

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

2.1 Kajian Pustaka

Penelitian yang dilakukan oleh Putri, et al (2021) dengan judul *“Penerapan Terapi Psikoreligius Dzikir untuk Mengontrol Halusinasi pada Pasien GSP : Halusinasi Pendengaran”* yang bertujuan untuk mengetahui terapi psikoreligius dzikir terhadap perubahan tanda gejala pada klien halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung tahun 2020. Subjek dalam penerapan berjumlah 1 pasien dengan kriteria pasien bersedia menjadi responden, pasien dengan masalah keperawatan utama halusinasi pendengaran, pasien dalam tingkat/tahap fase ke dua (*commdemning* atau menjijikkan), pasien beragama islam dan pasien tidak memiliki kecacatan dalam berbicara dan mendengar. Hasil penerapan menunjukkan adanya perubahan pada tanda dan gejala serta kemampuan dzikir sebelum dan sesudah terapi dzikir. Diketahui bahwa setelah diberikan terapi psikoreligius didapatkan tanda gejala pada hari pertama 66,6%, hari kedua 33,3% dan hari ketiga 22,2%.

Penelitian yang dilakukan oleh Akbar, et al (2022) dengan judul *“Penerapan Terapi Psikoreligius Dzikir Pada Pasien Halusinasi Pendengaran”* yang bertujuan untuk mengontrol halusinasi dan menurunkan tanda gejala halusinasi pada pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung tahun 2021. Subyek yang digunakan dalam studi kasus yaitu dua orang dengan memiliki gangguan jiwa halusinasi. Hasil tanda gejala halusinasi

sebelum dilakukan penerapan terapi psikoreligius dzikir pada subjek (Tn.A) masih tinggi yaitu dengan total 6 tanda gejala masih ada (55%), sedangkan pada (Tn.R) ada 9 (82%). Rata-rata presentase tanda gejala yang muncul sebelum dilakukan penerapan pada kedua subjek adalah 68,5%. Hasil tanda gejala halusinasi pada subjek Tn.A mengalami penurunan menjadi 3 (27%), sedangkan pada Tn.R menjadi 4 (36%) setelah 3 hari dilakukan terapi psikoreligius dzikir. Setelah dilakukan penerapan pada kedua subjek, rata-rata presentase tanda gejala menjadi 31,5%. Sehingga telah terjadi penurunan tanda gejala sebanyak 37% selama dilakukan penerapan. Kesimpulannya adalah penerapan terapi psikoreligius: dzikir dapat menurunkan tanda gejala halusinasi pendengaran kedua subyek.

Penelitian yang dilakukan oleh Gasril, et al (2020) dengan judul *“Pengaruh Terapi Psikoreligious: Dzikir dalam Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia yang Muslim di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau”* yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi Psikoreligious: dzikir dalam mengontrol halusinasi pada pasien Skizofrenia. Pada penelitian ini peneliti menggunakan 20 orang sebagai sampel yaitu penderita skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran yang sedang dirawat di tiga ruangan yaitu ruangan Siak, Kuantan dan Indragiri di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa mengontrol halusinasi sebelum diberikan terapi psikoreligius: dzikir jumlah responden yang tidak terkontrol halusinasinya sebanyak 10 orang, sedangkan sesudah diberikan terapipsikoreligius: dzikir responden yang

terkontrol halusinasinya sebanyak 15 orang. Hasil uji statistik dependent simple t-test diperoleh bahwa nilai $p \text{ value} < \alpha$ yang artinya terdapat pengaruh antara terapi psikoreligius: dzikir terhadap mengontrol halusinasi pada responden skizofrenia.

2.2 Konsep Kesehatan Jiwa

2.2.1 Definisi Sehat Jiwa

Menurut UU RI No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, yang dimaksud dengan “Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut mampu menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya”. Kesehatan jiwa menurut World Health Organization (WHO) merupakan kondisi ketika individu merasa sehat dan bahagia, memiliki kemampuan untuk menghadapi setiap tantangan dalam hidupnya dan menerima orang lain sebagaimana semestinya serta memiliki sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Kemenkes RI, 2020).

2.2.2 Karakteristik Jiwa yang Sehat

Kementrian Kesehatan RI (2012) menyebutkan individu dengan jiwa yang sehat memiliki beberapa karakteristik, diantaranya :

- 1) Menerima dirinya apa adanya dengan kriteria mampu mengatasi perasaan-perasaan negatif atau positif dengan baik, memiliki harga diri

yang normal, tidak merendahkan maupun menyombongkan dirinya, dan dapat menerima kehidupannya dengan baik.

- 2) Memiliki hubungan yang baik dengan orang lain dengan kriteria dapat mencintai dan dicintai, tidak berbuat curang maupun dicurangi oleh orang lain, memiliki rasa kepercayaan terhadap orang lain, tidak meremehkan pendapat orang lain, dan menjadi bagian dari kelompok.
- 3) Mampu menjalani kehidupannya secara terarah dengan kriteria memiliki tujuan hidup yang realistis, dapat mengambil keputusan, memiliki rasa tanggung jawab, dan menjalani pekerjaannya dengan senang hati.

2.3 Konsep Gangguan Jiwa

2.3.1 Definisi Gangguan Jiwa

Kesehatan jiwa merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan secara umum serta merupakan dasar bagi pertumbuhan dan perkembangan manusia. Kesehatan jiwa membuat perkembangan fisik, intelektual dan emosional seseorang berkembang optimal selaras dengan perkembangan orang lain (Nasriati, 2017).

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari masalah kesehatan terbesar selain penyakit degeneratif, kanker dan kecelakaan. Gangguan jiwa juga merupakan masalah kesehatan yang serius karena jumlahnya yang terus mengalami peningkatan. Selain itu gangguan jiwa adalah penyakit kronis yang membutuhkan proses panjang dalam penyembuhannya.

Pengobatan di rumah sakit adalah penyembuhan sementara, selanjutnya penderita gangguan jiwa harus kembali ke komunitas dan komunitas yang bersifat terapeutik akan mampu membantu penderitanya mencapai tahap recovery (pemulihan) (Riska & Meli, 2022).

2.3.2 Penyebab Gangguan Jiwa

Penyebab gangguan jiwa menurut (Riska & Meli, 2022) diantaranya:

1) Usia

Gangguan jiwa dapat dialami oleh individu dengan berbagai usia. Usia Dewasa merupakan masa-masa produktif individu dimana individu harus dapat menyesuaikan diri dan menjadi mandiri. Semakin dewasa seseorang maka semakin bertambah pula tanggung jawab yang dipikul oleh individu. Oleh karena itu usia dewasa merupakan usia yang lebih beresiko untuk mengalami gangguan jiwa

2) Pekerjaan

Orang yang tidak bekerja memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami gangguan jiwa dibandingkan orang yang bekerja. Individu yang tidak bekerja akan cenderung tidak memiliki penghasilan serta tanggung jawab beban serta tuntutan yang ditanggung semakin hari akan semakin besar. Individu yang tidak bekerja juga tidak dapat melakukan aktualisasi diri pada kesehariannya. Individu yang tidak bekerja lebih berisiko mengalami gangguan pada harga dirinya serta dapat memicu terjadinya gangguan jiwa.

3) Factor predisposisi biologis

Individu yang sudah pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami gangguan jiwa di masa depan. Individu yang pernah mengalami gangguan jiwa walaupun sudah sembuh akan tetapi masih akan banyak stigma-stigma negatif di masyarakat tentang individu tersebut, sehingga masyarakat akan melakukan penolakan kepada individu. Penolakan dari masyarakat inilah yang dapat memicu terjadinya atau kambuhnya gangguan jiwa yang dialami oleh individu, oleh sebab itu orang yang pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya lebih rentan untuk mengalami gangguan jiwa di masa depan dibandingkan individu yang tidak pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya.

4) Kepribadian yang tertutup

Individu yang memiliki kepribadian tertutup cenderung menghadapi dan menyimpan permasalahannya sendiri tanpa ingin diketahui oleh orang lain. Sehingga lama kelamaan masalah yang disimpan sendiri akan menumpuk, ketika permasalahan menumpuk sedangkan individu tidak mendapatkan solusi untuk masalah tersebut individu akan mengalami kebingungan dan dapat mengakibatkan depresi, oleh karena itu kepribadian tertutup merupakan salah satu factor pencetus gangguan jiwa.

5) Putus obat

Sebagian besar orang dengan gangguan jiwa haruslah mengkonsumsi obat seumur hidupnya, jika individu tidak mengkonsumsi obatnya ataupun putus mengkonsumsi obat akan memicu terjadinya kekambuhan pada gangguan jiwa.

6) Pengalaman tidak menyenangkan

Pengalaman yang dialami individu khususnya pengalaman yang tidak menyenangkan akan menimbulkan trauma pada individu. pengalaman yang tidak menyenangkan tersebut dapat berupa penganiayaan fisik, pemerkosaan, dikucilkan oleh masyarakat serta pengalaman pengalaman traumatis yang dapat memicu gangguan jiwa pada individu. Individu yang memiliki coping yang maladaptive akan lebih mudah mengalami gangguan jiwa.

7) Konflik

Konflik yang terjadi dan tidak dapat terselesaikan dengan baik, baik itu dengan keluarga, teman ataupun orang-orang terdekat akan memberikan stressor yang berlebihan kepada individu, ketika individu tidak memiliki mekanisme coping yang baik maka akan dapat menyebabkan individu mengalami gangguan jiwa.

2.3.3 Jenis-jenis Gangguan Jiwa

Jenis gangguan jiwa menurut (Putra & Yuhandri, 2021) terdapat 4 jenis gangguan jiwa, diantaranya :

a) Gangguan Kecemasan

Gejala pada gangguan kecemasan yaitu :

- 1) Dada berdebar
- 2) Sulit tidur
- 3) Berkeringat, dan bergetar
- 4) Sulit bernafas
- 5) Merasa tercekik
- 6) Nyeri dan sesak di dada
- 7) Mual dan gangguan perut
- 8) Pusing atau sakit kepala
- 9) Rasa takut dan khawatir berlebih

b) Gangguan Depresi

Gejala pada gangguan depresi yaitu :

- 1) Perubahan Nafsu Makan
- 2) Sulit Tidur
- 3) Bicara dan bergerak lebih lambat
- 4) Kehilangan kepercayaan diri
- 5) Merasa bersalah pada diri sendiri
- 6) Berniat menyakiti diri sendiri / bunuh diri
- 7) Sulit Konsentrasi
- 8) Sering Merasa Sedih

c) Gangguan Bipolar

Gejala pada gangguan bipolar yaitu :

- 1) Terlalu percaya diri

- 2) Berbicara lebih cepat
 - 3) Sulit berkonsentrasi
 - 4) Mudah tersinggung
 - 5) Sering Merasa Sedih
 - 6) Bicara dan bergerak lebih lambat
 - 7) Sulit tidur
 - 8) Rasa takut dan khawatir berlebih
 - 9) Berniat menyakiti diri sendiri / bunuh diri
- d) Skizofrenia

Gejala pada skizofrenia yaitu :

- 1) Gejala positif yaitu isolasi sosial, halusinasi, waham, risiko perilaku kekerasan.
- 2) Gejala negatif yaitu afek tumpul dan datar, menarik diri dari masyarakat, tidak ada kontak mata, tidak mampu mengekspresikan perasaan

2.4 Konsep Skizofrenia

2.4.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah kondisi psikotik yang mempengaruhi berbagai fungsi individu, seperti fungsi berfikir, berkomunikasi, perasaan, emosi dan gangguan otak yang memiliki ciri-ciri pikiran kacau, waham, halusinasi serta perilaku aneh (Pardede et al., 2021). Menurut *American Psychological Association* (APA), skizofrenia merupakan penyakit mental serius yang

ditandai dengan pikiran yang tidak koheren atau tidak logis, perilaku dan ucapan yang aneh, serta delusi atau halusinasi seperti mendengar suara (Hadiansyah & Praghlapati, 2020). Definisi lain menjelaskan bahwa skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang ditandai oleh menurunnya atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar (tumpul), gangguan kognitif, serta gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pratiwi & Setiawan, 2018).

Berdasarkan beberapa definisi diatas, maka dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang ditandai dengan adanya halusinasi, waham, afek tumpul, gangguan kognitif yang mengganggu kehidupan sehari-hari.

2.4.2 Klasifikasi Skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia sebagaimana telah dirangkum dari beberapa sumber yaitu sebagai berikut : (Kurniawan et al., 2020; Nurafif & Kusuma, 2015; Yunita et al., 2020)

1) Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok adalah waham primer, disertai dengan waham sekunder dan halusinasi. Pemeriksaan yang lebih teliti dapat ditemukan adanya gangguan proses pikir, gangguan afek emosi dan kemauan. Individu dapat penuh curiga, argumentatif, kasar, agresif, perilaku kurang regresif, namun prognosisnya lebih baik daripada

skizofrenia jenis lain. Selain itu, jenis halusinasi biasanya auditorik dan jenis waham biasanya waham kejar atau kebesaran.

2) Skizofrenia Hebefrenik

Pemulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara usia 15-25 tahun. Gejala yang mencolok yaitu gangguan proses pikir, gangguan kemauan, gangguan depersonalisasi atau *double personality*, gangguan psikomotor, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan dan sering terdapat waham serta halusinasi. Ciri-ciri utama lainnya yaitu :

- a. Percakapan dan perilaku yang kacau serta afek datar, gangguan asosiasi
- b. Sikap aneh, tidak peduli terhadap kebersihan dan penampilan diri

3) Skizofrenia Katatonik

Biasanya timbul pertama kali saat usia 15-30 tahun dan bersifat akut serta sering didahului oleh stress emosional. Terkadang terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Ciri-ciri utamanya yaitu :

- a) Gangguan psikomotor yang melibatkan imobilitas atau aktivitas yang berlebihan
- b) Stupor katatonik, dapat menunjukkan ketidakaktifan, negativism, dan kelenturan tubuh berlebihan (postur abnormal)
- c) *Catatonic excitement*, seperti agitasi yang ekstrim

4) Skizofrenia Simplek

Biasanya timbul pertama kali saat usia pubertas dan timbul perlahan-lahan. Gejala utamanya yaitu kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses pikir dan halusinasi jarang ditemukan. Ketika permulaan membuat penderita menarik diri dari pergaulan.

5) Episode Skizofrenia Akut

Jenis ini biasanya timbul secara mendadak dan penderitanya merasa seperti di dalam mimpi. Keadaan tersebut menimbulkan perasaan dunia luar dan dirinya seakan-akan berubah dan memiliki arti yang khusus.

6) Skizofrenia Residual

Jenis ini biasanya memiliki gejala sekunder yang tidak jelas dan timbul setelah beberapa kali serangan skizofrenia. Kriteria diagnostik untuk skizofrenia residual yaitu tidak ada yang menonjol dalam hal delusi, halusinasi, pembicaraan dan tingkah laku kacau.

7) Skizofrenia Skizo Afektif

Gejala pada jenis ini biasanya muncul bersamaan dengan gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania (psiko manik).

2.4.3 Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan hasil akhir dari interaksi kompleks antara ribuan gen dan berbagai faktor risiko, sehingga skizofrenia tidak hanya disebabkan oleh satu penyebab (Keliat & Pasaribu, 2013)

1) Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

a) Genetik

Faktor risiko utama dalam mengembangkan skizofrenia yaitu genetik atau keturunan. Berbagai penelitian terhadap keluarga dan saudara kembar telah menunjukkan peningkatan risiko terkena skizofrenia (Keliat & Pasaribu, 2013). Menurut Copel (2007, dalam (H. Sari & Sirna, 2015), diketahui bahwa 1% masyarakat Amerika mengalami skizofrenia dan 10% nya dialami oleh keturunan pertama.

b) Neurobiologi

Sebuah studi menunjukkan bahwa adanya kelainan anatomi, fungsional, dan neurokimia dapat menjadi penyebab seseorang mengalami skizofrenia, seperti tidak berkembangnya korteks prefrontal dan korteks limbik. Penelitian neurobiologis yang paling konsisten dalam skizofrenia yaitu penurunan volume otak pada *gray matter* dan *white matter* serta perubahan sistem neurotransmitter. Perhatian khusus difokuskan pada hal-hal berikut ini :

- Korteks frontal, terlibat dalam gejala negatif skizofrenia
- Sistem limbik (dalam lobus temporal), terlibat dalam gejala positif skizofrenia
- Sistem neurotransmitter, khususnya dopamine dan serotonin.

Pada pemeriksaan *computed tomography* dan *magnetic resonance imaging* (MRI) dari struktur otak menunjukkan penurunan volume otak pada orang dengan skizofrenia. Beberapa temuan tersebut meliputi :

- Pembesaran ventrikel lateral dan ketiga
- Penurunan volume *gray matter* dalam hipokampus, inti berekor, thalamus, insula, *gyrus cingulate anterior*, *gyrus frontal inferior*, dan cerebellum.
- Atrofi di lobus frontal dan struktur limbic (terutama hipokampus dan amigdala)
- Peningkatan ukuran sulci (celah) pada permukaan otak (Keliat & Pasaribu, 2013)

Peranan neurotransmitter merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perkembangan skizofrenia. Beberapa neurotransmitter yang diduga berpengaruh terhadap munculnya skizofrenia yaitu dopamin, dimana terdapat peningkatan kadarnya di otak secara relatif (H. Sari & Sirna, 2015)

b. Faktor Psikologi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari dan Sirna (2015) diketahui bahwa faktor psikologi tertinggi yang mengakibatkan skizofrenia yaitu trauma, seperti bencana alam, huru-hara, peperangan, kebakaran, perkosaan, kehamilan di luar nikah, aborsi, serta trauma masa kecil. Individu saat di bawah tekanan atau kondisi yang membingungkan dapat memunculkan skizofrenia. Tekanan hidup yang berkepanjangan serta tidak adanya dukungan dari keluarga dapat membuat individu semakin terpuruk, sehingga memicu timbulnya skizofrenia.

c. Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari dan Sirna (2015) diketahui bahwa faktor sosiokultural dan lingkungan tertinggi yang memicu penyebab skizofrenia yaitu diintimidasi di sekolah/lingkungan sosial dan sulit mendapatkan pekerjaan. Faktor pencetus lainnya yaitu *emotional turbulent families, stressful life events*, diskriminasi, kemiskinan, serta lingkungan emosional yang tidak stabil. Kesulitan dalam mendapatkan pekerjaan dan kurangnya kemampuan untuk mempertahankan aktivitas yang diarahkan oleh diri sendiri juga menyebabkan seseorang sulit membina hubungan interpersonal. Perbedaan budaya dan tingkatan ekonomi serta kecenderungan untuk mengikuti *trend* serta ketidakmampuan untuk mengikuti arus budaya yang ada menyebabkan seseorang cenderung

menarik diri dari lingkungan sosial dan mengalami hambatan dalam mengelola kemampuan emosionalnya, sehingga memicu timbulnya skizofrenia.

2) Faktor Presipitasi

Beberapa faktor presipitasi dari skizofrenia menurut Stuart (2013, dalam (Syafitri, 2022), yaitu sebagai berikut :

a. Faktor Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b. Faktor Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran

c. Faktor Pemicu

Faktor pemicu merupakan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptive yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

2.4.4 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia menurut Nurafif dan Kusuma (2015), diantaranya yaitu sebagai berikut :

1) Penggunaan Obat Antipsikosis

Jenis obat yang digunakan dalam mengobati skizofrenia yaitu antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi, dan perubahan pola pikir yang terjadi pada penderita skizofrenia. Obat antipsikotik memiliki 3 kategori, yaitu :

a) Antipsikotik Konvensional

Obat jenis ini termasuk paling lama penggunaannya dan sering menimbulkan efek samping yang serius. Contoh obatnya yaitu :

- a. Haldol (haloperidol), sediaan tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg dan injeksi 5 mg/ml, dosis 5-15 mg/hari
- b. Stelazine (trifluoperazine), sediaan tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari
- c. Mellaril (thioridazine), sediaan tablet 50 mg dan 100 mg, dosis 150-600 mg/hari
- d. Thorazine (chlorpromazine), sediaan tablet 25 mg dan 100 mg, injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari
- e. Trilafon (perphenazine), sediaan tablet 2,4, dan 8 mg, dosis 12-24 mg/hari

- f. Prolixin (fluphenazine), sediaan tablet 2,5 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari. Sediaan injeksi 25 mg/ml, dosis 25 mg/2-4 minggu

b) *Newer atypical antipsychotics*

Obat-obatan golongan ini prinsip kerjanya berbeda dan sedikit menimbulkan efek samping, contohnya yaitu :

- a. Risperdal (risperidone), sediaan tablet 1,2,3 mg, dosis 2-6 mg/hari
- b. Seroquel (quetiapine)
- c. Zyprexa (olanzapine)
- c) Clozaril (clozapine), memiliki efek samping yang serius dimana 1% dari kasus dapat menurunkan leukosit. Artinya, penderita yang mendapatkan clozapine perlu memeriksakan kadar sel darah putihnya.

2) Terapi Elektrokonvulsif (ECT), terapi ini dilakukan dengan intensitas 20-30 kali terapi setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali)

3) Pembedahan bagian otak (*lobotomy*)

4) Perawatan di Rumah Sakit (*hospitalization*)

5) Psikoterapi

- a. Terapi psikoanalisa (konsep Freud), bertujuan untuk menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasan

- b. Terapi perilaku (*behavioristic*), berkaitan dengan perilaku nyata. Paul dan Lentz menggunakan 2 bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, yaitu :
 - 1. *Social Learning Program*, menolong penderita skizofrenia untuk mempelajari perilaku yang sesuai
 - 2. *Social Skills Training*, melatih penderita skizofrenia mengenai keterampilan atau keahlian sosial
- c. Terapi humanistic, meliputi terapi kelompok dan terapi keluarga.

2.4.5 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Pembagian gejala skizofrenia cukup bervariasi, namun terdapat 2 gejala paling umum yaitu gejala positif dan gejala negatif.

1) Gejala Negatif

Gejala negatif yaitu gejala dari perilaku normal yang berkurang akibat dari adanya penurunan atau hilangnya fungsi otak yang normal. Beberapa gejala negatif dari skizofrenia yaitu afek datar, apatis, defisit perhatian (Keliat & Pasaribu, 2013). Gejala lainnya yaitu :

- a) Kehilangan motivasi dan apatis seperti kehilangan energy dan minat dalam hidup yang membuat penderita menjadi orang yang malas
- b) Tidak mampu melakukan aktivitas lain selain tidur dan makan
- c) Mengabaikan kebersihan pribadi
- d) Tidak mempunyai raut atau ekspresi wajah seakan-akan tidak memiliki emosi

- e) Tidak merasa mempunyai tingkah laku menyimpang, tidak mampu membina hubungan dengan orang lain
- f) Depresi yang berkepanjangan sehingga membuat penderita menarik diri (Yunita et al., 2020)

2) Gejala Positif

Gejala positif yaitu gejala dari perilaku normal yang berlebihan akibat adanya fungsi tak berlebihan atau distorsi fungsi otak yang normal. Beberapa gejala positif dari skizofrenia yaitu waham, halusinasi, gangguan pemikiran, bicara kacau, perilaku bizar, afek tidak tepat (Keliat & Pasaribu, 2013). Gejala lainnya yaitu :

a) Penyesatan pikiran (delusi)

Kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi paranoid, sehingga mereka selalu merasa sedang diamati, diintai, atau hendak diserang (Yunita et al., 2020)

b) Kegagalan berpikir

Biasanya mengarah pada masalah dimana penderita tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya, sehingga membuat pembicaraan mereka tidak masuk logika. Dampaknya yaitu mereka tidak mampu mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya membuat penderita tertawa dan berbicara sendiri tanpa mempedulikan sekitarnya (Yunita et al., 2020)

c) Halusinasi

Penderita skizofrenia kemungkinan mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Terkadang suara tersebut dirasakan menyejukkan hati, memberi kedamaian sampai menyuruh penderita untuk melakukan sesuatu yang berbahaya seperti bunuh diri (Yunita et al., 2020)

2.5 Konsep Halusinasi

2.5.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi merupakan persepsi atau respon yang salah terhadap stimulasi sensorik atau suatu bentuk penyimpangan persepsi yang terjadi pada respon neurologis maladaptif (Stuart, 2013 dalam (N. Y. Sari et al., 2019). Halusinasi adalah persepsi yang salah melalui panca indra terhadap lingkungan tanpa adanya stimulus atau rangsangan yang nyata (Wulandari & Pardede, 2022). Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang membuat penderitanya mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan. Penderita merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Pardede & Laila, 2020). Halusinasi membuat penderitanya kehilangan kemampuan dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) (Akbar & Rahayu, 2021).

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah persepsi yang salah terhadap lingkungan tanpa adanya stimulus yang nyata, sehingga membuat penderitanya tidak mampu membedakan rangsangan internal dan eksternal.

2.5.2 Klasifikasi Halusinasi

Klasifikasi halusinasi menurut Keliat dan Pasaribu (2013), diantaranya yaitu :

1) Halusinasi Pendengaran (*auditory*)

Jenis halusinasi yang membuat penderita biasanya mendengar kebisingan atau suara tertentu, terkadang suara yang membicarakan penderita. Selain itu, adanya pikiran mendengar suara-suara yang berbicara kepada penderita dan perintah yang memberitahu untuk melakukan sesuatu yang terkadang berbahaya (Keliat & Pasaribu, 2013)

2) Halusinasi Penglihatan (*visual*)

Jenis halusinasi dimana terdapat rangsangan visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, tokoh kartun, adegan atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan dapat menyenangkan atau menakutkan, seperti melihat monster atau hantu (Keliat & Pasaribu, 2013)

3) Halusinasi Penciuman (*olfactory*)

Jenis halusinasi yang membuat penderita mencium bau tidak enak, busuk atau tengik seperti darah, urine, atau feses. Jenis halusinasi

ini biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia (Keliat & Pasaribu, 2013)

4) Halusinasi Pengecapan (*Gustatory*)

Jenis halusinasi yang membuat penderita mengecap rasa tidak enak, kotor dan busuk seperti darah, urine, atau feses (Keliat & Pasaribu, 2013)

5) Halusinasi Perabaan (*tactile*)

Jenis halusinasi yang membuat penderita mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa adanya stimulus yang jelas. Misalnya merasakan adanya sensasi listrik yang datang dari tanah, benda mati, atau orang lain (Keliat & Pasaribu, 2013)

6) Halusinasi Kenestetik

Jenis halusinasi yang membuat penderita merasakan berbagai fungsi tubuh, seperti aliran darah melalui pembuluh darah dan arteri, mencerna makanan, atau pembentukan urine (Keliat & Pasaribu, 2013)

7) Halusinasi Kinestetik

Jenis halusinasi yang membuat penderita merasakan sensasi gerakan sambil berdiri tanpa bergerak (Keliat & Pasaribu, 2013)

2.5.3 Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) (2017), gejala dan tanda dari gangguan persepsi sensori diantaranya yaitu :

1) Gejala dan tanda mayor

a. Subjektif :

- a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan

b. Objektif :

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

2) Gejala dan tanda minor

a. Subjektif :

- a) Menyatakan kesal

b. Objektif :

- a) Menyendiri
- b) Melamun
- c) Konsentrasi buruk
- d) Disorientasi tempat, waktu, orang, atau situasi
- e) Curiga
- f) Melihat ke satu arah

- g) Mondar-mandir
- h) Bicara sendiri (PPNI, 2017)

Tanda dan gejala lainnya yaitu :

1) Halusinasi Pendengaran

- a. Data subjektif
 - a) Klien mendengar sesuatu yang menyuruhnya melakukan sesuatu yang berbahaya
 - b) Klien mendengar suara yang mengajaknya bercakap-cakap
- b. Data objektif
 - a) Mendekat pada sumber suara yang didengarnya
 - b) Tertawa, berbicara, atau tersenyum sendiri
 - c) Berteriak dan marah tanpa sebab
 - d) Menutup telinga sambil mulut bergerak dengan cepat tanpa suara

2) Halusinasi penglihatan

- a. Data subjektif
 - a) Melihat orang yang sudah lama meninggal
 - b) Melihat makhluk gaib
 - c) Melihat bayangan yang tak kasat mata
 - d) Melihat hal yang menakutkan seperti monster, hantu
 - e) Melihat cahaya yang terang

b. Data objektif

- a) Tatapan mata yang tertuju pada suatu tempat tanpa ingin mengalihkan pandangan
- b) Ketakutan pada objek yang dilihat

3) Halusinasi penciuman

a. Data subjektif

- a) Mencium bau yang menyengat

b. Data objektif

- a) Ekspresi wajah tegang atau gelisah seperti sedang mencium sesuatu
- b) Adanya gerakan cuping hidung
- c) Mengarahkan hidung ke tempat tertentu

4) Halusinasi peraba

a. Data subjektif

- a) Klien merasakan seperti ada yang merayap dalam tubuhnya
- b) Merasakan ada sesuatu yang menggelitik, mencubit, atau mencakar tubuhnya
- c) Merasakan ada sesuatu di bawah kulit
- d) Merasakan terpaan panas dan dingin tanpa adanya rangsangan
- e) Merasakan seperti tersengat aliran listrik yang tiba-tiba

b. Data objektif

- a) Meraba-raba permukaan kulit, mengusap, atau menggaruk
- b) Terus memegang area tubuh

5) Halusinasi pengecap

- a. Data subjektif
 - a) Merasakan seperti sedang memakan atau meminum sesuatu
 - b) Merasakan seperti ada makanan di dalam mulutnya
- b. Data objektif
 - a) Mulutnya seperti mengunyah
 - b) Terkadang meludah atau muntah (Nurfadilah, 2022)

2.5.4 Tingkatan Halusinasi

Halusinasi memiliki 4 tingkatan atau fase yang dapat dipengaruhi oleh keparahan dan respon individu dalam menanggapi adanya rangsangan dari luar, diantaranya yaitu :

1) Fase I : *Comforting*

Comforting merupakan fase menyenangkan dengan karakteristik non psikotik. Fase ini membuat klien merasakan perasaan yang mendalam seperti cemas yang berlebihan, perasaan bersalah pada orang lain, dan ketakutan yang berlebihan. Hal tersebut membuat klien mengalihkan pikirannya ke hal-hal yang menyenangkan untuk mengendalikan kesepian, kecemasan, ketakutan, dan rasa bersalah. Klien masih mengetahui pemikirannya dan pengalamannya masih dapat dikendalikan. Ciri-cirinya yaitu :

- a) Tertawa atau tersenyum tanpa sebab
- b) Menggerakkan bibir tanpa adanya suara

- c) Pergerakan mata yang cepat
- d) Respon verbal lambat
- e) Suka menyendiri atau asyik sendiri

2) Fase II : *Condemning*

Condemning merupakan fase yang menjijikan dengan karakteristik psikotik ringan, dimana klien menyikapi suatu hal yang menjijikan dan menakutkan sehingga mulai lepas kendali atau kemungkinan menjauh dan menarik diri dari lingkungan. Fase ini tingkat kecemasan mulai memberat yang menyebabkan antisipasi. Ciri-cirinya yaitu :

- a) Peningkatan saraf otonom, seperti meningkatnya nadi
- b) Perhatian menyempit
- c) Terlalu asyik dengan dunianya dan kehilangan kontrol halusinasinya, sehingga individu tidak mampu membedakan dunia nyata dengan dunia fantasinya sendiri
- d) Isolasi sosial

3) Fase III : *Fase Controlling*

Controlling merupakan fase ansietas berat dimana pengalaman sensori lebih berkuasa dengan karakteristik psikotik. Klien mulai lelah dan berhenti melawan halusinasinya sampai merasa halusinasi menjadi hal yang menarik dan kesepian jika halusinasinya berhenti. Ciri-cirinya yaitu :

- a) Mengikuti perintah dari halusinasinya
- b) Sukar berhubungan dengan orang lain
- c) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik
- d) Tampak tanda-tanda kecemasan berat seperti keringat dingin, tremor dan tidak mampu mengikuti perintah
- e) Halusinasi menjadi atraktif
- f) Perilaku menolak dan tidak ingin mengikuti instruksi dari orang lain

4) Fase IV : *Conquering*

Conquering merupakan fase panik, dimana klien sudah melebur ke dalam dunia halusinasinya. Fase ini termasuk psikotik berat, sehingga pemikiran klien mulai berbahaya. Ciri-cirinya yaitu :

- a) Perilaku yang tidak wajar
- b) Potensi kuat *suicide* atau *homicide*
- c) Perilaku kekerasan dan isolasi sosial
- d) Tidak mampu mengikuti perintah dari orang lain (Nurfadilah, 2022)

2.5.5 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi terjadi ketika individu mengalami respon maladaptif, dimana kondisi tersebut disebut dengan rentang respon neurobiologis. Pemikiran respon terhadap halusinasi akan menyebabkan maladaptif. Jika individu mempunyai pemikiran yang sehat, maka dirinya mampu mengenal dan merasakan stimulus-stimulus berdasarkan informasi yang diterima oleh panca indra (pendengaran, penglihatan, pengecap, perabaan, dan

penciuman). Penderita halusinasi biasanya tidak mampu mempersepsikan stimulus yang diterima melalui panca indra, sehingga menganggap bahwa apa yang dia lihat, dengar, cium, rasa, dan raba adalah hal yang nyata meskipun kenyataannya rangsangan tersebut tidak nyata. Biasanya stimulus halusinasi tidak secara langsung menguasai penderitanya, namun tergantung dari respon dalam menyikapi masalah tersebut (Muhith, 2015). Rentang respon halusinasi dapat digambarkan seperti di bawah ini :

Adaptif	Maladaptif		
• Pikiran logis • Persepsi akurat • Emosi konsisten dengan pengalaman • Perilaku sesuai • Hubungan sosial	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="724 960 1074 1709"> • Kadang pikiran terganggu • Ilusi • Reaksi emosi berlebihan/berkurang • Perilaku aneh atau tidak biasa • Menarik diri </td><td data-bbox="1074 960 1377 1709"> • Gangguan proses pikir/waham • Halusinasi • Sulit merespon emosi • Perilaku disorganisasi • Isolasi sosial </td></tr> </table>	• Kadang pikiran terganggu • Ilusi • Reaksi emosi berlebihan/berkurang • Perilaku aneh atau tidak biasa • Menarik diri	• Gangguan proses pikir/waham • Halusinasi • Sulit merespon emosi • Perilaku disorganisasi • Isolasi sosial
• Kadang pikiran terganggu • Ilusi • Reaksi emosi berlebihan/berkurang • Perilaku aneh atau tidak biasa • Menarik diri	• Gangguan proses pikir/waham • Halusinasi • Sulit merespon emosi • Perilaku disorganisasi • Isolasi sosial		

1) Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma sosial dan budaya yang berlaku. Perilaku tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah dapat diselesaikan dengan baik. Respon adaptif diantaranya yaitu :

- a) Pikiran logis, yaitu pandangan yang mengarah pada kenyataan atau pendapat yang dapat diterima oleh akal
- b) Persepsi akurat, yaitu pandangan yang tepat dan nyata
- c) Emosi konsisten dengan pengalaman, yaitu kemantapan perasaan jiwa sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami
- d) Perilaku sesuai, yaitu kegiatan atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral
- e) Hubungan sosial, yaitu adanya hubungan atau proses interaksi dengan orang lain dan lingkungan

2) Respon psikosial atau transisi

- a) Kadang pikiran terganggu, yaitu kegagalan dalam mengambil kesimpulan
- b) Ilusi, yaitu interpretasi atau penilaian yang salah tentang obyek nyata
- c) Reaksi emosi yang berlebihan atau berkurang, yaitu emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai

- d) Perilaku aneh atau tidak biasa, yaitu sikap atau tingkah laku yang melebihi batas wajar atau tidak enak dipandang
- e) Menarik diri, yaitu perilaku menghindari interaksi dengan orang lain

3) Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma sosial budaya dan lingkungan.

Respon maladaptif diantaranya yaitu :

- a) Gangguan proses pikir/waham, yaitu keyakinan yang salah yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita sosial
 - b) Halusinasi, yaitu persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
 - c) Sulit merespon emosi atau kerusakan emosi, yaitu ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, keakraban, kedekatan
 - d) Perilaku disorganisasi, yaitu perilaku yang tidak teratur atau tidak terorganisir
 - e) Isolasi sosial, yaitu kondisi kesendirian yang dialami individu karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam
- (Pratama & Senja, 2022)

2.5.6 Faktor Predisposisi Halusinasi

Faktor predisposisi adalah faktor yang melatarbelakangi seseorang mengalami gangguan jiwa. Adapun faktor predisposisi halusinasi yaitu sebagai berikut :

1) Faktor genetik

Munculnya penyakit jiwa termasuk halusinasi pada individu dapat dipengaruhi oleh keluarganya dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki penyakit terkait. Halusinasi umumnya ditemukan pada penderita skizofrenia. Banyak hasil penelitian yang menunjukkan peningkatan risiko mengalami skizofrenia pada individu dengan riwayat genetik atau terdapat anggota keluarga dengan skizofrenia. Skizofrenia jika diagnosis pada satu anak kembar identik, ada kemungkinan 40%-55% pasangan kembarannya mengalami skizofrenia. Jika pada kembar non identik, pasangan kembarnya memiliki 10-15% kemungkinan mengalami skizofrenia (H. Sari & Sirna, 2015)

2) Faktor biologis

Faktor biologis terkait dengan adanya neuropatologi dan ketidakseimbangan neurotransmitter. Riset neurobiological memfokuskan pada 3 area otak yang kemungkinan menjadi penyebab halusinasi, yaitu sistem limbik, lobus frontalis, dan hipotalamus. Kerusakan pada sistem limbik dan lobus frontal yang berperan dalam pengendalian atau pengontrolan perilaku, kerusakan hipotalamus yang berperan dalam pengaturan mood dan motivasi. Selain itu, terdapat

perubahan pada fungsi neurotransmitter, perubahan dopamine, serotonin, norepinefrin dan asetilkolin yang menyebabkan adanya perubahan regulasi gerak dan koordinasi, emosi, pemecahan masalah, perilaku maladaptif serta penurunan atensi dan mood (Wulandari & Pardede, 2022)

3) Faktor perkembangan

Gangguan atau hambatan perkembangan dapat mengganggu hubungan interpersonal, sehingga meningkatkan terjadinya stress dan ansietas yang dapat berakhir menjadi gangguan persepsi. Contohnya yaitu rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan individu tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan stres (Pratama & Senja, 2022)

4) Faktor psikologis

Faktor psikologis seperti memiliki pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (penolakan, tindakan kekerasan), konsep diri negatif, hubungan interpersonal yang tidak harmonis, tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab, mudah terjerumus dalam penyalahgunaan zat. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan individu dalam mengambil keputusan demi masa depannya. Individu lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal (Lalla et al., 2022; Wulandari & Pardede, 2022)

5) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat dapat membuat individu merasa diasingkan, sehingga membuat dirinya kesepian di lingkungan yang membesarkannya. Contohnya seperti status sosial ekonomi yang rendah, perbedaan budaya atau konflik sosial budaya (Pratama & Senja, 2022)

2.5.7 Faktor Presipitasi Halusinasi

Faktor presipitasi adalah faktor yang mencetuskan terjadinya gangguan jiwa pada seseorang untuk kali pertama. Menurut Rawlins dan Heacock (dalam (Pratama & Senja, 2022) halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu :

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan, penggunaan obat-obatan, delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan tidur dalam waktu yang lama

2) Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atau masalah yang tidak dapat diatasi merupakan salah satu penyebab halusinasi. Isi halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan

3) Dimensi intelektual

Individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Halusinasi pada awalnya merupakan usaha dari

ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun timbul kewaspadaan yang mengambil seluruh perhatian individu

4) Dimensi sosial

Individu mengalami gangguan interaksi sosial, sehingga menganggap bahwa bersosialisasi di dunia nyata sangat membahayakan. Oleh karena itu, individu asyik dengan halusinasinya seolah-olah menjadi tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Seringkali memaki takdir, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

Faktor presipitasi lainnya yang menyebabkan halusinasi menurut Stuart dan Sundeen (dalam (Lalla et al., 2022) yaitu :

- 1) Stressor sosio kultural, seperti menurunnya stabilitas unit keluarga, berpisah dengan orang yang berarti dalam keluarga
- 2) Stressor psikologik, seperti ansietas berat yang berkepanjangan dan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya
- 3) Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptive

2.5.8 Mekanisme Koping Halusinasi

Mekanisme koping adalah cara atau usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Mekanisme koping klien halusinasi menurut Yosep (2016, dalam (Nurfadilah, 2022) yaitu :

- 1) Regresi, yaitu tidak adanya keinginan atau malas melakukan aktivitas sehari-hari atau proses untuk menghindari stress atau kecemasan
- 2) Proyeksi, yaitu mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan identitas) atau mengalihkan tanggung jawab pada orang lain
- 3) Menarik diri, diantaranya terdapat reaksi fisik dan psikologis. Reaksi fisik seperti pergi atau menghindari sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis seperti perilaku apatis, mengisolasi diri, sulit mempercayai orang lain.

2.5.9 Proses Terjadinya Masalah (Psikodinamika)

Halusinasi diawali dengan adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi pada diri seseorang yang mengakibatkan merasa cemas dan mencari cara untuk mengatasi rasa cemasnya. Individu yang tidak memiliki koping yang adaptif akan mengatasi masalahnya dengan cara maladaptif seperti menarik

diri dan membayangkan sesuatu yang berlawanan dari kenyataan yang dihadapi atau membayangkan sesuatu yang diharapkannya terjadi dan memenuhi kebutuhannya. Cara yang dilakukannya ini membuatnya merasa nyaman dan menurunkan rasa cemasnya. Apabila tidak segera ditangani, kondisi ini akan terus berlanjut dan individu terus menggunakan coping yang maladaptif untuk mengatasi cemasnya. Lama kelamaan rasa nyaman yang diperolehnya berubah menjadi rasa yang menakutkan karena pada perkembangan selanjutnya individu mendengar suara-suara yang mengancamnya. Sementara individu sudah tidak mampu lagi mengontrolnya. Apabila tidak ditangani, akibat dari rasa takut atau menuruti perintah dari suara-suara, individu dapat melakukan hal yang membahayakan dirinya, orang lain, atau lingkungan disekitarnya (Videbeck, 2008 dalam (Rahayu, 2021)

Penjelasan lain yaitu halusinasi diawali dari atau dengan orang yang menderita halusinasi akan menganggap sumber dari halusinasinya berasal dari lingkungannya atau stimulus eksternal. Pada fase awal masalah itu menimbulkan peningkatan kecemasan yang terus dan sistem pendukung yang kurang akan menghambat atau membuat persepsi untuk membedakan antara apa yang dipikirkan dengan perasaan sendiri menurun.

Meningkatnya pada fase *comforting*, klien mengalami emosi yang berlanjut seperti cemas, kesepian, perasaan berdosa dan sensorinya dapat dikontrol bila kecemasan dapat diatur. Pada fase ini klien cenderung merasa nyaman dengan halusinasinya. Pada fase *condemning* klien mulai menarik

diri. Pada fase *controlling* klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berhenti. Pada fase *conquering* klien lama kelamaan sensorinya terganggu, klien merasa terancam dengan halusinasinya terutama bila tidak menuruti perintahnya (Yusuf dalam (Wulandari & Pardede, 2022))

2.5.10 Penatalaksanaan Halusinasi

a) Terapi Farmakologis

Obat-obatan untuk terapi halusinasi berupa antipsikotik, haloperidol, antiansietas, antidepresan, penstabil mood, antiparkinson, serta stimulan (Rahayu, 2021)

b) Terapi Non Farmakologis

1) Terapi modalitas

Terapi modalitas adalah berbagai pendekatan penanganan klien gangguan jiwa yang bervariasi, yang bertujuan untuk mengubah perilaku klien dengan gangguan jiwa dengan perilaku maladaptifnya menjadi perilaku yang adaptif. Jenis-jenis terapi modalitas diantaranya yaitu terapi individual, terapi lingkungan, terapi biologi, terapi kognitif, terapi keluarga, terapi kelompok, terapi perilaku, dan terapi bermain.

2) Terapi Psikoreligius

Terapi psikoreligius (*psychoreligius therapy*) merupakan suatu bentuk psikoterapi yang mengkombinasikan intervensi

kesehatan jiwa modern dengan aspek religius atau keagamaan yang bertujuan supaya pasien dapat mengatasi masalahnya dengan cara meningkatkan mekanisme koping (Yosep, 2011 dalam (Rinjani et al., 2020). Beberapa jenis terapi psikoreligius yang dapat digunakan untuk mengontrol halusinasi pada penderita skizofrenia yaitu sholat, membaca Al-Qur'an, membaca Al-Fatihah, membaca doa, dan dzikir (Rinjani et al., 2020).

2.6 Konsep Terapi Psikoreligius : Dzikir

2.6.1 Definisi Terapi Psikoreligius : Dzikir

Terapi psikoreligius (*psychoreligius therapy*) merupakan suatu bentuk psikoterapi yang mengkombinasikan intervensi kesehatan jiwa modern dengan aspek religius atau keagamaan yang bertujuan supaya pasien dapat mengatasi masalahnya dengan cara meningkatkan mekanisme koping (Yosep, 2011 dalam (Rinjani et al., 2020). Salah satu bentuk terapi psikoreligius yaitu dzikir.

Terapi psikoreligius dzikir berasal dari kata “dzakar” yang berarti ingat. Dzikir juga diartikan “menjaga dalam ingatan”. Jika berdzikir kepada Allah artinya tetap menjaga agar selalu ingat kepada Allah. Dzikir menurut syara' adalah mengingat Allah dengan etika tertentu yang sudah diciptakan dalam Al-Quran dan Hadist dengan tujuan menyucikan hati dan mengangungkan Allah (Putri et al., 2021). Dzikir dari sudut pandang ilmu

kesehatan jiwa merupakan terapi psikiatrik setingkat lebih tinggi daripada psikoterapi biasa. Hal ini dikarenakan dzikir mengandung unsur spiritual kerohanian dan keagamaan yang dapat membangkitkan harapan dan percaya diri pada diri pasien yang membuat kekebalan tubuh dan kekuatan psikis meningkat, sehingga mempercepat proses penyembuhan (Gasril et al., 2020)

2.6.2 Tujuan dan Manfaat Terapi Psikoreligius : Dzikir

Penerapan terapi psikoreligius dzikir pada pasien halusinasi bertujuan untuk mengontrol halusinasi, karena aspek ini ditujukan untuk memaksimalkan manfaat dari pengalaman, pengobatan, dan perasaan damai bagi pasien, sehingga perlu disediakan sarana ibadah seperti bacaan dzikir, kitab suci, dan sebagainya (Akbar et al., 2022). Terapi dzikir merupakan salah satu metode untuk mencapai keseimbangan, dimana akan tercipta suasana tenang, respon emosional positif yang akan membuat sistem kerja saraf pusat menjadi lebih baik. Adapun manfaatnya yaitu dapat menurunkan halusinasi pendengaran karena dengan adanya kepercayaan kepada Tuhan yang dimunculkan memiliki kontribusi positif yang signifikan dalam menghilangkan pengalaman yang menakutkan akibat halusinasi (Rinjani et al., 2020)

2.6.3 Cara Kerja Terapi Psikoreligius : Dzikir terhadap Halusinasi

Terapi psikoreligius : dzikir yang dapat dilakukan dengan lisan dan hati yang mensucikan nama Allah, memuji-Nya dengan segala kesempurnaan, kebesaran dan keindahan. Menurut surat Al-Ahzab (33:41-42) Allah SWT telah memerintahkan kepada orang-orang yang beriman supaya banyak berdzikir. Allah berfirman *“wahai orang-orang yang beriman! Ingatlah kepada Allah, dengan mengingat (nama-Nya) sebanyak-banyaknya dan bertasbihlah kepada-Nya pada waktu pagi dan petang”*.

Menurut Ikawati (2014, dalam (Emulyani & Herlambang, 2020) bahwa terapi zikir bisa mengontrol halusinasi, yakni fungsi sistem saraf untuk mendeteksi, menganalisa, dan menghantarkan informasi. Informasi dikumpulkan oleh sistem sensorik, diintegrasikan ke otak adalah bagian otak depan (*frotal lobe*) dalam perencanaan, pengaturan, pemecahan masalah, perhatian, kepribadian, serta termasuk tingkah laku maupun emosi maka bagian otak depan disebut *prefrontal cortex* sebagai fungsi kognitif untuk menentukan kepribadian dan sinyal akan di teruskan ke otak bagian belakang terdiri dari premotor dan motor sebagai sistem motorik dan jalur otonom untuk mengontrol gerakan, aktivitas viserial, dan fungsi-fungsi endokrin

Penderita skizofrenia dengan halusinasi mengalami rasa cemas, gelisah, takut dan sulit tidur, sehingga dzikir dapat dilakukan untuk mengurangi atau mengontrol gejala halusinasi tersebut. Dzikir dapat memberikan ketenangan karena hormone *endorphine* keluar secara

otomatis dalam otak yang mampu mengurangi rasa sakit dan memberikan perasaan positif (Suryani, 2013). Dzikir dilakukan dengan mengingat Tuhan menggunakan beberapa bacaan seperti “*Allahuakbar*”, “*Subhanallah*”, “*Astaghfirullah*” yang dapat dilakukan setelah selesai sholat, saat waktu luang, atau saat suara-suara tersebut muncul (Rinjani et al., 2020). Dzikir dapat membantu mengurangi suara-suara yang didengar oleh penderita halusinasi, karena dengan mengalihkan fokus terhadap halusinasinya dengan mengingat Allah dapat memberikan perasaan positif dan membuat relaks. Hal tersebut terjadi karena hormone *endorphine* diekskresikan oleh sistem saraf pusat dan kelenjar pituitary yang dapat menimbulkan perasaan bahagia dan relaks (Rinjani et al., 2020)

Terapi psikoreligius dzikir dikatakan efektif untuk menurunkan tanda gejala halusinasi pendengaran karena apabila dilafalkan dengan baik dan benar dapat membuat hati menjadi tenang dan rileks. Ketika seseorang dengan halusinasi melakukan terapi dzikir dengan tekun dan memusatkan perhatian dengan sempurna (khusu’) dapat mengurangi bahkan menghilangkan suara-suara yang tidak nyata dan dapat lebih menyibukkan diri dengan berdzikir (Putri et al., 2021)

2.7 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

Berdasarkan asuhan keperawatan gangguan persepsi sensori : halusinasi secara teoritis, diuraikan dengan beberapa langkah sebagai berikut (Keliat, 2011 dalam (Rahayu, 2021) :

1. Pengkajian

1) Identitas Klien

Biasanya meliputi: nama klien, umur jenis kelamin, agama, alamat, tanggal masuk ke rumah sakit, nomor rekam medis, informasi keluarga yang bisa di hubungi.

2) Keluhan Utama

Biasanya yang menjadi alasan utama yang menyebabkan kambuhnya halusinasi klien, dapat dilihat dari data klien dan bisa pula diperoleh dari keluarga, antara lain : berbicara, senyum dan tertawa sendiri tanpa sebab. Mengatakan mendengar suara-suara. Kadang pasien marah-marah sendiri tanpa sebab, mengganggu lingkungan, termenung, banyak diam, kadang merasa takut dirumah, lalu pasien sering pergi keluar rumah dan keluyuran/jalan-jalan sendiri dan tidak pulang kerumah.

3) Faktor Predisposisi

a. Gangguan jiwa di masa lalu

Pasien pernah mengalami sakit jiwa masa lalu atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa.

b. Riwayat pengobatan sebelumnya

Biasanya pengobatan yang dilakukan tidak berhasil atau putus obat dan adaptasi dengan masyarakat kurang baik.

c. Riwayat Trauma

1. Aniaya fisik

Biasanya ada mengalami aniaya fisik baik sebagai pelaku, korban maupun saksi.

2. Aniaya seksual

Biasanya tidak ada klien mengalami aniaya seksual sebelumnya baik sebagai pelaku, korban maupun saksi.

3. Penolakan

Ada mengalami penolakan dalam lingkungan baik sebagai pelaku, korban maupun saksi

4. Tindakan kekerasan dalam keluarga

Biasanya ada atau tidak ada klien mengalami kekerasan dalam keluarga baik sebagai pelaku, korban maupun sebagai saksi.

5. Tindakan kriminal

Biasanya tidak ada klien mengalami tindakan kriminal baik sebagai pelaku, korban maupun saksi.

6. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Biasanya ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang sama dengan klien.

7. Riwayat pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Biasanya yang dialami klien pada masa lalu yang tidak menyenangkan seperti kegagalan, kehilangan, perpisahan atau kematian, dan trauma selama tumbuh kembang.

4) Fisik

- a) Observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan
- b) Antropometri yang terdiri dari ukur tinggi badan dan berat badan
- c) Menjelaskan keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien

5) Psikososial

a) Genogram

Salah satu faktor penyakit jiwa diakibatkan genetik atau keturunan, dimana dapat dilihat dari tiga generasi. Genogram dibuat 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan Pasien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh Pasien maupun keluarga pada saat pengkajian.

b) Konsep diri

1. Citra tubuh

Persepsi pasien terhadap tubuhnya merasa ada kekurangan di bagian tubuhnya (perubahan ukuran, bentuk dan penampilan tubuh akibat penyakit) atau ada bagian tubuh yang tidak disukai.

2. Identitas diri

Berisi status pasien atau posisi pasien sebelum dirawat. Kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan. Dan kepuasan pasien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, dan kelompok)

3. Peran diri

Pasien menceritakan tentang peran/tugas dalam keluarga/kelompok masyarakat. Kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas atau peran tersebut, biasanya mengalami krisis peran.

4. Ideal diri

Berisi tentang harapan pasien terhadap penyakitnya. Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat). Dan harapan pasien terhadap tubuh, posisi, status, dan tugas atau peran. Biasanya gambaran diri negatif.

5. Harga diri

Hubungan Pasien dengan orang lain tidak baik, penilaian dan penghargaan terhadap diri dan kehidupannya yang selalu mengarah pada penghinaan dan penolakan. Biasanya ada perasaan malu terhadap kondisi tubuh/diri, tidak punya pekerjaan, status perkawinan, muncul perasaan tidak berguna, kecewa karena belum bisa pulang/bertemu keluarga.

c) Hubungan sosial

1. Orang terdekat atau yang berarti

Ada ungkapan terhadap orang/tempat, orang untuk bercerita, tidak mempunyai teman karena larut dalam kondisinya.

2. Peran serta dalam kelompok

Biasanya pasien baik di rumah maupun di RS pasien tidak mau/tidak mengikuti kegiatan/aktivitas bersama.

3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien melaporkan kesulitan dalam memulai pembicaraan, takut dicemooh/takut tidak diterima di lingkungan karena keadaannya yang sekarang.

d) Spritual

1. Nilai dan Keyakinan

Nilai-nilai dan keyakinan terhadap agama kurang sekali, keyakinan agama pasien halusinasi juga terganggu.

2. Kegiatan Ibadah

Pasien akan mengeluh tentang masalah yang dihadapinya kepada Tuhan YME.

6) Status Mental

a) Penampilan

Pasien berpenampilan tidak rapi, seperti rambut acaka-cakan, baju kotor dan jarang diganti, penggunaan pakaian yang tidak sesuai dan cara berpakaian yang tidak seperti biasanya.

b) Pembicaraan

Ditemukan cara bicara pasien dengan halusinasi bicara dengan keras, gagap, inkoheren yaitu pembicaraan yang berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tidak ada kaitannya.

c) Aktifitas motorik

Ditemukan keadaan pasien agitasi yaitu lesu, tegang, gelisah dengan halusinasi yang didengarnya. Biasanya bibir pasien komat kamit, tertawa sendiri, bicara sendiri, kepala menganggukngangguk, seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba menutup telinga, mengarahkan telinga kearah tertentu, bergerak seperti mengambil atau membuang sesuatu, tiba-tiba marah dan menyerang.

d) Alam perasaan

Pasien tanpak putus asa, gembira yang berlebihan, ketakutan dan khawatir.

e) Afek

Ditemukan afek klien datar, tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan. Efek klien bisa juga tumpul dimana klien hanya bereaksi jika ada stimulus emosi yang sangat kuat. Afek labil (emosi yang mudah) berubah juga ditemukan pada klien halusinasi pendengaran. Bisa juga ditemukan efek yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.

f) Interaksi selama wawancara

Pada saat melakukan wawancara ditemukan kontak mata yang kurang, tidak mau menatap lawan bicara. Defensif (mempertahankan pendapat), dan tidak kooperatif.

g) Persepsi

Pada pasien yang mengalami gangguan persepsi halusinasi pendengaran sering mendengar suara gaduh, suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya, dan suara yang dianggap nyata oleh pasien. Waktunya kadang pagi, siang, sore dan bahkan malam hari, frekuensinya biasa 3 sampai 5 kali dalam sehari bahkan tiap jam, biasanya pasien berespon dengan cara mondar mandir, kadang pasien bicara dan tertawa sendiri dan bahkan berteriak, situasinya yaitu biasanya ketika pasien termenung, sendirian atau sedang duduk.

h) Proses pikir

Pada klien halusinasi ditemukan proses pikir klien Sirkumtansial yaitu pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai dengan tujuan pembicaraan. Tangensial : Pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan. Kehilangan asosiasi dimana pembicaraan tidak ada hubungannya antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan klien tidak menyadarinya. Kadang-kadang ditemukan blocking, pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali, serta pembicaraan yang diulang berkali-kali.

i) Isi pikir

Pada pasien halusinasi ditemukan fobia yaitu ketakutan yang patologis/ tidak logis terhadap objek/ situasi tertentu. Biasanya ditemukan juga isi pikir obsesi dimana pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya.

j) Tingkat kesadaran

Biasanya ditemukan stupor yaitu terjadi gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh dalam sikap canggung tetapi klien mengerti tentang semua hal yang terjadi dilingkungan. Orientasi terhadap waktu, tempat dan orang bisa ditemukan jelas ataupun terganggu.

k) Memori

Pasien mengalami gangguan daya ingat jangka panjang (mengingat pengalamannya dimasa lalu baik atau buruk), gangguan daya ingat jangka pendek (mengetahui bahwa dia sakit dan sekarang berada dirumah sakit), maupun gangguan daya ingat saat ini (mengulang kembali topik pembicaraan saat berinteraksi). Biasanya pembicaraan pasien tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi daya ingatnya.

l) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mengalami gangguan konsentrasi, pasien biasanya mudah dialihkan, dan tidak mampu berhitung.

m) Kemampuan penilaian

Ditemukan gangguan kemampuan penilaian ringan dimana klien dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain seperti memberikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, pasien dapat mengambil keputusan.

n) Daya tilik diri

Biasanya ditemukan klien mengingkari penyakit yang diderita seperti tidak menyadari penyakit (perubahan emosi dan fisik) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan. Klien juga bisa menyalahkan hal-hal di luar dirinya seperti menyalahkan orang lain/ lingkungan yang dapat menyebabkan kondisi saat ini.

7) Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Pasien tidak mengalami perubahan makan, biasanya pasien tidak mampu menyiapkan dan membersihkan tempat makan.

b) BAB/BAK

Pasien dengan halusinasi tidak ada gangguan, pasien dapat BAB/BAK pada tempatnya.

c) Mandi

Pasien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan pasien sangat bau dan kotor, dan pasien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

d) Berpakaian/berhias

Pasien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Pasien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan pasien tidak mengenakan alas kaki

e) Istirahat dan tidur

Pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucui kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur pasien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

f) Penggunaan obat

Pasien mengatakan minum obat 2 kali sehari dan pasien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

g) Pemeliharaan kesehatan

Pasien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

h) Aktifitas didalam rumah

Pasien mampu atau tidak merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

i) Aktivitas diluar Rumah

Pasien beraktivitas seperti biasanya diluar rumah

8) Mekanisme Koping

1) Adaptif

Biasanya ditemukan klien mampu berbicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, klien mampu berolah raga.

2) Maladaptif

Biasanya ditemukan reaksi klien lambat/berlebuhan, klien bekerja secara berlebihan, selalu menghindar dan mencederai diri sendiri.

9) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pada pengkajian ditemukan riwayat klien mengalami masalah dalam berinteraksi dengan lingkungan, biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari kelompok, masalah dengan pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan ekonomi dan masalah dengan pelayanan kesehatan.

10) Pengetahuan

Biasanya pasien halusinasi mengalami gangguan kognitif.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial, diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu klien, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Adapun diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada

diagnosis utama gangguan persepsi sensori halusinasi menurut (Sutejo, 2019, dalam (Rahayu, 2021) antara lain sebagai berikut :

- a) Gangguan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran
- b) Perilaku kekerasan
- c) Isolasi sosial : menarik diri

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus. Rencana tindakan keperawatan yang digunakan di tatanan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Rahayu, 2021)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, tekhnikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (Rahayu, 2021)

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Kusuma, 2010 dalam (Rahayu, 2021) bahwa evaluasi keperawatan yaitu proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus-menerus

untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut :

- a) Evaluasi proses yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan, disebut evaluasi formatif.
- b) Evaluasi hasil dilakukan dengan cara membandingkan respons klien dengan tujuan yang telah ditentukan, disebut evaluasi sumatif.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir antara lain sebagai berikut :

- a) S : Respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- b) O : Respons objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- c) A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.
- d) P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons klien.