

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yakni “*Skizein*” yang dapat diartikan retak atau pecah (*split*) dan “*phren*” yang berarti pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang mengalami skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau bisa dikatakan juga keretakan kepribadian serta emosi (Amaral, 2017). Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berpikir, berkomunikasi, merasakan dan mengekspresikan emosi, serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran yang tidak teratur, delusi, halusinasi dan perilaku aneh (Afriyanti et al., 2022).

2.1.2 Etiologi

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

a. Faktor Predisposisi

1. Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizorenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh

keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki risiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography* (CTScan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography* (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset menunjukkan bahwa penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia. Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditentukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada massa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

c) Faktor Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2. Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial sebagai contoh seorang anak yang 8 tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

3. Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia yaitu :

1. Faktor Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2. Faktor Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3. Faktor Pemicu Gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

2.1.3 Klasifikasi

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

a. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang paling umum, ini mungkin berkembang dikemudian hari daripada bentuk lain. Gejalanya meliputi halusinasi atau delusi, tetapi ucapan dan emosi mungkin tidak terpengaruh.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik juga dikenal sebagai skizofrenia tidak teratur, jenis skizofrenia ini biasanya berkembang saat berusia 15-25 tahun. Gejalanya meliputi perilaku dan pikiran yang tidak teratur, disamping delusi dan halusinasi yang berlangsung singkat. Pasien mungkin memiliki pola bicara yang tidak teratur dan orang lain mungkin kesulitan untuk memahami. Orang yang hidup dengan skizofrenia tidak teratur sering menunjukkan sedikit atau tidak ada emosi dalam ekspresi wajah, nada suara, atau tingkah laku mereka.

c. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik adalah diagnosis skizofrenia yang paling langka, ditandai dengan gerakan yang tidak biasa, terbatas, dan tiba-tiba. Pasien mungkin sering beralih antara menjadi sangat aktif atau sangat diam. Pasien mungkin tidak banyak bicara dan mungkin meniru ucapan atau gerakan orang lain.

d. Skizofrenia Tak Terdiferensiasi

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

e. Skizofrenia Residual

Pasien mungkin didiagnosis dengan skizofrenia residual jika memiliki riwayat psikosis tetapi hanya mengalami gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk).

f. Skizofrenia Sederhana

Skizofrenia sederhana jarang didiagnosis. Gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk) paling menonjol lebih awal dan memburuk, sedangkan gejala positif (seperti halusinasi, delusi, pemikiran tidak teratur) jarang dialami.

g. Skizofrenia Senestopatik

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

h. Skizofrenia Tidak Spesifik

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

2.1.4 Manifestasi Klinis

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

a. Gejala Positif

Skizofrenia gejala positif merupakan gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat. Gejalagejala positif yang diperlihatkan pasien skizofrenia yaitu :

1. Waham merupakan keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
2. Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pembau dan perabaan)
3. Perubahan Arus Pikir

- a) Arus pikir terputus, dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkoheren, berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau)
 - c) Neologisme, menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
4. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
 5. Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
 6. Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecurigaan atau seakanakan ada ancaman terhadap dirinya
 7. Menyimpan rasa permusuhan.
- b. Gejala Negatif

Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat. Gejalagejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu:

1. Alam perasaan (affect) tumpul dan mendatar. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
2. Isolasi sosial atau mengasingkan diri (withdrawn) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (day dreaming).
3. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam
4. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial
5. Sulit dalam berpikir abstrak.

6. Pola pikir stereotip.

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia disebabkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti (Park et al., 2021). Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal), bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Wijayanti & Batubara, 2022).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dalam skizofrenia bertujuan untuk mendukung diagnosis klinis, menilai keparahan penyakit, serta menyingkirkan kemungkinan gangguan medis lain yang dapat menyebabkan gejala serupa. Pemeriksaan ini meliputi pencitraan otak, pemeriksaan laboratorium, serta evaluasi neuropsikologi yang membantu memahami aspek struktural, fungsional, dan kognitif dari gangguan ini

(Roßbrucker, 2023).

a. Pencitraan Otak

Pencitraan otak, seperti *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) dan *Computed Tomography* (CT) scan, digunakan untuk menilai perubahan struktur otak pada pasien skizofrenia. Beberapa studi menunjukkan bahwa pasien skizofrenia memiliki perubahan pada korteks prefrontal, hipokampus, dan ganglia basal yang berhubungan dengan gangguan dalam regulasi emosi, fungsi eksekutif, dan memori

Selain itu, pencitraan fungsional seperti *Positron Emission Tomography* (PET) *scan* dan *functional* MRI (fMRI) dapat mendeteksi gangguan neurotransmiter, terutama pada sistem dopaminergik dan glutamatergik yang diketahui berperan dalam patofisiologi skizofrenia (Argyelan & Sanghani, 2025).

b. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk mengevaluasi kemungkinan gangguan metabolik, inflamasi, atau endokrin yang dapat memperburuk gejala skizofrenia. Beberapa parameter yang sering diperiksa meliputi kadar hormon tiroid, vitamin B12, dan tingkat elektrolit dalam darah guna menyingkirkan kemungkinan penyebab organik dari gejala psikotik. Skizofrenia berkaitan dengan peningkatan kadar sitokin inflamasi, seperti interleukin-6 (IL-6), yang menandakan adanya proses inflamasi dalam patogenesis gangguan ini. Pemeriksaan genetik juga dapat dilakukan untuk mengidentifikasi varian gen tertentu yang meningkatkan risiko seseorang mengalami skizofrenia (Cojocaru et al., 2024).

c. Pemeriksaan Neuropsikologi

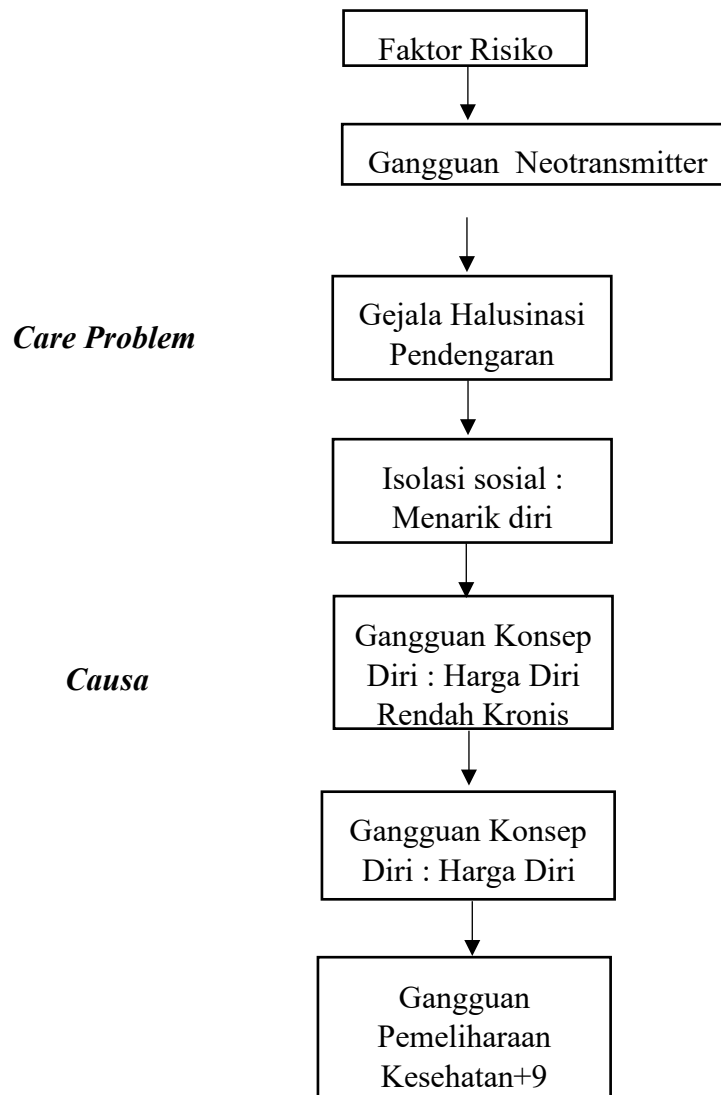
Pemeriksaan neuropsikologi bertujuan untuk menilai tingkat gangguan kognitif yang umum terjadi pada pasien skizofrenia. Gangguan ini meliputi defisit pada fungsi eksekutif, memori kerja, dan perhatian yang dapat dinilai menggunakan tes psikometri seperti *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) dan *Continuous Performance Test* (CPT). *Electroencephalography* (EEG) dapat digunakan untuk menilai pola aktivitas listrik otak pasien skizofrenia, terutama dalam

menyingkirkan kemungkinan epilepsi yang dapat menyebabkan gejala serupa (Mustika & Zulaikha, 2025).

2.1.7 Pohon Masalah

Pohon Masalah pada pasien Skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran menurut Nanang, K. (2024).

Bagan 2. 1 Pohon Masalah pada Pasien Skizofrenia



2.1.8 Komplikasi

Skizofrenia adalah gangguan mental kronis yang tidak hanya berdampak pada fungsi kognitif dan emosional pasien, tetapi juga dapat menyebabkan berbagai komplikasi medis, psikososial, dan farmakologis. Komplikasi ini meliputi gangguan metabolik, penyakit kardiovaskular, gangguan neurodegeneratif, hingga dampak sosial yang memperburuk prognosis pasien. Pemahaman terhadap komplikasi ini sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup penderita skizofrenia serta mengembangkan strategi pengelolaan yang lebih efektif (Patel et al., 2018).

Pasien dengan skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi terhadap penyakit kardiovaskular dibandingkan populasi umum. Hal ini dapat disebabkan oleh efek samping obat antipsikotik, gaya hidup yang kurang sehat, serta peningkatan peradangan sistemik. Beberapa studi melaporkan bahwa penggunaan clozapine, salah satu antipsikotik atipikal yang sering diresepkan, dapat menyebabkan komplikasi kardiovaskular seperti miokarditis dan perikarditis akut, yang jika tidak terdeteksi dini dapat berujung pada tamponade jantung. Selain itu, pasien skizofrenia cenderung mengalami dislipidemia dan hipertensi, yang semakin meningkatkan risiko penyakit jantung koroner (Edhem et al., 2025).

Skizofrenia juga dikaitkan dengan peningkatan risiko sindrom metabolik, yang meliputi obesitas, resistensi insulin, hiperglikemia, serta diabetes mellitus tipe 2. Faktor utama yang berkontribusi terhadap komplikasi ini adalah efek samping obat antipsikotik, khususnya golongan atipikal seperti olanzapine dan clozapine, yang diketahui dapat meningkatkan berat badan dan

mengganggu metabolisme glukosa. Studi menunjukkan bahwa pasien dengan skizofrenia yang memiliki komplikasi diabetes cenderung memiliki angka rawat inap yang lebih tinggi dan pengelolaan penyakit yang lebih kompleks dibandingkan mereka yang tidak mengalami gangguan metabolik (Edhem et al., 2025).

Selain komplikasi fisik, skizofrenia juga berkaitan erat dengan penurunan fungsi kognitif dan peningkatan risiko gangguan neurodegeneratif. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa pasien skizofrenia mengalami percepatan penurunan volume otak, terutama pada area yang terkait dengan memori dan fungsi eksekutif, seperti korteks prefrontal dan hipokampus. Gangguan kognitif ini juga dapat diperburuk oleh faktor lingkungan, seperti tingkat stres yang tinggi dan kurangnya dukungan sosial, yang dapat mempercepat degenerasi saraf (Buciuc et al., 2025).

Dampak sosial dari skizofrenia juga tidak kalah signifikan, termasuk gangguan fungsi interpersonal, pengangguran, serta peningkatan risiko tunawisma dan isolasi sosial. Stigma terhadap pasien skizofrenia sering kali menghambat akses mereka terhadap layanan kesehatan yang memadai, memperburuk kondisi mental, dan meningkatkan kemungkinan kekambuhan. Selain itu, pasien skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi terhadap penyalahgunaan zat, yang dapat memperburuk gejala psikotik dan meningkatkan kemungkinan rawat inap berulang (Kernizan et al., 2025).

2.1.9 Penatalaksanaan

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

a. Medikamentosa

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada Skizofrenia. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis antipsikotik sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat antipsikotik yang benar-benar cocok bagi pasien. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu antipsikotik konvensional, newer atypical antipsychotics, dan Clozaril (Clozapine).

b. Terapi psikososial

1. Terapi perilaku

Teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal. Perilaku adaptif adalah didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan, dengan demikian, frekuensi perilaku maladaptif atau menyimpang seperti berbicara lantang, berbicara sendirian di masyarakat, dan postur tubuh aneh dapat diturunkan.

2. Terapi berorientasi-keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial, keluarga dimana pasien skizofrenia kembali seringkali mendapatkan manfaat dari terapi keluarga yang singkat namun intensif (setiap hari). Setelah periode pemulangan segera, topik penting yang dibahas didalam terapi keluarga adalah proses pemulihan,

khususnya lama dan kecepatannya. Seringkali, anggota keluarga, didalam cara yang jelas mendorong sanak saudaranya yang terkena skizofrenia untuk melakukan aktivitas teratur terlalu cepat. Rencana yang terlalu optimistik tersebut berasal dari ketidaktahuan tentang sifat skizofrenia dan dari penyangkalan tentang keparahan penyakitnya.

3. Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, terorientasi secara psikodinamika atau tilikan, atau suportif. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan halusinasi, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien skizofrenia.

4. Psikoterapi individual

Penelitian yang paling baik tentang efek psikoterapi individual dalam pengobatan skizofrenia telah memberikan data bahwa terapi ialah membantu dan menambah efek terapi farmakologis. Suatu konsep penting di dalam psikoterapi bagi pasien skizofrenia adalah perkembangan suatu hubungan terapeutik yang dialami pasien sebagai aman.

c. Perawatan di Rumah Sakit (*hospitalization*)

Indikasi utama perawatan rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau termasuk ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar. Tujuan utama

perawatan dirumah sakit yang harus ditegakkan adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat. Rehabilitasi dan penyesuaian yang dilakukan pada perawatan rumah sakit harus direncanakan.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan suatu penyerapan panca indera tanpa ada rangsangan dari luar, orang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterimanya melalui panca indera. Stimulus tersebut tidak ada pada pasien halusinasi. Akibat yang ditimbulkan pada pasien halusinasi dapat berakibat fatal karena beresiko tinggi untuk merugikan diri pasien sendiri, orang lain disekitarnya dan juga lingkungan (Suparyanto & Rosad, 2020). Halusinasi merupakan persepsi yang diterima oleh panca indera tanpa adanya stimulus eksternal. Klien dengan halusinasi sering merasakan keadaan/kondisi yang hanya dapat dirasakan olehnya namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain.

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi biasanya muncul pada klien gangguan jiwa diakibatkan terjadinya perubahan orientasi realita, klien merasakan stimulasi yang sebetulnya tidak ada. Dampak yang muncul akibat gangguan halusinasi adalah hilangnya kontrol diri yang menyebabkan seseorang menjadi panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi (Waruwu, 2019). Berdasarkan beberapa defenisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa, halusinasi merupakan suatu gangguan persepsi panca

indera yang terjadi tanpa ada rangsangan dari luar, dimana seseorang akan menganggap sebagai hal nyata namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu gangguan persepsi sensori yang terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar, di mana individu menganggap persepsi tersebut nyata, meskipun tidak dapat dirasakan oleh orang lain.

Halusinasi dapat terjadi pada semua jenis pancaindra, namun yang paling umum ditemukan adalah **halusinasi pendengaran**, terutama pada pasien dengan skizofrenia.

2.2.2 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individual yang berbeda, rentang respon neurobiologi dalam hal ini merupakan persepsi maladaptif. Jika pasien yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan), sedangkan pasien halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun stimulus tersebut tidak ada. Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena suatu hal mengalami kelainan persensif yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya, yang tersebut sebagai ilusi (D. S. Mendrofa et al., 2022).

a. Respon Adaptif

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

dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif menurut (Ginting, 2022) yaitu:

1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
2. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
3. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
4. Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
5. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif menurut (Hafizuddin, 2021) yaitu:

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
2. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.2.3 Fase Halusinasi

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

a. Fase Pertama/*Sleep Disorder*

Pada fase ini pasien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah di kampus, dropout, dan lainnya. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan *support system* kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terusmenerus sehingga terbiasa menghayal. Pasien menganggap lamunanlamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.

b. Fase Kedua/*Comforting*

Pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan pasien merasa nyaman dengan halusinasinya

c. Fase Ketiga/*Condemning*

Pengalaman sensori pasien menjadi sering datang dan mengalami bias. Pasien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan, pasien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.

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

Pasien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Pasien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

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

Pengalaman sensorinya terganggu. Pasien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila pasien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau sehari-hari bila pasien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

2.2.4 Pengukuran Halusinasi

Pengukuran halusinasi diperlukan untuk mengetahui tingkat keparahan gejala, memantau perkembangan kondisi pasien, serta mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan yang diberikan. Salah satu alat ukur yang secara spesifik digunakan untuk menilai halusinasi pendengaran adalah *Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS). Skala ini menilai beberapa aspek penting dari pengalaman halusinasi suara, seperti frekuensi munculnya suara, durasi halusinasi, lokasi suara (apakah terdengar di dalam atau di luar kepala), tingkat keyakinan pasien terhadap kenyataan suara tersebut, reaksi emosional seperti ketakutan atau kecemasan, serta dampaknya terhadap fungsi sosial dan aktivitas sehari-hari. AHRS terdiri dari 11 item dengan penilaian skala Likert yang menggambarkan intensitas dan gangguan yang ditimbulkan. Selain AHRS, terdapat pula alat ukur lain yang digunakan secara umum dalam menilai gangguan psikotik, seperti *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) yang mengevaluasi gejala positif (termasuk halusinasi), negatif, dan umum pada pasien skizofrenia, serta *Brief Psychiatric*

Rating Scale (BPRS) yang menilai kondisi psikis seperti kecemasan, depresi, dan perilaku agresif. Dalam praktik keperawatan, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) juga digunakan sebagai alat evaluasi, terutama untuk menilai hasil dari intervensi seperti kemampuan membedakan realita dan penurunan frekuensi halusinasi. Penggunaan alat ukur yang tepat, seperti AHRS, sangat penting untuk memastikan intervensi keperawatan nonfarmakologis yang dilakukan dapat terukur, objektif, dan berbasis bukti (*evidence-based*) (Fitri & Astuti, 2020).

2.2.5 Skala Penilaian Halusinasi Auditori Hallucination Rating Scale (AHRS)

Skala Penilaian Halusinasi Auditory Hallucination Rating Scale
(AHRS)

Nama: _____ Tanggal: _____

Petunjuk:

Skala ini dirancang untuk membantu menilai tingkat keparahan halusinasi auditori. Halusinasi auditori terjadi ketika seseorang mendengar suara, bunyi, atau musik yang tidak dapat didengar oleh orang lain. Silakan nilai setiap aspek berdasarkan pengamatan Anda dan diskusi dengan individu yang bersangkutan. Untuk setiap item, lingkari angka yang paling menggambarkan pengalaman individu tersebut:

a. Frekuensi: Seberapa sering halusinasi auditori terjadi?

Tidak ada (0) : Suara tidak muncul

Jarang (1) : Sekali-sekali, hampir tidak pernah

Kadang-kadang (2) : Beberapa kali dalam seminggu

Sering (3) : Beberapa kali dalam sehari

Sangat Sering (4) : Terjadi terus-menerus sepanjang hari

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

Tidak ada (0) : Suara tiak pernah muncul

Samar (1) : Hampir tidak terdengar

Sedang (2) : Terdengar jelas tapi tidak mengganggu

Jelas (3) : Seperti percakapan normal

Sangat Keras (4) : Sangat keras dan sulit diabaikan

- c. Ketika Anda mendengar suara tersebut dari mana suara itu terdengar, dari dalam kepala atau dari luar kepala Anda

Tidak ada (0) : Tidak ada suara yang muncul

Ringan : Suara berasal dari kepala saja

Sedang : Suara di luar kepala tetapi dekat dengan telinga atau kepala

Berat : Suara berasal di dalam atau dekat telinga dan di luar kepala jauh dari telinga

Sangat berat : Suara berasal dari ruang angkasa luar dan jauh dari kepala

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

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul

Singkat (1) : Muncul sesekali dan berlangsung sebentar

Secara Berkala (2) : Terulang sepanjang hari

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

Terus-Menerus (4) : Hampir tidak ada jeda

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

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul

Tidak Mengancam (1) : Suara ramah atau netral

Netral (2) : Isi tidak spesifik atau samar

Mengganggu (3) : Isi negatif atau membuat gelisah

Menakutkan (4) : Isi menakutkan atau mengancam

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

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul

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

Sebagian (2) : Kadang dapat memengaruhi suara Terbatas

(3) : Sulit mengendalikan, tapi sesekali bisa memengaruhi

Tidak Ada (4) : Sama sekali tidak dapat dikendalikan

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

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul

Minimal (1) : Hampir tidak merasa terganggu

Ringan (2) : Sedikit rasa tidak nyaman Sedang

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

Berat (4) : Sangat terganggu, berdampak besar pada kesejahteraan

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

Tidak sama sekali(0) : Tidak pernah muncul

Tidak Berdampak (1) : Tidak mengganggu aktivitas

Gangguan Ringan (2) : Gangguan ringan, masih bisa diatasi

Dampak Signifikan (3): Gangguan jelas, memengaruhi fungsi Gangguan

Berat (4) : Gangguan berat, tidak mampu menjalankan aktivitas

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

Tidak ada (0) : Tidak pernah muncul Membaik (1) :

Semakin jarang atau berkurang

intensitasnya

Stabil (2) : Tidak ada perubahan

Bervariasi (3) : Frekuensi atau intensitas berubah-ubah

Memburuk (4) : Semakin sering atau makin parah

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

Tidak Pernah(0) : Tidak pernah muncul

Tidak Ada (1) : Tidak ada gejala lain

Ringan (2) : Gejala ringan yang menyertai

Sedang (3) : Dampak sedang terhadap keseluruhan gejala Berat (4) :

Sangat terkait dengan gejala lain yang

mengganggu

- k. Respons terhadap Pengobatan

Bagaimana respons individu terhadap pengobatan yang diberikan.

Sembuh Total (0) : Halusinasi hilang sepenuhnya

Sembuh Sebagian(1) : Halusinasi hilang sebagian

Perbaikan (2) : Frekuensi atau intensitas berkurang

Perbaikan Terbatas (3) : Penurunan gejala minimal

Tidak Ada Perbaikan (4): Tidak ada respons positif terhadap pengobatan.

Total Skor: _____

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

0 : (Tidak Ada)

1 - 11 : (Ringan)

12 - 22 : (Sedang)

23 - 33 : (Berat)

34 – 44 : (Sangat Berat)

2.3 Konsep Terapi Bermain Origami

2.3.1 Definisi Terapi Bermain Origami

Terapi bermain origami adalah suatu bentuk intervensi terapeutik yang memanfaatkan aktivitas seni melipat kertas (origami) untuk meningkatkan kemampuan konsentrasi, mengurangi kecemasan, memperbaiki keterampilan motorik halus, serta mengembangkan kemampuan sosial dan komunikasi pasien dengan gangguan jiwa. Pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran, terapi ini bertujuan untuk membantu mengalihkan fokus dari stimulus internal (halusinasi) ke aktivitas nyata, sehingga pasien dapat lebih terhubung dengan realitas di sekitarnya. Melalui aktivitas melipat, pasien diajak untuk menggunakan fungsi kognitif, motorik, dan emosionalnya secara seimbang, yang mendukung proses rehabilitasi psikiatri (Meliyani et al., 2023).

Terapi origami dapat memperkuat aspek terapeutik non-verbal yang sangat penting dalam pendekatan keperawatan jiwa. Aktivitas yang sederhana namun penuh makna ini memungkinkan pasien

mengekspresikan diri secara kreatif, meningkatkan rasa keberhasilan pribadi, dan membangun interaksi sosial secara positif dengan lingkungan. Dengan dilakukannya terapi ini secara terstruktur, diharapkan terjadi penurunan intensitas halusinasi, peningkatan pengendalian diri terhadap stimulus internal, serta terciptanya pengalaman positif yang memperkuat pemulihan pasien (Ihsan et al., 2018).

2.3.2 Tujuan Terapi

Tujuan utama dari penerapan terapi bermain origami pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran adalah untuk membantu pasien mengalihkan perhatian dari stimulus halusinasi menuju aktivitas nyata yang bersifat kreatif dan terarah. Melalui keterlibatan dalam aktivitas melipat kertas, diharapkan pasien mampu meningkatkan konsentrasi, memperbaiki fokus perhatian, serta mengembangkan kemampuan coping yang lebih adaptif dalam menghadapi gejala halusinasi. Selain itu, terapi ini bertujuan untuk mengurangi frekuensi dan intensitas halusinasi pendengaran dengan membangun orientasi realitas melalui pengalaman sensorik dan motorik yang positif. Terapi origami juga diharapkan dapat meningkatkan keterampilan motorik halus, memperkuat rasa percaya diri, serta memperbaiki kualitas interaksi sosial pasien. Dengan demikian, penerapan terapi ini berperan penting dalam mendukung proses rehabilitasi mental dan meningkatkan kualitas hidup pasien skizofrenia secara keseluruhan (Zahara et al., 2024).

2.3.3 Manfaat Terapi

Terapi bermain origami memiliki berbagai manfaat psikologis dan sosial yang signifikan dalam mendukung proses pemulihan pasien skizofrenia, khususnya yang mengalami halusinasi pendengaran. Kegiatan melipat kertas yang sederhana namun membutuhkan fokus dan koordinasi motorik ini dapat berperan sebagai media untuk mengalihkan perhatian pasien dari rangsangan internal (seperti suara halusinasi) ke aktivitas nyata yang melibatkan konsentrasi. Origami mendorong pasien untuk lebih tenang, fokus, dan merasa terhubung dengan dunia nyata (Suenaga, 2020).

Manfaat pertama dari terapi ini adalah kemampuannya untuk meningkatkan konsentrasi dan mengurangi stres. Saat pasien melakukan origami, sistem limbik di otak yang bertanggung jawab atas emosi menjadi lebih stabil, sehingga membantu meredakan kecemasan dan ketegangan. Selain itu, aktivitas ini dapat memperkuat rasa percaya diri dan meningkatkan harga diri pasien karena keberhasilan menyelesaikan bentuk-bentuk lipatan tertentu memberikan rasa pencapaian dan kontrol diri yang positif (Ruiz et al., 2017).

Manfaat lainnya adalah origami mendorong interaksi sosial saat dilakukan dalam bentuk terapi kelompok. Melalui terapi ini, pasien memiliki kesempatan untuk berkomunikasi, bekerja sama, dan membentuk hubungan sosial yang sehat. Ini penting dalam proses rehabilitasi pasien skizofrenia yang cenderung mengalami isolasi sosial. Origami juga dapat memperbaiki fungsi kognitif dan keterampilan motorik halus, yang sering kali mengalami penurunan pada pasien dengan gangguan jiwa berat (Lee et al., 2024).

2.3.4 Indikasi dan Kontraindikasi Terapi Origami

Terapi bermain origami diindikasikan bagi pasien dengan gangguan jiwa yang memiliki tingkat fungsi kognitif dan motorik yang cukup untuk mengikuti instruksi sederhana, seperti pasien skizofrenia dalam fase stabil, pasien dengan depresi ringan hingga sedang, dan pasien dengan gangguan kecemasan. Terapi ini juga cocok diberikan pada pasien dengan gejala halusinasi sebagai upaya mengalihkan perhatian dari stimulus internal ke aktivitas konkret yang positif (Zahara et al., 2024).

Namun, terapi ini memiliki beberapa kontraindikasi. Origami tidak dianjurkan untuk pasien yang sedang berada dalam fase akut psikosis berat, pasien dengan agitasi tinggi, pasien dengan gangguan fungsi tangan yang berat (misalnya tremor parah atau hemiparesis), serta pasien yang menunjukkan respons agresif terhadap kegiatan kelompok. Selain itu, origami tidak dianjurkan untuk pasien dengan gangguan kognitif berat yang tidak mampu mengikuti instruksi verbal atau visual (Holtum, 2020).

2.3.5 Kelebihan dan Kekurangan Terapi Origami

Kelebihan dari terapi bermain origami antara lain adalah sifatnya yang aman, murah, mudah dilakukan, dan tidak membutuhkan peralatan yang kompleks. Origami juga meningkatkan koordinasi motorik halus, fokus, serta merangsang aktivitas otak bagian frontal yang berkaitan dengan konsentrasi dan perencanaan. Selain itu, origami juga mampu memicu rasa relaksasi, meningkatkan percaya diri, serta memperbaiki hubungan sosial dalam konteks terapi kelompok (Ihsan et al., 2018).

Namun demikian, terapi ini memiliki beberapa kekurangan, seperti keterbatasan dalam penerapan pada pasien dengan gangguan atensi berat atau gangguan persepsi visual-motorik. Pasien yang mengalami kesulitan mengikuti instruksi bisa mengalami frustrasi yang justru memperburuk keadaan psikologis jika tidak dibimbing dengan tepat. Selain itu, jika tidak dimodifikasi secara kreatif, terapi ini bisa menjadi monoton dan kehilangan efektivitas dalam jangka panjang (Meliyani et al., 2023).

2.3.6 Jenis atau Tipe Origami

Origami terdiri dari berbagai jenis berdasarkan tingkat kesulitan dan tujuannya. Jenis yang umum digunakan dalam terapi adalah origami tradisional (traditional origami), yaitu lipatan sederhana seperti burung bangau, kapal, bunga, atau binatang yang hanya menggunakan satu lembar kertas. Selain itu, ada pula modular origami, yaitu teknik menggabungkan beberapa bentuk lipatan untuk membentuk objek yang lebih kompleks. Untuk tujuan terapi, origami yang digunakan disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi pasien bentuk-bentuk sederhana dengan warna menarik dipilih untuk pasien pemula atau dengan gangguan kognitif ringan, sedangkan bentuk modular digunakan untuk pasien dengan kemampuan kognitif yang lebih baik (Amanda & Hidayat, 2024).

2.3.7 Standar Operasional Prosedur

Pelaksanaan tindakan keperawatan standar operasional prosedur (SOP) terapi bermain origami yaitu yaitu:

Tabel 2. 1 Standar Operasional Prosedur

Standar Operasional Prosedur

Pengertian	Terapi bermain origami adalah suatu bentuk intervensi terapeutik yang memanfaatkan aktivitas seni melipat kertas (origami) untuk meningkatkan kemampuan konsentrasi, mengurangi kecemasan, memperbaiki keterampilan motorik halus, serta mengembangkan kemampuan sosial dan komunikasi pasien dengan gangguan jiwa (Meliyani et al., 2023).
Tujuan	Tujuan utama dari penerapan terapi bermain origami pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran adalah untuk membantu pasien mengalihkan perhatian dari stimulus halusinasi menuju aktivitas nyata yang bersifat kreatif dan terarah (Zahara et al., 2024).
Indikasi	1. Pasien didiagnosis skizofrenia dengan gejala halusinasi pendengaran. 2. Pasien berada dalam fase tenang dan kooperatif. 3. Pasien memiliki kemampuan motorik halus yang cukup. 4. Pasien menunjukkan minat atau kesiapan mengikuti aktivitas kelompok atau individual.
	5. Pasien dapat mengikuti instruksi sederhana
Kontraindikasi	1. Pasien dalam fase akut psikosis dengan agitasi tinggi atau agresivitas. 2. Pasien dengan gangguan penglihatan berat atau gangguan koordinasi motorik berat. 3. Pasien menolak berpartisipasi dalam aktivitas. 4. Pasien dengan gangguan kognitif berat yang tidak mampu memahami atau mengikuti instruksi dasar.
Mekanisme Kerja	Aktivitas melipat kertas membantu pasien mengalihkan fokus dari suara halusinasi ke rangsangan nyata melalui konsentrasi visual dan gerak tangan. Aktivitas ini juga menstimulasi integrasi sensori dan motorik serta mendorong ekspresi emosi positif, memperkuat kemampuan pasien membedakan realita (Meliyani et al., 2023).
Waktu Pelaksanaan	Disesuaikan dengan jadwal harian pasien atau sesi terapi nonfarmakologis. Umumnya dilakukan pada pagi atau siang hari, saat pasien dalam kondisi sadar penuh dan tenang.

Durasi	± 10–15 menit per sesi terapi, 2–3 kali per minggu.
Prosedur/Langkah Kerja	a. Evaluasi dan pemeriksaan awal 1. Observasi kondisi umum pasien. 2. Kaji kesiapan psikologis dan fisik pasien untuk mengikuti terapi. 3. Lakukan kontrak awal: waktu, tujuan, dan persetujuan pasien. 4. Pastikan lingkungan aman dan mendukung terapi (tenang, cukup cahaya, bebas gangguan). 5. Amati ekspresi wajah, komunikasi verbal dan nonverbal pasien. b. Persiapan Alat Bahan 1. Kertas origami berbagai warna dan ukuran. 2. Contoh hasil lipatan sederhana (burung, bunga, perahu, dll). 3. Meja dan kursi yang nyaman. 4. Musik instrumental lembut (opsional). 5. Alat tulis untuk mencatat hasil observasi.
	c. Pelaksanaan Terapi 1. Pandu pasien untuk memilih warna dan bentuk origami. 2. Berikan instruksi secara perlahan dan demonstrasikan. 3. Bimbing pasien dalam setiap langkah lipatan. 4. Dorong pasien untuk berbicara atau berekspresi selama aktivitas. 5. Beri pujian atau penguatan positif atas hasil lipatan. d. Evaluasi 1. Amati ekspresi, komunikasi verbal, dan non-verbal pasien selama terapi. 2. Kaji apakah ada penurunan gejala halusinasi (berkurang berbicara sendiri, terlihat lebih fokus). 3. Tanyakan respon subjektif pasien terhadap aktivitas yang telah dilakukan. e. Dokumentasi 1. Catat respons pasien selama terapi (fisik dan psikis). 2. Dokumentasikan bentuk origami yang dibuat. 3. Catat adanya perubahan perilaku atau gejala klinis.

Sumber: (Zahara et al., 2024)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tindakan yang dilaksanakan oleh perawat untuk mengumpulkan informasi yang berasal dari pasien, dengan membuat data dasar tentang pasien, dan mendokumentasikan catatan bagaimana respons kesehatan pasien. Oleh karena itu, dalam pengkajian harus bersifat komprehensif, sistematis, serta mengarah kepada masalah-masalah pasien, yang akan menjadi acuan atau dasar formulasi dalam penentuan diagnosa keperawatan (Yusri, 2020).

Menurut Amalina (2024) pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan yang dimiliki.

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal dirawat, nomor rekam medis.

b. Alasan Masuk

Alasan pasien datang ke RSJ, biasanya pasien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan di rumah, menarik diri.

c. Faktor Predisposisi

1. Biasanya pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan.

2. Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga.
3. Pasien dengan gangguan orientasi bersifat hereditas.
4. Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu.

d. Faktor Presipitasi

Stresor presipitasi pada pasien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dalam keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat

e. Fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan.

f. Psikososial

1. Genogram

Pada genogram biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pola komunikasi pasien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh.

2. Konsep Diri

a) Gambaran Diri

Pasien biasanya mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b) Identitas Diri

Pasien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya merasa bahwa pasien tidak berguna. Meliputi status dan posisi

sebelum dirawat, kepuasan terhadap tempat kerja dan kelompoknya, kepuasan dengan jenis kelaminnya, dan perilaku pasien sesuai dengan jenis kelaminnya.

c) Peran Diri

Pasien dalam keluarga atau dalam kelompok masyarakat, kemampuan dalam melaksanakan fungsi atau perannya dan bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Pada pasien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

d) Ideal Diri

Harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

e) Harga Diri

Pasien memiliki harga diri yang rendah sehubungan dengan sakitnya namun pasien yang mengalami halusinasi ada pula menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

3. Hubungan Sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan pasien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat. Pasien dengan halusinasi cenderung tidak

mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asik dengan isi halusinasinya.

4. Spiritual

Nilai dan keyakinan biasanya pasien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah pasien biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

g. Status Mental

1. Penampilan : biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok dan berubah dari biasanya.
2. Pembicaraan : tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit.
3. Aktifitas Motorik : meningkat atau menurun, impulsif, kataton dan beberapa gerakan yang abnormal.
4. Alam Perasaan : berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.
5. Afek, biasanya tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.
6. Interaksi Selama Wawancara : selama berinteraksi dapat dideteksi sikap pasien yang tampak komat-kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.
7. Persepsi : Halusinasi apa yang terjadi dengan pasien. Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak, takut, ekspresi muka tegang, dan mudah tersinggung.

8. Proses Pikir : biasanya pasien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan pasien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap pasien.
9. Isi Pikir : selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh atau asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitar, berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.
10. Tingkat Kesadaran : biasanya pasien akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.
11. Memori
 - a) Daya ingat jangka panjang : mengingat kejadian masa lalu lebih dari satu bulan.
 - b) Daya ingat jangka menengah : dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir.
 - c) Daya ingat jangka pendek : dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.
12. Tingkat Konsentrasi Dan Berhitung : pada pasien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan dirinya atau orang lain.
13. Kemampuan Penilaian : pasien 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.

14. Daya Tilik Diri : 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.

15. Aspek Medis

a) Diagnosa Medis

b) Terapi yang diberikan

Obat yang diberikan pada pasien dengan halusinasi biasanya diberikan antipsikotik seperti haloperidol (HLP), chlorpromazine (CPZ), Trifluoperazin (TFZ), dan anti parkinson Trihexyphenidyl (THP).

2.4.2 Analisa Data Keperawatan

Analisis data keperawatan adalah proses memeriksa dan mengolah data pasien untuk menghasilkan kesimpulan dan rekomendasi keperawatan. Analisis data keperawatan dilakukan setelah perawat melakukan pengkajian keperawatan (Mardiani, 2019).

Menurut (Abidin & Wahyuningsih (2020), pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran yaitu:

Tabel 2. 2 Analisa Data Keperawatan

Data			Etiologi	Masalah
DO:			Faktor psikososial: stres berat, trauma, isolasi sosial.	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
1.	Pasien tampak berbicara sendiri, menanggapi suara yang tidak ada, sering tampak ketakutan.			

DO :	Ketidakseimbangan fungsi otak akibat skizofrenia.	Kecemasan berhubungan dengan pengalaman halusinasi pendengaran
1. Pasien sering gelisah, menutup telinga, atau menghindari interaksi sosial.		
DO:	Gangguan regulasi ritme sirkadian akibat stres dan gangguan otak.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan halusinasi pendengaran
1. Pasien tampak lelah, lingkaran hitam di bawah mata, sering terjaga di malam hari.		

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berfokus pada penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual, potensial, atau risiko. Perawat harus mampu menggunakan keterampilan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam mengembangkan diagnosa keperawatan (Sabrina, 2020). Diagnosa keperawatan utama pada pasien skizofrenia adalah gangguan persepsi sensori halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengecap, perabaan dan penciuman).

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah atau diagnosis yang telah ditetapkan melalui tindakan yang terencana, terarah, dan berbasis bukti guna meningkatkan kualitas hidup serta mempercepat proses penyembuhan pasien (Sari, 2020).

Menurut Kusumawati & Solikhah (2023), rencana tindakan keperawatan meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi generalis yaitu :

- a. Bantu pasien mengenal halusinasinya meliputi isi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi, perasaan saat terjadi halusinasi, respon pasien terhadap halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
- b. Meminum obat secara teratur.
- c. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain.
- d. Menyusun kegiatan terjadwal dan dengan aktivitas.

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran D.0073	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax..... jam diharapkan Pasien Mampu mengontrol Halusinasi yang dialaminya. Dengan kriteria Hasil 1. Pasien mampu menjelaskan halusinasinya kepada perawat (jenis halusinasi, isi halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi). 2. Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. 3. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat dan kegunaan. 4. Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakapcakap dengan orang lain. 5. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan rutinitas terjadwal.	Manajemen Halusinasi I.15089 Observasi: a. Mengobservasi perilaku pasien untuk mendeteksi adanya tanda atau gejala halusinasi (misalnya, pasien berbicara sendiri atau terlihat terkejut atau cemas). b. Memantau frekuensi dan intensitas halusinasi. Terapeutik: a. Kaji isi, tipe, dan frekuensi halusinasi b. Ajarkan teknik mengalihkan perhatian (seperti terapi bermain origami) c. Latih pasien mengenali tandatanda awal munculnya halusinasi d. Dorong aktivitas sosial sederhana Edukasi:

			Menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya mengikuti pengobatan dan cara mengelola gejala halusinasi secara mandiri.
2	Kecemasan (D.0020)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax..... jam, diharapkan kecemasan pasien menurun. Kriteria hasil: 1. Pasien tampak lebih tenang. 2. Tidak menunjukkan perilaku menghindar atau menutup telinga. 3. Mampu mengungkapkan perasaan cemas.	Manajemen Kecemasan (I.05179) Observasi: a. Observasi ekspresi wajah, perilaku menghindar, dan gerakan gelisah. Terapeutik: a. Ajarkan teknik relaksasi sederhana. b. Ajak pasien berbicara dalam suasana tenang. c. Libatkan pasien dalam aktivitas yang menyenangkan seperti origami. Edukasi: Edukasi pasien dan keluarga tentang kecemasan dan cara mengatasinya.
3	Gangguan Pola Tidur (D.0104)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax..... jam,	Manajemen Tidur (I.15207) Observasi:

		diharapkan pasien menunjukkan perbaikan pola tidur.	a. Pantau pola tidur pasien dan waktu terjaga di malam hari. Terapeutik: a. Ciptakan lingkungan tidur yang nyaman dan tenang. b. Lakukan rutinitas sebelum tidur, seperti mendengarkan musik ringan atau aktivitas tenang. c. Hindari stimulasi berlebihan menjelang tidur. Edukasi: Ajarkan pentingnya jadwal tidur dan manajemen stres.
--	--	--	---

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Siregar, 2019).

Tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah keperawatan. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, intervensi dilaksanakan melalui SP 1 mengenal dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, SP 2 patuh minum obat, SP 3 bercakap-cakap dengan orang lain, dan SP 4 melakukan aktivitas terjadwal. Dalam pelaksanaan SP 4 inilah, perawat dapat mengintegrasikan terapi bermain origami sebagai bentuk terapi aktivitas kelompok (TAK) yang terstruktur. Terapi origami bertujuan untuk membantu pasien mengalihkan perhatian dari stimulus halusinasi, meningkatkan konsentrasi, menstabilkan emosi, dan membangun rasa percaya diri melalui aktivitas motorik halus yang sederhana namun bermakna. (Lalla & Yunita, 2022).

Menurut Lasse et al (2022), tindakan keperawatan tidak hanya difokuskan pada masalah utama, tetapi juga memperhatikan diagnosa penyerta karena semua intervensi saling berkontribusi terhadap pencapaian tujuan akhir. Oleh karena itu, terapi origami sebagai bagian dari terapi aktivitas non-farmakologis dapat mendukung penurunan

kecemasan, memperbaiki pola tidur, serta meningkatkan interaksi sosial, sehingga mempercepat proses pemulihan pasien secara menyeluruh.

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi yaitu mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Saroh, 2019).

Tujuan utama dari evaluasi ini adalah agar pasien mampu mengenali jenis, isi, serta frekuensi halusinasi yang dialaminya, dan mampu menggunakan teknik pengendalian seperti menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, mengikuti aktivitas terjadwal, serta mematuhi terapi farmakologis. Selain itu, evaluasi juga diarahkan untuk menilai respon keluarga terhadap edukasi yang telah diberikan, karena keterlibatan keluarga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan terapi jangka panjang.

Halusinasi pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, pasien dapat membina hubungan saling percaya, 38 pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien dapat mengontrol halusinasi pendengaran dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Rianingsih & Sholikah, 2018). Evaluasi dapat dilakukan dengan

menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masingmasing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A: Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.