

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

WHO, (2024) menjelaskan skizofrenia ditandai dengan gangguan signifikan dalam persepsi dan perubahan perilaku. Gejalanya dapat mencakup delusi yang persisten, halusinasi, pikiran yang terfragmentasi, serta gangguan pada fungsi kognitif. Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu, sehingga penderita tampak seperti kehilangan kontak dengan kenyataan (Kemenkes RI, 2023). Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat kronis yang memengaruhi proses berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku, yang secara klinis ditandai dengan gejala psikosis berupa distorsi realitas(Syafwan, 2025).

2. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Manifestasi klinis skizofrenia sangat bervariasi, namun secara umum diklasifikasikan menjadi beberapa kelompok gejala utama yang mencerminkan derajat gangguan pada fungsi otak dan perilaku individu (Oxtaviani, 2025).

a. Gejala Positif (Psikotik)

Gejala positif merupakan manifestasi dari eksekusi atau distorsi fungsi normal yang biasanya tidak ditemukan pada individu sehat.

- 1) Halusinasi: Merupakan gangguan persepsi sensori di mana pasien mengalami sensasi palsu tanpa adanya stimulus eksternal yang nyata. Bentuk yang paling umum adalah halusinasi pendengaran (mendengar suara-suara), namun dapat juga berupa visual, penciuman, perabaan, atau pengecapan.

- 2) Delusi (Waham): Keyakinan palsu yang dipertahankan secara menetap meskipun telah disajikan bukti-bukti yang bertentangan dan tidak sesuai dengan latar belakang budaya pasien.
- 3) Disorganisasi Pembicaraan: Ketidakmampuan untuk menyusun alur pikiran yang logis, ditandai dengan pembicaraan yang melompat-lompat (asosiasi longgar), pengulangan kata (perseverasi), atau pembicaraan yang sama sekali tidak dapat dimengerti (inkoherensi).
- 4) Perilaku Disorganisasi: Perilaku yang tidak bertujuan, aneh, atau agitasi yang tidak terduga, termasuk perilaku katatonik (penurunan respon terhadap lingkungan).

b. Gejala Negatif

Gejala negatif mencerminkan hilangnya atau berkurangnya fungsi normal yang seharusnya dimiliki individu. Gejala ini sering kali menyebabkan penarikan diri dari lingkungan sosial.

- 1) Afek Datar (Flat Affect): Berkurangnya ekspresi emosi secara signifikan, ditunjukkan melalui ekspresi wajah yang statis, kontak mata yang buruk, dan nada suara yang monoton.
- 2) Alogia: Kemiskinan bicara atau hambatan dalam proses berpikir yang membuat pasien cenderung diam atau memberikan jawaban yang sangat singkat.
- 3) Avolisi: Kehilangan motivasi untuk memulai atau menyelesaikan suatu aktivitas yang bertujuan, sehingga pasien sering kali tampak mengabaikan kebersihan diri atau tanggung jawab sehari-hari.

- 4) Anhedonia: Ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan atau minat pada aktivitas yang sebelumnya dianggap menyenangkan.
- 5) Asosialitas: Kurangnya minat untuk berinteraksi secara sosial dan cenderung menarik diri dari lingkungan.

c. Gejala Kognitif

Gejala ini memengaruhi kemampuan intelektual pasien yang berdampak pada fungsi kemandirian.

- 1) Gangguan Memori Kerja (*Working Memory Deficit*): Ketidakmampuan untuk menyimpan dan menggunakan informasi yang baru saja diterima, sehingga pasien sering kesulitan mengikuti instruksi yang kompleks.
- 2) Penurunan Atensi: Kesulitan untuk fokus atau berkonsentrasi pada satu hal dalam waktu tertentu.
- 3) Gangguan Fungsi Eksekutif: Kesulitan dalam merencanakan, mengorganisir, dan mengambil keputusan.

3. Pemeriksaan Penunjang Skizofrenia

Pada penulisan Rahmawati^{et.al.}, (2023) pemeriksaan penunjang pada kasus skizofrenia merupakan prosedur diagnostik sekunder yang bertujuan untuk memperkuat akurasi diagnosis dengan cara menyingkirkan adanya gangguan organik atau kondisi medis umum yang memiliki manifestasi klinis menyerupai gangguan jiwa. Secara konseptual, pemeriksaan ini terbagi menjadi beberapa kategori utama :

a. Pemeriksaan Laboratorium Darah dan Urin

- 1) Darah Lengkap: Untuk mengevaluasi kondisi kesehatan umum dan mendeteksi adanya infeksi atau anemia yang dapat memengaruhi status mental.
- 2) Pemeriksaan Fungsi Hati dan Ginjal: Penting dilakukan untuk memastikan organ tubuh mampu memetabolisme dan mengekskresi obat antipsikotik.
- 3) Profil Metabolik (Gula Darah & Lipid): Untuk memantau risiko efek samping metabolik dari penggunaan obat antipsikotik jangka panjang.
- 4) Toksikologi Urin: Dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan gejala psikosis yang disebabkan oleh penyalahgunaan zat atau intoksikasi obat terlarang.

b. Pemeriksaan Pencitraan Otak (Neuroimaging)

- 1) Computed Tomography (CT) Scan atau Magnetic Resonance Imaging (MRI): Digunakan untuk mengidentifikasi adanya kelainan struktural seperti tumor otak, atrofi serebral, atau perdarahan yang dapat menyebabkan gejala menyerupai skizofrenia.
- 2) Electroencephalography (EEG): Dilakukan jika terdapat kecurigaan adanya aktivitas kejang atau gangguan neurologis fungsional lainnya (seperti epilepsi lobus temporal).

c. Evaluasi Psikologis dan Instrumen Klinis

- 1) Status Mental (Mental State Examination): Evaluasi mendalam terhadap penampilan, perilaku, bicara, afek, dan proses pikir pasien.
- 2) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Instrumen standar untuk mengukur tingkat keparahan gejala positif (seperti halusinasi) dan gejala negatif.

- 3) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Skala penilaian cepat untuk memantau perubahan gejala klinis selama masa perawatan.

4. Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut penulisan Ginting, (2024) penatalaksanaan skizofrenia dilakukan secara integratif dengan menggabungkan pendekatan biologis, psikososial, dan rehabilitatif untuk mencapai pemulihan yang optimal serta mencegah kekambuhan.

a. Intervensi Farmakologi (Terapi Biologis)

- 1) Penggunaan obat antipsikotik sebagai lini pertama untuk meregulasi ketidakseimbangan neurotransmitter, khususnya dopamin di jalur mesolimbik.
- 2) Pemberian antipsikotik tipikal (generasi pertama) yang berfokus pada reduksi gejala positif seperti halusinasi dan delusi.
- 3) Pemberian antipsikotik atipikal (generasi kedua) yang memiliki spektrum lebih luas untuk memperbaiki gejala negatif dan fungsi kognitif dengan efek samping ekstrapiramidal yang lebih minim.

b. Intervensi Keperawatan (Strategi Pelaksanaan)

- 1) Penerapan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sistematis untuk melatih kemandirian pasien dalam mengontrol gejala.
- 2) Latihan teknik menghardik sebagai upaya memutus rantai halusinasi secara mandiri saat gejala muncul.
- 3) Latihan bercakap-cakap dengan orang lain untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dan memvalidasi realitas.
- 4) Penyusunan jadwal aktivitas harian untuk membantu strukturisasi waktu pasien dan mengurangi fokus pada stimulus internal.

- 5) Edukasi prinsip enam benar minum obat untuk meningkatkan kepatuhan dan mencegah kekambuhan.

c. Terapi Modalitas dan Psikososial

- 1) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang berfokus pada stimulasi persepsi untuk melatih pasien berbagi pengalaman dan cara mengontrol halusinasi bersama rekan sejawat.
- 2) Psikoedukasi keluarga untuk membangun sistem pendukung yang kuat, meningkatkan pemahaman keluarga tentang penyakit, serta cara merawat pasien di rumah.
- 3) Rehabilitasi psikososial yang diarahkan pada pemulihan keterampilan sosial dan fungsi okupasional agar pasien dapat kembali beradaptasi dengan lingkungan masyarakat.

d. Manajemen Kognitif dan Lingkungan

- 1) Modifikasi lingkungan yang tenang dan aman untuk menurunkan tingkat kecemasan serta stimulus yang dapat memicu halusinasi.
- 2) Penggunaan alat bantu memori atau media visual untuk mengatasi hambatan kognitif (*working memory deficit*) yang sering dialami pasien dalam mengingat instruksi pengobatan atau teknik kontrol gejala.

B. Masalah Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia

1. Definisi Gangguan Persepsi Sensori

Gangguan persepsi sensori merupakan suatu kondisi di mana individu mengalami perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang, disertai

dengan respon yang menurun, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus tersebut (Putri & Waluyo, 2024).

Gangguan persepsi sensori pendengaran didefinisikan sebagai suatu persepsi sensorik yang salah tanpa adanya sumber rangsangan eksternal yang nyata. Pasien merasakan sensasi suara, bisikan, atau kegaduhan yang seolah-olah terdengar melalui telinga atau di dalam kepala, padahal suara tersebut tidak didengar oleh orang lain di sekitarnya (Suri Herlina *et al.*, 2024).

Gangguan persepsi sensori pendengaran adalah suatu kondisi distorsi realitas yaitu individu mempersepsikan stimulus suara, bisikan, atau kegaduhan secara nyata melalui indra pendengaran tanpa adanya sumber rangsangan eksternal yang aktual.

Beberapa perspektif konseptual mengenai halusinasi pendengaran meliputi (Wello, 2024) :

- a. Perspektif Psikologis: Halusinasi pendengaran dipandang sebagai kegagalan individu dalam melakukan *reality testing* (uji realitas), di mana pasien tidak mampu membedakan antara pikiran internal (subjektif) dengan stimulasi yang berasal dari lingkungan luar (objektif). Hal ini sering kali menimbulkan kecemasan berat karena suara-suara tersebut sering kali bersifat mengancam, menghina, atau memerintah (*command hallucinations*).
- b. Perspektif Neurobiologis: Secara konseptual, gangguan ini berkaitan dengan malfungsi pada area asosiasi auditorius di otak. Aktivitas neuron yang berlebihan pada lobus temporal menyebabkan otak memproses informasi suara yang sebenarnya tidak ada, sehingga pasien merespon suara tersebut secara emosional dan perilaku, seperti bicara sendiri atau tertawa tanpa sebab.

- c. Perspektif Keperawatan: Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), gangguan persepsi sensori adalah diagnosis keperawatan yang ditegakkan ketika individu menunjukkan tanda subjektif berupa mendengar suara bisikan dan tanda objektif seperti distorsi sensori, respons tidak sesuai, serta bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

2. Etiologi Gangguan Persepsi Sensori

Etiologi gangguan persepsi sensori bersifat multifaktorial yang melibatkan interaksi antara faktor biologis, psikologis, sosial, penggunaan zat, dan kondisi medis tertentu (Stuart, 2021).

a. Faktor Biologis

Secara biologis, gangguan persepsi sensori berkaitan dengan disfungsi neurotransmitter di otak, terutama dopamin. Peningkatan aktivitas dopamin pada jalur mesolimbik diduga berperan dalam munculnya gejala psikotik seperti halusinasi. Selain itu, ketidakseimbangan serotonin dan glutamat juga berkontribusi terhadap gangguan integrasi sensorik. Perubahan struktur otak seperti abnormalitas pada lobus frontal, temporal, dan sistem limbik juga ditemukan pada individu dengan gangguan persepsi sensori. Area tersebut berperan penting dalam pemrosesan kognitif, emosi, dan interpretasi stimulus sensorik.

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis seperti stres berat, trauma, kecemasan tinggi, dan mekanisme koping yang maladaptif dapat memicu munculnya gangguan persepsi sensori. Individu yang mengalami tekanan psikologis berkepanjangan dapat

mengalami distorsi realitas sebagai bentuk pelarian psikologis dari situasi yang tidak nyaman. Pada beberapa kondisi, konflik internal yang tidak terselesaikan juga dapat muncul dalam bentuk halusinasi sebagai manifestasi dari ketidakseimbangan psikologis.

c. Faktor Sosial dan Lingkungan

Lingkungan sosial yang tidak mendukung, isolasi sosial, serta kurangnya stimulasi sensorik dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan persepsi sensori. Individu yang mengalami keterbatasan interaksi sosial cenderung lebih rentan menciptakan stimulus internal yang salah diinterpretasikan sebagai pengalaman nyata. Selain itu, lingkungan yang penuh tekanan, konflik, atau tidak stabil juga dapat memperburuk kondisi psikologis individu sehingga memperkuat munculnya gejala halusinasi.

d. Faktor Penggunaan Zat

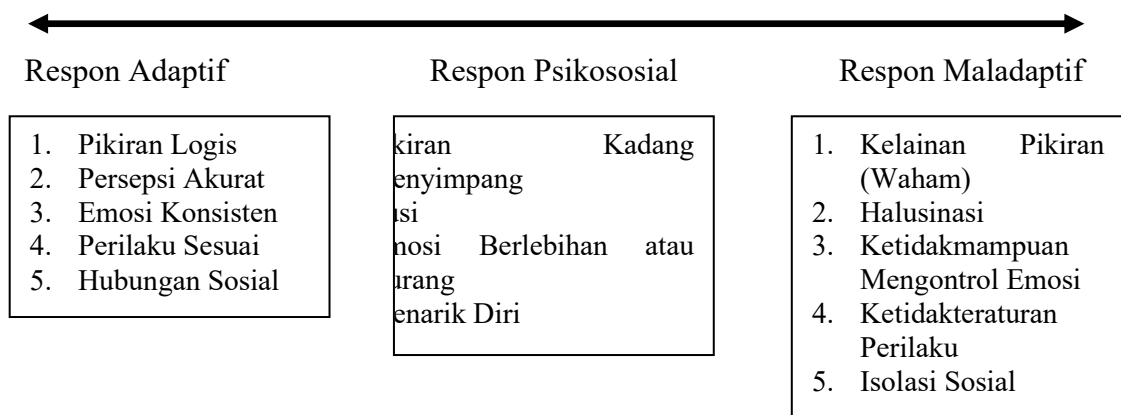
Penggunaan zat psikoaktif seperti amfetamin, alkohol, ganja, LSD, dan obat halusinogen lainnya dapat menyebabkan gangguan pada sistem neurotransmitter otak. Kondisi ini dapat menimbulkan halusinasi baik secara akut maupun kronis. Selain itu, kondisi intoksikasi maupun putus zat (withdrawal) juga dapat memicu gangguan persepsi sensori yang bersifat sementara atau menetap.

e. Faktor Medis dan Neurologis

Gangguan medis seperti epilepsi lobus temporal, tumor otak, infeksi sistem saraf pusat, delirium, serta gangguan metabolik (hipoglikemia, hipoksia) dapat menyebabkan perubahan persepsi sensori. Kondisi ini mengganggu integrasi informasi sensorik di otak sehingga menghasilkan persepsi yang tidak sesuai realitas.

3. Rentang Respon Neurobiologis Gangguan Persepsi Sensori

Rentang respon neurobiologis merupakan suatu kerangka konsep yang menggambarkan tingkatan adaptasi individu dalam merespon stimulus yang diterima oleh sistem saraf pusat. Respon ini bersifat dinamis, bergerak dari titik adaptif hingga maladaptif, tergantung pada kemampuan kognitif, koping, dan kondisi biologis individu dalam mengolah informasi sensorik (Collins *et al.*, 2021).



Gambar 1 Rentang Respon Neurobiologis
(Sumber. Mary C. Townsend, 2022)

Menurut Mary C. Townsend, (2022) secara konseptual, rentang respon neurobiologis pada pasien dengan gangguan persepsi sensori dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Respon Adaptif

Respon adaptif merupakan kondisi di mana individu mampu mengorganisir persepsi secara akurat dan realistis. Ciri-ciri respon ini meliputi:

- 1) Pikiran Logis: Individu mampu mengikuti alur pikir yang masuk akal dan sesuai dengan kenyataan.

- 2) Persepsi Akurat: Kemampuan untuk mengidentifikasi stimulus eksternal sesuai dengan sumber aslinya.
- 3) Emosi Konsisten: Respon perasaan yang selaras dengan situasi yang dihadapi.
- 4) Perilaku Sesuai: Tindakan yang dilakukan sesuai dengan norma dan tujuan sosial.
- 5) Hubungan Sosial: Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang harmonis.

b. Respon Psikososial (Antara/Transisi)

Respon ini merupakan tahap di mana individu mulai mengalami hambatan dalam memproses informasi, namun belum sepenuhnya kehilangan kontak dengan realitas. Manifestasi klinis yang sering muncul adalah:

- 1) Pikiran Kadang Menyimpang: Adanya distorsi pikiran ringan seperti prasangka atau kecurigaan.
- 2) Ilusi: Salah interpretasi terhadap stimulus eksternal yang nyata (misalnya melihat bayangan pohon sebagai orang).
- 3) Emosi Berlebihan atau Kurang: Ketidakstabilan perasaan yang mulai memengaruhi interaksi.
- 4) Menarik Diri: Kecenderungan untuk membatasi interaksi sosial karena merasa tidak nyaman atau bingung dengan persepsinya sendiri.

c. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan tingkatan paling berat di mana individu sudah kehilangan kemampuan untuk melakukan uji realitas (*reality testing*). Kondisi ini ditandai dengan:

- 1) Kelainan Pikiran (Waham): Keyakinan yang salah dan tidak dapat dikoreksi meskipun ada bukti nyata.
- 2) Halusinasi: Pengalaman sensorik tanpa adanya stimulus eksternal, seperti mendengar suara bisikan yang dianggap nyata oleh pasien.
- 3) Ketidakmampuan Mengontrol Emosi: Afek yang sangat labil, datar, atau tumpul.
- 4) Ketidakteraturan Perilaku: Pasien sering kali tampak bicara sendiri, tertawa tanpa sebab, atau berperilaku agresif akibat dorongan dari suara halusinasi yang didengarnya.
- 5) Isolasi Sosial: Penarikan diri secara total dari lingkungan karena dunia internal pasien (halusinasi) lebih mendominasi dibandingkan realitas eksternal.

4. Tahapan Gangguan Persepsi Sensori

Perkembangan halusinasi pada individu tidak terjadi secara instan, melainkan melalui beberapa tahapan yang sejalan dengan peningkatan tingkat kecemasan. Secara konseptual, tahapan halusinasi dibagi menjadi empat fase sebagai berikut, (Puspitasari *et.al.*, 2024) :

a. Fase I: Comforting (Memberi Kenyamanan)

Pada tahap awal ini, halusinasi bersifat menyenangkan dan berfungsi sebagai mekanisme pertahanan untuk mengurangi kecemasan. Pasien mengalami kecemasan tingkat sedang secara umum, namun halusinasi masih dianggap sebagai sesuatu yang memberikan rasa nyaman atau pengalihan dari stresor lingkungan.

- 1) Karakteristik: Pasien mengalami pikiran yang menyenangkan, namun masih menyadari bahwa pikiran tersebut berasal dari dalam diri sendiri.

- 2) Perilaku: Tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, dan tampak asyik dengan pikirannya.

b. Fase II: Condemning (Menyalahkan/Menjijikkan)

Tingkat kecemasan pada fase ini meningkat menjadi berat. Halusinasi mulai terasa menjijikkan dan menakutkan. Pasien mulai kehilangan kendali dan merasa terancam oleh pengalaman sensoriknya.

- 1) Karakteristik: Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, pasien mulai merasa kehilangan kontrol, dan mulai menarik diri dari orang lain.
- 2) Perilaku: Peningkatan denyut nadi, tekanan darah, dan pernapasan; rentang perhatian menyempit; serta mulai menunjukkan tanda-tanda kecurigaan.

c. Fase III: Controlling (Mengendalikan)

Kecemasan pasien berada pada tingkat berat yang menetap. Pada tahap ini, halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien. Pasien biasanya menyerah pada suara-suara tersebut dan tidak lagi mampu menolaknya.

- 1) Karakteristik: Isi halusinasi menjadi sangat menarik atau justru sangat mengancam; pasien tidak dapat mengabaikan perintah halusinasi.
- 2) Perilaku: Pasien mungkin mengikuti perintah halusinasi, sulit berhubungan dengan orang lain, dan tampak sangat ketakutan atau bingung.

d. Fase IV: Conquering (Menaklukkan/Panik)

Tahap ini merupakan tingkat kecemasan yang paling ekstrem (panik). Halusinasi menjadi sangat dominan dan menguasai seluruh aspek kehidupan pasien. Pengalaman sensori tersebut menjadi satu-satunya realitas bagi pasien.

- 1) Karakteristik: Pengalaman sensori menjadi sangat mengancam jika pasien tidak mengikuti perintah; durasi halusinasi bisa berlangsung sepanjang hari.

- 2) Perilaku: Perilaku panik, berisiko tinggi mencederai diri sendiri atau orang lain, amuk (*violent behavior*), atau katatonik (diam mematung).

5. Manifestasi Klinis Gangguan Persepsi Sensori

Manifestasi klinis pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dapat teramati melalui data subjektif (apa yang dirasakan pasien) dan data objektif (apa yang diobservasi oleh perawat). Tanda-tanda ini mencerminkan adanya kegagalan dalam uji realitas dan adanya distorsi pada sistem pengolahan informasi di otak (Santi *et al.*, 2021).

a. Data Subjektif (Gejala)

Pasien sering kali melaporkan pengalaman sensorik yang tidak nyata namun terasa sangat konkret bagi mereka. Manifestasi subjektif meliputi:

- 1) Mendengar bisikan suara, kegaduhan, atau instruksi tertentu di telinga atau di dalam kepala.
- 2) Merasa ketakutan, cemas, atau bingung akibat suara yang didengar.
- 3) Mendengar suara yang memerintah untuk melakukan tindakan tertentu (*command hallucinations*), yang sering kali membahayakan diri sendiri atau orang lain.
- 4) Mengaku melihat bayangan atau merasakan sensasi fisik yang sebenarnya tidak ada (jika halusinasi meluas ke modalitas lain).

b. Data Objektif (Tanda)

Perawat dapat mengidentifikasi adanya halusinasi melalui perubahan perilaku dan respon fisik pasien yang tidak sesuai dengan stimulus lingkungan:

- 1) Bicara Sendiri: Pasien tampak berkomitmen atau menyahuti suara yang didengarnya.

- 2) Tertawa Tanpa Sebab: Menunjukkan respon emosional terhadap isi halusinasi yang mungkin bersifat lucu atau menyenangkan bagi pasien (*Comforting phase*).
- 3) Sikap Memiringkan Kepala: Seolah-olah sedang berkonsentrasi mendengarkan sesuatu dari arah tertentu.
- 4) Gerakan Bibir: Komat-kamit tanpa mengeluarkan suara yang jelas.
- 5) Menarik Diri: Menghindari interaksi sosial karena lebih fokus pada stimulus internal.
- 6) Agitasi dan Iritabilitas: Tampak tegang, gelisah, atau tiba-tiba marah tanpa pemicu eksternal yang jelas.
- 7) Penurunan Konsentrasi: Kesulitan fokus pada pembicaraan perawat karena terdistraksi oleh suara bisikan.

C. Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan data secara sistematis untuk mengetahui kondisi fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan perilaku pasien. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori pendengaran, pengkajian dilakukan secara menyeluruh untuk mengetahui faktor penyebab, tanda dan gejala, serta kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi yang dialami. Menurut Stuart (2021), pengkajian keperawatan jiwa dilakukan melalui wawancara, observasi perilaku, pemeriksaan status mental, serta studi dokumentasi rekam medis pasien.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis pasien. Identitas pasien diperlukan untuk membantu perawat mengenali latar belakang pasien dan faktor yang dapat memengaruhi kondisi psikologis pasien.

2) Alasan Masuk

Pengkajian alasan masuk dilakukan untuk mengetahui keluhan utama atau perilaku yang menyebabkan pasien dirawat di rumah sakit jiwa. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensori pendengaran, keluhan yang sering ditemukan antara lain mendengar suara tanpa stimulus nyata, bicara sendiri, marah tanpa sebab, menarik diri, mengamuk, sulit tidur, atau perilaku curiga terhadap lingkungan sekitar.

3) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor yang memengaruhi munculnya gangguan jiwa pada pasien. Faktor predisposisi dapat berupa faktor biologis, psikologis, maupun sosial. Faktor biologis meliputi riwayat gangguan jiwa dalam keluarga, gangguan neurotransmitter, dan riwayat penggunaan zat. Faktor psikologis meliputi pengalaman traumatis, konflik keluarga, kehilangan, serta konsep diri negatif. Faktor sosial meliputi masalah ekonomi, kurangnya dukungan keluarga, dan lingkungan yang tidak suportif.

4) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus munculnya kekambuhan atau memburuknya gejala gangguan jiwa. Faktor presipitasi pada pasien halusinasi dapat berupa stres berat, konflik interpersonal, tekanan lingkungan, putus obat, kelelahan, maupun ketidakmampuan pasien dalam mengatasi masalah yang dihadapi.

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mengetahui kondisi umum pasien dan kemungkinan adanya gangguan fisik yang menyertai. Pemeriksaan meliputi pengukuran tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, respirasi, suhu tubuh, tinggi badan, berat badan, serta pemeriksaan neurologis sederhana. Selain itu, perawat juga mengkaji adanya efek samping obat antipsikotik seperti tremor, kekakuan otot, sedasi, dan mulut kering.

6) Pengkajian Psikososial

Pengkajian psikososial dilakukan untuk mengetahui kondisi sosial dan psikologis pasien. Pengkajian meliputi genogram keluarga, konsep diri, identitas diri, harga diri, peran, ideal diri, hubungan sosial, spiritual, serta kemampuan pasien dalam berinteraksi dengan lingkungan. Pada pasien dengan gangguan persepsi sensorik pendengaran sering ditemukan perilaku menarik diri, kurang kontak sosial, dan kesulitan mempertahankan hubungan interpersonal.

7) Pemeriksaan Status Mental

Pemeriksaan status mental dilakukan untuk menilai kondisi psikologis pasien saat pengkajian. Komponen pemeriksaan status mental meliputi penampilan umum, pembicaraan, aktivitas motorik, alam perasaan, afek, interaksi selama

wawancara, persepsi, proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran, orientasi, memori, konsentrasi, kemampuan penilaian, serta daya tilik diri. Pada pasien halusinasi pendengaran sering ditemukan perilaku bicara sendiri, tampak mendengarkan sesuatu, perhatian mudah teralihkan, dan respon yang tidak sesuai stimulus nyata.

8) Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan cara yang digunakan pasien dalam menghadapi masalah atau stres yang dialami. Mekanisme koping dapat bersifat adaptif maupun maladaptif. Mekanisme koping adaptif membantu pasien menyelesaikan masalah secara positif, sedangkan mekanisme koping maladaptif dapat memperburuk kondisi pasien seperti menarik diri, marah, menghindar, atau berfokus pada halusinasi.

9) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pengkajian masalah psikososial dan lingkungan bertujuan mengetahui hambatan yang dialami pasien dalam kehidupan sehari-hari. Masalah tersebut dapat berupa konflik keluarga, stigma masyarakat, masalah pekerjaan, keterbatasan ekonomi, kurangnya dukungan sosial, dan ketidakpatuhan pengobatan yang dapat memengaruhi proses penyembuhan pasien.

10) Pengetahuan Pasien

Pengkajian pengetahuan dilakukan untuk mengetahui tingkat pemahaman pasien mengenai penyakit, tanda dan gejala halusinasi, pengobatan, serta cara mengontrol halusinasi. Tingkat pengetahuan pasien sangat memengaruhi keberhasilan terapi dan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan.

11) Aspek Medik

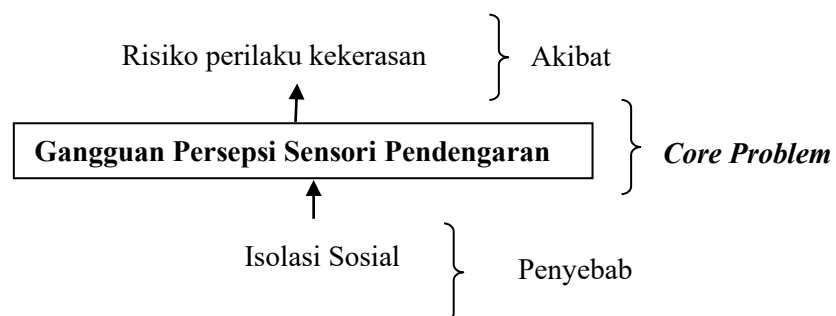
Pengkajian aspek medik meliputi diagnosa medis, terapi farmakologi yang diberikan, jenis obat antipsikotik, dosis obat, serta program terapi medis lainnya. Obat yang sering digunakan pada pasien skizofrenia antara lain haloperidol, risperidone, clozapine, dan olanzapine yang bertujuan membantu mengontrol gejala psikosis dan menstabilkan kondisi pasien.

b. Daftar Masalah

Bayu, (2024) menjelaskan masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan gangguan persepsi sensori pendengaran adalah :

- 1) Risiko perilaku kekerasan
- 2) Gangguan persepsi sensori pendengaran
- 3) Isolasi sosial
- 6) Pohon Masalah

Pohon masalah dibuat untuk mengetahui penyebab, masalah utama dan akibat yang ditimbulkan. Menurut Bayu, (2024) pohon masalah pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi yaitu :



Gambar 2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori
(Sumber. Bayu, 2024)

2. Diagnosa Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Perumusan diagnosis keperawatan menggunakan komponen *problem* (P), *etiology* (E), dan *sign and symptom* (S). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017).

Berdasarkan data pengkajian, diagnosis utama yang ditegakkan mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016):

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (D.0085)
 - 1) Penyebab: Gangguan kognitif, penyalahgunaan zat, atau ketidakefektifan koping.
 - 2) Tanda Mayor Subjektif: Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan.
 - 3) Tanda Mayor Objektif: Distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah mendengar atau melihat sesuatu.

3. Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran

Perencanaan keperawatan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol pemunculan halusinasi melalui pendekatan bertahap (SIKI, 2018).

Tabel 1

Kajian Teori Intervensi Keperawatan Jiwa Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Dengan Terapi Menghardik menggunakan media visual K - Kendal

Diagnosis Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
Gangguan Persepsi Sensori Definisi : Perubahan Persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang di sertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi. Penyebab : 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghidungan 4. Gangguan perabaan 5. Hiposia serebral 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemajanan toksin lingkungan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : Objektif : 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 11 x 20 menit diharapkan Persepsi Sensori Membaik dengan kriteria hasil : 1. Pasien mau berjabat tangan, menyebutkan nama, dan menjawab pertanyaan 2. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 3. Perilaku halusinasi menurun 4. Menarik diri menurun 5. Melamun menurun 6. Curiga menurun 7. Mondar-mandir menurun 8. Respon sesuai stimulus meningkat 9. Konsentrasi meningkat 10. Orientasi Meningkat	1. Bina hubungan saling percaya 2. Manajemen Halusinasi Observasi : a. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus c. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan, atau membahayakan diri) Terapeutik : a. Pertahankan lingkungan yang aman b. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) c. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi : a. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi b. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi c. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi 3. Terapi menghardik menggunakan media visual K – Kendal a. Memperkenalkan media visual K-Kendal b. Menjelaskan fungsi dan manfaat media K-Kendal c. Melatih pasien mengikuti langkah menghardik pada media visual

1	2	3
Gejala dan Tanda		
Minor Subjektif		
1. Menyatakan kesal		d. Melatih pasien menggunakan media secara mandiri saat halusinasi muncul
		e. Melatih pasien melakukan monitoring mandiri frekuensi halusinasi
		f. Mengevaluasi kemampuan pasien menggunakan media visual K-Kendal
Objektif		g. Memberikan reinforcement positif terhadap perkembangan pasien
1. Menyendiri		
2. Melamun		
3. Konsentrasi buruk		
4. Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi.		
5. Curiga		
6. Melihat ke satu arah		
7. Mondar mandir		
8. Bicara sendiri		

Sumber. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, 2016 ; *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, 2018 ; *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*, 2019

4. Implementasi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran

Implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat melakukan intervensi keperawatan yang telah disusun untuk mencapai luaran (*outcome*) yang telah ditetapkan (PPNI, 2018). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih di butuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien pada saat ini (*here and now*).

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi Cahayatiningsih *et.al.*,(2023). Implementasi keperawatan terhadap pasien diberikan secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditekakkannya suatu pelaksanaan keperawatan.

Tabel 2

Kajian Teori Implementasi Keperawatan Jiwa Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Dengan Terapi Menghardik menggunakan media visual K - Kendal

Diagnosa Keperawatan	Waktu / Hari Temu	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4	5
Gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan pendengaran	Pertemuan 1	Membina hubungan saling percaya dengan pasien melalui komunikasi terapeutik, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan interaksi, membuat kontrak waktu, dan memberikan rasa aman serta nyaman kepada pasien.	Pasien mulai bersedia berinteraksi, kontak mata mulai ada, pasien mampu menyebutkan nama perawat, dan tampak lebih tenang selama komunikasi berlangsung.	
	Pertemuan 2	Membantu pasien mengidentifikasi isi halusinasi, waktu munculnya halusinasi, frekuensi, situasi pencetus, serta respon pasien saat halusinasi muncul.	Pasien mampu menyebutkan isi suara yang didengar, waktu munculnya halusinasi, serta situasi pencetus halusinasi.	
	Pertemuan 3	Menjelaskan dan melatih teknik menghardik secara verbal dengan suara tegas ketika halusinasi muncul.	Pasien mampu mengikuti latihan menghardik dan mulai mencoba mengontrol suara halusinasi secara verbal.	
	Pertemuan 4	Memperkenalkan media visual K-Kendal, menjelaskan fungsi media, serta melatih pasien mengikuti langkah menghardik sesuai panduan visual.	Pasien tampak tertarik menggunakan media K-Kendal dan mampu mengikuti langkah menghardik sesuai panduan gambar.	
	Pertemuan 5	Melatih pasien bercakap-cakap dengan orang lain untuk mengalihkan perhatian dari stimulus internal ke stimulus eksternal.	Pasien mulai mau bercakap-cakap dengan perawat maupun pasien lain,	

1	2	3	4	5
			kontak mata meningkat, dan respon terhadap lingkungan mulai membaik.	
	Pertemuan 6	Mendiskusikan aktivitas yang disukai pasien dan membantu menyusun aktivitas terjadwal harian.	Pasien mampu menyebutkan aktivitas yang disukai dan tampak lebih aktif mengikuti kegiatan harian.	
	Pertemuan 7	Mengulas kembali fungsi dan manfaat media visual K-Kendal serta memotivasi pasien menggunakan media secara mandiri.	Pasien mampu menjelaskan kembali fungsi media K-Kendal dan tampak lebih percaya diri menggunakan media.	
	Pertemuan 8	Melatih pasien menggunakan media K-Kendal secara mandiri saat halusinasi muncul dan memberikan reinforcement positif.	Pasien mampu menggunakan media K-Kendal secara mandiri dan tampak lebih yakin dalam mengontrol halusinasi.	
	Pertemuan 9	Melatih pasien melakukan monitoring mandiri terhadap frekuensi halusinasi dan situasi pencetus menggunakan media K-Kendal.	Pasien mulai mampu mengenali pola munculnya halusinasi dan melakukan monitoring sederhana terhadap kondisinya.	
	Pertemuan 10	Mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengenali dan mengontrol halusinasi menggunakan teknik menghardik dan media K-Kendal.	Pasien tampak lebih tenang, perilaku bicara sendiri menurun, dan respon sesuai stimulus meningkat.	

5. Evaluasi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran

Proses asuhan keperawatan yang terakhir adalah evaluasi. Evaluasi keperawatan didasarkan pada luaran (*outcome*) yang sudah ditetapkan. Evaluasi keperawatan merupakan proses berkelanjutan untuk menilai hasil dari implementasi keperawatan yang sudah diberikan kepada klien (Keliat, *et.al.*,2020). Menurut PPNI (2018) evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan pedoman SOAP meliputi, subjektif (S) yang merupakan suatu respons subjektif dari klien terhadap implementasi keperawatan yang telah diberikan, objektif (O) merupakan data dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat, analisa ulang (A) merupakan kumpulan data subjektif dan objektif yang menggambarkan masalah teratasi atau belum, dan perencanaan (P) merupakan tindakan selanjutnya yang akan dilaksanakan berdasarkan analisis sebelumnya

Tabel 3

Kajian Teori Evaluasi Keperawatan Jiwa Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Dengan Terapi Menghardik menggunakan media visual K – Kendal

Waktu / Hari Temu	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4
Pertemuan 1	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan bersedia berbicara dengan perawat. O: Pasien mulai melakukan kontak mata dan tampak lebih tenang saat interaksi. A: Hubungan saling percaya mulai terbina. P: Lanjutkan interaksi terapeutik dan identifikasi halusinasi pasien.	
Pertemuan 2	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan mendengar suara pada waktu tertentu. O: Pasien mampu menyebutkan isi dan waktu munculnya halusinasi. A: Pasien mulai mengenali karakteristik halusinasi. P: Latih pasien teknik menghardik secara verbal.	

1	2	3	4
Pertemuan 3	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan mulai memahami cara menghardik suara halusinasi. O: Pasien mampu mengikuti latihan menghardik dengan arahan perawat. A: Kemampuan mengontrol halusinasi mulai meningkat. P: Lanjutkan latihan menghardik menggunakan media visual K-Kendal.	
Pertemuan 4	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan media K-Kendal membantu mengingat langkah menghardik. O: Pasien mampu mengikuti langkah menghardik sesuai panduan media visual. A: Pasien mulai mampu menggunakan media K-Kendal dalam mengontrol halusinasi. P: Latih pasien meningkatkan interaksi sosial melalui bercakap-cakap.	
Pertemuan 5	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan mulai nyaman berbicara dengan orang lain. O: Pasien tampak bercakap-cakap dengan perawat dan pasien lain, kontak mata meningkat. A: Interaksi sosial pasien mulai meningkat. P: Anjurkan pasien mengikuti aktivitas terjadwal.	
Pertemuan 6	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan bersedia mengikuti aktivitas harian. O: Pasien tampak mengikuti aktivitas yang telah dijadwalkan. A: Kemampuan distraksi terhadap halusinasi mulai meningkat. P: Evaluasi penggunaan media visual K-Kendal secara mandiri.	
Pertemuan 7	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan mulai memahami fungsi media K-Kendal. O: Pasien mampu menjelaskan kembali manfaat media visual K-Kendal. A: Pemahaman pasien terhadap penggunaan media meningkat. P: Latih penggunaan media secara mandiri.	
Pertemuan 8	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan mampu menggunakan media K-Kendal sendiri saat suara muncul. O: Pasien mampu menggunakan media visual tanpa bantuan penuh dari perawat. A: Kemampuan mandiri pasien dalam mengontrol halusinasi meningkat. P: Latih pasien melakukan monitoring mandiri terhadap halusinasi.	
Pertemuan 9	Gangguan Persepsi Sensori	S: Pasien mengatakan mulai mengetahui situasi yang memicu halusinasi. O: Pasien mampu mencatat frekuensi dan	

1	2	3	4
	Pendengaran	pencetus halusinasi secara sederhana. A: Kesadaran pasien terhadap kondisi dirinya meningkat. P: Evaluasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi secara keseluruhan.	
Pertemuan 10	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan suara halusinasi mulai berkurang. O: Perilaku bicara sendiri menurun dan respon sesuai stimulus meningkat. A: Gangguan persepsi sensori pendengaran menurun. P: Pertahankan latihan kontrol halusinasi dan persiapkan terminasi.	
Pertemuan 11	Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran	S: Pasien mengatakan mampu menggunakan media K-Kendal untuk membantu mengontrol halusinasi. O: Pasien tampak lebih kooperatif, tenang, dan mampu menjelaskan kembali cara mengontrol halusinasi. A: Tujuan intervensi sebagian besar tercapai, kemampuan kontrol halusinasi meningkat. P: Anjurkan pasien mempertahankan teknik kontrol halusinasi dan minum obat secara teratur.	

D. Konsep Menghardik Menggunakan Media Visual K-Kendal (Kartu Kendali Halusinasi)

1. Mekanisme Teknik Menghardik

Menghardik merupakan intervensi distruksi kognitif yang bertujuan untuk memutus rantai halusinasi dengan memberikan stimulus tandingan berupa perintah verbal yang tegas. Secara mekanisme, saat pasien menghardik, terjadi pengalihan fokus perhatian dari area asosiasi pendengaran di otak menuju aktivitas motorik dan kesadaran diri (Haoxing & System, 2022). Proses ini memaksa individu untuk melakukan uji realitas (*reality testing*) sehingga pasien mampu membedakan antara stimulus internal yang palsu dengan realitas eksternal yang nyata (Setiaji, 2024).

Jadi, menghardik adalah teknik distraksi kognitif melalui perintah verbal yang tegas untuk memutus rantai halusinasi dengan cara mengalihkan fokus perhatian dari aktivitas internal otak menuju aktivitas motorik.

2. Definisi Media Visual

Media visual adalah alat bantu instruksional yang menggunakan unsur penglihatan untuk memperjelas pesan dan mempermudah pemahaman konsep yang abstrak (Tarusu *et.al.*, 2024). Dalam konteks keperawatan, media visual berfungsi untuk menjembatani hambatan komunikasi dan kognitif pada pasien, sehingga informasi yang bersifat verbal dapat divisualisasikan dalam bentuk citra yang lebih menetap di dalam ingatan (Firmawati *et al.*, 2023). Penggunaan media ini terbukti efektif dalam meningkatkan efikasi diri pasien dalam mengelola gejala penyakit kronis (Jannah *et al.*, 2024)

3. Konsep K-Kendal

K-Kendal (Kartu Kendali Halusinasi) merupakan inovasi media pengingat portabel yang dirancang khusus untuk memfasilitasi pasien halusinasi dalam mengingat langkah-langkah strategi pelaksanaan. Konsep dasar K-Kendal mengadopsi prinsip *memory booster* yang memberikan petunjuk langkah demi langkah secara sistematis untuk mengatasi keterbatasan daya ingat jangka pendek pada pasien skizofrenia (Sulistiawati, 2024). Dengan adanya kartu ini, pasien memiliki panduan fisik yang dapat dirujuk kapan pun gejala halusinasi muncul (Setiaji, 2024).

4. Keunggulan Isyarat Visual (*Visual Cues*)

Isyarat visual memiliki keunggulan dalam proses pembelajaran karena otak manusia mampu memproses informasi gambar jauh lebih cepat dibandingkan teks

atau suara. Penggunaan *visual cues* pada pasien dengan gangguan jiwa membantu menstabilkan arus pikiran yang kacau dan memberikan struktur tindakan yang jelas (Silverstein *et.al.*, 2021). Hal ini sangat krusial bagi pasien skizofrenia yang sering kali mengalami distorsi persepsi dan kesulitan dalam memproses instruksi lisan yang panjang (Yulianti, 2022).

5. Standar Operasional Prosedur (SOP)

Secara konseptual, Keliat, (2020) menekankan bahwa intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori harus dilakukan secara bertahap melalui Strategi Pelaksanaan (SP) yang terstruktur. Dalam pandangan ini, kemandirian pasien dalam mengontrol gejala (seperti teknik menghardik) merupakan indikator utama keberhasilan asuhan keperawatan. Namun, dalam praktiknya, pasien skizofrenia sering kali mengalami hambatan kognitif berupa penurunan daya ingat jangka pendek (*working memory*), yang menyebabkan instruksi verbal dari perawat sulit untuk dipertahankan dalam memori jangka panjang. Oleh karena itu, SOP ini mengintegrasikan prinsip asuhan Keliat dengan modifikasi intervensi menggunakan media visual. Penggunaan K-Kendal berfungsi sebagai *memory booster* atau penguat ingatan yang menjembatani kesenjangan antara edukasi lisan perawat dengan kemampuan retensi pasien.

Dengan merujuk pada standar asuhan keperawatan jiwa tersebut, berikut adalah SOP yang disusun untuk memastikan bahwa setiap tahapan intervensi—mulai dari fase orientasi hingga terminasi—memiliki panduan yang jelas.

Tabel 4

Standar Operasional Prosedur (SOP) Implementasi Media Visual K-Kendal (Kartu Kendali) Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran

Sumber: Keliat, *et.al.*, (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

No	Komponen	Penjelasan Klinis
1	2	3
1	Pengertian	Suatu prosedur pemberian intervensi keperawatan menggunakan alat bantu visual berupa kartu instruksional portabel yang berisi panduan langkah-langkah teknik menghardik untuk mengontrol halusinasi pendengaran.
2	Tujuan	1. Membantu pasien mengingat langkah teknik menghardik (sebagai <i>memory booster</i>). 2. Meningkatkan kemandirian pasien dalam mengontrol halusinasi secara mandiri. 3. Memantau kepatuhan latihan pasien secara objektif melalui kolom kendali.
3	Indikasi	Pasien Skizofrenia dengan diagnosis Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran yang telah mendapatkan Strategi Pelaksanaan 1 (SP 1).
4	Kontraindikasi	Pasien dalam fase <i>Conquering</i> (panik), gaduh gelisah, atau risiko perilaku kekerasan aktif yang tidak memungkinkan untuk komunikasi terapeutik.
5	Persiapan Alat	1. Media K-Kendal (Kartu berukuran saku, laminating, berisi gambar ilustrasi menghardik). 2. Alat tulis (pulpen/spidol) untuk mengisi kolom kendali. 3. Jadwal kegiatan harian pasien.
6	Prosedur Tindakan	A. Tahap Orientasi 1. Memberi salam terapeutik: "<i>Selamat pagi Bapak/Ibu, sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan berlatih lagi cara mengontrol suara yang Bapak/Ibu dengar.</i>" Evaluasi/Validasi: "<i>Apakah pagi ini suaranya muncul kembali? Apakah Bapak/Ibu masih ingat cara menghardik yang kita latih kemarin?</i>"

1	2	3
		2. Kontrak: <i>"Hari ini saya membawa K-Kendal (Kartu Kendali) untuk membantu Bapak/Ibu agar lebih mudah mengingat cara menghardik. Kita akan berbincang selama 15 menit di sini."</i> B. Tahap Kerja (Implementasi K-Kendal) 1. Edukasi Media: Tunjukkan kartu K-Kendal dan jelaskan bagian-bagiannya (gambar langkah menghardik dan kolom ceklis kepatuhan). 2. Demonstrasi dengan Isyarat Visual: Mintalah pasien melihat gambar pada kartu sambil perawat mendemonstrasikan ulang teknik menghardik (tutup telinga, pejamkan mata, dan katakan: <i>"Pergi, kamu suara palsu! Saya tidak mau dengar!"</i>). 3. Redemonstrasi Pasien: Bimbing pasien mempraktikkan teknik menghardik dengan merujuk pada urutan gambar yang ada di K-Kendal. 4. Penggunaan Mandiri: Jelaskan bahwa kartu ini harus dibawa atau diletakkan di tempat yang terlihat (misal: di saku baju atau dekat tempat tidur) agar saat suara muncul, pasien langsung teringat untuk menghardik. Pengisian Kartu: Ajarkan pasien cara memberi tanda centang pada kolom yang tersedia di kartu K-Kendal setiap kali selesai melakukan Latihan menghardik secara mandiri C. Tahap Terminasi 1. Evaluasi Subjektif: <i>"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita mencoba menghardi sambil melihat kartu K-Kendal ini?"</i> 2. Evaluasi Objektif: Pasien mampu memperagakan teknik menghardik dengan benar sesuai urutan di kartu.

1	2	3
		3. Rencana Tindak Lanjut: <i>"Bapak/Ibu, silakan kartu ini dibawa terus. Jika nanti suaranya muncul, langsung lihat kartu ini dan lakukan seperti di gambar ya."</i> 4. Kontrak yang akan datang: <i>"Besok saya akan cek kembali kartu K-Kendal Bapak/Ibu untuk melihat seberapa sering Bapak/Ibu sudah berlatih."</i>

Evaluasi Kepatuhan (Indikator)

- a. Kepatuhan Prosedur: Pasien mampu melakukan teknik menghardik sesuai urutan gambar (skor 1-4).
- b. Kepatuhan Frekuensi: Jumlah tanda centang pada kolom K-Kendal sesuai dengan kontrak jadwal harian (min. 3x sehari).