BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu skhizein yang berarti "terbelah" atau "pecah," dan phren yang merujuk pada "pikiran," yang juga berhubungan erat dengan aspek emosional. Oleh karena itu, individu yang mengalami skizofrenia dapat diartikan sebagai seseorang yang mengalami perpecahan dalam fungsi mental dan emosinya (Syamsi et al., 2022).

Skizofrenia sendiri merupakan suatu sindrom kompleks yang memiliki dampak merusak, tidak hanya bagi individu yang mengalaminya tetapi juga bagi lingkungan sosial di sekitarnya (Sustrami et al., 2023). Kondisi ini umumnya mulai muncul pada masa akhir remaja dan dapat mengganggu berbagai aspek kehidupan sehari-hari secara signifikan (Apriliyanti et al., 2021).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Videbeck (2016 dalam Syamsi et al., 2022), skizofrenia bukanlah satu penyakit tunggal, melainkan sebuah kategori diagnosis yang mencakup berbagai gangguan dengan gejala perilaku yang hampir serupa, meskipun penyebabnya dapat sangat beragam. Hingga saat ini, penyebab pasti dari skizofrenia belum diketahui, namun berbagai studi menunjukkan bahwa gangguan ini dapat dipengaruhi oleh faktor biologis, biokimia, genetik, serta aspek psikososial (Keliat, 2011 dalam Syamsi et al., 2022).

a. Faktor Genetik

Aspek keturunan dianggap memiliki kontribusi dalam timbulnya skizofrenia. Risiko seseorang untuk mengalami skizofrenia akan meningkat apabila memiliki hubungan keluarga dekat dengan penderita. Selain itu, gangguan kejiwaan yang memiliki kesamaan. karakteristik seperti gangguan kepribadian skizotipal, skizoid, dan paranoid juga lebih sering ditemukan dalam keluarga biologis pasien skizofrenia Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

b. Neuropatologi

Menjelang akhir abad ke-20, para peneliti menemukan adanya potensi dasar neuropatologis dalam skizofrenia. Temuan tersebut mencakup kelainan pada sistem limbik dan ganglia basalis, serta gangguan struktural dan fungsional di korteks serebral, talamus, dan batang otak.

1) Sistem limbik :Sistem ini berperan dalam pengendalian emosi dan diyakini terlibat dalam mekanisme skizofrenia. Pada pasien skizofrenia, terjadi penyusutan ukuran pada amigdala, hipokampus, dan girus parahipokampus.

2). Struktur otak : Pasien skizofrenia cenderung memiliki ventrikel lateral yang membesar sekitar 21%, serta penurunan volume otak sebanyak 2%, khususnya di area materi abu-abu lobus frontal dan temporal, termasuk hipokampus

3). Fungsi otak : Penurunan aktivitas korteks prefrontal dorsolateral saat kondisi diam dan selama pelaksanaan tugas eksekutif, serta peningkatan aktivitas di area korteks frontal medial telah ditemukan (Hany M, Rehman B, Rizvi A, et al., 2023). Berbagai studi pencitraan otak telah mengungkapkan bahwa individu dengan skizofrenia cenderung mengalami penurunan jumlah jaringan otak, yang kemungkinan dipengaruhi oleh kelainan perkembangan atau degenerasi jaringan. Hasil pemeriksaan CT scan menunjukkan adanya pelebaran ventrikel otak serta atrofi pada bagian korteks. Sementara itu, pemeriksaan PET scan memperlihatkan adanya penurunan aktivitas metabolik, khususnya terhadap oksigen dan glukosa, di wilayah frontal otak. Temuan ilmiah secara konsisten menunjukkan adanya pengurangan volume otak serta gangguan fungsi di area lobus temporal dan frontal pada pasien yang menderita skizofrenia.

c.Faktor Sosiokultural dan Lingkungan Kondisi sosial dan lingkungan juga berpengaruh terhadap timbulnya skizofrenia. Individu yang tinggal di lingkungan berpenghasilan rendah memiliki risiko lebih besar untuk menunjukkan gejala skizofrenia dibandingkan mereka yang berasal dari kalangan ekonomi lebih tinggi. Faktor-faktor seperti kemiskinan, tempat tinggal yang padat, kekurangan gizi, kurangnya perawatan ini.

d. Faktor Presipitasi (Pencetus)

1). Biologis: Stresor biologis berkaitan dengan respon neurobiologis maladaptif, termasuk gangguan pada sistem komunikasi otak serta abnormalitas mekanisme penyaringan informasi di otak, yang menyebabkan kesulitan dalam memilah dan merespons rangsangan secara tepat.

2). Lingkungan: Faktor stres dari lingkungan dapat memperburuk Risiko gangguan pikiran pada individu yang memiliki ambang stres rendah akibat kondisi biologis tertentu.

3). Pemicu Gejala : Pemicu adalah faktor atau kondisi yang dapat mengawali munculnya kembali gejala skizofrenia. Pemicu tersebut bisa berasal dari kondisi kesehatan, tekanan lingkungan, sikap mental, maupun perilaku individu (Hany M, Rehman B, Rizvi A, et al., 2023)

e. Faktor Risiko

1). Riwayat keluarga (genetik) Memiliki anggota keluarga dengan skizofrenia meningkatkan Risiko.

2). Ketidakseimbangan neurotransmitter otak terutama dopamin yang berperan dalam munculnya halusinasi.

3). Kelainan struktur dan fungsi otak Gangguan pada area otak yang memproses suara.

4). Komplikasi prenatal dan perinatal Infeksi saat kehamilan, kekurangan oksigen saat lahir.

5).Stres psikologis berat Trauma masa kecil, kehilangan, atau tekanan hidup.

6). Penggunaan zat psikoaktif Seperti ganja, amfetamin, dan narkoba lainnya.

7). Lingkungan sosial yang buruk Isolasi sosial, konflik keluarga, kurang dukungan.

8). Kurang tidur atau kelelahan berat dapat memicu munculnya halusinas.

9). Kepatuhan pengobatan rendah Putus obat dapat memperburuk gejala.

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III), skizofrenia diklasifikasikan ke dalam beberapa tipe berdasarkan ciri khas gejala yang dialami. Berikut ini adalah pengelompokan jenis-jenis skizofrenia (Maslim, 2021).

1. Skizofrenia Paranoid

Jenis ini ditandai dengan gejala halusinasi dan/atau waham yang dominan. Meskipun pasien memenuhi kriteria umum skizofrenia, mereka tidak menunjukkan gangguan afek, kemauan, pembicaraan, maupun gejala katatonik secara mencolok.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Tipe ini biasanya muncul pertama kali pada usia remaja hingga dewasa muda, sekitar 15 hingga 21 tahun. Diagnosis ditegakkan jika gejala berlangsung setidaknya 2–3 minggu. Ciri utamanya adalah afek dangkal dan tidak sesuai, perilaku seperti senyum sendiri, serta sering mengulang perkataan tanpa tujuan jelas.

3. Skizofrenia Katatonik

Pasien dengan tipe ini menunjukkan gangguan motorik yang khas, seperti stupor (tidak responsif dan diam), gaduh-gelisah (gerakan tidak terarah akibat rangsangan), dan rigiditas tubuh. Diagnosis katatonik kadang tertunda karena pasien yang tidak kooperatif dapat menghambat penggalian gejala lebih lanjut.

4. Skizofrenia Tak Terinci

Kategori ini digunakan bila pasien memenuhi kriteria skizofrenia secara umum, tetapi tidak cocok dimasukkan ke dalam tipe paranoid, hebefrenik, atau katatonik. Selain itu, pasien juga tidak sesuai untuk diklasifikasikan ke dalam bentuk residual maupun pascaskizofrenia.

5. Skizofrenia Pascaskizofrenia

Jenis ini menggambarkan kondisi pasien yang pernah mengalami skizofrenia dalam 12 bulan terakhir, di mana gejala psikotik tidak lagi dominan, namun masih ada, dan disertai dengan gejala depresi yang cukup mengganggu.

6. Skizofrenia Simpleks

Pasien dengan tipe ini menunjukkan gejala negatif seperti penurunan aktivitas sosial, kurang motivasi, dan afek datar, tanpa riwayat sebelumnya terkait halusinasi, waham, atau episode psikotik lainnya.Terdapat perubahan perilaku yang signifikan dalam kehidupan seharihari.

7. Skizofrenia Tak Spesifik

Merupakan kategori yang digunakan apabila kondisi pasien tidak dapat dimasukkan ke dalam klasifikasi tipe-tipe skizofrenia yang telah disebutkan sebelumnya.

2.1.4 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Menurut Maramis (2022), gejala pada penderita skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga kelompok utama, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif:

1. Gejala Positif

Gejala positif adalah gejala yang menambahkan sesuatu pada fungsi normal individu, berupa pengalaman atau perilaku yang tidak biasa pada orang sehat. Gejala ini meliputi:

a. Waham (*delusi*)

Keyakinan yang keliru dan tidak sesuai kenyataannamun tetap diyakini secara kuat oleh pasien, meskipun telah diberikan bukti yang menunjukkan ketidaksesuaian keyakinan tersebut.

b. Halusinasi

Persepsi indra yang salah tanpa adanya stimulus eksternal.Penderita dapat merasakan, melihat, mendengar, mencium, atau menyentuh sesuatu yang sebenarnya tidak nyata.

c. Pikiran dan pembicaraan tidak teratur

Ditunjukkan melalui cara bicara yang kacau, tidak runtut, serta penggunaan katakata atau bahasa yang tidak lazim.

d. Perilaku tidak terorganisir

Aktivitas yang tidak sesuai dengan norma, seperti bergerak terusmenerus mondar-mandir, menjadi gaduh, atau menunjukkan perilaku agresif tanpa alasan jelas.

e. Gejala lain

Termasuk perasaan curiga berlebihan, merasa terancam, dan menunjukkan sikap permusuhan terhadap orang lain atau lingkungannya.

2.Gejala Negatif

Gejala negatif mencerminkan atau kehilangan fungsi normal individu, Gejala ini meliputi :

Afek tumpul (*affective flattening*): Ketidakmampuan mengekspresikan emosi secara wajar. Pasien jarang tersenyum, tidak menunjukkan ekspresi wajah, kontak mata minim, dan cenderung pasif secara emosional.

a.*Alogia*: Penurunan kemampuan berbicara atau berkomunikasi. Penderita cenderung diam, tidak inisiatif untuk berbicara, dan menghindari interaksi sosial.

b.*Avolisi*: Hilangnya dorongan atau motivasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penderita terlihat tidak memiliki keinginan atau semangat untuk bertindak, bahkan dalam hal yang sederhana.

3. Gejala Kognitif

Gejala kognitif berkaitan dengan gangguan pada fungsi berpikir dan proses mental, yang memengaruhi kemampuan menjalani kehidupan sehari-hari. Gejala ini dapat meliputi:

a. Kesulitan memahami atau memproses informasi

b. Kesulitan dalam membuat keputusan

c. Gangguan konsentrasi

d. Kesulitan dalam mengingat atau menahan informasi dalam ingatan

2.1.5 Patofisiologi Skizofrenia

Menurut Fatani et al. (2021), mekanisme patofisiologi skizofrenia melibatkan berbagai sistem *kompleks*, yang mencakup kelainan anatomi otak, gangguan sistem neurotransmiter, serta gangguan kaskade pensinyalan akibat stres. Penjelasannya sebagai berikut

a. `Kelainan Anatomi Otak

Penelitian pencitraan dan neuropatologi menunjukkan adanya hubungan antara gejala skizofrenia dengan perubahan struktural maupun fungsional pada area otak tertentu, khususnya di *korteks prefrontal*. Area ini diketahui berperan penting dalam pengaturan memori kerja dan kontrol *eksekutif*, yang umumnya terganggu pada penderita skizofrenia. Ditemukan pula penurunan bertahap pada materi abu-abu serta adanya kelainan pada materi putih, terutama di lobus temporal, yang tampaknya berkaitan dengan penggunaan obat antipsikotik. Meski demikian, penurunan volume otak juga ditemukan pada pasien yang belum mendapatkan pengobatan, walau dalam derajat yang lebih ringan. Bagian otak seperti *nukleus* kaudatus dan talamus termasuk yang paling sering mengalami penyusutan.Namun, hingga kini belum ditemukan satu pun kelainan anatomi atau fungsi otak yang secara khas menjadi penanda skizofrenia, menunjukkan bahwa gangguan ini bersifat *kompleks* dan sangat bervariasi secara klinis maupun biologis.

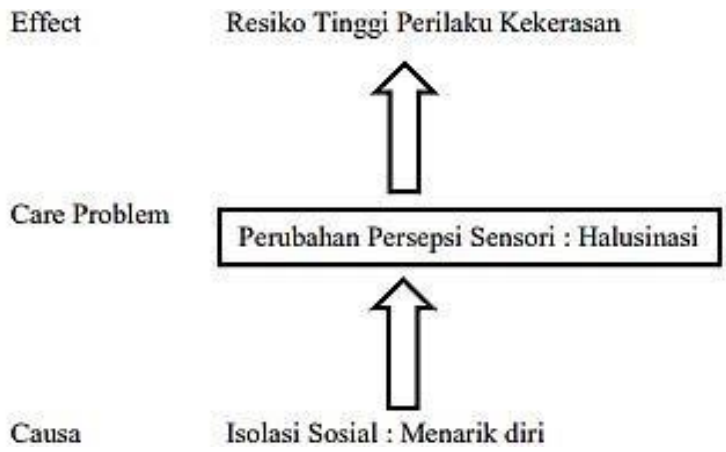
b.Gangguan Sistem Neurotransmisi

Disfungsi dalam sistem *neurotransmitter*, khususnya dopamin, telah lama dikaitkan dengan munculnya gejala psikotik seperti delusi dan halusinasi. Akan tetapi, karena gejala tersebut juga dijumpai pada gangguan kejiwaan lain, maka dopamin tidak dapat menjelaskan seluruh spektrum gejala skizofrenia. Selain dopamin, keterlibatan sistem glutamate terutama gangguan pada *interneuron parvalbumin* positif di *korteks serebri* dan *hipokampus* juga memiliki peran penting. Interneuron ini berfungsi mengatur aktivitas neuron piramidal dan menghasilkan gelombang gamma yang penting untuk fungsi kognitif. Gangguan pada sistem ini dapat menjelaskan munculnya defisit kognitif pada pasien.Selain itu, teori serotonin dalam skizofrenia diperkuat oleh temuan bahwa zat seperti LSD dapat memicu gejala psikotik melalui peningkatan aktivitas serotonin. Hal ini mendorong pengembangan antipsikotik generasi baru yang menargetkan reseptor dopamin dan serotonin secara bersamaan, yang terbukti lebih efektif dibanding obat lama yang hanya menekan dopamin.

c. *Kaskade* Pensinyalan Stres dan Proses *Neuroinflamasi*

Mekanisme stres turut berperan dalam perubahan konektivitas sinaps, melalui peningkatan inflamasi dan stres *oksidatif. Mikroglia*, sel kekebalan di sistem saraf pusat, terlibat dalam proses pemangkasan sinaps yang terjadi secara fisiologis selama masa perkembangan. Selain itu, keterlibatan sistem pelengkap dan *histokompatibilitas* utama dalam *plastisitas* sinaps juga diyakini berkontribusi pada gangguan ini. Stres *oksidatif* yang berlebihan diyakini mengganggu proses mielinasi serta merusak integritas sel saraf, yang pada akhirnya menyebabkan disfungsi otak yang khas pada skizofrenia. Sejumlah studi praklinis terbaru memberikan dukungan terhadap hipotesis ini.

2.1.6 Pohon Masalah



(Sumber dari (Prabowo, 2014 dalam (Fitri, 2022))

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Hawari (2022), terdapat sejumlah pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menilai kondisi pasien dengan skizofrenia, baik dari aspek *neurologis*, *psikologis*, maupun *biologis*. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendukung diagnosis dan mengevaluasi fungsi kognitif serta struktur otak pasien. Pemeriksaan tersebut meliputi:

1. Pemeriksaan *Neuropatologi*

   Penegakan diagnosis pasti skizofrenia memerlukan dukungan hasil neuropatologis. Secara umum, ditemukan adanyapenyusutan jaringan otak secara simetris di area *lobus temporoparietal* dan *frontal anterior*, sementara bagian seperti *korteks oksipital*, motorik primer, dan sistem somatosensorik tetap utuh. Berat otak penderita skizofrenia biasanya berkisar antara 850 hingga 1210 gram, dengan rerata sekitar 1000 gram.

2. Pemeriksaan *Neuropsikologis*

   Gejala demensia sering kali menyertai skizofrenia, sehingga diperlukan evaluasi *neuropsikologis* guna mengidentifikasi gangguan kognitif secara menyeluruh serta memahami pola defisit yang dialami pasien. Tes ini mencakup aspek

memori, ekspresi *verbal*, *kalkulasi*, perhatian, serta pemahaman bahasa yang berkaitan dengan fungsi berbagai bagian otak.

3.*CT Scan (Computed Tomography)*

CT scan digunakan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kondisi lain penyebab demensia, seperti *multiinfark* atau tumor otak. Ciri khas yang sering ditemukan pada pasien skizofrenia adalah adanya penyusutan korteks otak secara menyeluruh dan pelebaran ventrikel otak. Penipisan substansia alba dan pembesaran *ventrikel* ini berkaitan erat dengan derajat keparahan gejala klinis dan penurunan skor pada pemeriksaan status mental mini (MMSE).

*4.*MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI menunjukkan peningkatan intensitas sinyal pada daerah *kortikal* dan *periventrikular*, termasuk di area *anterior ventrikel lateral* (*capping*), yang mengarah pada dugaan demensia tahap awal. Selain kelainan pada area *kortikal*, juga terlihat atrofi pada struktur *subkortikal* seperti *hipokampus* dan *amigdala*, serta pelebaran sisterna basalis dan *fissura sylvii*. MRI dianggap lebih akurat dibandingkan CT dalam penyebab lain, terutama dengan mengamati ukuran hipokampus.

5.EEG (*Electroencephalography*)

EEG bermanfaat untuk mendeteksi aktivitas *epileptiform subklinis*. Biasanya ditemukan gelombang lambat di *lobus frontal* yang bersifat nonspesifik, meskipun hal ini juga bisa muncul pada kondisi lain.

6.PET Scan (Positron Emission Tomography)

Pemeriksaan PET pada penderita skizofrenia sering menunjukkan penurunan aliran darah, oksigen, dan metabolisme glukosa di wilayah otak tertentu. Aktivitas pengambilan I-123 yang rendah di area parietal sering kali ditemukan, dan hasil ini sejalan dengan defisit kognitif serta bukti *neuropatologi* sebelumnya.

7.SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*) Seperti PET, SPECT menunjukkan aktivitas pengambilan I-123 terendah di area parietal otak, yang berkorelasi dengan tingkat kerusakan fungsi dan gangguan kognitif. Meskipun demikian, kedua pemeriksaan ini tidak dijadikan alat diagnostik rutin karena keterbatasan praktis dan biaya.

8.Pemeriksaan Laboratorium Darah

Tidak terdapat parameter laboratorium khusus yang mengarah langsung pada diagnosis skizofrenia. Namun, pemeriksaan darah tetap penting dilakukan untuk mengeksklusi kondisi medis lain yang dapat menimbulkan gejala demensia. Ini meliputi pemeriksaan kadar vitamin B12*, kalsium, fosfor*, fungsi hati dan ginjal, hormon tiroid, asam folat, laju endap darah (LED), serologi sifilis, serta skrining antibodi tertentu yang dilakukan sesuai indikasi klinis.

2.1.8 Faktor Resiko Skizofrenia

Skizofrenia dipahami bukan sebagai satu jenis penyakit tertentu, melainkan sebagai suatu sindrom kompleks yang melibatkan berbagai aspek. Sampai saat ini, penyebab pasti dari skizofrenia masih belum sepenuhnya diketahui. Beberapa pendekatan teoritis menunjukkan bahwa kondisi ini dapat dipicu oleh interaksi berbagai faktor, di antaranya faktor *organobiologis* seperti predisposisi genetik, infeksi virus, dan kekurangan nutrisi selama masa prenatal. Selain itu, dimensi psikospiritual dan psikososial turut berkontribusi, termasuk faktor-faktor seperti kondisi psikologis individu, status sosial ekonomi, aspek demografis, latar belakang budaya, serta dinamika migrasi dan kepadatan penduduk, baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan (Wahyudi et al., 2022).

Interaksi antara faktor-faktor tersebut dapat menciptakan kerentanan psikologis. Dalam kondisi tertentu, *stresor* sosial dan ekonomi seperti tekanan hidup akibat kemiskinan, kegagalan mencapai tujuan, konflik berkepanjangan, atau kehilangan orang yang dicintai dapat menjadi pemicu timbulnya gejala skizofrenia. Selain itu, aspek psikososial dalam lingkungan keluarga juga memainkan peran penting, terutama terkait dengan dukungan emosional dan dinamika konflik dalam keluarga. Individu yang tinggal dalam keluarga yang tidak mendukung atau penuh konflik memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan jiwa (Wahyudi et al., 2022).

2.1.9 Komplikasi Skizofrenia

Jika tidak mendapatkan perawatan yang tepat, skizofrenia dapat berujung pada berbagai komplikasi yang berdampak pada setiap aspek kehidupan

pengidapnya. Berikut beberapa risiko komplikasi yang dapat terjadi akibat skizofrenia:

1. Meningkatnya risiko bunuh diri, baik dalam bentuk pikiran, rencana, atau Upaya bunuh diri.
2. Munculnya gangguan kecemasan, termasuk gangguan *obsesifkompulsif* (OCD).
3. Mengalami depresi yang bisa memperburuk kondisi mental pengidap.
4. Ketergantungan pada alkohol atau penyalahgunaan obat-obatan terlarang, termasuk nikotin.
5. Kesulitan dalam menjalani kehidupan sehari-hari, seperti bekerja atau bersekolah.
6. Masalah finansial yang berisiko menyebabkan pengidap menjadi tunawisma.
7. Isolasi sosial akibat kesulitan dalam menjalin hubungan dengan ketidakmampuan mereka dalam membangun dan mempertahankan interaksi sosial yang sehat.
8. Penurunan kondisi kesehatan fisik akibat kurangnya perawatan diri.
9. Kemungkinan munculnya perilaku agresif, meskipun kasus ini jarang terjadi. (Hawari, 2022) .

2.1.10 Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Nurhalimah (2021), penatalaksanaan pasien dengan skizofrenia melibatkan berbagai pendekatan, baik farmakologis maupun non-farmakologis, sebagai berikut:

1. Terapi Farmakologis

   a. *Psikofarmaka*

      Obat-obatan *psikofarmaka* digunakan untuk menstabilkan gangguan fungsi neurotransmitter agar gejala klinis dapat berkurang atau hilang. Beberapa obat bekerja lebih efektif dalam mengatasi gejala positif, sementara yang lain lebih berfokus pada gejala negatif. Ada pula yang

cepat menimbulkan efek samping. Obat yang tersedia di Indonesia dibagi menjadi dua generasi: *Generasi*

- *pertama* (obat typical): *Chlorpromazine HCl, Trifluoperazine HCl, Thioridazine HCl, dan Haloperidol.*
- *Generasi kedua* (obat atypical): *Risperidone, Paliperidone, Clozapine, Quetiapine, Olanzapine, dan Aripiprazole.* Pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan kenaikan berat badan. Obat *typical* cenderung lebih efektif terhadap gejala positif, namun kurang berhasil dalam meredakan gejala negatif maupun meningkatkan fungsi kognitif. Obat ini juga kerap menimbulkan gejala *ekstrapiramidal* (EPS).

b. *Terapi Kejut Listrik* (ECT)

Electroconvulsive Therapy efektif terutama pada pasien dengan skizofrenia tipe katatonik, khususnya saat pasien berada dalam kondisi stupor. Namun, efektivitasnya rendah pada skizofrenia tipe simpleks, dan jika diterapkan terlalu dini pada gejala ringan, justru dapat memperparah kondisi pasien.

2. Terapi Non-Farmakologis

Pendekatan ini tidak melibatkan obat-obatan, melainkan intervensi lain yang bersifat suportif atau alternatif untuk mengurangi gejala. Beberapa bentuk terapi non-farmakologis yang sering digunakan antara lain:

a. *Thought Stopping* (Penghentian Pikiran): Teknik ini membantu individu menghentikan pikiran yang mengganggu dengan perintah internal seperti “stop”, lalu menggantinya dengan pikiran positif. Efektif dalam mengurangi intensitas halusinasi pendengaran (Putri et al., 2024).

b. Terapi Musik: Mendengarkan musik terbukti menenangkan dan menurunkan gejala halusinasi pendengaran tanpa efek samping yang umum ditemukan pada obat (Erlanti & Suerni, 2024).

c. Terapi Okupasi – Menggambar: Aktivitas seperti menggambar mampu mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi dan memperbaiki fokus mereka terhadap dunia nyata (Agusta et al., 2024).

d. Terapi Psikoreligius – Dzikir: Praktik dzikir sebagai bentuk terapi sp iritual terbukti membantu pasien mengurangi intensitas halusinasi jika dilakukan dengan kesungguhan dan konsentrasi. Ketekunan dalam dzikir dapat membawa ketenangan, menghilangkan suara-suara imajiner, dan meningkatkan respons kognitif pasien (Badori et al., 2024; Raziansyah & Tazkiah, 2023).

2.2 Konsep Dasar Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah suatu bentuk gangguan mental di mana seseorang kesulitan membedakan antara kenyataan dan dunia palsu. Orang yang mengalami halusinasi dapat menunjukkan berbagai perilaku, seperti merasa takut, dikendalikan oleh halusinasinya, mencoba bunuh diri, atau melakukan kekerasan yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain (Abdurkhman & Maulana, 2022).

Halusinasi terjadi ketika seseorang kehilangan kemampuan untuk membedakan antara stimulus internal (pikiran) dan stimulus eksternal (lingkungan nyata). Individu mempersepsikan objek atau stimulus yang sebenarnya tidak ada, sehingga mengakibatkan perubahan persepsi sensorik terhadap lingkungan sekitarnya (Herawati dkk., 2020). Menurut Santi (2021), halusinasi juga didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk membedakan antara stimulus internal dan eksternal. Berdasarkan perspektif ini, halusinasi dapat disimpulkan sebagai gangguan persepsi sensorik yang menyebabkan individu mengalami sensasi palsu tanpa adanya stimulus eksternal yang nyata dan tidak dirasakan oleh orang lain.

2.2.2. Etiologi Halusinasi

Menurut Sutejo (2022), terjadinya halusinasi dapat dijelaskan dengan konsep stres adaptif Stuart, yang melibatkan stresor dari faktor predisposisi dan presipitasi.

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber daya yang dimiliki individu untuk mengatasi stres, baik yang berasal dari klien maupun keluarganya. Faktor-faktor tersebut meliputi:

a. Faktor Perkembangan

Jika tugas perkembangan individu tidak tercapai atau hubungan interpersonal terganggu, stres dan kecemasan dapat muncul. Seseorang yang tidak mampu mengendalikan emosi dan kurangnya keharmonisan keluarga sejak kecil lebih mungkin mengalami frustrasi dan kehilangan kepercayaan diri.

b. Faktor Sosiokultural

Kondisi sosial yang membuat seseorang merasa terisolasi atau tidak diterima di lingkungannya dapat menyebabkan perasaan kesepian dan toksisitas terhadap orang lain. Ketidakmampuan beradaptasi secara sosial sejak kecil dapat berlanjut hingga dewasa dan memengaruhi persepsi terhadap lingkungan.

c. Faktor Biokimia

Stres yang berlebihan dapat menyebabkan tubuh memproduksi zat neurokimia halusinogenik, seperti bufotenin dan dimetiltriptamin, yang dapat memengaruhi fungsi otak dan memicu halusinasi.

d. Faktor Psikologis

Kepribadian yang lemah, tidak bertanggung jawab, dan kecenderungan menyalahgunakan zat adiktif dapat membuat individu tidak mampu mengambil keputusan yang tepat. Akibatnya, klien lebih menyukai kesenangan instan dan cenderung melarikan diri dari kenyataan ke dunia fantasi.

e. Faktor Genetik

Meskipun gen spesifik penyebab skizofrenia belum diidentifikasi secara pasti, penelitian menunjukkan bahwa faktor keturunan atau riwayat gangguan mental dalam keluarga berperan penting dalam perkembangan halusinasi.

2. Faktor Pencetus

Faktor pencetus meliputi kondisi atau peristiwa yang secara langsung memicu halusinasi, seperti penyakit kronis, kelainan struktur otak, riwayat infeksi, kekerasan dalam rumah tangga, kegagalan hidup, kemiskinan, dan konflik dalam keluarga atau masyarakat (Hani, 2023).

Menurut Rawlins dan Heacock (dalam Hani, 2023), etiologi halusinasi dapat ditinjau dari lima dimensi, yaitu:

a. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat timbul akibat kondisi fisik seperti kelelahan ekstrem, intoksikasi obat, demam tinggi, atau gangguan tidur.

b. Dimensi Emosional

Kecemasan berlebihan akibat masalah yang tak terpecahkan dapat memicu halusinasi berupa perintah yang menakutkan.

c. Dimensi Intelektual

Halusinasi merupakan mekanisme ego untuk melawan impuls stres dan menciptakan kewaspadaan berlebihan, sehingga perhatian individu sepenuhnya terserap pada stimulus yang tidak nyata.

d. Dimensi Sosial

Individu yang mengalami halusinasi seringkali menghindari interaksi sosial di dunia nyata karena dianggap berbahaya, dan lebih memilih berinteraksi dengan halusinasinya untuk memenuhi kebutuhan sosial dan menjaga harga diri.

e. Dimensi Spiritual

Secara spiritual, halusinasi dapat muncul akibat kelelahan hidup, rutinitas yang tidak produktif, hilangnya kegiatan keagamaan, dan terhentinya upaya spiritual untuk menyucikan diri.

2.2.3 Rentang Respon Halusinasi

Ketika klien sehat, mereka memiliki persepsi yang akurat, yaitu kemampuan untuk mengidentifikasi dan menginterpretasi stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecap, dan peraba). Kondisi ini disebut respons adaptif, di mana individu mampu merespons stimulus sesuai dengan realitas situasi.

Namun, di antara respons adaptif dan maladaptif, terdapat respons biologis yang spesifik, di mana individu mengalami gangguan persepsi yang berujung pada kesalahan interpretasi stimulus yang diterimanya. Kondisi ini disebut ilusi, yang terjadi ketika individu salah menginterpretasi stimulus nyata yang diterima melalui panca inderanya.

Sementara itu, salah satu bentuk respons maladaptif dalam sistem neurobiologis adalah halusinasi, yaitu kondisi di mana individu mengalami persepsi atau sensasi terhadap stimulus sensorik padahal stimulus tersebut sebenarnya tidak ada. Dalam hal ini, klien merasakan, mendengar, atau melihat sesuatu yang nyata bagi dirinya, tetapi tidak dapat diverifikasi secara objektif oleh orang lain.Berikut gambaran dari proses rentan respon pasien dengan halusinasi menurut Fabiana 2019 dalam (Sikhah, 2023).

Gambar 2.1 Rentang respon Halusinasi

RESPON ADAFTIF ⟹ **RESPON MALDAFTIF**

Respon Adaftif	Respon Biologis	Respon Maladaftif

• Pikiran logis • Persepsi akurat • Mosi konsisten • Perilaku sesuai • Hubungan sosial	• Pikiran kadang menyimpang • Ilusi • Reaksi emosional berlebihan dan kurang • Perilaku aneh • Menarik diri	• Gangguan pikiran • Kesulitan untuk memproses emosi • Ketidakteraturan perilaku • Isolasi sosial

Tabel 2.1 Rentang Respon Halusinasi

Keterangan:

1. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh normanorma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif meliputi :

a. Pikiran logis yaitu pandangan yang mengarah pada kenyataan

b. Persepsi akurat yaitu pandangan yang tepat pada kenyataan

c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.

d. Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.

e. Hubungan social adalah proses suatu interkasi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon Biologis

Respon biologis yaitu reaksi tubuh individu sebelum terjadinya penyimpangan dari norma sosial dan budaya, meliputi:

a. Pikiran kadang menyimpang yang mengarah pada ketidak nyataan
b. Ilusi pada pikiran dan kesaahan persepsi yang diterima dalam otak
c. Reaksi emosional berlebihan dan kurang
d. Perilaku aneh yang terkadang tidak tampak masyarakat
e. Menarik diri dari sekitar

3.Respon maladatif

Respon maladatif yaitu reaksi individu dalam memecahkan masalah yang menyipang dari norma sosial budaya dan lingkungan antara lain:

a. Gangguan mental yang terobsesi dengan kenyakinan bahkan jika orang lain tidak mempercayainya dan bertentangan dengan realitas social
b. halusinasi yaitu persepsi yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
c. rusaknya proses emosional yaitu perubahan hal-hal yang timbul dari diri
d. perilaku tidak teratur yaitu sesuatu yang tidak teratur
e. isolasi sosial yaitu keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang dan diterima oleh orang lain sebagai kecelakaan yang ditentukan dan mengancam.

2.2.4 Fase Halusinasi

Menurut Utami (2020) dalam Sikhah (2023), halusinasi berkembang melalui beberapa tahap, yang menunjukkan peningkatan gangguan persepsi sensorik dan

penurunan kemampuan klien untuk membedakan realitas. Tahap-tahap ini meliputi:

1. Fase Gangguan Tidur

- Karakteristik:

  Klien mengalami banyak masalah, berupaya menghindari lingkungan, dan takut orang lain akan mengetahui masalahnya. Masalah menjadi lebih kompleks karena ketegangan yang terakumulasi, kurangnya sistem pendukung, dan pemahaman yang buruk tentang sumber masalahnya.

- Perilaku:

  Klien mengalami kesulitan tidur, sering bermimpi, dan memandang mimpi sebagai cara untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

2. Fase Penghiburan

- Karakteristik:

  Klien mulai mengalami emosi yang mendalam seperti ketakutan, kesepian, rasa bersalah, dan kecemasan. Untuk mengurangi kecemasan ini, klien berusaha untuk berfokus pada pikiran-pikiran yang menyenangkan. Klien menyadari bahwa ketika rasa takut dapat dikendalikan, pikiran dan pengalaman sensorik juga dapat dikendalikan.

- Perilaku:

  Klien tampak tersenyum atau tertawa sendiri, berbicara dalam hati (bergumam), menggerakkan mata dengan cepat, dan tampak tenang tetapi kurang responsif terhadap lingkungan sekitarnya.

3. Fase Mengutuk

- Karakteristik:

  Pada fase ini, pengalaman sensorik menjadi menakutkan dan mengancam. Klien mulai kehilangan kendali atas persepsinya dan berusaha menjauhkan diri dari sumber halusinasi. Mereka mungkin merasa terhina oleh pengalaman tersebut dan menarik diri dari interaksi sosial.

- Perilaku:

  Terdapat peningkatan aktivitas sistem saraf otonom, seperti peningkatan denyut jantung, laju pernapasan, dan tekanan darah. Perhatian terhadap lingkungan sekitarnya menurun, klien tampak asyik dengan halusinasinya, dan mereka kesulitan membedakan antara halusinasi dan kenyataan.

4. Fase Mengendalikan

- Karakteristik:

  Klien mulai menyerah pada halusinasi dan tidak lagi berusaha melawannya. Isi halusinasi menjadi semakin kuat dan mendominasi pikirannya. Klien merasa kesepian atau malu ketika halusinasi berhenti.

- Perilaku:

  Terdapat peningkatan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat kecemasan, seperti peningkatan denyut jantung, laju pernapasan, dan tekanan darah.

5. Fase Mengatasi Kecemasan

- Karakteristik:

  Halusinasi menjadi sangat dominan dan mengancam ketika klien mulai mengikuti perintah yang diberikan. Kondisi ini dapat berlangsung berjamjam hingga berhari-hari tanpa intervensi terapeutik.

- Perilaku:

  Klien tampak panik, menunjukkan risiko tinggi cedera atau bunuh diri, mengalami kecemasan berat, menarik diri dari lingkungan, dan tidak mampu merespons rangsangan eksternal secara memadai.

2.2.5 Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Melinda Restu Pertiwi, et al. (2022), tanda dan gejala halusinasi bervariasi tergantung pada jenisnya, di antaranya sebagai berikut:

a). Halusinasi Pendengaran Gejala yang muncul pada individu dengan halusinasi pendengaran meliputi berbicara atau tertawa sendiri, menunjukkan kemarahan

tanpa alasan yang jelas, serta menutup atau mengarahkan telinga ke suatu arah tertentu seolah-olah sedang mendengar sesuatu.

b). Halusinasi Penglihatan Seseorang yang mengalami halusinasi penglihatan cenderung melihat bayangan yang menyeramkan, menunjuk ke arah tertentu tanpa alasan yang jelas, serta merasa takut terhadap sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau tidak berwujud.

c). Halusinasi Pengecapan Pada halusinasi pengecapan, individu sering kali mengalami sensasi tidak menyenangkan di dalam mulut, seperti merasakan darah, urine, atau feses. Selain itu, gejala lain yang mungkin muncul adalah sering meludah dan mengalami muntah.

d). Halusinasi Perabaan Individu yang mengalami halusinasi perabaan biasanya merasa seolah-olah tersengat listrik atau ada serangga yang merayap di kulit mereka. Gejala lainnya adalah kebiasaan menggaruk-garuk kulit akibat sensasi tidak nyaman yang dirasakan

2.3. Konsep Halusinasi Pendengaran

2.3.1 Pengertian Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran merupakan suatu kondisi di mana seseorang mendengar suara-suara atau percakapan yang tidak nyata, sering kali berupa perintah untuk melakukan sesuatu yang berpotensi membahayakan diri sendiri maupun orang lain (Madepan et al., 2021). Menurut Damaiyanti dan Iskandar (2014), halusinasi pendengaran terjadi ketika individu mendengar suara-suara yang tidak memiliki hubungan dengan rangsangan eksternal dan tidak dapat didengar oleh orang lain. Oleh karena itu, kondisi ini membutuhkan penanganan yang tepat agar individu mampu mengendalikan dirinya dan mengurangi dampak negatif yang mungkin timbul (Mister et al., 2022)

2.3.2 Etiologi Halusinasi Pendengaran

Etiologi halusinasi pendengaran dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Harkomah (2019) menyebutkan bahwa tidak adanya komunikasi yang terbuka dalam keluarga, faktor genetik, serta ketidaktahuan 50

keluarga dalam memberikan intervensi yang tepat di rumah dapat menjadi pemicu munculnya halusinasi. Selain itu, penghentian pengobatan tanpa persetujuan tenaga kesehatan serta stres akibat masalah kehidupan juga dapat memicu kekambuhan (Linggi, 2018). Faktor-faktor lain seperti ketidakpatuhan dalam minum obat, tidak melakukan kontrol secara teratur ke fasilitas kesehatan, serta kurangnya dukungan dari keluarga dan lingkungan sosial turret berperan dalam memperburuk kondisi pasien.

2.3.3 Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

Secara klinis, halusinasi pendengaran ditandai dengan adanya pengalaman mendengar suara atau bisikan yang jelas maupun tidak jelas, yang terkadang bersifat memerintah atau mengajak bicara (Wijayati et al., 2019). Menurut SDKI (2017), tanda-tanda gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran meliputi mendengar bisikan, merespons suara yang tidak nyata, berbicara sendiri, kesulitan konsentrasi, dan perilaku seperti sedang mendengarkan sesuatu yang tidak dapat dideteksi oleh orang lain. Halusinasi ini paling sering ditemukan pada pasien dengan skizofrenia, dan biasanya bersifat mengganggu serta membuat pasien sulit membedakan antara realita dan persepsi (Abdurkhman & Maulana, 2022).

2.3.4 Penatalaksanaan Halusinasi Pendegaran

Penatalaksanaan halusinasi pendengaran melibatkan pendekatan multidisipliner. Intervensi keperawatan mencakup observasi terhadap perilaku yang mengindikasikan halusinasi, pemantauan isi halusinasi, serta penyesuaian stimulasi lingkungan. Tindakan terapeutik seperti menciptakan lingkungan yang aman, melakukan pembatasan wilayah jika diperlukan, serta mendorong pasien mendiskusikan perasaannya tanpa memperdebatkan isi halusinasi juga penting. Edukasi kepada pasien dan keluarga untuk mengenali dan mengontrol halusinasi dilakukan melalui teknik distraksi seperti berdzikir, relaksasi, serta dukungan sosial. Kolaborasi pemberian obat-obatan antipsikotik dan antiansietas juga menjadi bagian penting dari penatalaksanaan (Tim Pokja SIKI & SLKI DPP PPNI, 2017).

2.3.5 Komplikasi Halusinasi Pendengaran

Jika tidak segera ditangani, halusinasi pendengaran dapat menimbulkan komplikasi serius, termasuk risiko membahayakan diri sendiri, orang lain, serta lingkungan (Fekaristi et al., 2021). Dampaknya dapat meluas ke berbagai aspek kehidupan seperti aspek biologis, sosial, dan spiritual, terutama jika isi halusinasi bersifat destruktif, misalnya berupa perintah melakukan kekerasan atau bunuh diri (Utomo, 2021).

2.3.6 Faktor Resiko Halusinasi Pendengaran

Faktor risiko halusinasi pendengaran meliputi hilangnya kemampuan mengontrol diri, kecenderungan untuk panik, histeris, perilaku agresif, serta ketakutan yang berlebihan (Harkomah, 2019). Restuningtiyas et al. (2022) juga menambahkan bahwa efek dari halusinasi ini dapat berdampak negatif tidak hanya pada pasien, tetapi juga pada keluarga, terutama jika pasien sampai melakukan tindakan yang melukai diri sendiri atau orang di sekitarnya.

2.3.7 Alat Ukur Halusinasi Auditory Hallucinations Rating Scale (AHRS)

Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS) berpusat pada kebutuhan untuk mengukur dan mengkarakterisasi secara sistematis pengalaman halusinasi pendengaran yang dialami oleh individu, khususnya dalam konteks gangguan mental seperti skizofrenia. Sebelum AHRS, penilaian halusinasi mungkin lebih subjektif dan kurang terstruktur, seringkali hanya mengandalkan laporan umum pasien atau observasi klinis yang tidak terstandardisasi. Keterbatasan ini menyulitkan:

a. Penilaian keparahan: Sulit untuk secara objektif menentukan seberapa parah halusinasi yang dialami seseorang.
b. Pemantauan perubahan: Sulit melacak apakah halusinasi membaik atau memburuk seiring waktu atau sebagai respons terhadap pengobatan.
c. Perbandingan antar individu/studi: Data yang tidak terstandardisasi membuat perbandingan antara pasien atau hasil penelitian yang berbeda menjadi tidak konsisten.

d. Pemahaman dimensi halusinasi: Halusinasi pendengaran bukan sekadar "mendengar suara", tetapi memiliki banyak dimensi (misalnya, frekuensi, volume, isi, kontrol, dampak emosional) Maka, konsep awal AHRS muncul untuk mengatasi tantangan ini dengan pendekatan yang lebih terstruktur dan dimensional:

1. Pendekatan Dimensional: Daripada hanya mencatat keberadaan halusinasi, AHRS bertujuan untuk menilai berbagai aspek atau "dimensi" dari pengalaman halusinasi pendengaran. Dimensi-dimensi ini meliputi:

a. Frekuensi: Seberapa sering suara terdengar (misalnya, sekali sehari, setiap jam, terus

b. Durasi: Berapa lama setiap episode suara berlangsung.

c. Lokasi: Dari mana suara itu berasal (misalnya, di dalam kepala, di luar kepala dekat telinga, jauh di luar).

d. Kekuatan/Volume: Seberapa keras suara itu.

e. Keyakinan Asal Suara: Apa yang diyakini pasien tentang asal suara (misalnya, setan, Tuhan, pikiran sendiri, orang lain).

f. Isi Suara Negatif/Menekan: Apakah suara itu berisi kritik, ancaman, perintah berbahaya, atau hal-hal yang menyusahkan.

g. Dampak Emosional/Distress: Seberapa besar gangguan atau penderitaan yang ditimbulkan oleh suara tersebut.

h. Kontrol: Sejauh mana pasien merasa bisa mengendalikan suara tersebut (misalnya, menghentikannya, menguranginya).

2. Wawancara Terstruktur: AHRS dirancang sebagai panduan wawancara terstruktur bagi klinisi atau peneliti. Ini memastikan bahwa pertanyaan yang sama diajukan kepada semua pasien, sehingga menghasilkan data yang lebih konsisten dan dapat dibandingkan.

3. Skoring Kuantitatif: Setiap dimensi dinilai menggunakan skala numerik (misalnya, 0- atau 0-5), memungkinkan kuantifikasi tingkat halusinasi. Total skor atau skor pada dimensi tertentu dapat digunakan untuk melacak perubahan.

4 .Fokus pada Pengalaman Pasien: Konsep utamanya adalah untuk menangkap pengalaman subjektif pasien secara rinci, memberikan suara kepada mereka yang mengalami halusinasi dan membantu profesional memahami lebih dalam kondisi mereka.

Pengembang utama AHRS adalah Haddock et al. pada tahun 1994. Mereka melihat kebutuhan akan alat ukur yang lebih komprehensif dan multidimensional untuk halusinasi pendengaran, yang dapat digunakan baik dalam praktik klinis maupun penelitian untuk;

a. Membantu diagnosis dan formulasi kasus.

b. Memantau respons terhadap intervensi pengobatan (farmakologis dan non-farmakologis).

c. Memfasilitasi penelitian tentang halusinasi dan mekanismenya.

Jadi, konsep awal AHRS (Auditory Hallucination Rating Scale) adalah menciptakan alat penilaian yang objektif, terstruktur, dan multidimensional untuk mengukur karakteristik dan dampak halusinasi pendengaran pada individu (Safitri & Sulisetyawati, 2024).

No	Kriteria Penilaian	Skore Halusinasi Sebelum Terapi Tanggal….	Skore Halusinasi Setelah Terapi Tanggal….
1.	Jumlah Skore	…Kali Perminggu	…Kali Perminggu
	Frekuensi		
	Durasi		
	Lokasi		
	Kekuatan Suara		
	Keyakinan Asal Suara		

	Jumlah isi Suara Negatif		
	Intensitas Suara Negatif		
	Gangguan Akibat Suara		
	Kontrol Terhadap Suara		
2.	Jumlah Skore		
3.	Tingkat Halusinasi		
4.	Presentase		
5.	Presentase Penurunan		

Halusinasi Pendengaran: KRITERIA SKOR

1. FREKUENSI

a. Seberapa sering Anda mengalami suara?

Misalnya setiap hari, sepanjang hari dll

0= Jika suara tidak hadir atau hadir kurang dari sekali seminggu (tentukan frekuensi jika ada).

1= Jika suara terdengar setidaknya sekali seminggu

2= Jika suara terdengar setidaknya sekali sehari

3= Jika suara terdengar setidaknya sekali satu jam

4= Jika suara terdengar terus menerus atau hamper setiap saat dan berhenti hanya untuk beberapa detik atau menit.

2. DURASI

a. Ketika anda mendengar suara anda, berapa lama suara muncul, misal dalam beberapa detik, menit, jam, sepanjang hari?

0= Suara tidak hadir.

1= Suara berlangsung selama beberapa detik, suara sekilas

2= Suara berlangsung selama beberapa menit

3= Suara berlangsung setidaknya satu jam

4= Suara berlangsung selama berjam-jam pada suatu waktu.

3. LOKASI

a. Ketika anda mendengar suara anda dari mana suara itu berasal?

b. Di dalam kepala anda dan/atau di luar kepala anda?

0= Suara tidak hadir

1= Jika suara berasal dari 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 di luar kepala jauh dari telinga

4= Jika suara bersal dari ruang angkasa luar, jauh sekali dari kepala.

4. KEKUATAN SUARA

a. Seberapa keras suara-suara itu terdengar?

b. Apakah suara itu lebih dari suara anda sendiri,atau sama kerasnya, atau seperti sebuah bisikan?

0= Suara tidak hadir

1= Lebih tenang dari suara sendiri seperti bisikan?

2= Sama kuatnya dengan suara sendiri

3= Lebih keras dari suara sendiri

4= Sangat keras seperti berteriak

5. KEYAKINAN ASAL SUARA

a. Apa yang anda pikirkan ketika mendengar suara itu?

b. 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 di sebabkan 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 eksternal (100% keyakinan)

6. JUMLAH ISI SUARA NEGATIF

a. Apakah suara anda mengatakan hal-hal yang tidak menyenangkan atau negatif?

b. Dapatkah anda memberi saya beberapa contoh dari suara apa katakan? (memerintah membunuh, melukai orang lain atau mengatakan keburukan diri anda)

c. Berapa banyak suara negatif itu terdengar?

0= Tidak ada isi suara yang menyatakan

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

a. Menggunakan kriteria skala, meminta pasien untuk detail lebih jika di perlukan

0= Tidak menyenangkan atau negatif

1= seberapa sering isi suara negatif terdengar, tapis aura tapi suara itu yang berkata tidak 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 di tujukan kepada anda, mengomentari perilaku anda misal “seharusnya melakukan itu, atau mengatakan bahwa...”..

3= Pelecehan verbal yang ditujukan kepada anda tapi berkaitan dengan konsep diri misal “ Anda malas, jelek, gila, sesat, tidak berguna dll..”

4= Ancaman yang ditujukan kepada anda misal mengancam diri anda untuk menyakiti diri atau keluarga, perintah untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain dan pelecehan verbal pribadi no (3)..J

8. JUMLAH SUARA YANG MENEKAN/ MENYUSAHKAN

a. Apakah suara itu terdengar menekan anda?

b. Berapa banyak?

0= Suara itu tidak menyenangkan sam sekali

1= Suara itu sesekali menyusahkan, mayoritas tidak menyusahkan.

2= Sama jumlah suara menyusahkan dan tidak menyusahkan

3= Mayoritas suara menyusahkan, minoritas tidak menyusahkan

4= Jika suara itu selalu Menyusahkan

9. INTENSITAS SUARA YANG YANG MENEKAN/MENYUSAHKAN

a. Kapan suara itu menekan anda, seberapa menyusahkan suara itu ?

b. Apakah suara itu menyebabkan anda sedikit tertekan atau tertekan sedang dan berat?

c. Apakah suara itu yang paling menyusahkan anda ?

0= Suara tidak menyusahkan

1= Jika suara terasa sedikit menyusahkan ?menekan

2= Jika suara terasa menekan untuk Tingkat sedang

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

4= Jika suara sangat menekam anda, anda merasa buruk mendengar suara itu.

10. GANGGUAN AKIBAT SUARA

a. Berapa banyak gangguan yang disebabkan suara-suara itu dalam hidup anda?

b. Apakah suara menghentikan anda dari bekerja atau aktivitas lainnya?

c. Apakah mereka mengganggu hubungan anda dengan teman-teman dan/atau keluarga ?

0= Tidak ada gangguan terhadap kehidupan, mampu mempertahankan hidup mandiri tanpa masalah dalam keterampilan hidup sehari-hari.

Mampu mempertahankan hubungan sosial dan keluarga (jika ada) 1= Jika suara menyebabkan sedikit mengganggu kehidupan sosial anda mengganggu konsentrasi meski tetap mampu mempertahankan aktivitas siang hari dan hubungan sosial dan keluarga dan mempertahankan hidup mandiri tanpa dukungan

2= Jika suara cukup mengganggu kehidupan anda misalnya menyebabkan gangguan beberapa aktivitas siang hari dan/atau keluarga atau kegiatan sosial. Pasien tidak di rumah sakit meskipun mungkin aktuvitasnya dibantu orang terdekat atau menerima bantuan tambahan dengan keterampilan hidup sehari-hari

3= Jika suara menyebabkan gangguan parah pada kehidupan sehingga rawat inap biasanya diperlukan. Pasien mampu mempertahankan beberapa kegiatan sehari-hari , perawatan diri dan hubungan sementara dengan beberapa orang dirumah sakit. Pasien juga mungkin mengalami gangguan berat dalam hal kegiatan keterampilan hidup sehari-hari dan/atau hubungan

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

11. KONTROL TERHADAP SUARA

a. Apakah anda pikir anda bisa mengontrol diri ketika suara itu muncul?

b. 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 di sebagian besar kesempatan

2= Pasien percaya dapat memiliki beberapa kontrol atas suara itu di beberapa kesempatan

3= Pasien percaya dapat memiliki beberapa kontrol atas suara itu tapi hanya sesekali, sebagian besar, suara itu tak terkendali

4= Pasien tidak memiliki kontrol atas suara itu ketika suara itu muncul dan tidak dapat mengabaikan atau menghentikan suara itu sama sekali.

JUMLAH SUARA

Berapa banyak suara yang berbeda yang telah anda dengar selama seminggu terahir?

Jumlah suara=

Kriteria Skor dari 11 penilaian :

Skor 0 : Tidak Ada Halusinasi Skor

1-11 : Halusinasi Ringan

Skor 12-22 : Halusinasi Sedang

Skor 23-33 : Halusinasi Berat

Skor 33-44 : Halusinasi Sangat berat

Diadaptasi dari Gillian Haddock, University of Manchester, 1994.

2.4 Konsep Dasar Terapi Murotal Al-Qur'an

2.4.1 Definisi

Terapi murotal Al-qur'an adalah metode penyemuhan jiwa dan raga dengan cara mendengarkan lantunan ayat-ayat suci yang dilantunkan dengan merdu oleh qari. Terapi ini diyakini mampu membawa ketenangan, mengurangi kecemasan, serta menciptakan keseimbangan spritual dan psikologis pasien. Alunan ayat Qur'an memberikan serangkaian frekuensi yang sampai ke telinga kemudian berjalan menuju sel-sel otak kita dan memberikan efek terhadap medan elektromagnetik, frekuensi yang dihasilkan dalam sel-sel ini akan merespon bidang-bidang ini dan memodifikasi getaran. Perubahan getaran inilah dapat menenangkan otak dan mampu menurunkan tingkat halusinasi (Ah et al., 2016).

Murottal dapat berarti sebagai rekaman dari suara Al-Qur'an yang dilantunkan oleh seorang Qori'. Tempo murottal tenang karena adanya nada yang rendah.

Mendengarkan ayat-ayat Al-Qur'an dapat melepaskan ketegangan saraf di otak dan memiliki efek pengobatan baik jasmani maupun rohani. Namun sebenarnya, Al-Qur'an membawa kedamaian bagi siapa pun yang mendengarkan atau membacanya, terutama dengan mengerti kandungan Qur'an dan mengamalkannya, sebagaimana dalam firman Allah SWT: "Dialah yang telah menurunkan ketenangan ke dalam hati orang mukmin supaya keimanannya bertambah disamping keimanan yang ada" (QS. Al-fath : 4) (Syukriana et al., 2020).

2.4.2 Tujuan Terapi Murotal Al-Qur'an

Allah dalam menciptakan manusia pasti akan ada cobaan dan ujian. Bersyukur ketika mendapat kesenangan dan bersabar ketika mendapat kesusahan. Terdapat hadis dan isi Al-Qur'an yang menunjukkan bahwa musibah, penyakit, dan penderitaan yang terjadi merupakan hal yang terjadi pada manusia. Akhir-akhir ini banyak terdapat penyakit yang menimpa manusia, di mana yang satu dapat didiagnosa obatnya dan yang lain belum dapat didiagnosa obatnya. Hal ini merupakan teguran yang diberikan Allah kepada manusia yang melakukan perbuatan dosa dan maksiat. Terapi murottal pada kejiwaan memiliki peran penting untuk membentuk pribadi yang sehat, utuh, dan pikiran yang tenang. Sehingga dengan itu dapat menjauhkan manusia dari perasaan depresi, stress, cemas,dan gelisah (Illias, 2017)

2.4.3 Manfaat Terapi Murotal Al-Qur'an

Berikut ini merupakan manfaat murottal Al-Qur'an yaitu;

a). Mengurangi Kecemasan

Menurut Tambunan 2018 Al-Qur'an yang dibaca dengan merdu dan indah Adalah terapi muskal yang mampu memperbaiki, memelihara, mengembangkan fisik, mental, Kesehatan emosi dan menghilangkan kecemasan. Perangsangan auditori melalui murottal Al-Qur'an mempunyai efek distraksi yang meningkatkan pertumbuhan hormone endlhorfin dalam sistem control desenden. Efek suara dapat keseluruhan fisioloogis tubuh pada basis aktivasi konteks sensori dengan aktifitas sekunder lebih dalam neokontek dan

beruntun ke dalam sistem limbic, hipotalamus dan sistem saraf otonom (Siswoyo, etal, 2017). Membaca atau mendengar Al-Qur'an akan memberikan efek relaksasi sehingga pembuluh darah nadi dan jantung mengalami penurunan yang menimbulkan penurunan kecemasan (Handayani et al,2015)

b). Menstabilkan Tanda-tanda Vital

Menurut Mansori & Azioliah, 2017 lantunan Al-Qur'an bisa menstabilkan tanda tanda vital yaitu tekanan darah, denyut jantung, pernafasan serta saturasi oksigen, lantunan Al-Qur'an mengandur unsur suara manusia yang bisa menurunkan hormon stress, mengaktifkan hormon endorphin alami,meningkatkan perasaan rileks, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat memperlambat pernafasan, detak jantung dan aktifitas gelombang otak (Mansori & azizoliah, 2017).

c). Menurunkan Tingkat Nyeri

Penelitian yang dilakukan oleh Anwar, Hadju & Massi (2019) menunjukan adanya peningkatan kadar B endorphin pada pasien yang mengalami nyeri ketika diperdengarkan murottal B endorphin adalah salah satu bahan kimia otak yang dikenal sebagai neurotransmitter berfungsi untuk mengirimkan sinyal listrik dalam sistem saraf. Stress dan rasa sakit adalah dua faktor yang paling umum dalam menyebabkan pelepasan B-endorphine berinteraksi dengan reseptoropine di otak untuk mengurangi persepsi nyeri dan bertindak seperti obat morphin dan kodein (Kurniasih,2018).

d). Meningkatkan Memori Otak

Menurut Fauzan & Abidin (2017) bacaan Al-Qur'an merangsang munculnya Alpha serta merangsang lobus temporal pada otak yang berisi hippocampus pusat memori otak sehingga aktivitas pada daerah tersebut memudahkan seseorang dalam belajar dan menghafal.

2.4.4 Indikasi Terapi Murotal Al-Qur'an

Terapi murotal Al-Qur'an (membaca Al-Qur'an dengan tujuan penyembuhan) dapat memiliki indikasi dan kontraindikasi tertentu pada pasien yang mengalami halusinasi pendengaran, seperti berikut (Sukmana,2018) :

Indikasi :

1). Memberi efek tenang : Terapi murotal Al-Qur'an dapat memberikan efek penenang dan penghibur kepada pasien yang mengalami halusinasi pendengaran.

2) .Membantu Fokus : Mendengarkan atau membaca Al-Qur'an dengan khusyuk dapat membantu meningkatkan fokus dan konsentrasi pada sesuatu yang positif.

3). Meningkatkan Spritualitas : Terapi ini dapat membantu memperkuat sisi spiritual pasien, yang dapat membantu dalam proses pemulihan dari gangguan halusinasi.

2.4.5 Kontra Indikasi Terapi Murotal Al-Qur'an

1). Pengalaman Negatif

Jika pasien memiliki pengalaman negatif terkait agama atau AlQur'an yang dapat memicu kecemasan atau reaksi yang tidak diinginkan saat mendengarkan Al-Qur'an, terapi ini sebaiknya dihindari atau disesuaikan dengan pengawaan yang tepat.

2). Gangguan Psikotik yang Parah

Pada beberapa kasus ganguan psikotik yang parah, terutama yang melibatkan halusinasi pendengaran yang kuat, terapi murotal AlQur'an dapat memperburuk kondisi jka tidak diawasi dengn tepat oleh professional kesehatan 3).Persepsi yang Salah

Pasien dengan halusinasi pendengaran sering kali mengalami persepsi suara yang tidak nyata. Terapi ini harus dijalankan dengan hatihati karena dapat mempengaruhi cara mereka menginterprestasikan suara yang mereka dengar.

4) Penting untuk dicatat bahwa penggunaan terapi murotal Al-Qur'an pada pasien dengan halusinasi pendengaran harus diselesaikan dengan kondisi individu dan

diawasi oleh professional Kesehatan yang berpengalaman dalam merawat gangguan mental.

2.4.5 Pilihan Surat Terapi Murotal Al-Qur'an surat Ar-Rahman

Terapi murotal Al-Qur'an adalah lantunan ayat-ayat suci Al-Qur'an yang dilantunkan oleh seorang qori, direkam lalu kemudian dipergerakan secara seksama dengan tempo yang cenderung lambat dan harmonisasi dapat menurunkan hormon-hormon stress penyebab depresi, mengaktifkan hormon endorphin alami, meningkatkan relaksasi, dan dapat mengalihkan perhatian dari rasa takut, kecemasan dan ketegangan (Syafei & Suryadi,2018) Surah Al-Qur'an yang digunakan dalam terapi murotal dalam penelitian ini yaitu surah Ar Rahman yang memiliki arti Yang Maha Pemurah merupakan surah ke 55 di dalam Al-Qur'an terdiri dari 78 ayat. Banyak yang mengatakan bahwa surah ini merupakan surah kasih sayang yang mempunyai karakter ayat pendek sehingga ayat ini nyaman didengarkan dan dinikmati yang akan menimbulkan efek relaksasi oleh pendengar atau orang awam. Bentuk gaya bahasa pada surat ini terdapat 31 ayat yang diulang-ulang, pengulangan ayat tersebut berguna untuk menekankan keyakinan yang sangat kuat. Keutamaan Surat Ar-Rahman yaitu meningkatkan rasa syukur kepada Allah SWT, sebagai pengingat bahwa ada makhluk ciptaan Allah selain manusia (Wirakhmi, 2016).Pemilihan surah Ar-Rahman untuk penelitian pada kasus asuhan keperawatan jiwa karena terdapat keyakinan bahwa ayat-ayat dalam surah tersebut memiliki potensi untuk memberikan pengaruh positif terhadap kesejahteraan jiwa pasien, karena surah tersebut mengingatkan kepada kesyukuran dan keagungan Tuhan, memberikan manfaat yang signifikal dalam konteks yang diharapkan dapat membantu dalam proses penyembuhan jiwa.

2.4.6 Mekanisme Kerja Terapi Murotal Al-Qur'an Menurunkan Halusinasi

Murottal Al-Qur'an yang diperdengarkan melalui suara,intonasi serta makna ayat-ayat yang terkandung dalam murottal Al-Qur'an dapat menimbulkan perubahan pada tubuh manusia. Suara murottal yang lambat yang dihasilkan sebagai getaran suara akan menggetarkan membrane timpani diteruskan menuju organ kokti dalam kokkea yang akan di ubah dari sistem saraf melalui Nervus VIII

(Saraf Pendengaran) dan diteruskan ke konteks audiotori yang ada dikonteks cerebri menuju sistem limbik yang merupakan target utama reseptor opinte yang mengatur homeostatis melalui kontek limbik sehingga menimbulkan rasa nyaman (Rocmawati & Safitri, 2018). Ketika seseorang mendengarkan murottal maka akan memberikan rangsangan pada gendang telinga akan mulai proses mendengarkan Dimana setiap bunyi yang dihasilkan sumber bunyi akan diteruskan melalui saraf pendengaran menuju kontek pendengaran di otak (Risky & Maru, 2019). Perangsangan auditori melalui murottal Al-Qur'an mempunyai efek distraksi yang meningkatkan pertumbuhan hormon endorphin dalam sistem kontrol desenden. Bacaan murottal selama 15 menit akan sampai ke otak dan akan diterjemahkan oleh otak sehingga memberikan dampak yang positif (Tambunan&Nurhan et al, 2018). Selain menstimulasi endorphin suara lantunan murottal juga dapat membangkitkan gelombang alpha yang ada di otak sehingga hipokampus sebagai pusat memori bisa bekerja dengan sempurna karena kondisi otak menjadi lebih rileks dan waspada (Azizah,Wiyono,& Fitriani, 2019)

2.4.7 Standar Operasi Prosedur Terapi Murotal Al-Qur'an

Berikut ini merupakan standar operasional prosedur terapi murotal Al-Qur'an pada pasien halusinasi pendengaran :

Tabel 2.2 Standar Operasional Prosedur Terapi Murotal Al-Qur'an

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI SIKORELIGIUS MUROTTAL AL-QUR'AN	
Topik	Penerapan terapi psikoreligius murottal Al-Qur'an surah Ar-Rahman pada pasien halusinasi pendengaran

Pengertian	Murottal Al-Qur'an adalah lantunan ayat-ayat suci Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori, direkam lalu kemudian diperdengarkan secara seksama dengan tempo yang cenderung lambat dan harmonis
Tujuan	1.Dapat menghilangkan rasa resah dan gelisah 2.Memelihara diri dari was-was setan, ancaman manusia 3.Membentengi diri dari perbuatan maksiat dan dosa, derta dapat memberikan sinaran kepada hati 4.Menghilangkan kekeruhan jiwa
Indikasi	1.Pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran 2.Mengalami kecemasan 3.Pasien kooperatif 4.Latar belakang muslim

Kontra indikasi	1.Waham keagamaan 2.Penolakan terhadap terapi 3.Gangguan pendengaran berat
Waktu	Selama 12 menit
Alat	Mp3, Speaker yang berisikan murotal Al-Qur'an surah Ar-Rahman
Penatalaksanaan Terapi Murotal Al-Qur'an	Rumah Klien

Prosedur	Tahap Pre interaksi : 1.Mengeksplorasi perasaan dan kecemasan diri sendiri 2.Mengumpulkan data tentang pasien 3.Merencanakan pertemuan pertama dengan klien
	Tahap Persiapan : 1.Berikan salam, tanyakan nama pasien dan perkenalkan diri 2.Menjelaskan prosedur dan tujuan kepada klien atau keluarga klien 3.Memberi kesempatan klien untuk bertanya 4.Menjaga privasi klien, 5.Cek kondisi pasien sebelum dilakukan tindakan :Periksa tanda-tanda vital 6.Cek tingkat halusinasi menggunakan skala AHRS sebelum melakukan penerapan murotal Al-Qur'an Surah Ar-Rahman

	Tahap Pelaksanaan : Cara melakukan murottal adalah : 1.Menanyakan kesiapan pasien untuk pemberian terapi 2.Menghubungkan MP3/ Spiker berisikan murotal Al-Qur'an surah ArRahman 3.Putar murottal Al-Qur'an surah Ar-Rahman yang dilantunkan oleh Syaikh Abdurrahman Al-Ausy 1.Duduklah dengan Santai atau berbaring 2.Tutup mata untuk memfokuskan perhatian 3.Kendurkan otot-otot tubuh dengan relaks 4.Bernafaslah secara alami dan mulai mendengarkan 5.Jika ada pikiran mengganggu, kembalilah dan fokuskan kembali perhatian 6.Lakukan selama 12 menit 7.Setelah selesai, buka mata dan kembalikan perhatian 8.Lakukan sehari selama 2 kali untuk mendengarkan murotal Al-Qur'an surah Ar-Rahman

Terminasi	Tahap Terminasi : 1.Evaluasi respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan 2.Cek kondisi halusinasi mengunakan skala ahrs sesudah dilakukan tindakan terapi 3.Simpulkan hasil kegiatan 4.Kontrak pertemuan selanjutnya 5.Akhiri dengan cara yang baik 6.Bereskan alat-alat
Dokumentasi	Catat hasil kegiatan yang telah dilakukan 1.Mencatat apakah masih ada suara yan didengar atau tidak 2.Mencatat reaksi pasien terhadap suara-suara tersebut 3.Mencatat riwayat penyakit pengobatan dan faktor lain yang mungkin terkait dengan halusinasi

(Sumber : Dr.Samsuridjal Djauzi Sp.PD,KAI,2020)

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Halusinasi Pendengaran

2.5.1 Pengkajian

a. Identitas

Gangguan ini umumnya muncul pertama kali pada masa remaja akhir atau awal dewasa (pubertas hingga usia 21 tahun). Namun, dalam beberapa kasus dapat juga muncul sejak usia dini.

b. Keluhan Utama

Pasien dibawa ke rumah sakit karena mengalami kemunduran kemauan (avolition) dan kedangkalan emosi, serta perubahan perilaku seperti

menarik diri, malas beraktivitas, dan kurang peduli terhadap diri sendiri.

a. Faktor Predisposisi

b. Faktor predisposisi mencakup:

c. Keturunan/genetik

d. Gangguan endokrin dan metabolisme

e. Kelainan susunan saraf pusat

f. Kelemahan fungsi ego atau daya juang mental yang rendah

g. Psikososial

c. Genogram

Membuat genogram minimal tiga keturunan yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi pengambilan Keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga

d. Konsep Diri

Konsep diri negatif akibat gejala skizofrenia seperti ketidakmampuan melakukan aktivitas, penurunan motivasi, dan keputusasaan.

e. Hubungan Sosial cenderung menarik diri, berdiam diri, melamun, dan tidak tertarik pada

interaksi sosial.

f. Aktivitas Spiritual

Aktivitas keagamaan menurun, seperti jarang salat, tidak berdzikir, atau tidak lagi melakukan ibadah rutin.

g. Status Mental penampilan Diri Tidak terawat: rambut acak-acakan, baju tidak rapi,

tidak mengganti pakaian, bahkan bisa terbalik.

1) Pembicaraan

Nada suara rendah, lambat, apatis, dan bicara sering tidak nyambung.

2). Aktivitas Motorik

Aktivitas tidak bervariasi, postur kaku, dapat menunjukkan katalepsia (mempertahankan posisi yang aneh dalam waktu lama).

3). Emosi dan Afek

Emosi dangkal, tidak sesuai dengan situasi, ekspresi wajah datar.

4). Interaksi Saat Wawancara

Tidak kooperatif, kontak mata kurang, cenderung diam dan tidak menanggapi lawan bicara.

5). Persepsi

Pasien dapat mengalami halusinasi (khususnya halusinasi pendengaran berupa suara yang menyuruh, mengejek, atau mengancam).

6). Proses Pikir

Bisa terjadi gangguan logika berpikir, tapi tidak selalu ditemukan secara dominan.

7). Kesadaran

Gangguan kesadaran kualitatif terhadap diri sendiri dan lingkungan.

8). Memori dan Orientasi

Orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang masih baik.

9). Kemampuan Penilaian

Tidak dapat mengambil keputusan yang rasional, memberi alasan yang tidak logis. Tilik Diri (Insight) Umumnya rendah atau tidak ada kesadaran terhadap gangguan yang dialami.

h. Kebutuhan Sehari-Hari

Terjadi penurunan minat dan perhatian terhadap aktivitas dasar seperti: a) Makan

b) BAB/BAK

c) Mandi dan kebersihan diri

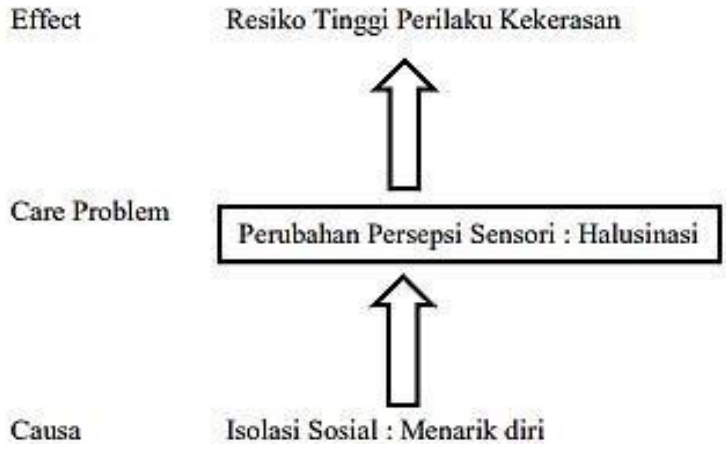
d) Berpakaian

e) Istirahat dan tidur

f) Pekerjaan dan tanggung jawab keluarga

2.5.2 Pohon Masalah

Bagan 2.5 Pohon masalah halusinasi



(Sumber dari (Prabowo, 2014 dalam (Fitri, 2022))

2.5.3 Analisa Data

Berdasarkan Fitri (2022), untuk menetapkan diagnosis keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, perawat harus memastikan bahwa minimal 80% tanda dan gejala berikut muncul pada pasien:

Tabel 2.3 Analisa Data

Analisa Data	Masalah
DS: **DO:** Distorsi Sensori 1. Respon tidak sesuai 2. Bersikap seolah melihat, 3. mendengar, mengecap, meraba, atau mencium 4. sesuatu.	Gangguan sensori persepsi; Halusinasi Pendengaran
DS: **DO:** Menarik diri 1. Tidak berminat/menolak 2. berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan	Isolasi Sosial
DS: **DO:** 1. Menyerang orang lain 2. Melukai diri sendiri/orang lain 3. Merusak lingkungan 4. Perilaku agresif/ amuk	Risiko Perilaku Kekerasam

2.5.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah salah satu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial, diagnosa keperawatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa yang dapat muncul pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi :

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecapan

Resiko perilaku kekerasan (D.0146)

Isolasi sosial (D.0121)

2.5.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan Halusinasi

SDKI	SLKI	SIKI
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (SDKI0085)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama …x24 jam diharapkan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dapat teratasi dengan kriteria hasil: Persepsi Sensori (L.09083) Ekspetasi: Membaik a. Perilaku halusinasi b. Melamun menurun c. Respon sesuai stimulus menurun d. Menunjukan rasa tenang e. Ada kontak mata	Manajemen Halusinasi (1.09288) Observasi 1. Monitor Perilaku yang mengindikasi halusimasi 2. Monitor isi halusinasi terapeutik 3. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi **4. berikan terapi murotal al-qur'an di iringi dengan dzikir** Edukasi 1.Anjurkan memonitor sendiri

	f. Fokus terhadap halusinasi pendengaran menurun	situasi terjadinya halusinasi. 2. Anjurkan berbicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi misalnya: dengan menghardik, mendengarkan musik,melakukan aktivitas, dan teknis relaksasi. 4. Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan terapi murotal al-qur'an dan tambahkan dzikir. Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas, jika perlu

2.5.6 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Tindakan-tindakan tersebut didasarkan pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang relevan dengan masalah kesehatan pasien yang muncul (PPNI, 2018). Dalam mempersiapkan tindakan keperawatan, penting bagi perawat untuk membangun kontrak dengan pasien. Hal ini dicapai melalui penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan peran serta pasien yang diinginkan. Setiap tindakan yang dilakukan dan respons pasien harus di dokumentasikan semua (Asal dkk., 2022).

Sebelum memulai tindakan keperawatan yang telah direncanakan, perawat perlu melakukan validasi singkat untuk memastikan bahwa rencana tindakan tersebut masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien sesuai dengan kondisi terkini (saat ini). Perawat juga perlu menilai kemampuan diri sendiri, termasuk kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknis, untuk memastikan bahwa kemampuan tersebut sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan dan aman bagi pasien. Setelah semua aspek dinilai dan tidak ada hambatan, tindakan keperawatan dapat dilaksanakan. Intervensi ini akan dilakukan selama 4 hari dan mencakup pengkajian, perumusan masalah keperawatan (diagnosis), perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam kasus gangguan persepsi sensori yaitu halusinasi pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Limbangan 2026, implementasi tindakan keperawatan dikolaborasikan dengan terapi Murotal Al-Qur'an Implementasi keperawatan yang dilakukan meliputi:

1. Pengelolaan Halusinasi (sesuai SIKI 1.09288)
2. Mengamati dan mencatat perilaku yang menunjukkan adanya halusinasi.
3. Mencatat isi dari halusinasi yang dialami pasien.
4. Mendorong pasien untuk mengalihkan perhatian dari halusinasi, misalnya (dengan melakukan terapi Murotal Al-Qur'an, mendengarkan lantunan ayat suci Al-Quran, beraktivitas, dan berlatih teknik relaksasi).
5. Pengurangan Rangsangan (sesuai SIKI 1.08241):

6. Memantau kondisi mental, kemampuan indrawi, dan tingkat kenyamanan pasien.
7. Menyusun jadwal kegiatan harian dan waktu istirahat yang teratur.
8. Memberikan edukasi tentang cara mengurangi halusinasi dengan terapi Murotal Al-Qur'an

Rencana asuhan keperawatan menurut (Susilawati & Fredrika, 2019) Peneliti menerapkan intervensi yang meliputi mengajarkan cara mengabaikan suara halusinasi, memberikan edukasi tentang penggunaan obat yang tepat, dan melatih cara mengendalikan halusinasi melalui percakapan. Selain itu, peneliti menambahkan terapi Murotal Al-Qur'an dengan tujuan membantu pasien mengontrol halusinasinya. Setelah empat hari intervensi keperawatan, diharapkan pasien mencapai tujuan umum yaitu membangun hubungan saling percaya, mengenali halusinasinya, dan mampu mengendalikan halusinasi tersebut.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Zainuddin & Hashari (2019) yang menemukan bahwa terapi murotal al-qur'an dapat mengurangi halusinasi, yang terlihat dari pasien yang merasa lebih rileks dan tenang setelah intervensi. Efektivitas murotal al-qur'an diduga terkait dengan penerimaan suara melalui pendengaran yang kemudian memengaruhi sistem limbik di otak, area yang memproses emosi dan mengatur stres serta ansietas (Rosyanti et al., 2018). Hechehouche, Dzulkifli, & Alias(2020) jug amenyatakan bahwa Murotal Al-Qur'an memberikan kontribusi positif bagi kehidupan manusia. Peneliti berhipotesis bahwa terapi murotal al-qur'an merupakan salah satu bentuk terapi modalitas keperawatan jiwa yang efektif dalam mengurangi gejala halusinasi dan menurunkan frekuensinya. Oleh karena itu, peneliti merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan menggabungkan manajemen halusinasi terapi murotal al-qur'an dan terapi mendukung seperti dzikir dan do'a

2.5.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses atau hasil sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Pada pasien dengan halusinasi pendengaran umunya tidak terjadi perilaku kekerasan, pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien dapat mengontrol halusinasi pendengaran dari jangka waktu 5-6 hari perawatan dan didapatkan data subjektif dimana pasien mengatakan mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif menunjukan pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbicara dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal seperti , tidak berbicara sendiri dan minum obat secara teratur (Pardede, 2021).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing -masing huruf tersebut akan di uraikan sebagai berikut):

S: Respon subjektif pasien terhadap Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif pasien terhadap Tindakan keperawatan yang telah dilakukan

A: Analisa ulang terhadap data sebjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontra indikasi dengan masalah yang ada

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil Analisa pada respon pasien diharapkan setelah dilakukannya penerapan terapi Murotal Al-Qur'an dan di tambahkan dzikir sebagai pelengkap ini pasien dapat mengontrol halusinasi pendengarannya dengan kriteria hasil perilaku halusinasi menurun, verbalisasi mendengar bisikan menurun, dan tersenyum sendiri menurun. Setelah empat kali kunjungan dan penerapan terapi Murotal Al-Qur'an dan dzkir sebagai pelengkap, tampak adanya perkembangan positif pada klien dalam mengatasi halusinasi pendengarannya