



KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr. H DENGAN FOKUS INTERVENSI
*VIRTUAL REALITY (VR) DENGAN EVALUASI *SENSORY GROUNDING
TECHNIQUES (SGT)* PADA PASIEN *AUDITORY HALLUCINATIONS*
DI RSJD DR. ARIF ZAINUDIN SURAKARTA***

Oleh

EKA MAIA RAHMADHANI

2301011

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
FAKULTAS SAINS DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS AN NUUR**

2026

BAB II

KONSEP TEORI

A. KONSEP DASAR *AUDITORY HALLUCINATIONS*

1. Definisi

Halusinasi merupakan perubahan persepsi sensori seseorang dengan disertai respon yang berkurang, berlebih, atau terdistorsi sehingga menghasilkan interpretasi yang keliru terhadap stimulus nyata (Nurmarisa et al., 2025). Halusinasi muncul ketika pasien mempersepsikan lingkungan tanpa adanya stimulus nyata, dimana individu menginterpretasikan sesuatu yang tidak benar-benar ada dan tidak berasal dari stimulus eksternal yang objektif. Berdasarkan modalitas sensorik yang terganggu, halusinasi diklasifikasikan menjadi beberapa tipe yaitu *Auditory Hallucinations*, *Visual Hallucinations*, *Tactile Hallucinations*, *Olfactory Hallucinations*, *Gustatory Hallucinations*, *Cenesthetic Hallucinations*, dan *Kinesthetic Hallucinations* (Amira, Maulana, et al., 2023).

Halusinasi pendengaran maupun *Auditory hallucinations* atau biasa disebut *Auditory Verbal Hallucinations* (AVH) merupakan suara yang dipersepsikan oleh individu tanpa adanya stimulasi nyata (Smith et al., 2024). *Auditory hallucinations* merujuk pada pengalaman persepsi subjektif terhadap suara yang ditandai dengan *prestise* emosi negatif seperti kritik terhadap dirinya, ancaman, bahkan perintah yang bertentangan dengan keinginannya yang terkait erat dengan distress, misalnya keyakinan akan niat jahat dan kekuatan suara dianggap

memicu kecemasan dan depresi (Mahfoud et al., 2023). *Auditory hallucinations* terjadi ketika seseorang mendengar suara atau bunyi yang tidak nyata, Ketidakmampuan untuk membedakan antara relativitas objektif dan distorsi persepsi yang dialami (Sri Amelia et al., 2025).

Auditory Verbal Hallucinations (AVH) menjadi gejala utama dalam kondisi *psikopatologis*, termasuk gangguan stres pascatrauma, gangguan kepribadian, gangguan bipolar, depresi mayor, dan skizofrenia (Dumitru et al., 2024). Selain itu, *Auditory hallucinations* juga mengakibatkan pola aktivasi saraf yang abnormal, pola aktivasi tersebut menghasilkan sinyal pendengaran yang terkait dengan kesalahan dalam deteksi sinyal, defisit dalam *eksektif* dan *inhibisi*, ingatan dan ekspektasi, serta faktor-faktor lain yang memengaruhi bagaimana peristiwa atau pengalaman tersebut diinterpretasikan. Faktor emosional mempunyai peran penting dalam semua tingkat hierarki ini, misalnya kecemasan dapat muncul dari keyakinan individu tentang suara-suara ini, secara bersamaan mendorong munculnya kembali *Auditory hallucinations* sehingga dapat memperburuk kondisi, akibatnya *Auditory hallucinations* dianggap dapat memicu serangkaian gejala baru seperti gejala yang berhubungan dengan sindrom kecemasan (Shao et al., 2021).

Auditory hallucinations bukan hanya pengalaman sensoris yang tidak nyata, tetapi juga dapat secara signifikan memengaruhi kesejahteraan psikologis, interaksi sosial, dan kepatuhan terhadap pengobatan karena bukan hanya berpengaruh pada kondisi *psikopatologis* tetapi juga fungsi

kognitif dalam menjaga hubungan *interpersonal* yang sehat (Rafiyah et al., 2024). Penanganan halusinasi bukanlah soal melawan suara itu, tetapi memahami bagaimana suara itu membentuk ulang dunia pasien, dari pemahaman itulah kepatuhan terhadap pengobatan lahir, bukan karena paksaan, tetapi karena kepercayaan perlahan dibangun kembali (Bouso et al., 2023)

Karakteristik *auditory hallucinations* berbeda dengan halusinasi *visual* yang hanya dilihat, atau halusinasi taktil yang hanya dirasakan, *Auditory Verbal Hallucinations* (AVH) atau biasanya disebut halusinasi pendengaran lebih bersifat interaktif dan personal berupa suara bahkan yang lebih spesifik seperti memberi perintah, ajakan, berbicara dengan pasien terlebih ancaman yang ditujukan untuk pasien (Romeo & Spironelli, 2022). Hal ini mendukung terapi non-farmakologis *Sensory Grounding Techniques* (SGT) untuk memfokuskan pasien pada *sensory external* saat ini, melalui *Virtual Reality* (VR) dengan stimulus *immersive* karena pasien *Auditory hallucinations* menganggap *visual* ini merupakan imajinasi berdasarkan suara bisikan tidak nyata yang mereka dengar sehingga intervensi ini lebih efektif diterapkan pada pasien dengan halusinasi pendengaran dibandingkan dengan jenis halusinasi lain karena dapat membantu otak untuk menginput sensorik yang nyata (Deviantony et al., 2021).

2. Klasifikasi

Menurut (Amira, Hendrawati, et al., 2023) halusinasi sebagai fenomena psikopatologis dikategorikan ke dalam Sejumlah tipe berdasarkan modalitas sensorik yang terlibat. Meskipun klasifikasi ini secara praktis memudahkan identifikasi klinis, penting untuk dicermati bahwa batasan antar kategori sering kali bersifat spektral, di mana dua atau lebih modalitas sensorik dapat saling tumpang tindih dalam satu episode halusinasi. Dengan demikian, pengelompokan ini hendaknya dipahami sebagai alat bantu diagnostik, bukan sebagai entitas yang sepenuhnya diskrit dan independen. Berikut uraian klasifikasi halusinasi :

a. *Auditory Hallucinations* (Halusinasi Pendengaran)

Varian yang paling dominan dalam populasi klinis, terutama pada gangguan psikotik spektrum skizofrenia. Secara fenomenologis, individu mempersepsikan stimulus auditory berupa suara, bisikan, kebisingan, atau dialog tanpa adanya sumber eksternal yang objektif. muatan afektif dan kognitif dari suara tersebut sangat bervariasi, mulai dari netral, provokasi verbal, hingga perintah imperatif yang bersifat mengancam atau destruktif.

b. *Visual Hallucinations* (Halusinasi Penglihatan)

Gangguan persepsi visual ini bermanifestasi dalam spektrum yang luas, mulai dari fenomena elemental seperti pancaran cahaya atau pola geometris sederhana, hingga pemandangan kompleks yang melibatkan figur (manusia, hewan, atau objek) dengan narasi tertentu.

Karakteristik afektifnya dapat bersifat menyenangkan maupun terorifik, bergantung pada kondisi neurobiologis dan psikodinamik pasien. Halusinasi visual lebih sering dikaitkan dengan etiologi organik, seperti delirium, demensia, atau gangguan neurologis, dibandingkan dengan gangguan psikotik primer. Oleh karena itu, kemunculannya harus menjadi sinyal waspada bagi klinis untuk melakukan pemeriksaan neurologis dan metabolik yang komprehensif.

c. *Tactile Hallucinations* (Halusinasi Perabaan)

Jenis ini ditandai oleh sensasi taktil yang jelas Namun tanpa stimulus fisik yang teridentifikasi, seperti rasa tertekan, tertusuk, disengat, atau sensasi merambat pada permukaan kulit. Dari perspektif psikopatologis halusinasi taktil para dikaitkan dengan kondisi delusional parasitosis atau penggunaan zat psikoaktif misalnya kokain atau amfetamin. Kritis, validitas sensasi ini perlu dibedakan secara seksama dari parestesia organik atau gangguan sensorik perifer, sehingga pendekatan diagnostik multidisiplin melibatkan neurologi dan dermatologi menjadi sangat krusial untuk menghindari misdiagnosis.

d. *Olfactory Hallucinations* (Halusinasi Penciuman)

Gangguan persepsi rasa dimana seseorang seolah mencium atau menghirup aroma yang sebenarnya tidak ada di sekitarnya, seperti bau busuk, amis, metalik, menjijikan, bahkan bau harum yang secara objektif tidak terdeteksi oleh orang lain. Dalam praktik klinis,

Olfaktorius bersifat tidak menyenangkan dan dikaitkan dengan gangguan di lobus temporalis medial, termasuk epilepsi parsial kompleks.

e. *Gustatory Hallucinations* (Halusinasi Pengecapan)

Persepsi rasa di mana individu merasakan cita rasa yang tidak wajar seperti busuk, metalik atau menjijikkan Tanpa adanya stimulus makanan atau minuman. Sama seperti halusinasi penciuman, varian ini seringkali menunjukkan keterlibatan patologis di area partikel insular atau sistem limbik. Gangguan ini seringkali diabaikan dalam pengkajian rutin karena pasien cenderung tidak melaporkannya secara spontan sehingga klinis perlu secara proaktif mengeksplorasi keluhan ini guna mendapatkan gambaran gejala yang holistik

f. *Cenesthetic Hallucinations* (Halusinasi *Cenesthetic*)

Halusinasi cenesthetic terjadi ketika pasien merasa adanya sensasi viseral palsu yang berasal dari organ dalam, seperti merasakan aliran pada pembuluh darah vena atau arteri, gerakan usus yang tidak lazim seperti merasakan pencernaan makanan yang tidak nyata, atau sensasi berdenyut di area toraks atau abdomen. Fenomena ini mencerminkan gangguan integrasi proprioseptif dan interioseptif pada tingkat sistem otonom.

g. *Kinesthetic Hallucinations* (Halusinasi *Kinesthetic*)

Halusinasi kinesthetic Dialami pasien ketika adanya persepsi gerakan atau perubahan posisi tubuh yang dialami secara subjektif tanpa

adanya pergerakan fisik yang objektif individu merasakan seolah-olah ekstremitasnya bergerak tubuhnya melayang, atau posisinya berubah, meskipun secara faktual ia berada dalam keadaan diam. halusinasi kinesthetic kaitanya dengan disregulasi sistem serebral dan ganglion basal, serta sering muncul pada kondisi psikotik berat atau sindrom penarikan zat.

1. Etiologi

Berdasarkan perspektif teoretis yang dipaparkan oleh (Rostiana Dwi Lestari et al., 2023) fenomena *auditory hallucination* tidak muncul secara tiba-tiba atau disebabkan oleh satu faktor tunggal, melainkan berasal dari dua kelompok penyebab besar yang saling terkait satu sama lain. Kelompok penyebab yang pertama faktor predisposisi yakni serangkaian kondisi mendasar yang telah lama terpendam dalam diri ini individu, seperti riwayat genetik, kepribadian pengalaman traumatis masa lalu, atau kerentanan biologis yang secara tidak langsung membentuk latar belakang munculnya masalah. Sementara itu kelompok penyebab yang kedua yaitu faktor presipitasi yakni berbagai pemicu eksternal maupun internal yang bersifat lebih *situasional* dan *conditional* seperti tekanan psikososial yang berat, konflik antar personal yang tidak terselesaikan, kehilangan orang yang dicintai, atau perubahan drastis dalam lingkungan hidup yang kemudian berfungsi sebagai stimulus pencetus atau stressor akut yang memicu manifestasi gejala halusinasi yang diuraikan sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi (Faktor Kerentanan Dasar)

Faktor predisposisi Merujuk pada serangkaian kondisi fundamental yang membentuk profil perentanan individu, yang secara signifikan mempengaruhi kapasitas coping serta ketersediaan sumber daya psikologis dan sosial dalam merespon tekanan pasukan sosial untuk dengan kata lain, faktor ini bukan sekedar pemicu, melainkan landasan yang menentukan ambang batas toleransi stres seseorang.

1) Dimensi Perkembangan

Gangguan pada tahapan perkembangan psiko sosial, terutama yang berkaitan dengan pembentukan keterikatan dan kompetensi interpersonal terbukti meningkatkan kerentanan terhadap distorsikologis dan kecemasan kronis di kemudian hari. Hal ini menunjukkan bahwa defisit perkembangan awal berperan sebagai prediktor signifikan terhadap disregulasi emosi

2) Dimensi Sosiokultural

Kondisi sosial yang menimbulkan pengalaman marginalisasi, eksklusi atau diskriminasi secara sistemik dapat mengikis rasa yang memiliki dan dukungan sosial, yang pada gilirannya memicu isolasi psikologis. Individu yang merasa ditolak oleh lingkungan budayanya sendiri cenderung kehilangan jangkar identitas, sehingga memperlemah ketahanan mental.

3) Dimensi Biokimia

Paparan stres kronis dan berat terbukti memiliki jenis regulasi neurologis, yang ditandai dengan peningkatan produksi zat Halusinogenik endogen, seperti bufotenin dan dimethyltryptamine (DMT) Yang berpotensi mengganggu keseimbangan neurotransmitter dan memicu pengalaman sensorik semua temuan ini mengindikasikan adanya mekanisme fisiologis yang menjembatani strategis dengan gejala halusinasi.

4) Dimensi Psikologis (Kepribadian)

Individu dengan profil kepribadian yang ditandai oleh kelemahan ego impulsivitas tinggi, dan rendahnya tanggung jawab personal menunjukkan Perintis posisi yang lebih besar terhadap perilaku penyalahgunaan zat adiktif sebagai mekanisme pelarian. kecenderungan ini mencerminkan hambatan dalam pengambilan keputusan adaptif, di mana individu lebih memilih gratifikasi instan dan realitas alternatif sebagai substitusi terhadap tuntutan kehidupan nyata yang dianggap tidak dapat dikelola.

5) Dimensi Sosial-Budaya (Relasional)

Tahap awal intervensi, pasien kerap menunjukkan penarikan diri dari relasi sosial nyata karena mempersepsikan lingkungan sosial sebagai ancaman nyata titik akibatnya, pasien juga menginvestasikan energi psikisnya pada dunia halusinasi yang secara keliru berfungsi sebagai medium substitutif untuk

memenuhi kebutuhan akan afiliasi, pengakuan di harga diri dan kontrol personal kebutuhan yang gagal dipenuhi dalam kehidupan sosial faktual..

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan serangkaian kondisi atau kejadian yang bersifat situasional dan temporal yang berperan sebagai katalis dalam munculnya atau memperparah gejala halusinasi (Kirana et al., 2022). Respon pasien terhadap *auditory hallucinations* dapat memperkuat siklus gejala yang termanifestasi dalam bentuk kecurigaan patologis, ketakutan irasional kebingungan kognitif perasaan tidak aman, dan agitasi psikomotor..

1) Dimensi Fisik (*Somatosensory*)

Faktor fisik meliputi kelelahan ekstrem akibat gangguan ritme sirkadian defisit tidur kronis karena perubahan pola tidur yang signifikan, penggunaan zat psikoaktif yang tidak terkontrol dapat menginduksi naurotoksistas dan mengganggu integritas fungsi saraf pusat, kondisi medis seperti demam, nyeri kronis, atau penyakit fisik yang sebelumnya pernah terjadi namun memperburuk gejala kesehatan mental, dan lingkungan fisik yang kurang kooperatif seperti kurang privasi, lingkungan yang bising, perubahan habits yang drastis dapat menjadi pemicu stres berkelanjutan.

2) Dimensi Emosional (Afektif)

Secara efektif, Pencetusnya meliputi kecemasan maladaptif yang bersifat persisten dan tidak teratasi, perasaan tidak berharga (*worthlessness*), keputusasaan (*hopelessness*), serta ketidakberdayaan (*helplessness*) yang berkepanjangan. Kecemasan yang berlebihan terhadap peristiwa spesifik atau situasi ambigu dapat memicu respon halusinasi berupa suara perintah yang bersifat imperatif dan mengancam. karakteristik suara ini Secara langsung melemahkan kapasitas pasien untuk mempertahankan kontrol emosional, sehingga pasien kehilangan kemampuan untuk melawan atau menolak perintah halusinasi tersebut

3) Dimensi Intelektual (Kognitif)

Pada tataran kognitif timbulnya halusinasi mencerminkan upaya ego untuk mempertahankan keseimbangan psikis dengan menekan impuls atau konflik yang tidak dapat diintegrasikan. Mekanisme pertahanan ini justru menghasilkan kewaspadaan berlebihan (*hypervigilance*) yang bersifat maladaptif di mana perhatian pasien menjadi tersedot secara dominan oleh rangsangan internal atau halusinasi hingga mengorbankan kapasitas atensi terhadap realitas eksternal dan fungsi eksekutif lainnya.

4) Dimensi Sosial (Relasional)

Dalam rangka sosial, pasien mengalami distorsi persepsi terhadap interaksi interpersonal sehingga relasi sosial dianggap sebagai ancaman eksistensial. Sebagai kompensasi, pasien justru lebih terlibat secara emosional dengan pengalaman halusinasinya yang secara keliru dianggap sebagai wahana yang aman untuk memenuhi kebutuhan afiliasi, kontrol diri, dan pengakuan harga diri kebutuhan yang secara konsisten tidak terpenuhi dalam interaksi sosial nyata.

5) Dimensi Spiritual

Dari perspektif ini, pasien merasakan pengalaman yang hampa atau kekosongan dalam hidup (*existential vacuum*), menjalani rutinitas harian tanpa nilai substansial, kehilangan akal sehatnya sebagai syarat melakukan aktivitas beribadah, dan jarang melakukan upaya spiritual untuk penyucian. Pasien merasa terjaga karena mengalami kehampaan akibat hidupnya kosong dan tidak memiliki tujuan hidup yang jelas sehingga membuat pasien sering mengutuk nasib atas dirinya sendiri.

2. Manifestasi klinik *Auditory Hallucinations*

Menurut (Ihsanudin et al., 2024) gambaran tak terbatas pada pengalaman sensorik, melainkan terwujud dalam serangkaian perubahan perilaku dan kognitif yang dapat diobservasikan secara sistematis. Secara operasional, individu dengan kondisi ini para penunjukan ekspresi afektif

yang tidak sesuai dengan konteks seperti sering tersenyum atau tertawa yang pasti mulus eksternal yang disebut yang mengindikasikan adanya respon emosional terhadap rangsangan internal. Di samping itu, Kecenderungan untuk larut dalam bangunan dan fantasi berlebihan mencerminkan gangguan dalam regulasi perhatian dimana kapasitas kognitif lebih banyak terserap oleh dunia internal dibandingkan tuntutan realitas objektif. Tanda dan gejala yang terjadi ketika mengalami halusinasi yaitu :

- a. Menampilkan efek positif yang berlebihan secara situasional berupa ekspresi wajah smile dan vokalisasi tawa yang tidak selalu terkait dengan stimulus eksternal yang relevan.
- b. Menunjukkan kecenderungan disosiatif ringan Melalui aktivitas imajinatif yang berlebihan dan Lamunan yang mengganggu kapasitas potensi terhadap realitas objektif.
- c. Mengadopsi perilaku menghindari sosial dan isolasi interpersonal yang ditandai dengan berkurangnya inisiatif untuk menjalin kontak maupun merespon interaksi dari lingkungan sekitar.
- d. Terkadang lebih fokus dengan pengalaman sensori dibanding kenyataan.
- e. Mengalami gangguan pada realitas testing yaitu penurunan kapasitas dalam membedakan secara konsisten antara rangsangan yang berasal dari dunia nyata dengan yang bersifat subjektif atau imajinatif
- f. Memperlihatkan keindahan neurologis halus berupa tatapan mata yang kosong dan fiksasi visual pada satu, gerakan pinggir tanpa produksi

vokal, sakad mata yang cepat, serta keterlambatan respon motorik terhadap rangsangan verbal maupun non verbal.

- g. Menunjukkan diseregulasi emosi yang bersifat emplusif dan reaktif meliputi luapan amarah mendadak, peningkatan kecurigaan interpersonal kecemasan persistent, iritabilitas tinggi, hingga kecenderungan perilaku destruktif yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, maupun benda-benda di sekitarnya .
- h. Memperlihatkan tanda-tanda somatik dan psikomotor dari hyperarousal antara lain kegelisahan motorik, ketegangan otot wajah yang menetap, serta respon emosional yang dapat membujuk terhadap provokasi minimal.
- i. Malam itu pasti sistem saraf otonom yang tergambar secara fisiologis melalui peningkatan frekuensi denyut jantung, laju pernapasan yang lebih cepat dari rata-rata, serta elevasi tekanan darah sistolik dan diastolik yang bermakna.
- j. Menunjukkan referensi lingkungan yang minim stimulus sosial dengan kecenderungan memilih ruang terisolasi dan bunyi ketimbang area dengan kepadatan interpersonal tinggi.
- k. Menunjukkan ketidakstabilan afektif yang fluktuatif dan signifikan dalam rentang waktu yang relatif singkat tanpa adanya pencetus proporsional yang jelas.

3. Tahapan Halusinasi

Berdasarkan kerangka konseptual yang dikemukakan oleh (Amira, Hendrawati, et al., 2023) perkembangan *auditory hallucinations* dapat dipetakan kedalam empat fase progresif yang masing-masing menunjukkan intensifikasi gejala dan *deteriorasi* kontrol diri pasien secara bertahap, sebagaimana tahapannya diuraikan sebagai berikut :

a. Tahap I *Comforting* (Menyenangkan)

Pada tahun inisiasi, pasien masih mengalami sensasi halusinasi yang bersifat afirmatif dan selaras dengan skema kognitifnya sehingga menimbulkan respon afektif yang indah seperti kecemasan isolasi sosial, perasaan bersalah, dan ketakutan laten. sebagai mekanisme koping awal, pasien cenderung memfokuskan perhatian pada konten halusinasi yang menyenangkan demi meredam ketegangan psikologis yang muncul strategi ini justru memperkuat keterkaitan pada distorsi persepsi.

b. Tahap II *Condemning* (Menjijikkan)

Memasuki tahap kedua halusinasi mulai bergeser menjadi tidak menyenangkan atau bahkan revolusif secara emosional titik pada titik ini kapasitas pasien untuk melakukan regulasi kognitif terhadap pikiran distorsif mulai terkikis sehingga batas antara realitas objektif dan *konstruksi delusional* menjadi kabur. Gejala ini diperkuat oleh manifestasi fisiologis yang terukur seperti peningkatan denyut jantung, laju pernafasan yang lebih cepat, dan elevasi tekanan darah, yang

mengindikasikan adanya aktivasi berlebihan pada sistem saraf otonom sebagai respon terhadap stress psikologis yang berkepanjangan.

c. Tahap III *Controlling* (Mengendalikan)

Pada tahap ketiga yang ditandai oleh kecemasan berat, pengalaman sensorik halusinasi telah berkembang menjadi entitas yang dominan dan secara langsung mempengaruhi perilaku pasien. kondisi ini tergolong ke dalam spektrum gangguan psikotik dimana pasien tidak lagi mampu menolak atau mengabaikan instruksi yang berasal dari halusinasinya, meskipun perintah tersebut berpotensi membahayakan diri sendiri maupun orang lain. Konsekuensinya, ASEAN menunjukkan pola habituasi terhadap keberadaan halusinasi sekaligus perasaan ketidakberdayaan yang mendalam, yang secara signifikan menghambat upaya intervensi terapeutik.

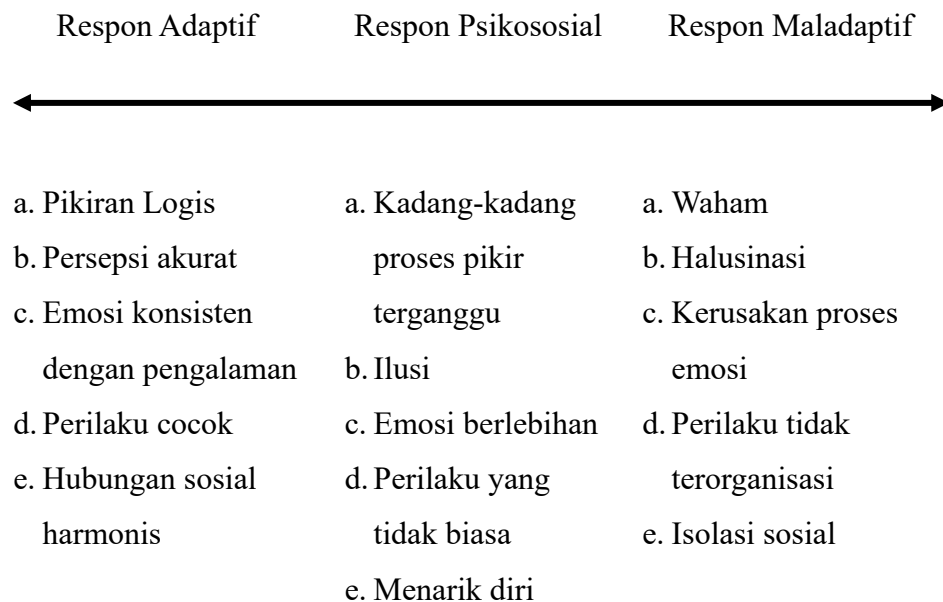
d. Tahap IV *Conquering* (Menaklukkan)

Tahap ini sebagai tahap terminal dalam perkembangan halusinasi yang Mempresentasikan kondisi panik yang marah, di mana pasien telah kehilangan seluruh kendali atas fungsi kognitif dan persepsinya. Termasuk dalam kategori gangguan psikotik berat, konten halusinasi Pada tahap ini bertransformasi menjadi ancaman yang koersif bersifat imperatif dan disertai dengan kritik vokalisasi yang agresif apabila pasien tidak mematuhi kehendak halusinasi tersebut akibatnya pasien mengalami teror psikologis yang ekstrem, hilangnya otonomi pribadi, disorientasi realitas yang kronis, serta keputusan

berelasional yang nyata dari lingkungan sosial sekitarnya sehingga memerlukan penanganan klinik dan intensif dan multidisiplin.

4. Rentang Respon

Halusinasi pendengaran justru menampakkan diri dalam spektrum respons yang sangat dinamis dan subjektif. Rentang pengalaman ini tidak hanya bervariasi dari satu individu ke individu lain, tetapi juga dapat berfluktuasi pada orang yang sama tergantung pada kondisi emosional, konteks sosial, dan tingkat kesadaran diri saat itu. Rentang respon *Auditory hallucinations* menurut perspektif (Larasati & Widodo, 2023) yaitu :



Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi

Keterangan :

a. Respon Adaptif

Didefinisikan sebagai serangkaian pola respon individu yang selaras dengan nilai-nilai serta norma sosial budaya yang berlaku di masyarakat, sehingga tergolong sebagai bentuk penyesuaian diri yang sehat dan fungsional secara psikososial. secara operasional, respon

atau tips ini dapat diuraikan ke dalam 5 dimensi pokok sebagaimana dipaparkan berikut ini :

- 1) Pikiran logis merupakan merujuk pada kapasitas kognitif untuk membentuk gagasan, penilaian, dan penalaran yang didasarkan pada fakta objektif serta data empiris yang dapat diverifikasi bukan pada asumsi irasional atau distorsi kognitif. Dengan demikian, pola pikir ini mencerminkan orientasi terhadap realitas yang nyata dan dapat dipertanggungjawabkan secara rasional..
- 2) Persepsi akurat merupakan pKemampuan sensorik dan kognitif dalam menafsirkan rangsangan eksternal maupun internal secara tepat dan proporsional terhadap keadaan sebenarnya. persepsi yang akurat menghindarkan individu dari kesalahan interpretasi terhadap lingkungan, sehingga keputusan dan tindakan yang diambil tetap relevan dengan konteks faktual yang dihadapi.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman Mengacu pada keselarasan antara respon afektif yang muncul dengan rencana pemicu dimana intensitas dan arah emosi tersebut selaras dengan pola-pola emosional yang telah terbentuk dari pengalaman masa lalu yang relevan. Dengan kata lain, reaksi emosional tidak berlebihan atau menyimpang secara signifikan dari ekspektasi normatif berdasarkan situasi beserta yang pernah dialami sebelumnya.
- 4) Perilaku cocok Mencakup tindakan-tindakan nyata yang ditampilkan individu dalam merespon situasi tertentu, di mana

perilaku tersebut masih berada dalam batas-batas pelajaran sosial, tidak melanggar, serta tidak menimbulkan konsekuensi negatif yang signifikan bagi diri sendiri maupun orang lain.

- 5) Hubungan sosial harmonis merupakan jembatan yang menjadi proses interaksi antara individu dan orang lain.

b. Respon Psikososial

Respon psikososial merupakan reaksi atau hubungan dinamis individu yang membentuk interaksi dengan sesama manusia dimana dapat didominasi oleh faktor intelektual dan emosional.

- 1) Proses pikir terganggu merupakan terganggunya proses berpikir pada individu.
- 2) Ilusi merupakan interpretasi atau salah penafsiran terhadap objek nyata akibat adanya rangsangan oleh panca indera.
- 3) Emosi berlebihan merupakan terjadinya emosi yang terlalu kuat maupun berkurang.
- 4) Perilaku tidak biasa merupakan manifestasi tindakan atau respon individu yang menyimpang secara signifikan dari norma-norma sosial budaya atau situasional yang berlaku di lingkungannya.
- 5) Menarik diri (Social withdrawal) Merujuk pada pola perilaku menghindar yang dilakukan individu sebagai bentuk pengurangan kontak interpersonal secara sadar maupun tidak sadar.

c. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan Pola perilaku individu dalam menghadapi dan menyelesaikan masalah yang menyimpang secara signifikan dari norma-norma yang berlaku baik dari sisi sosial budaya maupun konteks lingkungan tempat individu tersebut berada (Rahmi Hendri et al., 2025). Definisi ini mengindikasikan bahwa respon malah adaptif tidak semata-mata bersifat individual melainkan juga merupakan produk dari ketidak selarasan antara mekanisme koping internal seseorang dan tuntutan eksternal dari lingkungan sosialnya.

- 1) Gangguan kognitif (Kelainan pikiran) merupakan keyakinan yang kaku, resisten terhadap perubahan, tidak didukung bukti empiris maupun validasi sosial, serta bertentangan dengan realitas objektif.
- 2) Gangguan Persepsi: Halusinasi yakni pengalaman sensorik tanpa stimulus eksternal yang nyata, meliputi berbagai modalitas Indra yang mengindikasikan distorsi mendasar dalam pemrosesan informasi sensorik otak.
- 3) Gangguan afektif (Kerusakan proses emosi) merupakan respon emosional yang tidak proporsional terhadap situasi, mencerminkan ketidakstabilan atau disregulasi dalam sistem afektif.
- 4) Gangguan perilaku (Perilaku tidak terorganisir) Merupakan Pola tindakan yang kacau hubungan tidak terarah, dan kehilangan koherensi fungsional sehingga menghambat aktivitas terstruktur dan kemampuan adaptasi sehari-hari.

- 5) Gangguan relasional (Isolasi sosial) yakni keterpisahan dari jaringan sosial, baik karena faktor internal (penarikan diri) maupun eksternal (penolakan lingkungan) yang dipersepsikan sebagai ancaman dan beresiko memperburuk kondisi psikologis secara berkelanjutan

5. Komplikasi

Secara klinis, halusinasi tidak hanya berdampak pada ranah persepsi, tetapi juga memicu serangkaian komplikasi sistemik yang memperburuk prognosis pasien secara menyeluruh (Karolina & Avelina, 2024). Komplikasi tersebut mencakup berbagai dimensi gangguan antara lain:

- a. Gangguan efektif berupa depresi klinis yang memperkuat siklus distorsi maupun program kapasitas regulasi emosi pasien.
- b. Eskalasi ideasional yang bersifat fatalistik, ditandai oleh pikiran berulang mengenai kepentingan yang dimiliki intensitas tinggi dan resisten terhadap intervensi kognitif.
- c. Dorongan fungsional yang kuat untuk mengakhiri hidup yang mempresentasikan transisi dari tahap ideasional ke tahap aksional dalam spektrum risiko bunuh diri.
- d. Penurunan status nutritional yang disebabkan oleh disfungsi perilaku makan baik karena kehilangan nafsu makan maupun interpretasi patologis terhadap makanan.
- e. Deteriorasi Kapasitas fungsional dalam pemenuhan kebutuhan dasar yang mencerminkan hilangnya otonomi personal dan ketergantungan

pada bantuan eksternal.

- f. Manifestasi perilaku yang melanggar norma sosial dan hukum yang berpotensi menimbulkan konsekuensi kriminal serta dilema etis dalam tatanan masyarakat.
- g. Hambatan produktivitas yang bersifat kumulatif meliputi ketidakmampuan partisipasi dalam aktivitas akademik maupun profesional secara berkelanjutan.
- h. Pola hidup yang tidak terkontrol, seperti merokok atau penyalahgunaan zat psikoaktif yang berfungsi sebagai faktor perpetuasi sekaligus komorbiditas yang memperberat kondisi klinis secara keseluruhan.

6. Psikopatologi

Hufford menggunakan buku dari Ernest Jones yang berjudul “*On the Nightmare*” sebagai contoh bagaimana teori *psikoanalitik* dapat mengasimilasi beragam keyakinan ke dalam penjelasan reduktif. *Reduksionisme* ini di antara pandangan psikoanalisis lainnya, akan mengonseptualisasikan keyakinan agama sebagai pertahanan neurotik atau teori bawah sadar, halusinasi juga dianggap sebagai akibat dari malfungsi neuropsikologis dalam pemantauan ucapan. Model kognitif telah diterapkan pada faktor-faktor kognitif terisolasi yang berpotensi terkait dengan munculnya halusinasi (misalnya, hiperaktivasi skema kognitif, predisposisi pencitraan auditori, atau peningkatan persepsi) dan

pemeliharaannya (misalnya, perilaku konfirmatori atau keyakinan tentang suara-suara tersebut) (Carlos Bouso et al., 2023).

7. Pemeriksaan Penunjang

Untuk mengidentifikasi etiologi organik maupun psikososial yang mendasari munculnya halusinasi, serangkaian pemeriksaan penunjang diagnostik dapat dilakukan guna meningkatkan kemungkinan penyebab medis struktural, metabolik, maupun toksikologis (Kirana et al., 2022) Pemeriksaan penunjang tersebut mencakup :

- a. Analisis laboratorium darah dan urine, untuk mendeteksi adanya proses infeksi sistemik serta skrining terhadap konsumsi alkohol dan zat adiktif (NAPZA) yang berpotensi memicu episode psikotik.
- b. *Elektroensfalogram* (EEG), yaitu rekaman aktivitas bioelektrik cerebral yang digunakan untuk mengevaluasi kemungkinan adanya pola gelombang otak abnormal sebagai indikasi epilepsi lobus temporal yang sering dikaitkan dengan halusinasi ictal maupun interictal.
- c. Pencitraan struktural otak (CT Scan dan MRI), untuk mengidentifikasi lesio organik intracranial, termasuk infark serebral, perdarahan, trauma kepala, neoplasma, atau *atrofi regional* pada area *temporoparietal*.
- d. Pemeriksaan Fungsi Endokrin (Tiroid dan Hormon lain), Untuk mengeksplorasi gangguan endokrin seperti *hipertiroidisme* atau

hipotiroidisme, yang keduanya dapat bermanifestasi dengan gejala psikotik termasuk halusinasi.

8. Penatalaksanaan

a. Farmakologis

- 1) *Psikofarmakoterapi* berdasarkan tinjauan (Hidayatun Nikmah, 2022), intervensi farmakologis pada gangguan *psikotik* yaitu *Butirefenon* dan *Fenotiazin* yang diuraikan berikut :

a) Golongan *Butirefenon*

Kelas obat-obatan sintetis yang utamanya digunakan sebagai *antipsikotik* yang utamanya digunakan sebagai neuroleptik. Mekanisme kerja utama berperan sebagai antagonis reseptor dopamin D2 di sistem saraf pusat yang menekan hiperaktivitas *dopaminergik* yang diduga kuat menjadi *substrat neurologis* dari gejala *psikotik* seperti ilusi dan delusi. Contoh obat yang termasuk golongan *butirefenon* meliputi: haloperidol, droperidol, melperone, benperidol, azaperone, dan trifluoperidol.

b) Golongan *Fenotiazine*

Suatu golongan senyawa *heterosiklik* yang berasal dari berbagai obat farmasi yang sangat bioaktif, terutama digunakan sebagai antipsikotik (generasi pertama atau tipikal). Obat-obatan dalam golongan ini bekerja dengan cara memblokir reseptor *dopaminergik* di sistem saraf pusat,

meskipun banyak juga yang bersifat *antikolinergik*, *antiadrenergik*, dan *antihistamin*. Contoh obat yang termasuk golongan *fenotiazin* meliputi klorpromazin, flufenazin, prometazin, tioridazin, perfenazin.

2) Psikoterapi

Terapi kejang listrik atau Terapi *Elektrokonvulsif* (ECT) merupakan metode pengobatan yang menginduksi kejang secara artifisial, umumnya dikenal sebagai "kejang listrik" pada area temporalis, baik nilateral maupun bilateral dengan intensitas 4-5 joule per detik. Modalitas ini diindikasikan pada pasien skizofrenia yang menunjukkan resistensi terhadap regimen anti psikotik konvensional, baik oral maupun parenteral sebagai alternatif terapeutik pada kasus refrakter.

3) Rehabilitasi

Terapi ini dirancang untuk memfasilitasi reintegrasi sosial pasien melalui interaksi terstruktur dengan sesama pasien, tenaga keperawatan, dan tim medis, seperti terapi okupasi yang bertujuan untuk mencegah isolasi sosial yang beresiko memperkuat pola perilaku maladaptif dan mencetuskan ke gangguan halusinasi. Oleh karena itu, pasien didorong untuk berpartisipasi aktif dalam aktivitas kelompok, seperti permainan kooperatif atau program latihan berbasis komunitas guna memulihkan fungsi psikososial secara bertahap.

b. Non-Farmakologis menurut (Sri Amelia et al., 2025)

1) Terapi musik

Terapi musik klasik adalah metode relaksasi yang cocok untuk pasien yang mengalami *auditory hallucinations*. Terapi ini meningkatkan ketenangan, mengurangi agresi, membantu mengelola emosi, berkontribusi pada perkembangan moral dan spiritual, serta mengobati gangguan psikologis (Utami et al., 2024).

2) Terapi spiritual

Terapi spiritual atau biasa disebut terapi psikoreligius merupakan strategi efektif secara ilmiah dalam mengurangi gejala *auditory hallucinations* karena membantu pasien berfokus pada praktik spiritual yang dapat menenangkan. Mekanisme kerjanya diyakini didasarkan pada relaksasi, pengurangan kecemasan, dan pengalihan suara yang terdengar tidak nyata.

3) Terapi *Grounding*

Grounding Techniques merupakan teknik sensorik yang dirancang terutama terkait pengelolaan kecemasan, stres, dan serangan panik dengan membantu memfokuskan kembali pada realita saat ini. *Grounding* sebagai strategi koping yang dirancang untuk mengatasi disosiasi serta sensasi internal yang mengganggu tujuannya untuk melibatkan indera pada individu secara sadar (Umy Yonaevy & Ratih Prananingrum, 2024).

B. KONSEP TEORI *VIRTUAL REALITY* (VR) DENGAN EVALUASI *SENSORY GROUNDING TECHNIQUES* (SGT)

1. Definisi

Virtual Reality (VR) menurut (Fatuh Rachman et al., 2023) merupakan *device* atau alat yang digunakan sebagai salah satu pemanfaatan teknologi *Virtual Reality* untuk menciptakan stimulus secara tiga dimensi. Media yang digunakan dalam terapi ini menggunakan pendekatan alam, merujuk pada penggunaan alam yang disimulasikan secara digital. Terapi ini dirancang untuk mengekspos individu secara bertahap untuk melatih pasien dalam membedakan antara *delusi* dan objek nyata. Melalui pendekatan alam dapat meningkatkan terciptanya kondisi mental yang lebih tenang, dengan demikian memungkinkan otak memproses rasa takut secara efektif tanpa diliputi kecemasan (Rahmi Hendri et al., 2025).

Pendekatan alam dikenal dalam terapi psikologi sebagai elemen yang menenangkan atau biasa disebut *Attention Restoration Theory* (ART). Media alam yang dapat digunakan seperti pemandangan alam yang tenang, pedesaan, aliran sungai, air terjun, potret hutan yang rindang dan pemandangan pantai disertai ombak. Dengan mengkolaborasikan antara *exposure* dan pendekatan alam memudahkan pasien dalam mengklasifikasikan realitas nyata maka dapat mengindikasikan dan mengurangi gangguan stimulus *internal* yang terjadi (Kouijzer et al., 2023).

Penelitian ini memanfaatkan teknologi menggunakan *Virtual Reality* (VR) sebagai perangkat keras utama dalam pelaksanaan intervensi terapi sebagai *device*-nya. Penggunaan VR dipilih karena kemampuannya untuk menyajikan simulasi lingkungan multi sensori yang dapat dimanipulasi secara presisi. Pemanfaatan teknologi VR memungkinkan pengguna memperoleh pengalaman imersif (*Immersive experience*) yang mampu meningkatkan fokus, keterlibatan pasien, serta efektivitas terapi melalui simulasi lingkungan virtual yang dirancang sesuai tujuan terapeutik. Pada penelitian ini, terapi *Virtual Reality* (VR) diberikan selama ± 5 menit sebagai tahap orientasi realitas sebelum dilakukan evaluasi menggunakan *Sensory Grounding Techniques* (SGT). Pemilihan durasi tersebut mempertimbangkan kenyamanan pasien, meminimalkan risiko *cybersickness*, serta menciptakan ekosistem simulasi yang dapat dikontrol secara sistematis sehingga memungkinkan standarisasi stimulus dan pengukuran respon yang lebih akurat dibandingkan metode konvensional (Smith et al., 2024).

Meskipun demikian, implementasi terapi berbasis teknologi tidak selalu bergantung pada perangkat VR yang relatif memiliki biaya tinggi dan aksesibilitas terbatas. Perkembangan teknologi digital saat ini memungkinkan terapi dilakukan secara mandiri menggunakan perangkat yang lebih sederhana dan mudah dijangkau masyarakat dengan peralihan perangkat (*device transition*) menggunakan *Smart TV*, *Smartphone* maupun *Handphone* sehingga dapat memperluas akses layanan kesehatan

mental secara mudah. Di Indonesia, pengembangan inovasi tersebut sedang dilakukan oleh tim Fakultas Ilmu Keperawatan Indonesia melalui program yang dikenal dengan nama “PeriXa Batin”, inovasi ini dirancang sebagai pendekatan digital berupa aplikasi untuk mengatasi masalah kesehatan mental dengan kolaborasi atau penggabungan *hipnoterapi* dan teknologi *eXtended Reality* (XR), tim pengembangan berencana menciptakan versi *mobile* dari aplikasi tersebut agar dapat diakses melalui *smarthphone* tanpa menggunakan perangkat *Virtual Reality* (VR). Pengembangan ini sebagai langkah strategis untuk meningkatkan keterjangkauan dan kemudahan penggunaan teknologi terapi digital di masyarakat (Mahasiswa Keperawatan UI, 2025).

Sensory Grounding Techniques (SGT) merupakan teknik terapeutik yang dikembangkan untuk membantu individu yang mengalami halusinasi, disosiasi, serta trauma dengan cara mengalihkan fokus individu untuk memusatkan pikiran atau pengalaman terhadap gangguan persepsi sensori *internal*, dengan demikian dapat mengalihkan fokus pasien terhadap pengalaman sensori *eksternal* yang nyata. Prinsip yang mendasari pada teknik ini bahwa individu dapat menggunakan panca indera sesuai insting mereka untuk terhubung dengan koneksi dunia nyata, maka dari itu dapat mengurangi intensitas gejala psikologis yang seringkali dianggap mengganggu pasien (Umy Yonaevy & Ratih Prananingrum, 2024).

Teknik *Grounding* ini dilakukan dengan metode 5-4-3-2-1 melibatkan serangkaian pengenalan panca-indera, yakni mengidentifikasi

lima hal yang dapat dilihat melalui visual, empat hal yang dapat disentuh/diraba, tiga suara yang dapat didengar, dua hal yang dapat dicium, dan satu hal yang dapat dirasakan. Pendekatan ini mendorong *desensitisasi* terhadap pemicu emosional melalui panca indera. *Sensory Grounding Techniques* (SGT) dikembangkan untuk menangani halusinasi spesifik dimana pasien terjebak pada persepsi *auditory* maupun *visual* yang keliru seolah individu yang mempersepsikan adanya bunyi-bunyi atau benda-benda yang sesungguhnya tidak terdapat dalam realitas objektif, seolah-olah sumber persepsi tersebut benar-benar hadir di hadapannya. Dengan berfokus pada elemen sensori *eksternal* seperti pengenalan objek nyata, metode ini dapat membantu memutus siklus persepsi palsu yang memungkinkan otak memproses informasi yang lebih netral. Premis ini diperkuat oleh kerangka *neurobiologis*, efektivitas ini didasarkan pada mekanisme sistem rangsangan sensorik yang terstruktur dapat memodulasi hiperaktivitas di area otak yang bertanggung jawab atas respons emosional negatif seperti *amigdala*, sekaligus meningkatkan fungsi *korteks prefrontal* yang bertanggung jawab atas regulasi kognitif (Dellazizzo et al., 2022).

2. Tujuan

Tujuan utama *Virtual Reality* (VR) sebagai *device* untuk membantu mengurangi intensitas respon pasien terhadap stimulus *internal*, *Sensory Grounding Techniques* (SGT) untuk melatih fokus pasien dalam mengelola gejala psikologis seperti halusinasi, disosiasi, dan trauma

dengan meningkatkan kesadaran akan realitas saat ini, dengan demikian dapat mengurangi risiko *psikotik* atau gangguan panik, memperkuat regulasi emosi dan meningkatkan pengendalian diri, serta meningkatkan kualitas fungsi sosial yang lebih baik.

3. Mekanisme

Virtual Reality (VR) dengan evaluasi *Sensory Grounding Techniques* (SGT) bekerja melalui sistem aktivasi multisensori yang mengubah pemrosesan stimulus *internal* yang mengganggu oleh otak menjadi sinyal *eksternal* yang netral. Sistem ini didasarkan pada prinsip neurobiologis bahwa stimulasi sensorik dapat memodulasi respons emosional. Mekanisme ini bekerja melalui pembiasaan bertahap, di mana pasien berulang kali terpapar sensasi *eksternal*, yang membantu membangun toleransi terhadap pemicu *internal*.

4. Prosedur

Prosedur *Virtual Reality* (VR) dengan evaluasi *Sensory Grounding Techniques* (SGT) merupakan serangkaian langkah sistematis dan terstruktur yang dilakukan secara bertahap untuk membantu pasien dengan *auditory hallucinations* mengalihkan fokus dari rangsangan internal (halusinasi) ke rangsangan eksternal (nyata) melalui stimulasi ke-lima panca indera. Prosedur diawali dengan pemberian terapi paparan menggunakan *Virtual Reality* (VR) selama ± 5 menit sebagai sarana orientasi realitas, dilanjutkan dengan evaluasi menggunakan *Sensory*

Grounding Techniques (SGT) selama ± 5 menit dengan metode 5-4-3-2-1 (Umy Yonaevy & Ratih Prananingrum, 2024).

a. Menilai frekuensi halusinasi pasien

Terapis bertanya kepada pasien mengenai seberapa sering gejala atau frekuensi halusinasi muncul. Memastikan pasien berada di lingkungan tenang, nyaman, dan terbebas dari hambatan.

b. Pengenalan metode

Menjelaskan tujuan, manfaat, dan efek samping *Virtual Reality* (VR) yang kemudian dilanjutkan dengan teknik *Grounding* untuk membantu pasien memusatkan pikiran pada realitas nyata di lingkungan saat ini. Mengajarkan metode 5-4-3-2-1 kepada pasien setelah memberikan terapi melalui *Virtual Reality* (VR).

c. Pelaksanaan

1) *Exposure* Bertahap

Mengaktifkan program VR dengan pendekatan alam yang menenangkan sesuai kesepakatan dan kebutuhan pasien (misalnya pantai, hutan, pegunungan, pedesaan) selama ± 5 menit.

2) Pemrosesan dan Refleksi

Pasien yang telah diberikan terapi stimulus *exposure* melalui *Virtual Reality* (VR) kemudian dapat mendiskusikan pengalamannya setelah diberikan paparan stimulus, mengidentifikasi pikiran *irasional*, serta mempelajari penerimaan

teknik koping pasien guna membantu pasien dalam bertransisi dengan hal baru.

3) Pelaksanaan Teknik *Grounding*

Setelah diberikan terapi melalui teknologi *immersive Virtual Reality* (VR), kemudian mengarahkan pasien dengan *auditory hallucination* melakukan teknik *Grounding* dengan menggunakan panca indera untuk mengalihkan kembali fokus pasien pada realita saat ini.

a) Langkah 1 : 5 Hal yang bisa dilihat.

Mengalihkan perhatian pasien kepada *eksternal* yang ada disekitarnya sekarang. Pasien mengidentifikasi dan mendeskripsikan 5 objek yang terlihat di sekitar (misal, “saya melihat pohon, bunga, gedung, kursi, dan sepeda).

b) Langkah 2 : 4 Hal yang bisa disentuh.

Fokus pada kemampuan memaparkan objek (*taktil*) yang dapat terjangkau oleh pasien secara mudah, mengarahkan apakah pasien mampu menyentuh objek yang dilihatnya (misal, “saya dapat menyentuh kursi, kertas halus, rumput taman, dan bunga).

c) Langkah 3 : 3 Hal yang bisa didengar.

Menggali apa yang dapat didengar dengan melatih kemampuan *auditory* sekaligus melatih kapasitas diskriminasi sensoriknya, membedakan antara suara nyata

yang berasal dari lingkungan fisik dengan suara semu yang muncul dari gangguan halusinatif (misal, “saya mendengar suara detak jantung, musik pelan, suara kendaraan).

d) Langkah 4 : 2 Hal yang bisa dicium.

Melatih *olfaktori* pasien untuk menyebutkan aroma apa yang dapat dicium saat ini (misal, “saya mencium aroma bunga dan kopi”).

e) Langkah 5 : 1 Hal yang bisa dirasakan.

Fokus pada *gustatori*, melatih pasien untuk merasakan 1 hal melalui mulut (misal, “saya merasakan makanan manis dari permen”).

d. Penguatan dan *Debriefing*

Jika gejala muncul selama proses, pasien dapat mengulangi langkah-langkah dari awal. Memberikan dorongan pasien untuk berlatih secara mandiri apabila gejala kembali muncul.

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Anamnesa atau biasa disebut pengkajian menjadi fase inisial dalam proses Asuhan Keperawatan yang mencakup kegiatan pengumpulan, analisis, dan sintesis data untuk mengidentifikasi permasalahan secara komprehensif. Data yang terkumpul selanjutnya dipresentasikan sebagai gambaran utuh (*holistic profile*) Mengenai kondisi pasien, yang mencakup dimensi biologis, psikososial, sosial, dan spiritual (Armando Tasijawa, 2020). Dalam konteks keperawatan jiwa, Pengkajian perlu mempertimbangkan sejumlah variabel kunci meliputi faktor predisposisi faktor presipitasi, identifikasi stressor, mekanisme koping, serta kapasitas pasien dalam menghadapi dan mengatasi kesulitan yang dialami.

a. Identitas

Komponen identitas mencakup informasi demografis dan administratif antara lain nama, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pelaksanaan pengkajian nomor rekam medik, dan tempat tinggal pasien..

b. Keluhan utama

Pada pasien dengan halusinasi, keluhan yang umumnya dilaporkan meliputi kecenderungan menarik diri dari interaksi sosial, sering merenung, berdiam diri di dalam kamar dalam waktu yang lama, berbicara sendiri tanpa berbicara yang jelas, serta ketidakmampuan

untuk menjalankan aktivitas rutin sehari-hari secara produktif.

c. Faktor Predisposisi

1) Faktor Genetik

Bersifat hereditas dan dapat ditularkan melalui kromosom tertentu, akan tetapi belum ada sumber dari penelitian yang jelas atas keterkaitan genetik dengan kromosom.

2) Faktor Biologis

Gangguan pada struktur dan fungsi otak diduga menjadi dasar munculnya respons *neurologis* yang maladaptif. Zat *halusigenik* yang terdapat pada dopamine, neropinetrin, indolamine berhubungan dengan terjadinya gangguan orientasi realitas.

3) Faktor Psikologis

Faktor pemicu dari ranah psikologis mencakup dinamika keluarga yang disfungsi, kualitas pengasuhan yang tidak memadai, serta lingkungan tumbuh kembang yang kurang mendukung. Pola asuh yang tidak konsisten, konflik orang tua yang terpapar secara langsung oleh anak, riwayat penganiayaan atau kekerasan fisik dan psikologis turut berperan signifikan dalam memicu munculnya gangguan psikotik pada individu yang rentan.

4) Sosial Budaya

Faktor sosial dan budaya mencakup semua aspek yang terkait dengan cara hidup suatu masyarakat, termasuk nilai, norma, adat

istiadat, kebiasaan, tradisi, kepercayaan, pengetahuan, dan interaksi sosial di antara para anggotanya.

d. Faktor Presipitasi

1) Biologi

Hiperaktivitas dalam pemrosesan informasi pada jalur saraf pusat, khususnya di area talamus dan korteks frontal, diduga mengakibatkan terganggunya transmisi impuls listrik antar neuron. Gangguan konduksi sinaptik ini dapat memicu distorsi dalam integrasi sensorik dan kognitif sehingga berkontribusi terhadap munculnya gejala psikotik.

2) Stressor Lingkungan

Faktor eksternal yang berasal dari sekitar pasien, baik yang bersifat fisik maupun psikososial, dapat bertindak sebagai pencetus gejala. Lingkungan yang tidak mendukung, padat penduduk, bising, atau penuh konflik sosial dapat meningkatkan beban psikologis yang memperparah kondisi pasien.

3) Gejala Pemicu (Sikap, Perilaku, dan Status Kesehatan)

Pola sikap dan perilaku pasien itu sendiri, termasuk ketidakpatuhan terhadap pengobatan atau pola hidup tidak sehat dapat menjadi faktor pencetus yang memperkuat siklus gangguan psikotik serta kondisi kesehatan fisik yang memburuk karena adanya perubahan situasional di lingkungan sekitar.

e. Pemeriksaan Fisik

Aspek pemeriksaan fisik mencakup evaluasi terhadap status somatik pasien melalui pengukuran parameter vital yang meliputi tekanan darah, frekuensi denyut nadi, suhu, dan laju pernapasan. Selain itu, dilakukan pula pengukuran antropometrik untuk mencatat tinggi dan berat badan pasien, serta penelusuran terhadap berbagai keluhan atau ketidaknyamanan fisik yang disampaikan secara subjektif oleh pasien.

f. Psikososial

Faktor psikososial merefleksikan hubungan timbal balik yang kompleks antara individu dan lingkungan sosialnya, di mana perilaku seseorang terbentuknya melalui interaksi dan pengaruh dari orang lain di sekitarnya. Dalam kerangka ini, pola komunikasi keluarga, mekanisme pengambilan keputusan serta gaya pengasuhan orang tua menjadi elemen penting yang turut membentuk respons individu terhadap berbagai situasi. Selain itu, cara keluarga menghadapi dan menyelesaikan konflik internal, ditambah dengan pengaruh stigma dari masyarakat, latar belakang budaya, akses pendidikan, kondisi ekonomi, dan dinamika lingkungan tempat tinggal, secara kolektif berkontribusi terhadap perkembangan psikologis dan perilaku adaptif maupun maladaptif seseorang.

1) Genogram

Genogram dikonstruksi sebagai representasi grafis yang memetakan pola hubungan dan riwayat keluarga pasien, dengan

cakupan minimal mencakup tiga generasi ke atas guna menangkap dinamika *transgeneration* yang relevan terhadap kondisi klinis pasien. Tahapan tiga generasi ini harus mudah diingat oleh pasien dan keluarganya selama *assesmen*.

2) Citra Diri

Pasien memiliki bagian tubuh yang tidak mereka sukai, yang memengaruhi interaksi mereka dengan orang lain dan membuat mereka merasa terhina atau diejek karena kondisi ini.

3) Identitas Diri

Pasien merasa tidak yakin dengan diri sendiri akibatnya sulit menentukan kemauan, tidak puas atas status dirinya, serta sulit untuk memutuskan masalah.

4) Harga Diri

Perasaan tidak percaya diri disertai dengan merasa bersalah tentang diri sendiri akibatnya terjadi hambatan dalam berinteraksi, merendahkan dan meremehkan diri sendiri.

g. Hubungan sosial

Menanyakan apakah pasien mempunyai hubungan pertemanan maupun orang terdekat dalam kehidupannya. Bagaimana hubungan pasien dengan orang tuanya, saudaranya, bahkan tetangganya. Apakah pasien pernah berkecimpung dengan kelompok masyarakat atau sejenisnya.

h. Spiritual

1) Nilai Keyakinan

Kajian pada aspek ini berfokus pada pemahaman pasien mengenai gangguan jiwa yang dialaminya. Secara umum, pasien tampak meyakini agama mereka, sebagaimana dibuktikan oleh keyakinan mereka masing-masing.

2) Kegiatan Ibadah

Aspek ini menggali partisipasi pasien dalam menjalankan aktivitas ibadah, baik yang bersifat individual maupun kolektif, sebagaimana biasa mereka lakukan di lingkungan rumah sebelum menjalani perawatan.

i. Status mental

1) Penampilan

Penampilan fisik pasien menjadi indikator awal yang dapat diamati secara langsung untuk menilai kemampuan pasien dalam merawat diri. Penilaian melalui observasi keseluruhan penampilan pasien mulai dari keadaan rambut, tingkat kebersihan gigi & mulut, aroma tubuh, serta mengindikasikan adanya pola perawatan diri yang tidak memadai sebagaimana tersermin dari rambut yang tampak tidak terurus, kondisi oral yang tidak higienis, dan bau badan yang kurang sedap.

2) Pembicaraan

Mengamati ucapan pasien apakah artikulasinya jelas, cepat, terbata-bata, keras. Pasien biasanya berbicara lambat dan tidak dapat memulai percakapan. Pasien dapat menjawab pertanyaan atau berbicara sendiri menurut apa yang didengar tanpa memperhatikan lawan bicaranya.

3) Aktivitas Motorik

Menggambarkan perilaku fisik dan gerakan tubuh pasien selama interaksi berlangsung. Perilaku pasien pada umumnya menunjukkan tanda-tanda psikomotor yang tidak tenang, seperti gelisah dan berjalan bolak-balik tanpa tujuan yang jelas. Selain itu, sering terlihat adanya gerakan verbal tanpa suara yang signifikan, mulut pasien bergerak seolah sedang berbicara atau mengomel, meskipun tidak ada lawan bicara yang jelas di sekitarnya.

4) Kepuasan Perasaan

Keadaan emosional yang mendasari, mempengaruhi cara pandang dan respons terhadap lingkungan. Eksplorasi terhadap kondisi afektif pasien dilakukan untuk mengidentifikasi keberadaan emosi negatif yang mungkin muncul tanpa pemicu yang jelas, seperti perasaan sedih yang mendalam, keputusasaan, kehilangan, maupun kemarahan yang tidak terarah pada objek tertentu.

5) Afek

Kondisi afektif pasien menunjukkan ketidakstabilan emosi yang cukup khas, di mana terjadi perubahan suasana hati yang mendadak, misalnya dari ekspresi sedih yang diiringi tangisan, kemudian beralih menjadi diam dan menarik diri dengan kepala tertunduk, serta enggan melakukan komunikasi verbal.

6) Interaksi Selama Wawancara

Aspek ini menilai kualitas hubungan interpersonal yang terbangun antara pasien dan perawat selama proses tanya-jawab berlangsung. Perilaku yang tampak dapat bervariasi, mulai dari sikap kooperatif dan responsif hingga kecenderungan untuk banyak diam saat diberikan pertanyaan. Kontak mata juga menjadi indikator penting, apakah pasien mampu mempertahankan pandangan yang interaktif atau justru lebih sering mengarahkan pandangan ke tempat lain ketika diajak komunikasi.

7) Persepsi

Kemampuan individu dalam menginterpretasikan stimulus yang diterima oleh panca indera. Mengidentifikasi jenis halusinasi yang dialami oleh pasien, ketika wawancara pasien cenderung mendengar, melihat, meraba, bahkan merasakan suatu persepsi palsu.

8) Proses dan Isi Pikir

Aspek ini mengamati jalannya proses kognitif pasien dalam merespons pertanyaan. Umumnya, pasien menunjukkan jeda atau hentian sejenak sebelum merespons. Sejenak setelah merespons, berhenti sejenak lagi kemudian melanjutkan percakapan.

9) Tingkat kesadaran

Pada pasien dengan *Auditory hallucinations* memiliki tingkat kesadaran stupor ditandai oleh manifestasi motorik berupa kekuatan otot, gerakan repetitif, postur tubuh yang tampak kaku atau tidak wajar serta penampilan fisik secara umum yang kurang terawat.

10) Memori

Kapasitas memori pasien menunjukkan distorsi terhadap realitas objektif atau memiliki ingatan yang tidak sesuai dengan kenyataan, ketika bercerita seringkali menambahkan cerita palsu yang hanya ada pikirannya.

j. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Pasien dengan *Auditory hallucinations* menjalani pola makan tiga kali sehari dengan komposisi gizi yang seimbang meliputi karbohidrat (nasi), lauk-pauk, sayuran, dan buah-buahan

2) *Toileting*

Pasien memiliki kemampuan mandiri dalam hal eliminasi, baik

defekasi maupun berkemih, serta mampu pergi ke toilet, membersihkan diri, mandi, dan menyikat gigi tanpa bantuan.

3) Berpakaian

Pasien mengganti pakaiannya secara mandiri dengan menggunakan pakaian yang bersih dan layak.

4) Istirahat dan tidur

Pengkajian pola istirahat mengenai durasi tidur pasien selama 24 jam, kebiasaan tidur siang, dan frekuensi terbangun di malam hari.

5) Aktivitas Pasien

Aspek ini memastikan bahwa keselamatan pasien tetap terjamin selama menjalankan berbagai aktivitas, baik di dalam maupun di luar lingkungan perawatan. Pengawasan terhadap keamanan fisik dan psikologis pasien menjadi prioritas utama sepanjang proses kegiatan berlangsung.

6) Penggunaan Obat

Pasien menunjukkan kepatuhan dalam mengonsumsi obat sesuai jadwal yang ditentukan, yaitu tiga kali dalam sehari. Namun, tingkat pemahaman pasien mengenai tujuan terapeutik dari obat yang dikonsumsi masih tergolong rendah, karena ia tidak mengetahui fungsi spesifik dari masing-masing obat maupun konsekuensi klinis dapat timbul apabila pengobatan dihentikan secara mendadak.

k. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pasien biasanya menghadapi tantangan psikososial dan lingkungannya seperti ketidakmampuan berkomunikasi dengan orang lain misalnya teman, keluarga, bahkan anggota masyarakat karena perilakunya dianggap membuat orang disekitarnya merasa cemas.

l. Pengetahuan

Pasien memiliki tingkat pengetahuan yang cukup baik karena memungkinkan mereka tau atas kondisinya mereka ketika dalam menjalani perawatan di rumah sakit.

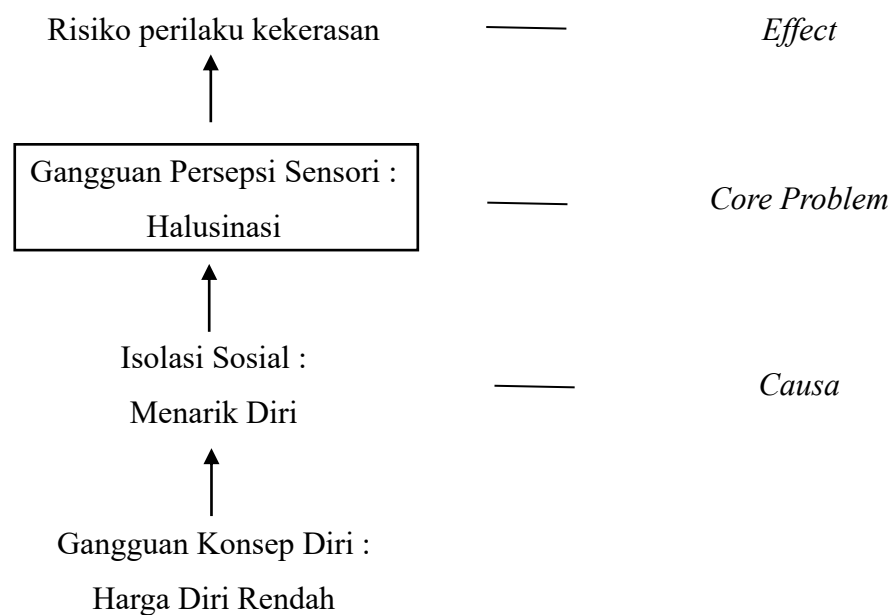
m. Aspek Medis

Penatalaksanaan terapeutik yang diberikan kepada pasien dengan *Auditory hallucinations* mencakup kombinasi beberapa modalitas, yaitu terapi farmakologis, latihan psikomotor, serta terapi aktivitas kelompok ok.

1. Pohon masalah

Pohon masalah sebagai instrumen analisis yang digunakan untuk mengidentifikasi dan memetakan keterkaitan kausal antar berbagai masalah keperawatan yang timbul pada pasien. Dalam praktiknya, pasien sering kali menghadapi lebih dari satu masalah yang saling berkaitan, sehingga pohon masalah disusun berdasarkan daftar temuan dari hasil pengkajian, kemudian diurutkan sesuai kronologi kemunculannya guna menghasilkan gambaran peristiwa secara utuh dan sistematis. Proses penyusunannya menuntut ketelitian dalam menelusuri rantai sebab-akibat

agar intervensi dapat difokuskan pada akar permasalahannya terdiri dari tiga komponen utama yaitu *core problem* (masalah inti) yang menjadi pusat permasalahan, *causa* (penyebab) merupakan faktor yang melatarbelakangi munculnya masalah inti, serta *effect* (akibat) yang merupakan dampak lanjutan dari masalah inti yang tidak segera ditangani. Pohon masalah *Auditory hallucinations* menurut (Ihsanudin et al., 2024).



Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kritis dalam proses asuhan keperawatan yang didasarkan permasalahan dengan etiologi masalah dan hubungan kausal ilmiah antara keduanya yang berarti setiap diagnosa harus mencerminkan hubungan logis antara tanda dan gejala (masalah) dengan faktor penyebab (etiologi) yang mendasarinya (Rostiana Dwi Lestari et al., 2023). Diagnosa keperawatan mempresentasikan penilaian

klinis terhadap respons individu, keluarga, atau komunitas, baik yang bersifat aktual maupun potensial terhadap masalah yang dihadapi. Pada pasien dengan *Auditory hallucinations*, diagnosa keperawatan yang umumnya muncul meliputi :

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- b. Menarik Diri: Isolasi Sosial
- c. Risiko Perilaku Kekerasan
- d. Harga Diri Rendah

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan tahap perencanaan tindakan yang sistematis dan terstruktur untuk mengatasi masalah keperawatan yang telah teridentifikasi. Tahap ini mencakup penetapan prioritas, perumusan tujuan, penyusunan rencana tindakan, serta penetapan kriteria evaluasi terhadap asuhan yang diberikan didasarkan pada analisis data dan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan (Larasati & Widodo, 2023). Mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi yang direkomendasikan untuk pasien dengan *Auditory hallucinations* sebagai berikut:

Tabel 2.1 Intervensi pada pasien *Auditory Hallucinations* sesuai pedoman PPNI 2018

NO DP	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
1	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (D.0085) Definisi Perubahan persepsi terhadap stimulus baik <i>internal</i> maupun <i>eksternal</i> yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistori. Etiologi a. Gangguan pengelihatan b. Gangguan pendengaran c. Gangguan penghiduan d. Gangguan perabaan e. Hipoksia serebral f. Penyalahgunaan zat g. Usia lanjut h. Pemanjaan toksin lingkungan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif a. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Persepsi sensori membaik (L.09083) dengan kriteria hasil : a. Verbalisasi mendengar bisikan menurun b. Verbalisasi melihat bayangan menurun c. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun d. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun e. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun f. Distorsi sensori menurun g. Perilaku halusinasi menurun h. Respon sesuai stimulus membaik	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi a. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan dengan memberikan terapi dengan pendekatan alam melalui <i>Virtual Reality</i> (VR) dengan evaluasi <i>Sensory Grounding Techniques</i> (SGT) 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,

-
- b. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan

Objektif

- a. Distorsi sensori
- b. Respons tidak sesuai
- c. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a. Menyatakan kesal

Objektif

- a. Menyendiri
- b. Melamun konsentrasi buruk
- c. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- d. Curiga
- e. Melihat ke satu arah
- f. Mondar-mandir
- g. Bicara sendiri

Kondisi Klinis Terkait

- a. Glaukoma
 - b. Katarak
-

pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)

- d. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi dengan menerapkan *Virtual Reality* (VR) dengan evaluasi *Sensory Grounding Techniques* (SGT)
- c. 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
 - e. Anjurkan melakukan distraksi menggunakan teknik *Virtual Reality* (VR) dengan evaluasi *Sensory Grounding Techniques* (SGT)
 - c. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
-

c. Gangguan <i>refraksi</i> (miopia, hiperopia, astigmatisma, presbiopia) d. Trauma okuler e. Trauma pada saraf kranialis II,III,IV, dan VI akibat stroke, aneurisma, intrakranial, trauma/tumor otak f. Infeksi okuler g. Presbiokusis h. Malfungsi alat bantu dengar i. Delirium j. Dimensia k. Gangguan amnestik l. Penyakit terminal m. Gangguan psikotik			Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
2	Isolasi Sosial (D.0121) Definisi ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat hangat, terbuka, dan independen, dengan orang lain Etiologi a. Keterlambatan perkembangan b. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Kemampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan independen dengan orang lain (L.13115) dengan kriteria hasil : a. Minat berinteraksi meningkat b. Verbalisasi tujuan yang jelas meningkat c. Minat terhadap aktivitas meningkat	Promosi Sosialisasi (I.13498) Observasi a. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain b. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain

- c. Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan
- d. Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma
- e. Ketidaksesuaian perilaku sosial dengan norma
- f. Perubahan penampilan fisik
- g. Perubahan status mental
- h. Ketidakadekuatan sumber daya personal (mis. Disfungsi berduka, pengendalian diri buruk)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a. Merasa ingin sendirian
- b. Merasa tidak aman di tempat umum

Objektif

- a. Menarik diri
- b. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a. Merasa berbeda dengan orang lain
- b. Merasa asyik dengan pikiran sendiri

- d. Verbalisasi isolasi meningkat
- e. Verbalisasi kemampuan di tempat umum meningkat
- f. Perilaku menarik diri menurun
- g. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun
- h. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri menurun
- i. Afek sedih/murung menurun
- j. Perilaku bermusuhan menurun
- k. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain membaik
- l. Perilaku bertujuan membaik
- m. Kontak mata membaik
- n. Tugas perkembangan sesuai usia membaik

Terapeutik

- a. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan
- b. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan
- c. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok
- d. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. jalan-jalan, ke toko buku)
- e. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain
- f. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan
- g. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri
- h. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan

-
- c. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas

Obyektif

- a. Afek datar
- b. Afek sedih
- c. Riwayat ditolak
- d. Menunjukkan permusuhan
- e. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain
- f. Kondisi difabel
- g. Tindakan tidak berarti
- h. Tidak ada kontak mata
- i. Perkembangan terlambat
- j. Tidak bergairah/lesu

Kondisi Klinis Terkait

- a. Penyakit Alzheimer
 - b. AIDS
 - c. Tuberkulosis
 - d. Kondisi yang menyebabkan gangguan mobilisasi
 - e. Gangguan Psikiatrik (mis. depresi mayor dan skizofrenia)
-

Edukasi

- a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
- b. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan
- c. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain
- d. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain
- e. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. Kacamata dan alat bantu dengar)
- f. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus
- g. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi
- h. Latih mengekspresikan marah dengan tepat

3	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) Definisi : Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Faktor Risiko - Pemikiran waham/delusi - Curiga pada orang lain - Halusinasi - Berencana bunuh diri - Disfungsi sistem keluarga - Kerusakan kognitif - Disorientasi atau konfusi - Kerusakan kontrol impuls - Persepsi pada lingkungan tidak akurat - Alam perasaan depresi - Riwayat kekerasan pada hewan - Kelainan neurologis - Lingkungan tidak teratur - Penganiayaan atau pengabaian anak - Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain - Impulsif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Kontrol Diri meningkat (L.09076) dengan kriteria hasil : - Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun - Verbalisasi umpatan menurun - Perilaku menyerang menurun - Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun - Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun - Perilaku agresif/amuk menurun - Suara keras menurun - Bicara ketus menurun - Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun - Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun - Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun - Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun - Perilaku merencanakan bunuh diri menurun	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) - Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung - monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur) Terapeutik - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin - Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi - Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien - Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
---	---	---	---

q. Ilusi Kondisi Klinis Terkait a. Penganiayaan fisik, psikologis atau seksual b. Sindrom otak organik (mis. penyakit Alzheimer) c. Gangguan perilaku d. Oppositional defiant disorder e. Depresi f. Serangan panik g. Gangguan Tourette h. Delirium i. Demensia j. Gangguan amnestik k. Halusinasi l. Upaya bunuh diri m. Abnormalitas neurotransmiter otak	n. Euforia menurun o. Alam perasaan depresi menurun	c. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita)
4 Harga Diri Rendah Kronis (D.0086) Definisi Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan pasien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Harga Diri meningkat (L.09069) dengan kriteria hasil : a. Penilaian diri positif meningkat b. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat	Manajemen perilaku (I.12463) Observasi a. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik a. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku

Etiologi

- a. Terpapar situasi traumatis
- b. Kegagalan berulang
- c. Kurangnya pengakuan dari orang lain
- d. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan
- e. Gangguan psikiatri
- f. Penguatan negatif berulang
- g. Ketidaksesuaian budaya

Gejala dan Tanda Mayor**Subjektif**

- a. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)
- b. Merasa malu/bersalah
- c. Merasa tidak mampu melakukan apapun
- d. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah
- e. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif
- f. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri

- c. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat
- d. Minat mencoba hal baru meningkat
- e. Berjalan menampakkan wajah meningkat
- f. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat
- g. Konsentrasi meningkat
- h. Tidur meningkat
- i. Kontak mata meningkat
- j. Gairah aktivitas meningkat
- k. Aktif meningkat
- l. Percaya diri berbicara meningkat
- m. Perilaku asertif
- n. Kemampuan membuat keputusan
- o. Perasaan malu
- p. Perasaan bersalah
- q. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun
- r. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun
- s. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun

- b. Jadwalkan kegiatan terstruktur
 - c. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas
 - d. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan
 - e. Batasi jumlah pengunjung
 - f. Bicara dengan nada rendah dan tenang
 - g. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi
 - h. Cegah perilaku pasif dan agresif
 - i. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku
 - j. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi
 - k. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan
 - l. Hindari sikap mengancam dan berdebat
 - m. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan
-

-
- g. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri

Objektif

- a. Enggan mencoba hal baru
- b. Berjalan menunduk
- c. Postur tubuh menunduk

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a. Merasa sulit konsentrasi
- b. Sulit tidur
- c. Mengungkapkan keputusan

Objektif

- a. Kontak mata kurang
- b. Lesu dan tidak bergairah
- c. Berbicara pelan dan lirih
- d. Pasif
- e. Perilaku tidak asertif
- f. Mencari penguatan secara berlebihan
- g. Bergantung pada pendapat orang lain
- h. Sulit membuat keputusan
- i. Seringkali mencari penegasan

Kondisi Kinis Terkait

- a. Cedera traumatis
 - b. Pembedahan
-

- t. Pencarian penguatan secara berlebihan menurun

Edukasi

- a. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

	c. Kehamilan d. Stroke e. Penyalahgunaan zat f. Dimensia g. Penyakit kronis h. Pengalaman tidak menyenangkan		
5	Harga Diri Rendah Situasional (D.0087) Definisi Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan pasien sebagai respon terhadap situasi saat ini. Etiologi a. Perubahan pada citra tubuh b. Perubahan peran sosial c. Ketidakadekuatan pemahaman d. Perilaku tidak konsisten dengan nilai e. Kegagalan hidup berulang f. Riwayat kehilangan g. Riwayat penolakan h. Transisi perkembangan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif a. Menilai diri negatif (mis. Tidak berguna, tidak tertolong)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Harga Diri meningkat (L.09069) dengan kriteria hasil : a. Penilaian diri positif meningkat b. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat c. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat d. Minat mencoba hal baru meningkat e. Berjalan menampakkan wajah meningkat f. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat g. Konsentrasi meningkat h. Tidur meningkat i. Kontak mata meningkat j. Gairah aktivitas meningkat k. Aktif meningkat	Promosi Harga Diri (I.09308) Observasi a. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri b. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri c. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan Terapeutik a. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri b. Motivasi menerima tantangan atau hal baru c. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri

b. Merasa malu/bersalah	l. Percaya diri berbicara meningkat	d. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri
c. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri	m. Perilaku asertif	e. Diskusikan persepsi negatif diri
d. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri	n. Kemampuan membuat keputusan	f. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah
Objektif	o. Perasaan malu	g. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencaoat harga diri yang lebih tinggi
a. Berbicara pelan dan lirih	p. Perasaan bersalah	h. Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas
b. Menolak berinteraksi dengan orang lain	q. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun	i. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan
c. Berjalan menunduk	r. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun	j. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri
d. Postur tubuh menunduk	s. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun	
Gejala dan Tanda Minor	t. Pencarian penguatan secara berlebihan menurun	
Subjektif		Edukasi
a. Sulit berkonsentrasi		a. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien
Objektif		b. Anjurkan mengidentifikais kekuatan yang dimiliki
a. Kontak mata kurang		
b. Lesu dan tidak bergairah		
c. Pasif		
d. Tidak mampu membuat keputusan		
Kondisi Klinis Terkait		
a. Cedera traumatis		
b. Pembedahan		
c. Kehamilan		

-
- d. Kondisi baru terdiagnosis (mis. diabetes melitus)
 - e. Stroke
 - f. Penyalahgunaan zat
 - g. Dimensia
 - h. Pengalaman tidak menyenangkan

- c. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain
 - d. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif
 - e. Anjurkan mengevaluasi perilaku
 - f. Anjurkan cara mengatasi *bullying*
 - g. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri
 - h. Latih pernyataan/kemampuan positif diri
 - i. Latih cara berfikir positif dan berperilaku positif
 - j. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi
-

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan bentuk pelaksanaan atau realisasi dari intervensi yang telah direncanakan sebelumnya (Karolina & Avelina, 2024b). Penatalaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan secara sistematis guna mencapai luaran yang telah ditetapkan. Sebelum mengaplikasikan tindakan, perawat memiliki kewajiban untuk melakukan verifikasi ulang terhadap kesesuaian rencana tersebut dengan kondisi aktual pasien. Dalam konteks asuhan keperawatan jiwa, perawat harus mengembangkan rencana implementasi strategi pelaksanaan yang terstruktur. Dokumentasi strategi pelaksanaan umumnya diintegrasikan ke dalam proses komunikasi terapeutik yang bersifat bertahap yang meliputi fase orientasi, kerja, terminasi, dan evaluasi.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi sebagaimana diuraikan oleh (Rostiana Dwi Lestari et al., 2023) merupakan proses penilaian terhadap hasil implementasi yang mencerminkan tingkat kepuasan pasien terhadap capaian asuhan keperawatan. Evaluasi hasil dapat dioperasionalisasikan melalui pendekatan SOAP, yang terdiri atas :

- S : Ungkapan langsung dari pasien mengenai perasaan, keluhan, dan pandangannya terhadap tindakan keperawatan yang telah diimplementasikan, sehingga validitasnya bergantung pada kejujuran pasien dalam mengekspresikan kondisinya.
- O : Data yang diperoleh melalui observasi atau pemeriksaan

langsung perawat terhadap kondisi pasien pasca-tindakan, bersifat terukur dan dapat diverifikasi melalui indikator klinis yang tampak secara nyata.

- A : Analisis sebagai proses penalaran kritis perawat dalam mengintegrasikan data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah permasalahan masih berlanjut, telah teratasi, atau memunculkan masalah baru yang memerlukan intervensi lanjutan.
- P : Planning atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien yang dapat berupa modifikasi intervensi, penambahan tindakan rujukan, atau penghentian tindakan apabila tujuan telah tercapai

D. METODOLOGI

1. Jenis, Rancangan Penelitian dan Pendekatan

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Menurut (Ultavia et al., 2023) bahwa penelitian kualitatif berfokus pada analisis deskriptif berbasis data lapangan, dengan penekanan pada karakteristik alamiah dan kedalaman analisis. Penelitian kualitatif lebih menekankan pada karakteristik alami dan analisis data yang mendalam. Ciri khasnya terletak pada penalaran deduktif, yang menekankan signifikansi setiap peristiwa. Penekanannya adalah pada proses dan makna (perspektif individu). Tujuan filosofis yang mendasari memandu penelitian untuk memastikan keselarasan dengan realitas konkret. Pengumpulan data dilakukan secara

triangulasi, analisis yang bersifat *induktif*, dan hasilnya lebih menekankan pemaknaan daripada generalisasi (Nurrisa & Hermina, 2025).

2. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini merupakan pasien yang menderita *Auditory hallucinations* dengan jumlah 1 responden.

3. Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari 2026 tepatnya di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta dengan berfokus pada satu subjek yaitu pasien yang mengalami *auditory hallucinations*.

4. Fokus Studi

Fokus studi penelitian ini menitikberatkan pada pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien jiwa yang mengalami *auditory hallucinations* dengan menerapkan terapi melalui *Virtual Reality* (VR) dengan evaluasi *Sensory Grounding Techniques* (SGT) untuk melatih fokus pasien berdasarkan panca indera setelah melibatkan paparan stimulasi diharapkan dapat mengontrol pasien dengan *auditory hallucinations* pada realita saat ini.

5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini diorientasikan pada keselarasan dengan konsep studi kasus keperawatan jiwa yang diterapkan. Beberapa instrumen yang digunakan antara lain: wawancara, lembar observasi, *device Virtual Reality* (VR) dan SOP *Sensory Grounding Techniques* (SGT).

f. Metode Pengambilan Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber utama, yaitu pihak yang mengalami fenomena yang diteliti. Dalam penelitian pada keperawatan jiwa, data primer berperan penting karena mampu menangkap pengalaman subjektif pasien secara utuh yang tidak dapat diwakili oleh data dokumentasi semata. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara tatap muka yang interaktif antara peneliti dan pasien. Wawancara ini tidak hanya berfungsi menggali informasi, tetapi juga menjadi instrumen terapeutik yang membangun relasi saling percaya. Kualitas data primer sangat bergantung pada kemampuan peneliti dalam menggali informasi serta kemampuan menciptakan suasana wawancara yang aman, terbuka, bebas tekanan, sehingga pasien dapat mengekspresikan kondisinya secara jujur.

b. Data Sekunder

Data sekunder tidak diperoleh secara langsung dari subjek penelitian, melainkan berasal dari sumber lain yang telah terdokumentasi sebelumnya dan kemudian dimanfaatkan kembali untuk kepentingan penelitian atau analisis yang sedang dilakukan. Data sekunder berfungsi sebagai penguat data primer karena mampu memberikan gambaran komprehensif mengenai riwayat, kondisi, dan konteks pasien yang mungkin tidak terungkap sepenuhnya melalui wawancara. Sumber data sekunder dalam penelitian ini mencakup

data institusi Rumah Sakit, keterangan dari perawat, serta dokumen pada Rekam Medik. Prosedur pengumpulan data yang dilaksanakan melalui tahapan berikut :

- 1) Sebelum melakukan studi kasus, peneliti mengajukan surat izin kepada pihak akademik untuk melakukan penelitian.
- 2) Setelah mendapat surat izin penelitian dari pihak akademik, peneliti mmohon persetujuan Direktur RSJD Dr. Arid Zainudin untuk dilaksanakannya penelitian dalam melakukan studi kasus.
- 3) Peneliti menerima surat izin resmi sebagai dasar legalitas pelaksanaan studi kasus di lokasi penelitian.
- 4) Peneliti mengajukan permohonan izin kepada bagian rekam medik guna memperoleh data awal pasien dan bangsal sebagai bahan studi pendahuluan.
- 5) Peneliti bertemu responden untuk menjelaskan maksud, tujuan, dan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan.
- 6) Peneliti meminta persetujuan responden melalui *informed consent* dengan menggunakan teknik komunikasi terapeutik.
- 7) Peneliti memulai anamnesa dengan memberikan pertanyaan relevan yang akan dijadikan bahan untuk penelitian.
- 8) Setelah memperoleh jawaban mengenai kondisi pasien, peneliti melakukan kontrak waktu untuk mengkaji masalah yang dialami pasien secara mendalam.

g. Etika Penelitian

Etika menjadi fondasi moral yang wajib dipegang peneliti dalam kegiatan ilmiah yang melibatkan manusia sebagai subjek penelitian. Penerapannya bukan sekadar formalitas, melainkan wujud tanggung jawab dalam melindungi hak, martabat, dan kesejahteraan responden. Dalam penelitian ini, etika menjadi semakin krusial karena pasien berada dalam kondisi rentan secara psikologis, sosial, dan emosional. Prinsip etik dalam penelitian ini diterapkan secara menyeluruh, mulai dari menyusun proposal, pelaksanaan pengumpulan data, hingga publikasi hasil penelitian sehingga seluruh proses berlangsung secara transparan dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah maupun moral. Prinsip etik yang digunakan berikut, yaitu:

a. Autonomy

Prinsip ini menekankan penghormatan terhadap hak setiap calon responden untuk menentukan secara bebas kesediaannya mengikuti penelitian.

b. Informed consent

Lembar persetujuan responden setelah memperoleh penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian. Pemberiannya menegaskan hak dan otonomi responden, sehingga peneliti tidak berhak memaksa dan wajib menghormati kesediaan responden secara sukarela.

c. *Beneficence*

Peneliti memastikan bahwa seluruh prosedur penelitian dilakukan dengan mempertimbangkan kesejahteraan responden serta mengoptimalkan manfaat yang dapat diperoleh tanpa memberikan perlakuan yang merugikan.

d. *Non-Maleficence*

Peneliti berkewajiban meminimalkan risiko fisik, psikologis, sosial, maupun emosional yang mungkin timbul selama penelitian, seluruh tindakan penelitian dilakukan secara aman.

e. *Justice*

Responden memperoleh perlakuan yang setara tanpa diskriminasi berdasarkan latar belakangnya.

f. *Anonymity*

Identitas pribadi responden tidak dicantumkan dan digantikan dengan kode identitas demi menjaga privasi responden.

g. *Confidentiality*

Informasi ataupun keluhan yang disampaikan oleh pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh peneliti sehingga tidak mencemarkan nama baik pasien.

h. *Scientific Integrity*

Peneliti berkomitmen melaksanakan penelitian secara transparan, seluruh data yang diperoleh dilaporkan sesuai dengan hasil sebenarnya tanpa manipulasi, fabrikasi, maupun plagiarisme.

DAFTAR PUSTAKA

- Amira, I., Hendrawati, Maulana, I., & Senjaya, S. (2023). *PENERAPAN MANAJEMEN HALUSINASI DENGAN PSIKORELIGIUS PADA KLIEN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI THE APPLICATION OF HALUCINATION MANAGEMENT WITH PSYCHORELIGIUS IN CLIENTS OF SENSORY PERCEPTION DISORDERS: HALUCINATIONS.*
- Amira, I., Maulana, I., & Senjaya, S. (2023). *PENERAPAN MANAJEMEN HALUSINASI DENGAN PSIKORELIGIUS PADA KLIEN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI THE APPLICATION OF HALUCINATION MANAGEMENT WITH PSYCHORELIGIUS IN CLIENTS OF SENSORY PERCEPTION DISORDERS: HALUCINATIONS.*
- Armando Tasijawa, F. (2020). *Efektivitas Psikoterapi Dalam Mengurangi Distress Klien Skizofrenia Dengan Halusinasi Pendengaran: Literature Review.* <https://doi.org/10.33846/sf11nk402>
- Bouso, J. C., Ona, G., Kohek, M., dos Santos, R. G., Hallak, J. E. C., Alcázar-Córcoles, M. Á., & Obiols-Llandrich, J. (2023). Hallucinations and Hallucinogens: Psychopathology or Wisdom? *Culture, Medicine and Psychiatry*, 47(2), 576–604. <https://doi.org/10.1007/s11013-022-09814-0>
- Carlos Bouso, J., Ona, G., Kohek, M., dos Santos, R. G., Hallak, J. E. C., Alcázar-Córcoles, M. Á., & Obiols-Llandrich, J. (2023). Hallucinations and Hallucinogens: Psychopathology or Wisdom? *Culture, Medicine and Psychiatry*, 47(2), 576–604. <https://doi.org/10.1007/s11013-022-09814-0>
- Dellazizzo, L., Giguère, S., Léveillé, N., Potvin, S., & Dumais, A. (2022). A systematic review of relational-based therapies for the treatment of auditory hallucinations in patients with psychotic disorders. In *Psychological Medicine* (Vol. 52, Number 11, pp. 2001–2008). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S003329172200143X>

- Deviantony, F., Viofananda, G., Hidayah, N., & Eriyanti, N. (2021). E-HEALTH NURSING VIRTUAL REALITY TREND PADA PASIEN SKIZOFRENIA GUNA MENINGKATKAN KESEHATAN MENTAL: SYSTEMATIC REVIEW. In *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada* (Vol. 12, Number 2).
- Fatuh Rachman, A. A., Nurahman, A., & Wahyudiyanto, T. (2023). *EFEKTIFITAS TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK DENGAN VIRTUAL REALITY TERHADAP KEMAMPUAN MENGONTROL HALUSINASI PENGLIHATAN*.
- Hidayatun Nikmah, F. (2022). *PENERAPAN TINDAKAN KEPERAWATAN GENERALIS UNTUK MENGONTROL HALUSINASI PADA PASIEN GANGGUAN JIWA*.
- Ihsanudin, I., Pinilih, S. S., & Amin, M. K. (2024). Auditory hallucination management in patient with mental health issues. *Innovation in Health for Society*, 4(1), 51–59. <https://doi.org/10.31603/ihs.11531>
- Karolina, N., & Avelina, Y. (2024a). *PENERAPAN INTERVENSI MENGHARDIK DALAM UPAYA MENGURANGI HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA IMPLEMENTATION OF HARDICIC INTERVENTIONS IN AN EFFORT TO REDUCE AUDITING HALLUCINATIONS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS*. <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>
- Karolina, N., & Avelina, Y. (2024b). *PENERAPAN INTERVENSI MENGHARDIK DALAM UPAYA MENGURANGI HALUSINASI PENDENGARAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA IMPLEMENTATION OF HARDICIC INTERVENTIONS IN AN EFFORT TO REDUCE AUDITING HALLUCINATIONS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS*. <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>
- Kirana, W., Dwi Anggreini, Y., & Litaqia, W. (2022). Faktor Risiko yang Mempengaruhi Gangguan Jiwa. *Khatulistiwa Nursing Journal (KNJ)*, 4(2), 73–82. <https://doi.org/10.53399/knj.v4i0.paperID>

- Kouijzer, M. M. T. E., Kip, H., Bouman, Y. H. A., & Kelders, S. M. (2023). Implementation of virtual reality in healthcare: a scoping review on the implementation process of virtual reality in various healthcare settings. *Implementation Science Communications*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s43058-023-00442-2>
- Larasati, N. D., & Widodo, A. (2023). *Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran*.
- Mahasiswa Keperawatan UI. (2025). *PeriXa Batin “Menerima Luka untuk Bahagia” Inovasi Hipnoterapi Berbasis XR dan AI*. <https://innovation.ui.ac.id/perixa-batin-menerima-luka-untuk-bahagia-inovasi-hipnoterapi-berbasis-xr-dan-ai-dari-mahasiswa-keperawatan-ui/#:~:text=PeriXa%20Batin%20%E2%80%9CMenerima%20Luka%20untuk%20Bahagia%E2%80%9D%20Inovasi,XR%20dan%20AI%20dari%20Mahasiswa%20Keperawatan%20UI>.
- Mahfoud, D., Hallit, S., Haddad, C., Fekih-Romdhane, F., & Haddad, G. (2023). The moderating effect of cognitive impairment on the relationship between inner speech and auditory verbal hallucinations among chronic patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04940-4>
- Nurmarisa, I., Siti Fauziah Yani, F., Studi Keperawatan, P. D., Ilmu dan Teknologi Kesehatan, F., Jenderal Achmad Yani Jl Terusan Jenderal Sudirman, U., Barat, J., & Cimahi, K. (2025). PENERAPAN TERAPI MUSIK KLASIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN DALAM MENURUNKAN TANDA DAN GEJALA HALUSINASI DI PRIMA HARAPAN BANDUNG. In *Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi Jl.Terusan Jenderal Sudirman-Cimahi* (Vol. 75, Number 2).
- Nurrisa, F., & Hermina, D. (2025). *Pendekatan Kualitatif dalam Penelitian: Strategi, Tahapan, dan Analisis Data*. 02, 793–800.

- Rafiyah, I., Rahayu, F., Afifah, N., Rostianti, Prawesti, S. J., & Mawaddah, S. (2024). *Intervensi Keperawatan Untuk Mengatasi Halusinasi pada Pasien Halusinasi Pendengaran: Rapid Literature Review*. 3.
- Rahmi Hendri, K., Yani, E., Zul' Irfan, M., & Hendra, D. (2025). The Application of Natural Sound Therapy to Reduce Auditory Hallucinations in the Kuantan Room, Tampan Mental Hospital, Riau Province. *World Health Digital Journal*, 1(3), 114–120. <https://wolgitj.science.web.id/wolgitj/index>
- Romeo, Z., & Spironelli, C. (2022). Hearing voices in the head: Two meta-analyses on structural correlates of auditory hallucinations in schizophrenia. In *NeuroImage: Clinical* (Vol. 36). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2022.103241>
- Rostiana Dwi Lestari, Slamet Wijaya, & Tati Karyawati. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.T Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Di Ruang Dewaruci RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 1(4), 289–302. <https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v1i4.1335>
- Shao, X., Liao, Y., Gu, L., Chen, W., & Tang, J. (2021). The Etiology of Auditory Hallucinations in Schizophrenia: From Multidimensional Levels. In *Frontiers in Neuroscience* (Vol. 15). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.755870>
- Smith, L. C., Mateos, A. C., Due, A. S., Bergström, J., Nordentoft, M., Clemmensen, L., & Glenthøj, L. B. (2024). Immersive virtual reality in the treatment of auditory hallucinations: A PRISMA scoping review. In *Psychiatry Research* (Vol. 334). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115834>
- Sri Amelia, G., Rafiyah, I., Widiyanti, E., & Artikel, I. (2025). *PENERAPAN INTERVENSI MENGGAMBAR PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI PENGLIHATAN DAN PENDENGARAN: CASE REPORT*. 2(2), 730–742. <https://doi.org/10.62335>

- Ultavia, A. B., Jannati, P., & Malahati, F. (2023). KUALITATIF : MEMAHAMI KARAKTERISTIK PENELITIAN SEBAGAI METODOLOGI. In *Jurnal Pendidikan Dasar* (Vol. 11, Number 2).
- Umy Yonaevy, & Ratih Prananingrum. (2024). Teknik Grounding untuk Mengurangi Kecemasan pada Remaja. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Dan Riset Pendidikan*, 2(4), 347–351. <https://doi.org/10.31004/jerkin.v2i4.279>
- Utami¹, S. R., Hidayati, L. N., & Wasniyati, A. (2024). IMPLEMENTASI TERAPI MUSIK KLASIK PADA PASIEN SKIZOAFEKTIF DENGAN GEJALA UTAMA HALUSINASI PENDENGARAN: CASE REPORT. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 10(4).