

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu “schizo” yang memiliki arti “terpecah” dan “*phren*” yang berarti “pikiran” sehingga dapat disimpulkan skizofrenia berarti pikiran yang terpecah yang berarti menjelaskan karakteristik dari skizofrenia itu sendiri yang terdiri dari pemisahan antara perilaku, emosi dan pikiran (Maramis, 2016). Skizofrenia adalah ketidaksesuaian antara pikiran dan perasaan karena terpecahnya pikiran, perasaan dan perilaku (Prabowo, 2014). Skizofrenia merupakan salah satu gangguan psikologis dengan tanda gejala adanya penarikan diri dari lingkungan sosial, penyimpangan realitas dan disorganisasi kognitif, pikiran dan persepsi (Stuart, 2016).

Berdasarkan beberapa definisi skizofrenia diatas, maka dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan salah satu gangguan psikologis yang terjadi karena terpecahnya hubungan antara pikiran, perasaan dan perilaku yang ditandai dengan adanya penarikan diri dari lingkungan sosial. penyimpangan realitas dan disorganisasi kognitif, pikiran dan persepsi dari orang yang mengalaminya.

2.2.2 Etiologi

Skizofrenia terjadi karena adanya gangguan perkembangan saraf otak seperti gangguan neurobiologis kompleks sirkuit otak neurotransmitter, defisit neuroanatomikal, kelainan neuroelektrikal, dan diregulasi neurosirkulatori yang menghasilkan interaksi yang kompleks antara sel yang dipengaruhi banyak faktor risiko yang berasal dari lingkungan dan tidak memiliki penyebab tunggal yang menyebabkan skizofrenia (Stuart, 2016).

Beberapa faktor resiko terjadinya skizofrenia menurut Maramis (2016) adalah sebagai berikut:

a. Genetik

Beberapa penelitian membuktikan bahwa skizofrenia dapat diturunkan terutama pada anak-anak kembar satu telur. Orang tua yang menderita skizofrenia dapat menurunkannya pada anak-anak mereka dimana angka kesakitan bagi saudara kandung mencapai 7-15%, saudara tiri 0,9 – 1,8%, anak kembar dua telur (geterozigot) 2 – 15% dan bagi anak kembar satu telur (monozigot) 61 – 86%.

b. Gangguan sistem endokrin

Gangguan pada sistem endokrin diduga dapat menjadi faktor risiko terjadinya skizofrenia dikarenakan banyak kasus skizofrenia yang muncul pada masa pubertas, waktu kehamilan, masa peuerperium atau klimakterium.

c. Gangguan metabolisme

Penderita skizofrenia yang tampak pucat dan tidak sehat menjadi salah satu penyebab dugaan gangguan metabolisme dapat menyebabkan skizofrenia.

d. Kelainan susunan saraf pusat

Diensefalon atau korteks otak merupakan susunan saraf pusat yang bila terganggu maka diduga dapat menjadi penyebab skizofrenia.

e. Teori *Adolf Meyer*

Skizofrenia terjadi karena adanya suatu reaksi yang salah atau adanya maladaptasi dalam diri seorang individu. Hal ini menyebabkan suatu disorganisasi kepribadian dan secara perlahan membuat individu menarik diri dari kenyataan.

f. Teori *Sigmund Freud*

Kelemahan pada ego yang timbul karena psikogeik ataupun somatik sehingga superego teracuhkan dan id yang mendominasi yang menyebabkan terjadinya regresi ke fase narsisme.

g. *Eugen Bleuler*

Skizofrenia sebagai jiwa yang terpecah belah, ketidaksinambungan antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan.

2.2.3 Klasifikasi

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) dalam Maslim (2021) mengklasifikasikan skizofrenia sebagai

berikut:

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan waham primer, disertai waham-waham sekunder dan halusinasi. Ditemukan juga terdapat gangguan proses berpikir, gangguan afek dan kemauan.

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik ditandai dengan gejala umum skizofrenia, diagnosa pertama kali ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda, gejala dapat bertahan hingga 2-3 minggu, pembicaraan yang terus diulang, afek tumpul, tersenyum sendiri.

c. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik ditandai dengan gejala umum skizofrenia, stupor (tidak mau bicara dan aktivitas yang rendah), tampak gelisah dengan aktivitas motorik yang tidak bermakna, kaku tubuh atau rigiditas, diagnosa biasanya tertunda karena klien tidak komunikatif.

d. Skizofrenia tak terinci

Skizofrenia tak terinci ditandai dengan gejala umum skizofrenia, tidak memenuhi ke dalam kriteria skizofrenia katatonik, hebefrenik, paranoid, skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia.

e. Skizofrenia pasca skizofrenia

Kriteria dari skizofrenia ini adalah klien telah menderita skizofrenia selama 12 bulan, masih tetap ada gejala skizofrenia namun tidak terlalu

mendominasi, terdapat gejala depresif.

f. Skizofrenia kompleks

Skizofrenia simpleks ditandai dengan gejala negatif tanpa adanya halusinasi, waham atau episode psikotik lainnya dan disertai dengan perubahan perilaku yang bermakna.

g. Skizofrenia tak spesifik

Skizofrenia tak spesifik adalah kondisi skizofrenia yang tidak termasuk ke dalam skizofrenia apapun yang telah disebutkan sebelumnya.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Gejala yang muncul pada orang dengan skizofrenia menurut Maramis (2016) dibagi menjadi tiga gejala, yaitu:

a. Gejala Positif

a) Delusi atau waham

Merupakan kondisi dimana individu memiliki keyakinan yang tidak rasional yang menetap dan berkepanjangan dan penderita meyakini kebenarannya.

b) Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi keliru atau palsu yang timbul tanpa adanya stimulus eksternal yang dirasakan oleh panca indera seperti melihat, mencium, mendengar, meraba atau menyentuh sesuatu yang

tidak ada wujudnya.

c) Disorganisasi pikiran dan pembicaraan

Ketidaksinambungan antara penggunaan bahasa dan pola pembicaraan atau disebut inkoheren.

d) Disorganisasi perilaku

Disorganisasi perilaku yang dapat timbul adalah aktivitas motorik yang tidak dilakukan orang normal seperti gaduh, gelisah, pengulangan aktivitas terus menerus, agresif dan lainnya.

e) Gejala positif lainnya adalah orang dengan skizofrenia cenderung memiliki pikira curiga atau merasa ada ancamana yang mengikutinya dan merasa perlu bermusuhan.

b. Gejala Negatif

a) *Affective flattening*

Orang dengan skizofrenia cenderung tidak mampu menunjukkan emosi atas perasaan yang dirasakan oleh dirinya dan kurang berespon meskipun sudah diberikan stimulus menyebabkan bahasa tubuh dan kontak mata yang amat kurang.

b) *Alogia*

Alogia adalah kondisi dimana ketika individu tidak mampu berkata- kata sehingga dianggap tidak responsif. Orang dengan skizofrenia cenderung tidak mampu memulai percakapan dengan orang lain yang dapat disebabkan oleh rasa takut, cemas dan berakhir menarik

diri dari lingkungan sosial.

c) *Avolition*

Orang dengan skizofrenia biasanya memiliki inisiatif yang sangat kurang sehingga tampak kehilangan minat untuk melakukan sesuatu.

c. Gejala Kognitif

Masalah memori dan perhatian adalah salah satu gejala kognitif yang dapat muncul pada orang dengan skizofrenia sehingga dapat mempengaruhi kemampuannya dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti membuat keputusan, memahami informasi, kesulitan dalam konsentrasi dan mengingat.

2.1.5 Penatalaksanaan Medis

Menurut Maramis (2016), penatalaksanaan skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Terapi Farmakologi

Golongan obat antipsikotik adalah obat yang digunakan sebagai terapi farmakologi pada orang dengan skizofrenia. Obat ini digunakan dalam waktu yang lama karena bertujuan untuk terapi pemeliharaan, mengurangi gejala yang dapat timbul dan sebagai pencegah kekambuhan (Prabowo, 2014). Obat antipsikotik sendiri dibagi menjadi dua golongan, yaitu:

a) Antipsikotik Tipikal

Antipsikotik tipikal bekerja dengan cara menghalangi atau memblokir reseptor dopamin. Obat golongan ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif pada orang dengan skizofrenia.

b) Antipsikotik Atipikal

Antipsikotik atipikal ini bekerja dengan menghalangi atau memblokir reseptor dopamin yang rendah dan menjadi pilihan pertama dalam terapi skizofrenia. Obat golongan ini efektif untuk mengatasi gejala positif maupun negatif pada orang dengan skizofrenia.

b. Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologi yang dapat diberikan pada orang dengan skizofrenia menurut Hawari (2016) adalah sebagai berikut:

1) Pendekatan Psikososial

Pendekatan psikososial yang dilakukan memiliki tujuan untuk meningkatkan fungsi sosial dan aktivitas dari individu melalui pemberian dukungan secara emosional.

2) Psikoterapi suportif

Sesuai dengan namanya, psikoterapi suportif dilakukan dengan cara memberikan dorongan dan motivasi sehingga orang dengan skizofrenia tidak merasa putus asa dan kembali memiliki semangat dalam menjalani hidupnya.

3) Psikoterapi re-edukatif

Tujuan dari psikoterapi re-edukatif adalah membentuk orang dengan skizofrenia agar lebih adaptif terhadap dunia luar dengan cara memberikan pendidikan ulang yang dimaksudkan untuk mengubah pendidikan lama dengan yang baru.

4) Psikoterapi rekonstruksi

Tujuan dari psikoterapi rekonstruksi pada orang dengan skizofrenia adalah untuk mengembalikan kepribadian yang disebabkan karena adanya stresor yang tidak dapat klien atasi.

5) Terapi Psikoreligius

Terapi keagamaan terhadap penderita skizofrenia dimaksudkan dengan gejala patologis dengan pola sentral keagamaan dapat diterapkan atau diluruskan dengan demikian keimanan penderita skizofrenia dapat dipulihkan kembali kejalan yang lurus dan benar.

2.3 Konsep Teori Halusinasi

2.3.1 Definisi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan dan penghiduan. Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kurang, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus tersebut (Astutik, 2018). Halusinasi

adalah suatu kondisi dimana ketidakmampuan individu dalam membedakan pikiran (rangsangan internal) dan dunia luar (rangsangan eksternal) (Pambayung, 2015). Menurut Dalami et al (2014) halusinasi adalah gangguan persepsi terhadap suatu objek berupa gambaran atau pikiran yang timbul tanpa adanya stimulus dan dapat terjadi pada seluruh sistem penginderaan.

Maka, berdasarkan 3 pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dan gangguan persepsi (sensasi palsu) karena hilangnya kemampuan individu dalam membedakan rangsangan eksternal (dunia luar) dan rangsangan internal (pikiran) yang dapat melibatkan seluruh indera yaitu pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan dan penciuman.

2.3.2 Faktor Predisposisi dan Presipitasi

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi halusinasi menurut Efendi (2021) adalah sebagai berikut:

a. Biologis

Faktor biologis seperti gangguan perkembangan dan fungsi otak, gangguan susunan saraf-saraf pusat yang dapat menyebabkan gangguan realita. Gejala yang dapat timbul adalah hambatan dalam berbicara, hambatan dalam belajar, daya ingat hingga muncul perilaku menarik diri.

b. Psikologis

Faktor psikologis terjadi karena kegagalan berulang dalam

menyelesaikan perkembangan awal psikososial, korban kekerasan, kurang kasih sayang. Sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup.

c. Sosial Budaya

Kemiskinan, kehidupan yang terisolasi disertai stres, konflik sosial budaya adalah kondisi lingkungan yang dapat menyebabkan gangguan orientasi realita.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pencetus halusinasi menurut Irwan et al (2021) adalah sebagai berikut:

- 1) Gangguan mekanisme penghantaran listrik di saraf
- 2) Terlalu banyak informasi yang diterima dan diproses oleh otak
- 3) Sikap/perilaku seperti merasa tidak mampu, putus asa, tidak percaya diri, harga diri rendah, merasa gagal, merasa malang, rendahnya kemampuan sosialisasi, merasa punya kekuatan berlebihan, perilaku agresif.
- 4) Kondisi kesehatan seperti kurang nutrisi, kurang tidur, kelelahan, kurang beraktivitas, infeksi, hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
- 5) Lingkungan yang memusuhi, terdapat krisis masalah di rumah, kesukaran dalam hubungan dengan orang lain, tekanan kerja, kemiskinan, kehilangan kebebasan hidup dan ketidakmampuan dalam bersosialisasi.

2.3.3 Manifestasi Klinis

Tanda gejala menurut jenis halusinasi pendengaran menurut Stuart & Sudden dalam Yusalia (2015) adalah sebagai berikut:

a) Halusinasi pendengaran

Halusinasi pendengaran ditandai dengan adanya mendengar suara, kebisingan, suara kata yang jelas, tampak sering bercakap antara dua orang lain. Perkataan yang bahkan dapat memberikan perintah pada individu yang kadang dapat membahayakan.

b) Halusinasi penglihatan

Halusinasi penglihatan bisa dalam berupa kilatan cahaya, gambar kartun, gambar geometris atau panorama yang luas dan kompleks dimulai dari hal yang menyenangkan atau menakutkan.

c) Halusinasi penciuman

Halusinasi penciuman dapat berupa mencium bau-bau seperti darah, urin, feses atau bau lain yang tidak menyenangkan dimana biasanya disebabkan kondisi fisik seperti stroke, tumor, kejang atau dementia.

d) Halusinasi pengecapan

Ditandai dengan merasa mengecap sesuatu seperti rasa darah, urin atau feses.

e) Halusinasi perabaan

Halusinasi perabaan dapat ditandai dengan adanya nyeri pada perabaan

atau adanya ketidaknyamanan seperti tersetrum listrik yang dapat dari tanah, benda mati atau orang lain.

2.3.4 Klasifikasi

Stuart and Laraia (2005) dalam Irwan et al (2021) membagi halusinasi menjadi 4 fase, yaitu:

a) Fase 1 : *Comforting*

Klien mengalami ansietas tingkat sedang dan halusinasi masih bersifat menyenangkan.

Karakteristik : Klien akan mengalami emosi seperti rasa bersalah, kesepian, cemas, takut namun berusaha untuk menetapkan pikiran agar kecemasan berkurang. Klien memahami bahwa pengalaman persepsi sensori yang dialaminya tersebut tidaklah nyata dan dapat dikendalikan (non psikotik).

Perilaku pasien : Klien akan sering tertawa sendiri, menyeringai, pergerakan mata cepat, menggerakkan bibir tanpa bersuara seperti sedang berbicara, diam, terfokus pada sesuatu yang tidak ada namun menurutnya mengasyikkan.

b) Fase 2 : *Condemning*

Klien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi akan menjadi menjijikan.

Karakteristik : Klien mulai menganggap bahwa hal yang dirasakannya secara sensori mulai menjijikan dan menakutkan sehingga klien akan mencoba menjauhkan diri dari hal tersebut hingga terkadang dapat lepas kendali. Klien akan mulai menarik diri dari interaksi sosial dikarenakan malu akan pengalaman sensorinya (psikotik ringan).

Perilaku : Terdapat peningkatan nadi, tekanan darah, pernafasan sebagai tanda peningkatan sistem saraf otonom, terjadi penyempitan kemampuan konsentrasi, kemampuan klien untuk membedakan antara halusinasi dan realita semakin menurun.

c) Fase 3 : *Controlling*

Klien akan mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi berkuasa.

Karakteristik : Klien menyerah pada halusinasinya dan tidak memberikan perlawanan yang membuat isi halusinasi menjadi menarik hingga tampak seperti sebuah permohonan dan klien mungkin akan merasakan kesepian bila halusinasi berakhir (psikotik).

Perilaku : Klien akan mengikuti perintah dalam halusinasinya, terjadi penurunan konsentrasi dan tanda ansietas berat yaitu tremor, berkeringat dan tidak mampu mengikuti perintah.

d) Fase IV : *Conquering*

Klien akan mengalami halusinasi yang lebih rumit dan klien mulai hanyut dalam halusinasinya.

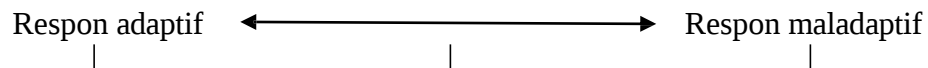
Karakteristik : Klien merasa diancam bila tidak mengikuti halusinasinya. Halusinasi dapat bertahan selama beberapa jam atau hari bila tidak mendapatkan intervensi segera (psikotik berat).

Perilaku : Klien akan tampak panik, dapat menyerang bahkan resiko bunuh diri atau orang lain. Klien akan berperilaku sesuai halusinasinya yaitu sepetri amuk, menarik diri, agitasi, tidak dapat berespon pada perintah atau katatonia.

2.3.5 Rentang Respon

Menurut Efendi (2021) rentang respon halusinasi merupakan salah satu respon maladaptive individu yang berbeda dalam rentang respon neurobiologist. Individu yang sehat persepsinya akurat mampu mengidentifikasi stimulus

berdasarkan informasi yang diterima melalui panca Indera (pendengaran, penglihatan, pengecapan, penghidu, dan perabaan) sedangkan pasien dengan halusinasi mempersiapkan suatu stimulus panca Indera walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada.



Respon Adaptif		Respon Maladaptif
1. Hubungan sosial	- Pikiran terkadang	1. Kelainan pikiran
2. Perilaku sosial	menyimpang	2. Halusinasi
3. Emosi konsisten	- Ilusi	3. Tidak mampu
4. Persepsi akurat	- Emosi berlebihan	berkomunikasi
5. Pikiran logis	- Perilaku ganjil	4. Isolasi sosial
	- Menarik diri	

(Efendi, 2021)

1. Respon Adaptif

Respon adaptif merupakan respon yang sesuai dengan norma sosial budaya yang berlaku ketika seseorang berusaha untuk memecahkan masalah.

Adapun respon adaptif adalah sebagai berikut:

- a. Pikiran logis yang berarti sesuai dengan kenyataan
- b. Persepsi akurat yang berarti memiliki pandangan tepat pada kenyataan
- c. Emosi stabil

- d. Perilaku sosial dalam batas wajar
- e. Hubungan sosial dapat dipertahankan

2. Respon Psikososial

Respon psikososial meliputi:

- a. Proses pikir yang terganggu
- b. Ilusi atau kekeliruan dalam menilai suatu objek
- c. Emosi tidak stabil
- d. Perilaku tidak biasa yaitu melebihi batas wajar
- e. Menarik diri

3. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan respon yang tidak sesuai dengan norma sosial budaya yang berlaku ketika seseorang berusaha untuk memecahkan masalah. Adapun respon maladaptif adalah sebagai berikut:

- a. Kelainan pikiran dimana klien mempertahankan keyakinan akan halusinasinya
- b. Halusinasi sebagai gangguan persepsi sensori yang terjadi pada panca indera terhadap stimulus yang tidak nyata
- c. Kerusakan proses emosi yang dapat berubah sewaktu-waktu
- d. Perilaku tidak terorganisir
- e. Isolasi sosial sebagai kondisi dimana individu enggan berinteraksi dengan orang lain.

2.3.6 Psikodinamika

Gangguan jiwa memiliki beragam tanda gejala dimana halusinasi menjadi salah satu gangguan yang paling sering menyertai yang ditandai dengan adanya stimulus tanpa wujud nyata dapat berupa suara atau kata yang dapat mempengaruhi klien dalam berperilaku karena berisi perintah atau permohonan yang menimbulkan respon tertentu seperti bicara sendiri atau berperilaku tidak sesuai hingga membahayakan (Tiaswarasita dkk, 2017).

Halusinasi pendengaran merupakan bentuk yang paling sering dari gangguan persepsi pada klien dengan gangguan jiwa. Bentuk halusinasi ini bisa berupa suara-suara bising atau mendengung, tetapi paling sering berupa kata-kata yang tersusun dalam bentuk kalimat yang mempengaruhi tingkah laku klien, sehingga klien menghasilkan respon tertentu seperti: bicara sendiri, bertengkar, atau respon lain yang membahayakan. Bisa juga klien bersikap mendengarkan suara halusinasi tersebut dengan mendengarkan penuh perhatian pada orang lain yang tidak bicara atau pada benda mati (Tiaswarasita dkk, 2017).

2.3.7 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

a. Psikofarmakologis

Pemberian obat-obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala pada klien skizoprenia adalah obat-

obatan anti psikosis, karena skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan psikosis yaitu terapi medis seperti *haloperidol (HLP)*, *Clapromazine (CPZ)*, *Trihexyphenidyl (THP)* (Azizah dkk, 2016).

b. Terapi kejang listrik (ECT)

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Penerapan Strategi Pelaksanaan

Menurut Keliat (2014) tindakan keperawatan yang dilakukan :

1) Melatih klien mengontrol halusinasi :

- a) Strategi Pelaksanaan 1 : menghardik halusinasi
- b) Strategi Pelaksanaan 2 : menggunakan obat secara teratur
- c) Strategi Pelaksanaan 3: bercakap-cakap dengan orang lain
- d) Strategi Pelaksanaan 4 : melakukan aktivitas yang terjadwal

b. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Terapi aktivitas Meliputi : terapi musik, terapi psikoreligius, terapi seni, terapi menari, terapi relaksasi, terapi sosial, terapi kelompok , terapi lingkungan.

c. Terapi Psikoreligius

Pelaksanaan terapi psikoreligius pada pasien halusinasi berbentuk berbagai ritual keagamaan, yang dalam agama islam seperti melaksanakan sholat, puasa, berdoa, membaca sholawat, berdzikir, mengaji, siraman Rohani, dan membaca buku-buku keagamaan yang berkaitan dengan agama.

2.3.8 Mekanisme Koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dan pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiology termasuk (Dalami, dkk, 2014).

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

2.4 Konsep Teori Psikoreligius Dzikir

2.4.1 Pengertian

Terapi psikoreligius : dzikir menurut Bahasa berasal dari kata “dzakar” yang berarti ingat. Dzikir juga diartikan “menjaga dalam ingatan”. Jika berdzikir kepada Allah artinya menjaga ingatan agar selalu kepada Allah ta’ala. Dzikir menurut syara’ adalah ingat kepada Allah dengan etika tertentu yang sudah yang sudah ditentukan Al-Qur’an dan hadist dengan tujuan mensucikan hati dan mengagungkan Allah. Menurut Ibnu Abbas R.A Dzikir adalah konsep, wadah, sarana, agar manusia terbiasa dzikir (ingat) kepadanya ketika berada diluar sholat. Tujuan dari dzikir adalah mengagungkan Allah, mensucikan hati dan jiwa, mengagungkan Allah selaku hamba yang bersyukur, dzikir dapat menyehatkan tubuh, dapat mengobati penyakit dengan metode Ruqyah, mencegah manusia dari bahaya nafsu (Dermawan, 2018).

Terapi psikoreligius merupakan terapi yang mengandung unsur spiritual didalamnya terdapat doa dan dzikir yang bisa memunculkan harapan dan rasa percaya diri maupun percaya pada Tuhan Yang Maha Esa, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan energi positif pada diri pasien (Valensy & Suryani, 2021). Terapi psikoreligius juga merupakan terapi yang bersifat fleksibel Dimana kegiatan tersebut bisa dilakukan kapanpun dan dimanapun, sehingga kegiatan tersebut dapat dimasukkan dalam jadwal harian karena bisa dilakukan secara terus menerus setiap hari tanpa media yang mempersulit pasien (Aldi et al., 2022).

Terapi religius dzikir, apabila dilafalkan secara baik dan benar dapat membuat hati menjadi tenang dan rileks. Terapi dzikir dapat diterapkan pada pasien halusinasi, karena saat pasien melakukan terapi dzikir dengan tekun dan memusatkan perhatian yang sempurna (khusyu') dapat memberikan dampak apabila saat halusinasinya muncul pasien bisa menghilangkan suara-suara yang tidak nyata dan lebih dapat menyibukan diri dengan melakukan terapi dzikir (Hidayati, 2014). Sesuai penelitian terdahulu menyatakan setelah dilakukan terapi psikoreligius: dzikir pada pasien halusinasi pendengaran terjadi peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi (Dermawan, 2018).

2.4.2 Jenis-Jenis Terapi Psikoreligius

1. Terapi Dzikir

Praktik mengingat dan menyebut nama-nama Tuhan secara berulang-ulang, yang dapat menenangkan pikiran dan meningkatkan fokus serta ketenangan batin.

2. Terapi Doa

Aktivitas berkomunikasi dengan Tuhan atau kekuatan spiritual, yang dapat memberikan rasa kedamaian, harapan, dan dukungan emosional.

3. Terapi Meditasi Religius

Meditasi yang berfokus pada teks-teks atau konsep religious tertentu, yang dapat membantu menenangkan pikiran dan memperkuat hubungan spiritual.

4. Konseling Pastoral

Terapi yang dilakukan oleh pemimpin agama yang menggabungkan prinsip-prinsip psikologis dengan panduan dan dukungan spiritual.

5. Pembacaan Kitab Suci

Menggunakan teks-teks suci sebagai alat refleksi dan panduan dalam mengatasi masalah hidup dan meningkatkan kesejahteraan emosional (Dermawan, 2018).

2.4.3 Tujuan Psikoreligius Dzikir

Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien halusinasi pendengaran. Penelitian lain juga menyatakan setelah dilakukan terapi psikoreligius: dzikir pada pasien halusinasi pendengaran terjadi peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi (Dermawan, 2018).

2.4.4 Manfaat Terapi Dzikir

Menurut (Rosyad, 2021), ada beberapa manfaat dzikir yaitu:

- 1) Membawa kemaian dan ketenangan batin
- 2) Memahami hakikat beribadah kepada Allah SWT
- 3) Tidak pernah melupakan kasih Allah SWT
- 4) Terapi dzikir bisa mengontrol halusinasi.

2.4.5 Kelebihan dan Kekurangan Terapi Psikoreligius Dzikir

1. Kelebihan

- 1) Pengurangan Stress dan Kecemasan: Dzikir dapat memberikan efek menenangkan, yang membantu mengurangi Tingkat stress dan kecemasan.
- 2) Peningkatan Kesejahteraan Spiritual: Dzikir memperkuat hubungan spiritual, memberikan rasa kedamaian dan makna dalam hidup, serta mendukung kesejahteraan spiritual.
- 3) Mudah Dilakukan: Praktik dzikir sederhana dan dapat dilakukan dimana saja, tidak memerlukan alat khusus, sehingga mudah diintegrasikan dalam rutinitas sehari-hari.
- 4) Dukungan Emosional: Dengan memperkuat elemen spiritual, dzikir dapat memberikan dukungan emosional yang membantu menghadapi tantangan hidup.
- 5) Peningkatan Fokus dan Konsentrasi: Dzikir melibatkan fokus yang dapat meningkatkan konsentrasi dan perhatian, membantu individu lebih mindful (Dermawan, 2018).

2. Kekurangan

- 1) Ketidakcocokan dengan Semua Orang: Tidak semua individu merasa nyaman atau mendapatkan manfaat dari praktik religious atau spiritual, terutama jika tidak sesuai dengan keyakinan pribadi

- 2) Efektifitas Terbatas Pada Kasus Berat: Dalam kasus gangguan mental yang lebih serius, dzikir mungkin tidak cukup efektif sebagai satu-satunya bentuk terapi dan mungkin perlu dikombinasikan dengan intervensi medis atau psikologis lainnya.
- 3) Kebutuhan Pemahaman Mendalam: Untuk mendapatkan manfaat maksimal, individu mungkin perlu pemahaman mendalam tentang aspek spiritual atau religious yang terkait dengan dzikir, tidak selalu mudah dicapai.
- 4) Potensi Ketergantungan: Ada resiko bahwa individu dapat menjadi terlalu bergantung pada praktik ini untuk mengatasi stress tanpa mengatasi akar masalahnya yang mendasari.
- 5) Variasi Efek Individu: Pengalaman dan efek dzikir dapat bervariasi antara individu, tergantung pada tingkat kepercayaan, komitmen, dan kondisi mental saat ini (Dermawan, 2018).

2.4.5 Prosedur Pemberian

Tabel 2.1
Prosedur Pemberian Dzikir

Standar Operasional Prosedur Melakukan Dzikir	
Manfaat	1. Meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien halusinasi pendengaran 2. Membersihkan pikiran secara psikologis, menimbulkan ketenangan batin dan keteduhan jiwa sehingga terhindar dari stress, rasa cemas, takut dan gelisah
Saran	Penerapan terapi dzikir
Kebijakan	Pasien Skizofrenia dengan halusinasi pendengaran
Petugas	Perawat
Alat dan Bahan	Alat: 1. Sarung (bagi pasien laki-laki) 2. Mukenah (bagi pasien Perempuan) 3. Sajadah 4. Tasbih 5. Berpakaian yang sopan dan menutup aurat
Waktu	3 Hari selama 15-20 menit
Teknik	1. Tindakan sistematis dan berurutan 2. Tanggap terhadap reaksi pasien

Prosedur Pelaksanaan Persiapan Alat

1. Sarung (bagi pasien laki-laki)
2. Mukenah (bagi pasien Perempuan)
3. Sajadah
4. Tasbih
5. Berpakaian yang sopan dan menutup aurat

Tahap Pra Interaksi

1. Menyiapkan alat
2. Menempatkan alat didekat pasien

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien
2. Melakukan kontrak waktu
3. Menjelaskan tujuan, manfaat dan cara penerapan terapi psikoreligius
4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien

Tahap Kerja

1. Pasien kesempatan untuk berwudhu
 2. Kemudian menyiapkan peralatan beribadah seperti sarung (laki-laki), mukenah (Perempuan), sejadah dan tasbih.
-

-
3. Pasien duduk dengan nyaman, tenang, khusyu, berpakaian bersih dan rapih, (jika pasien laki-laki menggunakan sarung, jika pasien Perempuan menggunakan mukenah)
 4. Awali membaca Basmallah (Bismilahirrahmanirrahim)
 5. Istigfar (Astaghfirullahal'adzim) sebanyak 3 kali
 6. Dilanjutkan dengan tasbih (Subhanallah) sebanyak 33 kali
 7. Tahmid (Alhamdulillah) sebanyak 33 kali
 8. Takbir (Allahuakbar) sebanyak 33 kali

Terminasi

Evaluasi tindakan

(Widya, dkk. 2024)

Berdasarkan hasil observasi sebelum dilakukan penerapan didapatkan hasil dari hari pertama pasien 1 dan 2 belum memahami kemampuan dalam penerapan terapi dzikir, dan terjadi perubahan pada hari kedua dan ketiga. Dengan durasi 15-20 menit selama 3 hari pada pasien halusinasi pada tahap controlling dipilih untuk memberikan manfaat yang optimal tanpa membuat pasien merasa terbebani atau kehilangan minat (Widya, dkk. 2024).

2.4.6 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Halusinasi

1. PENGKAJIAN

1) Identitas Klien

Identitas klien secara umum dimulai dari nama, jenis kelamin dimana halusinasi dapat dialami oleh laki-laki maupun perempuan, usia, pekerjaan dimana sangat memungkinkan memberikan tekanan sehingga terjadi halusinasi dan pendidikan yang biasanya orang dengan pendidikan lebih rendah cenderung lebih mudah mengalami halusinasi.

2) Alasan Masuk

Alasan masuk klien hingga dibawa ke rumah sakit.

3) Faktor predisposisi

a. Faktor biologis

Salah satu faktor biologis adalah faktor keturunan atau adanya anggota keluarga yang juga mengalami skizofrenia, kemudian pada keluarga yang memiliki anak kembar dan dibesarkan secara terpisah memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami skizofrenia dibandingkan saudara kandung yang hidup terpisah.

b. Faktor psikologis

Gangguan orientasi realita dapat disebabkan oleh karena hubungan interpersonal yang tidak harmonis yang kemudian mengakibatkan kecemasan dan stress.

c. Faktor sosial budaya

Tekanan dari sosial maupun budaya yang berlaku membuat individu menjadi stress dan individu tidak memiliki respon koping yang positif dapat menjadi penyebab utama terjadinya gangguan.

4) Faktor presipitasi

a. Biologis

Respon neurobiologis maladaptif yang distimulus oleh stresor biologis menyebabkan adanya abnormalitas pada mekanisme jalan masuk informasi ke dalam otak sehingga individu tidak mampu menanggapi stimulus dengan sesuai.

b. Lingkungan

Gangguan perilaku yang muncul akibat stres dimana tubuh memiliki ambang toleransi terhadap rasa stres itu sendiri.

c. Stres sosial / budaya

Perpisahan dengan orang terdekat, keluarga tidak stabil atau terasingkan dalam suatu kelompok masyarakat.

d. Faktor psikologik

Gangguan persepsi sensori halusinasi dapat disebabkan karena kecemasan yang ekstrem dan berkepanjangan serta rendahnya kemampuan individu untuk mengatasi hal tersebut.

e. Mekanisme koping

Mekanisme koping yang digunakan pasien halusinasi adalah respon

neurobiologis maladaptif yaitu: regresi untuk menangani kecemasan dan proyeksi untuk menjelaskan kerancuan persepsi dan menarik diri.

f. Sumber koping

Gangguan otak pada perilaku dapat diketahui dengan sumber koping sehingga membutuhkan pengkajian mendalam. Orang tua harus aktif untuk terus mendidik anaknya tentang keterampilan koping saat menghadapi sebuah stresor. Pengetahuan tentang penyakit, faktor keterdiaan waktu dan tenaga serta finansial yang cukup.

g. Perilaku halusinasi

Batasan halusinasi adalah bicara atau tertawa sendiri, berhenti bicara di tengah-tengah percakapan karena sedang mendengar sesuatu, bersikap seperti mendengarkan sesuatu, disorientasi, menarik diri, pembicaraan kacau hingga yang paling parah adalah perilaku kekerasan (Towsend, 2016).

MASALAH KEPERAWATAN

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

ANALISA DATA

Tabel 2.2

Analisa Data Teori Asuhan Keperawatan

No	Data	Masalah
1	DS - Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan - Merasakan sesuatu melalui indera pendengaran, penciuman, perabaan atau pengecapan - Menyatakan kesal DO: - Distorsi sensori - Respons tidak sesuai - Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu - Menyendiri - Melamun - Konsentrasi buruk - Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi - Curiga - Melihat ke satu arah - Mondar mandir - Bicara Sendiri	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1) Gangguan persepsi sensori : Halusinasi

3. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 2.3
SIKI Halusinasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan persepsi sensori: Halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan persepsi sensori pasien membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi mendengar bisikan 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera menurun 4. Perilaku halusinasi menurun 5. Melamun menurun 6. Curiga menurun 7. Mondar mandir menurun	Manajemen Halusinasi Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan Tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pengekangan fisik, seklusi) 3. Dikusi perasaan dan respons terhadap halusinasi	Observasi 1. Mengidentifikasi perilaku pasien berkaitan dengan halusinasi 2. Mengetahui koping klien sebagai data untuk intervensi selanjutnya 3. Mengumpulkan data intervensi terkait dengan halusinasi Terapeutik 1. Meningkatkan keamanan dan mencegah terjadinya cedera 2. Mencegah terjadinya perilaku kekerasan 3. Melibatkan pasien dalam memperkenalkan halusinasinya 4. Memperkenalkan hal yang merupakan realita kepada pasien Edukasi

		4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik. Melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan ansietas, jika perlu	1. Membantu pasien mengenali tingkah lakunya saat halusinasi 2. Sebagai upaya dalam membina hubungan terapeutik dengan keluarga 3. Memberikan informasi dan alternatif cara mengatasi halusinasi pada pasien 4. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk memilih cara sesuai kehendak dan kemampuan Kolaborasi 1. Mengobservasi efektivitas pengobatan
--	--	---	--

Tabel 2.4

Intervensi Keperawatan Teori

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi	Rasional
1	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	Pasien mampu : - Mengenali halusinasi yang dialaminya - Mengontrol halusinasinya - Mengikuti program pengobatan	Setelah 2 x pertemuan, pasien dapat menyebutkan : - Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan - Mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi.	SP I : Latihan menghardik - Bantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) - Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Tahapan tindakannya meliputi: - Jelaskan cara menghardik halusinasi - Peragakan cara menghardik - Minta pasien	- Mengetahui perilaku yang mengindikasikan pasien mengalami halusinasi, seperti mengetahui isi halusinasi, kapan waktu terjadinya halusinasi, terjadi halusinasinya berapa kali, situasi terjadinya halusinasi pada saat apa dan perasaan klien saat terjadi halusinasi bagaimana. - Agar pasien dapat mengontrol ketika terjadi halusinasi dengan cara menghardik

				memperagakan ulang - Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien - Masukkan dalam jadwal kegiatan Pasien	
			Setelah 1 x pertemuan, pasien mampu : - Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Menyebutkan manfaat dari program pengobatan	SP 2 : Obat - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) SP 2 - Evaluasi kegiatan yang lalu - Tanyakan program pengobatan - Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa - Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program - Jelaskan akibat bila putus obat	- Dengan mengetahui prinsip kegunaan obat, maka kemandirian klien dalam hal pengobatan dapat ditingkatkan

				- Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat - Jelaskan pengobatan (5B) - Latih pasien minum obat - Masukkan dalam jadwal harian pasien	
3			Setelah 1 x pertemuan, pasien mampu: - Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	SP 3 : Latih bercakap-cakap - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan 2) - Latih berbicara / bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul - Masukkan dalam jadwal kegiatan Pasien	- Mengevaluasi SP sebelumnya agar selalu ingat ketika halusinasinya muncul kembali - Agar klien dapat mengurangi terjadinya halusinasi dengan mengekspresikan apa yang dirasakan dengan orang lain
			Setelah 1 x pertemuan pasien mampu: - Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Membuat jadwal	SP 4 : Latih kegiatan - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, 2 dan 3) - Latih kegiatan agar halusinasi tidak	- Mengevaluasi kegiatan sebelumnya agar klien ingat - Melakukan aktivitas sehari-hari agar halusinasi klien tidak muncul

			kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya.	muncul Tahapannya : - Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi - Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien - Latih pasien melakukan aktivitas - Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) - Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku pasien yang (+)	kembali
--	--	--	--	--	----------------

4. IMPLEMENTASI

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dalam melaksanakan rencana keperawatan yang sudah dibuat sebelumnya untuk membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi untuk menjadi lebih sehat (Potter and Perry, 1997 dalam Latifah, 2017).

5. EVALUASI

Menurut Utama (2018) evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan untuk membandingkan antara hasil yang didapatkan dengan tujuan atau kriteria hasil yang sudah disusun secara sistematis dan terencana dengan sebuah pendekatan SOAP.

S: Respon subjektif pasien yang disampaikan langsung oleh pasien atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan

O: Respon objektif yang diamati perawat terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan

A: Analisa terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan masalah teratasi atau tidak teratasi

P: Perencanaan atau *planning* tindak lanjut berdasarkan hasil pertemuan sebelumnya