

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Skizofrenia

2.1.1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari kata Yunani yang bermakna *schizo* artinya terbagi atau terpecah dan *phrenia* yang berarti pikiran. Skizofrenia merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. (Videbeck, 2008 dalam Nuraenah, 2012). Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia, mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku (Depkes RI, 2015). Menurut Katona, *et al* (2012) Skizofrenia menggambarkan persepsi pikiran dan persepsi yang timbul dari pikiran atau imajinasi dari kenyataan, mencakup waham dan halusinasi.

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2018). Selain itu menurut Hawari (2018), dimana skizofrenia berasal dari dua kata “Skizo” yang artinya retak atau pecah (*split*), dan “frenia” yang artinya jiwa. Dengan demikian skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*).

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. Skizofrenia tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit tersendiri, melainkan sebagai suatu

proses penyakit yang mencakup banyak jenis dengan berbagai gejala.

2.1.2. Epidemiologi

Skizofrenia dapat ditemukan pada semua kelompok masyarakat di berbagai daerah. Insiden dan tingkat prevalensi secara kasar hampir sama di seluruh dunia. Gangguan ini mengenai hampir 1% populasi dewasa dan biasanya onsetnya pada usia remaja akhir atau awal masa dewasa. Menurut Howard, Castle, Wessely, dan Murray, 1993 di seluruh dunia prevalensi seumur hidup skizofrenia kira-kira sama antara laki-laki dan perempuan diperkirakan sekitar 0,2%-1,5%. Pada laki-laki biasanya gangguan ini mulai pada usia lebih muda yaitu 15-25 tahun, sedangkan pada perempuan lebih lambat yaitu sekitar 25-35 tahun. Perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki, yaitu sampai umur 36 tahun, yang perbandingan risiko menjadi terbalik, sehingga lebih banyak perempuan yang mengalami skizofrenia pada usia yang lebih lanjut bila dibandingkan dengan laki-laki (Videbeck, 2018).

2.1.3. Etiologi

Skizofrenia dianggap sebagai gangguan yang penyebabnya multipel dan saling berinteraksi. Menurut Videbeck (2018) berikut penyebab terjadinya skizofrenia, antara lain:

2.1.3.1. Teori Biologi

Teori biologi berfokus pada faktor genetik, faktor neuroanatomi dan neurokimia, serta faktor imunovirologi.

Berikut penyebab terjadinya skizofrenia, antara lain:

- a. Faktor genetik, kebanyakan dari penelitian genetik berfokus pada keluarga terdekat, seperti orang tua, saudara kandung, dan anak cucu untuk melihat apakah skizofrenia diwariskan atau diturunkan secara genetik.
- b. Faktor neuroanatomi dan neurokimia, penelitian

menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang lebih sedikit, hal ini dapat memperhatikan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya.

- c. Faktor imunovirologi, ada teori populer yang mengatakan bahwa perubahan patologi otak pada individu penderita skizofrenia dapat disebabkan oleh pajanan virus, atau respon imun tubuh terhadap virus dapat mengubah fisiologi otak.

2.1.3.2. Teori Biokimia

Skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut neurotransmitter, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas neurotransmitter dopamin yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap dopamin. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas dopamin yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa neurotransmitter lain seperti serotonin dan norepinephrin tampaknya juga memainkan peranan.

2.1.3.3. Teori Psikososial

Teori psikososial meliputi adanya faktor hereditas yang semakin lama semakin kuat, adanya trauma yang bersifat kejiwaan, adanya hubungan orang tua-anak yang patogenik, serta interaksi yang patogenik dalam keluarga. Adanya pola interaksi dalam keluarga mempengaruhi penderita skizofrenia. Sebagai contoh, istilah *schizophrenic mother* kadang-kadang digunakan untuk

mendesripsikan tentang ibu yang memiliki sifat dingin, dominan, dan penolak, yang diperkirakan menjadi penyebab skizofrenia pada anak-anaknya.

Menurut Katona (2012) Skizofrenia berhubungan dengan sosial ekonomi dan kejadian hidup yang berlebihan pada tiga minggu sebelum onset gejala akut. Penderita skizofrenia pada keluarga yang ekspresi emosi tinggi, keluarga yang berkomentar kasar dan mengkritik memiliki peluang untuk kambuh. Selain itu, adanya stressor psikososial menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan penyesuaian diri (adaptasi) untuk menanggulangi stressor (tekanan mental) yang timbul. Pada umumnya jenis stressor psikososial yang dimaksud dapat digolongkan sebagai berikut:

- a. Perkawinan, berbagai permasalahan perkawinan merupakan sumber stress yang dialami seseorang misalnya pertengkaran, perpisahan (*separation*), perceraian (*divorce*), kematian salah satu pasangan, ketidaksetiaan dan lain sebagainya.
- b. Problem orangtua, permasalahan yang dihadapi orangtua, misalnya tidak punya anak, kebanyakan anak, kenakalan anak, sakit dan hubungan yang tidak baik dengan mertua, ipar, besan dan sebagainya.
- c. Hubungan interpersonal, gangguan interpersonal ini dapat berupa hubungan dengan kawan dekat yang mengalami konflik, atau konflik dengan kekasih, konflik dengan rekan kerja, konflik antara atasan dan bawahan dan lain sebagainya.
- d. Pekerjaan, masalah pekerjaan dapat merupakan

sumber stress pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatas yang bersangkutan dapat jatuh sakit, misalnya kehilangan pekerjaan (Pemutusan Hak Kerja).

- e. Keuangan, masalah keuangan (kondisi sosial-ekonomi) yang tidak sehat, misalnya pendapatan jauh lebih rendah dari pengeluaran, terlibat hutang, kebangkrutan usaha, soal warisan dan lain sebagainya.
- f. Hukum, keterlibatan seseorang dalam masalah hukum dapat merupakan sumber stress pula, misalnya tuntutan hukum, pengadilan, penjara.
- g. Perkembangan adalah masalah perkembangan baik fisik maupun mental seseorang, misalnya masa remaja, masa dewasa, menopause, usia lanjut dan sebagainya.
- h. Sumber stress yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang anatar lain penyakit (terutama penyakit kronis), jantung, kanker, operasi, kecelakaan dan lain-lain.
- i. Faktor keluarga, yang dimaksud disini adalah faktor stress yang dialami oleh anak dan remaja yang disebabkan karena kondisi keluarga yang tidak baik.
- j. Lain-lain, stressor kehidupan lainnya juga dapat menimbulkan gangguan kejiwaan (stress pasca trauma) adalah antara lain bencana alam, huru-hura, peperangan, kebakaran, perkosaan, kehamilan di luar nikah.

2.1.4. Patofisiologi

Berikut adalah patofisiologi terjadinya skizofrenia:

- 2.1.4.1. Pada sistem limbik dan ganglia basal otak penderita skizofrenia berbeda dengan orang normal, dimana ventrikel melebar, penurunan massa abu-abu, dan pada beberapa area terjadi peningkatan serta penurunan aktivitas metabolik.
- 2.1.4.2. Pada penyakit skizofrenia dapat terjadi karena kecenderungan genetik, kelainan pada sistem kekebalan, perkembangan pada sistem saraf yang gangguan, teori neurodegenerative, kelainan pada reseptor dopamin, dan kelainan pada otak yaitu terjadi hiperaktivitas atau hipoaktivitas dopaminergik.
- 2.1.4.3. Gejala positif berkaitan dengan hiperaktif reseptor dopamin di mesocaudate, sedangkan gejala negatif dan kognitif berkaitan dengan hipofungsi reseptor dopamin dalam korteks prefrontal.
- 2.1.4.4. Disfungsi *glutamatergic*. Kekurangan aktivitas *glutamatergic* menyebabkan dopaminergik hiperaktif sehingga timbul gejala skizofrenia.
- 2.1.4.5. Kelainan pada serotonin (*5-hydroxytryptamine* [5-HT]), pada pasien skizofrenia dengan scan otak yang abnormal memiliki konsentrasi 5-HT yang lebih tinggi (Dipiro *et al.*, 2014).

2.1.5. Klasifikasi Skizofrenia

2.1.5.1. Skizofrenia Hebefrenik (*Disorganized Type*)

Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang dominan adalah gangguan proses berpikir, gangguan

kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah regresi yang primitif, terdapat gangguan pada pola pikir yang jelas, penampilan yang berantakan. Penderita juga sering tertawa tanpa alasan yang jelas dan perilaku dianggap sebagai suatu yang konyol (Sadock *et al.*, 2015).

2.1.5.2. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Pada stupor katatonik, penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya dan emosinya sangat dangkal. Secara tiba-tiba atau perlahan-lahan penderita keluar dari keadaan stupor ini dan mulai berbicara dan bergerak. Gaduh gelisah pada skizofrenia katatonik, terdapat hiperaktivitas motorik, tapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar (Videbeck, 2018).

Ciri utama pada skizofrenia katatonik adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik atau aktivitas motorik yang berlebihan, negatisme yang ekstrim, sama sekali tidak mau berbicara dan berkomunikasi, gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain, dan mengikuti tingkah laku orang lain.

2.1.5.3. Skizofrenia *Undifferentiated*

Skizofrenia *Undifferentiated* diklasifikasikan mengalami skizofrenia dari jenis yang berbeda-beda. Penderita memiliki gejala-gejala utama skizofrenia tetapi tidak memenuhi kriteria tipe paranoid, terdisorganisasi/hebefrenik, atau katatonik. Tipe *Undifferentiated* merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi kebingungan (*confusion*), emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah, adanya waham, referensi yang berubah-ubah atau salah, autisme seperti mimpi dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan (Videbeck, 2018).

2.1.5.4. Skizofrenia Residual

Skizofrenia tipe residual ditandai dengan penarikan diri dari masyarakat, afek datar, serta asosiasi longgar (Videbeck, 2018). Skizofrenia tipe residual ditetapkan bilamana pernah ada paling tidak satu episode skizofrenia untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, persyaratan berikut ini harus dipenuhi:

- a. Gejala negatif skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotor, aktivitas menurun, afek tumpul, sikap pasif, sulit berbicara, komunikasi *non verbal* buruk seperti kontak mata, ekspresi muka, sikap tubuh dan perawatan diri.
- b. Sedikitnya ada riwayat psikotik yang jelas di masa lalu yang memenuhi kriteria diagnosa untuk skizofrenia.
- c. Sedikitnya sudah melampaui kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata

seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang dan telah timbul sindrom negatif skizofrenia.

2.1.5.5. Skizofrenia Paranoid

Jenis skizofrenia paranoid ditandai dengan delusi atau halusinasi pada pendengaran. Penderita skizofrenia ini biasanya pertama kali muncul pada usia 20-an atau 30-an. Kepercayaan diri atau ego yang tinggi pada skizofrenia paranoid lebih tinggi dari skizofrenia katatonik dan *disorganized type*. Skizofrenia ini ditandai dengan kemunduran mental, respon emosi dan perilaku (Sadock *et al.*, 2015). Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik. Waham biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, dan agresif.

2.1.6. Gejala Skizofrenia

Pada skizofrenia tidak terdapat gejala yang patognomik khusus. Adapun manifestasi klinis yang diperhatikan pada pasien dengan skizofrenia terdiri dari dua gejala, yaitu gejala positif dan gejala negatif:

2.1.6.1. Gejala positif skizofrenia, antara lain:

- a. Delusi atau waham adalah suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal) meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional namun penderita tetap meyakinkan kebenarannya.
- b. Halusinasi yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar suara-suara bisikan.
- c. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraan. Misalnya bicara kacau sehingga tidak

dapat diikuti alur pikirannya.

- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar mandir, agresif, dan bicara dengan semangat dan gembira yang berlebihan.
- e. Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya, pikiran penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- f. Menyimpan rasa permusuhan.

2.1.6.2. Gejala negatif skizofrenia, antara lain:

- a. Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri (*with drawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- c. Kontak emosional sedikit, sukar diajak bicara, pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berfikir abstrak.
- f. Kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dari usaha, tidak ada spontanitas, monoton serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu) (Hawari, 2018).

2.1.7. Terapi Skizofrenia

2.1.7.1. Terapi Nonfarmakologi

Terapi nonfarmakologi pada pasien skizofrenia berupa pendekatan psikososial. Intervensi psikososial merupakan bagian dari perawatan yang komprehensif dan dapat meningkatkan kesembuhan jika diintegrasikan dengan

terapi farmakologis. Intervensi psikososial ditujukan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien. Terapi psikososial dimaksudkan penderita agar mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Penderita selama ini menjalani terapi psikososial ini hendaknya masih tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka sebagaimana juga halnya waktu menjalani psikoterapi (Keliat, 2014). Berikut beberapa terapi psikososial dalam penyakit skizofrenia, yaitu:

a. Terapi Kelompok

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa penderita berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapi berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan feedback tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

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

skizofrenia. Kelompok yang memimpin dengan cara suportif, bukannya dalam cara interpretatif, tampaknya paling membantu bagi pasien skizofrenia (Keliat, 2014).

b. Terapi Perilaku

Terapi perilaku merupakan aplikasi dari prinsip belajar untuk pencegahan perilaku maladaptif. Orientasi terapi ini terletak pada minatnya untuk menangani dengan tepat keluhan yang akan ditampilkan pasien, dan melatih pasien untuk mendapat keterampilan baru untuk mengendalikan kehidupan agar lebih efektif (Wiramihardja, 2012).

Pendekatan perilaku menunjukkan pandangan positif dan optimis terhadap perilaku manusia yang dianggap tidak umum. Teknik untuk mengurangi kecemasan biasanya berkaitan dengan memasang stimulus yang menimbulkan kecemasan dengan stimulus netral. Pada kontrol stimulus situasi di luar diri orang dikelola supaya perilaku yang diinginkan muncul dan terus dilaksanakan. Apabila perilaku muncul dan menetap maka diberi penguatan positif. Penguatan ada 2 macam yaitu penguatan positif dan penguatan negatif, penguatan positif dapat berupa hadiah, sedangkan negatif dapat berupa penghindaran atau penghilangan stimulus yang membuat tidak nyaman dan tidak berkaitan dengan hukuman (Keliat, 2014).

c. Terapi Individual

Menegakan hubungan biasanya sulit dilakukan, pasien skizofrenia seringkali kesepian dan menolak terhadap keakraban dan kepercayaan. Adanya pengamatan yang cermat dari jauh, kesabaran dan ketulusan hati lebih disukai daripada merendahkan diri (Keliat, 2014). Kunci dari terapi individu dengan pendekatan strategi pelaksanaan komunikasi adalah bagaimana pasien dapat mengungkapkan perasaannya, dapat mengungkapkan perilaku yang diperankannya dan menilainya sesuai dengan kondisi realitas. Essensi dari terapi individu mencakup seluruh aspek kehidupan yang menjadi beban psikisnya. Hal ini memungkinkan dalam proses terapi individu masalah yang terjadi pada pasien akan dieksplorasi sampai pada titik permasalahan yang krusial dan didiskusikan sesuai dengan situasi, kondisi, serta kemampuan yang dimiliki pasien (Nasir, 2012).

2.1.7.2. Terapi Farmakologi

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada skizofrenia. Antipsikotik pertama diperkenalkan 50 tahun yang lalu dan merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif untuk mengobati skizofrenia. Terdapat 2 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal (Dipiro *et al*, 2014).

Antipsikotik memiliki aktivitas yang hampir sama terutama dalam mengeblok aktivitas dari neurotransmitter

dopamin. Namun, terdapat berbagai tipe skizofrenia yang menggambarkan penyebab fisiologi yang berbeda maka dapat dikatakan antipsikotik ini memiliki tingkat efektivitas yang berbeda untuk setiap pasien yang berbeda. Pemilihan jenis antipsikotik mempertimbangkan gejala psikotik yang dominan dan efek samping obat. Bila gejala negatif lebih menonjol dari gejala positif pilihannya adalah obat antipsikotik atipikal (golongan generasi kedua), sebaliknya jika gejala positif lebih menonjol dibandingkan gejala negatif pilihannya adalah tipikal (golongan generasi pertama).

2.2. Halusinasi

2.2.1. Definisi Halusinasi

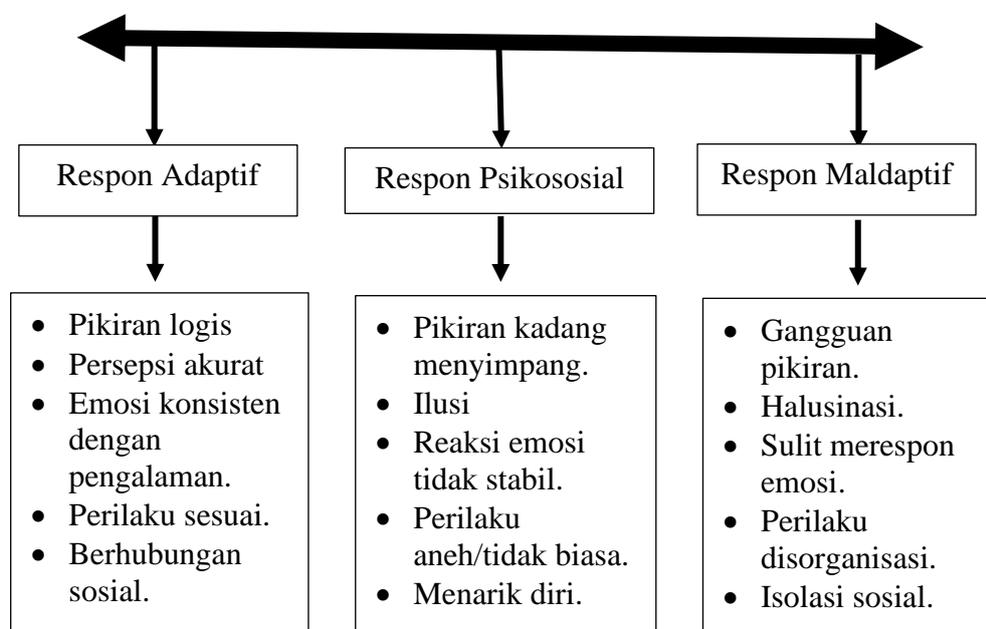
Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas (Yusuf & Nihayati, 2015).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata Keliat, (2011) dalam Zelika, (2015). Halusinasi pendengaran merupakan gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya). Sedangkan halusinasi pendengaran menurut (Damaiyanti, 2014), merupakan suatu kondisi dimana klien

mendengar suara-suara yang tidak berhubungan dengan stimulasi nyata yang orang lain tidak mendengarnya.

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa halusinasi pendengaran adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami gangguan persepsi pendengaran berupa suara-suara palsu yang tidak berhubungan dengan stimulus nyata dan pasien mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas.

2.2.2. Rentang Respon Halusinasi



Gambar 2.1. Rentang Respon Halusinasi (Trimelia, 2013)

Keterangan:

2.2.2.1. Respon Adaptif

Respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah dan akan dapat memecahkan masalah tersebut. Adapun respon adaptif yakni:

- a. Pikiran Logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima akal.
- b. Persepsi Akurat merupakan pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.
- c. Emosi Konsisten dengan Pengalaman merupakan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.
- d. Perilaku Sosial dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut yang diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- e. Hubungan Sosial merupakan proses suatu interaksi dengan orang lain dalam pergaulan ditengah masyarakat dan lingkungan.

2.2.2.2. Respon Psikososial

Adapun respon psikososial yakni:

- a. Pikiran terkadang menyimpang berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan.
- b. Ilusi merupakan pemikiran atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- c. Emosi berlebihan dengan kurang pengalaman berupa reaksi emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e. Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, baik dalam berkomunikasi maupun berhubungan sosial dengan

orang-orang di sekitarnya.

2.2.2.3. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan. Adapun respon maladaptif yakni:

- a. Kelainan pikiran (waham) merupakan keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial.
- b. Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- c. Kerusakan proses emosi merupakan ketidakmampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang di timbulkan.
- e. Isolasi sosial merupakan kondisi dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya (Stuart, 2017).

2.2.3. Etiologi Halusinasi

2.2.3.1. Faktor Predisposisi

- a. Faktor pengembangan, Perkembangan klien yang terganggu misalnya kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi hilang percaya diri.
- b. Faktor sosiokultural, Seseorang yang merasa tidak

terima dilingkungan sejak bayi akan membekas diingatannya sampai dewasa dan ia akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

- c. Faktor biokimia, Adanya stres yang berlebihan yang dialami oleh seseorang maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia dan metytranferase sehingga terjadi ketidakseimbangan asetil kolin dan dopamin.
- d. Faktor psikologis, Tipe kepribadian yang lemah tidak bertanggung jawab akan mudah terjerumus pada penyelahgunaan zat adaptif. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.
- e. Faktor genetik dan pola asuh, Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2.2.3.2. Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi menurut (Rawlins, 1993 dalam Yosep, 2012):

- a. Dimensi fisik, Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
- b. Dimensi emosional, Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut

sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

- c. Dimensi Intelektual, Dalam dimensi intelektual ini merangsang bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengobrol semua perilaku klien.
- d. Dimensi sosial, Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan, klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak di dapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi di jadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya ataupun orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan menupayakan suatu prosesinteraksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta menguasai klien tidak menyediri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak langsung.
- e. Dimensi spiritual, Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupanya secara spiritual untuk menyucikan diri. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, memyalahkan

lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.2.4. Klasifikasi Halusinasi

Klasifikasi halusinasi terbagi menjadi 5 menurut Yusuf (2015):

2.2.4.1. Halusinasi Pendengaran

Data objektif antara lain: bicara atau tertawa sendiri, marah tanpa sebab, mengarahkan telinga kearah tertentu, klien menutup telinga. Data subjektif antara lain: mendengarkan suara-suara atau kegaduhan, mendengarkan suara yang ngajak bercakap-cakap, mendengarkan suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

2.2.4.2. Halusinasi Penglihatan

Data objektif antara lain: menunjuk kearah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. Data subjektif antara lain: melihat bayangan, sinar, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

2.2.4.3. Halusinasi Penciuman

Data objektif antara lain: mencium seperti membaui bau-bauan tertentu dan menutup hidung. Data subjektif antara lain: mencium bau-bau seperti bau darah, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.

2.2.4.4. Halusinasi Pengecapan

Data objektif antara lain: sering meludah, muntah. Data subjektif antara lain: merasakan seperti darah, feses, muntah.

2.2.4.5. Halusinasi Perabaan

Data objektif antara lain: menggaruk-garuk permukaan kulit. Data subjektif antara lain: mengatakan ada serangga dipermukaan kulit, merasa seperti tersengat listrik.

2.2.5. Manifestasi Klinis Halusinasi

Tanda-tanda halusinasi menurut Fajariyah (2012) meliputi sebagai berikut:

Tabel 2.1 Manifestasi Klinis Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Subjektif	Data Objektif
Halusinasi Pendengaran (<i>Auditory-hearing voices or sounds</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan. 2. Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap. 3. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya. 4. Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak bicara sendiri. 2. Klien tampak tertawa sendiri. 3. Klien tampak marah-marah tanpa sebab. 4. Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu. 5. Klien tampak menutup telinga. 6. Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu. 7. Klien tampak mulutnya komat kamit sendiri.
Halusinasi Penglihatan (<i>Visual-seeing persons or things</i>)	<p>Klien mengatakan melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan hantu atau sesuatu yang menakutkan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tatapan mata pada tempat tertentu. 2. Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu. 3. Klien tampak ketakutan pada objek tertentu yang dilihat.

Jenis Halusinasi	Data Subjektif	Data Objektif
<p style="text-align: center;">Halusinasi Penciuman (<i>Olfactory- smeeling odors</i>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mencium sesuatu seperti: bau mayat, bau darah, bau bayi, bau feses, atau bau masakan, parfum yang menyenangkan. 2. Klien mengatakan sering mencium bau sesuatu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak mengarahkan hidung pada tempat tertentu. 2. Ekspresi wajah klien tampak seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung.
<p style="text-align: center;">Halusinasi Perabaan (<i>Tactile-feeling bodily sensations</i>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, atau makhluk halus. 2. Klien mengatakan merasakan sesuatu di permukaan kulitnya seperti merasakan sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik, dan sebagainya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak mengusap, menggaruk garuk, meraba-raba permukaan kulitnya. 2. Klien tampak menggerak-gerakkan tubuhnya seperti merasakan sesuatu merabanya.
<p style="text-align: center;">Halusinasi Pengecapan (<i>Gustatory- experiencing tastes</i>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah tertentu padahal tidak ada yang sedang dimakannya. 2. Klien mengatakan merasakan minum darah, nanah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak seperti mengecap sesuatu. 2. Klien tampak sering meludah. 3. Klien tampak mual atau muntah.

Tanda-tanda yang berkaitan dengan halusinasi pendengaran meliputi sebagai berikut:

2.2.5.1. Data Objektif

- a. Klien tampak bicara sendiri.
- b. Klien tampak tertawa sendiri.
- c. Klien tampak marah-marah tanpa sebab.
- d. Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu.
- e. Klien tampak menutup telinga.
- f. Klien tampak menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
- g. Klien tampak mulutnya komat-kamit sendiri.

2.2.5.2. Data Subjektif

- a. Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan.
- b. Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap.
- c. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya.
- d. Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain.

2.2.6. Tahapan Proses Terjadinya Halusinasi

Menurut Direja (2012), proses terjadinya halusinasi terbagi menjadi 4 tahap, yaitu:

2.2.6.1. Tahap 1 (*Comforting*)

Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan, mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas, pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap I (*Comforting*) yaitu

tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi

2.2.6.2. Tahap II (*Condemning*)

Menyalahkan, tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antisipasi dengan karakteristik pengalaman sensori menakutkan, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, mulai merasa kehilangan kontrol, menarik diri dari orang lain. Perilaku klien yang mencirikan dari tahap II yaitu dengan terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan berkurang, konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

2.2.6.3. Tahap III (*Controlling*)

Mengontrol, tingkat kecemasan berat, pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak lagi dengan karakteristik klien menyerah dan menerima pengalamansensorinya (halusinasi), isi halusinasi menjadi atraktif, dan kesepian bila pengalaman sensori berakhir. Perilaku klien pada tahap III ini adalah perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan orang lain, perhatian terhadap lingkungan berkurang, hanya beberapa detik, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

2.2.6.4. Tahap IV (*Conquering*)

Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, klien tampak panik. Karakteristiknya yaitu suara atau ide yang datang mengancam apabila tidak diikuti. Perilaku klien pada

tahap IV adalah perilaku panik, resiko tinggi mencederai, agitasi atau kataton, tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

2.2.7. Mekanisme Koping Halusinasi

Mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme koping halusinasi menurut Yosep (2016), diantaranya:

- 2.2.7.1. Regresi, Proses untuk menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
- 2.2.7.2. Proyeksi, Keinginan yang tidak dapat di toleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan identitas).
- 2.2.7.3. Menarik diri, Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis yaitu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

2.2.8. Penatalaksanaan Halusinasi

2.2.8.1. Penatalaksanaan Medis

a. Psikofarmakoterapi

Terapi dengan menggunakan obat bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Klien dengan halusinasi perlu mendapatkan perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun obat-obatannya seperti:

- 1) Golongan butirefenon: haloperidol (HLP), serenace, ludomer. Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3 x 5 mg (Intra Muscular), pemberian injeksi biasanya cukup 3 x 24 jam. Setelahnya klien biasanya diberikan obat per oral 3 x 1,5 mg. Atau sesuai dengan advis dokter (Yosep, 2016).
- 2) Golongan fenotiazine: chlorpromazine (CPZ), largactile, promactile. Pada kondisi akut biasanya diberikan per oral 3 x 100 mg, apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi menjadi 1 x 100 mg pada malam hari saja, atau sesuai dengan advis dokter (Yosep, 2016).

b. Terapi Somatis

Terapi somatis adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien walaupun yang diberi perlakuan adalah fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien. Jenis terapi somatis adalah meliputi pengikatan, *Electro Convulsive Therapy* (ECT), isolasi dan fototerapi (Kusumawati & Hartono, 2012).

- 1) Pengikatan adalah terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik pada klien sendiri atau orang lain.
- 2) Terapi kejang listrik adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang (*grandmal*) dengan mengalirkan arus listrik kekuatan rendah

(2-3 joule) melalui elektrode yang ditempelkan beberapa detik pada pelipis kiri/kanan (lobus frontalis) klien.

- 3) Isolasi adalah bentuk terapi dengan menempatkan klien sendiri diruangan tersendiri untuk mengendalikan perilakunya dan melindungi klien, orang lain, dan lingkungan dari bahaya potensial yang mungkin terjadi. akan tetapi tidak dianjurkan pada klien dengan risiko bunuh diri, klien agitasi yang disertai dengan gangguan pengaturan suhu tubuh akibat obat, serta perilaku yang menyimpang.
- 4) Terapi deprivasi tidur adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan mengurangi jumlah jam tidur klien sebanyak 3,5 jam. cocok diberikan pada klien dengan depresi.

2.2.8.2. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan terapi keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi bertujuan membantu klien mengontrol halusinasinya sehingga diperlukan beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan kemampuan untuk mengontrol halusinasinya yaitu dengan tindakan keperawatan generalis dan spesialis (Kanine, 2012).

a. Tindakan Keperawatan Generalis: Individu dan Terapi Aktifitas Kelompok

Tindakan keperawatan generalis individu berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa pada klien skizofrenia dengan halusinasi, maka tindakan keperawatan generalis dapat dilakukan pada klien

bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif atau pengetahuan dan psikomotor yang harus dimiliki oleh klien skizofrenia dengan halusinasi meliputi (Varcolis, *et al.*, 2016):

- 1) Cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan mengatakan stop atau pergi hingga halusinasi dirasakan pergi,
- 2) Cara menyampaikan pada orang lain tentang kondisi yang dialaminya untuk meningkatkan interaksi sosialnya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain sebelum halusinasi muncul,
- 3) Melakukan aktifitas untuk membantu mengontrol halusinasi dan melawan kekhawatiran akibat halusinasi seperti mendengarkan musik, membaca, menonton televisi, rekreasi, bernyanyi, teknik relaksasi atau nafas dalam. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan stimulus klien mengontrol halusinasi.
- 4) Patuh minum obat.

TAK (Terapi Aktifitas Kelompok) yang dilakukan pada klien skizofrenia dengan halusinasi adalah TAK (Terapi Aktifitas Kelompok) Stimulasi Persepsi yang terdiri dari 5 sesi yaitu:

- 1) Sesi pertama mengenal halusinasi,
- 2) Sesi kedua mengontrol halusinasi dengan memhardik,
- 3) Sesi ketiga dengan melakukan aktifitas,
- 4) Sesi keempat mencegah halusinasi dengan bercakap.
- 5) Sesi kelima dengan patuh minum obat.

b. Tindakan Keperawatan Spesialis: Individu dan Keluarga

Terapi spesialis akan diberikan pada klien skizofrenia dengan halusinasi setelah klien menuntaskan terapi generalis baik individu dan kelompok. Adapun terapi spesialis meliputi terapi spesialis individu, keluarga dan kelompok yang diberikan juga melalui paket terapi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). Tindakan keperawatan spesialis individu adalah *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). Terapi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) pada awalnya dikembangkan untuk mengatasi gangguan afektif tetapi saat ini telah dikembangkan untuk klien yang resisten terhadap pengobatan.

Adapun mekanisme pelaksanaan implementasi keperawatan sebagai berikut: langkah awal sebelum dilakukan terapi generalis dan spesialis adalah mengelompokkan klien skizofrenia dengan halusinasi mulai dari minggu I sampai dengan minggu IX selama praktik residency. Setelah pasien dikelompokkan, selanjutnya semua klien akan diberikan terapi generalis mulai dari terapi generalis individu untuk menilai kemampuan klien skizofrenia dengan halusinasi.

Langkah berikutnya adalah mengikutkan klien pada terapi generalis kelompok yaitu TAK (Terapi Aktifitas Kelompok) Stimulasi Persepsi Sensori Halusinasi. Demikian juga keluarga akan dilibatkan dalam terapi keluarga. Hal ini bertujuan agar keluarga tahu cara merawat klien skizofrenia dengan halusinasi di rumah.

Terapi keluarga dilakukan pada setiap anggota keluarga yang datang mengunjungi klien.

Terapi spesialis keluarga yaitu psikoedukasi keluarga yang diberikan pada keluarga klien skizofrenia dengan halusinasi adalah *Family Psycho Education* (FPE) yang terdiri dari lima sesi yaitu sesi I adalah identifikasi masalah keluarga dalam merawat klien skizofrenia dengan halusinasi, sesi II adalah latihan cara merawat klien halusinasi di rumah, sesi III latihan manajemen stres oleh keluarga, sesi IV untuk latihan manajemen beban dan sesi V terkait pemberdayaan komunitas membantu keluarga.

c. Komunikasi Terapeutik Pada Klien Gangguan Jiwa (Halusinasi)

Komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa. Komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien. Tujuan komunikasi terapeutik membantu klien untuk menjelaskan dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila klien percaya pada hal yang diperlukan, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan

dirinya sendiri (Putri & Fitrianti, 2018).

Berkomunikasi dengan penderita gangguan jiwa membutuhkan sebuah teknik khusus, ada beberapa hal yang membedakan berkomunikasi antara orang gangguan jiwa dengan gangguan akibat penyakit fisik. Perbedaannya adalah:

- 1) Penderita gangguan jiwa cenderung mengalami gangguan konsep diri, penderita gangguan penyakit fisik masih memiliki konsep diri yang wajar (kecuali pasien dengan perubahan fisik, misalnya: pasien dengan penyakit kulit, pasien amputasi, pasien penyakit terminal, dan lain-lain.
- 2) Penderita gangguan jiwa cenderung asyik dengan dirinya sendiri sedangkan penderita penyakit fisik membutuhkan support dari orang lain.
- 3) Penderita gangguan jiwa cenderung sehat secara fisik, penderita penyakit fisik bisa saja jiwanya sehat tetapi bisa juga ikut terganggu.

Komunikasi dengan penderita gangguan jiwa membutuhkan sebuah dasar pengetahuan tentang ilmu komunikasi yang benar, ide yang mereka lontarkan terkadang melompat, fokus terhadap topik bisa saja rendah, kemampuan menciptakan dan mengolah kata-kata bisa saja kacau balau. Ada beberapa trik ketika harus berkomunikasi dengan penderita gangguan jiwa:

- 1) Pada pasien halusinasi maka perbanyak aktivitas komunikasi, baik meminta klien berkomunikasi dengan klien lain maupun dengan perawat, pasien halusinasi terkadang menikmati dunianya dan

- harus sering harus dialihkan dengan aktivitas fisik.
- 2) Pada pasien harga diri rendah harus banyak diberikan *reinforcement*.
 - 3) Pada pasien menarik diri sering libatkan dalam aktivitas atau kegiatan yang Bersama-sama, ajari dan contohkan cara berkenalan dan berbincang dengan klien lain, beri penjelasan manfaat berhubungan dengan orang lain dan akibatnya jika dia tidak mau berhubungan dan lain-lain.
 - 4) Pasien perilaku kekerasan, khusus pada pasien perilaku kekerasan maka harus direduksi atau ditenangkan dengan obat-obatan sebelum kita *support* dengan terapi-terapi lain, jika pasien masih mudah mengamuk maka perawat dan pasien lain bisa menjadi korban.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Halusinasi

2.3.1. Pengkajian

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. Pengelompokkan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan yang dimiliki (Afnuhazi, 2015):

2.3.1.1. Identitas Nama Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal dirawat.

2.3.1.2. Alasan Masuk

Tanya kepada pihak klien/keluarga atau pihak yang berkaitan dan tuliskan hasilnya, apa yang menyebabkan

klien datang kerumah sakit, dan Apa yang sudah dilakukan klien/keluarga sebelum atau sesudah berobat kerumah sakit.

2.3.1.3. Faktor Predisposisi

Tanyakan pada klien/keluarga:

- a. Apakah pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, karena pada umumnya apabila klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran walaupun sebelumnya pernah mendapat perawatan di rumah sakit jiwa, tetapi pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa, sehingga klien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Gejala sisa ini disebabkan akibat trauma yang dialami klien, gejala ini cenderung timbul apabila klien mengalami penolakan didalam keluarga atau lingkungan sekitarnya.
- b. Apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik.
- c. Apakah pernah mengalami penolakan dari keluarga dan lingkungan.
- d. Apakah pernah mengalami kejadian/trauma yang tidak menyenangkan pada masa lalu.

2.3.1.4. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat disebabkan oleh faktor dari dalam atau faktor dari luar individu (*internal or eksternal sources*), yang dibagi 5 (lima) kategori:

- a. Ketegangan peran adalah stress yang berhubungan dengan frustrasi yang dialami individu dalam peran
- b. Konflik peran: ketidaksesuaian peran antara yang dijalankan dengan yang diinginkan.

- c. Peran yang tidak jelas: kurangnya pengetahuan individu tentang peran yang dilakukannya.
- d. Peran berlebihan: kurang sumber yang adekuat untuk menampilkan seperangkat peran yang kompleks.
- e. Perkembangan transisi, yaitu perubahan norma yang berkaitan dengan nilai untuk menyesuaikan diri.
- f. Situasi transisi peran, adalah bertambah atau berkurangnya orang penting dalam kehidupan individu melalui kelahiran atau kematian orang yang berarti.
- g. Transisi peran sehat-sakit, yaitu peran yang diakibatkan oleh keadaan sehat atau keadaan sakit.

2.3.1.5. Pemeriksaan Fisik

Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada umumnya yang dikaji meliputi tanda-tanda vital (Tekanan Darah, Nadi, Pernafasan dan suhu), Tinggi badan, serta keluhan fisik lainnya.

2.3.1.6. 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.

b. Konsep Diri

- 1) Gambaran diri, Disukai dan tidak disukai, klien akan mengatakan tidak ada keluhan apapun.
- 2) Identitas diri, Kaji bagaiman kepuasan klien

terhadap jenis kelaminnya, status sebelum dirawat di rumah sakit. Klien merasa tidak berdaya dan rendah diri sehingga tidak mempunyai status yang dibanggakan atau diharapkan di keluarga maupun masyarakat.

- 3) Peran, Biasanya pasien mengalami penurunan produktifitas, ketegangan peran dan merasa tidak mampu dalam melaksanakan tugas.
- 4) Ideal diri, Tanyakan harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran. Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekola, tempat kerja, masyarakat), harapan klien terhadap penyakitnya.
- 5) Harga diri, Pasien mengejek dan mengkritiki diri sendiri, menurunkan martabat, menolak kemampuan yang dimiliki yang nyata dan perasaan dirinya lebih penting.

c. Hubungan Sosial

- 1) Klien tidak mempunyai orang yang berarti untuk mengadu atau meminta dukungan
- 2) Pasien merasa berada di lingkungan yang mengancam.
- 3) Keluarga kurang memberikan penghargaan kepada klien.
- 4) Klien sulit berinteraksi karena berperilaku kejam dan mengeksploitasi orang lain.

d. Spiritual

- 1) Falsafah hidup, Pasien merasa perjalanan hidupnya penuh dengan ancaman, tujuan hidup biasanya jelas, kepercayaannya terhadap sakit serta dengan penyembuhannya.

- 2) Konsep kebutuhan dan praktek keagamaan, Pasien mengakui adanya tuhan tetapi kurang yakin terhadap Tuhan, putus asa karena tuhan tidak memberikan sesuatu yang diharapkan dan tidak mau menjalankan kegiatan keagamaan.

2.3.1.7. Status Mental

a. Penampilan

Mengamati/mengobservasi penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki seperti: rambut acak acakkan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti serta penggunaan pakaian yang tidak sesuai. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran tampak berpenampilan kurang rapi, rambut acak-acakan, mulut dan gigi kotor, serta bau badan.

b. Pembicaraan

Mengamati/mengobservasi pembicaraan klien apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat serta pembicaraan yang berpindah-pindah dari satu kalimat kekalimat lain. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran berbicara lambat dan tidak mampu memulai pembicaraan.

c. Aktivitas Motorik

Mengamati/mengobservasi kondisi fisik klien. Pada umumnya klien terlihat gelisah, berjalan mondar-mandir dengan gerakan mulut yang seakan-akan sedang berbicara.

d. Alam Perasaan

Mengamati/mengobservasi kondisi perasaan klien. Pada umumnya klien merasakan sedih, putus asa, gembira yang berlebihan, serta marah tanpa sebab.

e. Afek

Mengamati/mengobservasi kondisi emosi klien. Pada umumnya klien mempunyai emosi labil tanpa ada sebab. Tiba tiba klien menangis dan tampak sedih lalu diam menundukkan kepala.

f. Interaksi Selama Wawancara

Mengamati/mengobservasi kondisi klien selama wawancara. Pada umumnya klien memperlihatkan perilaku yang tidak kooperatif, lebih banyak diam diri, pandangan mata melihat kearah lain ketika diajak bicara.

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. Proses Pikir

Mengamati/mengobservasi proses pikir klien selama wawancara. Pada umumnya klien cenderung apabila akan menjawab pertanyaan terdiam dulu, seolah olah sedang merenung lalu mulai menjawab, kemudian jawaban belum selesai diutarakan, klien diam lagi kemudian meneruskan jawabannya dengan singkat.

i. Isi Pikir

Mengamati/mengobservasi isi pikiran klien selama wawancara. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran merasa lebih senang menyendiri daripada berkumpul dengan orang lain. Saat diajak untuk duduk-duduk dan berbincang-bincang dengan klien yang lain, klien menolak dengan menggelengkan kepala.

j. Tingkat Kesadaran

Mengamati/mengobservasi tingkat kesadaran 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.

k. Memori

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

l. 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 pembicaraannya dengan dibuktikan selalu meminta agar pernyataan yang diucapkan oleh seseorang untuk diulangkan kembali.

m. Kemampuan Penilaian

Mengamati gangguan kemampuan penilaian klien, apakah gangguan kemampuan penilaian ringan yakni dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain seperti: berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi yang sebelumnya diberi penjelasan terlebih dahulu dan klien dapat mengambil keputusan. Mengamati gangguan kemampuan penilaian bermakna yakni tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu oleh orang lain seperti: berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi yang sebelumnya diberi penjelasan terlebih dahulu dan klien tetap tidak dapat mengambil keputusan. Biasanya klien dengan gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran cenderung memiliki kemampuan penilaian yang baik, seperti jika disuruh untuk memilih mana yang dilakukan dahulu antara berwudhu dengan sholat, maka klien akan menjawab berwudhu terlebih dahulu.

n. Daya Tilik Diri

Mengamati/mengobservasi klien tentang penyakit yang di deritanya. Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran menyadari bahwa ia berada dalam masa pengobatan

untuk mengendalikan emosinya yang labil.

2.3.1.8. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Tanyakan dan mengobservasi tentang porsi, frekuensinya, variasinya, dan jenis makanan pantangan klien dalam makan, serta kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan. Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran makan 3x sehari dengan porsi (lauk pauk, nasi, sayur, serta buah).

b. BAB/BAK

Mengamati/mengobservasi kemampuan klien untuk defekasi dan berkemih, seperti pergi ke toilet, 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. Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran mandi 2x sehari dan membersihkan rambut 1-2x/hari kecuali ketika emosi labil.

d. Berpakaian

Mengamati/mengobservasi kemampuan klien untuk mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian serta alas kaki klien serta observasi penampilan dan dandanan klien. Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran mengganti

pakaiannya setiap selesai mandi dengan menggunakan pakaian yang bersih.

e. Istirahat dan Tidur

Tanyakan dan observasi lama waktu tidur siang/malam klien, apa aktivitas yang dilakukan sebelum tidur serta aktivitas yang dilakukan setelah tidur.

f. Penggunaan Obat

Tanyakan dan observasi pada klien dan keluarga tentang penggunaan obat yang dikonsumsi serta reaksi yang ditimbulkannya. Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran minum obat 3x sehari dengan obat oral serta reaksi obat dapat tenang dan tidur (sesuai advis dokter).

g. 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.

h. Kegiatan di 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.

i. Kegiatan diluar Rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam belanja untuk

keperluan sehari-hari, (melakukan perjalanan mandiri yaitu dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, dan kendaraan umum), serta aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah (bayar listrik/telepon/air/ke kantor pos/dan ke bank).

2.3.1.9. Mekanisme Koping

Mekanisme koping 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 di hadapinya.

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 di rasakannya.

2.3.1.10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pada umumnya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran memiliki masalah dengan psikososial dan lingkungannya, seperti pasien yang tidak dapat berinteraksi dengan keluarga atau masyarakat

karena perilaku pasien yang membuat orang disekitarnya merasa ketakutan.

2.3.1.11. Pengetahuan

Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran biasanya memiliki pengetahuan yang baik dimana dia bisa menerima keadaan penyakitnya dan mengalami perawatan.

2.3.1.12. Aspek Medis

Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran biasanya mendapatkan pengobatan seperti: Chlorpromazine (CPZ) 2 x 10 mg, Trihexipendil (THZ) 2 x 2 mg, dan Risperidol 2 x 2 mg.

2.3.2. Analisa Data Keperawatan

Analisa data halusinasi pendengaran menurut (Yosep, 2016) meliputi sebagai berikut:

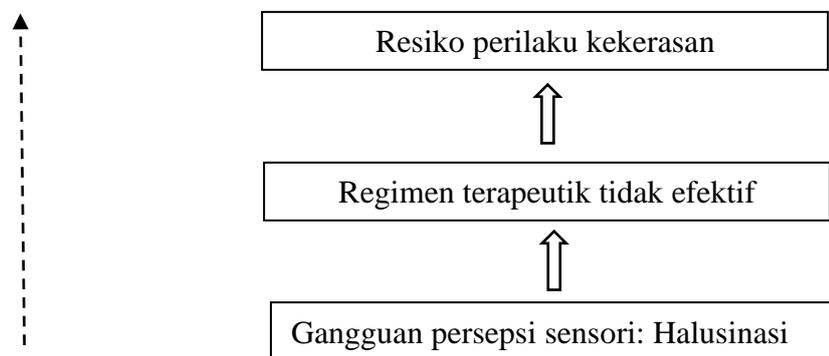
Tabel 2.2 Analisa Data Halusinasi Pendengaran

Masalah Keperawatan	Data yang Perlu Dikaji
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan. 2. Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap. 3. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya. 4. Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak bicara sendiri. 2. Klien tampak tertawa sendiri. 3. Klien tampak marah-marah tanpa sebab. 4. Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu.

Masalah Keperawatan	Data yang Perlu Dikaji
	5. Klien tampak menutup telinga. 6. Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu. 7. Klien tampak mulutnya komat-kamit sendiri

2.3.3. Pohon Masalah

Effect



Gambar 2.2 Pohon Masalah Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

2.3.4. Diagnosis Keperawatan

Daftar masalah keperawatan halusinasi pendengaran menurut (Yosep, 2016) meliputi sebagai berikut:

- 2.3.4.1. Regimen terapeutik tidak efektif.
- 2.3.4.2. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- 2.3.4.3. Resiko perilaku kekerasan
- 2.3.4.4. Harga diri rendah
- 2.3.4.5. Resiko bunuh diri
- 2.3.4.6. Isolasi sosial
- 2.3.4.7. Defisit perawatan diri.

2.3.5. Rencana Tindakan Keperawatan Halusinasi

Tindakan keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan

yang telah ditetapkan (Carpenito dalam Yusuf, dkk. 2015). Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*) (Yusuf dkk. 2015). Dalam asuhan keperawatan jiwa, untuk mempermudah pelaksanaan tindakan keperawatan maka perawat perlu membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang meliputi SP pasien dan keluarga (Trimeilia, 2013). SP dibuat menggunakan komunikasi terapeutik yang terdiri dari fase orientasi, fase kerja, dan terminasi (Yusuf, dkk., 2015).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, mempunyai tujuan serta kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Yusuf, dkk., 2015). Terdapat 3 fase dalam komunikasi terapeutik, dimana fase pertama yaitu fase orientasi yang menggambarkan situasi pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan, kontrak waktu dan tujuan pertemuan yang diharapkan. Fase kerja berisi beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk pengkajian lanjut, pengkajian tambahan, penemuan masalah bersama dan/atau penyelesaian tindakan. Fase terminasi merupakan saat untuk mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan, menilai keberhasilan atau kegagalan dan merencanakan untuk kontrak waktu pertemuan selanjutnya. (Yusuf, dkk.. 2015).

Rencana keperawatan halusinasi pendengaran menurut (Damaiyanti, 2014) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pendengaran

Diagnosa Keperawatan	Strategi Pelaksanaan	
	SP Individu	SP Keluarga
Gangguan persepsi sensori: Halusinasi	SP 1: 1. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, waktu terjadinya, frekuensi,	SP 1: Pendidikan Kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi

Diagnosa Keperawatan	Strategi Pelaksanaan	
	SP Individu	SP Keluarga
	<p>situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi).</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara terapi music dan menghardik. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan terapi musik. Peragakan cara menghardik. Minta pasien memperagakan ulang. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian klien. 	<p>yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi.</p>
	<p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1), Berikan Pujian. Latih cara mengontrol halusinasi bercakap-cakap dengan orang lain saat terjadi halusinasi. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk terapi musik, latihan menghardik, dan bercakap-cakap. 	<p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> Melatih keluarga klien dengan praktek merawat klien langsung dihadapan pasien. Berikan kesempatan pada keluarga klien untuk memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi langsung dihadapan klien.
	<p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, dan SP 2), Berikan Pujian. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi. Diskusikan kegiatan/kemampuan positif yang biasa dilakukan oleh klien. Latih cara mengontrol 	<p>SP 3:</p> <p>Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.</p>

Diagnosa Keperawatan	Strategi Pelaksanaan	
	SP Individu	SP Keluarga
	<p>halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan).</p> <p>5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk terapi music, latihan menghardik, bercakap-cakap dan kegiatan harian.</p>	
	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2, dan SP 3), Berikan Pujian. 2. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa. 3. Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program. 4. Jelaskan akibat bila putus obat. 5. Jelaskan prinsip 6B (jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat). 6. Latih klien minum obat. 7. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, bercakap-cakap, kegiatan harian dan minum obat. 	

Berikut penjelasan mengenai rencana keperawatan dengan gangguan halusinasi:

2.3.5.1. Kondisi Klinis Terkait

- a. Psikotik akut
- b. Skizofrenia
- c. Gangguan bipolar

- d. Parkinson
- e. Delirium
- f. Dimensia

2.3.5.2. Tujuan Asuhan Keperawatan

a. Kognitif, klien mampu:

- 1) Menyebutkan penyebab halusinasi.
- 2) Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan: jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons.
- 3) Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi.
- 4) Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi.
- 5) Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.

b. Psikomotor, klien mampu:

- 1) Melawan halusinasi dengan menghardik.
- 2) Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek.
- 3) Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.
- 4) Minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama, benar obat, benar manfaat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadaluwarsa, dan benar dokumentasi.

c. Afektif

- 1) Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi.
- 2) Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

2.3.5.3. Tindakan Keperawatan

a. Tindakan pada Klien

1) Tindakan Keperawatan Ners

- a) Pengkajian: Kaji tanda dan gejala, penyebab, dan kemampuan klien mengatasinya. Jika ada halusinasi katakana Anda percaya, tetapi Anda sendiri tidak mendengar/melihat/menghidu/merasakan.
- b) Diagnosis: Jelaskan proses terjadinya halusinasi.
- c) Tindakan Keperawatan:
 - Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien.
 - Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik.
 - Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek.
 - Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-vakap dan melakukan kegiatan teratur.
 - Latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar.
 - Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi.
 - Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan Latihan mengendalikan halusinasi.

Penelitian yang dilakukan Carolina, dkk (2012) menemukan standar asuhan keperawatan ners

meningkatkan kemampuan klien mengontrol halusinasi dan menurunkan intensitas halusinasi.

2) Tindakan Keperawatan Spesialis

a) Terapi Kognitif Perilaku

- Sesi 1 : Mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif.
- Sesi 2 : Melawan pikiran otomatis negatif.
- Sesi 3 : Mengubah perilaku negatif menjadi positif.
- Sesi 4 : Memanfaatkan sistem pendukung.
- Sesi 5 : Mengevaluasi manfaat melawan pikiran negatif dan mengubah perilaku negatif.

Hasil penelitian Wahyuni, dkk (2012) menyatakan terapi kognitif perilaku dapat menurunkan tanda dan gejala halusinasi pada klien. Hasil penelitian Sudiatmika, dkk (2013) menyatakan perpaduan terapi kognitif perilaku dan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) mampu menurunkan tanda dan gejala pada klien perilaku kekerasan dan halusinasi. Hasil peneliian Lelono, dkk (2012) menyatakan perpaduan terapi kognitif perilaku dan *Rational Emotive Behavior*

Therapy (REBT) mampu menurunkan tanda dan gejala pada klien perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan halusinasi. Hasil penelitian Hastuti (2013) menyatakan REBT efektif terhadap penurunan tanda dan gejala pada klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi. Hasil penelitian Sukma, dkk (2015) menyatakan perpaduan terapi kognitif perilaku dan *cognitive behavior social skill training* (CBSST) mampu menurunkan tanda dan gejala pada klien dengan halusinasi serta isolasi sosial.

b) Terapi Penerimaan Komitmen (*acceptance commitment therapy*)

- Sesi 1 : Mengidentifikasi pengalaman/kejadian yang tidak menyenangkan.
- Sesi 2 : Mengenali keadaan saat ini dan menemukan nilai-nilai terkait pengalaman yang tidak menyenangkan.
- Sesi 3 : Berlatih menerima pengalaman/kejadian tidak menyenangkan menggunakan nilai-nilai yang dipilih klien.
- Sesi 4 : berkomitmen menggunakan nilai-nilai yang dipilih klien untuk mencegah kekambuhan.

Hasil penelitian Sulistioati, dkk (2010) menyatakan bahwa *acceptance commitment therapy* dapat menurunkan tanda dan gejala pada klien dengan halusinasi, penelitian Jalil, dkk, (2013) menemukan bahwa terapi penerimaan komitmen meningkatkan *insight* klien skizofrenia secara bermakna.

b. Tindakan pada Keluarga

1) Tindakan Keperawatan Ners

- a) Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
- b) Jelaskan pengertian, tanda, dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi yang dialami klien.
- c) Diskusikan cara merawat halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien.
- d) Melatih keluarga cara merawat halusinasi:
 - Menghindari situasi yang menyebabkan halusinasi.
 - Membimbing klien melakukan Latihan cara mengendalikan halusinasi sesuai dengan yang dilatih perawat kepada klien.
 - Memberi pujian atas keberhasilan klien.
- e) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap-cakap secara bergantian, memotivasi klien melakukan Latihan dan memberi pujian atas keberhasilannya.
- f) Mejelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera yaitu isi halusinasi

yang memerintahkan kekerasan, serta melakukan *follow up* ke pelayanan kesehatan secara teratur.

2) Tindakan Keperawatan Spesialis: Psikoedukasi Keluarga

- a) Sesi 1 : Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami klien dan masalah kesehatan keluarga (*care giver*) dalam merawat klien.
- b) Sesi 2 : Merawat masalah kesehatan klien.
- c) Sesi 3 : Manajemen stress untuk keluarga.
- d) Sesi 4 : Manajemen beban untuk keluarga.
- e) Sesi 5 : Memanfaat sistem pendukung.
- f) Sesi 6 : Mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga

c. Tindakan pada Kelompok Klien

- 1) Tindakan keperawatan ners: TAK (Terapi Aktivitas Kelompok) stimulasi persepsi untuk halusinasi.
 - a) Sesi 1 : Mengenal halusinasi
 - b) Sesi 2 : Melawan halusinasi dengan menghardik.
 - c) Sesi 3 : Melawan halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal.
 - d) Sesi 4 : Melawan halusinasi dengan bercakap-cakap dan de enskalasi.
 - e) Sesi 5 : Patuh 8 benar minum obat.
- 2) Tindakan keperawatan spesialis: Terapi suportif
 - a) Sesi 1 : Identifikasi masalah dan sumber pendukung di dalam dan luar keluarga.

- b) Sesi 2 : Latihan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga.
- c) Sesi 3 : Latihan menggunakan sistem pendukung luar keluarga.
- d) Sesi 4 : Evaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung.

d. Tindakan Kolaborasi

- 1) Melakukan kolaborasi dengan dokter menggunakan *Situation Background Assessment Recommendation* (SBAR) dan Tulis, Baca, dan Konfirmasi (TBaK).
- 2) Memberikan program terapi dokter (obat): edukasi 8 benar pemberian obat dengan menggunakan konsep *safety* pemberian obat.
- 3) Mengobservasi manfaat dan efek samping obat.

2.3.6. Implementasi Keperawatan

Pada proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan). Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan tersebut (Setiadi, 2012).

2.3.7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan profesional kesehatan menentukan

kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil, dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. (Setiadi, 2012). Tujuan evaluasi adalah untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variabel-variabel yang akan mempengaruhi pencapaian tujuan, dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, modifikasi atau dihentikan (Manurung, 2012).

2.4. Konsep Perawatan Metode Terapi Musik (*Sound Healing*)

2.4.1. Definisi Musik

Musik dapat diartikan sebagai nada atau suara yang disusun sedemikian rupa sehingga mengandung irama, lagu, dan keharmonisan, terutama yang menggunakan alat-alat yang dapat menghasilkan bunyi-bunyi tersebut (Eisar Gabela, 2014). Pengertian musik sering kali dibedakan dengan pengertian lagu. Lagu merupakan ragam suara yang berirama (dalam bercakap-cakap, bernyanyi, membaca dan lain-lain), atau nyanyian. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa musik dan lagu merupakan dua hal yang berkaitan erat satu sama lain. Pengertian musik lebih luas daripada pengertian lagu. Ada yang berpendapat bahwa lagu merupakan bagian dari suatu karya musik, yaitu karya musik sendiri meliputi karya musik yang menggunakan lirik maupun karya musik tanpa lirik (*instrumentalia*) (Chang ET, 2012).

2.4.2. Definisi Terapi Musik

Terapi musik terdiri dari dua kata, yaitu kata “terapi” dan “musik”. Terapi adalah penanganan penyakit dan diartikan juga sebagai pengobatan sedangkan musik adalah suara atau nada yang mengandung irama Terapi musik adalah suatu terapi Kesehatan menggunakan musik dimana tujuannya adalah untuk meningkatkan atau memperbaiki kondisi fisik, emosi, kognitif, dan sosial bagi individu dari berbagai kalangan usia (Suhartini, 2018).

2.4.3. Bagian-Bagian Musik

Pada dasarnya hampir semua jenis musik bisa digunakan untuk terapi musik. Namun kita harus tahu pengaruh setiap jenis musik terhadap pikiran. Setiap nada, melodi, ritme, harmoni, timbre, bentuk dan gaya musik akan memberi pengaruh berbeda kepada pikiran dan tubuh kita. Dalam terapi musik, komposisi musik disesuaikan dengan masalah atau tujuan yang ingin kita capai (Ashwani A, 2012).

Musik sangat mempengaruhi kehidupan manusia. Musik memiliki 3 bagian penting yaitu tempo, ritme, dan harmoni. Tempo mempengaruhi tubuh, ritme mempengaruhi jiwa, sedangkan harmoni mempengaruhi perasaan. Contoh paling nyata bahwa tempo sangat mempengaruhi tubuh adalah dalam konser musik *rock*. Bisa dipastikan tidak ada penonton maupun pemain dalam konser musik *rock* yang tubuhnya tidak bergerak. Semuanya bergoyang dengan dahsyat, bahkan cenderung lepas kontrol. Salah satu gerakan yang populer saat mendengarkan musik *rock* adalah "*head banger*", suatu gerakan memutar-mutar kepala mengikuti irama musik *rock* yang kencang. Dan tubuh itu mengikutinya seakan tanpa rasa lelah (Trappe, 2012).

Jika hati seseorang sedang susah, mendengarkan musik yang indah, yang memiliki irama (ritme) yang teratur, maka perasaan akan lebih terasa enak dan enteng. Bahkan di luar negeri, pihak rumah sakit banyak memperdengarkan lagu-lagu indah untuk membantu penyembuhan para pasiennya. Itu suatu bukti, bahwa ritme sangat mempengaruhi jiwa manusia (Trappe, 2012).

Sedangkan harmoni sangat mempengaruhi perasaan. Jika menonton film horor, selalu terdengar harmoni (melodi) yang menyayat hati, yang membuat bulu kuduk berdiri. Dalam ritual-ritual keagamaan

juga banyak digunakan harmoni yang membawa roh manusia masuk ke dalam alam penyembuhan. Di dalam meditasi, manusia mendengar harmoni dari suara-suara alam di sekelilingnya (Trappe, 2012).

Terapi Musik yang efektif menggunakan musik dengan komposisi yang tepat antara tempo, ritme dan harmoni yang disesuaikan dengan tujuan dilakukannya terapi musik. Jadi memang terapi musik yang efektif tidak bisa menggunakan sembarang musik (Djohan, 2010). Terapi musik adalah suatu terapi yang menggunakan metode alunan melodi, ritme, dan harmonisasi suara dengan tepat. Terapi ini diterima oleh organ pendengaran kita yang kemudian disalurkan ke bagian tengah otak yang disebut sistem limbik yang mengatur emosi (Cervellin G, 2012).

Musik merupakan salah satu elemen yang tidak bisa dilepaskan dalam keseharian. Rangkaian nada alunan musik mampu meningkatkan mood dan memengaruhi kondisi psikologis seseorang. musik juga bisa sebagai sarana relaksasi maupun terapi, membantu memperbaiki kondisi depresi, pasien diharapkan mau berobat. Kemauan melawan penyakit akan memperbaiki kualitas hidup pasien, yang menentukan kesembuhannya (Chi GC, 2012).

2.4.4. Aliran/*Genre* Musik

Genre musik adalah pengelompokan musik sesuai dengan kemiripannya satu sama lain. Musik juga dapat dikelompokkan sesuai dengan kriteria lain, misalnya geografi. Sebuah genre dapat didefinisikan oleh teknik musik, gaya, konteks, dan tema musik. Jenis aliran musik sangat bervariasi hal ini dapat kita lihat baik dari instrumen yang digunakan, ritme lagu, serta tempo lagu yang dimainkan (The New Encyclopedia Britanica, 2013).

Masing-masing *genre* terbagi lagi menjadi beberapa *sub-genre*. Pengkategorian musik seperti ini, meskipun terkadang merupakan hal yang subyektif, namun merupakan salah satu ilmu yang dipelajari dan ditetapkan oleh para ahli musik dunia (The New Encyclopedia Britanica, 2013). Berikut ini adalah pengelompokan musik berdasarkan genre musiknya (The New Encyclopedia Britanica, 2013):

2.4.4.1. Musik Klasik

Musik Klasik biasanya merujuk pada musik klasik Eropa, tapi kadang juga pada musik klasik Persia, India, dan lain-lain. Musik klasik Eropa sendiri terdiri dari beberapa periode, misalnya barok, klasik, dan romantik.

2.4.4.2. Music *Gospel*

Musik *Gospel* didominasi oleh vokal dan biasanya memiliki tema Kristen. Di Indonesia, musik *gospel* banyak dipopulerkan oleh musisi seperti Franky Sihombing, Giving My Best, Nikita, True Worshipers.

2.4.4.3. *Jazz*

Jazz adalah jenis musik yang tumbuh dari penggabungan blues, ragtime, dan musik Eropa, terutama musik band. Beberapa *subgenre jazz* adalah *Dixieland*, *swing*, *bebop*, *hard bop*, *cool jazz*, *free jazz*, *jazz fusion*, *smooth jazz*, dan *CafJazz*.

2.4.4.4. *Blues*

Blues berasal dari masyarakat Afro-Amerika yang berkembang dari musik Afrika barat. Jenis ini kemudian mempengaruhi banyak genre musik pop saat ini, termasuk *ragtime*, *jazz*, *big band*, *rhythm and blues*, *rock and roll*, *country*, dan musik pop.

2.4.4.5. R&B

R&B (*Rhythm and blues*) adalah nama musik tradisional masyarakat AfroAmerika, yaitu musik pop kulit hitam dari tahun 1940-an sampai 1960-an yang bukan *jazz* atau *blues*.

2.4.4.6. Funk

Funk juga dipelopori oleh musisi-musisi Afro-Amerika, misalnya James Brown, Parliament-Funkadelic, dan Sly and the Family Stone.

2.4.4.7. Rock

Rock, dalam pengertian yang paling luas, meliputi hampir semua musik pop sejak awal 1950-an. Bentuk yang paling awal, rock and roll, adalah perpaduan dari berbagai genre di akhir 1940-an, dengan musisi-musisi seperti Chuck Berry, Bill Haley, Buddy Holly, dan Elvis Presley. Hal ini kemudian didengar oleh orang di seluruh dunia, dan pada pertengahan 1960-an beberapa grup musik Inggris, misalnya The Beatles, mulai meniru dan menjadi populer.

2.4.4.8. Pop

Musik pop adalah genre penting namun batas-batasnya sering kabur, karena banyak musisi pop dimasukkan juga ke kategori *rock*, *hip hop*, *country*, dan sebagainya. Musik pop diambil dari istilah "*popular*", yang artinya terkenal. Musik pop adalah nama bagi aliran-aliran musik yang didengar luas oleh pendengarnya dan kebanyakan bersifat komersial. Biasanya musik ini terkenal dalam jangka waktu tertentu, kemudian menghilang. Musik pop ini sangat digemari masyarakat karena lagunya yang mudah dimengerti dan liriknya komersial. Musik ini selalu

bertutur tentang hubungan cinta antarmanusia atau tentang kehidupan sosial masyarakat. Musik ini menggunakan tempo, irama, dan harmonisasi yang mudah, dan sederhana. Oleh karena itu, musik ini mudah ditiru dan diterima oleh masyarakat.

2.4.5. Manfaat Musik

Musik berperan sebagai salah satu teknik relaksasi untuk memperbaiki, memelihara, mengembangkan mental, fisik, dan kesehatan emosi. Selanjutnya Kemper dan Danhauer menjelaskan mengenai manfaat musik. Musik selain dapat meningkatkan kesehatan seseorang juga dapat meringankan dari rasa sakit, perasaan-perasaan dan pikiran yang kurang menyenangkan serta membantu untuk mengurangi rasa cemas (Dewi M, 2019).

Musik dapat digunakan dalam lingkup klinis, pendidikan, dan sosial bagi klien atau pasien yang membutuhkan pengobatan, pendidikan atau intervensi pada aspek sosial dan psikologis (Wang CF, 2014). Campbell menjelaskan bahwa musik dapat menyeimbangkan gelombang otak. Gelombang otak dapat dimodifikasi oleh musik ataupun suara yang ditimbulkan sendiri. Kesadaran biasa terdiri atas gelombang beta, yang bergetar dari 14 hingga 20 hertz. Gelombang beta terjadi apabila kita memusatkan perhatian pada kegiatan sehari-hari di dunia luar, juga ketika kita mengalami perasaan negatif yang kuat. Ketenangan dan kesadaran yang meningkat dicirikan oleh gelombang alfa, yang daurnya mulai 8 hingga 13 hertz. Periode-periode puncak kreativitas, meditasi dan tidur dicirikan oleh gelombang theta, dari 4 hingga 7 hertz, dan tidur nyenyak, meditasi yang dalam, serta keadaan tak sadar menghasilkan gelombang delta, yang berkisar dari 0,5 hingga 3 hertz. Semakin lambat gelombang otak, semakin santai, puas, dan damai perasaan (Dewi M, 2019).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Damayanti, dkk (2017) menyatakan bahwa terapi musik klasik dapat menurunkan tanda-gejala halusinasi karena musik sangat mudah diterima oleh organ pendengaran dan kemudian melalui saraf pendengaran disalurkan ke bagian otak yang memproses emosi. Di dalam otak terdapat neurotransmitter yang mengatur mengenai stress dan ansietas. Musik dapat mempengaruhi imajinasi, intelegensi, memori serta dapat mempengaruhi hipofisis di otak untuk melepaskan endorphin. Penelitian lain yang dilakukan oleh Safitri, dkk (2022) juga menyatakan bahwa manfaat dari terapi musik adalah untuk memberikan rasa tenang, membantu mengendalikan emosi serta menyembuhkan gangguan psikologi. Tujuan dari terapi musik ini adalah untuk menggambarkan bagaimana jika aplikasi musik klasik diaplikasikan pada pasien halusinasi pendengaran. Kegiatan ini bertujuan agar pasien mampu melakukan hal produktif dan bermanfaat sehingga diharapkan dapat berdampak positif pada pasien. Terapi ini juga bertujuan untuk membikin rasa tenang pada pasien. Selain itu penelitian lain juga dilakukan oleh Purnama dan Rahmanisa (2016) yang menyatakan bahwa salah satu terapi yang baik untuk penderita halusinasi pendengaran adalah terapi musik. Terapi musik dapat memperbaiki konsentrasi, ingatan, dan persepsi spasial.

Campbell selanjutnya menerangkan bahwa musik memiliki beberapa manfaat, yaitu:

- 2.4.5.1. Musik menutupi bunyi dan perasaan yang tidak menyenangkan.
- 2.4.5.2. Musik dapat memperlambat dan menyeimbangkan gelombang otak.
- 2.4.5.3. Musik mempengaruhi pernapasan.
- 2.4.5.4. Musik mempengaruhi denyut jantung, denyut nadi, dan

tekanan darah.

- 2.4.5.5. Musik mengurangi ketegangan otot dan memperbaiki gerak serta koordinasi tubuh.
- 2.4.5.6. Musik dapat mengatur hormon-hormon.
- 2.4.5.7. Musik dapat memperkuat ingatan dan pelajaran.
- 2.4.5.8. Musik dapat memperkuat ingatan dan pelajaran.
- 2.4.5.9. Musik dapat meningkatkan produktivitas.
- 2.4.5.10. Musik meningkatkan asmara dan seksualitas.
- 2.4.5.11. Musik merangsang pencernaan.
- 2.4.5.12. Musik meningkatkan daya tahan.
- 2.4.5.13. Manfaat Terapi Musik terhadap Hormon

Musik juga berdampak pada beberapa produksi hormon, beberapa di antaranya adalah serotonin, melatonin, dan oksitosin. Terapi musik berdampak positif untuk mengatasi stres karena dapat mengaktifkan sel-sel pada sistem limbik dan saraf otonom asien, sehingga kekebalan tubuh meningkat dan merangsang pengeluaran serotonin. Perubahan tingkat serotonin dapat memperbaiki suasana hati, baik itu menciptakan suasana tenang, rileks, aman, maupun menyenangkan, sehingga mampu membuat pasien merasa nyaman (Harmat, 2018).

Musik memang tidak berhubungan langsung dengan melatonin. Namun melatonin juga dipengaruhi oleh serotonin, karena serotonin sendiri akan dikonversi menjadi melatonin. Maka semakin tinggi serotonin dalam tubuh, maka semakin tinggi pula melatonin. Secara fisik, musik dapat memperlambat laju tubuh dan menyesuaikan saraf otonom (misal menekan sistem simpatis dan parasimpatis) (Ryu, 2012). Musik juga terkait dengan peningkatan oksitosin dan mengurangi pengeluaran sitokin dalam plasma. Semua ini berkontribusi pada suasana santai dan mempertahankan tidur (Okada, *et al.*, 2019).

2.4.6. Penatalaksanaan Terapi Musik

Terapi Musik yang efektif menggunakan musik dengan komposisi yang tepat antara *beat*, *ritme* dan *harmony* yang disesuaikan dengan tujuan dilakukannya terapi musik. Jadi memang terapi musik yang efektif tidak bisa menggunakan sembarang musik. Ada dua macam metode terapi musik, yaitu (Djohan, 2016):

2.4.6.1. Terapi Musik Aktif

Dalam terapi musik aktif pasien diajak bernyanyi, belajar main menggunakan alat musik, menirukan nada-nada, bahkan membuat lagu singkat. Dengan kata lain pasien berinteraksi aktif dengan dunia musik. Untuk melakukan Terapi Musik aktif tentu saja dibutuhkan bimbingan seorang pakar terapi musik yang kompeten.

2.4.6.2. Terapi Musik Pasif

Terapi musik yang murah, mudah dan efektif. Pasien tinggal mendengarkan dan menghayati suatu alunan musik tertentu yang disesuaikan dengan masalahnya. Hal terpenting dalam terapi musik pasif adalah pemilihan jenis musik harus tepat dengan kebutuhan pasien. Oleh karena itu, ada banyak sekali jenis CD terapi musik yang bisa disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa musik memiliki pengaruh yang kuat pada kehidupan manusia. Para ahli mengemukakan bahwa musik berpengaruh pada kecerdasan manusia, kesehatan fisik, mental dan emosional.

2.4.7. Cara Pemberian Musik

2.4.7.1. Konsultasikan dengan ahli, Segala sesuatu bisa mencapai hasil maksimal jika dilakukan dengan baik dan benar untuk menjamin bahwa yang kita lakukan sudah sesuai

prosedur.

- 2.4.7.2. Pilih perangkat audio dengan kualitas baik, Banyak alat yang bisa digunakan untuk memutar musik sangat mudah, bisa dilakukan kapanpun dan dimana pun, baik menggunakan alat khusus memutar music seperti MP3 *player* dan MP4 *Player* maupun menggunakan alat yang memiliki fasilitas pemutar lagu seperti handphone yang memiliki fasilitas MP3 maupun komputer, laptop, serta *notebook* yang memiliki fasilitas pemutar lagu. Ini tentu saja beda dengan zaman dahulu, untuk mendengarkan music saja harus membeli kaset serta alat pemutarnya. Selain kualitas audionya, perhatikan pula kualitas penghasil suaranya. Untuk itu gunakan speaker maupun headphone dengan kualitas suara yang baik.
- 2.4.7.3. Pilih jenis music yang sesuai, Agar didapatkan efek terapi yang maksimal pilih musik yang sesuai dan perhatikan umur.
- 2.4.7.4. Jenis musik yang dipilih mengandung unsure mendidik serta memiliki kandungan makna yang sesuai dengan umur mereka. Yang bertujuan untuk agar musik yang digunakan menjadi tepat konsumsi sehingga anak bisa mengambil pesan positif dan negatif.
- 2.4.7.5. Sering-seringlah memutar musiknya.
- 2.4.7.6. Nikmatilah musik bersama-sama.
- 2.4.7.7. Sesekali beri kesempatan untuk memilih.

2.4.8. Lembar Observasi Penilaian Terapi pada Halusinasi

Tabel 2.4 Lembar Observasi Penilaian Tanda dan Gejala Halusinasi

No	Tanda-Gejala	Sebelum	Sesudah
1.	Mendengar suara bisikan		
2.	Merasakan sesuatu melalui mendengar suara bisikan.		
3.	Menyatakan kesal.		
4.	Disotorsi sensori.		
5.	Respon tidak sesuai.		
6.	Bersikap seolah mendengar sesuatu.		
7.	Disorientasi waktu, tempat, orang, dan situasi.		
8.	Curiga		
9.	Melihat kearah tertentu		
10.	Mondar-mandir		
11.	Bicara sendiri		
Jumlah			
Jumlah skor (%)			

Sumber: Emilia Nova Safitri, dkk (2022)

Keterangan:

Skor : 1

Jumlah : Jumlah semua skor

Jumlah skor : Jumlah semua skor dalam bentuk persentase

2.4.9. Analisis Jurnal

Tabel 2.5 Analisis Jurnal tentang Terapi Musik

No	Judul	Validty	Important	Applicable
1.	Pengaruh Terapi Musik Terhadap Klien Skizofrenia Paranoid Pada Halusinasi Pendengaran di Pavilion Seroja Rumah Sakit Umum Koesnadi Bondowoso. (Lubbabul	- Desain penelitian yaitu eksperimen semu dengan desain non equifalant control <i>group design</i> dengan desain <i>pretest-postttest with control group</i> yang terbagi menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. - Pengumpulan data didapatkan dengan jumlah responden	Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan tingkat kontras halusinasi yang signifikan setelah diberikan intervensi antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan <i>p-value</i> 0,050 (=0,05).	- Sebelum dilakukan terapi musik (<i>pre-test</i>), Pengaruh Terapi Musik pada klien Skizofrenia Paranoid dengan Halusinasi Pendengaran kurang sebanyak 4 responden (44%), cukup sebanyak 4 responden (44%) baik sebanyak 1 orang (11%).

No	Judul	Validity	Important	Applicable
	Janah, dkk., 2022).	<p>sebanyak 9 orang dengan menggunakan teknik <i>accidental sampling</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelompok eksperimen diberikan intervensi dengan terapi musik satu kali sehari dalam tujuh hari selama 10-15 menit. - Kemudian data dianalisis menjadi non parametrik dengan dua sampel yang berhubungan menggunakan uji wilcoxon. 		<p>Berdasarkan rumus AHRS (<i>Auditory Halucination Rating Scale</i>) klien dinyatakan respon kurang jika suara terdengar terus menerus atau hampir setiap saat dan berhenti hanya untuk beberapa detik atau menit. Respon cukup jika suara terdengar setidaknya sekali satu jam dan respon baik jika suara terdengar setidaknya sekali sehari.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesudah dilakukan terapi musik (<i>post-test</i>), Pengaruh Terapi Musik pada klien Skizofrenia Paranoid dengan Halusinasi Pendengaran kurang sebanyak 3 responden (33,3%), peran keluarga cukup sebanyak 3 responden (33,3%) dan peran keluarga baik sebanyak 3 orang (33,3%). - Terapi musik membuktikan adanya perubahan yang cukup signifikan terhadap perubahan yang di alami oleh klien Skizofrenia Paranoid dengan Halusinasi Pendengaran.

No	Judul	Validty	Important	Applicable
2.	<p>Penerapan Terapi Musik Klasik Pada Pasien Halusinasi pendengaran.</p> <p>(Emilia Nova Safitri, dkk., 2022)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desain studi kasus. - Subyek yang digunakan adalah 2 (dua) subyek. - Analisis data dilakukan dengan melihat perubahan sebelum dan sesudah dilakukan terapi musik klasik. - Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dan observasi meggunakan 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi. - Instrumen yang digunakan pada penerapan ini adalah lembar <i>informed concent</i> dan lembar observasi yang berisikan tanda-gejala halusinasi yang akan diberi tanda (√) pada tanda-gejala yang terdapat pada pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Sebelum dilakukan penerapan terapi musik klasik pada Tn.A adalah 72,7% pada hari pertama sampai hari ketiga setelah penerapan didapatkan hasil 18%. - pada Tn.B persentase tanda-gejala sebelum diberikan terapi musik klasik adalah 72,7% pada hari petama sampai hari ketiga setelah diberikan terapi musik klasik didapatkan hasil 9%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tanda-gejala pada kedua subyek sebelum dilakukan terapi musik klasik didapatkan hasil yang sama yaitu 8 tanda-gejala dengan persentase 72,7%. - Tanda-gejala pada kedua subjek sesudah dilakukan terapi musik klasik mengalami penurunan pada Subyek I (Tn.A) yaitu didapatkan 2 tanda gejala dengan persentase 18% dan Subyek II (Tn.B) didapatkan 1 tanda-gejala dengan persentase 9%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi musik klasik mampu menurunkan tanda gejala halusinasi pada kedua subyek.
3.	<p>Efektifitas Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Halusinasi Dengar di RSJ Tampan Provinsi Riau.</p> <p>(Rafia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desain penelitian yang digunakan adalah <i>quasi eksperimental design pretest-posttest design with control group.</i> - Instrumen yang digunakan berupa kuisisioner Lelono dengan 12 pernyataan. - Analisa yang digunakan adalah 	<ul style="list-style-type: none"> - Uji wilcoxon yang dilakukan didapatkan hasil ada pengaruh sebelum (<i>pretest</i>) dan sesudah (<i>posttest</i>) dilakukan terapi musik klasik pada kelompok eksperimen terhadap penurunan tingkat halusinasi dengar. Nilai median <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> pada 	<ul style="list-style-type: none"> - Ada perbedaan antara pretest dan posttest dan terjadi penurunan nilai rata-rata pretest dan posttest diberikan terapi musik klasik yaitu dari 3 menjadi 2, dapat disimpulkan bahwa adanya penurunan tingkat halusinasi pada kelompok eksperimen yang telah diberikan

No	Judul	Validity	Important	Applicable
	Damayanti, dkk.,2014)	analisa univariat dan bivariat.	<p>kelompok eksperimen mengalami penurunan dari 3 menjadi 2 dengan nilai $p\ value = 0,003 < (0,05)$ sehingga H_0 ditolak.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil uji pada pada kelompok kontrol didapatkan tidak ada pengaruh sebelum (<i>pretest</i>) dan sesudah (<i>posttest</i>) diberikan terapi musik klasik terhadap penurunan tingkat halusinasi dengar. Nilai median <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> pada kelompok kontrol tidak mengalami perubahan, yaitu 3 dengan nilai $p\ value = 0,414 > 0,05$, sehingga H_0 gagal ditolak. - Perbedaan tingkat halusinasi <i>posttest</i> pada kelompok eksperimen yang diberikan terapi musik klasik dianalisa dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi musik klasik, menggunakan uji Mann Whitney. Nilai median <i>posttest</i> untuk kelompok eksperimen yaitu 2 dengan standar deviasi 0,332 sedangkan nilai 	<p>terapi musik klasik.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada perbedaan yang signifikan antara pretest dan posttest pada kelompok kontrol. Hal ini ditunjukkan tidak adanya perubahan nilai rata-rata antara pretest dan posttest pada kelompok kontrol, dapat disimpulkan bahwa tidak ada penurunan tingkat halusinasi pada kelompok kontrol. - Perbedaan tingkat halusinasi <i>posttest</i> pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol menunjukkan perbedaan yang signifikan tingkat halusinasi setelah (<i>posttest</i>) diberikan terapi musik klasik antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

No	Judul	Validity	Important	Applicable
			<p>median <i>posttest</i> untuk kelompok kontrol yaitu 3 dengan standar deviasi 0,6. Hasil analisis yang didapatkan nilai p value = 0,000, maka p value < 0,05, yang berarti H_a diterima. Hal ini berarti ada perbedaan yang signifikan antara rata-rata tingkat halusinasi setelah (<i>posttest</i>) diberikan terapi musik klasik pada kelompok eksperimen dengan nilai median tingkat halusinasi yang tidak diberikan terapi musik klasik pada kelompok kontrol.</p>	
4.	<p><i>Literature Review:</i> Efektivitas Terapi Musik Klasik terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi pada Pasien Gangguan Jiwa (Krisnanda, A.P., dkk. 2022)</p>	<p>- Desain penelitian: <i>literature review</i> dengan <i>database online</i>. - Instrument yang digunakan adalah studi kepustakaan dengan artikel yang didapatkan melalui <i>website online</i>.</p>	<p>Artikel diatas tersebut menggunakan teknik penelitian secara <i>Quasi Eksperimental & Casestudy</i>, dari penelitian yang dilakukan oleh para peneliti diatas didaptn hsil hahwa teknik terapi musik klasik dapat menurunkan tingkatan atau level dan tanda gejala dari halusinasi pendengaran. Kesemua penelitian ini berasal dari penelitain dalam negeri.</p>	<p>Adanya pengaruh terapi musik terhadap penurunan tanda gejala ataupun level halusinasi pada pasien gangguan jiwa dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran.</p>