

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik

1. Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah aspek penting dari praktik keperawatan, di mana perawat menggunakan keterampilan komunikasi untuk membantu pasien beradaptasi dengan stres, mengatasi gangguan kesehatan mental, dan membangun hubungan positif dengan orang lain. Dalam konteks ini, komunikasi terapeutik berperan lebih dari sekadar pertukaran informasi untuk menciptakan kepercayaan, memberikan perawatan emosional, dan mendukung proses pemulihan pasien. Oleh karena itu, kemampuan dalam komunikasi terapeutik sangat penting bagi perawat untuk melaksanakan tanggung jawab mereka dan mencapai hasil perawatan terbaik (Moruk, 2024).

2. Jenis Jenis Komunikasi Terapeutik

Komunikasi biasanya dikategorikan ke dalam dua bentuk utama: verbal dan non-verbal. Sementara komunikasi verbal menggunakan kata-kata melalui berbicara atau menulis, komunikasi non-verbal menggunakan isyarat fisik seperti gerakan tangan, postur, dan ekspresi wajah (Rochima *et al*, 2021).

Berkaitan dengan diskusi yang disebutkan sebelumnya, berbagai jenis komunikasi dapat diidentifikasi sebagai ;

a. Komunikasi Verbal

Komunikasi lisan yang efektif bergantung pada penggunaan kata yang tepat, memungkinkan baik penyedia layanan kesehatan maupun pasien memahami informasi melalui terminologi yang dapat dimengerti. Latar belakang sosial, budaya, ekonomi, usia, dan pendidikan membentuk kata-kata atau bahasa yang digunakan orang. Individu menggunakan kata-kata secara sadar saat berkomunikasi secara lisan. Ekspresi lisan membangun pesan dan menyampaikan berbagai perasaan (Rochima *et al*, 2021). Tujuh komponen penting harus diperhatikan saat mengkarakterisasi suara :

- 1) Gema suara.
- 2) Irama.

- 3) Kecepatan.
- 4) Kehadiran.
- 5) Volume.
- 6) Naik turunnya.
- 7) Transparansi.

Ekspresi vokal dapat menyampaikan antusiasme, kegembiraan, kesedihan, kekesalan, atau kegembiraan. Cara seseorang mengucapkan 'selamat pagi' dengan nada yang berbeda dapat mengekspresikan emosi yang sedang mereka rasakan.

b. Komunikasi Nonverbal

Komunikasi yang bergantung pada isyarat dan sinyal fisik tanpa menggunakan kata-kata. Komunikasi nonverbal ini dikenal sebagai bahasa tubuh. Dalam interaksi sehari-hari, kita lebih mengandalkan komunikasi nonverbal. Komunikasi nonverbal cenderung lebih spontan dan tidak sadar dibandingkan komunikasi verbal. Memperhatikan komunikasi yang tidak diucapkan oleh pasien sangat penting, karena ini merupakan alat yang berguna untuk memahami perspektif mereka dan memfasilitasi tindakan perawatan dan pengobatan yang tepat. Kita perlu menyadari isyarat nonverbal kita selama berkomunikasi dengan pasien, karena pasien pasti akan memperhatikannya (Rochima *et al*, 2021).

Berikut adalah komponen-komponen komunikasi nonverbal :

- 1) Ekspresi wajah.
- 2) Gerakan pandangan.
- 3) Gerakan fisik yang melibatkan tangan, lengan dan kaki.
- 4) Postur fisik saat duduk atau berjalan.
- 5) Bahasa tubuh.
- 6) Perpaduan gerak tubuh.

Selama komunikasi rutin, kata-kata dan bahasa tubuh bekerja sama secara saling mendukung. Seorang pasien berkata, "Tempat ini membuatku sangat senang", sambil menunjukkan ekspresi ceria dan gembira. Namun terkadang, kedua bentuk komunikasi ini bisa mengirimkan pesan yang bertentangan. Misalnya, pasien berkata, "Tidak ada yang ada di pikiranku", meskipun raut wajah mereka menunjukkan kesedihan dan bibir mereka bergetar.

3. Faktor-Faktor Penyebab Komunikasi Terapeutik

Gangguan biasanya terjadi dalam komunikasi, mencegah proses berjalan seperti yang diharapkan. Banyak pengaruh dapat memengaruhi cara kita berkomunikasi, termasuk (Noviani *et al*, 2024) :

a. Latar Belakang

Interpretasi suatu pesan akan terbentuk dari pola pikir seseorang dari kebiasaannya sehingga semakin sama latar belakang budaya antara komunikator dengan komunikan maka komunikasi semakin efektif.

b. Ikatan kelompok atau grup

Keyakinan yang dianut oleh suatu kelompok sangat memengaruhi bagaimana komunikasi ditafsirkan.

c. Harapan

Cara pesan diterima dipengaruhi oleh ekspektasi, yang pada gilirannya dapat memengaruhi pesan sebenarnya yang dikomunikasikan.

d. Situasi

- 1) Perilaku manusia dipengaruhi oleh lingkungan/ situasi
- 2) Faktor situasi ini adalah :
- 3) Faktor ekologis (iklim atau kondisi alam)
- 4) Faktor rancangan dan arsitektural (penataan ruang)
- 5) Faktor temporal misal keadaan emosi
- 6) Suasana perilaku misal cara berpakaian atau cara berbicara
- 7) Teknologi
- 8) Faktor sosial mencakup sistem peran, struktur sosial dan karakteristik sosial individu
- 9) Lingkungan psikososial yaitu persepsi seseorang terhadap lingkungannya
- 10) Stimuli yang mendorong dan memperteguh perilaku

4. Manfaat Komunikasi Terapeutik

Manfaat komunikasi terapeutik adalah :

- a. Untuk membentuk hubungan perawat dan pasien dengan mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dan pasien.
- b. Mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi Tindakan yang dilakukan dalam perawatan.

Melalui komunikasi yang baik, tindakan negatif terhadap pertahanan diri pasien dapat dicegah, dan hal ini memberikan pemahaman tentang perilaku pasien serta membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapi selama tahap perawatan (Rachmalia *et al*, 2021).

5. Standar Operasional Prosedure Komunikasi Terapeutik

Definisi

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi professional yang dilakukan secara sadar dan sengaja, dengan tujuan membantu pemulihan pasien dan membina hubungan terapeutik antara professional perawatan kesehatan dan pasien.

Tujuan

- a. Memfasilitasi wawasan pribadi dan pengakuan diri pada pasien sambil mendorong penghargaan diri yang lebih besar.
- b. Mendukung pasien dalam membangun ikatan yang dapat dipercaya dengan orang lain.
- c. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan fungsional pasien untuk mencapai hasil yang diinginkan.
- d. Membantu pasien mengurangi beban tantangan emosional dan kognitif mereka.
- e. Mempertahankan praktik keperawatan berkualitas tinggi dan mencapai tonggak pemulihan yang ditargetkan.

Prosedur

1. Fase Pra-Interaksi
 - a) Mengumpulkan data tentang pasien dan latar belakangnya.
 - b) Mengeksplorasi perasaan, harapan, dan kecemasan diri tenaga kesehatan.
 - c) Membuat rencana pertemuan dan strategi interaksi.
2. Fase Orientasi
 - a) Memberikan salam terapeutik dan memperkenalkan diri.
 - b) Menyepakati kontrak komunikasi dengan pasien termasuk tujuan dan kesediaan pasien.
 - c) Membangun rasa percaya dan menciptakan lingkungan yang nyaman.
3. Fase Kerja
 - a) Memberikan kesempatan pasien bertanya dan mengekspresikan keluhan utama.

- b) Melaksanakan edukasi kesehatan dan tindakan keperawatan yang sesuai.
- c) Mendukung pasien dalam mengatasi masalah dan pengambilan tindakan efektif.

4. Fase Terminasi

- a) Melakukan evaluasi hasil interaksi dan pencapaian tujuan.
- b) Memberikan masukan atau anjuran yang positif serta tindak lanjut.
- c) Membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya dan mengakhiri komunikasi dengan cara baik.

Hal-hal Penting

- 1) Gunakan bahasa tubuh yang baik, kontak mata, dan bahasa yang jelas serta intonasi yang baik.
- 2) Pastikan semua tindakan mendapat persetujuan setelah penjelasan yang cukup.
- 3) Jaga kerahasiaan dan hormati privasi pasien selama komunikasi.

B. Gangguan Halusinasi Pendengaran

1. Definisi Gangguan Halusinasi Pendengaran

Gangguan ini ditandai oleh halusinasi pendengaran, terutama yang memerintahkan individu untuk melakukan perilaku yang berbahaya atau merugikan. Suara-suara ini muncul secara tiba-tiba dan sering diabaikan. Suara-suara tersebut dapat bervariasi mulai dari bunyi dasar atau audio sederhana hingga suara yang secara khusus berinteraksi dengan pasien. Halusinasi pendengaran muncul sebagai suara yang dirasakan menunjukan diri langsung kepada orang tersebut dan memerintahkan mereka untuk melakukan tindakan yang berisiko (Wulandari, 2023).

2. Penyebab Gangguan Halusinasi Pendengaran

Menurut Yosep, 2016 dalam Refnandes, (2023) terdapat dua factor penyebab Halusinasi Pendengaran, yaitu :

a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor Perkembangan : Tugas perkembangan pasien yang terganggu, seperti kurangnya control dan kehangatan keluarga, telah menyebabkan pasien tidak,

mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, kehilangan kepercayaan diri, dan menjadi lebih rentan terhadap stress.

- 2) Konteks Sosial dan Budaya : seseorang yang mengalami pengusiran dari lingkungan mereka sejak dini akan mengembangkan perasaan keterasingan, kesepian, dan ketidakpercayaan terhadap keadaan mereka.
- 3) Komponen neurokimia berkontribusi terhadap timbulnya penyakit mental. Tingginya tingkat stres menyebabkan tubuh memproduksi zat-zat dengan sifat neurokimia psikoaktif yang mirip dengan halusinogen. Stres yang terus-menerus memicu aktivasi neurotransmitter di otak, yang terutama menyebabkan gangguan pada keseimbangan asetilkolin dan dopamin.

b. Faktor Psikologis

Orang dengan karakteristik kepribadian yang lemah dan ceroboh menunjukkan kecenderungan yang lebih besar terhadap kecanduan zat. Hal ini melemahkan kemampuan pasien untuk membuat keputusan yang konkret, karena pasien lebih menyukai kepuasan instan dan menghindari kenyataan dengan mundur ke dunia imajinatif.

c. Faktor Genetik Dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak dari orangtua penderita skizofrenia yang tampaknya berkembang normal mungkin masih menunjukkan kondisi tersebut di masa dewasa. Temuan investigasi mengungkapkan bahwa variabel yang berkaitan dengan rumah secara signifikan memengaruhi penyakit ini.

d. Faktor Presipitasi

Pada dasarnya terdiri dari unsur bio- psiko- sosio- spiritual, sehingga halusinasi pendengaran dapat dipelajari dari 5 dimensi yaitu :

- 1) Dimensi Fisik : Halusinasi auditif dapat berasal dari berbagai faktor fisik termasuk kelelahan berat, penggunaan narkoba atau alkohol, keadaan demam deliran, dan kekurangan tidur yang terus-menerus.
- 2) Dimensi Emosional : Kekhawatiran yang luar biasa yang berasal dari masalah yang tidak dapat diselesaikan. Suara yang mengancam atau bersifat instruktif dapat muncul sebagai bagian dari halusinasi auditif. Pasien tidak memiliki kemampuan untuk menahan diri dan dengan demikian bertindak sesuai dengan ketakutannya.

- 3) Dimensi Intelektual : Dalam situasi ini, orang yang menderita halusinasi auditorik menunjukkan gangguan pada fungsi ego. Pada awalnya, halusinasi auditorik merupakan upaya ego itu sendiri untuk menangkal dorongan yang mendesak, tetapi hal ini menciptakan tingkat kewaspadaan yang dapat menarik perhatian penuh pasien dan sering kali akhirnya mengendalikan seluruh perilaku pasien.
- 4) Dimensi Sosial : Pasien mengalami masalah dengan hubungan sosial sejak awal dan merasa nyaman dengan keyakinan bahwa keterlibatan sosial yang sebenarnya sangat mengancam. Orang yang mengalami halusinasi auditorik berhubungan dengan suara-suara ini seolah-olah mereka merupakan sebuah komunitas sosial.
- 5) Dimensi Spiritual : Individu yang mengalami halusinasi pendengaran spiritual awalnya melaporkan perasaan kehampaan hidup, pola harian yang tidak bermakna, dan meninggalkan praktik keagamaan. Orang yang mengalami gangguan persepsi pendengaran bangun dengan rasa kosong dan kebingungan tentang mengapa mereka ada.

3. Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

Secara umum tanda dan gejala pasien yang menderita halusinasi (Gasril, et.al 2021)

- a) Mulut komat kamit.
- b) Terseyum sendiri.
- c) Tertawa sendiri.
- d) Berbicara sendiri.
- e) Melakukan aktivitas fisik yang merealisasikan / memerintah isi halusinasi.
- f) Bersikap seperti mendengar sesuatu/ memiringkan kepala ke satu sisi seperti jika seseorang sedang mendengarkan sesuatu.
- g) Mengurangi interaksi dengan orang lain.
- h) Kurang dapat berkonsentrasi saat diajak komunikasi.
- i) Menutup telinga.
- j) Respon takut terhadap suara.

4. Penanganan Gangguan Halusinasi Pendengaran

Menurut Kustiawan *et al* (2023) penatalaksanaan halusinasi pendengaran antara lain :

a. Farmakoterapi

Pasien dengan *skizofrenia* kronis mendapatkan manfaat dari neuroleptik yang diberikan pada tingkat terapeutik yang tepat, dengan hasil yang lebih baik dicapai ketika pengobatan dimulai dalam dua tahun sejak perkembangan penyakit. Konsentrasi tinggi obat neuroleptik membantu pasien yang menunjukkan kegelisahan motorik yang meningkat, memberikan umpan balik tertulis kepada siswa menghasilkan peningkatan yang signifikan pada prestasi akademik mereka.

b. Terapi kejang Listrik

Terapi Elektrokonvulsif (ECT) adalah prosedur yang menciptakan kejang dengan menghantarkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan di area temporal kepala. ECT berfungsi sebagai pilihan pengobatan bagi pasien *skizofrenia* yang tetap tidak merespons intervensi neuroleptik oral atau injeksi. ECT diberikan dengan dosis 4-5 joule/detik. Kustiawan dan rekan menemukan bahwa siswa yang menerima umpan balik atas tulisan mereka menunjukkan peningkatan signifikan dalam kinerja akademik mereka.

c. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi suportif individu maupun kelompok sangat efektif karena membantu pasien bersiap untuk kembali bergabung dengan komunitas. Terapi okupasi juga sangat baik dalam membantu pasien membangun hubungan dengan orang-orang di sekitar mereka, termasuk individu lain yang menjalani perawatan, staf perawat, dan dokter. Tujuannya adalah untuk mencegah pasien mengurung diri, karena hal itu dapat menyebabkan berkembangnya pola-pola yang merugikan.

Penatalaksanaan keperawatan non farmakologis pada pasien Halusinasi Pendengaran yaitu :

1) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Kognitif

Persepsi pasien disiapkan untuk menangkap rangsangan yang diberikan atau rangsangan yang telah dialami di masa lalu. Fungsi persepsi pasien ditinjau

dan diperkuat selama setiap sesi. Diharapkan proses ini akan memodifikasi respons terhadap berbagai rangsangan kehidupan secara adaptif. Aktivitas yang diberikan meliputi stimulasi dan persepsi. Rangsangan yang diberikan terdiri dari membaca artikel atau majalah, buku, puisi, dan menonton program televisi. Peristiwa kehidupan sebelumnya yang menyebabkan interpretasi pasien yang keliru atau perilaku merugikan termasuk kemarahan, permusuhan, penarikan diri, dan pandangan negatif terhadap orang lain. Selanjutnya, rangsangan tersebut digunakan untuk melatih persepsi pasien.

2) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori

Aktivitas digunakan sebagai stimulus sensori untuk pasien. Selanjutnya, praktisi mengamati bagaimana pasien merespons secara sensorik terhadap rangsangan, mencatat manifestasi emosi non-verbal melalui isyarat wajah dan gerak tubuh. Individu yang menghindari komunikasi verbal sering didorong untuk merespons melalui pengalaman emosional mereka. Musik, menyanyi, dan menari adalah aktivitas yang berfungsi sebagai stimulant. Tahapan Strategi Pelaksanaan (SP) untuk halusinasi pendengaran

- a) SP 1 : membangun hubungan yang saling percaya, Perkenalkan diri anda, sebutkan nama anda, nama perawat, dan nama pasien, jelaskan tujuan interaksi dengan pasien, ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, dan tetapkan kesepakatan yang jelas mengenai waktu, tempat, dan topik yang akan dibahas.
- b) SP 2 : mengkaji halusinasi , tanyakan kepada pasien mengenai halusinasi mereka, periksa sifat, waktu, Tingkat kejadian, konteks, dan emosi yang terkait.
- c) SP 3 : berlatih mengendalikan halusinasi (menegur) jelaskan kepada pasien bahwa suara-suara itu tidak nyata/ palsu, dan ajarkan pasien cara menyangkal atau membantah suara-suara tersebut (dengan mengatakan "Saya tidak ingin mendengarnya, itu tidak nyata, Anda palsu!").
- d) SP 4 : minum obat sesuai petunjuk.
- e) SP 5 : integrasikan tantangan halusinasi ke dalam aktivitas harian Anda untuk melatih pasien dalam mengendalikan dan mengelola gejala mereka.

5. Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran

a. Pengkajian

1) Data Subjektif

Pasien mengatakan :

- a) “Saya sering mendengar suara-suara”.
- b) “Suara itu menyuruh saya melakukan sesuatu”.
- c) “Suara muncul saat saya sendiri / malam hari”.
- d) “Saya takut suara itu”.
- e) “Saya tidak bisa tidur karena suara berisik”.

2) Data Objektif

- a) Pasien terlihat berbicara atau tertawa sendiri.
- b) Menutup telinga, menoleh ke kanan–kiri seolah mendengar sesuatu.
- c) Konsentrasi buruk, gelisah, tampak ketakutan.
- d) Tidak fokus saat diajak komunikasi.
- e) Interaksi sosial buruk (menyendiri, menghindar).

3) Riwayat Kesehatan

- a) Riwayat *skizofrenia*, gangguan psikotik, atau episode serupa.
- b) Riwayat putus obat antipsikotik.
- c) Faktor pencetus : stres, kurang tidur, konflik keluarga.
- d) Riwayat penggunaan zat (alkohol, amfetamin).

4) Pemeriksaan Status Mental (PSM)

- a) Penampilan : kurang rapi, kontak mata kurang.
- b) Perilaku : berbicara sendiri, gelisah.
- c) Pembicaraan : tidak koheren.
- d) Proses Pikir : flight of ideas ringan.
- e) Isi Pikir : halusinasi pendengaran.
- f) Persepsi : mendengar suara tanpa stimulus.
- g) Afek : cemas, tegang.
- h) Insight : kurang → tidak menyadari gangguan.
- i) Kognitif : konsentrasi, perhatian menurun.

b. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

1) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Berdasarkan : pasien mendengar suara tanpa rangsang nyata, menunjukkan respon terhadap suara internal.

2) Risiko Perilaku Kekerasan

Karena suara dapat berupa perintah (*command hallucination*).

3) Ketidakefektifan Koping Individu

Karena pasien belum mampu mengatasi halusinasi.

Tujuan & Kriteria Hasil (NOC)

Diagnosa 1: Halusinasi Pendengaran

Tujuan Umum:

Pasien mampu mengontrol halusinasi dan kembali pada realita.

Tujuan Khusus (Kriteria Hasil):

1. Pasien mampu mengidentifikasi isi, frekuensi, dan pencetus halusinasi.
2. Pasien mampu membedakan suara nyata dan tidak nyata.
3. Pasien mampu menggunakan 3 teknik mengontrol halusinasi.
4. Intensitas dan frekuensi halusinasi menurun.
5. Pasien tampak lebih tenang dan berinteraksi.

c. Intervensi & Rasional (SIAPE / SIKI)

1. Tindakan Utama

a) Bangun hubungan saling percaya

- 1) Menyapa dengan ramah, menatap dengan empati.
- 2) Menjelaskan tujuan interaksi.

Rasional : Hubungan terapeutik meningkatkan rasa aman sehingga pasien mau membahas halusinasinya

b) Kaji isi, waktu muncul, frekuensi, dan pencetus halusinasi

- 1) Menanyakan suara apa yang didengar.
- 2) Apakah suara memerintah?
- 3) Kapan suara muncul paling sering?

Rasional : Menentukan tingkat bahaya dan menentukan intervensi yang tepat

c) Validasi pengalaman tanpa memperkuat halusinasi

Contoh : “Saya percaya suara itu nyata bagi Anda, tetapi saya tidak mendengarnya”.

Rasional:

Memberikan konfrontasi lunak tanpa memperkuat persepsi yang salah

d) Ajarkan teknik mengontrol halusinasi

Teknik meliputi :

1) Menghardik suara

Mengatakan keras: “*Pergi! Saya tidak mau dengar!*”

2) Distraksi (mengalihkan perhatian)

- a. Mendengarkan musik
- b. Berbicara dengan orang lain
- c. Nonton TV

e) Aktivitas fisik

Berjalan, menyapu, merapikan kamar.

f) Teknik relaksasi napas dalam

Rasional : Teknik coping mengalihkan stimulus internal (halusinasi) ke stimulus eksternal

g) Orientasi realita

- 1) Menyebutkan waktu, tempat, nama.
- 2) Menanyakan suara lingkungan yang nyata.

Rasional : Membantu pasien kembali ke realita dan mengurangi fokus pada halusinasi

h) Edukasi kepatuhan obat (antipsikotik)

- 1) Menjelaskan waktu konsumsi.
- 2) Menjelaskan manfaat obat.

Rasional : Antipsikotik merupakan terapi utama untuk mengurangi aktivitas dopamin dan mengurangi halusinasi

2. Tindakan Pendukung Diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan

- 1) Observasi tanda: gelisah, marah, mengepalkan tangan.
- 2) Hindari stimulus berlebihan.
- 3) Jangan berdebat dengan pasien.

- 4) Jaga jarak aman.
- 5) Kolaborasi obat injeksi jika agitasi berat.
3. Tindakan Diagnosa Koping Tidak Efektif
 - 1) Membantu pasien mengidentifikasi masalah.
 - 2) Memberikan reinforcement ketika pasien berhasil mengontrol halusinasi.
 - 3) Melibatkan keluarga sebagai support system.

d. Implementasi

Contoh dokumentasi :

Hari 1

- 1) Membangun hubungan saling percaya.
- 2) Mengkaji isi halusinasi (suara memerintah marah).
- 3) Mengajarkan teknik menghardik.

Hari 2

- 1) Mengajarkan distraksi musik.
- 2) Memberikan orientasi realita.
- 3) Mengobservasi tanda kekerasan.

Hari 3

- 1) Melatih napas dalam saat halusinasi muncul.
- 2) Mengevaluasi efektivitas teknik yang diajarkan.
- 3) Edukasi obat antipsikotik.

Hari 4

- 1) Melibatkan keluarga dalam edukasi.
- 2) Memberikan reinforcement untuk perilaku adaptif.

e. Evaluasi (SOAPIER)

S (Subjektif)

Pasien mengatakan suara sudah jarang muncul.

O (Objektif)

Pasien tampak tenang, mampu berkomunikasi, tidak lagi menutup telinga.

A (Analisis)

Masalah halusinasi menurun.

P (Plan)

Lanjutkan teknik coping & edukasi obat.

I (Intervensi)

Sesuai perencanaan.

E (Evaluasi)

Target tercapai.

R (Rekomendasi)

Pengawasan lanjut + kontrol rutin.

6. Klasifikasi Halusinasi Pendengaran

- a) Halusinasi Ringan (1-10) frekuensi jarang, suara samar, distress minimal, insight baik
- b) Halusinasi Sedang (11- 20) frekuensi sering, mengganggu aktivitas, konten negatif, distress meningkat
- c) Halusinasi Berat (21- 30) muncul terus-menerus, konten ancaman/perintah, gangguan fungsi berat, insight hilang

Sistem klasifikasi halusinasi pendengaran menggunakan skala 1–30 untuk menilai tingkat keparahan gejala, dengan kasus ringan mendapat skor 1–10, kasus sedang (11–20), dan kasus berat (21–30). Skor yang lebih tinggi menunjukkan pengalaman suara yang lebih sering, menyusahkan, dan berbahaya, sehingga membantu petugas kesehatan dalam memilih tindakan dan perawatan terapeutik yang tepat (Thakur, 2023).

C. Konsep Dasar *Skizofrenia*

1. Definisi *Skizofrenia*

Skizofrenia adalah jenis penyakit mental yang ditandai dengan distorsi dalam berfikir, persepsi, emosi, dan perilaku. *Skizofrenia* merupakan gangguan jiwa kronis berat yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan realitas (Halusinasi Pendengaran Pendengaran atau ilusi), disfungsi kognitif, dan kesulitan dalam ,melakukan aktifitas sehari hari-hari. Akibatnya, *Skizofrenia* berkembang sebagai reaksi yang secara signifikan mengganggu kehidupan individu, keluarga, dan Masyarakat (Keliat, 2015 dalam Rahayuningsih, 2023).

2. Penyebab *Skizofrenia*

Skizofrenia tentu saja tidak terjadi dengan sendirinya. Terdapat berbagai faktor penyebab terjadinya *Skizofrenia*. *Skizofrenia* biasanya buka disebabkan oleh faktor dari dalam tubuh saja, tapi juga oleh beberapa faktor dari luar yang

memengaruhi faktor penyebab yang ada di dalam tubuh. Adapun faktor-faktor dari luar yang berperan memicu terjadinya *Skizofrenia* antara lain pekerjaan, sosial ekonomi, konflik keluarga, status perkawinan, trauma masa kecil, komplikasi saat lahir, dan lain-lain. Adapun faktor-faktor dari dalam tubuh yang berperan terhadap terjadinya *Skizofrenia* antara lain faktor genetik, biokimia otak, metabolisme otak, dan neural sirkuit (Jaya, 2022).

3. Patofisiologi *Skizofrenia*

Skizofrenia dapat muncul secara bertahap, sehingga penderita dan keluarganya terkadang tidak menyadari gejala penyakit tersebut untuk beberapa waktu, menjelaskan bahwa perjalanan *skizofrenia* dibagi menjadi empat tahap, yaitu tahap premorbid, tahap prodromal, tahap psikotik (akut) dan tahap residual (Jaya, 2022).

a. Tahap Premorbid

Pada tahap ini, kepribadian penderita sering menunjukkan ketidaksesuaian seperti penarikan diri dari pergaulan, mudah tersinggung, pikiran dan perilaku premorbid, termasuk rasa malu dan menarik diri yang ekstrem, hubungan pertemanan yang buruk, prestasi sekolah yang buruk, dan perilaku sosial yang buruk.

b. Tahap Prodromal

Fase persiapan ini dimulai dengan variasi yang dialami selama tahap pra-penyakit dan berlanjut hingga perkembangan gejala psikotik yang nyata. Lamanya fase ini dapat bervariasi dari hanya beberapa minggu hingga beberapa bulan atau tahun. Menurut sebagian besar penelitian, tahap ini umumnya berlangsung selama 2 hingga 5 tahun. Penderita biasanya mengalami gangguan fungsi yang substansial dan gejala nonspesifik seperti gangguan tidur, kecemasan, iritabilitas, depresi, konsentrasi yang buruk, kelelahan, dan penurunan fungsi peran serta penarikan diri dari sosial. Kelainan dalam persepsi, referensi ideasional, dan kualitas hidup bermanifestasi sebagai gejala positif selama bagian akhir tahap ini, menandakan timbulnya psikosis yang akan segera terjadi.

c. Tahap Psikotik (Akut)

Tahap akut ditandai dengan munculnya manifestasi psikotik yang jelas seperti delusi, suara-suara yang tidak nyata, pemikiran yang tidak terorganisir, dan

disfungsi perilaku-emosional. Gejala-gejala ini mengganggu kemampuan pasien untuk berinteraksi dengan orang lain, sehingga menjadi titik awal yang umum untuk pengobatan.

d. Tahap Residual

Setelah gejala psikotik terkendali, beberapa penderita mungkin mengalami penurunan fungsi kognitif dan sosial, atau mungkin masih mengalami gejala residual, termasuk keengganan untuk berinteraksi dengan orang lain (penarikan diri), apatis terhadap lingkungan sekitar, kesulitan berkonsentrasi, atau kurangnya inisiatif dalam aktivitas sehari-hari.

4. Tanda dan Gejala *Skizofrenia*

Tanda dan gejala *Skizofrenia* terbagi menjadi gejala positif dan gejala negatif (Videbeck, 2020 dalam Rahayuningsih, 2023).

a. Gejala positif atau Gejala Nyata

- 1) Halusinasi Pendengaran: Ini adalah suara imajiner yang didengar oleh telinga yang tidak memiliki sumber nyata dalam kenyataan.
- 2) Waham, adalah keyakinan keliru yang tidak sesuai dengan kenyataan.
- 3) Ekopraksia, adalah imitasi tidak disengaja pasien terhadap tindakan fisik dan perilaku gestur yang mereka amati pada individu lain.
- 4) *Flight of ideas*, menggambarkan fenomena di mana seseorang berbicara terus menerus sambil membuat lompatan tiba-tiba antara berbagai subjek.
- 5) Perseverasi, menggambarkan keterikatan yang kuat pada satu ide atau pokok bahasan, pengulangan kalimat, terminologi, atau frasa yang diucapkan, dan penolakan terhadap upaya pengalihan percakapan.
- 6) Asosiasi longgar, terdiri dari pikiran dan gagasan yang terputus-putus atau kurang terhubung.
- 7) Gagasan rujukan, mencakup keyakinan yang salah bahwa keadaan eksternal memiliki makna pribadi khusus bagi individu.
- 8) Ambivalensi, pasien melibatkan mempertahankan pikiran atau perasaan yang kontradiktif tentang orang, peristiwa, atau situasi yang sama.

b. Gejala Negatif atau Gejala Samar

- 1) Apati, menggambarkan kurangnya antusiasme atau kepedulian terhadap orang, tujuan, dan situasi.

- 2) Alogia, menggambarkan kecenderungan untuk berbicara atau berkomunikasi secara minimal yang kurang bermakna, sehingga menciptakan defisit dalam isi.
- 3) Afek datar, ditandai dengan kurangnya ekspresi wajah yang biasanya menunjukkan emosi atau suasana hati.
- 4) Afek tumpul, respons afektif yang berkurang melibatkan rentang keadaan emosional dan variasi nada yang terbatas.
- 5) Anhedonia, mewakili hilangnya kemampuan untuk memperoleh kesenangan atau kebahagiaan dari aktivitas dan hubungan antarmanusia.
- 6) Katatonia, adalah gangguan psikologis bawaan yang ditandai dengan ketidakmampuan bergerak yang terkadang diselingi oleh episode agitasi atau kegembiraan, di mana orang tersebut tampak benar-benar diam seolah-olah dihipnotis.
- 7) Tidak memiliki kemauan, kemauan mengacu pada kurangnya motivasi, tekad, atau inisiatif untuk bertindak atau menyelesaikan aktivitas.

5. Penanganan *Skizofrenia*

Menurut Yosep & Sutni, 2016 yang dirujuk dalam karya Irna *et al*, (2023), pasien yang menderita skizofrenia memerlukan beberapa pendekatan pengobatan yang harus diberikan, yaitu :

a. Penggunaan Obat Antipsikotik

Agen farmasi yang digunakan dalam pengobatan *skizofrenia* disebut obat antipsikotik. Perannya meliputi mengelola suara-suara yang didengar pasien, pemikiran delusi mereka, dan ketidakstabilan emosional yang menjadi ciri khas *skizofrenia*. Saat ini, tiga obat antipsikotik umum digunakan, yaitu :

b. Antipsikotik Konvensional

Obat antipsikotik tradisional meliputi haloperidol, mellaril, Thorazine, Trilafon, dan Prolixin.

c. *Newer Atypical Antipsychotics*

Obat-obatan dalam kelas ini disebut antipsikotik atipikal karena cara kerjanya berbeda dari antipsikotik konvensional dan memiliki efek samping yang lebih sedikit daripada antipsikotik konvensional. Di antara obat-obatan dalam kelompok ini adalah Risperidone, Seroquel, dan Olanzapine.

d. Clozaril

Beberapa individu mungkin mengalami efek samping yang jarang terjadi namun sangat berbahaya dari Clozaril.

- 1) Terapi kejang.
- 2) operasi otak.
- 3) layanan rawat inap psikiatri.
- 4) terapi perilaku.

e. Terapi Psikoanalisa

Modalitas pengobatan ini berfokus pada membantu individu mengidentifikasi pergumulan psikologis yang terpendam dan mempertahankan pendekatan defensif mereka terhadap manajemen kecemasan.

f. Terapi Perilaku

Pada awalnya, pendekatan terapeutik ini berfokus pada penerapan konsep pengkondisian klasik dan operan karena penekanannya pada perilaku yang dapat diamati. Terapi perilaku ini menggabungkan pemrograman psikososial yang dipimpin oleh ahli, termasuk model pembelajaran sosial, untuk mendorong kemandirian yang lebih besar dan peningkatan kinerja sosial.

g. Terapi kelompok dan Terapi keluarga

Pengobatan *skizofrenia* bertujuan untuk mengembalikan fungsi normal pasien dan mencegah kekambuhan. Dengan demikian, bantuan keluarga sangat penting untuk memastikan pasien menerima perawatan medis yang konsisten dan mengikuti rejimen pengobatan yang diresepkan dengan benar. Jenis pengobatan yang dibutuhkan pasien juga sangat dipengaruhi oleh peran keluarga. Keluarga juga berperan untuk meningkatkan kemandirian dan kesejahteraan pasien secara keseluruhan sekaligus memfasilitasi penyesuaian mereka kembali ke kehidupan masyarakat.