BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu penyakit neurologis yang dapat memengaruhi persepsi, pola pikir, bahasa, emosi, dan interaksi sosial. Selain itu, individu yang menderita skizofrenia sering kali mengalami halusinasi baik pendengaran maupun penglihatan secara bersamaan. Hal ini menyebabkan individu dengan skizofrenia kehilangan kendali atas diri mereka, yang mengakibatkan kepanikan dan perilaku mereka dikendalikan oleh halusinasi.(Livana dkk, 2018)

Skizofrenia adalah suatu bentuk gangguan psikososial fungsional yang ditandai dengan gangguan utama pada proses berpikir serta ketidakharmonisan (keretakan, perpecahan) antara proses berpikir, afek/emosi, kemauan, dan psikomotor, disertai dengan distorsi kenyataan. Skizofrenia merupakan penyakit serius yang dapat menyebabkan perilaku psikotik, gangguan dalam memproses informasi, dan kesulitan dalam hubungan interpersonal.(Sihombing, 2019)

2. Etiologi Skizofrenia

Menurut (Azizah dkk, 2016) menyebutkan teori tentang etiologi skizofrenia yang saat ini banyak dianut adalah sebagai berikut

a. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68 %, kembar 2 telur 2-15 % dan kembar satu telur 61-86 %.

b. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya Skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

c. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ektremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat.

d. Susunan Saraf Pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

e. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit fisik, karena hingga saat ini belum ditemukan adanya kelainan patologis anatomis maupun fisiologis yang khas pada sistem saraf pusat. Namun demikian, Meyer mengakui bahwa kondisi konstitusi yang inferior atau adanya penyakit badaniah tertentu dapat berperan dalam memicu timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer, skizofrenia merupakan bentuk reaksi yang tidak tepat atau suatu maladaptasi, yang kemudian menimbulkan gangguan kepribadian dan secara bertahap menyebabkan individu menarik diri dari realitas.

f. Teori Sigmund Freud Skizofrenia terdapat :

1. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik.
2. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme.
3. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psiko analitik tidak mungkin.

3. Tanda dan Gejala Skizofenia

Menurut (Yosep, 2011) gejala-gejala yang muncul pada penderita skizofrenia yaitu terbagi menjadi dua yaitu :

a. Gejala Positif

Halusinasi sering terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterprestasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti menyakiti dirinya sendiri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam memakna sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid, mereka selalu merasa sedang diamat-amati, atau hendak diserang. Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses atau mengatur pikirannyaa membuat mereka berbicara secara asal-asalan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa peduli akan sekitarnya.

b. Gejala Negatif

Klien dengan skizofrenia mengalami kehilangan motivasi dan berperilaku apatis, yang berarti mereka kehilangan energi dan mkinat dalam hidup, sehingga menjadikan mereka tampak malas. Karena klien skizofrenia hanya hanya memiliki sedikit energi, mereka tidak dapat melakukan aktivitas lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien skizofrenia tidak menunjukkan ekspresi baik melalui raut muka maupun gerakan

tangan, seolah-olah mereka tidak merasakan emosi apapun. Namun, ini tidak berarti bahwa klien skizofrenia tidak dapat merasakan sesuatu.

Mereka mungkin dapat menerima pemberian dan perhatian dari orang lain, tetapi tidak mampu mengekspresikan perasaan mereka.

4. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Baradero dkk, 2015), klasifikasi skizofrenia terbagi menjadi 5 bagian yaitu:

a. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid memiliki perbedaan yang signifikan dibandingkan dengan jenis-jenis skizofrenia lainnya dalam perkembangan penyakitnya. Skizofrenia hebefrenik dan katatonik sering kali pada akhirnya menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala hebefrenik dan katatonik yang bercampur. Namun, hal ini tidak berlaku untuk skizofrenia paranoid yang cenderung memiliki jalur yang lebih stabil. Gejala-gejala yang paling mencolok adalah waham primer, yang disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Hanya melalui pemeriksaan yang mendalam, dapat ditemukan juga adanya gangguan- gangguan dalam proses berpikir, serta gangguan pada afek, emosi, dan kemauan.

b. Skizofrenia *Hebefrenik*

Permulaan penyakit ini biasanya berlangsung secara perlahan-lahan dan sering muncul pada masa remaja, yaitu antara usia 15 hingga 25 tahun. Gejala yang paling mencolok meliputi: gangguan dalam proses berpikir, gangguan pada kemauan, serta adanya depersonalisasi atau kepribadian ganda. Gangguan psikomotor seperti *mannerisme*, neologisme, atau perilaku kekanak-kanakan sering kali ditemukan pada skizofrenia *hebefrenik*. Waham dan halusinasi yang dialami juga sangat banyak.

c. Skizofrenia Katatonik

Permulaan penyakit ini biasanya berlangsung secara perlahan-lahan dan sering muncul pada masa remaja, yaitu antara usia 15 hingga 25 tahun. Gejala yang paling mencolok meliputi: gangguan dalam proses berpikir, gangguan pada kemauan, serta adanya depersonalisasi atau kepribadian ganda. Gangguan psikomotor seperti mannerisme, neologisme, atau perilaku kekanak-kanakan sering kali ditemukan pada skizofrenia *hebefrenik*. Waham dan halusinasi yang dialami juga sangat banyak.

d. Skizofrenia *Simplex*

Sering muncul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama dari jenis *simplex* adalah kedangkalan emosi dan penurunan kemauan. Gangguan dalam proses berpikir biasanya sulit untuk diidentifikasi. Waham dan halusinasi sangat jarang terjadi. Jenis ini berkembang dengan sangat lambat. Pada awalnya, penderita mungkin mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari interaksi sosial. Seiring waktu, ia semakin mundur dalam pekerjaan atau pendidikan dan akhirnya menjadi penganggur. Jika tidak ada yang membantunya, ia mungkin akan berakhir sebagai pengemis, pelacur, atau "penjahat".

e. Skizofrenia Residual

Jenis ini merupakan kondisi kronis dari skizofrenia yang ditandai dengan adanya setidaknya satu episode psikotik yang jelas, di mana gejala- gejala tersebut berkembang menuju gejala negatif yang lebih dominan. Gejala negatif mencakup kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, sikap pasif dan kurangnya inisiatif, kemiskinan dalam berbicara, penurunan ekspresi nonverbal, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

B. Konsep Teori Halusinasi

1. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensorik terhadap suatu objek tanpa adanya rangsangan eksternal. Gangguan persepsi sensorik ini mencakup semua panca indra. Halusinasi merupakan salah satu gejala dari gangguan mental di mana pasien mengalami perubahan dalam persepsi sensorik dan merasakan sensasi yang tidak nyata, seperti suara, penglihatan, rasa, sentuhan, atau penciuman. Pasien merasakan rangsangan yang sebenarnya tidak ada. (Yusuf dkk, 2015)

Halusinasi merupakan kehilangan kemampuan individu untuk membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat mengenai lingkungan tanpa adanya objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh, klien mengklaim mendengar suara meskipun tidak ada orang yang berbicara (Azizah, dkk, 2016) Halusinasi merupakan suatu kondisi di mana pasien mengalami persepsi terhadap stimulus yang sebenarnya tidak ada. Pasien mengalami gangguan dalam persepsi sensorik, di mana mereka akan merasakan adanya suara meskipun tidak ada stimulus suara yang nyata. Pasien juga merasa melihat bayangan orang atau objek menakutkan, padahal sebenarnya tidak ada bayangan tersebut. Selain itu, pasien merasakan bau tertentu, sementara orang lain tidak merasakan sensasi yang sama. Pasien merasakan sesuatu di kulitnya, meskipun tidak ada apapun yang bersentuhan dengan permukaan kulit. (Sutejo, 2019)

2. Etiologi Halusinasi

a. Faktor Predisposisi

Menurut (Yosep, 2011) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi adalah:

1) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien dapat terganggu, contohnya, rendahnya kontrol dan kehangatan dalam keluarga yang mengakibatkan klien tidak mampu mandiri sejak usia dini, mudah merasa frustrasi, kehilangan rasa percaya diri, dan menjadi lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor Sosiokultural

Individu yang merasa tidak diterima oleh lingkungan sejak masa bayi akan merasakan perasaan terasing, kesepian, dan kurangnya kepercayaan terhadap lingkungan sekitarnya.

3) Faktor Biokimia

Mempunyai dampak terhadap munculnya gangguan mental. Ketika seseorang mengalami stres yang berlebihan, tubuh akan memproduksi zat yang dapat bersifat halusinogenik secara neurokimia. Dampak dari stres yang berkepanjangan adalah teraktivasi *neurotransmitter* di otak.

4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab cenderung terjebak dalam penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berdampak pada ketidakmampuan klien untuk membuat keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sementara dan menghindar dari kenyataan menuju dunia khayalan.

5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian mengindikasikan bahwa anak-anak yang sehat yang dibesarkan oleh orang tua dengan skizofrenia memiliki kecenderungan untuk mengalami skizofrenia. Temuan dari studi ini menunjukkan bahwa faktor keluarga memiliki hubungan yang sangat signifikan terhadap penyakit ini.

6) Faktor Presipitasi

Menurut (Yusuf dkk, 2015) faktor presipitasi yang membuat terjadinya halusinasi adalah:

a) Faktor Sosial Budaya

Stres dan kecemasan dapat meningkat ketika terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan individu yang signifikan, atau pengucilan dari kelompok, yang dapat menyebabkan halusinasi.

b) Faktor Biokimia

Berbagai studi mengenai dopamin, norepinefrin, indolamin, serta zat halusinogenik diduga memiliki hubungan dengan gangguan orientasi realitas, termasuk halusinasi.

c) Faktor Psikologis

Intensitas kecemasan yang sangat tinggi dan berkepanjangan, bersamaan dengan terbatasnya kemampuan untuk mengatasi masalah, dapat menyebabkan munculnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan mekanisme koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

d) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

3. Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut (Azizah dkk, 2016) tanda dan gejala penting diketahui oleh khalayak umum terutama tenaga medis untuk menetapkan masalah halusinasi, antara lain:

a. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
b. Bersikap seolah-olah mendengarkan sesuatu
c. Menghentikan pembicaraan sejenak di tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu.
d. Disorientasi
e. Tidak mampu atau kurang fokus
f. Cepat berubah pikiran
g. Alur pemikiran yang kacau
h. Respon yang tidak tepat
i. Menarik diri dari interaksi
j. Tiba-tiba marah dan menyerang orang lain tanpa alasan
k. Sering berkhayal

4. Tahapan Halusinasi

Menurut (Sutejo, 2019) tahapan halusinasi terbagi menjadi empat ialah :

a. Tahapan *comforting* (halusinasi menyenangkan, cemas ringan)

Klien yang mengalami halusinasi merasakan emosi yang sangat kuat seperti kecemasan, kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan, berusaha untuk memusatkan perhatian pada pikiran-pikiran yang menyenangkan guna mengurangi kecemasan. Perilaku klien yang dapat diamati meliputi: senyuman lebar, menyeringai namun terlihat tepat, menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, serta diam dan terlihat terpesona.

b. Tahap *comdemning* (halusinasi menjijikkan, cemas sedang)

Pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan. Klien yang mengalami halusinasi mulai merasakan kehilangan kontrol dan mungkin berusaha untuk menjauh, serta merasa malu dengan pengalaman sensori tersebut dan menarik diri dari orang lain. Perilaku klien yang dapat diamati: ditandai dengan peningkatan aktivitas sistem saraf otonom yang menunjukkan kecemasan, seperti peningkatan denyut nadi, pernapasan, dan tekanan darah.

c. Tahap *controlling* (pengalaman sensori berkuasa, cemas berat)

Klien yang mengalami halusinasi menyerah untuk melawan pengalaman halusinasinya. Isi dari halusinasinya bisa jadi menarik atau memikat. Perilaku klien yang dapat diamati: arahan yang diberikan oleh halusinasi tidak hanya dianggap sebagai objek oleh klien, tetapi mungkin juga akan diikuti atau dipatuhi. Klien mengalami kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain, rentang perhatian hanya berlangsung beberapa detik atau menit, terlihat tanda-tanda kecemasan yang berat seperti berkeringat, tremor, dan ketidakmampuan untuk mengikuti perintah.

d. Tahap *conquering* (melebur dalam pengaruh halusinasi, panik)

Pengalaman sensori dapat menjadi ancaman jika klien tidak mematuhi perintah dari halusinasi. Perilaku klien yang dapat diamati

seperti perilaku klien yang terlihat seperti dihantui oleh teror dan panik, dengan potensi tinggi untuk melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain. Aktivitas fisik yang diperlihatkan klien mencerminkan isi dari halusinasinya, seperti klien melakukan tindakan kekerasan, klien tidak dapat merespon arahan yang kompleks, dan klien tidak dapat merespon lebih dari satu orang.

5. Klasifikasi Halusinasi

Menurut (Azizah dkk., 2016) klasifikasi halusinasi terbagi menjadi tujuh yaitu:

a. Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara atau kebisingan, biasanya suara orang. Suara berupa kebisingan yang tidak jelas hingga kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan utuh antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar di mana klien mendengar pernyataan bahwa klien diminta untuk melakukan sesuatu kadang bisa berbahaya.

b. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dapat berupa kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, serta bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan yang menyenangkan atau menakutkan, seperti saat melihat monster.

c. Halusinasi penghidu

Mencium aroma tertentu seperti bau darah, urin, dan feses biasanya merupakan bau yang tidak sedap. Halusinasi penciuman sering kali disebabkan oleh stroke, tumor, kejang, atau demensia.

d. Halusinasi pengecapan

Seperti merasakan rasa darah, urin atau feses.

e. Halusinasi perabaan

Mengalami rasa sakit atau ketidaknyamanan tanpa adanya penyebab yang jelas. Sensasi seperti tersengat listrik yang berasal dari tanah, benda mati, atau orang lain.

f. Halusinasi *chenesthetic*

Mengalami fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, proses pencernaan makanan, atau pembentukan urine.

g. Halusinasi kinistetik

Mengalami adanya gerakan, sentuhan, atau perubahan posisi tubuh tanpa adanya rangsangan nyata dari luar. Penderita dapat merasa seolah-olah bagian tubuhnya bergerak sendiri, ditarik, ditekan, bergetar, atau berubah ukuran, padahal tidak terjadi secara objektif.

6. Rentang Respon

Gambar 2.1 Rentang Respon



- Pikiran Logis - Persepsi Akurat - Emosi Konsisten dengan pengalaman - Perilaku Sesuai - Berhubungan Sosial	- Distorsi Pikiran - Ilusi - Reaksi Emosi berlebihan / kurang - Perilaku aneh / tidak biasa - Menarik diri	- Gangguan pikir / Delusi - Halusinasi - Sulit merespon emosi - Perilaku disorganisasi - Isolasi sosial

Keterangan :

a. **Respon Adaptif**

Respon adaptif adalah tanggapan yang sesuai dengan norma-norma sosial budaya yang ada. Pikiran logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat terhadap kenyataan. Emosi yang konsisten dengan pengalaman adalah perasaan yang muncul dari pengalaman yang sebenarnya. Perilaku sosial mencakup sikap dan tindakan yang masih dalam batas kewajaran. Hubungan sosial adalah proses interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. **Respon Psikososial**

Respon psikososial meliputi:

1. Proses berpikir yang terganggu adalah proses berpikir yang menyebabkan gangguan.
2. Ilusi merupakan salah tafsir yang salah penerapan dari apa yang benar-benar terjadi (objek nyata) akibat rangsangan dari panca indera.
3. Emosi yang berlebihan atau berkurang.
4. Perilaku yang tidak biasa adalah sikap dan tindakan yang melampaui batas kewajaran.
5. Menarik diri adalah usaha untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. **Respon Maladaptif**

Respon maladaptif adalah cara individu dalam menghadapi masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan. Respon maladaptif ini mencakup :

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang dipegang teguh meskipun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
2. Halusinasi adalah persepsi sensorik yang keliru atau persepsi eksternal yang tidak sesuai dengan realitas atau tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan yang muncul dari perasaan.
4. Perilaku tidak terorganisir adalah sesuatu yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah keadaan kesendirian yang dialami individu dan diterima sebagai hal yang wajar oleh orang lain, serta dianggap sebagai kecelakaan negatif yang mengancam.

C. Konsep Teori Dasar *Thought Stopping*

1. Definisi *Thought Stopping*

Terapi penghentian pikiran (*thought stopping*) adalah salah satu jenis psikoterapi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan berpikir individu. Teknik ini termasuk dalam metode terapi kognitif- perilaku yang membantu klien mengubah pola pikir yang tidak diinginkan. Beda (2018) menjelaskan bahwa terapi penghentian pikiran adalah teknik yang dapat dilatih untuk menghentikan pikiran yang tidak diinginkan atau mengganggu.

Pendekatan ini bertujuan untuk mengganti pikiran negatif yang merugikan dengan pikiran positif melalui langkah-langkah yang terarah secara sadar. (Ramadhani., 2021)

2. Jenis Teknik *Thought Stopping*

Menurut (Sburlati, 2014), Teknik penghentian pikiran yang sering digunakan sebagai terapi perilaku kognitif meliputi beberapa strategi utama sebagai berikut:

a) Buku Harian Pemikiran

Klien, khususnya anak-anak dianjurkan untuk mencatat serta mereview pikiran-pikiran mereka pada berbagai momen kehidupan. Pendekatan ini memungkinkan mereka mengenali pemikiran-pemikiran yang sebelumnya mungkin tidak disadari.

b) Tantangan Pikiran

Individu didorong untuk mengalihkan fokus dari emosi yang sedang dirasakan, serta menyadari bahwa pikiran tersebut hanyalah interpretasi subjektif, bukan fakta atau kebenaran absolut.

c) Tantangan Pikiran

Individu didorong untuk mengalihkan fokus dari emosi yang sedang dirasakan, serta menyadari bahwa pikiran tersebut hanyalah interpretasi subjektif, bukan fakta atau kebenaran absolut.

d) Tantangan Pikiran

Individu didorong untuk mengalihkan fokus dari emosi yang sedang dirasakan, serta menyadari bahwa pikiran tersebut hanyalah interpretasi subjektif, bukan fakta atau kebenaran absolut.

e) Imajinasi Positif

Klien dimotivasi untuk sengaja mengingat kembali kejadian-kejadian positif atau membayangkan pemandangan yang menyenangkan, guna meningkatkan mood dan pandangan positif terhadap diri sendiri.

f) *Self-Talk*

Strategi ini menekankan pada transformasi percakapan internal, karena pola bicara terhadap diri sendiri berdampak langsung pada

perilaku. Dengan demikian, cara berpikir dan berbicara dalam benak dapat membentuk tindakan sehari-hari

Klien, khususnya anak-anak dianjurkan untuk mencatat serta meriview pikiran-pikiran mereka pada berbagai momen kehidupan. Pendekatan ini memungkinkan mereka mengenali pemikiran-pemikiran yang sebelumnya mungkin tidak disadari. (Sburlati, 2014)

3. Faktor Penyebab Keterbatasan Terapi *Thought Stopping*

Keterbatasan dalam mengaplikasikan teknik *thought stopping* sering kali timbul akibat kurangnya kerjasama dari pasien, yang biasanya dipicu oleh ketidak percayaan atau penolakan terhadap proses terapi. Sebagai contoh, pasien dengan halusinasi pendengaran cenderung menolak instruksi terapi karena mereka memandang halusinasi tersebut sebagai realitas sejati, bukan sekadar manifestasi dari gangguan psikologis. Akibatnya, mereka merasa tidak perlu untuk menghentikan pikiran-pikiran yang muncul, sebab menganggapnya sebagai bagian tak terpisahkan dari pengalaman nyata yang sulit diubah. Penolakan seperti ini pada akhirnya mengurangi efektivitas teknik *thought stopping* dan menurunkan tingkat keberhasilan terapi secara keseluruhan.

4. Manfaat Melatih *Thought Stopping*

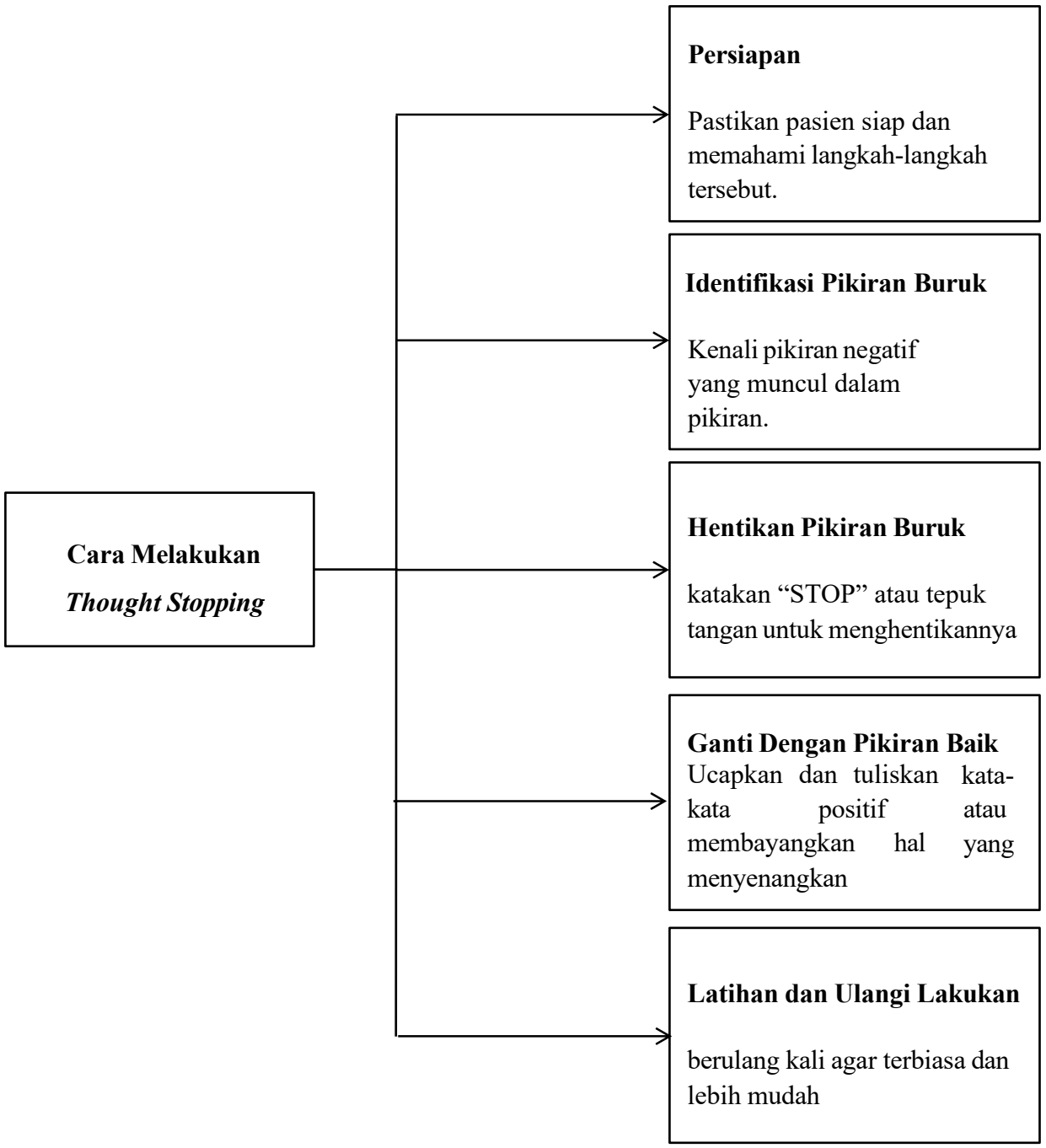
Pelatihan teknik *thought stopping* memberikan sejumlah keuntungan yang dapat dirasakan pasca-terapi. Berdasarkan (Asmara dkk, 2023) manfaat utamanya meliputi:

a. Menekan perilaku maladaptif atau Tindakan yang tidak selaras dengan lingkungan.
b. Menurunkan intensitas kecemasan.
c. Mengurangi kecemasan diri yang berlebihan.
d. Mengatasi kecenderungan menyalahkan diri sendiri.
e. Membatu mengendalikan pikiran negatif.
f. Mendukung proses memori untuk melupakan pengalaman trauma.

5. Langkah- Langkah *Thought Stopping*

Cara melaksanakan terapi *thought stopping* untuk mengontrol halusinasi pendengaran dapat dilakukan sebagai berikut:

Gambar 2.2 Langkah-langkah *Thought Stopping*



6. Prosedur Melakukan Terapi *Thought Stopping*

Terapi *thought stopping* dilaksanakan melalui beberapa tahapan terstruktur. Tahap pertama adalah persiapan, yaitu memastikan klien dalam kondisi siap serta memahami tujuan dan langkah-langkah pelaksanaan terapi. Selanjutnya, klien diarahkan untuk mengidentifikasi pikiran negatif atau pikiran buruk yang muncul dalam benaknya. Setelah pikiran tersebut dikenali, klien diminta untuk menghentikan pikiran negatif dengan memberikan perintah tegas kepada diri sendiri, seperti mengucapkan kata "STOP" secara verbal atau dalam hati, atau dapat pula disertai dengan tepukan tangan sebagai stimulus penghentian. Tahap berikutnya adalah mengganti pikiran negatif tersebut dengan pikiran yang lebih positif, realistis, dan menenangkan, misalnya dengan mengucapkan afirmasi positif atau membayangkan situasi yang menyenangkan. Proses ini kemudian dilakukan secara berulang dan dilatih secara konsisten agar individu terbiasa menghentikan pikiran negatif dengan lebih cepat dan efektif.

D. Konsep Dasar Skala Respon Umum Fungsi Adaptif (RUFA)

1. Definisi Skala RUFA

Skala Respon Umum Fungsi Adaptif merupakan instrumen pengkajian keperawatan jiwa yang digunakan untuk menilai kemampuan pasien dalam merespon dan mengontrol gejala gangguan jiwa, khususnya gangguan persepsi sensori seperti halusinasi pendengaran.(Putri, 2020)

Skala ini digunakan untuk mengetahui tingkat adaptasi pasien terhadap stimulus internal maupun eksternal sehingga perawat dapat menentukan tingkat masalah serta intervensi yang tepat. Dalam penelitian keperawatan jiwa, RUFA digunakan sebagai data objektif untuk menentukan status pasien dan perencanaan tindakan. Selain itu RUFA juga digunakan untuk menggambarkan kemampuan pasien skizofrenia dalam mengontrol halusinasi pendengaran melalui kategori tingkat intensif.

2. Tujuan penggunaan Skala RUFA

Tujuan penggunaan skala RUFA adalah :

a. Menilai kemampuan pasien mengontrol halusinasi.
b. Menentukan tingkat keparahan gangguan persepsi sensori.

c. Menentukan status fase pasien (akut-stabil).

d. Mengevaluasi perkembangan pasien sebelum dan sesudah terapi.

3. Komponen Penilaian Skala RUFA

Penilaian RUFA dilakukan melalui observasi perilaku pasien yang meliputi :

a. Respons emosi

b. Respons perilaku

c. Respons sosial

d. Respons realita

e. Kemampuan mengontrol halusinasi

4. Kategori Tingkat Skala RUFA

Skala RUFA diklasifikasikan menjadi beberapa tingkat intensif :

a. Intensif I : Mulai mampu mengontrol halusinasi.

b. Intensif II : Halusinasi masih muncul, kontrol kurang.

c. Intensif III : Halusinasi berat, pasien dikuasai halusinasi.

5. Kelebihan Skala RUFA

a. Instrumen klinis khusus keperawatan jiwa.

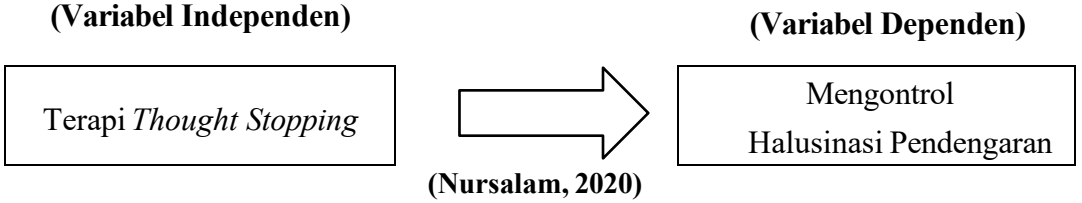
b. Dapat digunakan untuk observasi secara langsung.

c. Sensitif menilai perubahan terapi.

E. Kerangka Konsep

Pemberian terapi *thought stopping* merupakan salah satu intervensi keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien skizofrenia menghentikan dan mengendalikan pikiran atau stimulus halusinasi pendengaran yang tidak diinginkan. Terapi ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengenali, mengontrol, dan mengurangi frekuensi halusinasi pendengaran. Dengan demikian, terapi *thought stopping* sebagai variabel independen diduga berpengaruh terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran sebagai variabel dependen.

Gambar 2.3 Kerangka Konsep



(Nursalam, 2020)

E. Definisi Operasional

Tabel 2.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen Terapi *Thought Stopping*	Terapi *thought stopping* merupakan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien skizofrenia di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem Medan untuk membantu menghentikan pikiran buruk pada pasien skizofrenia halusinasi pendengaran dengan cara memberikan perintah "STOP" secara tegas baik secara verbal maupun mental. Sesuai dengan SOP terapi *thought stopping*, dengan waktu dan frekuensi tertentu.	1. Lembar observasi 2. SOP terapi *thought stopping*	-	-

Tabel 2.1 Definisi Operasional

Variabel Dependen Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran	Kemampuan pasien skizofrenia di RSJ Prof. Dr. M. Ildrem Medan dalam mengendalikan dan mengurangi frekuensi halusinasi pendengaran setelah diberikan terapi *thought stopping*, yang ditunjukkan melalui kemampuan mengenali, mengalihkan dan menghentikan halusinasi secara mandiri.	Lembar observasi kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran	**Baik** : Intensif I (1-10) **Cukup** : Intensif II (11-20) **Kurang** : Intensif III (21-30)	Ordinal

F. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap masalah penelitian keperawatan yang kebenarannya harus dibuktikan melalui pengumpulan dan analisis data.(Nursalam, 2020).

1. Hipotesis Nol (H_0)

   Tidak terdapat pengaruh pemberian terapi *thought stopping* terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan.

2. Hipotesis Alternatif (H_1)

   Terdapat pengaruh pemberian terapi *thought stopping* terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan.