mengenali, mengidentifikasi, dan menginterpretasikan setiap stimulus yang diterima melalui pancaindra dengan benar. Sebaliknya, pada pasien yang mengalami halusinasi, persepsi tersebut muncul tanpa adanya stimulus eksternal sehingga individu meyakini pengalaman tersebut sebagai sesuatu yang nyata. Kondisi ini dapat menimbulkan dampak yang serius, karena pasien berisiko melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri, orang lain di sekitarnya, maupun lingkungan apabila halusinasi yang dialami tidak ditangani secara tepat (Dhea et al., 2024). Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori yang terjadi ketika seseorang menerima rangsangan melalui pancaindra tanpa adanya stimulus eksternal yang nyata. Individu yang mengalami halusinasi merasakan seolah-olah terdapat suara, penglihatan, bau, rasa, atau sensasi tertentu yang benar-benar ada, padahal pengalaman tersebut tidak dapat dibuktikan maupun dirasakan oleh orang lain di sekitarnya. Oleh karena itu, pengalaman yang dialami pasien bersifat subjektif dan hanya dirasakan oleh

dirinya sendiri, meskipun pasien sering kali meyakini bahwa persepsi tersebut benar-benar nyata.

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori yang ditandai dengan munculnya pengalaman melalui pancaindra tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan. Gangguan ini dapat melibatkan seluruh pancaindra, seperti pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, maupun perabaan. Halusinasi umumnya dialami oleh pasien dengan gangguan jiwa akibat terjadinya gangguan orientasi terhadap realitas, sehingga pasien merasakan adanya stimulus yang sebenarnya tidak ada. Kondisi tersebut dapat menyebabkan hilangnya kemampuan mengendalikan diri, sehingga pasien menjadi panik dan perilakunya cenderung dipengaruhi atau dikendalikan oleh isi halusinasi yang dialaminya (Waruwahang et al., 2023). Merujuk pada beberapa batasan teori di atas, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi sensorik yang timbul tanpa stimulus dari luar. Dalam kondisi ini, individu mempersepsikan rangsangan tersebut sebagai suatu kenyataan, walaupun tidak dapat diakses atau dirasakan oleh orang di sekitarnya.

Berdasarkan beberapa definisi yang telah dikemukakan, dapat disimpulkan bahwa halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori yang ditandai dengan munculnya pengalaman melalui pancaindra tanpa adanya stimulus atau rangsangan eksternal yang nyata. Individu yang mengalami halusinasi meyakini bahwa persepsi tersebut benar-benar terjadi, meskipun tidak dapat dibuktikan atau dirasakan oleh orang lain. Halusinasi dapat melibatkan seluruh pancaindra, seperti pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan perabaan. Namun, jenis halusinasi yang paling sering dijumpai adalah halusinasi pendengaran, terutama pada pasien dengan skizofrenia, sehingga menjadi salah satu gejala khas yang memerlukan penatalaksanaan secara tepat.

2.2.2 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu bentuk respons maladaptif individu yang termasuk dalam rentang respons neurobiologis berupa gangguan

persepsi. Pada individu dengan kondisi mental yang sehat, proses persepsi berlangsung secara akurat sehingga mampu mengenali, mengidentifikasi, dan menginterpretasikan stimulus yang diterima melalui pancaindra, seperti pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan perabaan. Sebaliknya, pada individu yang mengalami halusinasi, persepsi muncul tanpa adanya stimulus eksternal yang nyata sehingga pengalaman tersebut diyakini sebagai sesuatu yang benar-benar terjadi. Di antara persepsi normal dan halusinasi terdapat kondisi yang disebut ilusi, yaitu gangguan persepsi ketika individu salah menginterpretasikan stimulus yang sebenarnya ada, sehingga makna yang diberikan terhadap rangsangan tersebut menjadi keliru. (Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, 2024)

a. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah bentuk adaptasi individu yang berada dalam koridor norma sosial budaya serta berfokus pada pemecahan masalah secara konstruktif. Berdasarkan teori (Ginting, 2022) rentang respon adaptif ini ditandai oleh:

1. Pikiran logis: Proses penalaran yang terstruktur dan berbasis pada kenyataan obyektif.
2. Persepsi akurat: Pemaknaan terhadap rangsangan sensorik yang tepat dan sesuai dengan situasi sebenarnya.
3. Respon emosional yang konsisten: Reaksi afektif yang sepadan dengan peristiwa atau pengalaman yang dihadapi.
4. Perilaku sesuai konteks: Pola tingkah laku yang wajar, dapat diterima, dan sesuai dengan norma lingkungan.
5. Interaksi sosial yang positif: Hubungan interpersonal yang efektif dan berkesinambungan dengan orang lain maupun lingkungan sosial.

b. Respon Maladiptif

Respon maladaptif merupakan bentuk tanggapan individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial, budaya, maupun lingkungan. Menurut Hafizuddin,(2021) indikator respon maladaptif meliputi:

1. Gangguan proses pikir (waham), yaitu keyakinan yang dipertahankan secara kuat meski bertentangan dengan realitas dan tidak diyakini oleh orang lain..
2. Halusinasi, yaitu gangguan persepsi sensori tanpa adanya stimulasi eksternal atau rangsangan nyata.
3. Gangguan respons emosional, yaitu ketidakmampuan mengekspresikan atau mengontrol afek dan perasaan secara wajar.
4. Perilaku tidak terorganisasi, yaitu pola tingkah laku yang tidak teratur, disorientatif, dan tidak bertujuan..
5. Isolasi sosial, yaitu kondisi di mana individu mengalami penurunan hingga ketiadaan interaksi dengan orang lain serta mempersepsikan lingkungan sosial sebagai ancaman.

2.2.3 Fase Halusinasi

Menurut Mendrofa et al., (2021), halusinasi terbagi atas beberapa fase, yaitu :

a. Fase Pertama/*Sleep Disorder*

Pada fase awal, pasien mulai merasakan berbagai permasalahan yang menimbulkan tekanan emosional sehingga cenderung menarik diri dan menghindari lingkungan sekitar. Pasien juga sering merasa takut apabila orang lain mengetahui bahwa dirinya sedang menghadapi banyak masalah. Beban psikologis yang dialami semakin berat akibat akumulasi berbagai stresor, seperti masalah dalam hubungan dengan pasangan, penyalahgunaan narkoba, konflik keluarga, kesulitan akademik, hingga putus kuliah (drop out). Kondisi tersebut diperburuk oleh kurangnya dukungan dari lingkungan serta persepsi pasien yang negatif terhadap masalah yang dihadapi. Akibat tekanan yang terus berlangsung, pasien sering mengalami gangguan tidur dan mulai terbiasa melamun sebagai bentuk pelarian. Pada tahap ini, pasien masih menganggap lamunan yang dialaminya sebagai cara untuk mengurangi beban pikiran atau membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi.

b. Fase Kedua/*Comforting*

Pada fase ini, pasien mulai mengalami gangguan emosi yang berlangsung secara terus-menerus, seperti perasaan cemas, kesepian, bersalah, dan ketakutan. Untuk mengurangi ketidaknyamanan tersebut, pasien berusaha memusatkan perhatian pada pengalaman pikiran maupun sensasi yang muncul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan. Pasien meyakini bahwa pengalaman sensorik dan pikirannya masih dapat dikendalikan apabila tingkat kecemasannya berhasil diatasi. Pada tahap ini, halusinasi mulai memberikan rasa nyaman bagi pasien karena dianggap mampu mengurangi tekanan emosional yang dialaminya, sehingga muncul kecenderungan untuk menerima bahkan menikmati pengalaman halusinasi tersebut

c. Fase Ketiga/*Condemning*

Pada fase ini, pengalaman sensori yang dialami pasien mulai muncul lebih sering dan semakin sulit dibedakan dengan kenyataan. Pasien mulai kehilangan kemampuan untuk mengendalikan halusinasi yang dialaminya sehingga merasa tidak berdaya terhadap pengalaman tersebut. Sebagai respons terhadap kondisi ini, pasien berusaha menjaga jarak dari objek atau orang di sekitarnya dan cenderung menarik diri dari lingkungan sosial dalam jangka waktu yang cukup lama. Perilaku menarik diri tersebut dilakukan karena pasien lebih memusatkan perhatian pada pengalaman halusinasi yang dialami dibandingkan berinteraksi dengan orang lain.

d. Fase Keempat/*Controlling Servere Level of Anxiety*

Pada fase ini, pasien mulai berusaha melawan atau mengendalikan suara maupun pengalaman sensori abnormal yang muncul akibat halusinasi. Namun, upaya tersebut sering kali tidak berhasil karena intensitas halusinasi semakin kuat. Ketika halusinasi menghilang untuk sementara, pasien justru dapat merasakan kesepian, kecemasan, atau kehilangan, karena telah terbiasa dengan keberadaan pengalaman tersebut. Kondisi ini menandai dimulainya fase gangguan psikotik, di mana pasien semakin sulit membedakan antara realitas dan pengalaman halusinasi yang dialaminya..

e. Fase Kelima/*Conquering Panic Level Of Anxiety*

Pada fase ini, pengalaman sensori pasien mengalami gangguan yang semakin berat sehingga halusinasi menjadi sangat dominan dan sulit dikendalikan. Pasien mulai merasa terancam oleh suara-suara yang didengarnya, terutama apabila isi halusinasi berupa ancaman atau perintah yang tidak mampu dipenuhi. Halusinasi dapat berlangsung dalam waktu yang lama, mulai dari beberapa jam hingga hampir sepanjang hari, terutama apabila pasien tidak memperoleh penanganan atau komunikasi terapeutik yang tepat. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pasien telah memasuki fase gangguan psikotik berat, di mana kemampuan untuk membedakan realitas dengan pengalaman halusinasi semakin menurun dan risiko terjadinya perilaku yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain menjadi lebih tinggi.

2.2.4 Pengukuran Halusinasi

Pengukuran tingkat halusinasi bertujuan untuk mengidentifikasi derajat keparahan manifestasi klinis, mengobservasi perkembangan kondisi pasien, serta mengukur keberhasilan tindakan keperawatan. Instrumen baku yang secara khusus dirancang untuk menilai halusinasi pendengaran adalah *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS). Instrumen ini mencakup pemetaan komprehensif terhadap fenomena halusinasi, meliputi frekuensi dan durasi kemunculan, lokasi persepsi suara, tingkat kebenaran yang diyakini pasien, respon afektif, hingga tingkat disabilitas pada fungsi harian.

Secara struktural, AHRS terdiri atas 11 item pertanyaan berskala Likert yang mengukur intensitas dan dampak gangguan halusinasi. Selain AHRS, instrumen psikiatri umum seperti *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) dan *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) turut dimanfaatkan untuk mengukur domain psikotik yang lebih rinci. Pada ranah asuhan keperawatan, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) diterapkan sebagai indikator keberhasilan evaluasi luaran keperawatan (*nursing outcomes*) setelah pemberian intervensi.

2.2.5 Skala Penilaian Halusinasi *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS)

Nama:_____

Tanggal: _____

Petunjuk: _____

Skala Instrumen ini digunakan untuk mengukur derajat keparahan halusinasi pendengaran. Halusinasi auditori ditandai oleh persepsi pendengaran—baik berupa suara kata-kata, bunyi, maupun musik—yang timbul tanpa hadirnya sumber suara fisik di lingkungan sekitar. Penilai diharapkan menentukan skor pada tiap indikator melalui kombinasi observasi perilaku dan konfirmasi verbal bersama pasien. Lingkari nomor skala yang paling merepresentasikan kondisi pasien saat ini:

a. Frekuensi: Seberapa sering halusinasi auditori terjadi?

Tidak ada (0)	: Suara tidak muncul
Jarang (1)	: Sesekali hampir tidak pernah
Kadang-kadang (2)	: Beberapa kali dalam semingggu
Sering (3)	: Beberapa kali dalam sehari
Sangat Sering (4)	: Terjadi terus-menerus sepanjang hari

b. Kekuatan (Kerasnya suara): Seberapa keras halusinasi auditori terdengar?

Tidak ada (0)	: Suara halusinasi tidak pernah muncul
Jarang (1)	: Hampir tidak terdengar
Kadang-kadang (2)	: Suara terdengar jelas, tetapi tidak mengganggu
Sering (3)	: Seperti percakapan normal
Sangat Sering (4)	: Sangat keras dan sulit diabaikan

c. Ketika anda mendengar suara tersebut dari mana suara itu terdengar?

Tidak ada (0)	: Tidak ada suara yang muncul
Ringan	: Suara berasal dari kepala saja
Sedang	: suara di luar kepala tetapi dekat dengan kepala dan telinga
Berat	: Suara berasal di dalam atau dekat telinga dan di luar kepala jauh dari telinga

Sangat Berat : suara berasal dari ruang angkasa luar dan jau dari kepala

d. Persebaran Waktu (Pervasiveness): Seberapa lama halusinasi auditori hadir dalam satu hari?

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul

Singkat (1) :Muncul seseklai dan berlangsung sebentar

Secara Berkala (2) : Terulang sepanjang hari

Sebagian Besar Waktu (3): Hadir di sebagian besar waktu sadar

Terus-menerus (4) : Hampir tidak ada jeda

e. Isi Suara: Bagaimana sifat isi dari halusinasi auditori?

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul

TidakMengancam (1) : Suara ramah atau netral

Netral (2) : Isi tidak spesifik atau samar

Mengganggu (3) : Isi negatif atau membuat gelisah

Menakutkan (4) : Isi menakutkan atau mengancam

f. Kontrol: Seberapa besar kendali individu terhadap halusinasi auditori?

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul

Penuh (1) : Dapat menghentikan atau memulai suara sesuai keinginan

Sebagian (2) : Kadang dapat memengaruhi suara

Terbatas (3) : Sulit mengendalikan, tapi sesekali bisa memengaruhi

Tidak Ada (4) : Sama sekali tidak dapat dikendalikan

g. Distres (Kecemasan/Perasaan Tidak Nyaman): Seberapa besar penderitaan yang dirasakan individu akibat halusinasi?

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul

Minimal (1) : Hampir tidak merasa terganggu

Ringan (2) : Sedikit rasa tidak nyaman

Sedang (3) :Perasaan terganggu yang jelas, memengaruhi suasana hati

Berat (4) : Sangat terganggu, berdampak besar pada

kesejahteraan

h. Dampak terhadap Kehidupan Sehari-hari: Seberapa besar halusinasi memengaruhi kehidupan individu?

Tidak sama sekali(0) : Tidak pernah muncul
Tidak Berdampak (1) : Tidak mengganggu aktivitas
Gangguan Ringan (2) : Gangguan ringan, masih bisa diatasi
Dampak Signifikan (3): Gangguan jelas, memengaruhi fungsi
Gangguan Berat (4) : Gangguan berat, tidak mampu menjalankan aktivitas

i. Perubahan Seiring Waktu: Apakah halusinasi berubah dari waktu ke waktu?

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul
Membaik (1) : Semakin jarang atau berkurang intensitasnya
Stabil (2) : Tidak ada perubahan
Bervariasi (3) : Frekuensi atau intensitas berubah-ubah
Memburuk (4) : Semakin sering atau makin parah

j. Gejala yang Menyertai: Apakah halusinasi disertai gejala lain?

Tidak Pernah(0) : Tidak pernah muncul
Tidak Ada (1) : Tidak ada gejala lain
Ringan (2) : Gejala ringan yang menyertai
Sedang (3) : Dampak sedang terhadap keseluruhan gejala
Berat (4) : Sangat terkait dengan gejala lain yang mengganggu

k. Respons terhadap Pengobatan: Bagaimana respons individu terhadap pengobatan yang diberikan?

Sembuh Total (0) : Halusinasi hilang sepenuhnya
Sembuh Sebagian(1) : Halusinasi hilang sebagian
Perbaikan (2) : Frekuensi atau intensitas berkurang
Perbaikan Terbatas (3) : Penurunan gejala minimal
Tidak Ada Perbaikan(4): Tidak ada respons positif terhadap pengobatan

Total Skor:_____

Interpretasi Skor: Jumlahkan skor dari setiap item untuk memperoleh skor total keparahan. Semakin tinggi skor, semakin berat tingkat halusinasi auditori yang dialami.

0 : (Tidak Ada)

1 - 11 : (Ringan)

12 - 22 : (Sedang)

23 - 33 : (Berat)

34 - 44 : (Sangat Berat)

2.3 Konsep Halusinasi Pendengaran

2.3.1 Definisi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran merupakan kondisi ketika seseorang mendengar suara meskipun tidak terdapat stimulus nyata. Suara yang muncul dapat berupa suara manusia, hewan, mesin, benda, fenomena alam, musik, kata-kata, maupun kalimat, serta sering kali diyakini ditujukan kepada individu tersebut. (Wijayanto & Marisca, 2021).

Halusinasi Pendengaran Verbal (*Auditory Verbal Hallucinations*/AVH) didefinisikan sebagai pengalaman sensorik berupa persepsi suara verbal yang timbul tanpa menghadirkan sumber rangsangan fisik dari luar. Fenomena ini memiliki angka prevalensi mencapai 70–80% pada populasi pasien skizofrenia. Kehadiran AVH berkontribusi signifikan terhadap peningkatan risiko kegawatdaruratan psikiatri, termasuk percobaan bunuh diri dan tindakan agresi sosial.(Zainuddin & Rahmiyanti, 2021).

2.3.2 Respon Halusinasi Pendengaran

Respon klien terhadap halusinasi pendengaran dapat bersifat maladaptif maupun adaptif. Pada umumnya, pasien menunjukkan respon maladaptif seperti:

1. Berbicara atau tertawa sendiri
2. Menutup telinga atau menghindari lingkungan
3. Menarik diri dari interaksi sosial
4. Perilaku agresif atau mengikuti perintah suara

Hal ini terjadi karena pasien tidak mampu membedakan stimulus nyata dan tidak nyata, sehingga respon yang muncul sering tidak sesuai dengan realitas. Namun setelah intervensi, pasien dapat menunjukkan respon adaptif seperti:

1. Mengalihkan perhatian
2. Mengontrol halusinasi
3. Berinteraksi kembali dengan lingkungan

(Erlanti & Suerni, 2024)

2.3.3 Penyebab Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran terjadi akibat interaksi berbagai faktor:

1. Biologis
   - Gangguan neurotransmitter (*dopamine*)
   - Gangguan sistem saraf pusat
2. Psikologis
   - Stres berat dan kecemasan
   - Ketidakmampuan koping
3. Sosial
   - Isolasi sosial
   - Kurangnya dukungan
4. Presipitasi
   - Kurang tidur
   - Kelelahan
   - Lingkungan tidak kondusif

Hal ini didukung bahwa halusinasi berkaitan dengan perubahan persepsi sensori tanpa stimulus eksternal yang berdampak pada emosi, perilaku, dan fungsi sosial (Kristina & Riswanti, 2025)

2.3.4 Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

Menurut SDKI 2016 tanda dan gejala klien dengan halusinasi pendengaran sebagai berikut:

1. Mayor

   Subjektif:

   - Mendengar suara atau bisikan

- Merasakan sesuatu melalui pendengaran

Objektif:

- Distorsi sensorik
- Respons yang tidak tepat
- Bertindak seolah-olah mendengar atau berbicara dengan seseorang

2. Minor

Subjektif:

- Mengungkapkan rasa kesal

Objektif:

- Menarik diri
- Melamun
- Konsentrasi buruk
- Disorientasi terhadap tempat, waktu, orang, atau situasi
- Kecurigaan
- Menatap ke satu arah
- Berjalan mondar-mandir
- Berbicara sendiri

2.3.5 Penatalaksanaan Halusinasi Pendengaran

1. Farmakoterapi
   a. Anti piskotik

      Farmakoterapi antipsikotik merupakan pilar utama dalam penatalaksanaan pasien skizofrenia maupun spektrum gangguan psikotik lainnya. Beberapa agen terapeutik dalam kelompok ini meliputi klorpromazin, trifluoperazin, tioridazin, haloperidol, klorprotiksen, loksapin, dan pimozid. Penekanan gejala psikotik dicapai melalui penurunan intensitas delusi, kontrol halusinasi, serta penyelarasan aktivitas psikomotorik yang berlebihan. Selain efek penenang (sedatif), pemberian antipsikotik perlu diwaspadai karena berpotensi memicu sindrom ekstrapiramidal, kegelisahan motorik, tremor, reaksi febris, kejang, instabilitas tekanan darah (hipotensi),

mukosa mulut kering, dan disfungsi eliminasi urin.

2. Non Farmakologis

a. Terapi Musik

Terapi musik merupakan salah satu bentuk terapi relaksasi yang bertujuan untuk membantu individu dalam mengelola emosi, menenangkan pikiran, serta mendukung proses pemulihan pada gangguan psikologis (Imantaningsih & Pratiwi, 2022). Terapi musik dangdut merupakan salah satu bentuk terapi nonfarmakologis yang dapat memberikan pengaruh positif terhadap kondisi psikologis pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Musik dangdut memiliki karakteristik irama yang ritmis dan familiar sehingga dapat membantu pasien mengalihkan perhatian dari stimulus internal berupa suara halusinasi menuju stimulus eksternal yang lebih nyata. Pemberian terapi musik dangdut dapat membantu pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menurunkan frekuensi dan intensitas munculnya suara yang tidak nyata serta meningkatkan rasa nyaman dan relaksasi. Pada pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran, mendengarkan musik dangdut dalam suasana tenang dapat membantu memusatkan perhatian pada stimulus musik sehingga gangguan akibat halusinasi menjadi berkurang. Selain itu, terapi musik dangdut juga dapat membantu menurunkan kecemasan dan memperbaiki kondisi emosional pasien (Rahman 2025). Terapi musik juga mampu meningkatkan kualitas tidur dan mengurangi kecemasan yang sering menyertai gejala halusinasi (Pramudia & Fridari, 2024).

b. Terapi Penghentian Pikiran

Terapi *thought stopping* didefinisikan sebagai salah satu bentuk intervensi kognitif-perilaku yang dirancang untuk menghentikan proses prapikir maladaptif. Mekanisme kerja teknik ini mengandalkan pemberian stimulus pengalih yang mengejutkan,

baik secara verbal (seperti menyerukan kata "TIDAK" atau "BERHENTI") maupun non-verbal, guna menginterupsi alur pikiran destruktif. Secara berkelanjutan, metode ini membantu pasien membangun kembali kontrol kognitif serta meretrukturisasi alur pikir menjadi lebih konstruktif.(Nasir & Muhith, 2011).

c. Terapi Okupasi Menggambar

Terapi okupasi berbasis media menggambar (*expressive art therapy*) didefinisikan sebagai intervensi terapeutik yang mengaplikasikan instrumen seni untuk mengekspresikan dinamika emosional secara nonverbal. Pelaksanaan aktivitas ini bertujuan untuk menstimulasi penyaluran emosi positif, meredakan tingkat ansietas, serta melatih daya konsentrasi dan ketenangan jiwa pasien. Terapi ini efektif membantu pasien mengeksternalisasi pikiran maupun perasaan kompleks yang mengalami hambatan saat disampaikan melalui ekspresi verbal. (Menggambar et al., 2025).

2.4 Konsep Terapi Musik Dangdut

2.4.1 Definisi Terapi Musik Dangdut

Terapi musik merupakan jenis terapi kesehatan dengan menggunakan konsep musik. Tujuan dari terapi musik digolongkan menjadi 2 jenis, yaitu bagi penderita dan bagi yang sehat. Bagi penderita, terapi musik digunakan untuk meningkatkan serta memperbaiki kondisi fisik, emosi, kognitif, dan sosial. Bagi yang sehat, terapi musik dapat digunakan untuk menghilangkan stres (Wijayanto & Agustina, 2017).

stilah musik dangdut diekstraksi dari onomatope bunyi instrumen kendang yakni “dang” dan “dut” yang merepresentasikan entitas budaya dan dinamika emosional masyarakat Indonesia. Genre ini memiliki daya tarik yang luas lintas strata sosial karena struktur iramanya yang teratur, lirik yang komprehensif, dan sifatnya yang komunikatif (Widi Utomo & Erlangga, 2021). Secara neuropsikologis, karakteristik ritmik musik dangdut terbukti mampu mengonsolidasi aktivitas gelombang otak, meregulasi status

emosional, serta memberikan stimulasi positif terhadap kondisi psikologis pendengar. (Putra, 2022).

2.4.2 Tujuan Terapi Musik

Intervensi terapi musik pada pasien dengan halusinasi dirancang untuk menurunkan tingkat distres emosional serta memutus fokus perhatian terhadap persepsi sensori auditori yang maladaptif. Selain efek distraksi dan regulasi emosi, terapi ini berfungsi menstimulasi respon pendengaran, memperkuat koping adaptif, dan menumbuhkan kembali *self-esteem* pasien. Lebih jauh lagi, aktivitas ini mendukung proses reorientasi sosial melalui peningkatan keterampilan komunikasi, sosialisasi, dan integrasi penuh ke dalam kehidupan masyarakat. (Maulana et al., 2024).

2.4.3 Manfaat Terapi Musik

Penerapan terapi musik pada pasien halusinasi menghadirkan manfaat yang komprehensif, baik dari aspek psikologis maupun interaksi sosial. Secara internal, intervensi ini memfasilitasi regulasi emosi serta mengalihkan atensi pasien dari intrusi halusinasi auditori. Dari aspek psikososial, terapi musik berperan penting dalam mengasah respon pendengaran adaptif, memulihkan rasa percaya diri, dan memfasilitasi rekoneksi sosial. Keberhasilan integrasi ini berkontribusi signifikan terhadap peningkatan motivasi serta kesiapan pasien untuk menjalankan kembali peran kemasyarakatannya.(Maulana et al., 2024).

2.4.4 Indikasi dan Kontraindikasinya Terapi Musik

Berikut indikasi diberikan nya terapi music yaitu :

1. **Indikasi**
   a. Pasien Dengan Gangguan Jiwa

      Musik dapat dijadikan sebagai media terapi non-farmakologis bagi individu dengan gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia.

   b. Pasien Dengan Halusinasi

      Terapi musik membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara memutus fokus terhadap persepsi suara yang mengganggu serta meningkatkan kemampuan konsentrasi.

c. Depresi

Terapi musik yang dikombinasikan dengan aktivitas gerak tubuh (seperti tarian/joget) efektif meredakan simtom depresi dan memperbaiki suasana hati (*mood*).

d. Stres

Stimulasi musik dapat menenangkan pikiran dan meredakan stres melalui mekanisme stimulasi pelepasan *neurotransmiter dopamine*.

e. Kondisi Fisik

Terapi musik berbasis aktivitas motorik membantu proses rehabilitasi fisik, seperti pada pasien pasca-stroke yang membutuhkan pemulihan koordinasi gerak tubuh.

Selain indikasi di atas, terdapat beberapa prinsip utama yang wajib diperhatikan dalam pelaksanaan terapi musik menurut Riyana (2024). Pertama, pemilihan jenis musik harus mempertimbangkan karakteristik irama yang mampu memengaruhi persepsi sensori pasien secara positif. Kedua, kondisi emosional dan fisik pasien harus dipastikan berada dalam keadaan nyaman sebelum intervensi dimulai. Ketiga, kepatuhan terhadap kontrak waktu yang telah disepakati bersama pasien. Ketepatan perawat dalam menepati janji menjadi fondasi penting dalam membina hubungan saling percaya (*trusting relationship*) serta mendorong keterbukaan pasien selama proses terapi.

2. Kontraindikasinya

Menurut Putra (2022), terdapat beberapa kontraindikasi yang harus diperhatikan dalam pemberian terapi musik:

a. Sensitifitas Individu

Individu dapat menunjukkan penolakan terhadap terapi jika jenis, ritme, atau lirik musik bertentangan dengan preferensi pribadinya, sehingga berpotensi memicu respon emosional negatif.

b. Gangguan Psikologis

Pada kasus tertentu (seperti kecemasan berat atau agitasi psikiatri), stimulasi musik yang kurang tepat dapat memperburuk eksaserbasi

gejala dan meningkatkan ketidaktenangan pasien.

c. Volume Musik

Desibel atau volume suara yang terlalu tinggi dapat menimbulkan ketidaknyamanan sensori, memicu diskonfort, serta membahayakan kesehatan pendengaran pasien.

d. Pemicu Kenangan Negatif

Elemen musik tertentu dapat bertindak sebagai *trigger* yang membangkitkan kembali memori traumatik atau kilas balik (*flashback*) negatif, sehingga penerapannya harus dievaluasi secara ketat.

2.4.5 Metode Pemberian Terapi musik

Berdasarkan keterlibatan pasien, Sulistyorini et al. (2014, dalam Hidayati, 2023) membagi metode pemberian terapi musik menjadi dua jenis, yaitu:

1. Musik Aktif

   Metode ini melibatkan pasien secara langsung dalam aktivitas bermusik, seperti bernyanyi, belajar memainkan alat musik, mengikuti nada, atau menciptakan lagu singkat. Pendekatan ini bertujuan memfasilitasi interaksi aktif pasien melalui media musik.

2. Musik Pasif

   Metode ini merupakan pendekatan yang sederhana dan efektif, di mana pasien hanya mendengarkan dan menghayati alunan musik yang disesuaikan dengan kebutuhan klinisnya. Dalam terapi musik pasif, ketepatan pemilihan jenis musik menjadi krusial agar sesuai dengan kondisi serta masalah psikologis pasien.

Sementara itu, berdasarkan format pelaksanaannya, Dwi (2022) mengelompokkan terapi musik menjadi dua metode:

1. Metode Terapi Individual

   Terapi dilaksanakan secara tatap muka langsung antara perawat dan pasien tanpa melibatkan individu lain. Metode ini tepat diterapkan pada pasien baru untuk mengumpulkan data pengkajian yang lebih mendalam serta mengobservasi perkembangan kondisi pasien. Selain itu, terapi individual

diindikasikan bagi pasien yang belum mampu berinteraksi secara adekuat dalam kelompok agar intervensi berjalan lebih optimal.

2. Metode Kelompok

   Terapi dilaksanakan secara bersama-sama dalam suatu kelompok pasien yang memiliki masalah kesehatan atau kebutuhan terapi yang serupa. Metode ini berfungsi mendukung proses interaksi sosial, saling berbagi pengalaman (*sharing*), serta mencapai tujuan terapeutik secara kolaboratif.

2.4.6 Aspek Musik

Menurut Raharjo (dalam Putra, 2022), terdapat lima aspek teknis musik yang dapat diterapkan dalam intervensi terapi musik, meliputi:

1. Intonasi: Ketepatan dan tinggi rendahnya nada untuk memperjelas penekanan kata dalam kalimat.
2. Artikulasi: Kejelasan lafal dan gerakan organ bicara saat menguncapkan kata agar mudah dipahami lawan bicara.
3. Perasaan: Teknik regulasi udara saat menghirup dan mengembuskan napas guna menjaga stabilitas suara dan ketenangan diri.
4. Frasing: Pemenggalan kelompok kata/kalimat musik secara presisi agar pesan lagu mengalir secara alamiah.
5. Ekspresi: Penyampaian pesan yang memadukan raut wajah, bahasa tubuh, dan nada emosi untuk membangun koneksi emosional dengan pendengar.

2.4.7 Kelebihan dan Kekurangan Terapi Musik

1. Kelebihan

   Terapi musik merupakan salah satu intervensi non farmakologis yang digunakan dalam perawatan pasien skizofrenia, khususnya dalam mengatasi gejala halusinasi dan gangguan emosi. Terapi ini terbukti dapat membantu menurunkan gejala positif maupun negatif skizofrenia, meningkatkan fungsi sosial, serta memperbaiki kualitas hidup. (Cochrane, 2023).

2. Kekurangan

   Terapi musik juga memiliki keterbatasan dalam penerapannya. Efektivitas terapi ini sangat bergantung pada kondisi individu pasien, jenis musik yang

digunakan, serta tingkat partisipasi pasien selama terapi. Oleh karena itu, terapi musik tidak dapat dijadikan sebagai terapi utama, melainkan sebagai terapi komplementer yang harus dikombinasikan dengan terapi farmakologis (Cochrane, 2017).

2.4.8 Mekanisme Kerja Terapi Musik Terhadap Halusinasi Pendengaran

Menurut Pramudia dan Fridari (2024), terapi musik merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif dalam menurunkan intensitas halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia. Berdasarkan hasil studi literatur terhadap berbagai penelitian, terapi musik bekerja dengan memberikan stimulus auditorik eksternal yang mampu mengalihkan fokus pasien dari stimulus internal berupa suara halusinasi. Ketika pasien memusatkan perhatian pada musik yang didengarkan, dominasi suara halusinasi dapat berkurang sehingga frekuensi, durasi, dan intensitas halusinasi menjadi lebih terkontrol. Selain itu, terapi musik juga memberikan efek relaksasi yang dapat menurunkan kecemasan, ketegangan, dan stres yang sering kali menjadi faktor pencetus atau memperberat munculnya halusinasi. Hasil telaah menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi musik secara teratur, pasien mengalami penurunan gejala dan tanda halusinasi pendengaran, peningkatan rasa nyaman, serta kemampuan yang lebih baik dalam mengontrol halusinasi yang dialaminya (Pramudia & Fridari, 2024). Sejalan dengan penelitian tersebut, Lindriyani et al. (2025) terapi musik instrumental dangdut dapat membantu menstabilkan kondisi emosional pasien melalui efek menenangkan yang dihasilkan oleh irama dan melodi musik. Pada penelitian ini, lagu yang dipilih berupa musik instrumental dangdut yang tidak mengandung lirik sehingga perhatian pasien lebih terfokus pada stimulus auditori eksternal dibandingkan suara halusinasi yang dialami.

Pada penelitian ini, terapi menggunakan musik instrumental dangdut sebagai media intervensi. Pemilihan musik instrumental dilakukan karena tidak mengandung lirik sehingga pasien lebih mudah memusatkan perhatian pada irama dan melodi tanpa terganggu oleh pesan verbal. Sementara itu,

genre dangdut dipilih karena merupakan salah satu jenis musik yang familiar di kalangan masyarakat Indonesia, termasuk masyarakat Kabupaten Garut, sehingga diharapkan meningkatkan kenyamanan, penerimaan pasien terhadap terapi, serta memudahkan proses pengalihan perhatian dari stimulus internal berupa suara halusinasi menuju stimulus auditori eksternal.

Selain mempertimbangkan jenis musik, pemilihan lagu juga dilakukan berdasarkan karakteristik tertentu, yaitu berupa musik instrumental, memiliki tempo yang sesuai dengan tujuan relaksasi, tidak mengandung lirik maupun efek suara yang mengganggu, serta diputar dengan volume yang nyaman agar pasien tetap dapat mengikuti terapi tanpa menimbulkan overstimulasi.

Selain itu, Apriliani et al. (2020) menyatakan bahwa terapi musik tidak hanya memberikan manfaat pada aspek psikologis, tetapi juga membantu meningkatkan fungsi sosial dan perilaku pasien. Melalui proses mendengarkan musik secara terstruktur, pasien dapat mengembangkan mekanisme koping yang lebih adaptif dalam menghadapi halusinasi sehingga terjadi perubahan perilaku yang lebih positif dan peningkatan kemampuan dalam mengendalikan gejala yang muncul.

2.4.9 Waktu dan Durasi Terapi

Pemberian Pemberian terapi musik pada pasien halusinasi dilaksanakan melalui protokol waktu yang terukur guna mengoptimalkan efek terapeutiknya. Menurut Amellinda (2024), intervensi ini idealnya diberikan secara konsisten selama 6 hari berturut-turut dengan durasi total 30–35 menit per sesi, bergantung pada tingkat toleransi pasien.

Dalam satu sesi pelaksanaan, alokasi waktu dibagi menjadi tiga tahapan utama:

1. Fase Orientasi (10 menit): Berisi pengenalan dan edukasi mengenai mekanisme terapi musik.
2. Fase Kerja (15 menit): Pasien mendengarkan komposisi musik yang telah disepakati.
3. Fase Terminasi/Evaluasi (5–10 menit): Berisi refleksi emosional serta diskusi terkait perubahan perasaan yang dirasakan pasien.

Pemberian terapi musik dalam beberapa hari dengan durasi tertentu menunjukkan adanya penurunan skor halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia, sehingga terapi musik dapat dinilai sebagai salah satu intervensi keperawatan yang efektif. (Febrianasari et al., 2024).

2.4.10 SOP Terapi Musik

Tabel 2. 1 Standar Operasional Prosedur Terapi Instrumental Dangdut

Terapi Musik	
Standar Operasional Prosedur	
Pengertian	Terapi musik didefinisikan sebagai salah satu modalitas intervensi kesehatan berbasis media musik yang dirancang untuk mengoptimalkan serta memulihkan domain fisik, emosional, kognitif, dan interaksi sosial pasien dalam spektrum rentang usia (Riyana, 2024).
Tujuan	1. **Mengalihkan Fokus (Distraksi)**: Mengalihkan perhatian pasien dari stimulasi persepsi suara yang mengganggu akibat halusinasi. 2. **Regulasi Emosi**: Membantu meregulasi emosi serta memberikan efek relaksasi dan ketenangan jiwa bagi pasien. 3. Reduksi Simtom: Menurunkan intensitas tanda dan gejala klinis halusinasi pendengaran. 4. Mengukur perubahan tingkat halusinasi sebelum dan sesudah terapi menggunakan *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS)
Indikasi	1. Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) 2. Pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi 3. asien dengan gangguan alam perasaan (depresi) dan stres kognitif/emosional 4. Pasien yang membutuhkan rehabilitasi fungsi

	motorik dan terapi gerak
Kontra Indikasi	1. Pasien dengan inkonsistensi preferensi dan selera musik personal 2. Pasien dengan tingkat kecemasan berat (*severe anxiety*) atau agitasi 3. Pasien dengan riwayat gangguan auditori atau sensitivitas pendengaran 4. Pasien dengan riwayat trauma psikologis (*trauma trigger*) yang terasosiasi dengan genre musik tertentu (seperti dangdut)
Tindakan	A. Persiapan Alat : 1. Music Box 2. Headset 3. Lembar *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS) B. Tahap Pra Interaksi : 1. Menyiapkan alat 2. Menempatkan peralatan di dekat area pasien. 3. Menyiapkan lembar AHRS untuk penilaian awal. C. Tahap Orientasi : 1. Memberikan salam dan menyapa pasien 2. Melakukan kontrak waktu 3. Menjelaskan tujuan, manfaat, serta langkah-langkah prosedur terapi musik. 4. Menanyakan persetujuan (*informed consent*) dan kesiapan pasien. D. Tahap Kerja : 1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya sebelum intervensi dimulai.

	2. Melakukan pengkajian awal menggunakan AHRS dan mencatat skor sebelum terapi. 3. Pasien terlebih dahulu di ukur tingkat halusinasi nya menggunakan AHRS 4. Membantu pasien mengambil posisi duduk yang nyaman, rileks, serta mengondisikan lingkungan agar tenang dan minim gangguan (*distraksi auditori/visual*). 5. Mengawali kegiatan dengan berdoa bersama (membaca *Basmalah*) 6. Pastikan headset /musik box/handphone dalam keadaan baik. 7. Perawat memasangkan headset kepada klien 8. Perawat mulai memutarkan musik . 9. Atur volume musik agar nyaman untuk klien 10. Batasi stimulus eksternal seperti cahaya,suara.panggilan telpon selama mendengarkan musik. 11. Terapi musik diberikan selama 10-15 menit. 12. Setalah 15 menit musik akan diberhentikan dan dilakukan pengukuran halusinasi setelah terapi 13. Setelah terapi selesai, lakukan pengukuran ulang menggunakan AHRS dan catat skor setelah terapi. E. Terminasi : 1. Mengkaji proses dan hasil dari terapi musik 2. Membandingkan skor AHRS sebelum dan sesudah terapi 3. Mengukur kembali tingkat halusinasi pasien 4. Menganalisis sesi yang telah dilakukan untuk melihat keefektifan terapi

	5. Menganilisis hasil dan catatan terapi sehingga perawat dapat mengetahui proses tehnik yang dilakukan pasien dalam melakukan terapi musik
Evaluasi	1. Tanyakan kepada pasien terkait perasaan dan kondisi setelah melakukan terapi musik 2. Mengevaluasi perubahan tingkat halusinasi berdasarkan skor AHRS sebelum dan sesudah terapi. 3. Menentukan tindak lanjut apabila masih ditemukan gejala halusinasi yang tinggi.
Dokumentasi	1. Mencatat tanggal dan jam saat tindakan terapi dilakukan 2. Mencatat jenis tindakan keperawatan yang diberikan (*Pemberian Terapi Musik untuk Mengontrol Halusinasi*). 3. Mencatat respon subjektif (keluhan/perasaan pasien) dan respon objektif (perubahan perilaku, skor AHRS *pre* & *post* terapi) selama dan setelah tindakan. 4. Mencantumkan nama terang dan tanda tangan (paraf) perawat pelaksana sebagai bentuk tanggung jawab profesional.

Sumber: https://share.google/pLRamQ4YnktxkcTJV

2.5 Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Halusinasi Pendengaran

2.5.1 Pengkajian

Sebagai tahap mendasar dalam proses asuhan keperawatan, pengkajian bertujuan mengumpulkan data secara sistematis guna mengidentifikasi masalah kesehatan klien secara holistik, meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pada keperawatan jiwa, sintesis hasil pengkajian dikelompokkan ke dalam komponen utama: identifikasi faktor presipitasi, penilaian emosional dan kognitif terhadap stresor, evaluasi sumber koping, serta pemetaan mekanisme koping yang adekuat pada pasien (Adityas & Putra, 2022).

Menurut Keliat (2014, dalam Sakti, 2023), pengkajian keperawatan pada pasien halusinasi harus berfokus pada empat karakteristik utama: isi halusinasi, waktu terjadinya, frekuensi kemunculan, serta respons emosional maupun perilaku yang ditunjukkan klien. Pengumpulan data dasar ini harus dilaksanakan secara sistematis dan holistik agar perawat dapat mengidentifikasi masalah secara tepat sebagai acuan dalam perumusan diagnosis keperawatan jiwa.

1. Identitas Klien

   Pengkajian diawali dengan tahap bina hubungan saling percaya (BHSP) melalui perkenalan dan pembuatan kontrak awal antara perawat dan klien. Perawat menyampaikan nama lengkap, nama panggilan, serta menjelaskan tujuan interaksi, alokasi waktu, tempat, dan topik yang akan didiskusikan.

   Selanjutnya, perawat melengkapi data demografi dan identitas administratif klien yang mencakup:

   A. Nama Klien (Inisial)
   B. Usia
   C. Jenis Kelamin
   D. Tanggal Pengkajian/Asesmen
   E. Tanggal Masuk Rumah Sakit (TMRS)
   F. Nomor Rekam Medis (RM)
   G. Alamat Lengkap
   H. Penanggung Jawab / Kontak Keluarga yang Dapat Dihubungi

2. Keluhan Utama/Alasan Masuk

   Pengkajian keluhan utama bertujuan mengidentifikasi stresor presipitasi yang melatarbelakangi pasien dibawa mendapatkan perawatan jiwa. Klien dengan halusinasi umumnya dirujuk karena menunjukkan simtom maladaptif, seperti verbalisasi/tertawa sendiri tanpa stimulus, respons fisik terhadap suara bisikan, perilaku keluyuran, hingga penarikan diri secara sosial. Dalam tahap ini, perawat melakukan eksplorasi

mendalam kepada keluarga terkait alasan utama kunjungan, intervensi mandiri yang telah dilakukan di rumah, serta sejauh mana dampak tindakan tersebut terhadap pemulihan kondisi klien.

3. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi didefinisikan sebagai faktor internal maupun eksternal yang mempengaruhi kerentanan psikologis seseorang sehingga memicu perkembangan respons halusinasi (Wijayati dkk., 2019). Secara komprehensif, faktor kerentanan ini terbagi menjadi:

a) Faktor biologis

Faktor genetik memiliki peran dalam risiko terjadinya skizofrenia, terutama pada saudara kembar identik yang dibesarkan secara terpisah. Kelompok ini memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami skizofrenia dibandingkan dengan saudara kandung lainnya.

b) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang kurang baik dapat menjadi pemicu munculnya stres dan kecemasan sehingga berisiko menyebabkan gangguan dalam orientasi terhadap realitas.

c) Faktor sosiokultural

Stres yang berlangsung secara terus-menerus dapat mempercepat munculnya gejala skizofrenia, meskipun stres bukan merupakan faktor penyebab utama terjadinya gangguan tersebut.

d) Riwayat klien

Riwayat gangguan kesehatan mental sebelumnya, pengalaman kekerasan baik secara fisik maupun psikologis, penolakan dari lingkungan sosial, serta trauma masa lalu dapat menjadi faktor tambahan yang berkontribusi terhadap munculnya skizofrenia.

4. Faktor Faktor Presipitasi (Pencetus)

Faktor pencetus merupakan stimulasi internal maupun eksternal yang memicu kembali atau memperberat manifestasi gejala halusinasi pada pasien. Dalam pendekatan keperawatan jiwa, faktor presipitasi ini dikelompokkan ke dalam :

a) Biologis

Adanya gangguan pemrosesan informasi pada sistem saraf pusat (khususnya area talamus dan lobus frontalis) serta disfungsi mekanisme penyaringan stimulasi (*sensory gating mechanism*), yang menyebabkan pasien kesulitan memilah input sensori dari lingkungan.

b) Stresor lingkungan

Rendahnya ambang batas toleransi pasien terhadap stresor (*stress threshold*) dari lingkungan sekitar, sehingga memicu eskalasi respons emosional dan gangguan perilaku maladaptif..

c) Psikologis

Tingginya tingkat kecemasan (*severe anxiety*) yang dialami pasien secara terus-menerus, dikombinasikan dengan mekanisme koping yang maladaptif, menjadi pemicu utama terjadinya disfungsi persepsi sensori dalam bentuk halusinasi.

d) Mekanisme koping

Klien umumnya menunjukkan penggunaan mekanisme koping yang kurang adaptif, seperti regresi, proyeksi, dan menarik diri dari lingkungan sebagai upaya untuk mengurangi atau menghindari kecemasan yang dialaminya.

e) Sumberdaya koping

Pemanfaatan sumber dukungan yang efektif, baik dari keluarga, kerabat, maupun tenaga kesehatan profesional, berpengaruh signifikan terhadap keberhasilan adaptasi pasien.

f) Gejala proses (kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku):

g) Kesehatan

Berbagai faktor seperti durasi tidur yang tidak memadai, kelelahan fisik, malnutrisi, serta paparan infeksi berpotensi memperparah tingkat keparahan kondisi tersebut..

h) Lingkungan

Lingkungan yang tidak mendukung, isolasi sosial, tekanan ekonomi, dan stigma masyarakat dapat memperburuk gangguan tersebut.

i) Sikap dan prilaku

Harga diri yang rendah, keputusasaan, perilaku agresif, dan ketidakmampuan bersosialisasi juga umum terjadi pada klien yang mengalami halusinasi.

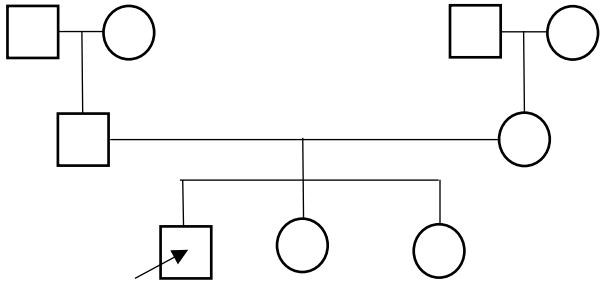
5. Pemeriksaan fisik

Perawat melakukan pemeriksaan fisik menyeluruh dari ujung kepala hingga ujung kaki. Pemeriksaan tersebut meliputi pengukuran tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, suhu tubuh, tinggi badan, dan penilaian keluhan fisik lainnya.

6. Psikososial

a. Genogram

Genogram umumnya dibuat dalam tiga generasi untuk menggambarkan hubungan keluarga klien, riwayat gangguan jiwa dalam keluarga, pola komunikasi, pola asuh, serta pihak yang berperan dalam pengambilan keputusan. Melalui genogram dapat diketahui kondisi dan pola hubungan keluarga yang berkaitan dengan masalah klien. Berikut contoh genogram.:



Bagan 2 2 Contoh Genogram

Keterangan:

: Perempuan

: Laki laki

: Klien

——— : Orang terdekat

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Pengkajian citra tubuh dilakukan untuk mengidentifikasi bagian tubuh yang disukai maupun tidak disukai oleh klien. Secara umum, klien tidak menunjukkan adanya keluhan terkait persepsi tubuhnya dan dapat menerima kondisi fisiknya dengan baik.

2) Identitas diri

Mengkaji peran yang dimiliki klien dalam keluarga maupun dalam lingkungan kelompok masyarakat..

3) Evaluasi fungsi peran dilakukan untuk menilai kemampuan klien dalam menjalankan fungsinya serta dampaknya terhadap kondisi emosional klien. Secara umum, terjadi penurunan kemampuan pada klien dalam memenuhi peran dan tanggung jawabnya, baik di lingkungan keluarga maupun masyarakat..

4) Ideal diri

Mengkaji harapan klien terhadap penyakit yang dialami, kondisi tubuh yang ideal, posisi, tugas, serta peran dalam keluarga, pekerjaan, maupun sekolah. Selain itu, perlu dikaji harapan klien terhadap lingkungan sekitar, serta bagaimana respons klien apabila kondisi yang terjadi Kondisi yang dialami sering kali tidak sejalan dengan harapan klien (Meylani & Pardede, 2022). Secara umum, klien mengharapkan pemulihan yang cepat agar dapat segera pulang, serta menginginkan penerimaan dan perlakuan yang baik dari pihak keluarga maupun lingkungan sekitar.

5) Harga diri

Klien dapat mengalami harga diri rendah yang berkaitan dengan kondisi sakit yang dialaminya. Namun, pada beberapa klien dengan halusinasi juga dapat ditemukan kemampuan menerima diri secara positif, meskipun pernah mengalami kesalahan, kekalahan, maupun kegagalan, sehingga tetap merasa bahwa dirinya memiliki nilai dan berharga (Syahdi & Pardede, 2022) Secara umum, interaksi sosial

klien dengan lingkungan sekitarnya cenderung merenggang, sehingga memunculkan perasaan tersisih atau dikucilkan dari hubungan bermasyarakat.

c. Hubungan sosial

Klien dengan gangguan halusinasi dapat mengalami harga diri rendah yang berkaitan dengan kondisi sakit yang dialaminya. Namun, terdapat pula klien yang mampu menerima dirinya tanpa syarat, meskipun pernah mengalami kesalahan, kekalahan, maupun kegagalan, sehingga tetap merasa bahwa dirinya memiliki nilai dan berharga (Syahdi & Pardede, 2022). Pada umumnya, klien juga dapat mengalami hubungan interpersonal yang kurang baik dengan orang lain sehingga menyebabkan munculnya perasaan dikucilkan dari lingkungan sekitar.

d. Spiritual

1) Nilai keyakinan

Mengkaji pandangan dan keyakinan klien terhadap gangguan jiwa berdasarkan nilai budaya serta agama yang dianut oleh klien. Pada umumnya, klien masih menunjukkan keyakinan terhadap agama yang dianutnya, yang dapat terlihat dari pelaksanaan ibadah sesuai dengan kepercayaannya

2) Kegiatan ibadah

Mengkaji aktivitas ibadah yang dilakukan klien di rumah, baik secara individu maupun bersama kelompok. Pada umumnya, klien dapat mengalami perubahan dalam pelaksanaan ibadah sesuai dengan keyakinannya. Nilai dan keyakinan pada klien dengan gangguan jiwa terkadang dipengaruhi oleh pandangan yang berkembang dalam agama maupun budaya. Selama mengalami sakit, aktivitas ibadah klien dapat terganggu atau justru dilakukan secara berlebihan.

7. Penampilan

a. Penampilan

Melakukan observasi terhadap penampilan klien secara

menyeluruh dari ujung rambut hingga ujung kaki, meliputi kondisi rambut, kerapian pakaian, posisi kancing baju, penggunaan pakaian yang sesuai, serta kebersihan diri. Pada umumnya, klien dapat menunjukkan penampilan yang kurang rapi, tidak sesuai, atau mengalami perubahan dibandingkan dengan kondisi sebelumnya.

b. Alam perasaan

Melakukan pengamatan terhadap kondisi perasaan dan suasana emosi klien yang dapat berlangsung dalam jangka waktu tertentu akibat faktor presipitasi, seperti perasaan sedih, putus asa, maupun sikap apatis. Pada umumnya, klien dapat menunjukkan perasaan sedih, putus asa, kegembiraan yang berlebihan, serta kemarahan yang muncul tanpa alasan yang jelas.

c. Pembicaraan

Observasi status emosional dilakukan untuk menilai afek dan alam perasaan klien yang menetap akibat faktor presipitasi, seperti kesedihan, keputusasaan, atau sikap apatis. Pada umumnya, klien menunjukkan dinamika emosi yang tidak stabil, meliputi rasa sedih, putus asa, euforia berlebihan, hingga dorongan marah tanpa pemicu yang jelas.

d. Aktivitas motorik

Melakukan pengamatan terhadap kondisi fisik dan aktivitas motorik klien, seperti adanya peningkatan atau penurunan aktivitas, perilaku impulsif, maupun gerakan yang tidak normal. Pada umumnya, klien dapat terlihat gelisah, berjalan mondar-mandir, serta menunjukkan gerakan mulut seperti sedang berbicara sendiri.

e. Afek

Observasi terhadap kondisi emosional menunjukkan bahwa afek dan alam perasaan klien cenderung labil tanpa pemicu yang jelas. Klien tampak mengalami perubahan emosi yang mendadak, seperti menangis dan bersedih, yang kemudian berlanjut dengan sikap pasif serta menunduk. Selain itu, afek yang ditampilkan sering kali tumpul, datar,

tidak sesuai (*inappropriate*), maupun ambivale.

f. Interaksi selama wawancara

Selama proses interaksi, dapat dilakukan pengamatan terhadap perilaku klien, seperti tampak berbicara sendiri, komat-kamit, tertawa tanpa adanya stimulus yang jelas, serta perilaku yang tidak sesuai dengan topik pembicaraa.

g. Persepsi

Melakukan pengamatan/observasi terhadap jenis halusinasi yang dialami oleh klien. Pada umumnya, klien dapat mengalami persepsi berupa mendengar, melihat, meraba, atau mengecap sesuatu yang sebenarnya tidak ada, dengan waktu kejadian yang tidak dapat dipastikan dan tidak sesuai dengan kenyataan

h. Waktu

Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang dialami pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul pukul berapa?

i. Frekuensi

Frekuensi terjadinya halusinasi perlu diamati, apakah muncul secara terus-menerus atau hanya terjadi sesekali, jarang, maupun sudah tidak muncul kembali. Dengan mengetahui frekuensi munculnya halusinasi, dapat ditentukan perencanaan tindakan yang tepat untuk membantu mencegah kekambuhan pada pasien. Halusinasi sering kali muncul ketika pasien tidak memiliki aktivitas, sedang melamun, atau ketika berada dalam kondisi menyendiri.

ii. Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi.

Mengidentifikasi situasi munculnya halusinasi, apakah terjadi ketika pasien sedang sendiri atau setelah melakukan aktivitas tertentu. Hal ini bertujuan untuk menentukan intervensi khusus yang tepat saat halusinasi muncul serta membantu menghindari kondisi yang dapat memicu terjadinya halusinasi, sehingga pasien

tidak terlalu larut dalam pengalaman halusinasinya.

iii. Respon

Untuk mengetahui respons atau tindakan yang dilakukan pasien ketika halusinasi muncul. Perawat dapat menggali informasi dengan menanyakan kepada pasien mengenai hal yang dirasakan maupun perilaku yang dilakukan saat mengalami halusinasi. Selain itu, informasi juga dapat diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, serta melalui observasi langsung terhadap perilaku pasien ketika halusinasi terjadi. Pada pasien dengan halusinasi, sering ditemukan perilaku seperti mudah marah, tersinggung, dan memiliki rasa curiga terhadap orang lain

8. Proses pikir

Melakukan pengamatan/observasi terhadap proses berpikir klien selama wawancara. Pada umumnya, klien mengalami kesulitan dalam mengorganisasi dan menyusun pembicaraan secara logis serta koheren, sehingga pembicaraan dapat terlihat tidak berhubungan atau berbelit-belit. Kondisi tersebut sering menyebabkan lingkungan sekitar merasa takut, bingung, atau menganggap perilaku klien sebagai sesuatu yang tidak biasa.

9. Isi pikir

Mengamati isi pikiran klien selama proses wawancara. Pada umumnya, klien dapat menunjukkan perasaan curiga terhadap suatu hal serta mengalami depersonalisasi, yaitu perasaan asing atau tidak mengenali diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitarnya. Kondisi tersebut biasanya disertai dengan keyakinan yang didasarkan pada penilaian yang tidak sesuai dengan kenyataan.

10. Tingkat kesadaran

Mengamati/mengobservasi tingkat kesadaran klien. Pada umumnya, klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dapat mengalami penurunan tingkat kesadaran seperti stupor yang disertai gangguan motorik, berupa kekakuan, gerakan berulang, serta posisi tubuh yang tampak tidak wajar. Selain itu, klien dapat terlihat bingung, kacau,

dan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat, maupun waktu.

11. Memori

Pengkajian fungsi kognitif ini bertujuan untuk mengamati kapasitas memori klien. Secara umum, klien yang mengalami halusinasi pendengaran kerap menunjukkan kejanggalan memori berupa pengisian celah ingatan dengan cerita rekaan (konfabulasi) guna menutupi keterbatasannya. Gambaran daya ingat klien terbagi menjadi:

a. Daya ingat jangka panjang : Terpeliharanya ingatan terhadap peristiwa masa lalu (lebih dari satu bulan)
b. Daya ingat jangka menengah : Kemampuan meretensi kejadian yang berlangsung dalam satu minggu terakhir.
c. Daya ingat jangka pendek : Keterbatasan atau kegagalan dalam mengingat informasi dan kejadian yang sedang berlangsung saat ini.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mengamati/mengobservasi tingkat konsentrasi dan kemampuan berhitung klien selama proses wawancara. Pada umumnya, klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran cenderung mengalami kesulitan dalam mempertahankan konsentrasi. Klien sering kali tidak mampu menjelaskan kembali pembicaraan yang telah disampaikan dan meminta lawan bicara untuk mengulangi pernyataan yang diberikan.

13. Kemampuan penilaian

Mengamati gangguan kemampuan penilaian pada klien, baik berupa gangguan ringan seperti masih mampu mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain, maupun ketidakmampuan dalam mengambil keputusan meskipun telah diberikan bantuan. Pada umumnya, klien dengan gangguan persepsi sensori mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi kondisi dirinya sendiri, serta tidak mampu menjalankan keputusan yang telah disepakati. Klien juga sering kali tidak menyadari bahwa pikiran maupun perkataan yang disampaikan tidak sesuai dengan kenyataan.

14. Daya tilik diri

Mengamati/mengobservasi pemahaman klien terhadap penyakit yang dialaminya. Pada pasien dengan halusinasi, sering kali ditemukan kecenderungan untuk menyangkal atau tidak mengakui kondisi yang diderita. Pasien dapat tidak menyadari adanya gejala atau perubahan yang terjadi pada dirinya, merasa tidak membutuhkan bantuan, serta menolak untuk mengungkapkan atau menceritakan mengenai kondisi penyakitnya.

15. Kebutuhan persiapan klien pulang

a. Makan

Menanyakan dan mengobservasi pola makan klien yang meliputi porsi, frekuensi, variasi, serta jenis makanan yang menjadi pantangan. Selain itu, perlu dikaji kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan peralatan makan. Pada kondisi yang berat, klien dapat lebih fokus terhadap halusinasi yang dialami sehingga kurang memperhatikan perawatan diri, termasuk mengabaikan kebutuhan makan karena menurunnya minat dan kepedulian terhadap dirinya.

b. BAB atau BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAK atau BAK serta kemampuan klien untuk membersihkan diri.

c. Mandi

Menanyakan dan mengobservasi kebiasaan perawatan diri klien yang meliputi frekuensi mandi, cara mandi, menyikat gigi, mencuci rambut, memotong kuku, serta bercukur. Selain itu, dilakukan observasi terhadap kebersihan tubuh dan adanya bau badan pada klien. Pada umumnya, klien dapat menunjukkan perilaku perawatan diri yang tidak sesuai, seperti mandi secara berulang-ulang atau justru tidak melakukan aktivitas mandi sama sekali.

d. Berpakaian

Mengamati/mengobservasi kemampuan klien dalam mengenakan pakaian dan alas kaki, serta melakukan penilaian terhadap penampilan dan kerapian diri klien. Pada umumnya, klien dapat menunjukkan

penampilan yang kurang terawat, seperti berpakaian tidak rapi, tidak sesuai dengan kondisi, dan jarang mengganti pakaian.

e. Observasi

Menggali informasi dan mengobservasi pola istirahat klien, meliputi durasi dan waktu tidur siang maupun malam. Pada umumnya, kualitas istirahat klien dapat terganggu ketika halusinasi muncul. Perlu ditanyakan pula aktivitas yang dilakukan sebelum tidur serta kegiatan yang dilakukan setelah bangun tidur.

f. Pemaliharaan kesehatan

Menanyakan kepada klien dan keluarga mengenai rencana perawatan lanjutan, meliputi jenis perawatan, cara pelaksanaan, waktu, tempat perawatan, serta pihak yang menjadi sistem pendukung bagi klien seperti keluarga, teman, maupun lembaga pelayanan kesehatan. Selain itu, perlu dikaji bagaimana cara memanfaatkan dukungan tersebut dalam pemeliharaan kesehatan klien. Peran keluarga dan sistem pendukung sangat berpengaruh dalam keberlangsungan perawatan dan proses pemulihan klien.

g. Aktifitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam belanja untuk keperluan sehari-hari, serta kegiatan lain yang dilakukan di luar rumah.

h. Akifitas dalam rumah

Menanyakan kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, meliputi kemampuan merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, menjaga kerapian rumah seperti membersihkan kamar tidur, dapur, menyapu, dan mengepel. Selain itu, perlu dikaji kemampuan klien dalam mencuci pakaian sendiri serta mengelola kebutuhan biaya untuk kehidupan sehari-hari.

16. Mekanisme koping

Mekanisme koping yang kerap digunakan oleh klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dalam menghadapi stresor meliputi:

a. Regresi Klien dengan gangguan persepsi sensori: Klien menunjukkan kecenderungan untuk menghindar dari tuntutan atau masalah yang dihadapi.
b. Proyeksi Klien dengan gangguan persepsi sensori: Klien berusaha mengalihkan tanggung jawab atau melemparkan penyebab perubahan persepsinya kepada orang lain.
c. Menarik Diri Klien dengan gangguan persepsi sensori: Klien mengalami krisis kepercayaan terhadap orang lain dan lebih terfokus pada stimulus internal yang dialaminya.

17. Terapi yang di berikan

Penatalaksanaan psikofarmaka pada klien dengan halusinasi umumnya melipatkan pemberian antipsikotik, seperti *Haloperidol* (HP/HLP), *Chlorpromazine* (CPZ), dan *Trifluoperazine* (TFP/TFZ). Selain itu, obat antiparkinson seperti *Trihexyphenidyl* (THP) atau *Trihexyphenidyl/Artane* turut diberikan sebagai terapi profilaksis untuk meminimalkan efek samping ekstrapiramidal.

2.5.2 Analisa Data

Analisis data keperawatan merupakan suatu proses sistematis dalam mengolah dan menginterpretasikan data yang diperoleh dari pasien untuk mengidentifikasi masalah kesehatan maupun masalah keperawatan yang dialami. Berikut merupakan analisis data pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi..

Tabel 2.2 Analisa Data

No	Data	Masalah
1	**Data subjektif :** 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pendengaran, atau pengecapan **Data obyektif :** 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai	**Gangguan persepsi sensori : (halusinasi pendengaran) D.0085.**

	3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu 4. Berbicara, senyum dan tertawa sendiri 5. Pembicaraan kacau dan terkadang tidak masuk akal 6. Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan tidak nyata 7. Menarik diri dan menghindar dari orang lain 8. Disorientasi 9. Tidak bisa memusatkan perhatian atau konsentrasi menurun 10. Perasaan curiga, takut,gelisah, dan bingung 11. Tidak mampu melakukan aktifitas mandiri dan kurang mengontrol diri 12. Menunjukan perilaku merusak diri dan lingkungan	
2	**Data subjektif:** 1. Merasa ingin sendirian 2. Merasa tidak aman di tempat umum **Data objektif :** 1. Menarik diri 2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan	**Isolasi sosial (D.0121)**
3	**Data Subjektif** 1. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah. 2. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. **Data Objektif** 1. Mata melotot/pandangn tajam. B 2. Tangan mengepal dan Rahang mengatup. 3. Wajah memerah. d. Postur tubuh kaku. 4. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor. 5. Suara keras. 6. Bicara kasar, ketus.	**Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)**

	7. Menyerang orang lain 8. Melukai diri sendiri/orang lain. 9. Merusak lingkungan. 10. Amuk/agresif	

2.5.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan maupun proses kehidupan yang bersifat aktual ataupun berisiko terjadi (Sianturi, 2021). Berdasarkan SDKI, masalah keperawatan yang kemungkinan dapat muncul pada pasien adalah :

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, (D.0085)
2. Isolasi sosial (D.012)
3. Risiko Perilaku Kekerasan (D.014)

2.5.4 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan suatu rencana tindakan yang dirancang oleh perawat untuk mencapai luaran yang telah ditetapkan melalui penentuan prioritas masalah, perumusan tujuan, serta penetapan kriteria hasil yang diharapkan (Sharfina, 2019).

Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi pendengaran mengacu pada SLKI (2019) dan SIKI (2018), yang mencakup penetapan tujuan keperawatan serta penyusunan langkah-langkah intervensi untuk menurunkan gejala halusinasi dan meningkatkan kemampuan klien dalam mengendalikan persepsinya.

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	Gangguan sensori: persepsi halusinasi pendengaran. (SDKI D.0085)	(L.09083) Setelah dilakukan intervensi keperawatan ...x.. jam, maka diharapkan persepsi sensori	**Manajemen Halusinasi (I.09288)** Observasi 1. Monitor perilaku yang

		meningkat Dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Distorsi sensori menurun Perilaku halusinasi menurun	mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik 1. Ciptakan dan pertahankan lingkungan yang aman bagi klien 2. Terapkan tindakan keselamatan untuk mengendalikan perilaku yang tidak terkontrol (seperti penetapan batasan/*limit setting*, pembatasan area/wilayah, pengekangan fisik/*restraint*, atau seklusi).

			3. Eksplorasi perasaan serta respons psikologis klien saat mengalami halusinas 4. Hindari memperdebatkan kebenaran atau validitas dari persepsi halusinasi yang dirasakan klien 5. Edukasi klien untuk menerapkan teknik distraksi **(seperti mendengarkan musik, beraktivitas, atau latihan relaksasi) saat halusinasi muncul**. Edukasi 1. Anjurkan klien melakukan pemantauan mandiri terhadap waktu dan situasi pemicu

			munculnya halusinasi. 2. Anjurkan klien melakukan pemantauan mandiri terhadap waktu dan situasi pemicu munculnya halusinasi. 3. Edukasi klien dan keluarga mengenai strategi mengontrol halusinasi (seperti menghardik, bercakap-cakap, beraktivitas, dan patuh obat) Kolaborasi 1. Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi psikofarmaka (antipsikotik dan antiansietas) sesuai indikasi.
2	Isolasi sosial	(L.13116). Setelah dilakukan tindakan	**Promosi Sosialisasi (I.13498) Observasi**

	berhubungan dengan perubahan status mental (D.0121)	keperawatan selama ...x... jam diharapkan interaksi sosial meningkat dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi berinteraksi meningkat 2. Minat berinteraksi meningkat. 3. Kontak mata meningkat. 4. Komunikasi verbal meningkat. 5. Partisipasi dalam kegiatan sosial meningkat. 6. Perilaku menarik diri menurun. 7. Perasaan kesepian menurun.	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 di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku) 5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain

			6. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan 7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan **Edukasi** 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 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 dan alat

			bantu dengar) 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilasi komunikasi 8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat
3	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	(L.09076) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..,x... jam diharapkan kemampuan mengontrol perilaku meningkat dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan Menurun	**Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)** **Observasi** 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan baran yang dibawa oleh pengunjung

2.5.5 Implementasi

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Strategi Pelaksanaan (SP) halusinasi, yang diawali dengan kontrak terapeutik meliputi penjelasan tujuan, waktu, tempat, serta peran pasien selama intervensi. Setiap

tindakan dan respons pasien didokumentasikan secara sistematis untuk mengevaluasi perkembangan kondisi pasien (Gasril, 2021). Selain penerapan SP halusinasi, di berikan terapi musik instrumental dangdut sebagai intervensi nonfarmakologis untuk membantu mengontrol halusinasi pendengaran. Musik instrumental dangdut dipilih karena memiliki irama yang ritmis, tempo sedang (60–75 bpm), serta familiar bagi sebagian besar masyarakat Indonesia sehingga mampu menarik perhatian pasien terhadap stimulus eksternal tanpa terganggu oleh lirik lagu. Selama terapi berlangsung, pasien diarahkan untuk memusatkan perhatian pada alunan musik sehingga perhatian terhadap stimulus internal berupa suara halusinasi dapat beralih ke stimulus nyata. Stimulasi musik ini bekerja melalui sistem pendengaran dan sistem limbik yang berperan dalam pengaturan emosi, sehingga dapat memberikan efek relaksasi, menurunkan kecemasan, serta membantu mengurangi frekuensi, durasi, dan intensitas halusinasi pendengaran (PPNI, 2017). Pada penelitian ini, terapi musik instrumental dangdut diberikan selama 25 menit pada setiap sesi dan dilaksanakan selama empat hari berturut-turut, dengan pengukuran tingkat halusinasi menggunakan *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS) sebelum dan sesudah terapi untuk menilai perubahan gejala halusinasi setelah intervensi (Kartina, 2020).

2.5.6 Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan **SOAP** (Nurliali, 2021):

- **S (Subjektif):** Pernyataan atau respons klien terhadap tindakan.
- **O (Objektif):** Observasi perawat terhadap perubahan perilaku dan kondisi klien.
- **A (Analisis):** Penilaian ulang data untuk menilai perkembangan atau masalah baru.
- **P (Rencana):** Langkah tindak lanjut berdasarkan analisis.

Kriteria luaran yang diharapkan setelah terapi musik:

- Frekuensi verbal mendengar suara atau bisikan berkurang.
- Distorsi sensorik menurun.
- Perilaku terkait halusinasi berkurang secara signifika

- Terjadi penurunan skor AHRS setelah pemberian terapi instrumen musik dibandingkan dengan skor sebelum intervensi