

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1.Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1.Definisi Skizofrenia

Menurut Kustanti dan Widodo (2008) dalam Fitriani (2023), istilah skizofrenia berasal dari kata "skizo" yang berarti retak atau pecah (terbelah), dan "frenia" yang berarti jiwa. Dengan demikian, skizofrenia dapat didefinisikan sebagai kondisi ketika seseorang mengalami perpecahan jiwa atau kepribadian. Putri dan Maharani (2022) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang menyebabkan disfungsi fisiologis, baik dalam hubungan individu dengan dirinya sendiri maupun dalam interaksi sosial.

Sementara itu, Fitrikasari dan Kartikasari (2022) menyatakan bahwa skizofrenia merupakan sindrom klinis yang ditandai oleh psikopatologi berat dan kompleks yang meliputi gangguan pada aspek kognitif, emosional, persepsi, dan perilaku, serta munculnya gangguan pikiran sebagai salah satu gejalanya. Utamanya. Gangguan ini umumnya muncul sebelum usia 25 tahun, bersifat kronis atau seumur hidup, dan dapat dialami oleh semua tingkat sosial ekonomi. Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan sekumpulan gangguan yang mempengaruhi kepribadian, proses pikir, dan afek, dengan etiologi yang beragam, gejala klinis yang kompleks, serta perjalanan penyakit dan respons pengobatan yang bervariasi.

2.1.2. Etiologi Skizofrenia

Menurut Videback (2020), skizofrenia dapat dipicu oleh dua faktor:

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

1) Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan pemicu utama skizofrenia. Misalnya, seorang anak dengan salah satu orang tua kandung penderita skizofrenia, meskipun diadopsi oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia, tetap membawa risiko genetik dari orang tua kandungnya. Penelitian menunjukkan bahwa anak dengan salah satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko sekitar 15%, dan risiko ini meningkat menjadi 35% jika kedua orang tua kandungnya menderita skizofrenia (Suyasa, 2021).

2) Biokimia

Menurut Fitrikasari & Kartikasari (2022) dalam Buku Ajar Skizofrenia, beberapa faktor biokimia berperan dalam perkembangan skizofrenia, antara lain:

a) Dopamin: Aktivitas dopaminergik yang berlebihan diyakini sebagai penyebab skizofrenia. Hal ini didasarkan pada dua pengamatan: pertama, efektivitas sebagian besar obat antipsikotik berkaitan dengan kemampuannya menghambat reseptor dopamin D2; kedua, zat atau obat yang meningkatkan aktivitas dopamin, seperti amfetamin, dapat menyebabkan efek psikotik. Aktivitas dopamin yang berlebihan ini berkaitan dengan perkembangan gejala positif.

- b) Serotonin: Aktivitas serotonin yang tinggi diduga berperan dalam perkembangan gejala positif dan negatif pada skizofrenia.
- c) Norepinefrin: Penderita skizofrenia sering mengalami anhedonia, yaitu penurunan kemampuan untuk merasakan kesenangan, yang kemungkinan berkaitan dengan degenerasi neuron dalam sistem norepinefrin.
- d) GABA: Neuron GABAergic berfungsi sebagai inhibitor, mengatur aktivitas dopamin. Hilangnya neuron GABAergic inhibitor dapat menyebabkan peningkatan aktivitas neuron dopaminergik. Beberapa penelitian telah menemukan penurunan jumlah neuron GABAergic di hipokampus pada penderita skizofrenia.
- e) Neuropeptida: Zat-zat seperti substansi P dan neurotensin termasuk dalam kelompok neuropeptida yang ditemukan dalam neurotransmitter katekolamin dan indoleamin. Keduanya berperan dalam memodulasi aktivitas neurotransmitter ini, sehingga memengaruhi fungsi otak secara keseluruhan.
- f) Glutamat: Penggunaan fensiklidin, suatu antagonis reseptor glutamat, telah terbukti memicu gejala akut skizofrenia. Hal ini menunjukkan bahwa disfungsi sistem glutamatergik berperan penting dalam patofisiologi skizofrenia.
- g) Asetilkolin dan Nikotin: Pemeriksaan postmortem menunjukkan penurunan reseptor muskarinik dan nikotinik di kaudatus, putamen, hipokampus, dan sebagian korteks prefrontal. Reseptor-reseptor ini

berperan penting dalam fungsi kognitif, yang seringkali terganggu pada skizofrenia.

3) Faktor Neuroanatomik

Penelitian menunjukkan bahwa penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit, yang mengindikasikan gangguan perkembangan atau hilangnya sel. Area otak yang paling sering terpengaruh adalah sistem limbik dan ganglia basal. Otak penderita skizofrenia berbeda dari otak normal, ditandai dengan ventrikel yang membesar, massa materi abu-abu yang berkurang, dan beberapa area mengalami peningkatan atau penurunan aktivitas metabolismik.

4) Neurokimia

Studi neurokimia secara konsisten menunjukkan perubahan pada sistem neurotransmisi otak penderita skizofrenia. Pada individu normal, sistem "saklar" otak berfungsi dengan baik, memungkinkan sinyal persepsi dikirim dan diterima secara efektif, menghasilkan perasaan, pikiran, dan tindakan yang tepat. Pada penderita skizofrenia, transmisi sinyal ini terganggu, sehingga sinyal tidak dapat mencapai koneksi seluler yang dituju secara efektif.

5) Faktor Psikologis

Skizofrenia dapat muncul akibat kegagalan menyelesaikan tahap perkembangan psikososial awal. Skizofrenia berat ditandai dengan ketidakmampuan individu untuk mengatasi masalah yang ada. Gangguan

identitas, kesulitan mengelola citra diri, dan ketidakmampuan mengendalikan diri merupakan inti dari teori ini (Wafa & Cahyanti, 2023).

6) Faktor Sosialokultural dan Lingkungan

Faktor sosialokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa individu dari kelas sosial ekonomi rendah mengalami gejala skizofrenia lebih sering daripada individu dari kelas sosial ekonomi tinggi (Robinson & Bergen, 2021).

2. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart dalam Ayu (2021), faktor-faktor pemicu timbulnya skizofrenia meliputi beberapa aspek, antara lain:

a. Biologis:

Stresor biologis berkaitan dengan respons neurobiologis maladaptif, termasuk gangguan komunikasi dan siklus umpan balik otak yang mengatur pemrosesan informasi. Kelainan pada mekanisme "gerbang", atau titik masuk stimulus di otak, dapat menyebabkan individu kesulitan memilih dan merespons stimulus dengan tepat.

b. Lingkungan:

Toleransi tinggi terhadap stres yang ditentukan oleh faktor biologis akan berinteraksi dengan stresor lingkungan, yang berkontribusi pada munculnya gangguan berpikir. Dengan demikian, stres lingkungan dapat mempercepat timbulnya gejala pada individu yang rentan secara biologis.

c. Pemicu Gejala:

Pemicu gejala adalah stimulus atau peristiwa yang dapat menyebabkan timbulnya episode baru skizofrenia. Faktor-faktor pemicu ini umumnya berkaitan dengan respons neurobiologis maladaptif terhadap kondisi kesehatan, lingkungan, atau faktor psikososial seperti sikap dan perilaku individu.

2.1.3.Klasifikasi Skizofrenia

Menurut DSM-IV-TR (Putri & Maharani, 2022), skizofrenia dibagi menjadi beberapa jenis:

1. Skizofrenia Paranoid

Ditandai dengan halusinasi dan/atau delusi sebagai gejala utama, terutama halusinasi pendengaran berupa suara-suara yang mengancam, memerintah, atau tidak bermakna (Akramah, 2025).

2. Skizofrenia Disorganisasi (Hebefrenik)

Biasanya muncul pada masa remaja hingga dewasa muda (15–25 tahun) dengan ciri-ciri kepribadian premorbid berupa menarik diri, pemalu, dan menarik diri.

3. Skizofrenia Residual

Gejala negatif lebih menonjol, meliputi penurunan aktivitas, afek datar, pasif, kurangnya inisiatif, komunikasi nonverbal minimal, dan penurunan fungsi sosial.

4. Skizofrenia Katatonik

Ditandai dengan perilaku spesifik seperti mempertahankan posisi tubuh yang canggung, agitasi, penurunan respons terhadap lingkungan, otomatisme perintah, dan ekolalia (Budhi, 2024).

5. Skizofrenia Tidak Terspesifikasi

Gejala skizofrenia umum ada tetapi tidak termasuk dalam kategori lain.

2.1.4. Manifestasi Klinis Skizofrenia

Menurut Fitrikasari & Kartikasari (2022), tanda-tanda skizofrenia tidak patognomonik karena dipengaruhi oleh heterogenitas riwayat, riwayat hidup, dan perubahan gejala. Faktor-faktor seperti kecerdasan, pendidikan, dan budaya memengaruhi variasi gejala. Hawari (2018) membagi gejala menjadi positif dan negatif, sementara Maramis (2005) menambahkan gejala kognitif:

1. Gejala Positif

Mudah dikenali, mengganggu lingkungan, dan menjadi alasan utama pasien dibawa berobat.

2. Gejala Negatif

Lebih samar, seringkali terlambat dikenali oleh keluarga.

3. Gejala Kognitif

Gangguan daya ingat, perhatian, konsentrasi, pengambilan keputusan, dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

2.1.5.Patofisiologi Skizofrenia

Patofisiologi skizofrenia biasanya dimulai pada masa remaja, dengan fase prodromal yang dipicu oleh perubahan sosial atau lingkungan, seperti memasuki perguruan tinggi atau kehilangan anggota keluarga. Setelah sekitar satu tahun, gejala psikotik yang nyata muncul. Perjalanan penyakit ini ditandai dengan remisi dan eksaserbasi. Gejala positif cenderung berkurang seiring waktu, sementara gejala negatif menjadi lebih menonjol. Sekitar sepertiga pasien mengalami marginalisasi sosial, rawat inap berulang, atau kemiskinan. Biologinya berkaitan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter (dopamin, serotonin, norepinefrin) dan penurunan volume otak, terutama di area temporal, frontal, hipokampus, dan parahipokampus (Nisa, 2023).

2.1.6.Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang bertujuan untuk memastikan diagnosis dan menyingkirkan gangguan lain (Townsend, 2018):

1. Neuropatologi

Neuropatologi: Atrofi otak bilateral pada lobus temporoparietal dan frontal anterior; berat otak rata-rata 1000 gram.

2. Neuropsikologik

Neuropsikologis: Menilai gangguan kognitif umum dan pola defisit spesifik.

a. Pemeriksaan Psikologis

Memori, ekspresi, atensi, bahasa, dan kalkulasi.

- b. *CT Scan & MRI*: Menyingkirkan penyebab lain demensia, mencari atrofi kortikal dan hipokampus.
- c. *EEG*: Mendeteksi aktivitas kejang subklinis.
- d. *PET & SPECT*: Mengevaluasi metabolisme dan perfusi otak.
- e. Pemeriksaan Laboratorium: Menyingkirkan gangguan metabolik, defisiensi vitamin, gangguan tiroid, infeksi, dan antibodi tertentu.

2.1.7.Faktor Resiko Skizofrenia

Menurut Kementerian Kesehatan Indonesia (2021), faktor risiko skizofrenia meliputi:

- 1. Genetika: Riwayat keluarga meningkatkan risiko hingga 40% pada kembar monozygot.
- 2. Gangguan Neurotransmiter: Ketidakseimbangan kadar serotonin, dopamin, asetilkolin, glutamat, norepinefrin, dan GABA memicu gejala.
- 3. Morfologi Otak: Kelainan struktural/fungsional seperti pembesaran ventrikel dan atrofi lobus temporal.

2.1.8.Komplikasi Skizofrenia

Ketidakseimbangan neurotransmiter (dopamin, serotonin, norepinefrin) dan penurunan volume otak, terutama di lobus temporal dan frontal, umum terjadi pada skizofrenia, termasuk kelainan pada hipokampus dan parahipokampus (Kaplan & Sadock, 2014; Abrams dkk., 2018).

2.1.9.Penatalaksanaan Skizofrenia

Terapi yang dapat diterapkan pada pasien dengan skizofrenia yaitu:

1. Terapi Farmakologis:

- a. Antipsikotik Generasi Pertama: Penghambat dopamin D2, efektif dalam mengurangi gejala positif, kurang efektif dalam mengurangi gejala negatif, dan efek samping ekstrapiramidal, termasuk hiperprolaktinemia (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).
- b. Antipsikotik Generasi Kedua: Agonis parsial dopamin D2, afinitas D3/D4, serotonin, histamin, muskarinik, dan penghambat alfa-adrenergik; efek samping ekstrapiramidal yang lebih ringan (Jelita & Hutasoit, 2021).

2. Non-farmakologis:

- a. Pendekatan Psikososial: Psikoedukasi meningkatkan pengetahuan pasien/keluarga, mengurangi risiko kekambuhan, dan mendukung fungsi sosial (Muhammad, 2023).
- b. Terapi Elektrokonvulsif (ECT): Efektif untuk skizofrenia katatonik, kurang efektif atau membawa risiko memburuk pada skizofrenia sederhana (Budhi, 2024).

2.2.Konsep Dasar Halusinasi

2.2.1.Definisi 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 Sosial

Kondisi sosial yang membuat seseorang merasa terisolasi atau tidak diterima di lingkungannya dapat menyebabkan perasaan kesepian dan toksitas 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 Neurobiologis

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).



Tabel 2.1 Rentang Respon Halusinasi

Respon Adaftif	Respon Biologis	Respon Maladaftif
<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran logis • Persepsi akurat • Emosi konsisten • Perilaku sesuai • Hubungan sosial 	<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran kadang menyimpang • Ilusi • Reaksi emosional berlebihan dan kurang • Perilaku aneh • Menarik diri 	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan pikiran • Kesulitan untuk memproses emosi • Ketidakteraturan perilaku • Isolasi sosial

Keterangan:

1. Respon adaftif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaftif 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 interaksi 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 menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan antara lain:

- a. Gangguan mental yang terobsesi dengan kenyakinan bahkan jika orang lain tidak mempercayainya dan bertengangan 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 berjam-jam 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 Utami (2020), tanda dan gejala perilaku yang berkaitan dengan halusinasi pendengaran dapat dibagi menjadi data subjektif dan objektif, sebagai berikut:

1. Halusinasi pendengaran

Data Subjektif:

Klien melaporkan mendengar suara atau bunyi tanpa sumber yang nyata. Terkadang mereka juga melaporkan melihat bayangan, mencium aroma, atau merasakan sesuatu tanpa stimulus nyata. Klien takut dengan suara yang mereka dengar dan menunjukkan keinginan untuk memukul atau melempar benda sebagai respons terhadap suara tersebut.

Data Objektif:

Dari segi perilaku, klien tampak berbicara, tersenyum, atau tertawa sendiri, dengan pola bicara yang tidak teratur dan terkadang tidak logis. Ia kesulitan membedakan antara kenyataan dan halusinasi, cenderung menarik diri dari situasi sosial, tampak bingung, dan sulit berkonsentrasi. Ekspresi wajah klien tegang, pucat, atau memerah, disertai tanda-tanda kecemasan dan ketakutan. Lebih lanjut, klien menunjukkan perilaku yang tidak terkendali, tidak mampu melakukan aktivitas mandiri, dan berisiko melakukan tindakan yang dapat membahayakan dirinya sendiri atau orang-orang di sekitarnya.

2. Halusinasi Visual

Data Subjektif:

Seseorang akan menunjuk ke arah tertentu, merasa takut akan sesuatu yang tidak jelas.

Data Objektif:

Seseorang akan melihat bayangan, seperti hantu atau hal-hal lain yang sebenarnya tidak ada.

3. Halusinasi Penciuman

Data Subjektif:

Seseorang akan mencium bau-bauan, seperti darah atau urine, terkadang dengan aroma yang menyenangkan.

Data Objektif:

Seseorang akan menutup hidungnya seolah-olah mencium bau tertentu.

4. Halusinasi Pengecapan

Data Subjektif:

Seseorang akan merasakan darah, urine, atau sesuatu yang lain di mulutnya.

Data Objektif:

Seseorang akan sering meludah dan muntah tanpa alasan yang jelas.

5. Halusinasi Perabaan

Data Subjektif:

Seseorang akan melaporkan merasakan binatang, benda, atau sesuatu yang menempel di kulitnya.

Data Objektif

Orang dengan halusinasi taktil akan sering menggosok kulitnya atau merasakan nyeri pada indra perabanya, seperti merasa digigit binatang dan berharap binatang atau sesuatu yang lain meninggalkan kulitnya.

2.2.6.Jenis- Jenis Halusinasi

Menurut Stuart (2007) dalam Sianturi & Pardede (2021), halusinasi dapat dibagi menjadi beberapa jenis berdasarkan indera yang terlibat, yaitu:

1. Halusinasi pendengaran

Ditandai dengan munculnya suara-suara yang tidak nyata, biasanya suara orang yang sedang berbicara, berdebat, atau memberi perintah kepada klien untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi penglihatan

Ditandai dengan munculnya gambaran visual tanpa stimulus nyata, seperti kilatan cahaya, bentuk geometris, bayangan, gambar kartun, atau panorama yang luas. Pengalaman visual ini dapat menyenangkan sekaligus menakutkan.

3. Halusinasi penciuman

Ditandai dengan persepsi bau-bau yang tidak nyata, seperti bau busuk, amis, atau menjijikkan (darah, urine, atau feses), meskipun terkadang dapat menyenangkan. Hal ini biasanya berkaitan dengan kondisi neurologis seperti stroke, tumor, kejang, atau demensia.

4. Halusinasi taktil

Ditandai dengan sensasi sentuhan atau nyeri tanpa stimulus nyata, seperti tersengat listrik atau disentuh oleh orang atau benda lain.

5. Halusinasi gustatori

Ditandai dengan persepsi rasa yang tidak nyata, biasanya tidak menyenangkan seperti rasa amis, busuk, atau rasa darah, urine, atau feses di mulut.

6. Halusinasi kinestetik

Ditandai dengan sensasi aktivitas fisik yang terjadi di dalam tubuh, seperti merasakan darah mengalir melalui pembuluh darah, makanan bergerak melalui saluran pencernaan, atau proses pembentukan urine.

2.2.7.Penatalaksanaan

Menurut Sutinah dkk. (2020), terapi untuk klien dengan gangguan halusinasi tidak hanya berfokus pada pengobatan farmakologis, tetapi juga mencakup psikoterapi dan modalitas lain yang disesuaikan dengan gejala atau kondisi pasien. Pendekatan ini membutuhkan dukungan keluarga dan sosial, karena keterlibatan masyarakat berperan penting dalam mempercepat proses pemulihan. Dukungan ini membantu klien merasa diterima dan tidak terisolasi dari masyarakat. Penatalaksanaan halusinasi mencakup bentuk-bentuk terapi berikut:

1. Terapi Psikofarmakologis

Farmakoterapi adalah terapi yang menggunakan obat-obatan psikotropika atau psikofarmaka untuk menekan gejala psikotik (Cahayatiningsih & Rahmawati, 2023). Beberapa obat yang umum

digunakan pada pasien dengan halusinasi antara lain:

a. Klorpromazin (CPZ, Largactil)

Obat ini digunakan untuk menekan gejala psikotik seperti agitasi, kecemasan, kebingungan, insomnia, halusinasi, dan delusi pada pasien dengan skizofrenia atau gangguan afektif berat. Obat ini dapat diberikan secara oral atau intramuskular dengan dosis awal 25–100 mg, ditingkatkan menjadi 300 mg per hari dan secara bertahap ditingkatkan menjadi 900 mg per hari. Penggunaannya dikontraindikasikan pada pasien koma, intoksikasi alkohol, atau hipersensitivitas terhadap fenotiazin. Efek samping yang mungkin terjadi antara lain kantuk, hipotensi ortostatik, mulut kering, konstipasi, dan gejala ekstrapiramidal (Krisdianto dkk., 2021).

b. Haloperidol (Haldol, Serenace)

Digunakan untuk mengobati gangguan psikotik dan sindrom Tourette. Dosis oral berkisar antara 1–6 mg per hari dan dapat ditingkatkan tergantung kondisi pasien. Dosis parenteral adalah 2–5 mg intramuskular setiap 1–8 jam. Obat ini dikontraindikasikan pada pasien dengan penyakit Parkinson atau depresi SSP. Efek samping yang umum terjadi antara lain tremor, kekakuan otot, gelisah, dan gangguan gastrointestinal ringan. Dosis tinggi dapat menyebabkan kelemahan otot, hipotensi, dan depresi pernapasan (Fitria, 2024).

c. Triheksifidil (THP, Artane, Tremin)

Biasanya diresepkan untuk mengatasi gejala ekstrapiramidal

yang berhubungan dengan penggunaan antipsikotik. Dosis awal yang rendah (12,5 mg) dapat ditingkatkan secara bertahap setiap 2 minggu berdasarkan respons pasien. Kontraindikasi meliputi depresi sistem saraf pusat yang berat atau hipersensitivitas terhadap turunan fenotiazin. Overdosis dapat menyebabkan gejala yang berat dan memerlukan perawatan suportif (Firdiawan, 2023).

2. Terapi Somatik

Terapi somatik adalah prosedur yang menargetkan kondisi fisik pasien dengan tujuan mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif. Jenis terapi ini meliputi:

a. Restraint

Dilakukan dengan menggunakan alat mekanis atau manual untuk membatasi pergerakan pasien, terutama jika pasien berisiko melukai diri sendiri atau orang lain.

b. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

Ini adalah prosedur yang menginduksi kejang terkontrol melalui arus listrik berintensitas rendah (2–8 joule) yang dialirkan ke otak melalui elektroda yang dipasang di pelipis kiri atau kanan. Terapi ini telah terbukti efektif, terutama pada pasien dengan gejala katatonik (Budhi, 2024).

3. Terapi Modalitas

Terapi modalitas merupakan pendekatan utama dalam keperawatan jiwa yang bertujuan untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku

adaptif. Bentuk terapi ini meliputi psikoanalisis, psikoterapi, terapi perilaku kelompok, terapi keluarga, rehabilitasi, psikodrama, dan terapi lingkungan (Sapitri, 2024).

4. Terapi Musik

Musik digunakan sebagai terapi tambahan yang efektif untuk mengurangi intensitas halusinasi, terutama halusinasi pendengaran. Terapi ini membantu menenangkan pikiran, mengendalikan emosi, dan meningkatkan kesejahteraan psikologis tanpa efek samping obat (Erlanti & Suerni, 2024).

2.3. Konsep Dasar Halusinasi Pendengaran

2.3.1. Definisi

Halusinasi pendengaran adalah suatu kondisi di mana seseorang mendengar suara-suara meskipun tidak ada stimulus nyata. Suara yang didengar dapat berupa suara orang, hewan, mesin, benda, peristiwa alam, musik, kata-kata, atau kalimat, dan seringkali dianggap ditujukan kepada penderita (Wijayanto & Marisca, 2017; Agustina, 2017; Prabowo, 2012 dalam Fresa dkk., 2015).

Halusinasi Verbal Auditori (HAV) adalah pengalaman mendengar suara-suara verbal tanpa stimulasi eksternal. HAV paling sering dialami oleh pasien skizofrenia (prevalensi 70–80%) dan dapat memicu perilaku berbahaya seperti bunuh diri atau kekerasan terhadap orang lain (Dellazizzo, 2018 dalam Zainuddin & Rahmiyanti, 2019).

2.3.2.Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

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

1) Mayor

Subjektif:

- Mendengar suara atau bisikan
- Merasakan sesuatu melalui pendengaran

Objektif:

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

2) Minor

Subjektif:

- Mengungkapkan rasa kesal

Objektif:

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

2.4.Konsep Terapi Musik Dangdut

2.4.1.Definisi Terapi Musik Dangdut

Musik merupakan elemen penting budaya, baik masa lalu maupun masa kini (Fitriyadi & Alam, 2020). Menurut Cikitra (2016) dalam Apriliani (2021), musik memengaruhi respons sosial, fisik, dan emosional seseorang. Bunyi musik dipercaya dapat menjernihkan pikiran dan berdampak positif bagi kesehatan serta perilaku sehari-hari.

Musik dangdut sendiri berasal dari tiruan bunyi gendang "dang" dan "dut", yang melambangkan ekspresi perasaan dan keunikan budaya Indonesia. Genre musik ini memiliki daya tarik yang luas di seluruh lapisan masyarakat karena ritmenya yang khas, lirik yang ringan, dan kemudahan untuk dinikmati (Widi Utomo & Erlangga, 2021). Lebih lanjut, musik dangdut memiliki kekuatan unik yang dapat membantu menstabilkan gelombang otak, memengaruhi emosi, dan mendorong perubahan positif pada kondisi psikologis pendengar (Putra, 2022).

2.3.3.Penatalaksanaan Halusinasi Pendengaran

1. Farmakoterapi

a. Antipsikotik

Obat antipsikotik digunakan sebagai terapi utama bagi individu yang mengalami gangguan psikotik, seperti skizofrenia atau gangguan psikotik lainnya. Contoh obat dalam kelompok ini antara lain Klorpromazin, Trifluoperazin, Tioridazin, Haloperidol, Klorprotiksen, Loksapin, dan Pimozid. Obat antipsikotik bekerja dengan menekan gejala psikotik seperti gangguan pikiran (delusi), gangguan persepsi (halusinasi), dan hiperaktivitas psikomotor seperti perilaku agresif. Selain efek

terapeutiknya, obat-obatan ini juga memiliki efek sedatif dan dapat menyebabkan efek samping seperti gejala ekstrapiramidal, kegelisahan motorik, tremor, demam tinggi, kejang, hipotensi, mulut kering, dan inkontinensia urin.

2. Non-Farmakologis

a. Terapi Musik

Terapi musik merupakan salah satu bentuk terapi relaksasi yang bertujuan membantu individu mengatur emosi, menenangkan pikiran, dan mendukung proses penyembuhan gangguan psikologis (Imantaningsing & Pratiwi, 2022). Terapi ini terbukti memberikan dampak positif terhadap kondisi mental dan emosional pasien, termasuk mengurangi tingkat stres dan memperbaiki suasana hati. Terapi ini sangat bermanfaat bagi pasien dengan halusinasi, khususnya halusinasi pendengaran, karena musik dapat mengalihkan fokus perhatian pasien dari suara-suara yang tidak nyata ke stimulus nyata yang menyenangkan. Manfaat utama dari terapi ini adalah mengurangi frekuensi dan intensitas halusinasi, serta meningkatkan relaksasi dan kenyamanan emosional pasien. Misalnya, pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran yang rutin mendengarkan musik instrumental lembut atau lagu favorit dalam suasana tenang cenderung melaporkan bahwa suara-suara halusinatif menjadi lebih jarang atau tidak terlalu mengganggu (Sari & Yulianti, 2020). Terapi musik juga mampu meningkatkan kualitas tidur dan mengurangi kecemasan yang sering menyertai gejala halusinasi (Fitriani et al., 2021).

b. Terapi Penghentian Pikiran

Terapi penghentian pikiran adalah teknik pengendalian diri yang digunakan untuk menghentikan proses berpikir negatif atau irasional dengan menginstruksikan diri sendiri untuk berhenti memikirkannya. Teknik ini melibatkan pemberian stimulus yang mengejutkan, seperti mengatakan "BERHENTI" atau "TIDAK", untuk memblokir atau menghentikan aliran pikiran yang tidak diinginkan. Dengan latihan yang berulang, individu dapat belajar mengendalikan munculnya pikiran negatif dan menggantinya dengan pikiran yang lebih adaptif (Nasir & Muhith, 2011).

c. Terapi Okupasi Menggambar

Terapi okupasi menggambar adalah bentuk terapi yang memanfaatkan aktivitas artistik, seperti menggambar menggunakan pensil, pensil warna, kapur, atau kertas, sebagai sarana ekspresi diri dan komunikasi nonverbal. Melalui menggambar, klien dapat menyalurkan emosi, mengurangi kecemasan, serta meningkatkan konsentrasi dan relaksasi. Terapi ini juga membantu klien mengekspresikan perasaan yang sulit diungkapkan secara verbal (Shela, 2022).

2.4.2.Tujuan Terapi Musik Dangdut

Tujuan pemberian terapi musik dangdut kepada pasien halusinasi adalah untuk membantu mengurangi dan menstabilkan emosi, sekaligus mengalihkan fokus pasien dari suara-suara yang tidak menyenangkan. Lebih lanjut, terapi ini juga bermanfaat dalam melatih keterampilan pendengaran, meningkatkan kemampuan beradaptasi, membangun kembali rasa percaya diri, dan membantu pasien

berkomunikasi, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya, sehingga meningkatkan semangat hidup mereka di masyarakat (Riyana dkk., 2024).

2.4.3. Manfaat terapi Musik Dangdut

Terapi musik dangdut memiliki beragam manfaat bagi pasien halusinasi. Terapi ini dapat membantu mengurangi dan menstabilkan emosi, sekaligus mengalihkan perhatian pasien dari suara-suara halusinasi yang mengganggu. Lebih lanjut, terapi musik dangdut berperan dalam melatih keterampilan pendengaran, meningkatkan kemampuan beradaptasi, membangun kembali rasa percaya diri, dan membantu pasien berkomunikasi, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan orang lain. Secara keseluruhan, terapi ini dapat meningkatkan antusiasme dan motivasi pasien untuk kembali berperan aktif di masyarakat (Riyana dkk., 2024).

2.4.4. Indikasi dan Kontraindikasi Terapi Musik Dangdut

1. Indikasi

Berikut indikasi diberikan nya terapi music dangdut yaitu :

- a. Pasien dengan Gangguan Jiwa

Musik dangdut dapat menjadi media terapi untuk orang dengan gangguan jiwa, seperti skizofrenia.

- b. Pasien dengan Halusinasi

Terapi musik dangdut dapat membantu pasien mengontrol halusinasi, misalnya dengan mengurangi respons terhadap suara yang didengar atau membuat pasien lebih berkonsentrasi.

c. Depresi

Terapi joget pada music dangdut dalam musik dangdut dapat membantu mengurangi depresi dan meningkatkan suasana hati.

d. Stres

Mendengarkan musik dangdut dapat menenangkan pikiran dan mengurangi stres karena dapat memicu pelepasan hormon dopamin.

e. Kondisi Fisik

Terapi musik dangdut, terutama yang disertai gerakan, dapat membantu dalam pemulihan fisik, seperti pada pasien stroke yang membutuhkan pengembangan koordinasi gerak tubuh.

Selain indikasi tersebut, terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam menjalankan terapi music dangdut menurut Riyana, 2024 yaitu jenis musik yang dipilih karena setiap musik memiliki irama tertentu yang dapat mempengaruhi persepsi sensori pada pasien. Kondisi pasien, pada saat pemberian terapi musik dangdut pasien harus dalam keadaan nyaman. Selain itu, kontrak dan waktu dengan pasien, dan ketepatan janji dimana apabila sebelumnya sudah dilakukan kontrak dengan pasien untuk menemuiinya, maka segera menepati janji tersebut agar pasien menjadi percaya dan terbuka dengan perawat.

2. Kontraindikasi

Terdapat beberapa kontra indikasi menurut Putra (2022) dalam pemberian terapi musik dangdut, yaitu:

a. Sensitivitas Individu:

Beberapa orang mungkin tidak menyukai musik dangdut karena lirik atau

ritmenya yang dianggap tidak cocok dengan selera mereka atau mungkin memicu reaksi negatif emosional.

b. Gangguan Psikologis:

Pada kasus tertentu, musik dangdut mungkin tidak cocok untuk pasien dengan gangguan psikologis tertentu, seperti kecemasan, karena musik dangdut mungkin memicu atau memperburuk gejala tersebut.

c. Volume Musik:

Musik dangdut yang terlalu keras dapat mengganggu atau bahkan merusak pendengaran, terutama pada individu yang memiliki masalah pendengaran.

d. Pemicu Kenangan Negatif:

Musik dangdut, seperti musik lainnya, dapat memicu kenangan atau emosi yang kuat, baik positif maupun negatif. Bagi sebagian orang, kenangan negatif yang dipicu oleh musik dangdut mungkin menjadi faktor kontraindikasi.

2.4.5. Metode Pemberian Terapi Music Dangdut

Terdapat dua macam metode untuk pemberian musik dangdut menurut yaitu (Sulistyorini et al., 2014) dalam Hidayati, 2023, yaitu:

1. Musik aktif, yang menggunakan teknik bernyanyi, belajar bermain menggunakan alat musik, mengikuti nada-nada, dan membuat lagu singkat. Sehingga, dalam hal ini mengupayakan untuk berinteraksi aktif dengan dunia musik.
2. Musik Pasif, musik yang mudah dan efektif. Hanya mendengarkan dan menghayati suatu alunan musik yang dapat disesuaikan dengan masalahnya.

Sehingga, hal ini sangat penting dalam terapi musik pasif karena pemilihan jenis musik harus tepat dengan kebutuhan.

Selain itu, menurut Dwi, 2022 terdapat 2 metode untuk pelaksanaan terapi musik yaitu :

1. Metode terapi individual

Metode terapi individual yaitu metode terapi dimana pasien melakukan terapi sendiri hanya bersama dengan perawat, metode ini diperuntukkan untuk pasien baru agar dapat lebih banyak informasi dan juga sebagai bahan evaluasi pasien, pasien yang belum dapat berinteraksi dengan baik dalam sebuah kelompok sehingga dapat dianggap mengganggu kelancaran terapi.

2. Metode kelompok

Metode terapi kelompok dilakukan dengan menjalankan terapi secara bersamaan, terapi ini diberikan untuk pasien yang dipilih berdasarkan masalah yang sama.

2.4.6. Aspek Musik Dangdut

Menurut Raharjo dalam Putra (2022), terdapat lima aspek penting yang dapat diterapkan dalam terapi musik dangdut, yaitu:

1. Intonasi – Tinggi rendahnya nada dalam kalimat yang berfungsi untuk menekankan kata-kata tertentu agar pesan lebih jelas.
2. Artikulasi – Berkaitan dengan pengucapan atau gerakan bibir saat mengucapkan kata, agar pesan yang disampaikan dapat dipahami dengan baik oleh orang lain.
3. Perasan – Teknik yang digunakan untuk mengatur jumlah udara yang dihirup dan diembuskan saat mengucapkan kata atau kalimat, agar suara tetap stabil dan

tidak mudah lelah.

4. Frasing – Menunjukkan kemampuan untuk memecah kalimat dengan tepat, sehingga pesan mudah dipahami dan terdengar lebih alami.
5. Penyampaian atau Ekspresi – Proses mengungkapkan maksud dan tujuan melalui gaya bahasa, ekspresi wajah, dan emosi, agar pesan yang disampaikan lebih bermakna dan menyentuh hati pendengar.

2.4.7.Kelebihan dan kekurangan terapi Musik Dangdut

1. Kelebihan terapi musik dangdut

Terapi musik dangdut memberikan manfaat yang terbukti dari respons positif pasien. Imanti (2012) menyatakan bahwa pasien cenderung merespons musik dangdut lebih kuat dibandingkan genre lain seperti pop, rock, campursari, atau klasik. Hal ini dikarenakan musik dangdut memiliki ritme yang mudah dipahami, lirik yang ringan, dan dinikmati oleh berbagai kalangan.

Saat mendengarkan musik dangdut, pasien—entah suka atau tidak—tetap menunjukkan respons tertentu. Secara fisiologis, respons ini dapat berupa perasaan bahagia, rileks, dan tenang. Menurut Simatupang (2019), stimulus musik diproses melalui sistem saraf pusat, khususnya sistem limbik, yang mengatur emosi dan memori. Hipotalamus kemudian mengasosiasikan musik dengan respons emosional tertentu, sehingga memberikan efek menenangkan pada pasien.

2. Kekurangan Terapi Musik Dangdut

Meskipun terapi musik dangdut dapat mengurangi skor halusinasi yang dialami oleh pasien, akan tetapi terapi musik dangdut tidak dapat efektif untuk semua pasien ataupun semua jenis halusinasi (Amellinda, 2024). Selain hal tersebut,

menurut Riyana (2024) kekurangan terapi musik dangdut pada pasien halusinasi dapat mencangkup ketidakcocokan genre music dengan preferensi individu pasien, yang menyebabkan pengurangan efektivitas pada terapi. Sejalan dengan pernyataan Putra,(2022) menjelaskan bahwa kekurangan pada terapi music dangdut yang diterapkan untuk pasien halusinasi yaitu terapi musik dangdut tidak dapat menggantikan terapi medis lainnya, terapi musik dangdut hanya menjadi salah satu komponen dan cara dalam penerapan terapi untuk pasien halusinasi, dalam menentukan genre dan jenis musik harus dengan hati-hati dan memperhatikan manfaat untuk menghindari pemicu terjadinya perburukan pada pasien.

2.4.8.Mekanisme Kerja Terapi Musik Dangdut

Berdasarkan teori yang di kemukakan oleh Djohan (2016) bahwa musik yang diberikan pada pasien halusinsi bekerja dengan mengaktifkan memori yang tersimpan di limbik dan mempengaruhi sistem syaraf otonom melalui neurittransmpter yang akan memengaruhi hipotalamus lalu ke hipofise (Kastirah et al., 2019). Musik yang telah masuk ke kelenjar hipofise mampu memberikan tanggapan terhadap emosi oral maupun perilaku melalui feedback positif. Pengaruh musik dalam perilaku meliputi fisik yang mempengaruhi kedipan mata, ayunan tangan, dan gesture tubuh seperti gerakan berjoget ria. (Riyana et al., 2024).

Selama mendengarkan musik dangdut terjadi pengalihan perhatian pasien dari suara halusinasinya kepada suaranya sendiri ketika pasien mendengarkan musik dangdut, keyakinan tentang kekuatan dan kekuasaan halusinasi akan melemah ketika pasien dilatih strategi coping untuk mengontrol halusinasi secara

konsisten. Musik dangdut dengan tempo 60-70 bpm mampu memberikan efek yang positif bagi perkembangan sosial dan psikologis pasien. (Amellinda, 2024).

Terapi musik dangdut kemudian akan mempengaruhi sistem saraf pusat ketika telinga mulai mendengarkan musik, terjadi pelepasan hormone seperti endorphin dan serotonin, yang berperan dalam pengaturan emosi dan pada saat mendengarkan musik tubuh bereaksi dengan memicu aktifitas di area otak seperti amigdala dan korteks prefrontal yang berperan dalam pengobatan emosi dan pengambilan keputusan (Aldwin, 2023). Selain itu terjadi pelepasan neurotransmitter seperti dopamine dan serotonin. Dopamine berkontribusi pada perasaan senang dan motivasi, sedangkan serotonin berperan dalam pengaturan suasana hati yang menimbulkan dampak signifikan pada mekanisme otak dan membantu pasien halusinasi pendengaran dengan cara yang multifaset (Amran, 2024). Hal tersebut membantu mengalihkan perhatian pasien dengan halusinasi dan mengurangi gejala yang dialami.

2.4.9. Waktu dan Durasi Terapi

Terapi musik dangdut pada pasien halusinasi umumnya dilakukan dalam beberapa durasi dan sesi, beberapa penelitian menunjukkan pelaksanaan terapi ini membutuhkan waktu selama beberapa hari, dengan masing-masing frekuensi dan durasi Berikut waktu dan durasi dalam beberapa penelitian terkait:

1. Frekuensi : 4 hari berturut-turut (Riyana et al., 2024), atau 6 hari berturut-turut (Amellinda, 2024)
2. Durasi setiap sesi: 30 menit bergantung pada toleransi pasien.
3. 10 menit pertama: pengenalan dan penjelasan terapi musik dangdut

4. 20–25 menit Pasien mendengarkan terapi musik dangdut yang dipilih
5. 5–10 menit refleksi: Diskusi terkait perasaan dan hasil evaluasi pasien setelah mendengarkan terapi music dnagdut
6. Waktu terbaik: Waktu yang paling tepat untuk menerapkan terapi musik dangdut pada pasien adalah saat gejala halusinasi meningkat atau sedang muncul (Riska, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Alfionita (2018) menunjukkan bahwa terapi musik dangdut sebaiknya diberikan dengan tempo 60–70 ketukan per menit (bpm), karena tempo ini terbukti memberikan efek positif terhadap perkembangan sosial dan psikologis pasien halusinasi. Hasil ini sejalan dengan penelitian Simatupang (2019), yang juga menerapkan terapi musik dangdut dengan tempo 60–70 bpm. Beberapa lagu dangdut yang digunakan dalam terapi antara lain: "Lagi Syantik" (Siti Badriah), "Gali Lubang, Tutup Lubang" (Rhoma Irama), "Lagi Tamvan" (Siti Badriah), "Begadang" (Begadang) (Rhoma Irama), "Gadis Malaysia" (Yus Yunus), "Gubuk Derita" (Hamdan ATT), "Bunga Dahlia" (Mansyur S), "Pacar 5 Langkah" (5 Langkah) (Ayu Ting Ting), "Gubuk Bambu" (Meggy Z), dan "Termiskin di Dunia" (Hamdan ATT) yang kesemuanya mempunyai tempo 70 bpm.

Lebih lanjut penelitian yang dilakukan oleh Dini (2025) juga mendukung temuan tersebut, dimana lagu-lagu dangdut seperti Sakitnya Tuh di Sini, Goyang Dumang, Jarang Goyang, dan Kopi Dangdut digunakan dalam terapi musik bagi pasien halusinasi pendengaran. Lagu-lagu ini ditemukan dapat meningkatkan respons positif pada pasien, seperti perasaan bahagia, rileks, dan peningkatan keterampilan interaksi sosial.

2.4.10.SOP Terapi Musik Dangdut

Tabel 2.2Standar Operasional Prosedur Terapi Musik Dangdut

Terapi Musik Dangdut	
Standar Operasional Prosedur	
Pengertian	Terapi musik dangdut adalah terapi kesehatan yang menggunakan musik dangdut sebagai media terapi untuk meningkatkan atau memperbaiki kondisi fisik, emosi, kognitif dan sosial bagi individu dari berbagai kalangan usia (Riyana, 2024)
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendistraksi pasien halusinasi dari suara yang di dengar 2. Mengatur emosi, dan membantu menenangkan pasien 3. Menurunkan tanda dan gejala halusinasi pendengaran
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individu dengan Gangguan Jiwa 2. Individu dengan Halusinasi 3. Individu dengan fepresi dan stress 4. Individu yang membutuhkan terapi gerak
Kontra Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individu dengan selera music yang berbeda 2. Individu dengan gangguan kecemasan berat 3. Individu dengan riwayat masalah pendengaran 4. Individu yang memiliki trauma terhadap music dagdut
	<p>A. Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Music Box 2. Headset <p>B. Tahap Pra Interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat 2. Menempatkan alat kedekat pasien <p>C. Tahap Orientasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan menyapa pasien 2. Melakukan kontrak waktu 3. Menjelaskan tujuan, manfaat dan cara penerapan pemberian terapi musik dangdut 4. Menanyakan persetujuan dan persiapan pasien

	<p>D. Tahap Kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberikan kesempatan untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan 2. Pasien duduk dengan nyaman, tenang, khusyu, berpakaian bersih dan rapi 3. Sebelum memulai awali membaca Basmallah (Bismillahirrahmanirrahim) 4. Pastikan headset /musik box/handphone dalam keadaan baik. 5. Perawat memasangkan headset kepada klien 6. Perawat mulai memutarkan musik dangdut.(<i>rhoma irama berjudul Jangan begadang</i>) 7. Atur volume musik agar nyaman untuk klien 8. Batasi stimulus eksternal seperti cahaya,suara.panggilan telpon selama mendengarkan musik. 9. Terapi musik diberikan selama 15 menit. 10. Setalah 15 menit musik akan diberhentikan <p>E. Terminasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji proses dan hasil dari terapi musik dangdut 2. Menganalisis sesi yang telah dilakukan untuk melihat keefektifan terapi 3. Menganalisis hasil dan catatan terapi sehingga perawat dapat mengetahui proses teknik yang dilakukan pasien dalam melakukan terapi music dangdut.
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan kepada pasien terkait perasaan dan kondisi setelah melakukan terapi musik
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal atau jam dilakukan tindakan 2. Nama tindakan 3. Respon klien selama tindakan 4. Nama dan paraf perawat

2.5. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi

2.5.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dalam proses keperawatan yang meliputi kegiatan pengumpulan data serta perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikaji mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Dalam konteks keperawatan jiwa, pengelompokan data pengkajian meliputi faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping, serta kemampuan yang dimiliki oleh individu (Adityas & Putra, 2022).

Menurut Keliat (2014) dalam Sakti (2023), terdapat beberapa aspek penting yang harus dikaji selama proses pengkajian pada pasien dengan halusinasi, antara lain isi halusinasi, waktu terjadinya, frekuensi halusinasi, serta respon klien terhadap halusinasinya. Dengan demikian, pengkajian keperawatan jiwa perlu dilakukan secara sistematis dan komprehensif agar data yang diperoleh dapat menjadi dasar yang akurat dalam menetapkan diagnosis keperawatan.

1. Identitas Klien

Perawat melakukan perkenalan dan kontrak awal dengan klien, termasuk nama perawat dan klien, tujuan interaksi, waktu, tempat, dan topik yang akan dibahas. Selanjutnya, perawat melengkapi informasi pribadi klien, termasuk:

- a) Nama
- b) Usia
- c) Jenis Kelamin
- d) Tanggal Asesmen
- e) Tanggal Masuk

- f) Nomor Rekam Medis
- g) Alamat
- h) Informasi Kontak Keluarga.

2. Keluhan Utama/Alasan Masuk

Klien umumnya dibawa ke rumah sakit karena menunjukkan perilaku yang tidak biasa, seperti berbicara atau tertawa sendiri, mendengar suara-suara yang tidak realistik, berjalan tanpa tujuan, atau menarik diri dari situasi sosial. Perawat dapat bertanya kepada keluarga tentang alasan membawa klien ke rumah sakit, tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, dan hasilnya. Biasanya, keluarga merasa terganggu dengan perilaku dan gejala yang muncul, sehingga mereka memutuskan untuk membawa klien ke fasilitas kesehatan jiwa.

3. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah kondisi atau faktor yang meningkatkan kerentanan seseorang terhadap halusinasi (Wijayati dkk., 2019). Faktor-faktor ini meliputi:

a) Faktor biologis

Genetika berperan dalam keluarga, terutama pada saudara kembar identik yang dibesarkan secara terpisah yang memiliki risiko lebih tinggi terkena skizofrenia dibandingkan saudara kandung lainnya.

b) Faktor psikologis:

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis dapat memicu stres dan kecemasan, yang menyebabkan gangguan orientasi realitas.

c) Faktor sosiokultural

Stres yang terakumulasi dapat mempercepat timbulnya skizofrenia, meskipun bukan penyebab utama gangguan tersebut.

d) Riwayat klien:

Riwayat gangguan kesehatan mental sebelumnya, pengalaman kekerasan fisik atau psikologis, penolakan sosial, dan trauma masa lalu dapat menjadi faktor pemicu tambahan.

4. Faktor Pencetus

Faktor pencetus adalah kondisi atau peristiwa yang memicu timbulnya gejala halusinasi. Faktor-faktor tersebut meliputi:

a) Biologis

Gangguan pemrosesan informasi di sistem saraf pusat, terutama di talamus dan lobus frontal, serta gangguan mekanisme gerbang yang menyebabkan kesulitan menyaring stimulus.

b) Stresor lingkungan

Ambang batas toleransi stres yang rendah dapat memperburuk respons terhadap stresor lingkungan dan menyebabkan gangguan perilaku.

c) Psikologis

Kecemasan yang parah dan berkepanjangan disertai dengan keterbatasan kemampuan coping dapat memicu gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi.

d) Mekanisme coping

Klien cenderung menggunakan mekanisme pertahanan maladaptif seperti regresi, proyeksi, dan penarikan diri untuk menghindari kecemasan.

e) Sumber daya coping

Kemampuan individu untuk memanfaatkan sumber dukungan, termasuk keluarga, teman, dan tenaga kesehatan profesional, secara signifikan memengaruhi keberhasilan adaptasi.

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

g) Kesehatan: Kurang tidur, kelelahan, kekurangan nutrisi, atau infeksi dapat memperburuk kondisi.

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

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

5. Pemeriksaan Fisik

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

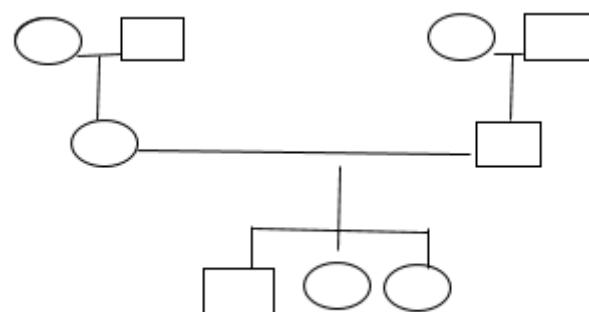
6. Psikososial

a. Genogram

Genogram pada umumnya dibuat dalam 3 generasi yakni menggambarkan garis keturunan keluarga klien, apakah anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami oleh klien, pola komunikasi klien, pola asuh serta siapa pengambilan keputusan dalam keluarga. Pada genogram

biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pola komunikasi klien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh

Berikut adalah contoh genogram:



Gambar 2.1 Contoh Genogram

b. Konsep diri

1) Citra Tubuh

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. Pada umumnya tidak ada keluhan mengenai persepsi klien terhadap tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai

2) Identitas diri

Tanyakan kepuasan klien dengan jenis kelaminnya, kepuasan klien dengan statusnya di dalam keluarga dan masyarakat. Pada umumnya klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya merasa bahwa klien tidak berguna

- 3) Peran klien dalam keluarga atau dalam kelompok masyarakat.
- 4) Kemampuan dalam melaksanakan fungsi atau perannya dan bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Pada umumnya klien kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat.

- 5) Ideal diri

Tanyakan pada klien harapan terhadap penyakitnya, harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam kelurga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya (Meylani & Pardede, 2022). Pada umumnya klien ingin cepat pulang serta diperlakukan dengan baik oleh keluarga ataupun masyarakat saat pulang nanti.

- 6) Harga diri

- 7) Klien memiliki harga diri yang rendah sehubungan dengan sakitnya namun klien yang mengalami halusinasi ada pula menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga (Syahdi & Pardede, 2022) Pada umumnya klien memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga klien merasa dikucilkan di lingkungan sekitarnya

c. Hubungan Sosial

Tanyakan siapa orang terdekat dikehidupan pasien tempat mengadu, berbicara, minta bantuin, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang

diikuti dalam kelompok atau masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asik dengan isi halusinasinya (Syahdi & Pardede, 2022)

d. Spiritual

1) Nilai Keyakinan

Tanyakan pada klien tentang pandangan serta keyakinan klien terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut klien.

Pada umumnya klien tampak meyakini agama yang dianutnya dengan dibuktikan melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

2) Kegiatan Ibadah

Tanyakan pada klien tentang kegiatan ibadah yang dilakukannya di rumah, baik secara individu maupun secara kelompok. Pada umumnya klien tampak jarang melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya. Nilai dan keyakinan biasanya klien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah klien biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

1. Status Mental

a. Penampilan

Mengamati/mengobservasi penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki seperti: rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik, serta penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok dan berubah dari biasanya.

b. Alam perasaan

Mengamati/mengobservasi kondisi perasaan klien. Berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis. Pada umumnya klien merasakan sedih, putus asa, gembira yang berlebihan, serta marah tanpa sebab.

c. Pembicaraan

Mengamati/mengobservasi pembicaraan klien apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat serta pembicaraan yang berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain. Pada umumnya pembicaraan klien tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit.

d. Aktifitas motorik

Mengamati/mengobservasi kondisi fisik klien apakah meningkat atau menurun, impulsif, ataupun membuat gerakan yang abnormal. Pada umumnya klien terlihat gelisah, berjalan mondar-mandir dengan gerakan mulut yang seakan-akan sedang berbicara.

e. Afek

Mengobservasi kondisi emosi klien. Pada umumnya klien mempunyai emosi labil tanpa ada sebab. Tiba-tiba klien menangis dan tampak sedih lalu diam menundukkan kepala Afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.

f. Interaksi selama wawancara

Selama berinteraksi dapat dideteksi sikap klien yang tampak komat-kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.

g. Persepsi

Mengamati/mengobservasi jenis halusinasi yang terjadi pada klien. Pada umumnya klien cenderung mendengar, melihat, meraba, mengecap sesuatu yang tidak nyata dengan waktu yang tidak diketahui dan tidak nyata

h. Waktu

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

1) Frekuensi

Frekuensi terjadinya apakah terus menerus atau hanya sekali- kali kadang kadang,jarang atau sudah tidak muncul lagi.dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi pada pasien halusinasi sering kali halusinasi pada saat pasien tidak memiliki kegiatan atau pada saat melamun maupun duduk sendiri

2) Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kegiatan tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya

3) Respon

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan kepada pasien hal yang dirasakan atau yang

dilakukan saat halusinasi itu timbul. Perawat juga dapat menanyakan kepada keluarga nya atau orangterdekat pasien. Selain itu, dapat juga dengan meng observasi perilaku pasien saat halusinasi timbul. Pada pasien halusinasi sering kali mengarah, mudah tersinggung, merasa curiga pada orang lain

i. Proses pikir

Mengamati/mengobservasi proses pikir klien selama wawancara. Biasanya klien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan klien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap klien.

j. Isi pikir

Mengamati isi pikiran klien selama wawancara. Pada umumnya klien selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersoalisasi yaitu perasaan yang aneh atau asing terhadap diri sendiri, orang lain lingkungan sekitar, berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistik.

k. Tingkat kesadaran

Mengamati/mengobservasi tingkat kesdaran klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran tingkat kesadarannya yaitu stupor dengan gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dengan sikap yang canggung serta klien terlihat kacau dan akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.

l. Memori

Mengamati/mengobservasi gangguan daya ingat klien. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran memiliki memori yang tidak sesuai dengan kenyataan (memasukkan cerita yang tidak benar yang bertujuan untuk menutupi gangguan yang dialaminya).

- 1) Daya ingat jangka panjang : mengingat kejadian masa lalu lebih dari satu bulan
- 2) Daya ingat jangka menengah : dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir.
- 3) Daya ingat jangka pendek : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

m. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mengamati/mengobservasi tingkat konsentrasi dan kemampuan berhitung klien selama wawancara. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung tidak mampu berkonsentrasi, klien tidak dapat menjelaskan kembali pembicarannya dengan dibuktikan selalu meminta agar pernyataan yang diucapkan oleh seseorang untuk diulangkannya kembali

n. Kemampuan penilaian

Mengamati gangguan kemampuan penilaian klien, apakah gangguan kemampuan penilaian ringan yakni dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain atau tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu oleh orang lain. Biasanya yang terjadi pada

klien dengan gangguan persepsi sensori, mereka mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah.

o. Daya tilik diri

Mengamati/mengobservasi klien tentang penyakit yang di deritanya. Pada pasien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya

2. Kebutuhan persiapan klien pulang

a. Makan

Tanyakan dan mengobservasi tentang porsinya, frekuensinya, variasinya, dan jenis makanan pantangan klien dalam makan, serta kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan. Keadaan berat, klien sibuk dengan halusinasi dan cenderung tidak memperhatikan diri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

b. BAB atau BAK

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

c. Mandi

Tanyakan dan mengobservasi tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, dan bercukur serta observasi kebersihan tubuh

dan bau badan klien. Biasanya klien mandi berulang-ulang atau tidak mandi sama sekali.

d. Berpakaian

Mengamati/mengobservasi kemampuan klien untuk mengenakan pakaian dan alas kaki klien serta observasi penampilan dan dandanan klien. Biasanya tidak rapi, tidak sesuai dan tidak diganti.

e. Observasi

Tentang lama dan waktu tidur siang dan malam biasanya istirahat klien terganggu bila halusinasinya datang. Tanyakan dan observasi lama waktu tidur siang/malam klien, apa aktivitas yang dilakukan sebelum tidur serta aktivitas yang dilakukan setelah tidur.

f. Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan pada klien dan keluarga tentang apa, bagaimana, kapan dan tempat perawatan lanjutan serta siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, dan lembaga pelayanan kesehatan) serta cara penggunaannya. Pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya, peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.

g. Aktifitas di luar rumah

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

h. Aktifitas dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan

mengepel), mencuci pakaian sendiri serta mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

3. Mekanisme coping

Mekanisme coping pada klien dengan masalah gangguan persepsi sensori:

Halusinasi pendengaran dalam mengatasi masalah yang dihadapinya, antara lain:

- a. Regresi Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran cenderung akan menghindari masalah yang dihadapinya.
- b. Proyeksi Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran cenderung menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- c. Menarik Diri Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran cenderung sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal yang dirasakannya

4. Terapi yang diberikan

Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi biasanya diberikan antipsikotik seperti haloperidol (HLP), chlorpromazine (CPZ), Triflnu perazin (TFZ), dan anti parkinson trihenskiphenidol (THP), triplofrazine arkine.

2.5.2. Analisa data

Analisis data keperawatan adalah proses sistematis untuk mengolah data pasien guna menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien, berikut analisa data yang terjadi pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi.

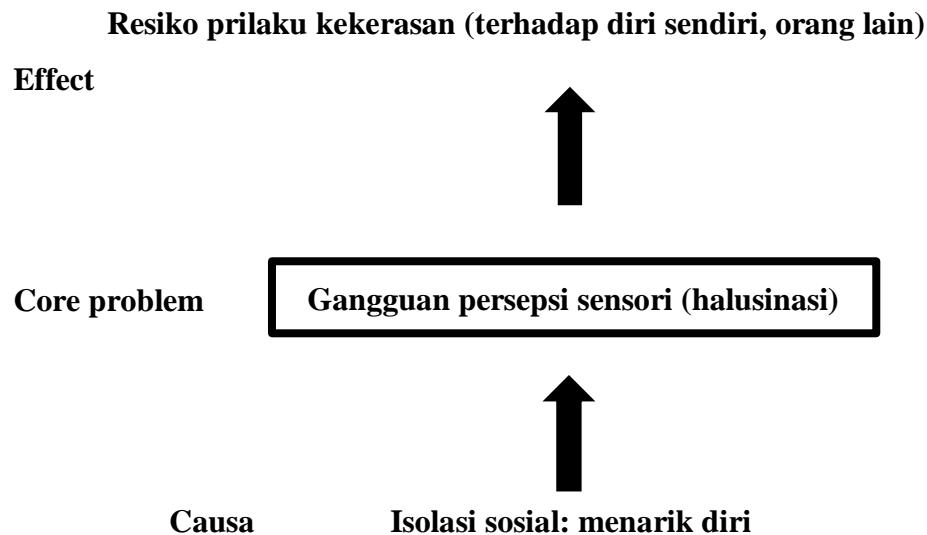
Tabel 2.3Analisa Data

NO	Data	Masalah Keperawatan
1	<p>Data subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien merasa dirinya mendengarkan suara atau bunyi tanpa stimulus nyata. 2. Merasakan sesuatu melalui indera penciuman, perabaan, atau pengecapan <p>Data obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu 4. Berbicara, senyum dan tertawa sendiri 5. Pembicaraan kacau dan terkadang tidak masuk akal 6. Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan tidak nyata 7. Menarik diri dan menghindar dari orang lain 8. Disorientasi 9. Tidak bisa memusatkan perhatian atau konsentrasi menurun 10. Perasaan curiga, takut,gelisah, dan bingung 11. Tidak mampu melakukan aktifitas mandiri dan kurang mengontrol diri 12. Menunjukan perilaku merusak diri dan lingkungan 	Gangguan persepsi sensori : (halusinasi pendengaran)

2	<p>Data subyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa ingin sendirian 2. Merasa tidak aman di tempat umum <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menarik diri 2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan 	Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental (D.0121)
3	<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah. 2. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata melotot/pandangn tajam. B 2. Tangan mengepal dan Rahang mengatup. 3. Wajah memerah. d. Postur tubuh kaku. 4. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor. 5. Suara keras. 6. Bicara kasar, ketus. 7. Menyerang orang lain 8. Melukai diri sendiri/orang lain. 9. Merusak lingkungan. 10. Amuk/agresif 	<p>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</p>

2.5.3.Pohon masalah

Bagan 2.1 Pohon Masalah



Sumber : (Prabowo, 2014 dalam (Putra, 2022).

2.5.4.Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau potensial. (Sianturi, 2021). Masalah keperawatan berdasarkan SDKI yang mungkin muncul adalah :

1. Gangguan persepsi sensori : halusinasi berhubungan dengan penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perabaan (D.0085)
2. Isolasi social (D.012)
3. Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)

2.5.5. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan yang disusun perawat untuk mencapai luaran yang diinginkan dengan memprioritaskan masalah, menetapkan tujuan, dan memenuhi kriteria luaran (Sharfina, 2019).

Perencanaan asuhan pada pasien dengan halusinasi pendengaran mengikuti SLKI (2019) dan SIKI (2018), mencakup tujuan keperawatan dan langkah-langkah untuk mengurangi gejala halusinasi serta meningkatkan kontrol persepsi klien.

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
	Gangguan sensori: persepsi halusinasi pendengaran. (SDKI D.0085)	(L.09083) Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka diharapkan persepsi sensori meningkat Dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Distorsi sensori menurun 3. Perilaku halusinasi menurun 	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. lingkungan yang aman 2. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi 5. Anjurkan melakukan distraksi (mis: Mendengarkan

			<p>musik dangdut , melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
	<p>Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental (D.0121)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat 2. Verbalisasi isolasi menurun 3. Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun 4. Perilaku menarik diri menurun 	<p>Promosi Sosialisasi (I.13498)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis: jalan-jalan, ke toko buku) 5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain

			<p>6. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan</p> <p>7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</p> <p>8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain 5. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis: kacamata dan alat bantu dengar) 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat
	<p>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</p>	<p>(L.09076) Setelah dilakukan tindakan keperawatan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpanan menurun 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung

		<p>3. Suara keras menurun 4. Bicara ketus menurun</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita).
--	--	---

2.5.6. Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai rencana tindakan dan Strategi Implementasi (SP), dimulai dengan kontrak terapeutik yang menjelaskan tujuan, waktu, tempat, dan peran klien. Semua tindakan dan respons klien dicatat secara sistematis (Gasril, 2021). Terapi musik dangdut diberikan sebagai intervensi tambahan untuk menstabilkan emosi, memperbaiki suasana hati, dan respons fisiologis tubuh (PPNI, 2017). Musik digunakan dengan tempo 60–75 bpm, durasi 25 menit per sesi, selama empat hari berturut-turut (Kartina, 2020).

2.5.7. Evaluasi

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

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

Kriteria luaran yang diharapkan setelah terapi musik dangdut:

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