

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

2.1 Kajian Pustaka

Menurut hasil penelitian yang disebut dalam studi berjudul "Terapi Psikoreligius: Penggunaan Dzikir dalam Menangani Halusinasi Pendengaran," intervensi yang diberikan kepada pasien terbukti efektif dalam mengalihkan pengalaman halusinasi pendengaran mereka, sehingga pasien dapat merasakan ketenangan dalam diri mereka. Dzikir memiliki manfaat yang signifikan, seperti mengurangi rasa gelisah dan kecemasan, melindungi diri dari godaan setan dan ancaman manusia, serta memperkuat diri terhadap perilaku berdosa. Selain itu, dzikir juga mampu memberikan cahaya dalam hati dan membantu mengatasi kegelisahan jiwa (Akbar & Rahayu, 2021).

Studi terbaru yang dilakukan oleh Sari et al. (2022) dengan judul "Penerapan Terapi Spiritualitas: Dzikir dalam Mengatasi Gejala Halusinasi Pendengaran" menyajikan hasil bahwa setelah menerapkan terapi spiritual, khususnya dzikir, terjadi penurunan gejala halusinasi pendengaran pada pasien. Terapi spiritual adalah terapi dengan pendekatan terhadap kepercayaan yang dianut oleh klien dengan cara memberikan pencerahan. Doa adalah bentuk permohonan penyembuhan kepada Tuhan Yang Maha Esa, sedangkan dzikir adalah cara untuk mengingat Tuhan dengan segala kekuasaannya. Terapi psikoreligius yang melibatkan doa dan dzikir dianggap sebagai bentuk terapi psikiatri yang lebih holistik daripada psikoterapi konvensional. Kedua elemen ini, doa dan dzikir, membawa dimensi spiritual yang dapat memperkuat harapan dan rasa percaya diri

individu yang sedang mengalami sakit, sehingga meningkatkan sistem kekebalan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan.

2.2 Konsep Sehat Jiwa

2.5.1 Definisi Sehat Jiwa

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kesehatan merujuk pada keadaan tubuh dan bagian lainnya yang berada dalam kondisi bugar dan nyaman. Namun, bugar dan nyaman bersifat relatif dan subjektif, karena dapat bervariasi sesuai dengan persepsi dan definisi setiap individu. Kesehatan manusia melibatkan aspek fisik, psikologis, lingkungan sosial, dan spiritual. Kesehatan jiwa, meskipun memiliki definisi yang jelas, juga dapat dinilai melalui beberapa indikator. Karl Menninger, sebagai contoh, mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungannya dan berinteraksi dengan baik, tepat, dan merasa bahagia (Yusuf, 2015).

2.5.2 Ciri-Ciri Sehat Jiwa

Menurut *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2008, karakteristik kesehatan mental meliputi hal berikut:

- a. Sikap positif terhadap diri sendiri: Individu menerima dirinya dengan penuh pengakuan, mengenali segala aspek diri, baik yang positif maupun negatif.
- b. Pertumbuhan dan perkembangan diri: Individu mengalami transformasi dan perkembangan sesuai tahap perkembangan mereka, serta mampu mengungkapkan dan mengaktualisasikan potensi atau bakat yang dimiliki.

- c. Kesatuan (integrasi): Individu memiliki kesadaran bahwa diri mereka merupakan satu kesatuan yang utuh, mampu menghadapi tekanan dan bisa mengatasi rasa cemas.
- d. Persepsi yang sesuai dengan realitas: Individu memiliki pemahaman yang tepat terhadap stimulus dari lingkungan eksternal, mampu menyesuaikan persepsi mereka sesuai dengan realitas, dan memiliki empati terhadap orang lain.
- e. Otonomi: Individu mampu mengambil keputusan dengan penuh tanggung jawab dan dapat mengatur kebutuhan mereka sendiri tanpa bergantung secara berlebihan kepada orang lain.

2.5.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Sehat Jiwa

Menurut Hakim (2012), masalah kesehatan jiwa adalah permasalahan yang memerlukan pendekatan yang komprehensif, dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadapnya mencakup:

- a. Faktor fisik (organo-biologis):

Faktor fisik dapat memiliki dampak signifikan pada kesehatan jiwa seseorang. Misalnya, ketika seseorang mengetahui bahwa tubuhnya sedang mengalami penyakit seperti kanker, hal tersebut dapat secara langsung mempengaruhi aspek mental dan emosional mereka. Ini dapat mengganggu keseimbangan mental dan emosional, mempercepat penurunan sistem kekebalan tubuh, dan mengurangi semangat hidup.

- b. Faktor mental/emosional (psikoedukatif):

Kekuatan mental dan emosional yang mendukung sangat penting dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa. Memberikan dukungan mental dan saran positif dapat membantu memulihkan semangat hidup dan kesehatan secara fisik dan mental.

c. Faktor sosial budaya (sosial-kultural):

Lingkungan sosial dan budaya, termasuk keluarga dan komunitas, memiliki peran yang sangat penting dalam memengaruhi kesehatan mental seseorang. Komunikasi yang sehat dalam lingkungan keluarga dapat membantu individu mengatasi berbagai permasalahan yang muncul dalam hidup mereka. Budaya dan nilai-nilai sosial juga dapat memengaruhi kualitas kesehatan mental dan emosional seseorang dalam menghadapi berbagai tantangan kehidupan.

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah sebuah penyakit kronis yang memerlukan strategi manajemen jangka panjang dan keterampilan dalam penanganannya. Ini adalah penyakit otak yang ditandai oleh sejumlah sindrom klinis, termasuk perubahan dalam pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku individu (Videbeck, 2020).

Asal usul kata "skizofrenia" dapat diuraikan sebagai gabungan dari dua kata, yaitu "skizo" yang berarti retak atau pecah (*split*), dan "frenia" yang berarti jiwa. Oleh karena itu, skizofrenia dapat diartikan sebagai kondisi di mana

seseorang mengalami keretakan dalam jiwa atau kepribadian mereka (Hawari, 2018).

Skizofrenia juga dapat dijelaskan sebagai bentuk psikosis fungsional yang memiliki gangguan utama dalam proses berpikir, serta terjadi ketidakharmonisan atau perpecahan antara berbagai aspek seperti proses berpikir, afek atau emosi, kemauan, dan psikomotor, seringkali disertai dengan distorsi kenyataan. Waham dan halusinasi seringkali menjadi ciri utama, dan terjadi ketidaksesuaian dalam asosiasi pikiran, yang menghasilkan ketidakkohesian dalam berbicara dan berpikir (Direja, 2016).

2.3.2 Etiologi

Menurut Mashudi (2021), skizofrenia dapat disebabkan oleh dua faktor utama, yaitu:

a. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

1) Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan faktor utama yang dapat memicu perkembangan skizofrenia. Penelitian telah menunjukkan bahwa anak-anak yang memiliki satu orang tua biologis yang menderita skizofrenia, namun diadopsi oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia, masih memiliki risiko genetik untuk mengembangkan skizofrenia. Studi menunjukkan bahwa risiko ini sekitar 15%. Risiko tersebut kemudian meningkat menjadi sekitar 35% jika kedua orang tua biologis memiliki riwayat

skizofrenia (Mashudi, 2021).

2) Faktor Neuroanatomi

Penelitian telah menunjukkan bahwa individu yang menderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit dibandingkan dengan individu yang tidak menderita skizofrenia. Hal ini menunjukkan adanya gangguan dalam perkembangan atau hilangnya jaringan otak selama proses perkembangan. Pemeriksaan dengan menggunakan *Computerized Tomography (CT Scan)* telah menunjukkan pembesaran ventrikel otak (ruang dalam otak) dan atrofi korteks otak (penyusutan lapisan luar otak). Selain itu, Pemeriksaan *Positron Emission Tomography (PET)* juga telah mengungkapkan penurunan kadar oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Penelitian secara konsisten juga mencatat penurunan volume otak dan disfungsi otak pada area temporal dan frontal pada individu yang menderita skizofrenia.

Bagian otak yang menjadi perhatian utama adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak individu dengan skizofrenia menunjukkan perbedaan yang jelas dibandingkan dengan otak individu normal. Ventrikel otak terlihat melebar, ada penurunan dalam massa abu-abu, dan aktivitas metabolik di beberapa area otak bisa mengalami peningkatan atau

penurunan. Melalui pemeriksaan mikroskopis dan analisis jaringan otak, ditemukan perubahan minimal dalam distribusi sel otak yang biasanya terjadi selama masa prenatal, terutama penurunan sel glia, yang biasanya terjadi setelah trauma otak setelah kelahiran (Mashudi, 2021).

3) Neurokimia

Penelitian dalam bidang neurokimia secara konsisten menunjukkan adanya perubahan dalam sistem neurotransmitter di otak individu yang menderita skizofrenia. Pada individu yang normal, sistem sakelar atau perpindahan dalam otak berfungsi dengan baik. Sinyal-sinyal persepsi yang diterima dikirimkan kembali dengan lancar tanpa gangguan, sehingga individu dapat mengalami perasaan, berpikir, dan pada akhirnya melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan dan situasi saat itu. Namun, pada otak individu yang menderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirimkan mengalami gangguan sehingga gagal mencapai sel-sel yang seharusnya menjadi tujuannya.

Dalam konteks skizofrenia, perubahan dalam sistem neurotransmitter dapat berdampak pada pengolahan informasi dan komunikasi antar sel-sel otak. Gangguan ini dapat mengarah pada gejala-gejala seperti waham, halusinasi, dan perubahan perilaku yang sering terkait dengan skizofrenia.

Studi-studi neurokimia terus berusaha memahami mekanisme yang mendasari perubahan ini dan bagaimana mereka dapat memengaruhi fungsi otak pada individu dengan skizofrenia.

b. Faktor Psikologis

Skizofrenia diyakini terjadi akibat kegagalan dalam menyelesaikan tahap perkembangan psikososial awal, seperti misalnya ketidakmampuan seorang anak untuk membentuk hubungan saling percaya, yang kemudian dapat menyebabkan konflik intrapsikis yang berlangsung sepanjang hidupnya. Skizofrenia yang parah sering kali ditandai dengan ketidakmampuan individu untuk menghadapi masalah yang timbul. Gangguan identitas, kesulitan dalam mengatasi isu-isu terkait citra diri, dan kurangnya kontrol diri juga merupakan elemen penting dalam teori ini.

c. Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa ada lebih banyak individu dari lapisan sosial ekonomi rendah yang mengalami gejala skizofrenia dibandingkan dengan individu dari lapisan sosial ekonomi yang lebih tinggi. Hal ini terkait dengan adanya kondisi seperti kemiskinan, tingkat kepadatan hunian yang tinggi, asupan nutrisi yang tidak memadai, kurangnya perawatan prenatal, serta keterbatasan sumber daya untuk mengatasi stres dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :

a. Biologis

Stresor biologis yang terkait dengan respons neurobiologis yang tidak sesuai melibatkan beberapa faktor, termasuk gangguan dalam komunikasi dan siklus umpan balik di otak yang mengatur proses pengiriman informasi balik. Selain itu, terdapat abnormalitas pada mekanisme pintu masuk di otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk merespons stimulus secara selektif.

b. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres, yang merupakan karakteristik biologis individu, berinteraksi dengan faktor-faktor lingkungan atau stressor untuk memengaruhi risiko terjadinya gangguan pikiran.

c. Pemicu Gejala

Pemicu adalah faktor-faktor atau rangsangan yang dapat memicu atau memulai episode baru dari suatu penyakit atau kondisi medis. Pemicu-pemicu ini seringkali terkait dengan respons neurobiologis yang tidak sesuai dan dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti kesehatan individu, lingkungan, sikap, dan perilaku.

2.3.3 Manifestasi Klinis

Menurut Hawari (2018), gejala-gejala skizofrenia dapat dikelompokkan menjadi dua kategori utama, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Berikut penjelasan lebih lanjut mengenai kedua kelompok gejala tersebut:

a. Gejala positif Skizofrenia

Gejala positif adalah gejala-gejala yang sangat mencolok, mudah dikenali, dan dapat mengganggu kehidupan pasien serta interaksi mereka dengan keluarga dan masyarakat. Gejala-gejala ini seringkali menjadi salah satu alasan utama mengapa keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke perawatan medis atau kesehatan mental. Gejala-gejala positif yang biasanya terjadi pada pasien skizofrenia adalah sebagai berikut (Hawari, 2018):

- 1) Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.
- 2) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan itu.
- 3) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
- 5) Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.

6) Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.

7) Menyimpan rasa permusuhan.

b. Gejala negatif

Gejala negatif skizofrenia adalah gejala-gejala yang lebih tersembunyi dan tidak begitu mencolok, sehingga sering tidak mengganggu kehidupan sehari-hari pasien atau interaksinya dengan keluarga dan masyarakat. Karena gejala-gejala ini tidak begitu mencolok, seringkali keluarga atau masyarakat menjadi lambat dalam mengidentifikasi masalah dan membawa pasien untuk mendapatkan perawatan medis. Berikut adalah gejala-gejala negatif yang biasanya terjadi pada pasien skizofrenia (Hawari, 2018):

- 1) Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- 2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak.
- 6) Pola pikir stereotip.

2.3.4 Klasifikasi

Menurut Maramis (2018), klasifikasi atau tipe skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa jenis, termasuk:

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pada saat pertama kali masa pubertas. Gejala umum yang terjadi adalah terkadang emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses berfikir yang sukar ditemukan, sedangkan waham dan halusinasi sukar ditemukan.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Sering muncul pada masa remaja diantaranya umur 15-25 tahun dengan gejala yang menyolok yaitu gangguan proses fikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi/ *double personality*. Gangguan psikomotor seperti perlakuan yang kembali kekanak-kanakan, waham dan halusinasi yang banyak ditemukan pada skizofrenia bebefrenik.

3. Skizofrenia Katatonik

Muncul pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional, terjadi gandum gelisah katatonik atau stupor katatonik.

4. Stupor Katatonik

Pada stupor katatonik klien tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungan. Gejala yang sering muncul pada stupor katatonik yaitu :

- a. Mutisme, terkadang dengan menutup mata
- b. Muka tanpa mimik atau seperti topeng
- c. Stupor, klien tidak bergerak sama sekali dalam waktu yang lama, beberapa hari, bahkan sampai berbulan-bulan
- d. Bila diganti posisinya, penderita menentang negativisme
- e. Mekanisme ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga meleleh dan keluar, air seni dan feces ditahan
- f. Terdapat grimas dan katalepsi

5. Gaduh-gelisah Katatonik

Terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita terus berbicara/ bergerak saja, penderita hanya menunjukkan stereotopi, menerisme dan neologisme, penderita tidak dapat tidur, tidak makan dan minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi/ kolaps dan kadang-kadang kematian.

6. Jenis Paranoid

Skizofrenia paranoid sedikit berbeda dari jenis skizofrenia lainnya dalam perjalanannya, befronik dan katatonik, secara bertahap muncul dengan gejala skizofrenia sederhana atau gejala hebefrenik dan katatonik. Gejala yang umum muncul pada skizofrenia paranoid meliputi:

- a. Waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi baru dengan pemeriksaan terdapat adanya gangguan

proses pikir, gangguan efek, emosi dan kemauan. Skizofrenia ini mulai sering muncul sesudah umur 30 tahun. Pada awalnya kepribadian penderita sering disebut schizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congak dan kurang percaya diri pada orang lain.

- b. Skizofrenia Residual, keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primer bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Gejala ini sering timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

7. Jenis Skizo-aktif (Skizofrenia Skizo Afektif)

Disamping gejala-gejala skizofrenia yang menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo-depresif) atau gejala-gejala skizo-manik. Jenis skizo-aktif ini cenderung dapat sembuh tanpa efek, tetapi dapat timbul lagi serangan.

2.3.5 Pemeriksaan Penunjang Skizofrenia

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien skizofrenia (Townsend, 2018), yaitu:

a. Neuropatologi

Diagnosa definitif tidak dapat ditegakkan tanpa adanya konfirmasi neuropatologi. Secara umum didapatkan:

- 1) Atropi yang bilateral, simetris lebih menonjol pada lobus temporoparietal, anterior frontal, sedangkan korteks oksipital, korteks motorik primer, sistem somatosensorik tetap utuh

2) Berat otaknya berkisar 1000 gr (850-1250gr).

b. Pemeriksaan neuropsikologik

Penyakit alzheimer selalu menimbulkan gejala demensia.

1) Fungsi pemeriksaan neuropsikologik ini untuk menentukan ada atau tidak adanya gangguan fungsi kognitif umum dan mengetahui secara rinci pola defisit yang terjadi.

2) Test psikologis ini juga bertujuan untuk menilai fungsi yang ditampilkan oleh beberapa bagian otak yang berbeda-beda seperti gangguan memori, kehilangan ekspresi, kalkulasi, perhatian dan pengertian berbahasa.

c. CT scan:

1) Menyingkirkan kemungkinan adanya penyebab demensia lainnya selain alzheimer seperti multiinfark dan tumor serebri. Atropi kortikal menyeluruh dan pembesaran ventrikel keduanya merupakan gambaran marker dominan yang sangat spesifik pada penyakit ini

2) Penipisan substansia alba serebri dan pembesaran ventrikel berkorelasi dengan beratnya gejala klinik dan hasil pemeriksaan status mini mental.

d. MRI

1) Peningkatan intensitas pada daerah kortikal dan periventrikuler (*Capping anterior horn* pada ventrikel lateral). *Capping* ini merupakan predileksi untuk demensia awal. Selain didapatkan kelainan di kortikal, gambaran atropi juga terlihat pada daerah subkortikal seperti adanya atropi hipokampus, amigdala, serta pembesaran sisterna basalis dan

fissura sylvii.

- 3) MRI lebih sensitif untuk membedakan demensia dari penyakit alzheimer dengan penyebab lain, dengan memperhatikan ukuran (atrofi) dari hipokampus.

e. EEG

Berguna untuk mengidentifikasi aktifitas bangkitan yang suklinis. Sedang pada penyakit alzheimer didapatkan perubahan gelombang lambat pada lobus frontalis yang non spesifik.

f. PET (*Positron Emission Tomography*)

Pada penderita alzheimer, hasil PET ditemukan:

- 1) Penurunan aliran darah
- 2) Metabolisme O₂
- 3) Dan glukosa di daerah serebral
- 4) Up take I.123 sangat menurun pada regional parietal, hasil ini sangat berkorelasi dengan kelainan fungsi kognisi dan selalu sesuai dengan hasil observasi penelitian neuropatologi.

g. SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*)

Aktivitas I. 123 terendah pada refio parietal penderita alzheimer. Kelainan ini berkorelasi dengan tingkat kerusakan fungsional dan defisit kognitif. Kedua pemeriksaan ini (SPECT dan PET) tidak digunakan secara rutin.

h. Laboratorium darah

Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang spesifik pada penderita

alzheimer. Pemeriksaan laboratorium ini hanya untuk menyingkirkan penyebab penyakit demensia lainnya seperti pemeriksaan darah rutin, B12, Calsium, Posfor, BSE, fungsi renal dan hepar, tiroid, asam folat, serologi sifilis, skreening antibody yang dilakukan secara selektif

2.3.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Adapun jenis pengobatan pada pasien skizofrenia (Maramis, 2018), adalah sebagai berikut:

a. Farmakoterapi

Pemberian obat psikotik pada skizofrenia memiliki tujuan untuk mengatasi gejala aktif dan mencegah kambuhnya penyakit. Pendekatan pengobatan bervariasi tergantung pada fase penyakit, apakah sedang akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik yang perlu segera diatasi, dengan tujuan mengurangi gejala yang parah. Penggunaan fenotiazin, misalnya, dapat menyebabkan hilangnya waham dan halusinasi dalam waktu 2-3 minggu. Meskipun mungkin masih ada gejala tertentu, pasien dapat menjadi lebih kooperatif, berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari, dan merespons terapi lebih baik.

b. Elektro Convulsive Terapi (ECT)

ECT baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor, terhadap skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi ECT, kadang-kadang gejala menjadi lebih berat.

c. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi suportif atau terapi kelompok dapat memberikan dukungan praktis kepada pasien dengan tujuan membantu mereka berintegrasi kembali ke dalam masyarakat. Terapi perilaku dan pelatihan keterampilan sosial digunakan untuk meningkatkan kemampuan sosial, merawat diri, berlatih praktis, dan meningkatkan keterampilan komunikasi antarpersonal.

2.4 Konsep Halusinasi

2.4.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah kondisi di mana individu mengalami perubahan dalam jumlah dan pola stimulus yang diterima, yang dapat berasal dari faktor internal dan eksternal, yang kemudian diikuti oleh respons yang dapat berupa penurunan respons, respons yang berlebihan, atau bahkan kerusakan respons terhadap stimulus (Sutejo, 2017).

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering muncul pada individu dengan gangguan mental, dan seringkali dikaitkan dengan skizofrenia (Azizah, 2016).

Halusinasi pendengaran, sebagai salah satu jenis halusinasi, adalah gangguan persepsi di mana pasien mendengar suara-suara, terutama suara-suara orang, yang seringkali terkait dengan isi pikiran pasien dan dapat termasuk perintah untuk melakukan tindakan tertentu (Prabowo, 2014).

2.4.2 Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi menurut PPNI (2017) adalah sebagai berikut :

a. Data Subyektif:

Pasien mengatakan :

1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
2. Merasakan sesuatu melalui indera penciuman, perabaan, atau pengecapan

b. Data Obyektif

1. Distorsi Sensori
2. Respons tidak sesuai
3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu
4. Menyendiri
5. Melamun
6. Konsentrasi buruk
7. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
8. Curiga
9. Melihat ke satu arah
10. Bicara Sendiri

2.4.3 Tingkatan Halusinasi

Halusinasi yang dialami oleh pasien dapat bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan. Tingkat beratnya halusinasi bisa memengaruhi tingkat kecemasan dan kontrol yang dimiliki pasien terhadap pengalaman tersebut. Terdapat empat fase halusinasi berdasarkan teori Sutejo (Sutejo, 2017):

a. Fase I *Comforting* (Halusinasi menyenangkan)

Pada fase ini, pasien mencoba mengatasi perasaan ansietas, kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan dengan berfokus pada pikiran-pikiran menyenangkan. Mereka menyadari bahwa pikiran dan pengalaman sensorik mereka masih dalam kendali kesadaran, meskipun gejala seperti tersenyum tanpa alasan, gerakan bibir tanpa suara, dan reaksi verbal yang lambat bisa terlihat.

b. Fase II *Condemning* (Halusinasi menjadi menjijikan)

Pengalaman sensorik yang menjijikan, pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan, menarik diri dari orang lain, merasa kehilangan kontrol, tingkat kecemasan berat. Gejala yang dapat terlihat seperti meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas, rentang perhatian menyempit, asyik dengan pengalaman sensorik dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita, menyalahkan, menarik diri dengan orang lain dan konsentrasi terhadap pengalaman sensorik kerja (non psikotik). Teknik distraksi sangat berpengaruh pada pasien yang mengalami gangguan jiwa terutama halusinasi pendengaran yang dilakukan dengan

cara mengalihkan perhatian pasien dan menurunkan tingkat kewaspadaan pasien ke hal lain sehingga stimulus sensori yang menyenangkan dapat merangsang sekresi endorphen dan sudah berhasil dilakukan, ditandai dengan klien mampu mengontrol rasa takut saat halusinasi muncul. Teknik distraksi tersebut antara lain teknik menghardik, melakukan kegiatan secara terjadwal dan bercakap-cakap dengan orang lain.

c. Fase III *Controlling* (Pengalaman sensori jadi berkuasa)

Pasien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut, isi halusinasi menjadi menarik, pasien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti. Gejala yang dapat terlihat seperti kemauan yang dikendalikan halusinasi akan diikuti, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat: berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah, dan isi halusinasi menjadi atraktif (psikotik).

d. Fase IV *Conquering* (Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya)

Pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik. Gejala yang dapat terlihat seperti perilaku eror akibat panik, potensi kuat suicide atau homicide aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonik, dan tidak mampu merespon lebih dari satu orang (psikotik).

2.4.4 Klasifikasi Halusinasi

Menurut (Prabowo, 2014) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya:

a. Halusinasi pendengaran (audotorik)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi pengelihatan (visual)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

c. Halusinasi penghidu (Olfaktori)

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum.

d. Halusinasi peraba (taktil)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e. Halusinasi pengecap (gustatorik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan perasaan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan

f. Halusinasi sinestetik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

2.4.5 Rentang Respon Halusinasi

Reaksi perilaku seseorang dapat tercermin melalui respons yang terkait dengan aktivitas otak mereka. Individu yang lebih mampu beradaptasi cenderung memiliki kemampuan berpikir yang jernih dan dapat mengendalikan emosi mereka. Sebaliknya, tanda-tanda perilaku yang mengindikasikan adanya halusinasi meliputi tindakan yang tidak wajar seperti berjalan tanpa tujuan dan kesulitan dalam proses berpikir akibat rangsangan yang tidak nyata. Rentang respons ini dijelaskan dalam tabel di bawah (Stuart & Sundeen, 2016):

Adaptif

Maladaptif



Tabel 2.1 Rentang Respon Halusinasi

• Pikiran logis • Persepsi akurat • Emosi konsisten dengan pengalaman • Perilaku sesuai	• Distorsi pikiran • Ilusi • Reaksi emosional • Perilaku aneh/tidak biasa	• Gangguan piker • Sulit merespon Emosi • Perilaku disorganisasi • Isolasi sosial
--	--	--

• Berhubungan soiall	• Menarik diri	
-------------------------	----------------	--

Rentang Respon

Keterangan :

- a. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma social budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Respon adaptif meliputi :

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4) Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas

- b. Respon Psikososial Meliputi :

- a. Proses pikir terganggu yang menimbulkan gangguan
- b. Ilusi adalah miss intrerprestasi atau penilaian yang salah tentang yang benarbenar terjadi (objek nyata) karena gangguan panca indra
- c. Emosi berlebihan atau kurang
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari interaksi dengan orang lain
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari hubungan dengan orang lain

c. Respon maladaptive adalah respon indikasi dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma social dan budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptive ini meliputi :

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
- 2) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah satu atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
- 4) Perilaku tak terorganisir merupakan perilaku yang tidak teratur Isolasi social adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.4.6 Faktor Predisposisi Halusinasi (> 6 bulan)

Menurut (Stuart & Sundeen, 2016) faktor presipitasi dapat meliputi :

1) Biologis

Hal yang dikaji dalam faktor biologis meliputi : Adanya faktor herediter mengalami gangguan jiwa, adanya resiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan Napza. Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian berikut:

- Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

Genetik juga dapat memicu terjadi halusinasi pada seorang individu. Faktor genetik dapat berperan dalam respon sosial maladaptif. Terjadinya penyakit jiwa pada individu juga dipengaruhi oleh keluarganya dibanding dengan individu yang tidak mempunyai penyakit terkait. Banyak riset menunjukkan peningkatan risiko mengalami skizofrenia pada individu dengan riwayat genetik terdapat anggota keluarga dengan skizofrenia. Pada kembar dizigot risiko terjadi skizofrenia 15%, kembar monozigot 50%, anak dengan salah satu orang tua menderita skizofrenia berisiko 13%, dan jika kedua orang tua menderita skizofrenia berisiko 45%.

2) Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat

mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien adanya kegagalan yang berulang, kurangnya kasih sayang, atau overprotektif.

3) Sosial

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusakan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress. Ekonomi tersebut meliputi kemiskinan, tidak memadainya sarana dan prasarana, tidak adekuatnya pemenuhan nutrisi, rendahnya pemenuhan kebutuhan perawatan untuk anggota keluarga, dan perasaan tidak berdaya. Kultur atau budaya, kepercayaan kebudayaan klien dan nilai pribadi mempengaruhi masalah klien dengan halusinasi. Berdasarkan beberapa pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa status social ekonomi, pendidikan yang rendah, kurangnya pengetahuan, motivasi yang kurang dan kondisi fisik yang lemah dapat mempengaruhi klien dalam mempertahankan aktifitas klien yang mengalami halusinasi.

2.4.7 Faktor Presipitasi Halusinasi (< 3 bulan)

Menurut Stuart dan Sudeen faktor presipitasi dapat meliputi (Prabowo, 2014) :

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam

otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Stress lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor. Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2019).

Faktor presipitasi sebagai suatu stimulus yang dipersepsikan oleh individu apakah dipersepsikan sebagai suatu kesempatan, tantangan, ancaman/tuntutan. Stressor presipitasi bisa berupa stimulus internal maupun eksternal yang mengancam individu. Komponen stressor presipitasi terdiri atas sifat, asal, waktu dan jumlah stressor (Stuart & Sundeen, 2016). Sifat stresor, terjadinya halusinasi berdasarkan sifat terdiri dari:

- a. Komponen biologis, misalnya penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, ketidakaturan dalam proses pengobatan.
- b. Komponen psikologis, misalnya: intelegensi, ketrampilan verbal, moral, kepribadian dan kontrol diri, pengalaman yang tidak menyenangkan, kurangnya motivasi.

- c. Komponen sosial budaya, misalnya: adanya aturan yang sering bertentangan antara individu dan kelompok masyarakat, tuntutan masyarakat yang tidak sesuai dengan kemampuan seseorang, ataupun adanya stigma dari masyarakat terhadap seseorang yang mengalami gangguan jiwa, sehingga klien melakukan perilaku yang terkadang menentang hal tersebut yang menurut masyarakat tidak sesuai dengan kebiasaan dan lingkungan setempat.

2.4.8 Mekanisme Koping Halusinasi

Menurut (Stuart & Sundeen, 2016) Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptive :

1. Regresi adalah menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
2. Proyeksi adalah keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi)
3. Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindar sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain, sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

2.4.9 Proses Terjadinya Masalah

Proses terjadinya halusinasi menurut (Sutejo, 2017) diawali dengan seseorang yang menderita halusinasi akan menganggap sumber dari halusinasinya berasal dari lingkungannya atau stimulus eksternal. Padahal sumber itu berasal dari stimulus internal yang berasal pada dirinya tanpa ada stimulus dari luar. Stimulus internal itu merupakan suatu bentuk perlindungan diri dari psikologi yang mengalami trauma sehubungan dengan penolakan, stress, kehilangan, kesepian, serta tuntutan ekonomi yang dapat meningkatkan kecemasan. Pada fase awal masalah itu timbul peningkatan kecemasan yang terus menerus dan system pendukung yang kurang akan membuat persepsi untuk membedakan apa yang dipikirkan dengan perasaan sendiri menurun, klien sulit tidur sehingga terbiasa mengkhayal dan klien terbiasa menganggap lamunan itu sebagai pemecah masalah. Meningkat pada fase *comforting*, klien mengalami emosi yang berkelanjutan seperti adanya cemas, kesepian, perasaan berdosa dan sensorinya dapat diatur, pada fase ini klien cenderung merasa nyaman dengan halusinasinya.

Halusinasi menjadi sering datang, klien tidak mampu lagi mengontrolnya dan berupaya menjaga jarak dengan objek lain yang dipersepsikan. Pada fase *condemning*, klien mulai menarik diri dari orang lain. Pada fase *controlling* dimulai klien mencoba melawan suara-suara atau bunyi yang datang dan klien dapat merasa kesepian jika halusinasinya berhenti, maka dari sinilah dimulai fase gangguan psycotik. Pada fase *conquering panic level of anxiety*, klien lama-kelamaan pengalaman sensorinya terganggu, klien

merasa terancam dengan halusinasinya terutama bila tidak menuruti perintah yang dari halusinasinya.

2.4.10 Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Persepsi

Sensori: Halusinasi Pendengaran

1. Pengkajian

Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan umumnya, dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Isi pengkajian meliputi:

- a. Identitas klien,
- b. Keluhan utama atau alasan masuk,
- c. Faktor predisposisi dan Faktor Presipitasi
- d. Aspek fisik atau biologis,
- e. Aspek psikososial,
- f. Status mental,
- g. Kebutuhan persiapan pulang,
- h. Mekanisme koping
- i. Masalah psikososial dan lingkungan,
- j. Pengetahuan,
- k. Aspek medik.

Kemudian data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut:

- a. Data objektif ialah data yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
- b. Data subjektif ialah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer, dan data yang diambil dari hasil catatan tim kesehatan lain sebagai data sekunder.

2. Diagnosa Keperawatan

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya, orang lain maupun lingkungan. Hal ini terjadi jika halusinasi sudah sampai pada fase IV, dimana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini, klien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*), dan bahkan merusak lingkungan. Selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah-masalah keperawatan yang menjadi penyebab (triger) munculnya halusinasinya. Masalah – masalah itu antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial (Muhith, 2015).

Akibat rendah diri dan kurangnya keterampilan berhubungan sosial, klien menjadi menarik diri dari lingkungan. Dampak selanjutnya klien akan lebih berfokus pada dirinya. Stimulus internal menjadi lebih dominan dibandingkan dengan stimulus eksternal. Klien lama-kelamaan kehilangan kemampuan membedakan stimulus internal dan stimulus eksternal, ini memicu terjadinya halusinasi. Dari masalah tersebut, ditemukan masalah.

3. Perencanaan Keperawatan

Strategi pelaksanaan. Menurut (Keliat, 2019):

1. Membantu klien mengenali halusinasi

Membantu pasien mengenali halusinasi dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang didengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul.

2. Melatih klien mengontrol halusinasi: Menghardik halusinasi

a. Menghardik halusinasi

Tahapan tindakan meliputi : Menjelaskan cara menghardik halusinasi, memeragakan cara mengahardik, meminta klien memeperagakan ulang,

memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku klien.

- b. Bercakap-cakap dengan oranglain
- c. Melakukan aktivitas terjadwal
 - 1. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
 - 2. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien
 - 3. Melatih klien melakukan aktivitas
 - 4. Menyusun jadwal aktivitas sehari – hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu
 - 5. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memeberikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif.
- d. Mampu menggunakan obat secara teratur

Tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat :

- 1. Jelaskan guna obat
- 2. Jelaskan akibat bila putus obat
- 3. Jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat

4. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis).

4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan keperawatan oleh klien. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan implementasi pada klien dengan GSP : halusinasi dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus lebih dulu melakukan :

1. Membina hubungan saling percaya dengan klien
2. Mengidentifikasi isi halusinasi, waktu munculnya halusinasi, frekuensi dan hal yang menimbulkan halusinasi muncul
3. Melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik
4. Melatih klien mengontrol halusinasinya dengan cara bebincang dengan orang lain
5. Mengatur kegiatan sesuai dengan kegiatan sehari-hari dan sesuai dengan kegiatan yang disukai klien sehingga tidak ada kesempatan klien sendiri

6. Menganjurkan klien untuk tidak putus obat dan menjelaskan kepada klien efek yang timbul jika putus obat (Keliat, 2019).

5. Implementasi

- a. Klien dapat mengenal jenis halusinasinya
 - b. Klien dapat mengenal isi halusinasinya
 - c. Klien dapat mengenal waktu halusinasinya
 - d. Klien dapat mengenal frekuensi halusinasinya
 - e. Klien mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi
 - f. Klien dapat menjelaskan respons terhadap halusinasinya
 - g. Klien mampu menghardik halusinasinya
 - h. klien dapat bercakap-cakap jika terjadi halusinasi
 - i. Klien dapat membuat jadwal harian
 - j. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal
 - k. Klien dapat menggunakan obat secara teratur
- (Keliat, 2019).

2.5 Terapi Dzikir

2.5.1 Definisi Terapi Dzikir

Terapi psikoreligius: Istilah "dzikir" berasal dari kata "dzakar" yang berarti mengingat. Dzikir, dalam konteks ini, berarti menjaga ingatan agar selalu tertuju kepada Allah ta'ala. Dzikir dalam kerangka syariah adalah cara

husus untuk mengingat Allah dengan etika yang telah diatur dalam Al-Quran dan hadis, dengan tujuan membersihkan hati dan mengagungkan Allah. Ibnu Abbas R.A. menggambarkan dzikir sebagai konsep dan alat untuk menjaga kebiasaan berpikir tentang Allah di luar waktu sholat. Dzikir memiliki tujuan untuk mengangkat Allah, membersihkan hati dan jiwa, serta memuliakan Allah sebagai pencipta yang patut disyukuri. Selain itu, dzikir juga memiliki potensi untuk meningkatkan kesehatan tubuh, menyembuhkan penyakit melalui metode Ruqyah, dan melindungi manusia dari bahaya nafsu (Akbar & Rahayu, 2021).

2.5.2 Macam-macam Dzikir

- a. Dzikir lisany (dzikir lidah): menyebut nama Allah dengan lidah, bunyinya berupa kalimat Subhanallah, Alhamdulillah Shalawat dan Istigfar, Asma'ul Husna, dzikir ini poin pahalanya paling rendah dibandingkan dengan macam dzikir yang lainnya. Dan dzikir ini ada yang menyebutnya zikir Syari'at.
- b. Dzikir Qalbi (dzikir hati): menyebut nama Allah dengan hati kalimat tasbih (Subhanallah), tahlil (Lailahailallah), takbir (Allah Akbar), tahmid (Alhamdulillah), taqdis, hauqolah, tarji', Istigfar. Dzikir ini pahalanya bisa mencapai 70 kali lipat atau lebih dibandingkan dengan dzikir lisan, karena zikir qalbi tidak diketahui orang lain sehingga keikhlasan dapat lebih terjaga.
- c. Dzikir Aqli (pikiran): memikirkan makna, arti, maksud yang terkandung dalam kalimat-kalimat dzikir. Dzikir ini disebut juga tafakkur (memikirkan) dan tadabur (merenungkan) yaitu

merenungkan keesaan Allah dan kekuasaan Allah sebagaimana mungkin yang tersurat dalam kalimat dzikir yang diucapkan.

- d. Dzikir Ruhy (zikir roh): kembalinya fitrah atau asal kejadiannya saat berada dalam arwah, menyaksikan dan membuktikan wujud makrifah, dan ini tingkatan dzikir tertinggi (Akbar & Rahayu, 2021a).

2.5.3 Tujuan Dzikir

Terapi psikoreligius, dengan kata "dzikir" yang berasal dari "dzakar" yang berarti mengingat, bertujuan untuk menjaga agar ingatan selalu terfokus pada Allah ta'ala. Dzikir dalam konteks syariah adalah cara khusus untuk mengingat Allah sesuai dengan norma-norma etika yang ditetapkan dalam Al-Quran dan hadis. Hal ini dilakukan dengan maksud membersihkan hati dan mengagungkan Allah. Ibnu Abbas R.A. menjelaskan dzikir sebagai sebuah konsep dan alat untuk menjaga kebiasaan berpikir tentang Allah di luar waktu sholat. Tujuan dari dzikir adalah untuk mengangkat Allah, membersihkan hati dan jiwa, serta menghormati Allah sebagai pencipta yang patut disyukuri. Lebih dari itu, dzikir juga memiliki potensi untuk meningkatkan kesehatan fisik, mengobati penyakit dengan metode Ruqyah, dan menjaga manusia dari bahaya hawa nafsu (Akbar & Rahayu, 2021).

2.5.4 Manfaat Dzikir

Seseorang yang berdzikir akan merasakan beberapa manfaat, selain merasakan ketenangan batin, juga terdapat manfaat-manfaat yang lain yaitu :

- a. Dzikir merupakan ketetapan dan syarat kewalian. Artinya siapa yang senangtiasa berdzikir kepada Allah maka akan bisa mencapai derajat kekasih Tuhan.
- b. Dzikir merupakan kunci ibadah-ibadah yang lain
- c. Dzikir akan membuat hijat dan menciptakan keikhlasan hati yang sempurna.
- d. Dzikir akan menurunkan rahmad.
- e. Menghilangkan kesusahan hati.
- f. Meluangkan hati.
- g. Memutuskan kehendak setan.
- h. Dzikir menolak bencana (Akbar & Rahayu, 2021).