

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Pengertian Skizofrenia**

Gangguan jiwa merupakan kondisi di mana seseorang mengalami gangguan pada aspek pikiran, emosi, dan perilaku yang ditandai dengan gejala atau perubahan sikap yang signifikan. Kondisi ini bisa menyebabkan penderitaan serta mengganggu kemampuan individu dalam menjalankan peran dan fungsi hidupnya secara normal. *Skizofrenia* sendiri adalah gangguan mental yang memengaruhi fungsi otak yang dapat menimbulkan terjadinya gangguan pada pemikiran, persepsi, emosi, gerakan, serta sikap yang tidak biasa atau menyimpang (Cahyani1 et al., 2024).

*Skizofrenia* dikenal sebagai gangguan yang dapat menimbulkan penyimpangan perilaku serius, di mana penderitanya mengalami gangguan dalam berpikir, merasakan, dan berperilaku secara tidak wajar. Kondisi ini juga menyebabkan kesulitan dalam membedakan antara realitas dan pikiran yang berasal dari dirinya sendiri. Selain itu, gejala skizofrenia seringkali memunculkan konsep diri yang negatif, sehingga pasien mengembangkan stigma terhadap dirinya sendiri (self-stigma). Akibatnya, kualitas hidup pasien menurun, dan adanya stigma diri ini dapat menjadi

hambatan dalam proses pemulihan dari gangguan yang dialami (Sarsilah et al., 2024).

### **2.1.2 Etiologi**

Menurut Anwar (2020), terdapat beberapa faktor yang berperan dalam munculnya *skizofrenia*, antara lain:

1. Faktor keturunan dapat memengaruhi risiko *skizofrenia*, sebagaimana dibuktikan melalui penelitian terhadap keluarga dengan riwayat gangguan jiwa, termasuk pada anak kembar identik serta individu yang mempunyai salah satu orang tua yang menderita *skizofrenia*.
2. Secara endokrinologis, *skizofrenia* cenderung muncul pertama kali saat individu memasuki masa pubertas.
3. Teori metabolisme mengemukakan bahwa penderita *skizofrenia* mungkin mengalami gejala seperti kulit tampak pucat, berkurangnya selera makan, dan penurunan berat badan secara signifikan.
4. Gangguan pada sistem saraf pusat dianggap sebagai salah satu penyebab yang berkontribusi terhadap timbulnya *skizofrenia*.
5. Menurut teori yang dikemukakan oleh Adolf Meyer, *skizofrenia* dapat disebabkan oleh penyakit badaniyah, meskipun sampai sekarang belum ditemukan bukti adanya kelainan secara patologis, anatomi, atau fungsi tubuh yang jelas.
6. Menurut teori Sigmund Freud, *skizofrenia* merupakan kondisi yang berkaitan dengan melemahnya fungsi ego, yang dipengaruhi oleh faktor-faktor psikogenik maupun somatik

### **2.1.3 Faktor Skizofrenia**

Menurut Anas et al. (2022), terdapat berbagai faktor yang dapat memicu terjadinya *skizofrenia*. Secara kronologis, *Skizofrenia* dapat dipicu oleh berbagai faktor, baik genetik maupun lingkungan. Faktor lingkungan mencakup pengalaman traumatis di masa lalu, konflik dalam hubungan sosial, masalah keluarga, kegagalan mencapai tujuan hidup, serta tekanan ekonomi. Selain itu, pola asuh yang kurang mendukung, seperti pola asuh otoriter atau pengabaian, juga memiliki pengaruh. Faktor-faktor yang berhubungan dengan *skizofrenia* meliputi aspek internal (seperti latar belakang pekerjaan dan pendapatan keluarga), eksternal (termasuk penyakit penyerta dan riwayat konsumsi obat-obatan), somatik (adanya riwayat keluarga dengan gangguan serupa), psikososial (seperti konflik pernikahan, pola asuh yang tidak sehat, serta kegagalan dalam pencapaian hidup), dan kepribadian, baik yang bersifat introver maupun ekstrover.

Gangguan jiwa sendiri yaitu hasil dari suatu proses yang panjang dan kompleks. Proses yang tidak sehat dalam pembentukan kepribadian individu dapat dimulai sejak awal pertumbuhan dan perkembangan. Kepribadian seseorang berkembang dalam lingkungan keluarga, di mana interaksi yang terjadi antara individu dan anggota keluarganya memiliki pengaruh besar terhadap proses pembentukan kepribadian tersebut.

Secara umum, keberadaan anggota keluarga yang menderita *skizofrenia* dapat memberikan berbagai dampak, terutama dalam aspek emosional (psikologis). Keluarga, terutama orang tua, kerap mengalami perasaan bersalah, marah, kecewa, malu, bingung, hingga putus asa saat merawat anggota keluarga dengan skizofrenia. Rasa bersalah dan kekhawatiran sering muncul karena orang tua merasa tidak tahu bagaimana kondisi tersebut bisa berkembang dan takut akan masa depan anak mereka.

Selain dampak emosional, terdapat juga dampak sosial. *Skizofrenia* dapat menyulitkan penderitanya dalam menjalani aktivitas sehari-hari, seperti bekerja, menjalin hubungan sosial, dan memenuhi kebutuhan diri sendiri. Karena penderita sering mengalami delusi dan halusinasi, mereka kesulitan mempertahankan pekerjaan, yang pada akhirnya menimbulkan tekanan ekonomi bagi keluarga yang merawatnya. Biaya pengobatan, terapi, serta kebutuhan dasar lainnya turut menambah beban pengeluaran keluarga. Bagi pasangan atau anggota keluarga yang hidup bersama penderita *skizofrenia*, kegiatan sehari-hari seperti menghadiri acara resmi atau berlibur bisa menjadi tantangan tersendiri, karena ada kekhawatiran jika penderita bertindak tidak sesuai di tempat umum saat kondisinya tidak stabil.

Dampak sosial yang ditimbulkan juga dapat memengaruhi kehidupan orang tua atau keluarga dari penderita *skizofrenia*. Beberapa di antaranya adalah terganggunya rutinitas harian keluarga, di mana

perhatian lebih difokuskan pada pasien sehingga kebutuhan pribadi sering kali diabaikan. Selain itu, hubungan dengan anak-anak lainnya bisa terganggu karena adanya perbedaan perlakuan, serta waktu bersama mereka menjadi berkurang. Relasi antara orang tua atau pasangan juga bisa menjadi kurang harmonis dan sering diwarnai konflik. Di samping itu, adanya stigma negatif dari masyarakat terhadap penderita *skizofrenia* menyebabkan keluarga merasa enggan untuk bersikap terbuka. Hal ini juga berdampak pada hubungan dengan kerabat lainnya, yang bisa mengalami penurunan intensitas komunikasi.

Pandangan keluarga dan masyarakat yang masih menganggap *skizofrenia* sebagai aib sering kali menyebabkan penderita disembunyikan, dijauhi, bahkan sampai dipasung (Indrayani & Wahyudi, 2019). Stigma terhadap gangguan jiwa masih kuat di Indonesia, sebab sebagian besar penduduk masih meyakini bahwa gangguan kejiwaan termasuk *skizofrenia*, diakibatkan oleh hal-hal yang irasional atau mistis, seperti sihir atau kerasukan makhluk halus, kemasukan arwah gaib, melanggar norma, dan sebagainya. Dengan munculnya pandangan negatif ini masyarakat sering menanganinya dengan non medis.

#### **2.1.4 Klasifikasi**

dapat dibagi menjadi beberapa macam sesuai dengan Pedoman Diagnostik dan Klasifikasi Gangguan Jiwa PPDGJ III Oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2020). Berikut daftar klasifikasi *skizofrenia*:

a. *Skizofrenia* paranoid

Diagnosis *skizofrenia* paranoid didasarkan pada beberapa pedoman, yaitu:

- 1) Memenuhi standar umum untuk diagnosa *skizofrenia*.
- 2) Adanya halusinasi
- 3) Terdapat gangguan dalam aspek emosi, kontrol impuls verbal, serta kehendak atau kemauan

b. *Skizofrenia* hebefrenik

Adapun untuk mendiagnosis *skizofrenia* hebefrenik meliputi:

- 1) Memenuhi syarat dasar untuk *skizofrenia*.
- 2) Umumnya mulai terdeteksi pada usia remaja hingga awal dewasa yaitu: antara 15 hingga 25 tahun.
- 3) Gejalanya dapat berlangsung selama dua hingga tiga minggu.
- 4) Ciri khas lainnya termasuk ekspresi emosional yang dangkal dan tidak sesuai, sering tersenyum sendiri, serta mengulang-ulang pembicaraan tanpa arah.

c. *Skizofrenia* katatonik

Petunjuk diagnostik untuk *skizofrenia* katatonik antara lain:

- 1) Memenuhi kriteria untuk diagnosis *skizofrenia*.
- 2) Terjadi kebingungan, yaitu kondisi dengan reaktivitas rendah dan ketidakmauan untuk bicara.

- 3) Adanya kegelisahan atau aktivitas motorik yang tidak terarah meskipun tidak ada rangsangan eksternal.
- 4) Terjadi rigiditas yaitu kekakuan pada tubuh.
- 5) Diagnosis skizofrenia katakonik tindakan selanjutnya bisa tertunda jika diagnosis skizofrenia secara lengkap belum dapat dinyatakan, sebab pasien yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik.

d. *Skizofrenia* tak terinci

Diagnostik *skizofrenia* tak terinci mencakup hal-hal berikut:

- 1) Telah memenuhi syarat untuk ditegakkan sebagai diagnosis skizofrenia.
- 2) Belum memenuhi kriteria yang cukup untuk diklasifikasikan sebagai skizofrenia tipe paranoid, hebephrenik, maupun katatonik.
- 3) Tidak termasuk dalam kategori skizofrenia residual maupun depresi pasca-skizofrenia

e. *Skizofrenia* pasca-skizofrenia

Kriteria diagnostik untuk *skizofrenia* pasca-skizofrenia mencakup:

- 1) Pasien telah mengalami *skizofrenia* dalam kurun 12 bulan terakhir.
- 2) Ada sebagian gejala *skizofrenia* masih muncul, tetapi tidak menjadi gejala utama.
- 3) Gejala depresi lebih dominan yang cukup mengganggu kehidupan pasien.

f. *Skizofrenia* simpleks

Diagnosis *skizofrenia* simpleks ditetapkan berdasarkan:

- 1) Adanya tanda negatif tidak disertai dengan riwayat halusinasi, delusi, dan gejala psikotik lain sebelumnya.
- 2) Disertai dengan perubahan signifikan dalam perilaku dan kepribadian individu.

g. *Skizofrenia tak spesifik*

Jenis *skizofrenia* tidak bisa digolongkan dengan kategori *skizofrenia* yang telah ada, karena ditampilkan tidak sesuai dengan tipe-tipe yang sudah terdefinisi.

### **2.1.5 Gejala Skizofrenia**

(Yulianti, 2021) menyatakan bahwa ciri-ciri yang muncul pada penderita skizofrenia dapat dibagi ke dalam dua golongan:

- a) Gejala positif
  - 1) Halusinasi adalah persepsi palsu yang muncul tanpa adanya rangsangan dari luar. Penderita *skizofrenia* dapat merasa melihat, mendengar, mencium, menyentuh, atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak nyata.
  - 2) Delusi (waham) merupakan Pandangan yang menyimpang dari realitas atau tidak masuk akal. Meskipun disertai adanya bukti nyata yang menunjukkan bahwa keyakinan tersebut keliru, penderita tetap mempercayainya dengan kuat.
  - 3) Perilaku yang tidak terorganisir ditandai dengan aktivitas motorik yang

tidak biasa dengan perilaku normal, seperti kegaduhan, gelisah terus-menerus, kesulitan untuk diam, atau mondar-mandir tanpa tujuan jelas.

- 4) Gangguan dalam berpikir dan berbicara terlihat dari pola bicara yang tidak teratur serta penggunaan bahasa yang tidak umum, sehingga sulit dipahami oleh orang lain.
- b) Gejala negatif

Halusinasi umumnya terjadi ketika otak menerima rangsangan yang terlalu kuat dan tidak mampu mengolah atau meresponsnya secara tepat.

Penderita *skizofrenia* dapat mengalami pengalaman sensori yang tidak nyata, seperti mendengar hal tidak jelas atau melihat sesuatu yang sebetulnya tiada, bahkan merasakan hal aneh pada tubuhnya. Halusinasi pendengaran merupakan salah satu jenis halusinasi yang paling umum dialami, di mana pasien merasa mendengar suara dari dalam dirinya. Suara tersebut terkadang memberikan perintah berbahaya, seperti menyuruh untuk menyakiti diri sendiri atau bunuh diri. Selain gejala positif seperti halusinasi, *skizofrenia* juga ditandai oleh gejala negatif. Klien bisa kehilangan motivasi dan menunjukkan sikap apatis, yang berarti mereka kehilangan semangat serta minat terhadap kehidupan. Energi yang dimiliki sangat terbatas, sehingga aktivitas mereka hanya terbatas pada makan dan tidur. Emosi mereka pun cenderung datar atau tumpul mereka tidak menunjukkan ekspresi wajah atau gerakan tubuh yang menggambarkan perasaan. Walaupun bisa menerima perhatian dan bantuan dari orang lain, mereka kesulitan untuk mengekspresikan emosi

atau perasaan mereka secara terbuka.

### **2.1.6 Penatalaksanaan**

Tujuan utama penanganan *skizofrenia* adalah untuk mengembalikan fungsi normal klien serta mencegah terjadinya kekambuhan. Hingga saat ini, belum tersedia pengobatan yang spesifik untuk setiap subtipe *skizofrenia* (Cahyani, 2018). Berikut ini adalah beberapa pendekatan dalam penatalaksanaan *skizofrenia*:

1. Terapi Farmakologi

Obat yang digunakan dalam terapi farmakologi untuk *skizofrenia* termasuk dalam golongan antipsikotik. Obat antipsikotik ini dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

a. Antipsikotik tipikal merupakan golongan obat generasi lama yang bekerja dengan mekanisme menyerupai dopamin. Jenis obat ini diketahui lebih efektif dalam mengurangi gejala positif pada individu dengan *skizofrenia*. Beberapa contoh obat yang termasuk dalam kelompok antipsikotik tipikal antara lain:

- 1) Chlorpromazine, digunakan dalam kisaran dosis harian antara 30 hingga 800 mg.
- 2) Flupenthixol, diberikan dengan dosis harian berkisar antara 12 sampai 64 mg.
- 3) Fluphenazine, dikonsumsi dalam dosis harian antara 2 hingga 40 mg.
- 4) Haloperidol, diberikan dengan rentang dosis harian 1 hingga 100 mg.

b. Antipsikotik Atipikal

Obat antipsikotik atipikal bekerja melalui mekanisme penghambatan reseptor dopamin dalam tingkat yang lebih rendah. Golongan obat ini menjadi pilihan utama dalam penanganan *skizofrenia* karena kemampuannya dalam meredakan baik gejala positif maupun negatif pada penderita. Beberapa jenis obat yang termasuk dalam kelompok antipsikotik atipikal meliputi:

- 1) Clozapine diberikan dengan dosis harian antara 300 hingga 900 mg.
- 2) Risperidone dikonsumsi dalam kisaran 1 sampai 40 mg per hari.
- 3) Losapin diberikan dengan dosis harian antara 20-150 mg per hari.
- 4) Melindone diberikan dengan dosis harian antara 225 mg per hari.

2. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

adalah metode perawatan medis yang paling umum diterapkan pada klien dengan depresi berat atau gangguan bipolar yang tidak merespons pengobatan lainnya.

3. Pembedahan bagian otak

Tujuan melakukan pembedahan bagian otak adalah menenangkan klien gangguan jiwa dengan cara memotong atau merusak jaringan-jaringan otak dalam lobus prefrontal, letaknya pada bagian depan.

4. Psikoterapi

a. Terapi Psikoanalisa

Terapi ini bertujuan untuk membantu individu menyadari konflik internal yang dialaminya serta membangun mekanisme pertahanan

diri, sehingga tingkat kecemasan yang dirasakan dapat dikendalikan dengan lebih efektif.

b. Terapi Perilaku

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

- 1) Program Pembelajaran Sosial: untuk mengajarkan perilaku yang tepat kepada klien *skizofrenia*.
- 2) Pelatihan Keterampilan Sosial: untuk melatih pasien mengenai keterampilan dalam terapi humanistik, serta terapi keluarga dan kelompok.

5. Terapi Nonfarmakolog

a. Terapi Aktivitas Kelompok

Melibatkan pasien dalam kegiatan bersama, seperti berdiskusi, menggambar, berkebun, atau bermain peran. Kegiatan ini dirancang untuk meningkatkan interaksi sosial, membangun rasa percaya diri, serta mengalihkan perhatian dari halusinasi atau delusi yang dialami.

b. Terapi Menanam Tanaman

Merupakan terapi yang memanfaatkan aktivitas menanam dan merawat tanaman sebagai sarana rehabilitasi mental. Aktivitas ini membantu pasien menjadi lebih fokus, tenang, dan merasa terhubung dengan lingkungan sekitar, sehingga mengurangi gejala psikosis seperti halusinasi.

c. Terapi Musik

Dengan mendengarkan atau memainkan musik, pasien dapat mengekspresikan emosi secara lebih sehat. Musik juga berfungsi sebagai alat distraksi yang membantu mengurangi tekanan emosional dan meningkatkan suasana hati.

d. Psikoedukasi dan Terapi Keluarga

Terapi ini ditujukan untuk memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarga mengenai kondisi skizofrenia, pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan, serta cara menghadapi gejala secara adaptif. Keterlibatan keluarga dapat menurunkan risiko kekambuhan dan meningkatkan dukungan sosial.

e. Latihan Fisik dan Relaksasi

Aktivitas fisik seperti jalan santai, yoga, atau teknik pernapasan relaksasi bermanfaat dalam menurunkan stres, meningkatkan tidur, dan memperbaiki kondisi fisik pasien, yang semuanya berdampak positif terhadap kestabilan psikologis.

f. Terapi Kognitif dan Keterampilan sosial

Fokus dari terapi ini adalah membantu pasien mengenali pola pikir yang keliru, meningkatkan kemampuan berpikir logis, serta melatih keterampilan dalam berinteraksi dengan orang lain.

## **2.2 Konsep Halusinasi Pendengaran**

### **2.2.1 Definisi**

Gangguan jiwa sendiri merupakan kondisi yang disebabkan oleh berbagai faktor (multi-kausal), mencakup aspek fisik, mental, spiritual, dan sosial. Gangguan ini dapat terjadi ketika seseorang gagal menyadari dan memanfaatkan kemampuannya dengan baik. Penderita gangguan jiwa umumnya mengalami distorsi dalam berpikir (distorsi kognitif), yang kemudian berkembang menjadi gangguan perilaku, akibat dari kesalahan dalam penalaran. Ketika seseorang tidak mampu menghadapi tekanan hidup, menghargai individu lain tanpa penolakan, juga memiliki pandangan negatif terhadap diri sendiri maupun orang lain, hal tersebut dapat memicu munculnya gangguan jiwa (Kususma et al., 2023).

Halusinasi pendengaran terjadi ketika klien mendengar suara, baik yang nyata maupun tidak nyata, yang sering kali mengajak mereka untuk berbicara atau melakukan suatu tindakan. Kondisi ini menyebabkan klien terlihat seperti sedang berbicara sendiri, meskipun suara yang didengarnya tidak dapat ditangkap oleh orang lain. Individu dengan halusinasi auditorik umumnya tampak berbicara atau tertawa tanpa adanya rangsangan eksternal yang jelas (Anugrah, 2021).

## **2.2.2 Fase Halusinasi**

Tahapan terjadinya halusinasi terdiri dari 4 fase menurut Stuart dan (Larela, Sri. 2024), dan setiap fase memiliki karakteristik yang berbeda, yaitu:

a. Fase I

Pasien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut serta mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Di sini pasien tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan lidah tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, diam dan asyik sendiri. Halusinasi ialah persepsi yang muncul melalui pancaindra tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan. Pada individu yang sehat, persepsi bersifat akurat, di mana mereka mampu mengenali dan mengartikan rangsangan berdasarkan informasi yang diterima oleh indera.

b. Fase II

Saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan tanda-tanda vital (denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah), asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realita.

c. Fase III

Pasien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Di sini pasien sukar berhubungan dengan orang lain, berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah

dari orang lain dan berada dalam kondisi yang sangat menegangkan terutama jika akan berhubungan dengan orang lain.

d. Fase IV

Pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasi. Di sini terjadi perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari 1 orang. Kondisi pasien sangat membahayakan.

### **2.2.3 Patofisiologi**

Klien yang mengalami halusinasi pendengaran dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun merusak lingkungan (risiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan). Hal ini terjadi jika halusinasi sudah sampai fase ke IV, di mana klien mengalami Perubahan sensori perceptual: halusinasi panik dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini klien dapat melakukan bunuh diri, membunuh orang lain bahkan merusak lingkungan (Slametiningsih, 2019).

## 2.2.4 Karakteristik, Dan Prilaku Pasien

Menurut (Hendrawati, 2017) pasien yang mengalami halusinasi menunjukkan karakteristik dan perilaku yang melalui beberapa perkembangan sebagai berikut :

**Tabel 2.1**  
**Karakteristik dan Perilaku Pasien Halusinasi**

Level	Karakteristik halusinasi	Perilaku Pasien
<b>TAHAP I Memberi rasa nyaman Tingkat kecemasan sedang.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan.</li> <li>2. Mencoba berfokus pada pikiran yang efektif dalam mengurangi rasa cemas.</li> <li>3. Pikiran dan persepsi sensorik tetap berada dalam kendali kesadaran, selama kecemasan dapat dikendalikan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tersenyum/tertawa sendiri.</li> <li>2. Menggerakkan bibir tanpa suara.</li> <li>3. Penggerakan mata lebih cepat.</li> <li>4. Reaksi verbal yang terlambat.</li> <li>5. Tenang dan fokus.</li> </ol>
<b>TAHAP II Sikap menyalahkan muncul dalam tingkat kegelisahan tinggi.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengalaman menakutkan.</li> <li>2. Mulai merasa kehilangan Kontrol.</li> <li>3. Mengalami pengalaman sensorik yang terasa melecehkan.</li> <li>4. Menghindari hubungan dengan orang lain.</li> </ol> <p>NON PSIKOTIK</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalisasi fungsi neurologis otak, tandatanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah.</li> <li>2. Rentang perhatian menyempit.</li> <li>3. Melatih perhatian pada sensasi fisik saat ini.</li> <li>4. kemampuan membedakan halusinasi dari realita berekurang.</li> </ol>
<b>TAHAP III Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien menunjukkan sikap pasrah dan mulai mengintegrasikan pengalaman sensoriknya.</li> <li>2. Konten halusinatif menjadi semakin</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individu cenderung mengikuti perintah yang berasal dari halusinasi yang dialami.</li> <li>2. Kemampuan untuk menjalin hubungan</li> </ol>

		menarik dan menggugah perhatian.	sosial terhambat secara signifikan.
3.	Perasaan kesepian muncul ketika rangsangan sensorik tersebut menghilang.	3. Rentang perhatian sangat terbatas, hanya dapat bertahan beberapa detik atau menit.	4. Tanda-tanda kecemasan berat muncul dalam bentuk keringat berlebihan, tremor, serta ketidakmampuan untuk melaksanakan perintah yang diberikan.
<b>PSIKOTIK</b>			
<b>TAHAP IV</b> <b>Menguasai Tingkat kecemasan panik Secara umum diatur dan dipengaruhi oleh waham.</b>	1. Stimulus sensorik menjadi pengalaman yang mengancam bagi individu yang mengalaminya.  2. Halusinasi bisa bertahan selama berjam-jam atau bahkan beberapa hari jika tidak ditangani dengan segera.	1. Respon Kepanikan.  2. Resiko bunuh diri atau kekerasan tinggi.  3. Kekerasan, isolasi diri, atau katatonia.  4. Kurang mampu berespons terhadap perintah yang rumit.  5. Enggan memberikan respons kepada lebih dari satu orang.	
<b>PSIKOTIK</b>			

*(AH Yusuf, Ryski & Hanik (2015.121))*

## 2.2.5 Etiologi

Adapun etiologi halusinasi menurut (Adolph, 2021), sebagai berikut:

### a. Faktor Predisposisi

#### 1. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentah terhadap stress.

#### 2. Faktor Sosioekonomi

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

### 3. Faktor Biologis

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akandihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stres berkepanjangan jangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak

### 4. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

### 5. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami *skizofrenia*. Hasil studi menunjukan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Presipitasi

1. Perilaku

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan yang nyata dan tidak nyata.

a. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang sama.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap kekuatan tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan satu hal

yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat menagmabil seluruh perhatian klien dan jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

d. Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dari fase awal dan comforting klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi dialam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, contoh diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

e. Dimensi Spiritual

Secara spritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sirkardiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun terasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah

dalam upaya memjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

## 2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut Iyan (2021), penatalaksana halusinasi ada beberapa seperti psikofarmakoterapi, psikoterapi dan rehabilitas yang diantaranya terapi aktivitas (TAK) dan rehabilitasi.

- a. Psikofarmakoterapi salah satu dari gejala halusinasi adalah *skizofrenia*.

Dengan menggunakan obat-obatan anti psikotik dapat mengurangi dan menurunkan halusinasi. Adapun di antaranya adalah :

1. Antipsikotik

Indikasi utama dari obat golongan ini yaitu untuk penderita gangguan psikotik (*Skizofrenia* atau psikotik lainnya). Seperti obat antipsikotik yaitu: Chlorpromazine, Trifluoperazin, Thioridazin, Haloperidol, Klorprotixen, Lokaspin dan Pimozide. Efek utama dari obat antipsikotik menyerupai gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek sedatif serta efek samping ekstrapiramidal.

2. Antidepresan

Golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Contoh obat antidepresan yaitu: Imipramin, Maprotilin, Setralin dan paroxetine. Efek samping yang

12 dapat terjadi adalah hipotensi, hipertensi, perubahan pada gambaran EKG, obtipasi, mulut dan tenggorokan kering, mual dan sakit kepala.

### 3. Antiansietas

Golongan obat yang dipakai untuk mengurangi ansietas/kecemasan yang patologis tanpa banyak berpengaruh pada fungsi kognitif.

#### b) Nonfarmakologi

##### 1. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

TAK merupakan terapi yang melibatkan pasien dalam kegiatan yang terstruktur dan terarah secara kelompok, seperti diskusi, seni, musik, atau aktivitas produktif. Kegiatan ini dirancang untuk mengalihkan perhatian pasien dari stimulus halusinatorik, meningkatkan interaksi sosial, dan memperkuat realitas melalui keterlibatan dalam lingkungan.

##### 2. Terapi Distraksi

Terapi ini dilakukan dengan melatih pasien untuk mengalihkan fokus dari suara-suara halusinatif ke aktivitas lain yang menyenangkan atau menenangkan. Contohnya termasuk menanam tanaman, mendengarkan musik, membaca, melaftalkan doa atau sholawat, dan berbicara dengan orang lain. Strategi distraksi dapat membantu pasien mengurangi intensitas dan frekuensi halusinasi yang dialami.

##### 3. Teknik Menghardik

Teknik ini melibatkan respons verbal aktif dari pasien terhadap isi halusinasinya. Pasien diajarkan untuk menolak dan menantang suara halusinatif dengan mengucapkan pernyataan tegas seperti “Pergi！”, “Saya tidak mau mendengar kamu！”, atau “Saya berkuasa atas pikiran saya。” Teknik ini melatih pasien untuk mengambil kendali terhadap stimulus yang tidak nyata.

#### 4. Relaksasi dan Pernapasan Dalam

Latihan relaksasi seperti pernapasan dalam atau meditasi dapat membantu menurunkan kecemasan dan ketegangan yang sering memperparah gejala halusinasi. Dengan tubuh yang lebih rileks, pasien dapat lebih mudah mengalihkan perhatian dan mengurangi respons emosional terhadap halusinasi.

#### 5. Aktivitas Produktif dan Terstruktur

Melibatkan pasien dalam aktivitas harian yang bermanfaat seperti berkebun, membersihkan lingkungan, melukis, atau memasak dapat memperkuat orientasi terhadap realitas. Aktivitas ini juga memberi makna dan tujuan, yang membantu pasien merasa lebih terkontrol dan fokus.

#### 6. Edukasi dan Pengenalan Gejala

Pasien dibantu untuk mengenali kapan halusinasi muncul, bagaimana intensitasnya, dan reaksi emosional yang ditimbulkan. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang pengalamannya, pasien

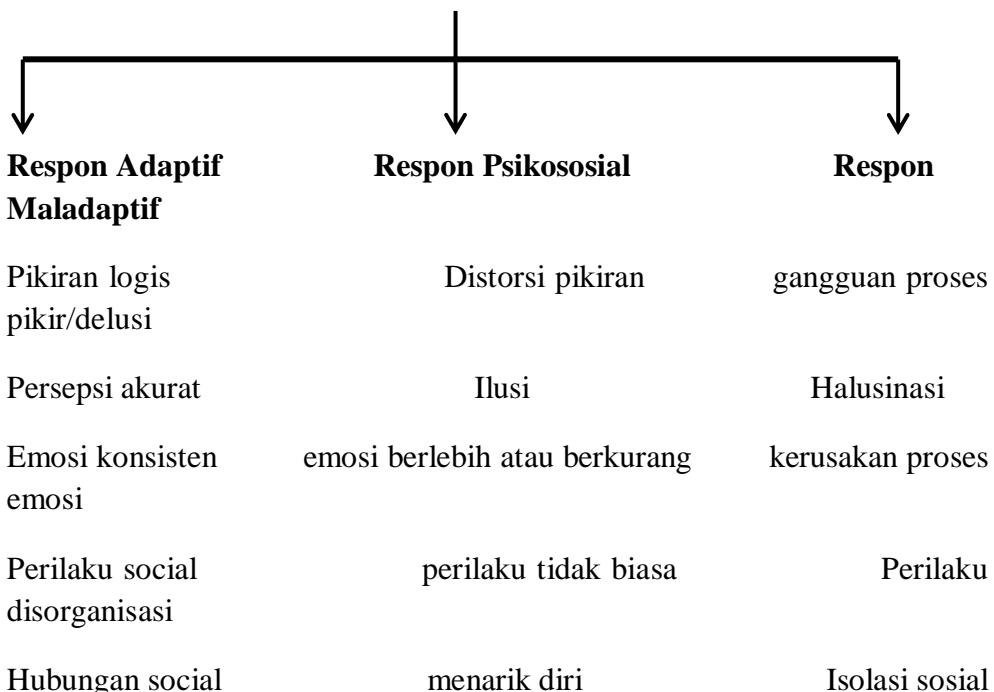
dapat lebih siap menggunakan strategi penanganan secara tepat saat halusinasi terjadi.

### 2.2.7 Rentang Respon

Respon perilaku seseorang dapat diamati melalui reaksi yang berkaitan dengan fungsi otak. Respon setiap orang yang paling adaptif adalah mampu berpikir secara akurat dan mengendalikan emosinya, sedangkan wujud perilaku halusinasi adalah berperilaku tidak normal seperti mondar-mandir dan merasa bingung, gangguan proses berpikir akibat rangsangan yang tidak nyata. Digambarkan pada tabel di bawah ini: Rentang respon menurut (Mendrofa et al., 2021).

**Bagan 2.1**

Rentang Respon Neurobiologis



## 1. Respon Adaptif

Respons adaptif menggambarkan kemampuan individu dalam merespons situasi atau permasalahan secara wajar, sesuai dengan standar sosial dan budaya yang berlaku di lingkungannya. Individu yang menunjukkan respons adaptif dinilai mampu mengatasi tekanan atau tantangan hidup secara efektif dalam batas-batas kewajaran. Adapun ciri-ciri dari respons adaptif meliputi:

- a. Pikiran logis adalah cara berpikir yang selaras dan berlandaskan pada realitas.
- b. Persepsi yang tepat adalah kemampuan menilai atau melihat sesuatu secara benar sesuai dengan kenyataan.
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu timbulnya suatu perasaan dari pengalaman.
- d. Tingkah laku sosial merupakan perbuatan dan sikap individu yang masih berada dalam batas normal secara sosial.
- e. Interaksi sosial adalah bentuk komunikasi dan hubungan timbal balik seseorang dengan orang lain serta lingkungannya.

## 2. Respon Psikososial

Respon psikososial meliputi :

- a. Gangguan dalam proses berpikir adalah kondisi di mana alur pikir seseorang mengalami hambatan atau tidak berjalan secara normal.
- b. Ilusi adalah kesalahan dalam memahami atau menafsirkan rangsangan nyata yang diterima oleh panca indera.

- c. Emosi berlebihan atau berkurang.
- d. Perilaku tidak biasa merupakan sikap dan tingkah laku yang melebihi dari batas kewajaran.
- e. Menjauh dari interaksi sosial adalah usaha individu untuk menghindari kontak atau hubungan dengan orang lain.

### 3. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan reaksi individu terhadap situasi atau permasalahan tertentu yang tidak sejalan dengan norma sosial, budaya, maupun sistem nilai yang berlaku di lingkungan tempat individu tersebut berada. bentuk-bentuk respon ini meliputi:

- a. Gangguan pikiran, yaitu kepercayaan yang tetap diyakini kuat oleh individu meskipun tidak sesuai dengan kenyataan dan tidak dipercayai oleh orang lain.
- b. Halusinasi yakni pengalaman perceptual yang tidak memiliki sumber rangsangan eksternal nyata, di mana individu merasakan suara, gambar, atau sensasi lain yang sebenarnya tidak ada secara fisik di lingkungan sekitarnya.
- c. Gangguan pada emosi, yaitu perubahan atau ketidakseimbangan dalam ekspresi dan penghayatan emosi yang berasal dari dalam diri individu, yang mengakibatkan kesulitan dalam mengelola reaksi emosional terhadap situasi tertentu.

- d. Perilaku tidak terorganisir merujuk pada pola tindakan yang tidak tertata, tidak konsisten, serta tidak mengikuti alur logis atau aturan umum yang lazim diterima dalam kehidupan sosial.
- e. Isolasi sosial merupakan kondisi di mana individu mengalami kecenderungan untuk menghindari interaksi sosial atau menarik diri dari lingkungan sosial, sehingga berujung pada perasaan kesendirian yang mendalam dan kurangnya keterlibatan dalam aktivitas sosial.

### **2.2.8 Alat Ukur Halusinasi**

AHRS adalah singkatan dari *Assessment of Hallucination Rating Scale* atau kadang juga disebut sebagai *Auditory Hallucination Rating Scale*, tergantung pada konteks penggunaannya. Alat ini digunakan untuk mengukur intensitas, frekuensi, dan dampak halusinasi, terutama halusinasi pendengaran yang sering dialami oleh individu dengan gangguan psikotik seperti *skizofrenia* (Lu et al., 2021).

#### **1. AHRS (Auditory Hallucination Rating Scale)**

Bentuk dan isi skala ini dirancang untuk menilai berbagai aspek dari pengalaman halusinasi pendengaran, seperti:

- a) Frekuensi halusinasi
- b) Durasi setiap episode
- c) Lokasi suara (di dalam kepala atau eksternal)
- d) Sifat suara (satu atau banyak suara, dikenal atau tidak)
- e) Tingkat gangguan yang ditimbulkan
- f) Kontrol terhadap halusinasi

- g) Kepatuhan terhadap perintah dari suara (jika ada)
- h) Distress atau tekanan emosional yang dihasilkan

Skala ini biasanya terdiri dari beberapa item (misalnya 11 item) yang masing-masing dinilai dengan skor tertentu (biasanya 0–4 atau 0–5), sehingga memungkinkan penilaian kuantitatif atas intensitas halusinasi.

## 2. Contoh Item Penilaian AHRS

### Aspek Contoh Pertanyaan Skala

#### a. Frekuensi

Seberapa sering Anda mendengar suara dalam seminggu terakhir?

0 = tidak pernah, 4 = sangat sering

#### b. Durasi

Berapa lama suara berlangsung saat muncul?

0 = <1 menit, 4 = >1 jam

#### c. Distress

Seberapa terganggu Anda oleh suara tersebut?

0 = tidak terganggu, 4 = sangat terganggu

## 3. Penggunaan AHRS

- a. Digunakan oleh psikiater, psikolog klinis, atau peneliti.
- b. Bisa untuk diagnosis awal, pemantauan terapi, atau penelitian klinis.
- c. Terkadang digunakan bersama dengan wawancara klinis atau instrumen lain seperti PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

## **2.3 Konsep Terapi Menanam Tanaman**

### **2.3.1 Definisi Terapi Menanam Tanaman**

Terapi menanam tanaman, atau yang secara profesional dikenal sebagai hortikultura terapi, merupakan salah satu bentuk terapi aktivitas yang dirancang untuk membantu proses penyembuhan dan pemulihan pasien dengan gangguan jiwa melalui kegiatan bercocok tanam. Terapi ini melibatkan pasien secara aktif dalam kegiatan seperti menanam, menyiram, memupuk, merawat, hingga memanen tanaman. Kegiatan ini tidak hanya bersifat rekreatif, tetapi juga memiliki nilai terapeutik yang tinggi karena melibatkan aspek fisik, emosional, kognitif, dan sosial (Agustina Kartika Sari et al., 2023).

### **2.3.2 Tujuan Terapi Menanam Tanaman**

Tujuan penerapan terapi menanam tanaman adalah untuk membantu menurunkan gejala pasien halusinasi. Terapi ini juga bertujuan untuk mengeksplorasi efektivitas terapi menanam tanaman dalam membantu pasien mengendalikan halusinasi, meningkatkan konsentrasi dan perhatian, serta memperbaiki keterampilan motorik. Penelitian ini juga terpusat pada pengaruh terapi tersebut untuk kesejahteraan emosional pasien, serta peranannya dalam meningkatkan kualitas hidup pada individu dengan skizofrenia yang mengalami gangguan persepsi sensori (Oktaviana & Sukandar, 2025).

### **2.3.3 Manfaat Terapi Menanam Tanaman**

Aktivitas berkebun atau menanam tanaman memberikan manfaat terapeutik yang signifikan bagi pasien dengan halusinasi pendengaran, terutama mereka yang mengalami gangguan jiwa seperti *skizofrenia*. Dalam konteks terapi hortikultura, pasien diajak terlibat langsung dalam kegiatan fisik seperti menggali tanah, menyentuh media tanam, menabur benih, menyiram tanaman, hingga merawat dan mengamati pertumbuhannya dari hari ke hari.

Melalui aktivitas ini, pasien distimulasi secara sensorik dan motorik, yang menciptakan pengalaman nyata dan konkret. Pengalaman tersebut membantu mereka untuk mengalihkan perhatian dari suara-suara halusinatif yang tidak nyata. Saat pasien berkonsentrasi pada tugas-tugas praktis seperti merasakan tekstur tanah, mencium aroma tanaman, atau memperhatikan pertumbuhan daun dan bunga, perhatian mereka secara alami terfokus pada lingkungan nyata dan saat ini. Hal ini mengurangi kecenderungan mereka untuk terus-menerus terjebak dalam pengalaman halusinasi(Agustina Kartika Sari et al., 2023).

### **2.3.4 Mekanisme Kerja Terapi Menanam Tanaman**

Menurut asumsi peneliti, kegiatan penanaman yang dilakukan dapat mengurangi keterlibatan pasien dalam persepsi atau pengalaman yang tidak sesuai dengan realitas objektif, merangsang pikiran, emosi, dan perasaan yang memengaruhi perilaku sadar, serta memberikan motivasi melalui kegembiraan dan hiburan. Kegiatan ini tidak dimaksudkan untuk

memberi fokus pada halusinasi, tetapi lebih untuk mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami. Hasil yang diperoleh menunjukkan penurunan gejala halusinasi setelah dilakukan terapi selama dua minggu. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa terapi okupasi menanam tanaman merupakan menjadi metode yang efektif dalam menurunkan frekuensi kekambuhan halusinasi. Aktivitas ini juga membantu pasien mengekspresikan perasaan, pemikiran, dan rasa emosi yang selalu berpengaruh pada sikap yang tidak disadari, sekaligus memberikan kegembiraan, hiburan, dan mengalihkan perhatian mereka dari dunia khayalan untuk lebih terlibat dalam kegiatan sosial. Temuan ini konsisten dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Komapsiama (2019), yang menyatakan bahwa melalui aktivitas menanam, pasien dapat mengembangkan rasa percaya diri, menjalin hubungan saling percaya kepada orang lain, serta memperbaiki kemampuan mereka untuk berkomunikasi dengan orang lain (Sriyanti & Hernanda, 2024).

Kegiatan menanam yang diterapkan bertujuan untuk mengurangi interaksi pasien dengan dunia khayalan mereka, merangsang pikiran dan emosi yang dapat memengaruhi perilaku sadar, serta memberikan motivasi melalui kegembiraan dan hiburan. Aktivitas ini tidak berfokus pada halusinasi pasien, melainkan lebih pada mengalihkan perhatian mereka dari halusinasi yang dialami. Berkebun atau menanam merupakan salah satu alternatif rekreasi yang cocok untuk mendukung gaya hidup sehat,

sekaligus memberikan kesempatan bagi pasien untuk terlibat dalam kegiatan yang bermanfaat secara fisik dan emosional (Anggara, 2024).

### **2.3.5 Indikasi Terapi Menanam Tanaman**

1. Pasien dan keluarganya yang bersedia menjadi responden.
2. Pasien *Squizofrenia* dengan Halusinasi pendengaran.
3. Pasien dalam kondisi tenang dan mampu berkomunikasi dengan baik.

### **2.3.6 Kontra Indikasi Terapi Menanam Tanaman**

1. Pasien dan keluarga yang menolak menjadi responden.
2. Pasien yang tidak mengalami halusinasi pendengaran.
3. Pasien agresif.

### **2.3.7 Kelebihan dan Kekurangan Terapi Menanam**

#### **1. Kelebihan**

- a. Distraksi Positif dari Halusinasi, Membantu pasien fokus pada realitas yang konkret pada saat ini.
- b. Menurunkan Stres dan Kecemasan, Interaksi dengan alam memberikan efek relaksasi.
- c. Meningkatkan Emosi Positif dan Harga Diri, Pasien merasa berguna dan produktif ketika melihat hasil dari kegiatan bercocok tanam.
- d. Mendorong Aktivitas Sosial dan Komunikasi, Mengurangi isolasi sosial yang sering dialami pasien dengan gangguan jiwa.

## **2. Kekurangan**

- a. Tidak Menggantikan Terapi Medikasi, Pasien tetap memerlukan pengobatan dan pengawasan medis utama.
- b. Memerlukan Fasilitas dan Pendampingan Khusus, Butuh lahan/taman, peralatan berkebun, dan instruktur/petugas terlatih.
- c. Efektivitas Bergantung pada Kondisi Pasien, Pasien dengan halusinasi berat, agitasi ekstrem, atau gangguan realitas parah mungkin sulit untuk terlibat secara konsisten dalam terapi ini.
- d. Risiko Keamanan, Jika tidak diawasi, pasien mungkin salah gunakan alat tajam (seperti sekop, cangkul) (Lee et al., 2024).

### **2.3.8 Waktu dan Durasi**

#### **1. Waktu**

- a. 2–3 kali per minggu adalah frekuensi ideal menurut (Agustina Kartika Sari et al., 2023).
- b. Minimal 1 kali per minggu juga masih menunjukkan manfaat jika dilakukan secara konsisten.

#### **2. Durasi**

- a. Setiap sesi berlangsung selama 30–60 menit, tergantung pada kondisi pasien dan jenis aktivitas (menanam, menyiram, merawat, memanen).
- b. Rata-rata yang dianjurkan: 45–60 menit per sesi.

### **2.3.9 Jenis Tanaman**

Untuk jenis tanaman yang digunakan dalam terapi hortikultura bagi pasien dengan halusinasi pendengaran idealnya memenuhi lima kriteria utama, yaitu: mudah dirawat sehingga tidak mudah mati dan cocok bagi pasien pemula, memiliki pertumbuhan yang cepat guna memberikan motivasi melalui hasil yang dapat segera terlihat, mampu merangsang indra melalui warna, aroma, maupun tekstur yang menyenangkan, aman, karena tidak mengandung racun dan tidak memiliki duri tajam, serta ramah untuk lingkungan ruangan, artinya dapat tumbuh dengan baik dalam pot kecil baik di dalam maupun di luar ruangan. Contoh tanamannya seperti tanaman hias dan lidah buaya (Suerni, 2022).

### **2.3.10 SOP Terapi Menanam Tanaman**

**Tabel 2.2 SPO Penerapan Terapi Menanam Tanaman**

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	
PENERAPAN TERAPI MENANAM TANAMAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN	
Pengertian	Menanam tanaman adalah metode terapi yang menggunakan aktivitas berkebun, seperti menyiram atau merawat tanaman, untuk membantu pasien lebih fokus pada rangsangan nyata dan mengalihkan perhatian dari suara halusinatif.
Tujuan	Mengalihkan dan menurunkan halusinasi pasien agar fokus terhadap kegiatan
Indikasi	Pasien <i>skizofrenia</i> yang mengalami halusinasi pendengaran
Kontra Indikasi	Pasien yang tidak mengalami halusinasi pendengaran

---

Fase Pre Interaksi	<p><b>A. Persiapan Alat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pot kecil/polibag</li> <li>- Tanah</li> <li>- Sekop Kecil</li> <li>- Air</li> <li>- Sarung tangan</li> <li>- Bibit tanaman mudah tumbuh (Daun mint, Lidah Buaya, dll)</li> <li>- Alat siram.</li> </ul> <p><b>B. Aturan kegiatan pasien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam keadaan tenang</li> <li>- Pasien mau untuk melakukan kegiatan</li> </ul> <p><b>C. Waktu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30-60 menit</li> </ul>
Fase Orientasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perkenalkan diri</li> <li>- Tanyakan keluhan dan kaji keadaan spesifik klien</li> <li>- Jelaskan pada klien/keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan, tujuan dan juga prosedurnya</li> <li>- Beri kesempatan pasien untuk bertanya</li> <li>- Minta persetujuan klien/keluarga untuk prosedur yang akan dilakukan</li> <li>- Persiapan lingkungan: dilakukan di lingkungan aman dan nyaman.</li> </ul>
Fase Kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencuci tangan</li> <li>- Gunakan lembar pengkaji tingkat halusinasi pasien dengan AHRS</li> <li>- Ajak pasien ke area terapi atau ruang terbuka yang aman</li> <li>- Anjurkan pasien untuk menyentuh tanah</li> <li>- Arahkan pasien untuk mengisi pot dengan tanah</li> <li>- Menanam bibit, benih, dan tanaman secara mandiri atau didampingi</li> <li>- Menyiram tanaman bersama</li> <li>- Lakukan percakapan ringan untuk menggali persepsi pasien (<i>reality orientation</i>).</li> <li>- Beri umpan balik positif (“Kamu bisa merawat dengan baik, tanamannya segar sekali.”)</li> <li>- Inform consent kepada klien/keluarga tindakan yang dilakukan sudah selesai.</li> </ul>

---

- 
- Membereskan alat, buang sampah pada tempat sampah
  - Mencuci tangan.

Fase Terminasi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluasi kegiatan yang telah dilakukan (Catatan perubahan perilaku selama dan setelah kegiatan)</li><li>- Lakukan kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya</li><li>- Akhiri kegiatan dengan baik dan salam Terapeutik.</li></ul>
Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kaji kembali perubahan perilaku pasien</li><li>- Gunakan lembar pengkaji skala halusinasi pasien dengan AHRS</li></ul>
Dokumentasi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mencatat semua tindakan dan respon klien selama prosedur tindakan dan sesudah tindakan.</li><li>- Mencatat waktu, frekuensi dan jenis alat yang dipakai selama tindakan.</li><li>- Nama jelas dan paraf perawat</li></ul>

---

(Sumber: Agustina Kartika Sari et al., 2023).

## **2.4 Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi**

### **2.4.1 Pengkajian**

#### **a. Identitas Pasien**

Cantumkan nama, usia, jenis kelamin, agama, alamat, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medis, tanggal penilaian, diagnosis medis dan status perkawinan.

**b. Keluhan Utama**

Lakukan wawancara kepada pasien atau keluarganya untuk mengetahui apakah pasien memiliki riwayat gangguan jiwa di masa lalu, karena umumnya pasien dengan halusinasi pendengaran atau gangguan persepsi sensorik pernah menjalani perawatan di rumah sakit. Setelah perawatan, pasien sering kali mengalami gejala sisa akibat ditinggalkan atau kurangnya dukungan dari keluarga dan lingkungan. Hal ini menyebabkan pasien kesulitan beradaptasi dengan sekitarnya. Gejala sisa tersebut umumnya muncul sebagai dampak dari trauma yang pernah dialami, dan cenderung memburuk apabila pasien mengalami penolakan dari orang-orang di sekitarnya.

**c. Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi adalah rangsangan yang diartikan sebagai tantangan, ancaman, dan tuntutan yang memerlukan usaha ekstra dalam memecahkannya. Tantangan yang mau tidak mau harus dihadapi dalam lingkungan hidup, tuntutan seseorang dalam bertahan hidup, keadaan mengancam seperti suasana terisolasi yang dirasakan seseorang, kurang terpenuhinya hak-hak hidup, serta kurangnya interaksi dengan orang lain dapat mencetuskan kecemasan yang dapat mengaktifkan zat halusinogen dalam tubuh. Stimulus presipitasi juga dapat ditemukan pada seseorang yang mengalami penyakit kronis serta kecacatan fisik. Seseorang yang mengalami kondisi tersebut cenderung akan menganggap sebagai ancaman yang kemudian memunculkan sifat menarik diri, merasa

terkucilkan, dan merasa tidak diterima sehingga merangsang sensor halusinasi di dalam tubuh (Widiarta, 2021).

#### **d. Pemeriksaan Fisik**

Pasien dengan halusinasi pendengaran biasanya dievaluasi dengan mempertimbangkan TTV (denyut nadi, tekanan darah, pernapasan, dan suhu), tinggi badan, dan berat badan.

#### **e. Aspek Psikologis**

1) Genogram yang menggariskan tiga generasi, apakah dalam keluarga

Pasien ada yang sebelumnya menderita gangguan jiwa.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Pandangan pasien terhadap fisiknya dapat menimbulkan persepsi keliru, seperti merasa ada bagian tubuh yang cacat baik dari segi postur tubuh, struktur, maupun gaya tampilan atau merasa memiliki bagian tubuh yang sebenarnya tidak ada.

b) Identitas diri

Memuat informasi mengenai keadaan atau posisi pasien sebelum menjalani pengobatan, termasuk tingkat kepuasan pasien baik pria maupun wanita terhadap kondisi dan situasi yang dialaminya.

c) Peran diri

Pasien menjelaskan perannya dalam kelompok/keluarga.

Kemampuan pasien untuk melakukan peran ini.

d) Ideal diri

Menggambarkan harapan pasien terkait penyakit yang dideritanya, harapan terhadap dukungan dari lingkungan sekitar, serta keinginan pasien mengenai kondisi fisik, posisi sosial, status, dan peran yang ingin dijalankannya.

e) Harga diri

Relasi pasien dengan orang lain cenderung tidak harmonis, dan cara pandangnya terhadap diri sendiri serta kehidupannya sering kali dipenuhi oleh perasaan direndahkan dan ditolak.

3) Hubungan sosial

a) Orang kepercayaan atau tempat yang berarti baginya menjadi tempat untuk mencerahkan cerita atau perasaan.

b) Mengikuti kegiatan kelompok.

c) Pada umumnya, baik di lingkungan rumah maupun di rumah sakit, pasien cenderung menolak untuk berpartisipasi dalam kegiatan kelompok.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Nilai dan keyakinan keagamaan pasien sangat minim, bahkan kepercayaan terhadap agama turut terganggu akibat halusinasi yang dialaminya.

b) Kegiatan beribadah

c) Pasien mengeluhkan masalahnya kepada Tuhan YME.

## **f. Status Mental**

- a) Cara berpakaian pasien terlihat acak-acakan dan tidak cocok satu sama lain.
- b) Aktivitas motorik: meningkat atau menurun.
- c) Ranah emosi: mengurangi perhatian terhadap lingkungan sekitar, cenderung emosional, mengepalkan tangan, wajah menjadi merah dan tegang, suara keras, jeritan, perilaku kekerasan yang tidak terkendali akibat salah dengar suara berbicara.
- d) Interaksi salama wawancara: biasanya respon verbal dan nonverbal lambat.
- e) Persepsi: kurang mampu dalam membedakan halusinasi dengan realita, Kesulitan dalam menafsirkan stimulus yang diterima secara akurat berdasarkan informasi yang tersedia.
- f) Proses pikir: fungsi kognitif dalam mengolah informasi mengalami hambatan
- g) Isi pikir: isi kognitif terdiri dari pemikiran yang bersifat rasional dan didukung oleh evaluasi yang realistik.
- h) Tingkat kesadaran: Pasien sadar sepenuhnya akan di mana ia berada, siapa dirinya, dan waktu saat ini, serta daya ingat.
- i) Afek: Stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
- j) Tingkat konsentrasi dan berhitung: terdapat defisit dalam fokus perhatian, disertai ketidakmampuan menjalankan fungsi berhitung.

k) Kemampuan: Kemampuan penilaian menunjukkan defisit ringan; pasien masih dapat membuat keputusan dasar secara mandiri.

#### **g. Mekanisme Koping**

Kemalasan dalam beraktivitas, sulit mempercayai orang, dan ketertarikan pada rangsangan dari dalam diri menyebabkan distorsi persepsi, yang direspon dengan perilaku menyalahkan pihak eksternal.

#### **h. Sumber Koping**

Kekurangan ekonomi dalam keluarga dan adanya masalah dalam keluarga.

#### **i. Pohon Masalah**



#### **j. Analisa Data**

Analisa data halusinasi menurut (Yosep, 2021) meliputi sebagai berikut :

**Tabel 2.3 Analisa Data**

Masalah Keperawatan	Analisa Data
---------------------	--------------

---

Gangguan Persepsi Sensori:  
Halusinasi pendengaran

DS:

1. Pasien mengatakan mendengar suara, melihat bayangan, mencium bau.
2. Pasien menyebutkan terdengar bisikan yang mengajak untuk berbincang, melihat bayangan yang mengganggu konsentrasi, mencium bau yang tidak dikenali.
3. Pasien mengungkapkan bahwa ia mendengar suara yang memerintahkannya melakukan tindakan berbahaya, serta melihat bayangan yang mendorongnya untuk melakukan hal-hal yang membahayakan diri
4. Pasien menyatakan bahwa ia mendengar suara-suara yang mengancam dirinya maupun orang lain, serta melihat bayangan yang memberikan ancaman serupa terhadap dirinya dan orang di sekitarnya

DO:

1. Klien tampak bercakap-cakap tanpa lawan bicara.
  2. Pasien tampak tertawa sendirian tanpa stimulus yang jelas.
  3. Pasien menunjukkan perilaku marah secara tiba-tiba tanpa alasan yang tampak.
  4. Pasien tampak memiringkan atau mengarahkan telinganya ke arah tertentu, seolah mendengarkan sesuatu.
  5. Pasien terlihat menutup telinganya, seperti berusaha menghindari suara yang mengganggu.
  6. Pasien tampak menunjuk ke arah tertentu tanpa ada objek yang terlihat.
  7. Pasien terlihat menggerakkan mulutnya seperti sedang berbicara, namun tanpa suara yang terdengar
-

## **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Definisi diagnosa keperawatan, berdasarkan SDKI (2018) pada pasien dengan halusinasi yaitu :

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085).

## **2.4.3 Intervensi Keperawatan**

Rencana keperawatan halusinasi menurut SDKI tahun 2018 sebagai berikut:

**Tabel 2.4 Rencana Keperawatan Halusinasi**

<b>DIAGNOSA</b>	<b>TUJUAN</b>	<b>INTERVENSI</b>
<b>KEPERAWATAN</b>		
Gangguan persepsi sensori: halusinasi (SDKI D.0085)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka persepsi sensori membaik, dengan kriteria hasil untuk membuktikan bahwa persepsi sensori membaik adalah: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun</li><li>2. Vernalisasi melihat bayangan menurun</li><li>3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun</li><li>4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun</li></ol>	Manajemen halusinasi (1.09288) Observasi: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi</li><li>2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan</li><li>3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri)</li></ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pertahankan lingkungan yang aman</li><li>2. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak</li></ol>

- 
- |    |                                                                 |                                                                                                              |
|----|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. | Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun | dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)               |
| 6. | Distorsi sensori menurun                                        |                                                                                                              |
| 7. | Perilaku halusinasi menurun                                     |                                                                                                              |
| 8. | Respons sesuai stimulus membaik                                 | 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi<br>4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi |

Edukasi:

1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
3. Anjurkan melakukan distraksi (mis: **terapi menanam tanaman**)
4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
5. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu

---

(Sumber:SDKI,SIKI tahun 2018)

#### 2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan mencakup tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang ada,

dengan fokus pada pencapaian kondisi kesehatan yang lebih baik sesuai dengan tujuan perawatan yang diinginkan (Mauliddiyah, 2021).

Implementasi terapi menanam tanaman ini dilakukan pada pasien *skizofrenia* yang mengalami halusinasi pendengaran. Tujuan dari terapi ini yaitu untuk mengalihkan Tingkat halusinasi pasien. Penerapan terapi menanam tanaman ini sebagai metode nonfarmakologis yang mudah dilakukan. Secara garis besar, kegiatan terapi tersebut ada tiga proses, yaitu proses persiapan dengan mengkaji dan menidentifikasi tingkat halusinasi pasien, memilih media tanaman yang cocok, proses pelaksanaan dengan menjelaskan tujuan dan manfaat terapi, lalu peneliti mencontohkan proses menanam, menyiram, dan merawat tanaman, lalu anjurkan pasien untuk melakukan kegiatan tersebut dan di bimbing oleh peneliti, durasi kegiatannya 30-60 menit dengan jenis tanaman hias dan lidah buaya, dan proses akhir dilakukan dengan wawancara dengan pasien terkait efek dari terapi tersebut pada halusinasinya serta proses monitoring dan evaluasi terhadap kondisi mereka (Ridfah et al., 2021).

#### **2.4.5 Evaluasi**

Menurut (Hidayat, 2023) Evaluasi yaitu proses akhir dalam Proses keperawatan melibatkan penilaian untuk mengetahui sejauh mana tujuan yang ditetapkan dalam rencana keperawatan telah tercapai. Dalam melaksanakan evaluasi, perawat dituntut memiliki pengetahuan serta keterampilan untuk memahami respons klien terhadap intervensi yang telah diberikan, kemampuan dalam menyimpulkan pencapaian tujuan, dan

kecakapan dalam mengaitkan tindakan keperawatan dengan indikator hasil yang ditetapkan. Tahapan evaluasi ini mencakup dua jenis kegiatan, yaitu evaluasi proses, yang berfokus pada penilaian selama perawatan berlangsung dengan melihat respons klien, serta evaluasi hasil, yang menilai sejauh mana tujuan akhir dari keperawatan berhasil dicapai. Pada langkah evaluasi dapat digambarkan seperti dibawah ini:

S : Klien memberikan tanggapan subjektif terkait intervensi keperawatan yang dilaksanakan dapat diperoleh melalui menanyakan secara langsung kepada klien mengenai persepsiya terhadap tindakan yang telah dilakukan.

O : Reaksi objektif pasien dalam intervensi keperawatan dapat diukur dengan mengamati perilaku pasien selama implementasi, menanyakan kembali kepada klien tentang tindakan yang telah dilakukan, serta memberikan umpan balik berdasarkan hasil pengamatan yang diperoleh.

A : Melakukan peninjauan kembali pada data subjektif dan objektif untuk mengevaluasi apakah masalah yang ada masih berlangsung, apakah ada masalah baru yang muncul, serta untuk mengidentifikasi apakah masalah yang sudah ada masih relevan atau terdapat data yang bertentangan (kontraindikasi).

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan analisis respons klien, yang mencakup langkah-langkah yang akan diambil oleh klien dan perawat untuk mengatasi gangguan persepsi sensorik, khususnya halusinasi.

Pada tahap akhir atau evaluasi peneliti akan mengobservasi tingkat halusinasi kepada pasien menggunakan ATRS setelah melakukan terapi menanam tanaman dari mulai awal melakukan hingga berakhirnya terapi. Diharapkan setelah melakukan kegiatan terapi ini pasien dan keluarga dapat melakukannya dalam aktivitas sehari-hari, agar dapat membantu dalam penurunan gejala halusinasi pendengaran pada pasien.