BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Terapi Okupasi

1. Defenisi Terapi Okupasi

Terapi okupasi, atau dikenal juga sebagai terapi kerja, merupakan suatu pengetahuan dan seni yang bertujuan mendorong keikutsertaan individu pada berbagai kegiatan terstruktur dimana sudah dirancang secara khusus. Terapi ini berfokus untuk pengembangan kemampuan yang masih dimiliki oleh pasien guna meningkatkan tingkat kemandirian, sehingga pasien tidak lagi bergantung sepenuhnya pada bantuan orang lain. (Riyandi & Purwanto, dalam (Widiyawati W, 2020) Terapi okupasi memiliki beberapa aktivitas salah satu terapi okupasi yang dilakukan adalah membuat gelang dari roncean manik manik.

Meronce merupakan suatu aktivitas seni rupa yang dilakukan dengan menyusun manik-manik menjadi hasil karya yang memiliki fungsi dengan menggunakan fasilitas penunjang sesuai dengan keterampilan individu. Kegiatan ini melatih kreativitas serta membutuhkan koordinasi antara mata dan tangan, khususnya keterampilan motorik halus dalam memasukkan benang ke dalam lubang manik-manik secara cermat dan teliti (Anggraini, Sitanggang, Zahara & Tambun, 2024).

2. Manfaat Terapi Okupasi

Manfaat terapi okupasi menurut Riyandi & Purwanto dalam (Widiyawati W, (2020) sebagai berikut :

a. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi mental :

- 1) Menghasilkan lingkungan atau kondisi yang mendukung agar individu mampu mengembangkan kapasitas dirinya dalam menjalin interaksi sosial dan membangun hubungan orang lain maupun lingkungan sekitarnya.
- 2) Membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar.
- 3) Membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya.

- b. Terapi khusus untuk mengembalikan fisik, meningkatkan sendi, otot, dan koordinasi aktivitas otot, dan integrasi otot.
- c. Mengajarkan keterampilan hidup sehari-hari (*Activity of Daily Living/ADL*), seperti makan, berpakaian, buang air kecil (BAK), buang air besar (BAB), dan aktivitas dasar lainnya.
- d. Membantu individu dalam beradaptasi dengan rutinitas atau kegiatan yang terjadwal saat berada di lingkungan rumah.
- e. Meningkatkan toleransi terhadap aktivitas kerja serta memelihara dan mengembangkan keterampilan yang telah melekat pada individu.
- f. Menyusun berbagai bentuk aktivitas yang bertujuan untuk mengevaluasi aspek mental dan fisik, pola kebiasaan, kemampuan interaksi sosial, bakat, minat, serta potensi yang telah dikuasai oleh individu.
- g. Membimbing individu dalam menyalurkan minat dan hobi individu agar mampu dimanfaatkan sesudah kembali hidup di tengah lingkungan sosial.

3. Jenis Aktivitas Dalam Terapi Okupasi

Kegiatan yang diterapkan dalam terapi okupasi sangat disesuaikan oleh konteks teraupetik secara menyeluruh, termasuk lingkungan, ketersediaan sumber daya, serta kemampuan individu pasien, yang mencakup pengetahuan, keterampilan, minat, dan tingkat kreativitas yang dimiliki (Widiyawati W, 2020).

- a. Beragam bentuk kegiatan yang relevan untuk digunakan dalam pelaksanaan terapi okupasi mencakup berbagai bentuk kegiatan, antara lain: latihan fisik, olahraga, permainan yang melibatkan keterampilan motorik halus seperti meronce manik-manik, pelatihan kebersihan dan kerapian diri, aktivitas harian seperti merapikan tempat tidur, menyapu, dan mengepel, latihan pra-vokasional, kegiatan seni seperti tari, musik, melukis, dan drama, serta kegiatan rekreasional seperti bertamasya, menonton film atau pertunjukan, dan diskusi mengenai topik tertentu yang bersumber dari surat kabar, majalah, televisi, radio, maupun isu-isu aktual di lingkungan sekitar.
- b. Aktivitas adalah jenis kegiatan yang dapat menyibukan seseorang

secara produktif yang digunakan sebagai suatu media untuk belajar dan mengalami kemajuan, dan juga sebagai media pemenuhan kebutuhan emosional dan fisik.

4. Karakteristik Terapi Okupasi

Karakteristik terapi okupasi meliputi adanya tujuan yang jelas, memiliki makna atau nilai khusus bagi individu, mampu melibatkan partisipasi klien meskipun dalam tingkat minimal, berfungsi untuk mencegah memburuknya kondisi klien, bersifat memotivasi, fleksibel untuk dimodifikasi, serta dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi individu.

a. Analisa aktivitas

Analisis kegiatan terapi okupasi mencakup beberapa aspek, antara lain: jenis aktivitas yang dilaksanakan, seperti latihan fisik atau kegiatan harian; tujuan dan manfaat dari aktivitas tersebut untuk individu; pemilihan media atau instrumen yang digunakan yang disesuaikan dengan karakteristik kegiatan; serta perencanaan media bantu yang mempertimbangkan preferensi dan kemampuan individu klien, baik terhadap aktivitas yang disukai maupun yang kurang diminati (Widiyawati W, 2020).

b. Tindakan terapi

Ada beberapa tahapan dari terapi okupasi, yaitu:

- 1) Pengumpulan data mencakup informasi mengenai identitas klien, gejala yang muncul, diagnosis, perilaku, serta kepribadian klien. Analisis data dan identifikasi masalah berdasarkan hasil pengkajian tersebut, yang kemudian digunakan untuk menetapkan diagnosis sementara terhadap masalah yang dialami oleh klien maupun keluarganya
- 2) Penetapan tujuan dan sasaran dilakukan berdasarkan diagnosis yang telah ditegakkan, sehingga arah intervensi terapi dapat disesuaikan dengan kondisi pasien serta hasil yang diinginkan.
- 3) Pemilihan jenis kegiatan yang dipilih perlu diselaraskan dengan tujuan terapi yang telah ditetapkan.

- 4) Evaluasi pelaksanaan terapi dilakukan penilaian terhadap kemampuan klien, mencakup aspek inisiatif, tanggung jawab, kerja sama, emosi, dan perilaku selama kegiatan berlangsung. Hasil evaluasi ini digunakan untuk merencanakan kegiatan lanjutan yang relevan, dan dilakukan secara berkala, misalnya setiap minggu atau setelah setiap sesi terapi (Widiyawati, 2020).

5. Pelaksanaan Terapi Okupasi

Pelaksanaan terapi okupasi dapat dilakukan secara perorangan maupun dalam bentuk kelompok, bergantung pada keadaan individu serta hasil terapeutik yang ingin dicapai (Widiyawati W, 2020).

a. Metode

- 1) Terapi secara individual diberikan kepada klien yang baru menjalani perawatan atau yang belum mampu berinteraksi secara sosial, sebagai tahap awal atau persiapan sebelum mengikuti kegiatan dalam kelompok.
- 2) Secara kelompok diberikan kepada klien yang memiliki masalah serupa, telah menjalani perawatan dalam waktu lama, serta memiliki tujuan kegiatan yang sama. Menurut para peneliti, aktivitas kelompok sebaiknya dilakukan dalam kelompok kecil agar setiap anggota memiliki kesempatan untuk menyampaikan perasaan, pendapat, dan pengalamannya

b. Waktu

Terapi dilaksanakan selama 1 hingga 2 jam/sesi, baik dengan pendekatan perorangan maupun kelompok. Pelaksanaan dilakukan 2 hingga 3 kali dalam seminggu. Setiap sesi terapi dibagi ke dalam dua tahapan: tahap pertama berlangsung selama 30 menit hingga 1 jam mencakup fase persiapan dan orientasi, sedangkan tahap kedua dilaksanakan selama enam puluh hingga sembilan puluh menit yang meliputi fase pelaksanaan (kerja) dan terminasi (Riyandi dan Purwanto dalam Widiyawati W, 2020)

6. Evaluasi Terapi Okupasi

Evaluasi dari terapi okupasi adalah pasien dapat bersosialisasi dengan baik dan dapat menerima lingkungannya. Serta kegiatan meronce manik-manik dapat menambah aktivitas hariannya sehingga pasien dapat lebih tenang dan menjadi salah satu pemicu untuk kesembuhan pasien.

7. Standard Operasional Prosedur Terapi Okupasi Meronce Manik Manik

Meronce merupakan suatu bentuk aktivitas seni rupa yang melibatkan penyusunan manik-manik menjadi karya fungsional, menggunakan sarana perangkai sesuai dengan kemampuan individu, khususnya pasien. (Anggraini, Sitanggang, Zahara & Tambun, 2024).

Berikut standar operasional prosedur terapi okupasi meronce manik-manik:

a. Persiapan Alat dan bahan :

- 1) Tali elastis / benang
- 2) Manik-manik
- 3) Plester atau binder chip

b. Prosedur

- 1) Fase orientasi
 - a) Mengucapkan salam terapeutik kepada klien,
 - b) Menanyakan kondisi pasien,
 - c) Menanyakan perasaan klien hari ini,
 - d) Menjelaskan tujuan terapi okupasi meronce manik-manik,
- 2) Fase kerja
 - a) Membagikan tali elastis dan manik-manik,
 - b) Memberikan instruksi cara meronce manik-manik,
 - c) Memberikan pujian kepada pasien setelah dapat membuat roncean manik-manik,
 - d) Fase terminasi,
 - e) Menyampaikan rencana tindakan lanjut/ kontrak waktu selanjutnya,
 - f) Memberikan dukungan motivasi pada pasien,
 - g) Berpamitan

B. Gangguan Halusinasi

1. Defenisi Halusinasi

Halusinasi adalah bentuk gangguan persepsi sensori yang muncul tanpa adanya ransangan dari lingkungan eksternal dan dapat melibatkan kelima pancaindra. Gejala ini menjadi termasuk indikator gangguan jiwa, di mana individu mengalami perubahan persepsi sehingga merasakan sensasi palsu, seperti mendengar suara, melihat bayangan, mencium aroma, merasakan rasa, atau mengalami sentuhan yang sebenarnya tidak ada. Kondisi ini menyebabkan disorientasi terhadap realitas dan menimbulkan hambatan dalam menjalani aktivitas kehidupan sehari-hari (Yusuf Ah, PK Fitryasari & Nihayati, 2015).

Halusinasi merupakan salah satu manifestasi klinis dari gangguan jiwa, yang ditandai dengan adanya persepsi sensori tanpa stimulus eksternal yang nyata. Gejala ini termasuk ke dalam bentuk psikopatologi yang tergolong berat dan sering kali menimbulkan kebingungan. Dari perspektif fenomenologis, halusinasi adalah gangguan yang paling umum ditemukan dan sering kali menjadi sebagai indikator utama dari kondisi psikotik (Sutejo, 2018).

2. Etiologi Halusinasi

Faktor penyebab timbulnya halusinasi dapat dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor presipitasi menurut Stuart dalam (Azizah, Zainuri & Akbar, 2016) adalah:

a. Faktor Perkembangan

Jika individu mengalami hambatan dalam menyelesaikan tugas perkembangannya serta memiliki hubungan interpersonal yang terganggu, maka kondisi tersebut dapat memicu timbulnya stres dan kecemasan. Salah satu contohnya adalah kurangnya kontrol dan kehangatan dari lingkungan keluarga yang seharusnya diperoleh sejak dini. Kondisi ini dapat menyebabkan individu tumbuh tanpa kemandirian, mudah merasa frustrasi, memiliki tingkat kepercayaan diri yang rendah, serta lebih rentan dalam menghadapi tekanan atau stres di kemudian hari.

b. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang sejak awal kehidupannya kurang diakui oleh masyarakat, akan tumbuh dengan perasaan terasing, mengalami kesepian, serta kesulitan membangun kepercayaan terhadap orang-orang di sekitarnya.

c. Faktor Biokimia.

Stres yang berlebihan dapat memicu produksi zat kimia dalam tubuh yang bersifat halusinogenik, seperti *beffofenon* dan *dimetiltransferase* (DPM). Kondisi ini dapat mengaktifkan neurotransmitter di otak secara berlebihan dan menimbulkan gangguan pada respons neurobiologis sistem saraf.

d. Faktor Psikologis

Individu dengan karakter kepribadian yang lemah serta kurang memiliki rasa tanggung jawab cenderung lebih rentan terlibat dalam penyalahgunaan zat adiktif. Kondisi ini membuat mereka lebih memilih mencari kesenangan sesaat dan cenderung menghindari realitas dengan melarikan diri ke dalam dunia khayalan, sehingga mengalami hambatan dalam menentukan pilihan yang strategis guna menunjang masa depannya.

e. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Anak dalam keadaan sehat akan tetapi dilahirkan atau dibesarkan oleh keluarga dengan riwayat skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi terkena gangguan serupa. Berbagai kajian menunjukkan bahwa peran keluarga memberikan kontribusi secara signifikan terhadap timbulnya gangguan skizofrenia.

Faktor Presipitasi Menurut Stuart dalam Azizah, Zainuri & Akbar, (2016) adalah:

a. Biologis

Gangguan komunikasi serta disfungsi pada jalur saraf otak yang berperan dalam pemrosesan informasi, disertai dengan kelainan pada mekanisme penyaringan stimulus, dapat mengakibatkan ketidakmampuan otak dalam merespons rangsangan secara selektif dan menginterpretasikannya dengan benar.

b. Stress lingkungan

Kapasitas individu dalam mentoleransi stress yang secara biologis akan berinteraksi dengan berbagai stresor lingkungan dalam memengaruhi kemungkinan munculnya gangguan kejiwaan.

c. Sumber coping

Strategi coping yang dimiliki individu berperan dalam menentukan pola respons terhadap stresor yang dihadapi.

3. Fase fase Halusinasi

Terdapat empat fase dalam halusinasi, yaitu (Ruswadi, 2021) :

a. Fase I: *Comforting* (ansietas sedang) yaitu, halusinasi menyenangkan

Tahap ini dikategorikan sebagai gangguan non-psikotik, di mana individu mengalami tekanan emosional seperti stres, kecemasan (ansietas), kesepian, rasa bersalah, serta ketakutan. Untuk meredakan ketegangan emosional tersebut, individu cenderung mengalihkan perhatian pada pikiran-pikiran yang menyenangkan. Pada tahap ini, individu masih memiliki kesadaran penuh bahwa pengalaman sensorik maupun pikirannya berada dalam kendali. Namun, apabila kecemasan tidak tertangani secara efektif, maka dapat muncul perilaku yang tidak sesuai, seperti tertawa atau tersenyum tanpa alasan, gerakan bibir tidak disertai suara, gerakan cepat pada bola mata, respons verbal melambat, diam, atau menunjukkan ekspresi wajah yang tampak terlalu larut dalam perasaan menyenangkan.

b. Fase II: *Condemning* (ansietas sedang) yaitu, halusinasi menjadi menjijikkan.

Individu menunjukkan rangsangan sensori yang bersifat menjijikkan dan menakutkan, disertai peningkatan kecemasan hingga kehilangan kontrol diri. Individu cenderung mengambil jarak dari sumber yang dianggap sebagai ancaman, berupaya menyembunyikan kondisinya dari orang lain, serta tetap berusaha mempertahankan kendali atas dirinya sendiri. Perasaan malu terhadap pengalaman sensorik yang dialami juga dapat muncul, sehingga individu menarik

diri dari interaksi sosial. Kondisi ini termasuk dalam fase psikotik ringan, yang ditandai dengan peningkatan aktivitas sistem saraf otonom sebagai respon terhadap kecemasan, seperti meningkatnya tanda-tanda vital. Selain itu, individu mengalami penurunan kemampuan konsentrasi, terfokus pada pengalaman sensorinya, serta kesulitan membedakan antara nyata dan tidak nyata.

- c. Fase III: *Controlling* (ansietas berat) yaitu, pengalaman sensori menjadi berkuasa (Mengendalikan)

Fase *controlling* tergolong dalam fase psikotik, di mana individu mulai kehilangan kendali diri dan tidak lagi mampu melawan halusinasi, bahkan akhirnya menyerah dan tunduk pada isi halusinasi tersebut. Halusinasi yang dialami menjadi sangat menarik bagi individu, sehingga saat halusinasi berhenti, ia justru merasakan kesepian. Pada fase ini, individu cenderung mengikuti perintah atau arahan dari halusinasinya, mengalami kesulitan dalam membangun hubungan sosial, serta menunjukkan rentang perhatian yang sangat cepat. Secara fisik, dapat terlihat gejala kecemasan berat seperti berkeringat, gemetar (*tremor*), serta ketidakmampuan dalam mengikuti perintah yang diberikan.

- d. Fase IV: *Conquering* (panik) yaitu, seseorang menjadi melebur dalam halusinasinya

Fase ini termasuk dalam kategori psikotik berat, di mana pengalaman sensori atau halusinasi yang dialami individu bersifat mengancam, bersifat memerintah, atau memarahi. Apabila tidak segera diberikan intervensi terapeutik, halusinasi dapat berlangsung berkepanjangan. Tahap ini, individu dapat menunjukkan perilaku teror akibat kepanikan, dengan risiko terjadinya tindakan bunuh diri (*suicide*) maupun membahayakan orang lain (*homicide*). Aktivitas fisik klien sering kali mencerminkan isi halusinasi yang dialaminya, seperti perilaku agresif, pemberontakan, penarikan diri, gangguan psikomotorik, serta ketidakmampuan dalam merespons perintah yang kompleks maupun dalam berinteraksi dengan lebih dari satu orang

secara bersamaan.

4. Rentang respon

Tabel 1 Rentang Respon Neurobiologi

Rentang Respon Neurobiologis		
Respon adaptif maladaptif	→	Respon
Pikiran logis	Pikiran kadang menyimpang	Gangguan proses pikiran: waham
Presepsi akurat	Ilusi	Halusinasi
Emosi konsisten dengan pengalaman	Emosi tidak stabil	Ketidakmampuan untuk mengalami emosi
Perilaku sesuai	Perilaku aneh	Ketidakteraturan isolasi sosial
Hubungan social	Menarik diri	

Rentang respons neurobiologis pada individu yang mengalami halusinasi dimulai dari respons yang adaptif, yaitu ketika seseorang masih mampu berpikir secara logis, memiliki persepsi yang akurat, menunjukkan emosi dan perilaku yang sesuai, serta dapat menjalin interaksi dan hubungan sosial dengan baik. Namun, apabila kemampuan berpikir logis ini mulai menurun, maka dapat muncul distorsi kognitif berupa ilusi. Ilusi ini ditandai dengan respons emosional yang tidak proporsional baik berlebihan maupun terlalu lemah serta munculnya perilaku yang tidak sesuai, aneh, dan kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan sosial. Bila distorsi tersebut tidak segera ditangani, maka akan berkembang menjadi respons maladaptif yang lebih berat, seperti munculnya halusinasi yang disertai delusi, kesulitan dalam mengekspresikan emosi, perilaku yang tidak terorganisasi, serta isolasi sosial yang mendalam (Stuart dalam Pongdatu dkk., 2023).

5. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tingkah laku yang ditunjukkan pasien halusinasi antara lain sebagai

berikut (Pongdatu dkk., 2023):

- a. Berbicara, tersenyum, atau tertawa tanpa adanya rangsangan eksternal;
- b. Gerakkan bibir tanpa suara, menunjukkan gerakan mata yang cepat, serta memberikan respons verbal yang melambat;
- c. Perilaku menarik diri dan cenderung untuk menghindari interaksi sosial;
- d. Ketidakmampu membedakan realitas dan tidak nyata;
- e. Mengalami peningkatan tanda tanda vital;
- f. Rentang perhatian terhadap lingkungan sangat singkat dan berlangsung cepat, sehingga individu lebih terfokus pada pengalaman sensoriknya sendiri;
- g. Menunjukkan sikap penuh kecurigaan, permusuhan, serta perilaku merusak pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, disertai rasa ketakutan;
- h. Mengalami kesulitan dalam menjalin interaksi sosial atau membangun hubungan interpersonal dengan sekitar;
- i. Menampilkan raut muka yang tegang, mudah tersinggung, serta menunjukkan kemarahan atau kejengkelan;
- j. Tidak mampu mengikuti instruksi atau arahan yang diberikan oleh perawat;
- k. Tampak mengalami tremor dan berkeringat, disertai perilaku panik, agitasi, serta gangguan psikomotor berupa gerakan yang tidak terkoordinasi atau tidak terarah.

Menurut menurut PPNI, (2017) tanda dan gejala halusinasi mayor yaitu:

Tabel 2 Tanda dan gejala halusinasi

Tanda dan gejala mayor	
Subjektif	Objektif
a. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan,	a. Distorsi sensori
b. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecap.	b. Respon tidak sesuai
	c. Bersikap seolah olah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu,

Tanda dan gejala minor

Subjektif	Objektif
a. Meyatakan kesal	a. Menyendiri b. Melamun c. Konsentrasi buruk d. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi e. Curiga f. Melihat ke satu arah g. Mondar mandir h. Bicara sendiri

6. Jenis jenis halusinasi

Halusinasi terbagi ke dalam beberapa jenis yang masing-masing memiliki karakteristik khusus (Yosep dalam Prabowo, 2019) diantaranya :

- a. Halusinasi pendengaran (akustik, audiotorik): Merupakan gangguan persepsi sensori membuat individu mendengar suara terutama suara manusia yang sebenarnya tidak berasal dari rangsangan eksternal. Umumnya, suara yang terdengar merupakan hasil dari pikiran individu sendiri dan sering kali berupa perintah untuk melakukan suatu tindakan tertentu.
- b. Halusinasi penglihatan (visual): Merupakan persepsi visual yang tidak nyata, yang dapat muncul dalam bentuk kilatan cahaya, pola geometris, gambar kartun, maupun panorama yang kompleks. Objek atau bayangan yang tampak dapat memberikan kesan menyenangkan atau menakutkan, bergantung pada interpretasi individu.
- c. Halusinasi penghidu (olfaktori): Gangguan persepsi penciuman yang ditandai dengan terdeteksinya bau yang tidak ada sumbernya secara nyata, seperti bau busuk, amis, darah, urin, feses, atau bahkan bau harum, meskipun tidak ada stimulus penciuman yang nyata.
- d. Halusinasi peraba (taktil, kinaestetik): Merupakan gangguan persepsi sentuhan atau gerak yang ditandai dengan sensasi tidak menyenangkan tanpa adanya rangsangan fisik. Contohnya termasuk perasaan seperti tersengat listrik dari tanah, benda mati, atau orang lain.

- e. Halusinasi pengecap (gustatorik): Kelainan pada persepsi pengecap yang diindikasikan munculnya rasa tidak sedap dalam mulut, seperti rasa busuk atau amis yang menimbulkan rasa jijik.
- f. Halusinasi sinestetik: Merupakan gangguan persepsi internal tubuh yang ditandai dengan munculnya sensasi tidak nyata terhadap fungsi organ, misalnya merasa darah mengalir di pembuluh darah, merasakan proses pencernaan, atau terbentuknya urin dalam tubuh.

7. Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan halusinasi menurut Prabowo dalam Kustiawan, Somantri & Cahyati, (2023) antara lain:

a. Farmakoterapi

Pemberian neuroleptika dengan dosis yang tepat terbukti bermanfaat bagi pasien skizofrenia kronis, terutama apabila pengobatan dimulai dalam dua tahun pertama setelah onset penyakit. Penggunaan neuroleptika dengan dosis tinggi dapat membantu mengatasi gejala peningkatan aktivitas psikomotorik pada pasien. Obat farmakologi yang dapat diberikan pada pasien halusinasi sebagai penenang yaitu: *Clorparamazine, Haloperidol, Trihexypenidil*.

b. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik merupakan salah satu intervensi medis yang dilakukan dengan cara menginduksi kejang terkontrol melalui pemberian arus listrik menggunakan elektroda yang ditempatkan pada salah satu atau kedua sisi pelipis (area temporal). Terapi ini umumnya diindikasikan bagi pasien skizofrenia yang tidak menunjukkan respons terapeutik terhadap pemberian obat antipsikotik (neuroleptika), baik dalam bentuk oral maupun injeksi. Dosis arus listrik yang lazim digunakan dalam prosedur ini berkisar antara empat hingga lima joule per detik.

c. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi suportif, baik secara individu maupun kelompok, memegang peranan penting dalam membantu pasien mempersiapkan diri untuk kembali berinteraksi di lingkungan sosial. Di samping itu, terapi

aktivitas kerja juga berkontribusi dalam mendorong pasien untuk membina hubungan sosial dengan sesama pasien, perawat, maupun tenaga kesehatan lainnya. Intervensi ini bertujuan utama untuk mencegah terjadinya isolasi sosial yang dapat memperkuat pola perilaku maladaptif pada pasien.

d. Terapi modalitas

- 1) Terapi musik merupakan intervensi yang dilakukan melalui aktivitas mendengarkan, memainkan alat musik, menyanyi, serta menikmati musik yang disukai.
- 2) Terapi seni adalah suatu pendekatan terapeutik dengan mengekspresikan perasaan dan emosi melalui media karya seni.
- 3) Terapi menari yaitu, mengungkapkan perasaan atau emosi melalui aktivitas tubuh.
- 4) Terapi okupasi yaitu, melakukan seni dengan aktifitas tertentu.
- 5) Terapi relaksasi merupakan metode pembelajaran dan pelatihan teknik relaksasi yang dilakukan dalam bentuk kelompok, yang bertujuan untuk meningkatkan partisipasi serta rasa senang pasien dalam menjalani rutinitas pasien.
- 6) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) memiliki beberapa tahapan terapi untuk mengontrol halusinasi yaitu :
 - Sesi 1: Memberikan pemahaman kepada klien mengenai halusinasi.
 - Sesi 2: Melatih klien untuk mengendalikan halusinasi melalui teknik menghardik
 - Sesi 3: Mendorong kepatuhan klien dalam mengonsumsi obat secara teratur
 - Sesi 4: Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal
 - Sesi 5: Mengembangkan kemampuan sosial klien dengan bercakap-cakap atau berinteraksi.

8. Alat Ukur Halusinasi

Penilaian terhadap halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia dalam studi ini dilakukan dengan menggunakan instrumen *Auditory*

Hallucinations Rating Scale (AHRS). Skala ini bertujuan untuk mengukur intensitas serta karakteristik halusinasi pendengaran yang dialami oleh pasien. AHRS awalnya dikembangkan oleh Haddock pada tahun 1994, dan telah diadopsi secara luas dalam berbagai studi klinis. Instrumen ini mencakup 11 item pernyataan, setiap item diberi skor 0 hingga 4, dengan total jumlah nilai dari nol sampai empat puluh empat. Kategori tingkat keparahan dibagi menjadi lima, yaitu: no (tidak ada halusinasi), satu sampai sebelas (ringan), dua belas sampai dua puluh dua (sedang), dua puluh tiga sampai tiga puluh tiga (berat), dan tiga puluh empat sampai empat puluh empat (sangat berat) (Dondé *et al.*, 2020).

Setiap partisipan akan mengisinya dengan symbol (√) ke dalam kotak jawaban yang telah disediakan. Melalui instrumen ini, peneliti dapat memperoleh gambaran objektif mengenai tingkat keparahan halusinasi pendengaran pada masing-masing subjek. Menurut Utomo S, Aisyah P & Andika G, (2021), skala AHRS juga dikembangkan lebih lanjut oleh (Hoffman *et al.*, 2003). Instrumen ini telah terbukti valid, dengan nilai korelasi (r) > 0,3, serta reliabel, dibuktikan dengan nilai koefisien alpha > 0,60.

C. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Defenisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikosis fungsional yang bersifat kronis dan ditandai oleh episode gangguan mental yang berulang, dengan gejala psikotik khas serta penurunan kemampuan dalam fungsi sosial, pekerjaan, dan perawatan diri. Gangguan ini diklasifikasikan sebagai penyakit otak yang disebabkan oleh ketidakseimbangan neurotransmitter, khususnya dopamin, yaitu salah satu zat kimia penting dalam sistem saraf pusat.

Skizofrenia menjadi salah satu jenis gangguan jiwa psikotik yang umum ditemukan, yang ditandai oleh hilangnya respons afektif, kecenderungan menarik diri dari interaksi sosial, serta kerap disertai oleh delusi (keyakinan yang tidak sesuai dengan realitas) dan halusinasi (persepsi

yang muncul tanpa adanya rangsangan eksternal). Selain itu, hasil penelitian menunjukkan bahwa individu dengan skizofrenia umumnya mengalami penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin, yaitu protein yang berperan dalam pengangkutan hormon tiroksin. Penurunan kadar protein ini diduga dapat memengaruhi keseimbangan cairan serebrospinal dan berkontribusi terhadap gangguan fungsi otak (Azizah, Zainuri & Akbar, 2016).

2. Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia dapat timbul akibat dua jenis faktor utama, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Videback dalam Mashudi, 2021).

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis atau Faktor Genetik

Faktor genetik berperan sebagai penyebab utama dalam munculnya skizofrenia. Seorang anak yang memiliki salah satu orang tua kandung dengan riwayat skizofrenia tetap memiliki risiko genetik untuk mengalami gangguan tersebut, meskipun ia dibesarkan oleh keluarga angkat yang tidak memiliki riwayat skizofrenia. Pernyataan ini didukung oleh temuan penelitian yang mengindikasikan bahwa anak dengan satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko sebesar 15% untuk mengalami gangguan serupa. Risiko tersebut meningkat hingga 35% apabila kedua orang tuanya menderita skizofrenia.

2) Faktor Neuroanatomi

Secara umum, individu dengan skizofrenia menunjukkan jumlah jaringan otak yang lebih rendah dibandingkan dengan individu yang sehat. Temuan ini mengindikasikan adanya gangguan dalam proses perkembangan otak, atau kemungkinan terjadinya kehilangan jaringan otak seiring berjalannya waktu. Secara struktural, otak penderita skizofrenia tampak berbeda dari otak orang tanpa gangguan, antara lain ditandai dengan pelebaran ventrikel otak, penurunan volume substansi abu-abu, serta adanya ketidakseimbangan aktivitas metabolik di beberapa area otak, baik berupa peningkatan maupun penurunan.

3) Neurokimia

Penelitian di bidang neurokimia menunjukkan adanya perubahan konsisten pada sistem neurotransmitter di otak individu dengan skizofrenia. Pada otak penderita skizofrenia, proses penyampaian sinyal antar sel saraf mengalami gangguan, sehingga sinyal-sinyal tersebut tidak dapat mencapai sambungan sel yang menjadi tujuannya secara efektif (Yosep dalam Mashudi, 2021).

4) Faktor Psikologis.

Skizofrenia dapat timbul sebagai akibat dari ketidakberhasilan individu dalam menyelesaikan tugas-tugas perkembangan psikososial pada tahap awal kehidupan. Sebagai ilustrasi, anak yang gagal membangun hubungan yang didasari rasa saling percaya dengan lingkungan sekitarnya berpotensi mengalami konflik intrapsikis yang menetap sepanjang hidupnya. Skizofrenia yang berat sering kali ditandai dengan ketidakmampuan individu dalam menghadapi berbagai permasalahan kehidupan. Gangguan dalam pembentukan identitas, kesulitan dalam mengelola citra diri, serta ketidakmampuan untuk mengendalikan diri merupakan aspek-aspek utama dalam pendekatan teori ini.

5) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan mengindikasikan bahwa prevalensi skizofrenia cenderung dominan pada individu dengan status sosial ekonomi rendah dibandingkan dengan status sosial ekonomi menengah ke atas. Kondisi ini berkorelasi dengan berbagai permasalahan seperti tingkat kemiskinan, kepadatan tempat tinggal, kurangnya asupan gizi, keterbatasan perawatan selama kehamilan, minimnya sumber daya untuk mengatasi stres, serta munculnya perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut:

1) Biologis

Stresor biologis yang berperan sebagai faktor presipitasi mencakup gangguan pada sistem komunikasi saraf serta disfungsi

mekanisme umpan balik dalam otak yang berperan dalam pengolahan informasi. Selain itu, adanya kelainan pada sistem filtrasi stimulus menyebabkan individu kesulitan dalam merespons dan menyeleksi rangsangan secara tepat, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap gejala psikotik.

2) Lingkungan

Batas toleransi individu terhadap stress yang bersifat biologis dapat berinteraksi dengan stresor lingkungan, seperti tekanan sosial, konflik keluarga, atau kejadian traumatis. Interaksi ini berpotensi memicu disfungsi pada proses kognitif dan emosional, sehingga memperbesar kemungkinan timbulnya episode skizofrenia.

3) Gejala Pemicu

Gejala pemicu merupakan tanda awal yang sering kali mendahului kekambuhan atau episode baru gangguan. Pemicu ini biasanya berkaitan dengan respons neurobiologis yang maladaptif dan dipengaruhi oleh kondisi fisik, tekanan psikososial, serta pola perilaku individu. Identifikasi dini terhadap gejala ini penting dalam upaya pencegahan kekambuhan.

3. Patofisiologi Skizofrenia

Menurut hipotesis dopamin, aktivitas dopamin yang berlebihan di jalur mesolimbik otak berperan penting dalam munculnya gejala skizofrenia. Kesimpulan ini diperoleh berdasarkan temuan bahwa zat stimulan seperti amfetamin, yang meningkatkan pelepasan dopamin di otak, dapat memicu gejala psikosis yang menyerupai skizofrenia. Pengobatan skizofrenia secara farmakologis umumnya menggunakan obat antipsikotik, terutama generasi pertama (tipikal), yang bekerja dengan menghambat reseptor dopamin tipe D2, sehingga membantu mengurangi gejala psikotik yang muncul.

Proses yang terjadi dalam skizofrenia melibatkan sel glial (seperti astroglial dan mikroglial), stres oksidatif, serta peradangan pada sistem imun saraf. Selain itu, ketidakseimbangan glutamatergik (kerja glutamat yang kurang) dan dopaminergik (terlalu aktif di area limbik dan kurang aktif di

bagian frontal) berkembang seiring waktu akibat proses-proses ini. Faktor-faktor fisik atau somatik juga berperan dalam munculnya skizofrenia, semakin besar faktor fisik atau somatik yang terlibat, semakin tinggi kemungkinan seseorang terkena skizofrenia (Kustiawan, Somantri, & Cahyati, 2023).

Perjalanan penyakit skizofrenia menurut Sapuro dalam (Kustiawan, Somantri, & Cahyati, 2023) dibagi menjadi empat fase :

- a. Fase pramorbid ditandai oleh adanya gangguan fungsi yang tidak spesifik, yang kemungkinan merupakan akibat dari proses patologis yang mendasari. Faktor risiko yang dapat dikenali dalam fase ini meliputi riwayat gangguan psikiatri dalam keluarga, komplikasi prenatal dan obstetrik, serta adanya gangguan neurologis. Selain itu, ciri-ciri kepribadian seperti pemalu, menarik diri dari lingkungan sosial, interaksi sosial yang buruk, dan perilaku antisosial juga termasuk dalam indikator premorbid terhadap perkembangan psikosis.
- b. Fase prodromal merupakan periode di mana muncul gejala-gejala non-spesifik, yang terjadi dalam rentang beberapa minggu hingga beberapa tahun sebelum gejala psikotik muncul secara nyata. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa fase ini umumnya terjadi dalam rentang waktu dua hingga lima tahun. Fase ini diawali dengan penurunan fungsi premorbid dan dapat berkembang menjadi gejala-gejala psikotik awal dengan intensitas ringan. Pengenalan dini terhadap tanda dan gejala pada fase ini sangat penting untuk mencegah progresi ke fase aktif, melalui intervensi terapeutik yang tepat.
- c. Fase aktif, pada fase ini pasien menunjukkan gejala psikotik yang menonjol, seperti halusinasi, delusi, katatonia, inkoherensi, serta gangguan afektif. Gejala-gejala ini bersifat nyata dan dapat menyebabkan gangguan signifikan dalam fungsi sosial maupun okupasional. Meskipun beberapa gejala dapat mereda secara spontan, sebagian besar memerlukan intervensi medis, dan tidak jarang pula mengalami kekambuhan atau menetap.
- d. Fase terakhir adalah fase residual, lanjutan setelah fase aktif, yang

ditandai dengan menurunnya intensitas gejala psikotik, namun masih terdapat gejala sisa yang menyerupai fase prodromal. Pada fase ini, pasien umumnya mengalami gangguan kognitif seperti kesulitan dalam berbicara spontan, menyusun urutan peristiwa, fungsi eksekutif (seperti perhatian dan fokus), keterampilan sosial, serta kewaspadaan. Meskipun gejala positif berkurang, gejala negatif seperti afek datar, penurunan kemampuan peran sosial, dan menarik diri masih dapat bertahan. Kerusakan fungsi secara bertahap dapat meningkat di antara episode psikosis aktif.

4. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut pedoman DSM-IV skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe (Videbeck & Shives dalam Carsita W & Windiramadhan A, 2023) sebagai berikut:

a. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia tipe paranoid ditandai dengan satu atau lebih waham, terutama waham persekusi (kebesaran), serta halusinasi pendengaran yang sering terjadi. Individu dengan tipe ini kerap merasa dimata-matai, menjadi korban, atau memiliki keyakinan berlebihan terhadap kemampuan atau kekuatan tertentu, termasuk keyakinan keagamaan yang ekstrem. Selain itu, dapat muncul perilaku bermusuhan atau agresif. Namun, tidak ditemukan gejala menonjol berupa pembicaraan tidak teratur, perilaku katatonik atau *disorganized*, maupun afek datar atau tidak sesuai.

b. Skizofrenia *Disorganized*

Ditandai oleh adanya afek yang datar atau tidak sesuai, pola pikir yang tidak koheren, serta gangguan dalam asosiasi ide atau dikenal sebagai kelonggaran asosiasi, serta perilaku yang sangat tidak terorganisir, tanpa memenuhi kriteria untuk tipe katatonik.

c. Skizofrenia Katonik

Ditandai dengan gangguan psikomotor, baik aktivitas psikomotor, baik aktivitas motorik diam atau berlebihan. Imobilitas motorik (kekakuan) dapat dimanifestasikan dengan katalepsi (fleksibilitas seperti

lilin) atau pingsan. Ciri lain seperti tindakan negatif yang ekstrim, mutisme, gerakan volunter yang khas, echolalia (mengulang kata atau frase yang didengar) dan *echopraxia* (meniru aktivitas orang lain).

d. Skizofrenia *Undifferentiated* (Tidak Terinci)

Merupakan jenis skizofrenia yang menunjukkan kombinasi berbagai gejala, namun tidak memenuhi kriteria spesifik dari tipe paranoid, disorganisasi, maupun katatonik. Kondisi ini umumnya ditandai oleh adanya gangguan dalam proses berpikir, ekspresi emosi (afek), serta perilaku individu.

e. Skizofrenia Residual

Ditandai oleh isolasi sosial, ekspresi emosi yang tumpul atau datar, serta asosiasi berpikir yang longgar, tanpa disertai gejala utama seperti waham yang menonjol, halusinasi, bicara atau perilaku yang tidak teratur, maupun gejala *disorganisasi* atau katatonik. Diagnosis diperkuat dengan adanya dua atau lebih gejala negatif yang sesuai dengan kriteria diagnostik.

5. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala yang dialami oleh pasien skizofrenia dapat diklasifikasikan ke dalam tiga kategori (Maramis dalam Rahayuningsi A & Ayudia D, 2023) yaitu:

a. Gejala positif

Gejala positif yang timbul pada klien skizofrenia adalah:

- 1) Delusi atau waham merupakan keyakinan irasional dengan logika, di mana individu tetap mempertahankannya meskipun telah terdapat bukti objektif yang membantah kebenaran keyakinan tersebut.
- 2) Halusinasi adalah persepsi sensorik yang keliru yang timbul tanpa keberadaan stimulus eksternal. Individu dengan skizofrenia dapat mengalami sensasi seolah-olah melihat, mendengar, mencium, meraba, atau menyentuh sesuatu yang sebenarnya tidak nyata.
- 3) Disorganisasi pikiran dan pembicaraan merupakan kondisi di mana pola pikir menjadi kacau dan tidak terstruktur, ditandai dengan alur

pembicaraan yang tidak runtut serta penggunaan kata atau bahasa yang tidak lazim atau sulit dipahami pada individu skizofrenia.

- 4) Disorganisasi perilaku adalah gangguan dalam aktivitas motorik yang ditandai dengan perilaku yang tidak sesuai atau tidak dapat diprediksi, seperti kegaduhan, kegelisahan, tidak bisa diam, berjalan mondar-mandir tanpa tujuan, dan tindakan agresif yang tidak relevan dengan situasi.
- 5) Gejala positif lainnya pada individu dengan skizofrenia meliputi pikiran yang diliputi kecurigaan berlebihan atau keyakinan bahwa dirinya terancam, disertai dengan perasaan permusuhan terhadap kepada individu lain, tanpa adanya alasan yang rasional.

b. Gejala negatif

Gejala negatif yang dapat dialami oleh individu dengan skizofrenia meliputi :

- 1) *Affective flattening* merupakan gejala di mana individu menunjukkan respon emosional yang sangat minim terhadap rangsangan, dengan penggunaan bahasa tubuh yang terbatas serta kontak mata yang jarang. Hal tersebut tidak berarti individu tidak memiliki emosi, melainkan tetap merasakan emosi secara internal, namun mengalami kesulitan dalam mengekspresikannya secara eksternal.
- 2) *Alogia* merujuk pada keterbatasan dalam produksi verbal yang ditandai dengan minimnya penggunaan kata-kata, sehingga individu terkesan pasif atau tidak responsif dalam percakapan. Penderita skizofrenia sering kali tidak memiliki dorongan untuk memulai komunikasi dan dapat merasa takut untuk berinteraksi, yang berujung pada perilaku menarik diri dari lingkungan sosial.
- 3) *Avolition* merupakan kondisi minimnya motivasi atau inisiatif untuk memulai dan menyelesaikan aktivitas, seolah-olah individu kehilangan energi atau dorongan untuk melakukan tindakan yang sebelumnya biasa dilakukan.

c. Gejala kognitif

Gejala kognitif pada individu dengan skizofrenia mencakup gangguan fungsi memori dan perhatian. Gangguan ini berdampak langsung terhadap kemampuan individu dalam menjalani aktivitas sehari-hari, antara lain kesulitan dalam memahami dan mengolah informasi, hambatan dalam membuat keputusan, gangguan konsentrasi, serta penurunan daya ingat.

6. Terapi Penyakit Skizofrenia

Terapi pada pasien skizofrenia ada dua yakni farmakologi dan non farmakologi (Kustiawan, Somantri, & Cahyati, 2023).

a. Farmakologi

Terapi farmakologis dalam penanganan skizofrenia dilakukan melalui pemberian obat-obatan, khususnya antipsikotik (neuroleptika), yang menjadi lini utama kecuali jika terdapat kontraindikasi medis. Penggunaan neuroleptika terbukti efektif, dengan sekitar 75% pasien skizofrenia menunjukkan perbaikan gejala setelah terapi ini. Namun, terdapat beberapa kondisi yang menjadi kontraindikasi terhadap penggunaan obat-obatan tertentu, terutama neuroleptika dengan efek antikolinergik kuat seperti *klorpromazin*, *molindone*, dan *thioridazine*, yang tidak dianjurkan untuk pasien dengan hipertrofi prostat maupun glaukoma sudut tertutup. Dalam beberapa kasus, obat ini hanya digunakan sebagai penenang simptomatik, bukan untuk terapi jangka panjang.

b. Non Farmakologi

Perawatan melalui terapi modalitas adalah pendekatan utama dalam keperawatan jiwa. Dalam perannya sebagai terapis, perawat bertanggung jawab membantu membimbing pasien mengubah perilaku maladaptif menjadi lebih adaptif, serta mengembangkan keterampilan yang dimiliki pasien. Ada beberapa bentuk terapi modalitas dalam keperawatan jiwa meliputi :

1) Terapi individu

Terapi individu merupakan bentuk interaksi terapeutik yang terencana dan terorganisasi antara perawat dan klien, dengan tujuan

memodifikasi perilaku klien. Interaksi ini dibangun secara sadar dan sistematis, serta diarahkan untuk mencapai tujuan terapeutik yang telah ditetapkan sejak awal interaksi. Melalui proses ini, diharapkan klien mampu menyelesaikan konflik internal, mengurangi tekanan psikologis (*distres*), serta mengembangkan strategi koping yang relevan untuk menunjang aspek kebutuhan dasar.

2) Terapi lingkungan

Terapi lingkungan merupakan bentuk intervensi terapeutik yang diterapkan melalui proses modifikasi atau penataan kembali lingkungan fisik maupun sosial klien untuk menciptakan perubahan perilaku dari maladaptif menjadi adaptif. Tujuan utama dari terapi ini adalah menciptakan lingkungan terapeutik yang mendukung proses pemulihan, di mana klien memiliki kesempatan untuk belajar, berinteraksi, dan mengembangkan perilaku positif melalui aktivitas dan hubungan yang mengandung nilai-nilai terapeutik.

3) Terapi kognitif

Terapi kognitif difokuskan pada perubahan cara berpikir serta keyakinan yang keliru yang memengaruhi emosi dan perilaku klien. Terapi ini dilakukan dengan membantu klien mengidentifikasi stresor utama yang memicu gangguan jiwa, kemudian mengevaluasi dan mengubah pikiran-pikiran negatif atau irasional menjadi pikiran yang lebih realistis dan adaptif. Dengan demikian, klien dapat mengelola emosinya secara lebih sehat dan meningkatkan kemampuan dalam menghadapi permasalahan.

4) Terapi keluarga

Terapi keluarga merupakan pendekatan terapeutik yang melibatkan seluruh anggota keluarga dalam proses perawatan, dengan peran aktif masing-masing anggota dalam mendukung pemulihan klien. Tujuan utamanya adalah memberdayakan keluarga agar dapat menjalankan fungsinya secara optimal dalam merawat anggota yang mengalami gangguan jiwa. Intervensi ini ditujukan khususnya bagi keluarga yang mengalami disfungsi, yaitu ketidakmampuan dalam

menjalankan peran dan fungsi keluarga secara efektif.

5) Terapi aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok yakni metode psikoterapi yang dilakukan secara berkelompok, di mana beberapa pasien berkumpul untuk berdiskusi, saling berbagi pengalaman, serta melaksanakan aktivitas secara bersama. Terapi ini difasilitasi oleh seorang terapis atau tenaga kesehatan jiwa yang kompeten. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi, memperkuat hubungan interpersonal, dan mengurangi rasa keterasingan melalui dukungan antar anggota kelompok.

7. Perawatan Skizofrenia

Pemberian obat antipsikotik tetap menjadi pengobatan utama bagi pasien skizofrenia, sedangkan intervensi psikososial berperan dalam meningkatkan efektivitas dan keberhasilan terapi secara keseluruhan (Fitrikasari A & Kartikasari, 2022).

a. Hospitalisasi

Perawatan di rumah sakit dilakukan sebagai intervensi intensif untuk memastikan ketepatan diagnosis, menstabilkan kondisi pasien melalui pengobatan, menjaga keselamatan diri, meningkatkan kemampuan merawat diri, serta memperkuat hubungan sosial pasien. Penelitian menunjukkan bahwa perawatan jangka pendek selama 4 hingga 6 minggu memiliki efektivitas yang sebanding dengan perawatan jangka panjang. Kegiatan harian dan layanan *day care* di rumah sakit turut mendukung stabilitas dan kualitas hidup pasien di masyarakat.

b. Farmakoterapi

Penggunaan obat antipsikotik bertujuan untuk meredakan gejala psikotik dan mencegah kekambuhan, dengan tingkat remisi sekitar 70%. Obat ini bekerja dengan menghambat reseptor dopamine, postsinaptik. Terdapat dua golongan utama: generasi pertama (antagonis dopamin) dan generasi kedua (antagonis serotonin-dopamin), dengan efek samping ekstrapiramidal yang lebih ringan pada generasi kedua. Penundaan dalam pengobatan dapat memperburuk prognosis.