

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Skizofrenia adalah suatu kelainan neurobiologis otak yang menyebabkan gangguan dalam berpikir, merasakan dan sulit berinteraksi (Swearingen, 2016). Skizofrenia dinyatakan sebagai gangguan kronik dengan konsekuensi fisik, sosial dan ekonomi serta menjadi masalah utama dalam kesehatan masyarakat yang berpengaruh pada sebagian besar orang sehingga menyebabkan kerugian ekonomi diseluruh dunia (Valimaki, et al, 2012). Skizofrenia dapat diartikan suatu gangguan neurobiologis otak berat yang mempengaruhi cara berpikir, kemauan, emosi dan tingkah laku sehingga fungsi fisik, sosial, ekonomi dan pekerjaan terabaikan karena ketidakmampuan menilai kenyataan.

Skizofrenia sudah menjadi masalah dunia. *World Health Organization* (WHO 2016) menyatakan sekitar 21 juta penduduk dunia mengalami skizofrenia atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk. Rhoads & Murphy (2015) mendiskripsikan skizofrenia terjadi pada 1% populasi umum. Skizofrenia dialami sekitar 1,1 % atau 2,4 juta penduduk Amerika (Swearingen, 2016). Inggris dinyatakan 1% penduduknya telah terdiagnosis skizofrenia (Smith 2015).

Indonesia dirilis dalam RISKESDAS (2018) angka kejadian gangguan jiwa berat salah satunya skizofrenia adalah 7 per mil. Angka kejadian 7 per mil

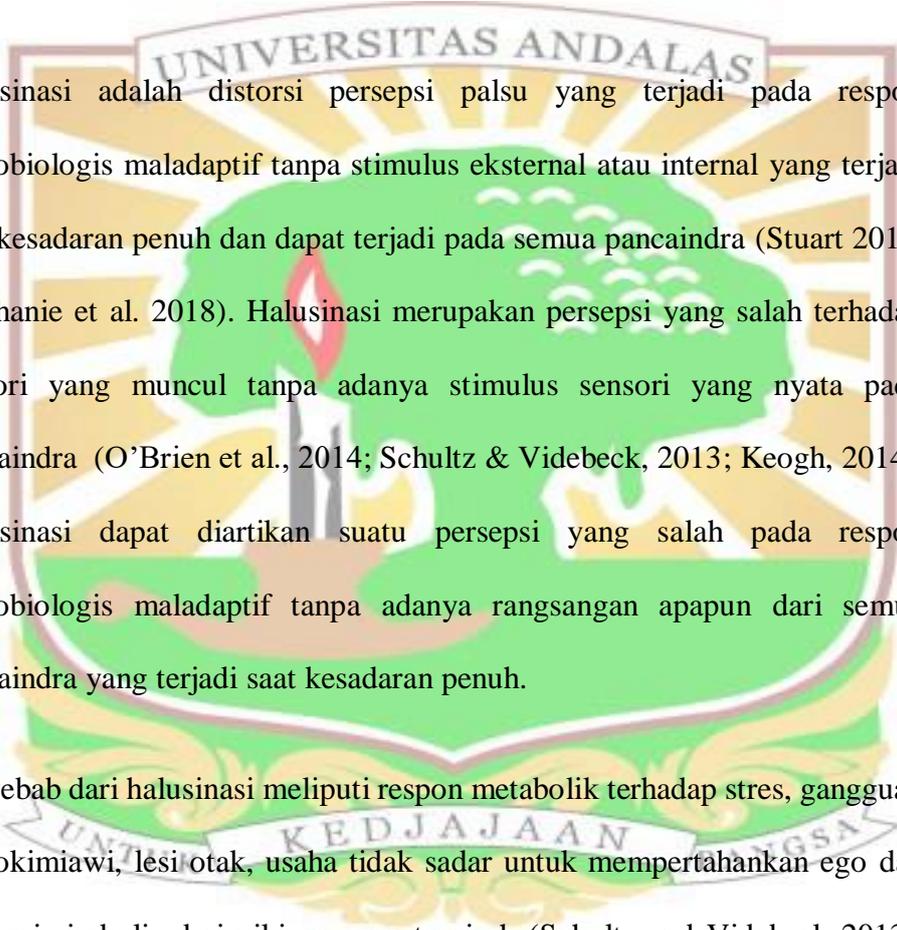
diartikan bahwa ada 7 orang yang mengalami gangguan jiwa berat per 1000 penduduk dan angka kejadian di Aceh 9 per mil. Sekitar 45% pasien yang dirawat di Rumah sakit jiwa merupakan pasien skizofrenia dan sebagian besar memerlukan perawatan baik itu rawat inap maupun rawat jalan dalam waktu yang lama (Videbeck, 2011). Data diatas menunjukkan angka kejadian skizofrenia yang tinggi sehingga akan diikuti dengan tingginya kebutuhan perawatan pada pasien skizofrenia baik di rawat inap maupun rawat jalan.



Pasien skizofrenia sangat membutuhkan perawatan. Pasien skizofrenia sebanyak 40%-60% tidak menyadari mereka sakit dan butuh perawatan (Shives, 2012; Kumari et al., 2013; Ma et al., 2018). Perawat sebagai penghubung antara pasien dengan profesi lain sehingga perawat perlu mengetahui gejala-gejala dari skizofrenia. Gejala yang ditampilkan oleh pasien skizofrenia sangat kompleks diantaranya dikenal gejala positif dan gejala negatif (Videbeck, 2011; Shives, 2012; Camarena et al. 2012; Keogh, 2014). Gejala negatif atau gejala samar, seperti afek datar, ketidakmampuan mengungkapkan keinginan, tidak memiliki kemauan, menarik diri/menghindari hubungan interpersonal dan perasaan tidak nyaman (Stuart, 2016; Ma et al., 2018). Gejala negatif berupa ketidakmampuan mengungkapkan keinginan, tidak dapat merasakan kesenangan, tidak berminat untuk beraktifitas dan menghindari hubungan interpersonal.

Selain gejala negatif pada pasien skizofrenia ada juga gejala positif. Gejala positif pada skizofrenia dapat mempengaruhi orang lain maupun lingkungan secara destruktif (Shives, 2012; Smith, 2015). Gejala positif disebut juga

gejala nyata yang mencakup waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur (Videbeck, 2011; Shives, 2012; Keogh, 2014; Smith, 2015). Gejala positif pasien skizofrenia yang sering terjadi sekitar 70% adalah halusinasi (Stuart, 2016; Chaudhury, 2010; Puri et al., 2013; O'Brien et al., 2014). Gejala positif diketahui sangat mengganggu diri pasien, orang lain maupun lingkungan dan gejala positif yang paling dominan adalah halusinasi.



Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis maladaptif tanpa stimulus eksternal atau internal yang terjadi saat kesadaran penuh dan dapat terjadi pada semua pancaindra (Stuart 2016; Stephanie et al. 2018). Halusinasi merupakan persepsi yang salah terhadap sensori yang muncul tanpa adanya stimulus sensori yang nyata pada pancaindra (O'Brien et al., 2014; Schultz & Videbeck, 2013; Keogh, 2014). Halusinasi dapat diartikan suatu persepsi yang salah pada respon neurobiologis maladaptif tanpa adanya rangsangan apapun dari semua pancaindra yang terjadi saat kesadaran penuh.

Penyebab dari halusinasi meliputi respon metabolik terhadap stres, gangguan neurokimiawi, lesi otak, usaha tidak sadar untuk mempertahankan ego dan ekspresi simbolis dari pikiran yang terpisah (Schultz and Videbeck 2013). Suryani (2013) dan Sari & Wijayanti (2014), menemukan bahwa halusinasi diawali oleh kecemasan yang berkepanjangan. O'Brien et al (2014) dan Day et al (2014) menyatakan halusinasi berkaitan dengan pengalaman yang

dipersepsikan kurang menyenangkan berkaitan dengan harga diri dan akan muncul secara bertahap.

Halusinasi dibagi menjadi empat tahap (Stuart 2016). Pertama tahap *Comforting* dimana halusinasi tampak menyenangkan dengan cemas sedang. Kedua tahap *Condemning* dimana halusinasi menyalahkan pasien dan pasien mulai cemas berat. Tahap ketiga adalah *Controlling* dimana halusinasi sudah mengendalikan pasien hingga pasien sangat cemas berat dan keempat tahap *Conquering* dimana halusinasi sudah melebur dan pasien sangat ketakutan sampai panik dan tidak dapat membedakan khayalan dan kenyataan. Upthegrove et al (2016), membuktikan bahwa awal halusinasi dirasa menyenangkan dan pasien menerima secara pasif karena sedang mempertahankan ego selanjutnya halusinasi mulai memaksa dan memerintah yang mengakibatkan kegelisahan secara fisik juga emosional.

Halusinasi dapat terjadi pada semua modalitas sensori. Stuart (2016) membagi halusinasi menjadi tujuh yaitu auditorik, visual, olfaktori, gustatori, taktil, kinestetik dan cinestetik. Halusinasi pendengaran dialami sebanyak 70%, 20% halusinasi visual dan 10% untuk halusinasi lainnya (Stuart, 2016; Suryani, 2013). Chaudhury (2010), Puri et al (2013), O'Brien et al (2014) dan ELhay et al (2017) menyatakan halusinasi pendengaran adalah halusinasi paling umum terjadi pada pasien skizofrenia. Halusinasi pendengaran merupakan yang paling banyak ditemukan pada pasien skizofrenia sehingga perlu diketahui dampak-dampaknya.

Dampak negatif halusinasi pendengaran dapat melukai dirinya sendiri atau orang lain (Schultz & Videbeck, 2013; Puri et al., 2013). Kumari et al (2013), ELhay et al (2017) dan Luhrmann et al (2015) menyatakan pasien sangat terganggu dan gelisah karena seringnya frekuensi, banyaknya jumlah tekanan dan tingginya intensitas tekanan dari halusinasi pendengaran yang membuat mereka sulit membedakan khayalan dengan kenyataan yang membuat mereka depresi. Jackson et al (2009) menyebutkan 46% pasien skizofrenia mengalami depresi. Depresi pada pasien skizofrenia dengan halusinasi mengakibatkan 9%-13% bunuh diri dan 20%-50% diantaranya mulai melakukan percobaan bunuh diri (Stuart 2016). Dampak halusinasi sangat mengancam jiwa yang memerlukan penanganan cepat dan harus tepat.

Penanganan cepat dan tepat untuk menghindari efek kurang baik (Puri et al., 2013; Stuart, 2016; Swearingen, 2016). Penanganan intensif di unit pelayanan diperlukan bila halusinasi sudah mencelakakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan (Swearingen 2016). Sulistyono et al (2017) menemukan pasien yang mengalami halusinasi pada tahap *contolling* dan *conqueuring* maka prioritas tindakan manajemen krisis harus didahulukan bersamaan dengan fungsi kolaborasi.

Kolaborasi dengan psikofarmaka adalah cara penanganan halusinasi disamping psikoterapi. Obat-obatan yang dipakai adalah obat antipsikotik golongan tipikal dan golongan atipikal sesuai dengan tanda dan gejala (Rhoads & Murphy, 2015; Puri et al., 2013; Stuart, 2016). Halusinasi dapat

terkendali sekitar 80% dengan kombinasi obat-obatan, konseling direktif dan terapi suara audiometri nada murni konvensional (Kaneko et al, 2010).

Psikoterapi adalah cara kedua untuk menurunkan halusinasi pasien. Psikoterapi dalam keperawatan jiwa menurut Stuart (2016) yaitu teknik menstimulasi lingkungan secara minimal dan teknik distraksi dengan kebisingan membantu meredam halusinasi. Sedangkan O'Brien et al (2014), menyatakan dengan melibatkan pasien pada aktifitas interpersonal merupakan distraksi pengabaikan dan pengalihan untuk menghadirkan kenyataan. Distraksi melawan, mengabaikan dan mengalihkan cara efektif yang dilakukan perawat untuk membantu pasien agar dapat membedakan khayalan dengan kenyataan.

Keliat & Akemat (2014) menjelaskan ada empat cara mengontrol halusinasi dalam standar asuhan keperawatan generalis, pertama teknik distraksi menghardik dengan suara yang keras dan mengatakan "*pergi...pergi...kamu suara palsu saya tidak mau dengar*", kedua dengan patuh obat, ketiga bercakap-cakap dan keempat melakukan aktifitas terjadwal. Carolina (2008) dan Wardani (2016) yang menyatakan keempat teknik distraksi berpengaruh pada peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi. Semua teknik distraksi dan kolaborasi diperlukan untuk meningkatkan kemampuan pasien mengontrol halusinasi.

Zarghami et al (2012) dan Kaneko et al (2010) berpendapat hanya distraksi melawan dengan suara keras, kombinasi obat-obatan dan konseling direktif dapat menurunkannya halusinasi pasien. Anggraini et al (2013) dan Jusliani &

Sudirman (2014), berpendapat sama bahwa distraksi menghardik dengan suara keras dapat mengurangi halusinasi. Distraksi menghardik adalah tindakan mandiri tanpa melibatkan orang lain. Dukungan orang terdekat agar optimalnya kemampuan individu sangat dibutuhkan pasien untuk meningkatkan rasa percaya diri sehingga pasien mampu menyelesaikan masalahnya sendiri tanpa bantuan orang lain (Barahmand & Sheikhahmad, 2016). Berdasarkan kajian diatas distraksi menghardik dapat menjadi pilihan pertama untuk menurunkan halusinasi pasien karena tidak memerlukan kehadiran orang lain.

Survey keperawatan oleh komite keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Aceh tahun 2016 (tidak dipublikasikan) pada 60 pasien dengan alasan masuk halusinasi pendengaran. Data dari pasien sejumlah 42 orang sudah melakukan tehnik distraksi menghardik dengan menutup telinga dan menjerit saja dan halusinasinya masih sangat mengganggu. Pasien tidak menggunakan kalimat *“pergi.....pergi.....kamu suara palsu saya tidak mau dengar”* karena malu dengan kalimatnya yang aneh dan tidak menenangkan. Sembilan orang pasien mengatakan lupa karena saat halusinasi yang muncul berulang-ulang, lama, jumlah suara negatif yang banyak, intensitas tekanan tinggi sehingga pasien sulit konsentrasi. Pasien juga mengatakan halusinasi sering muncul di saat pasien sendiri atau merasa sendirian dan sering di malam hari yang membuat pasien harus mengatasi halusinasinya dengan usahanya sendiri.

Sembilan orang pasien lainnya tidak melakukannya lagi karena dikatakan kambuh kembali oleh lingkungan dan disarankan untuk menggunakan kata

zikir dan sejak dirawat pasien menggunakan kata zikir dan pasien mengatakan halusinasi berkurang, kalau muncul tidak lama dan pasien dapat menahan dirinya untuk melakukan hal-hal negatif sehingga kebutuhan makan, istirahat dan pasien mau berinteraksi dengan orang lain tanpa dibimbing oleh orang lain. Pasien yang melakukan tehnik distraksi menghardik dengan zikir tampak lebih terkontrol halusinasinya dibandingkan pasien yang menggunakan tehnik distraksi menghardik dengan “*pergi.....pergi.....kamu suara palsu saya tidak mau dengar*”. Hasil penelitian dan survey tampak adanya fenomena sehingga menarik perhatian peneliti untuk memodifikasikan tindakan keperawatan tehnik distraksi menghardik dengan pendekatan spiritual.

Modifikasi tindakan keperawatan sangat dibutuhkan untuk mempercepat penyembuhan. Nilai spiritual dapat disandingkan karena spiritual mempengaruhi terjadinya sakit (Laroi et al. 2014). McCarthy-Jones, et.al (2013), O’Brien et al (2014) dan Stuart (2016) menyatakan nilai spiritual dapat mempercepat penyembuhan. Nilai Spiritual mencakup keyakinan kepada Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi, praktik keagamaan, keyakinan dan praktik budaya (Townsend, 2014). Sesuai teori *Sunrise* dengan pendekatan *Culture care* oleh Leininger memandang beberapa nilai yang salah satunya adalah nilai spiritual yang bertujuan untuk memampukan manusia menghadapi penyakit (Parker 2005).

Nilai spiritual mempercayai setiap orang dapat menyembuhkan dirinya sendiri, seperti dengan yoga, berdo’a dan meditasi (O’Brien et al, 2014).

Lucchetti, et all (2018) menyatakan nilai spiritual dengan berkunjung ke rumah ibadah dan mendapat petunjuk dari seseorang ahli spiritual yang menganjurkan untuk memikirkan dan menyatakan bahwa Tuhan adalah tempat pengaduan dan meminta kekuatan untuk menyelesaikan masalahnya, tindakan dan nilai ini dipercayai serta dipakai oleh 13% pasien gangguan jiwa berat di Amerika untuk meningkatkan kesehatan mental, mengurangi kecemasan dan menurunkan risiko bunuh diri. Sari dan Wijayanti (2014) menemukan zikir dipakai oleh salah seorang pasien untuk mengurangi kecemasan, kegelisahan pada halusinasinya karena kata-katanya mudah diingat, mudah dilakukan, menyejukkan hati dan kalimatnya sangat dikenal oleh masyarakat. Risna, et al (2017), Windarwati (2008) dan Subandi (1997) menyatakan nilai spiritual dapat menyelesaikan masalah kesehatan jiwa pada keluarga sebagai *caregiver*.

Untuk menangani halusinasi diperlukan sebuah tehnik yang andal. Tehnik distraksi menghardik dengan pendekatan spiritual dianggap andal karena sebagai penguatan kemampuan individu yang dapat dilakukan tanpa bantuan orang lain, tanpa biaya, dapat dilakukan dimana saja, kapan saja dan tidak perlu khawatir dengan kata-kata yang diucapkan karena tidak asing dan salah satu manfaatnya sebagai penenang hati. Tehnik distraksi menghardik dengan spiritual dimulai dengan menutup telinga dan katakan zikir yang dipilih.

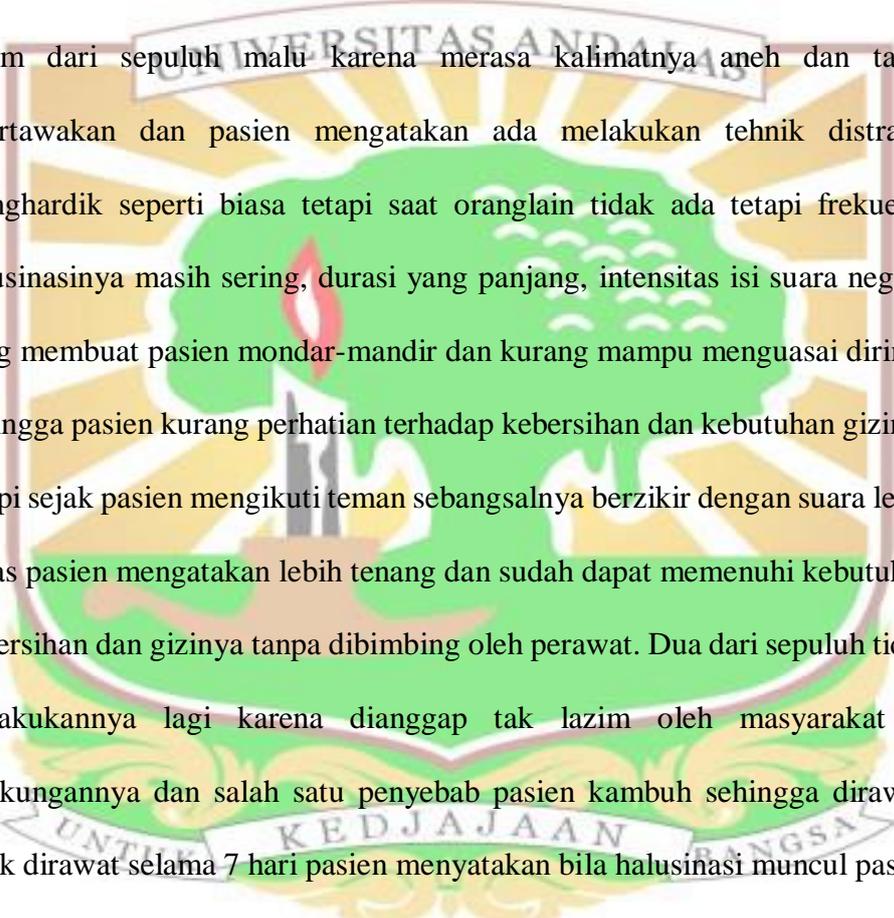
Nilai spiritual akan dicoba oleh penulis berupa kata-kata zikir karena zikir mengandung arti mengingat, memuja dan ingin berlindung pada Yang Maha Kuasa sehingga dapat mengurangi halusinasi pasien. Kata-kata zikir yaitu

sesuatu yang diucapkan untuk mengingat Allah. Sejalan dengan Suryani (2013) yang menyatakan bahwa pasien yang mengalami halusinasi merasa cemas, gelisah, tidak bisa tidur, maka dengan berzikir mereka dapat mengendalikan halusinasi.

Penelitian mengenai modifikasi spiritual Islami akan mendapatkan hasil yang signifikan bila dilakukan di daerah mayoritas Islam. Aceh salah satu provinsi dengan penduduk mayoritas beragama Islam dan Aceh merupakan provinsi pertama yang menjalankan syariat Islam (Qanun, 2014). Tradisi pengobatan yang diyakini masyarakat di aceh salah satunya adalah berdoa dengan ayat-ayat Al-qur'an, seperti istighfar, zikir dan membaca surah (Yoesuf 2015). Hidayati et al (2014) dan Gasril (2015) keduanya merekomendasikan terapi zikir sebagai terapi tambahan, tetapi sampai saat ini terapi zikir belum ada dalam standar asuhan keperawatan. Pada penelitian ini ingin dilakukan kombinasi terapi generalis individu dengan terapi spiritual yaitu zikir yang digabungkan dengan tehnik distraksi menghardik yang diharapkan dapat mengefisienkan dan mengefektifkan tindakan keperawatan.

Studi awal yang dilaksanakan pada bulan Mei 2018 terhadap perawat dan pasien yang mengalami halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Aceh ditemukan dua dari sepuluh pasien menyatakan tidak melakukan tehnik menghardik saat dirumah dan di rumah sakit dengan mengatakan "*pergi.....pergi.....kamu suara palsu saya tidak mau dengar*" karena saat halusinasi muncul pasien sering sedang sendiri atau merasa sendirian dan sering di malam hari yang membuat pasien sulit mengingat kata-katanya yang

panjang dan saat halusinasi muncul membuat pasien pasif karena frekuensinya sering, durasi yang panjang, intensitasnya tinggi dan banyaknya isi suara negatif seperti penghinaan sehingga pasien merasa sangat sedih, merasa tidak mampu dan tidak tahu mau melakukan apa-apa yang membuat meningkatnya kecemasan pasien dan pasien memilih melawan dengan suara lebih keras menggunakan kata zikir dan pasien merasa lebih nyaman seperti mendapat kekuatan dari Yang Maha Kuasa.



Enam dari sepuluh malu karena merasa kalimatnya aneh dan takut ditertawakan dan pasien mengatakan ada melakukan tehnik distraksi menghardik seperti biasa tetapi saat oranglain tidak ada tetapi frekuensi halusinasinya masih sering, durasi yang panjang, intensitas isi suara negatif yang membuat pasien mondar-mandir dan kurang mampu menguasai dirinya sehingga pasien kurang perhatian terhadap kebersihan dan kebutuhan gizinya tetapi sejak pasien mengikuti teman sebangsalnya berzikir dengan suara lebih keras pasien mengatakan lebih tenang dan sudah dapat memenuhi kebutuhan kebersihan dan gizinya tanpa dibimbing oleh perawat. Dua dari sepuluh tidak melakukannya lagi karena dianggap tak lazim oleh masyarakat di lingkungannya dan salah satu penyebab pasien kambuh sehingga dirawat, sejak dirawat selama 7 hari pasien menyatakan bila halusinasi muncul pasien menutup telinga dan mengucapkan kata zikir saja seperti yang disarankan oleh masyarakat karena zikir dikenal dan menurut pasien tindakannya tidak diketahui orang lain sedang mengontrol halusinasi.

Studi awal dilakukan bukan hanya pada pasien dengan masalah halusinasi tetapi juga dilakukan pada perawat. Perawat yang diwawancarai adalah beberapa perawat yang berdinis di Rumah sakit jiwa Aceh dengan pengalaman kerja diatas 10 tahun baik sebagai perawat pelaksana, wakil kepala ruangan atau kepala ruangan. Tujuh perawat pelaksana mengatakan pengalamannya dalam merawat pasien dengan halusinasi yang mau melakukan distraksi menghardik dengan kalimat *“pergi.....pergi.....kamu suara palsu saya tidak mau dengar”* bila didepan perawat saja tetapi bila diamati saat pasien sedang sendiri atau di malam hari pasien lebih sering berzikir dengan suara yang keras sehingga perawat memilih kalimat yang dinyatakan pasien lebih nyaman dengan memakai tehnik distraksi menghardik manggunakan kalimat zikir dan perawat mengatakan lebih banyak merawat pasien dengan halusinasi pendengaran.

Pengalaman empat wakil kepala ruangan menyatakan hampir semua pasien dengan halusinasi pendengaran enggan melakukan tehnik distraksi menghardik dengan kalimat *“pergi.....pergi.....kamu suara palsu saya tidak mau dengar”* tetapi mereka lebih menyukai kalimat zikir untuk mengurangi halusinasinya dimana pasien lebih sering memakai tehnik distraksi melawan dengan menghardik. Tehnik distraksi melawan dengan menghardik yang dipilih pertama oleh pasien karena halusinasi sering terjadi saat pasien sendirian atau merasa sendiri dan tehnik distraksi melawan dengan menghardik yang mengoptimalkan kemampuan individu untuk menyelesaikan masalahnya sendiri. Tehnik distraksi mengabaikan dengan bercakap-cakap dan tehnik distraksi mengalihkan dengan aktifitas terjadwal

adalah pilihan selanjutnya yang menurut pasien karena saat dilakukan memerlukan orang lain. Enam kepala ruangan mengatakan pengalamannya dalam merawat pasien yang mengalami halusinasi yang paling banyak adalah halusinasi pendengaran. Sering adanya pernyataan pasien tentang kenyamanan dirasakan saat pasien berzikir dibandingkan bila pasien melakukan tehnik distraksi menghardik dengan *“pergi.....pergi.....kamu suara palsu saya tidak mau dengar”* .

Diagnosa keperawatan halusinasi adalah urutan pertama di Rumah Sakit Jiwa Aceh. Data tahun 2017 pasien dengan diagnosa keperawatan halusinasi di 7 ruang rawat inap intermediet berjumlah 2.346 pasien/tahun dan tahun 2018 berjumlah 1.860 pasien/tahun. Data terakhir pasien dengan diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran di 7 ruang intermediet berjumlah 133 pasien dan kasus terbanyak dengan diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran. Ini merupakan fenomena yang sudah lama terjadi sehingga perlu dipikirkan jalan keluarnya. Dari fenomena tersebut, peneliti tertarik meneliti tentang *“Pengaruh tehnik distraksi menghardik dengan spiritual terhadap halusinasi pasien di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Aceh Tahun 2019”*.

### **1.3. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti merumuskan masalah dalam penelitian ini, yaitu *“Apakah ada pengaruh tehnik distraksi menghardik*

dengan spiritual terhadap halusinasi pasien di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Aceh Tahun 2019?”

### **1.3. Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang ”Pengaruh tehnik distraksi menghardik dengan spiritual terhadap halusinasi pasien di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Aceh Tahun 2019”

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- 1.3.2.1. Diketahui gambaran karakteristik pasien halusinasi di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Aceh.
- 1.3.2.2. Diketahui halusinasi pasien antara sebelum dengan sesudah intervensi pada kelompok intervensi di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Aceh.
- 1.3.2.3. Diketahui halusinasi pasien antara sebelum dengan sesudah intervensi pada kelompok kontrol di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Aceh.
- 1.3.2.4. Diketahui perbedaan halusinasi pasien sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Aceh.
- 1.3.2.5. Mengetahui pengaruh tehnik distraksi menghardik dengan spiritual terhadap halusinasi pasien di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Aceh.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1. Manfaat aplikatif bagi institusi**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi landasan dalam upaya pengembangan dan inovasi ilmu keperawatan khususnya pada perawat di rumah sakit jiwa.

#### **1.4.2 Manfaat keilmuan**

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk menambah ilmu pengetahuan tentang “Pengaruh tehnik distraksi dengan spiritual terhadap halusinasi pasien”.

#### **1.4.3 Manfaat bagi peneliti selanjutnya**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangan sebagai dasar untuk dikembangkan dalam penelitian selanjutnya yang terkait dengan halusinasi pasien.



