

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *skhizein* yang berarti "terbelah" atau "pecah," dan *phren* yang merujuk pada "pikiran," yang juga berhubungan erat dengan aspek emosional. Oleh karena itu, individu yang mengalami skizofrenia dapat diartikan sebagai seseorang yang mengalami perpecahan dalam fungsi mental dan emosinya (Syamsi et al., 2022).

Skizofrenia sendiri merupakan suatu *sindrom kompleks* yang memiliki dampak merusak, tidak hanya bagi individu yang mengalaminya tetapi juga bagi lingkungan sosial di sekitarnya (Sustrami et al., 2023). Kondisi ini umumnya mulai muncul pada masa akhir remaja dan dapat mengganggu berbagai aspek kehidupan sehari-hari secara signifikan (Apriliyanti et al., 2021).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Videbeck (2016 dalam Syamsi et al., 2022), skizofrenia bukanlah satu penyakit tunggal, melainkan sebuah kategori diagnosis yang mencakup berbagai gangguan dengan gejala perilaku yang hampir serupa, meskipun penyebabnya dapat sangat beragam. Hingga saat ini, penyebab pasti dari skizofrenia belum diketahui, namun berbagai studi menunjukkan bahwa gangguan ini dapat dipengaruhi oleh faktor biologis, biokimia, genetik, serta aspek psikososial (Keliat, 2011 dalam Syamsi et al., 2022).

a. Faktor Genetik

Aspek keturunan dianggap memiliki kontribusi dalam timbulnya skizofrenia. Risiko seseorang untuk mengalami skizofrenia akan meningkat apabila memiliki hubungan keluarga dekat dengan penderita. Selain itu, gangguan kejiwaan yang memiliki kesamaan karakteristik seperti gangguan kepribadian *skizotipal*, *skizoid*, dan *paranoid* juga lebih sering ditemukan dalam keluarga biologis pasien skizofrenia (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

b. *Neuropatologi*

Menjelang akhir abad ke-20, para peneliti menemukan adanya potensi dasar *neuropatologis* dalam skizofrenia. Temuan tersebut mencakup kelainan pada sistem limbik dan *ganglia basalis*, serta gangguan struktural dan fungsional di *korteks serebral*, *talamus*, dan batang otak.

1. Sistem *limbik*: Sistem ini berperan dalam pengendalian emosi dan diyakini terlibat dalam mekanisme skizofrenia. Pada pasien skizofrenia, terjadi penyusutan ukuran pada amigdala, hipokampus, dan girus parahipokampus.
2. Struktur otak: Pasien skizofrenia cenderung memiliki *ventrikel lateral* yang membesar sekitar 21%, serta penurunan volume otak sebanyak 2%, khususnya di area materi abu-abu *lobus frontal* dan *temporal*, termasuk *hipokampus*.

3. Fungsi otak: Penurunan aktivitas *korteks prefrontal dorsolateral* saat kondisi diam dan selama pelaksanaan tugas *eksekutif*, serta peningkatan aktivitas di area *korteks frontal medial* telah ditemukan (Hany M, Rehman B, Rizvi A, et al., 2023).

Berbagai studi pencitraan otak telah mengungkapkan bahwa individu dengan skizofrenia cenderung mengalami penurunan jumlah jaringan otak, yang kemungkinan dipengaruhi oleh kelainan perkembangan atau degenerasi jaringan. Hasil pemeriksaan *CT scan* menunjukkan adanya pelebaran *ventrikel* otak serta *atrofi* pada bagian *korteks*. Sementara itu, pemeriksaan *PET scan* memperlihatkan adanya penurunan aktivitas metabolik, khususnya terhadap *oksigen* dan *glukosa*, di wilayah *frontal* otak. Temuan ilmiah secara konsisten menunjukkan adanya pengurangan volume otak serta gangguan fungsi di area lobus temporal dan frontal pada pasien yang menderita skizofrenia.

c. Faktor *Sosiodemografis* dan Lingkungan

Kondisi sosial dan lingkungan juga berpengaruh terhadap timbulnya skizofrenia. Individu yang tinggal di lingkungan berpenghasilan rendah memiliki risiko lebih besar untuk menunjukkan gejala skizofrenia dibandingkan mereka yang berasal dari kalangan ekonomi lebih tinggi. Faktor-faktor seperti kemiskinan, tempat tinggal yang padat, kekurangan gizi, kurangnya perawatan

prenatal, keterbatasan sumber daya dalam mengelola stres, serta rasa putus asa, semuanya berkontribusi terhadap kerentanan ini.

d. Faktor *Presipitasi* (Pencetus)

1. Biologis: *Stresor* biologis berkaitan dengan respon *neurobiologis maladaptif*, termasuk gangguan pada sistem komunikasi otak serta abnormalitas mekanisme penyaringan informasi di otak, yang menyebabkan kesulitan dalam memilah dan merespons rangsangan secara tepat.
2. Lingkungan: Faktor stres dari lingkungan dapat memperburuk risiko gangguan pikiran pada individu yang memiliki ambang stres rendah akibat kondisi biologis tertentu.
3. Pemicu Gejala: Pemicu adalah faktor atau kondisi yang dapat mengawali munculnya kembali gejala skizofrenia. Pemicu tersebut bisa berasal dari kondisi kesehatan, tekanan lingkungan, sikap mental, maupun perilaku individu (Hany M, Rehman B, Rizvi A, et al., 2023).

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III* (PPDGJ III), skizofrenia diklasifikasikan ke dalam beberapa tipe berdasarkan ciri khas gejala yang dialami. Berikut ini adalah pengelompokan jenis-jenis skizofrenia (Maslim, 2021):

1. Skizofrenia *Paranoid*

Jenis ini ditandai dengan gejala halusinasi dan/atau waham yang dominan. Meskipun pasien memenuhi kriteria umum skizofrenia, mereka tidak menunjukkan gangguan afek, kemauan, pembicaraan, maupun gejala katatonik secara mencolok.

2. Skizofrenia *Hebefrenik*

Tipe ini biasanya muncul pertama kali pada usia remaja hingga dewasa muda, sekitar 15 hingga 21 tahun. Diagnosis ditegakkan jika gejala berlangsung setidaknya 2–3 minggu. Ciri utamanya adalah afek dangkal dan tidak sesuai, perilaku seperti senyum sendiri, serta sering mengulang perkataan tanpa tujuan jelas.

3. Skizofrenia *Katatonik*

Pasien dengan tipe ini menunjukkan gangguan motorik yang khas, seperti stupor (tidak responsif dan diam), gaduh-gelisah (gerakan tidak terarah akibat rangsangan), dan rigiditas tubuh. Diagnosis katatonik kadang tertunda karena pasien yang tidak kooperatif dapat menghambat penggalian gejala lebih lanjut.

4. Skizofrenia Tak Terinci

Kategori ini digunakan bila pasien memenuhi kriteria skizofrenia secara umum, tetapi tidak cocok dimasukkan ke dalam tipe *paranoid*, *hebefrenik*, atau *katatonik*. Selain itu, pasien juga tidak sesuai untuk diklasifikasikan ke dalam bentuk residual maupun pascaskizofrenia.

5. Skizofrenia *Pascaskizofrenia*

Jenis ini menggambarkan kondisi pasien yang pernah mengalami skizofrenia dalam 12 bulan terakhir, di mana gejala psikotik tidak lagi dominan, namun masih ada, dan disertai dengan gejala depresi yang cukup mengganggu.

6. Skizofrenia *Simpleks*

Pasien dengan tipe ini menunjukkan gejala negatif seperti penurunan aktivitas sosial, kurang motivasi, dan afek datar, tanpa riwayat sebelumnya terkait halusinasi, waham, atau episode psikotik lainnya. Terdapat perubahan perilaku yang signifikan dalam kehidupan sehari-hari.

7. Skizofrenia Tak Spesifik

Merupakan kategori yang digunakan apabila kondisi pasien tidak dapat dimasukkan ke dalam klasifikasi tipe-tipe skizofrenia yang telah disebutkan sebelumnya.

2.1.4 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Menurut Maramis (2022), gejala pada penderita skizofrenia dapat dibagi menjadi tiga kelompok utama, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala kognitif:

1. Gejala Positif

Gejala positif adalah gejala yang menambahkan sesuatu pada fungsi normal individu, berupa pengalaman atau perilaku yang tidak biasa pada orang sehat. Gejala ini meliputi:

- a. Waham (*delusi*): Keyakinan yang keliru dan tidak sesuai kenyataan, namun tetap diyakini secara kuat oleh pasien, meskipun telah diberikan bukti yang menunjukkan ketidaksesuaian keyakinan tersebut.
- b. Halusinasi: Persepsi indra yang salah tanpa adanya stimulus eksternal. Penderita dapat merasakan, melihat, mendengar, mencium, atau menyentuh sesuatu yang sebenarnya tidak nyata.
- c. Pikiran dan pembicaraan tidak teratur: Ditunjukkan melalui cara bicara yang kacau, tidak runtut, serta penggunaan kata-kata atau bahasa yang tidak lazim.
- d. Perilaku tidak terorganisir: Aktivitas yang tidak sesuai dengan norma, seperti bergerak terus-menerus, mondar-mandir, menjadi gaduh, atau menunjukkan perilaku agresif tanpa alasan jelas.
- e. Gejala lain: Termasuk perasaan curiga berlebihan, merasa terancam, dan menunjukkan sikap permusuhan terhadap orang lain atau lingkungannya.

2. Gejala Negatif

Gejala negatif mencerminkan penurunan atau kehilangan fungsi normal individu. Gejala ini meliputi:

- a. Afek tumpul (*affective flattening*): Ketidakmampuan mengekspresikan emosi secara wajar. Pasien jarang tersenyum, tidak menunjukkan ekspresi wajah, kontak mata minim, dan cenderung pasif secara emosional.
- b. *Alogia*: Penurunan kemampuan berbicara atau berkomunikasi. Penderita cenderung diam, tidak inisiatif untuk berbicara, dan menghindari interaksi sosial.
- c. *Avolisi*: Hilangnya dorongan atau motivasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penderita terlihat tidak memiliki keinginan atau semangat untuk bertindak, bahkan dalam hal yang sederhana.

3. Gejala Kognitif

Gejala kognitif berkaitan dengan gangguan pada fungsi berpikir dan proses mental, yang memengaruhi kemampuan menjalani kehidupan sehari-hari. Gejala ini dapat meliputi:

- a. Kesulitan memahami atau memproses informasi
- b. Kesulitan dalam membuat keputusan
- c. Gangguan konsentrasi

- d. Kesulitan dalam mengingat atau menahan informasi dalam ingatan

2.1.5 Patofisiologi Skizofrenia

Menurut Fatani et al. (2021), mekanisme patofisiologi skizofrenia melibatkan berbagai sistem *kompleks*, yang mencakup kelainan anatomi otak, gangguan sistem neurotransmitter, serta gangguan kaskade pensinyalan akibat stres. Penjelasannya sebagai berikut:

1. Kelainan Anatomi Otak

Penelitian pencitraan dan neuropatologi menunjukkan adanya hubungan antara gejala skizofrenia dengan perubahan struktural maupun fungsional pada area otak tertentu, khususnya di *korteks prefrontal*. Area ini diketahui berperan penting dalam pengaturan memori kerja dan kontrol *eksekutif*, yang umumnya terganggu pada penderita skizofrenia. Ditemukan pula penurunan bertahap pada materi abu-abu serta adanya kelainan pada materi putih, terutama di lobus temporal, yang tampaknya berkaitan dengan penggunaan obat antipsikotik. Meski demikian, penurunan volume otak juga ditemukan pada pasien yang belum mendapatkan pengobatan, walau dalam derajat yang lebih ringan. Bagian otak seperti *nukleus kaudatus* dan *talamus* termasuk yang paling sering mengalami penyusutan. Namun, hingga kini belum ditemukan satu pun kelainan anatomi atau fungsi otak yang secara khas menjadi penanda skizofrenia, menunjukkan bahwa

gangguan ini bersifat *kompleks* dan sangat bervariasi secara klinis maupun biologis.

2. Gangguan Sistem Neurotransmisi

Disfungsi dalam sistem *neurotransmitter*, khususnya dopamin, telah lama dikaitkan dengan munculnya gejala psikotik seperti delusi dan halusinasi. Akan tetapi, karena gejala tersebut juga dijumpai pada gangguan kejiwaan lain, maka dopamin tidak dapat menjelaskan seluruh spektrum gejala skizofrenia. Selain dopamin, keterlibatan sistem glutamate terutama gangguan pada *interneuron parvalbumin* positif di *korteks serebri* dan *hipokampus* juga memiliki peran penting. Interneuron ini berfungsi mengatur aktivitas neuron piramidal dan menghasilkan gelombang gamma yang penting untuk fungsi kognitif. Gangguan pada sistem ini dapat menjelaskan munculnya defisit kognitif pada pasien. Selain itu, teori serotonin dalam skizofrenia diperkuat oleh temuan bahwa zat seperti LSD dapat memicu gejala psikotik melalui peningkatan aktivitas serotonin. Hal ini mendorong pengembangan antipsikotik generasi baru yang menargetkan reseptor dopamin dan serotonin secara bersamaan, yang terbukti lebih efektif dibanding obat lama yang hanya menekan dopamin.

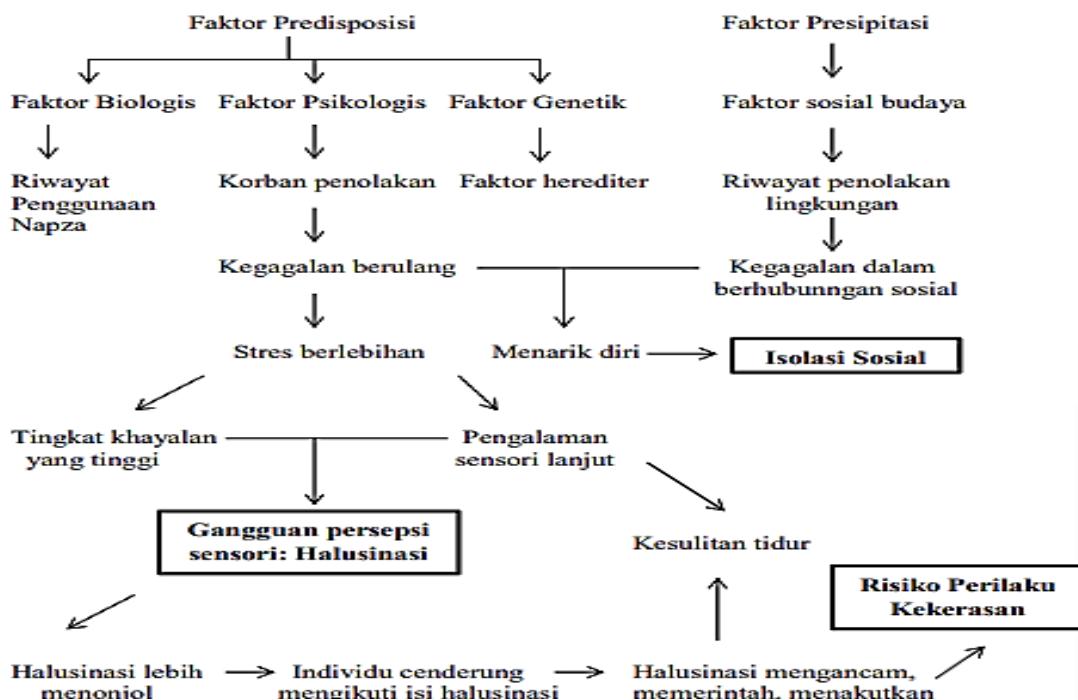
3. Kaskade Pensinyalan Stres dan Proses *Neuroinflamasi*

Mekanisme stres turut berperan dalam perubahan konektivitas sinaps, melalui peningkatan inflamasi dan stres *oksidatif*. *Mikroglia*, sel

kekebalan di sistem saraf pusat, terlibat dalam proses pemangkasan sinaps yang terjadi secara fisiologis selama masa perkembangan. Selain itu, keterlibatan sistem pelengkap dan *histokompatibilitas* utama dalam *plastisitas* sinaps juga diyakini berkontribusi pada gangguan ini. Stres *oksidatif* yang berlebihan diyakini mengganggu proses mielinasi serta merusak integritas sel saraf, yang pada akhirnya menyebabkan disfungsi otak yang khas pada skizofrenia. Sejumlah studi praklinis terbaru memberikan dukungan terhadap hipotesis ini.

2.1.6 Pathway Skizofrenia

Bagan 2. 1 Pathway Skizofrenia



Sumber (Irman, V., Alwi N.P., 2016 dalam Fitri, 2022)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Skizofrenia

Menurut Hawari (2022), terdapat sejumlah pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menilai kondisi pasien dengan skizofrenia, baik dari aspek *neurologis*, *psikologis*, maupun *biologis*. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendukung diagnosis dan mengevaluasi fungsi kognitif serta struktur otak pasien. Pemeriksaan tersebut meliputi:

1. Pemeriksaan *Neuropatologi*

Penegakan diagnosis pasti skizofrenia memerlukan dukungan hasil neuropatologis. Secara umum, ditemukan adanya penyusutan jaringan otak secara simetris di area *lobus temporoparietal* dan *frontal anterior*, sementara bagian seperti *korteks oksipital*, motorik primer, dan sistem somatosensorik tetap utuh. Berat otak penderita skizofrenia biasanya berkisar antara 850 hingga 1210 gram, dengan rerata sekitar 1000 gram.

2. Pemeriksaan *Neuropsikologis*

Gejala demensia sering kali menyertai skizofrenia, sehingga diperlukan evaluasi *neuropsikologis* guna mengidentifikasi gangguan kognitif secara menyeluruh serta memahami pola defisit yang dialami pasien. Tes ini mencakup aspek memori, ekspresi *verbal*, *kalkulasi*, perhatian, serta pemahaman bahasa yang berkaitan dengan fungsi berbagai bagian otak.

3. CT Scan (*Computed Tomography*)

CT scan digunakan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kondisi lain penyebab demensia, seperti *multiinfark* atau tumor otak. Ciri khas yang sering ditemukan pada pasien skizofrenia adalah adanya penyusutan korteks otak secara menyeluruh dan pelebaran ventrikel otak. Penipisan substansia alba dan pembesaran *ventrikel* ini berkaitan erat dengan derajat keparahan gejala klinis dan penurunan skor pada pemeriksaan status mental mini (MMSE).

4. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI menunjukkan peningkatan intensitas sinyal pada daerah *kortikal* dan *periventrikular*, termasuk di area *anterior ventrikel lateral* (*capping*), yang mengarah pada dugaan demensia tahap awal. Selain kelainan pada area *kortikal*, juga terlihat atrofi pada struktur *subkortikal* seperti *hipokampus* dan *amigdala*, serta pelebaran sisterna basalis dan *fissura sylvii*. *MRI* dianggap lebih akurat dibandingkan *CT* dalam penyebab lain, terutama dengan mengamati ukuran *hipokampus*.

5. EEG (*Electroencephalography*)

EEG bermanfaat untuk mendeteksi aktivitas *epileptiform* *subklinis*. Biasanya ditemukan gelombang lambat di *lobus frontal* yang bersifat nonspesifik, meskipun hal ini juga bisa muncul pada kondisi lain.

6. PET Scan (Positron Emission Tomography)

Pemeriksaan PET pada penderita skizofrenia sering menunjukkan penurunan aliran darah, oksigen, dan metabolisme glukosa di wilayah otak tertentu. Aktivitas pengambilan I-123 yang rendah di area parietal sering kali ditemukan, dan hasil ini sejalan dengan defisit kognitif serta bukti *neuropatologi* sebelumnya.

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

Seperti PET, SPECT menunjukkan aktivitas pengambilan I-123 terendah di area parietal otak, yang berkorelasi dengan tingkat kerusakan fungsi dan gangguan kognitif. Meskipun demikian, kedua pemeriksaan ini tidak dijadikan alat diagnostik rutin karena keterbatasan praktis dan biaya.

8. Pemeriksaan Laboratorium Darah

Tidak terdapat parameter laboratorium khusus yang mengarah langsung pada diagnosis skizofrenia. Namun, pemeriksaan darah tetap penting dilakukan untuk mengeksklusi kondisi medis lain yang dapat menimbulkan gejala demensia. Ini meliputi pemeriksaan kadar vitamin B12, *kalsium*, *fosfor*, fungsi hati dan ginjal, hormon tiroid, asam folat, laju endap darah (LED), serologi sifilis, serta skrining antibodi tertentu yang dilakukan sesuai indikasi klinis.

2.1.8 Faktor Risiko Skizofrenia

Skizofrenia dipahami bukan sebagai satu jenis penyakit tertentu, melainkan sebagai suatu sindrom kompleks yang melibatkan berbagai aspek. Sampai saat ini, penyebab pasti dari skizofrenia masih belum sepenuhnya diketahui. Beberapa pendekatan teoritis menunjukkan bahwa kondisi ini dapat dipicu oleh interaksi berbagai faktor, di antaranya faktor *organobiologis* seperti predisposisi genetik, infeksi virus, dan kekurangan nutrisi selama masa prenatal. Selain itu, dimensi psikospiritual dan psikososial turut berkontribusi, termasuk faktor-faktor seperti kondisi psikologis individu, status sosial ekonomi, aspek demografis, latar belakang budaya, serta dinamika migrasi dan kepadatan penduduk, baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan (Wahyudi et al., 2022).

Interaksi antara faktor-faktor tersebut dapat menciptakan kerentanan psikologis. Dalam kondisi tertentu, *stresor* sosial dan ekonomi seperti tekanan hidup akibat kemiskinan, kegagalan mencapai tujuan, konflik berkepanjangan, atau kehilangan orang yang dicintai dapat menjadi pemicu timbulnya gejala skizofrenia. Selain itu, aspek psikososial dalam lingkungan keluarga juga memainkan peran penting, terutama terkait dengan dukungan emosional dan dinamika konflik dalam keluarga. Individu yang tinggal dalam keluarga yang tidak mendukung atau penuh konflik memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan jiwa (Wahyudi et al., 2022).

2.1.9 Komplikasi Skizofrenia

Jika tidak mendapatkan perawatan yang tepat, skizofrenia dapat berujung pada berbagai komplikasi yang berdampak pada setiap aspek kehidupan pengidapnya. Berikut beberapa risiko komplikasi yang dapat terjadi akibat skizofrenia:

1. Meningkatnya risiko bunuh diri, baik dalam bentuk pikiran, rencana, atau Upaya bunuh diri.
2. Munculnya gangguan kecemasan, termasuk gangguan *obsesif-kompulsif* (OCD).
3. Mengalami depresi yang bisa memperburuk kondisi mental pengidap.
4. Ketergantungan pada alkohol atau penyalahgunaan obat-obatan terlarang, termasuk nikotin.
5. Kesulitan dalam menjalani kehidupan sehari-hari, seperti bekerja atau bersekolah.
6. Masalah finansial yang berisiko menyebabkan pengidap menjadi tunawisma.
7. Isolasi sosial akibat kesulitan dalam menjalin hubungan dengan ketidakmampuan mereka dalam membangun dan mempertahankan interaksi sosial yang sehat.
8. Penurunan kondisi kesehatan fisik akibat kurangnya perawatan diri.
9. Kemungkinan munculnya perilaku agresif, meskipun kasus ini jarang terjadi. (Hawari, 2022)

2.1.10 Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Nurhalimah (2021), penatalaksanaan pasien dengan skizofrenia melibatkan berbagai pendekatan, baik farmakologis maupun non-farmakologis, sebagai berikut:

1. *Psikofarmaka*

Obat-obatan *psikofarmaka* digunakan untuk menstabilkan gangguan fungsi neurotransmitter agar gejala klinis dapat berkurang atau hilang. Beberapa obat bekerja lebih efektif dalam mengatasi gejala positif, sementara yang lain lebih berfokus pada gejala negatif. Ada pula yang cepat menimbulkan efek samping. Obat yang tersedia di Indonesia dibagi menjadi dua generasi:

- a. *Generasi pertama* (obat typical): *Chlorpromazine HCl*, *Trifluoperazine HCl*, *Thioridazine HCl*, dan *Haloperidol*.
- b. *Generasi kedua* (obat atypical): *Risperidone*, *Paliperidone*, *Clozapine*, *Quetiapine*, *Olanzapine*, dan *Aripiprazole*.

Pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan kenaikan berat badan. Obat *typical* cenderung lebih efektif terhadap gejala positif, namun kurang berhasil dalam meredakan gejala negatif maupun meningkatkan fungsi kognitif. Obat ini juga kerap menimbulkan gejala *ekstrapiramidal* (EPS).

2. *Terapi Kejut Listrik (ECT)*

Electroconvulsive Therapy efektif terutama pada pasien dengan skizofrenia tipe katatonik, khususnya saat pasien berada dalam kondisi stupor. Namun, efektivitasnya rendah pada skizofrenia tipe simpleks, dan jika diterapkan terlalu dini pada gejala ringan, justru dapat memperparah kondisi pasien.

3. Terapi Non-Farmakologis

Pendekatan ini tidak melibatkan obat-obatan, melainkan intervensi lain yang bersifat suportif atau alternatif untuk mengurangi gejala. Beberapa bentuk terapi non-farmakologis yang sering digunakan antara lain:

- a. *Thought Stopping* (Penghentian Pikiran): Teknik ini membantu individu menghentikan pikiran yang mengganggu dengan perintah internal seperti “stop”, lalu menggantinya dengan pikiran positif. Efektif dalam mengurangi intensitas halusinasi pendengaran (Putri et al., 2024).
- b. Terapi Musik: Mendengarkan musik terbukti menenangkan dan menurunkan gejala halusinasi pendengaran tanpa efek samping yang umum ditemukan pada obat (Erlanti & Suerni, 2024).
- c. Terapi Okupasi – Menggambar: Aktivitas seperti menggambar mampu mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi dan

memperbaiki fokus mereka terhadap dunia nyata (Agusta et al., 2024).

- d. Terapi Psikoreligius – Dzikir: Praktik dzikir sebagai bentuk terapi spiritual terbukti membantu pasien mengurangi intensitas halusinasi jika dilakukan dengan kesungguhan dan konsentrasi. Ketekunan dalam dzikir dapat membawa ketenangan, menghilangkan suara-suara imajiner, dan meningkatkan respons kognitif pasien (Badori et al., 2024; Raziansyah & Tazkiah, 2023).

2.2. Konsep Dasar Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu manifestasi umum yang sering dijumpai pada individu dengan gangguan jiwa. Kondisi ini umumnya berkaitan dengan skizofrenia, di mana penderita mengalami persepsi terhadap sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau tidak nyata. Bentuk halusinasi yang sering dialami mencakup suara bising atau dengungan, namun yang paling umum adalah ucapan-ucapan yang membentuk kalimat tidak utuh atau tidak logis (Andri, 2019).

Secara klinis, halusinasi adalah bentuk penyimpangan persepsi akibat respons neurobiologis yang maladaptif. Individu yang mengalaminya mempersepsikan distorsi sensorik sebagai kenyataan dan merespons seolah-olah hal tersebut benar-benar terjadi (Pardede, 2020). Dalam banyak kasus, penderita melaporkan mendengar suara-suara yang dianggap berasal dari

Tuhan, makhluk gaib, atau manusia yang berbicara kepada mereka. Jenis halusinasi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi pendengaran, yang dapat berupa suara yang mengomentari, menghina, menertawakan, mengancam, atau bahkan memberikan perintah berbahaya kepada penderita (Abidin, 2020).

2.2.2 Etiologi Halusinasi

Menurut Oktaviani (2020), terdapat dua kategori utama yang memengaruhi munculnya halusinasi pada klien, yaitu faktor predisposisi dan presipitasi.

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan latar belakang atau kerentanan yang dimiliki individu sebelum mengalami halusinasi. Faktor-faktor ini meliputi:

- a. Perkembangan: Kegagalan dalam memenuhi tugas perkembangan karena dinamika keluarga yang tidak mendukung, seperti kurangnya kasih sayang dan kontrol sejak kecil, dapat menyebabkan individu sulit mandiri, mudah frustrasi, dan kehilangan rasa percaya diri.
- b. Sosiokultural: Individu yang sejak bayi merasa tidak diterima atau ditolak oleh lingkungan cenderung mengalami perasaan terasing, kesepian, dan tidak mempercayai orang di sekitarnya.
- c. Biologis: Kepribadian yang lemah dan kurang tanggung jawab dapat membuat seseorang rentan terhadap penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berdampak pada penurunan kemampuan dalam mengambil keputusan

secara rasional dan memicu kecenderungan melarikan diri ke alam khayal sebagai bentuk pelarian dari realitas.

- d. Sosial Budaya: Klien yang tidak berhasil membangun interaksi sosial di dunia nyata akan merasa bahwa lingkungan sosial membahayakan dirinya. Mereka akhirnya tenggelam dalam dunia halusinasi sebagai cara untuk memenuhi kebutuhan akan relasi sosial, kendali diri, dan penghargaan diri yang tidak mereka peroleh dalam kehidupan sehari-hari.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus dari luar yang dipersepsikan sebagai tekanan atau tantangan yang membutuhkan energi psikis ekstra untuk menghadapinya. Faktor-faktor ini bisa mencakup:

- a. Dimensi Fisik: Halusinasi dapat timbul karena kondisi fisik yang ekstrem seperti kelelahan berat, demam tinggi, konsumsi alkohol atau zat psikoaktif, serta kurang tidur berkepanjangan.
- b. Dimensi Emosional: Kecemasan berlebih yang tidak mampu diatasi secara konstruktif dapat memunculkan isi halusinasi berupa suara yang menakutkan atau bersifat memaksa. Ketika klien tidak sanggup menolak perintah dari suara tersebut, mereka bisa bertindak atas dasar ketakutannya.
- c. Dimensi Intelektual: Penurunan fungsi ego menjadikan halusinasi sebagai bentuk perlawanan terhadap tekanan dari dalam diri (impuls). Namun,

seiring waktu, halusinasi ini justru mengambil alih kesadaran klien dan memengaruhi seluruh perilakunya.

- d. Dimensi Sosial: Kurangnya hubungan sosial yang bermakna dapat membuat individu menjadikan halusinasinya sebagai bentuk pengganti interaksi sosial yang nyata. Mereka merasa lebih aman berinteraksi dalam dunia halusinasi dibandingkan dunia nyata.
- e. Dimensi Spiritual: Ketika individu merasa hidupnya hampa, rutinitas menjadi tidak berarti, dan aktivitas ibadah mulai ditinggalkan, muncul krisis spiritual. Individu bisa kehilangan arah hidup, merasa tidak memiliki tujuan, menyalahkan nasib dan lingkungan, serta kehilangan semangat untuk memperbaiki keadaan.

2.2.3 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu bentuk respons yang tidak adaptif dalam spektrum reaksi neurobiologis individu. Sebagai gangguan persepsi sensorik, halusinasi dikategorikan sebagai bentuk paling ekstrem dari respons maladaptif. Pada individu yang berada dalam kondisi sehat, persepsi berjalan secara normal, artinya mereka mampu menerima dan menginterpretasikan rangsangan dari lingkungan melalui pancaindra (seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, peraba, dan pengecap) secara akurat. Namun, pada penderita halusinasi, persepsi yang terbentuk tidak berdasar pada stimulus nyata dari luar, melainkan berasal dari proses internal yang keliru, sehingga mereka merasa mengalami sesuatu yang sesungguhnya tidak terjadi.Rentang

respons neurobiologis tersebut dapat dibedakan ke dalam tiga kategori utama (Pardede, 2020):

Respon Adaptif	Respon Maladaptif
 <ul style="list-style-type: none"> 1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten dengan pengalaman 4. Perilaku sesuai 5. Hubungan social positif 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kadang pikiran terganggu 2. Ilusi 3. Emosi berlebihan/kurang 4. Perilaku yang tidak bisa menarik diri

Tabel 2. 1 Rentang Respon Halusinasi

1. Respons Adaptif

Jenis respons ini mencerminkan kemampuan individu dalam menyesuaikan diri secara sehat dan sesuai dengan norma sosial yang berlaku. Individu dengan respons adaptif mampu mengelola masalah secara rasional, serta menunjukkan perilaku dan emosi yang seimbang.

Beberapa ciri respons adaptif meliputi:

- a. Berpikir logis, yaitu kemampuan menganalisis situasi secara rasional.
- b. Persepsi yang sesuai realitas, artinya individu mampu menafsirkan rangsangan secara akurat.
- c. Emosi yang selaras dengan pengalaman, seperti kesedihan saat kehilangan atau gembira saat menerima kabar baik.
- d. Perilaku sosial yang wajar, sesuai konteks dan norma budaya.

e. Kemampuan membangun relasi interpersonal yang sehat.

2. Respons Psikososial

Respons ini merupakan reaksi individu terhadap tekanan atau perubahan dari lingkungan sosial yang dapat mengganggu fungsi keseharian. Gejalanya mungkin belum masuk kategori berat, namun sudah menunjukkan adanya ketidakseimbangan. Bentuk-bentuk respons ini meliputi:

- a. Gangguan pola pikir, yang ditandai dengan kekacauan dalam proses berpikir.
- b. Ilusi, yaitu kesalahan dalam menafsirkan rangsangan nyata.
- c. Ketidakseimbangan emosi, seperti ledakan emosi yang tidak sesuai konteks.
- d. Perilaku menyimpang, yang tidak sesuai dengan kebiasaan atau nilai sosial.
- e. Menarik diri dari lingkungan sosial sebagai bentuk respons terhadap tekanan.

3. Respons Maladaptif

Kategori ini mencerminkan kegagalan individu dalam menanggapi tekanan atau masalah secara sehat. Respons ini bersifat disorganisasi dan cenderung merusak, baik secara internal maupun sosial. Contoh dari respons maladaptif antara lain:

- a. Waham (*delusi*), yaitu keyakinan yang salah dan tidak sesuai kenyataan, namun tetap diyakini kebenarannya.

- b. Halusinasi, berupa pengalaman sensorik tanpa stimulus nyata, seperti mendengar suara yang tidak ada.
- c. Ketidakteraturan emosi, seperti marah tanpa sebab jelas atau tidak menunjukkan emosi sama sekali.
- d. Perilaku kacau, tindakan yang tidak terstruktur dan tidak sesuai situasi.
- e. Isolasi sosial, yaitu kecenderungan untuk menarik diri dari hubungan sosial, yang berdampak buruk pada kondisi mental secara keseluruhan.

2.2.4 Fase Halusinasi

Menurut Putra (2020), proses perkembangan halusinasi dapat dikelompokkan dalam beberapa tahapan yang menggambarkan progresivitas gangguan persepsi seiring dengan meningkatnya tingkat keparahan serta ketidakmampuan individu dalam menghadapi stres dan tekanan lingkungan. Tahapan ini terbagi ke dalam empat fase utama, mulai dari fase yang paling ringan hingga yang paling parah:

1. *Fase Comforting* (Fase Awal)

Pada tahap awal ini, individu belum menunjukkan gejala psikotik yang nyata dan masih tergolong dalam *fase nonpsikotik*. Fase ini ditandai dengan upaya individu untuk menenangkan diri dari tekanan atau kecemasan yang dialami melalui imajinasi menyenangkan atau lamunan.

- a. Ciri-ciri: Individu biasanya mengalami rasa cemas, kesepian, rasa bersalah, atau stres berat yang belum terselesaikan. Sebagai mekanisme pertahanan diri, mereka mulai melamun atau membayangkan hal-hal yang menyenangkan.
- b. Perilaku yang tampak: Individu mungkin terlihat tersenyum atau tertawa sendiri tanpa alasan jelas, menggerakkan bibir tanpa suara, menunjukkan pergerakan mata yang cepat, berbicara lambat karena terganggu oleh halusinasi, dan cenderung menghindari interaksi sosial.

2. *Fase Condemning* (Fase Psikotik Ringan)

Memasuki tahap ini, halusinasi mulai muncul dalam bentuk yang tidak menyenangkan, dan individu mulai mengalami kesulitan dalam mengendalikan pikirannya, meskipun masih memiliki sedikit kendali.

- a. Ciri-ciri: Munculnya bisikan atau suara-suara samar yang menimbulkan rasa takut atau jijik. Tingkat kecemasan meningkat dan individu menjadi lebih asyik dalam dunia pikirannya.
- b. Perilaku yang tampak: Meningkatnya aktivitas sistem saraf simpatik seperti denyut jantung yang cepat dan tekanan darah tinggi. Pasien tampak lebih tenggelam dalam halusinasinya dan mulai kesulitan membedakan kenyataan.

3. *Fase Controlling* (Fase Psikotik Sedang)

Pada tahap ini, halusinasi menjadi semakin mendominasi kesadaran individu dan mulai mengambil alih kendali atas kemauan serta tindakan mereka.

- a. Ciri-ciri: Halusinasi tidak hanya muncul secara teratur, tetapi juga menguasai pikiran dan tindakan individu. Klien merasa tidak mampu melawan perintah atau isi dari halusinasi yang dialaminya.
- b. Perilaku yang tampak: Individu tampak kehilangan kendali diri, konsentrasi sangat singkat, dan menunjukkan tanda-tanda seperti berkeringat, gemetar, atau tidak merespons perintah yang diberikan oleh lingkungan.

4. *Fase Conquering* (Fase Psikotik Berat)

Ini adalah tahap paling kritis di mana individu sepenuhnya terperangkap dalam dunia halusinasinya. Kemampuan untuk membedakan antara kenyataan dan imajinasi benar-benar hilang.

- a. Ciri-ciri: Halusinasi muncul dalam bentuk ancaman, perintah yang memaksa, atau makian yang membuat individu merasa sangat takut dan terancam.
- b. Perilaku yang tampak: Klien bisa menunjukkan gejala panik berat, perilaku destruktif, agitasi ekstrem, menarik diri dari lingkungan, atau menjadi katatonik. Risiko untuk melakukan kekerasan terhadap diri sendiri maupun orang lain sangat tinggi. Respons terhadap perintah

menjadi tidak efektif, dan individu tidak mampu memproses lebih dari satu stimulus secara bersamaan.

2.2.5 Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Utami (2020), tanda-tanda halusinasi dapat dikenali melalui pengamatan langsung terhadap perilaku pasien serta dari informasi verbal yang disampaikan pasien. Halusinasi sendiri dapat dikategorikan berdasarkan jenis persepsi sensorik yang terganggu, antara lain:

1. Halusinasi Visual

- a. Pasien yang mengalami gangguan persepsi penglihatan biasanya menunjukkan perilaku seperti:
 - b. Mengarahkan pandangan ke berbagai arah seolah-olah sedang mencari sosok atau objek tertentu yang tidak terlihat oleh orang lain.
 - c. Memfokuskan perhatian secara intens kepada individu atau benda yang sebenarnya tidak menunjukkan aktivitas apapun.
 - d. Terlibat dalam komunikasi dengan entitas tak kasat mata atau benda mati, serta terlihat menggerakkan mulut seperti berbicara dengan pihak yang tidak nyata.

2. Halusinasi Auditorik

- a. Halusinasi pendengaran ditandai oleh reaksi tiba-tiba terhadap suara yang sebenarnya tidak ada, yang meliputi:
 - b. Menunjukkan ekspresi takut, terkejut, atau merasa terancam tanpa adanya stimulus nyata.

- c. Melakukan tindakan impulsif seperti berlari menjauh ke ruangan lain tanpa alasan logis.

3. Halusinasi *Olfaktori*

- a. Gangguan persepsi bau biasanya ditandai dengan respons-respons berikut:
- b. Membuat ekspresi wajah seolah mencium bau menyengat atau tidak menyenangkan.
- c. Mencium bagian tubuhnya sendiri secara berulang, atau mencium udara saat berada dekat dengan orang lain.
- d. Memberikan reaksi panik terhadap bau yang dirasakannya, seperti mengatakan mencium bau asap atau darah, bahkan melakukan tindakan protektif seperti menyiram air atau melemparkan selimut seolah sedang memadamkan api yang tidak nyata.

4. Halusinasi *Gustatori*

- a. Halusinasi pengecapan ditandai dengan gangguan terhadap persepsi rasa, seperti:
- b. Meludahkan makanan atau minuman secara mendadak.
- c. Menolak makan, minum, atau menelan obat.
- d. Meninggalkan meja makan secara tiba-tiba tanpa penyebab yang jelas.

5. Halusinasi Taktik

- a. Jenis ini melibatkan gangguan persepsi sentuhan. Pasien kerap menunjukkan perilaku seperti:

- b. Menggaruk kulit secara berlebihan walau tidak ada rangsangan fisik atau keluhan medis yang mendasari.

2.2.6 Komplikasi Halusinasi

Halusinasi sering kali menjadi pemicu munculnya perilaku agresif pada individu dengan gangguan jiwa. Suara-suara yang muncul dalam bentuk halusinasi pendengaran dapat memberikan perintah atau sugesti negatif yang kuat, sehingga mendorong klien untuk bertindak secara tidak adaptif. Pada pasien dengan skizofrenia, kecenderungan melakukan kekerasan biasanya diawali oleh perasaan rendah diri, ketakutan, serta pengalaman penolakan dari lingkungan sosial. Kondisi ini membuat mereka menarik diri dari interaksi sosial dan mengalami gangguan dalam membina hubungan interpersonal.

Beberapa komplikasi yang umum ditemukan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori seperti halusinasi meliputi:

1. Risiko Perilaku Kekerasan

Pasien dapat tiba-tiba menunjukkan perilaku agresif seperti berteriak, memukul benda di sekitarnya, atau bahkan menyerang orang lain karena menganggap dirinya diperintah oleh suara-suara dalam halusinasinya.

2. Harga Diri Rendah

Klien sering kali merasa tidak berguna, menyalahkan diri sendiri, serta menarik diri dari lingkungan sosial karena memiliki anggapan bahwa dirinya tidak layak atau tidak mampu berinteraksi secara normal.

3. Isolasi Sosial

Pasien cenderung menghindari percakapan dan menjauh dari orang lain karena merasa tidak aman atau memiliki keyakinan delusional bahwa orang lain sedang membicarakan atau berniat buruk terhadap dirinya (Maudhunah, 2021).

2.2.7 Penatalaksanaan Halusinasi

Penggunaan psikofarmaka merupakan salah satu pendekatan utama dalam penatalaksanaan halusinasi pada pasien skizofrenia. Beberapa obat yang umum digunakan antara lain *Clorpromazine*, *Haloperidol*, dan *Trihexyphenidyl*. *Clorpromazine* bekerja secara efektif dalam meredam gejala halusinasi, dengan dosis awal berkisar antara 21–100 mg per hari, yang dapat ditingkatkan secara bertahap hingga mencapai 600–900 mg per hari bila diperlukan (Sianturi, 2021). Sementara itu, *Haloperidol* biasanya digunakan untuk menangani halusinasi berat, dengan rentang dosis 1–6 mg per hari dan dapat disesuaikan berdasarkan respons pasien. Meskipun demikian, penggunaan *Haloperidol* harus diawasi dengan ketat mengingat potensi efek samping seperti tremor, kekakuan otot, dan penurunan tekanan darah (Irwan, 2021). Untuk mengurangi efek samping ekstrapiramidal dari antipsikotik, *Trihexyphenidyl* sering diberikan. Obat ini juga berguna dalam mengatasi sisa-sisa gejala halusinasi, dengan dosis awal sekitar 12,5 mg per hari yang dapat ditingkatkan secara bertahap hingga 50 mg per hari (Irwan, 2021).

Selain pengobatan farmakologis, intervensi nonfarmakologis juga penting dalam mendukung proses pemulihan. Salah satu metode yang efektif adalah

terapi psikoreligius berupa dzikir, yang bertujuan menenangkan kondisi mental, mengalihkan fokus dari halusinasi, serta menumbuhkan ketenangan spiritual. Pelaksanaan terapi dzikir secara konsisten telah terbukti membantu menurunkan frekuensi dan intensitas halusinasi pendengaran. Terapi ini memberikan ketenangan psikologis dan memperkuat nilai-nilai keimanan, yang pada akhirnya dapat mendukung proses penyembuhan secara menyeluruh (Raziansyah & Tazkiah, 2023; Badori et al., 2024).

2.3. Konsep Halusinasi Pendengaran

2.3.1 Pengertian Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran merupakan suatu kondisi di mana seseorang mendengar suara-suara atau percakapan yang tidak nyata, sering kali berupa perintah untuk melakukan sesuatu yang berpotensi membahayakan diri sendiri maupun orang lain (Madepan et al., 2021). Menurut Damaiyanti dan Iskandar (2014), halusinasi pendengaran terjadi ketika individu mendengar suara-suara yang tidak memiliki hubungan dengan rangsangan eksternal dan tidak dapat didengar oleh orang lain. Oleh karena itu, kondisi ini membutuhkan penanganan yang tepat agar individu mampu mengendalikan dirinya dan mengurangi dampak negatif yang mungkin timbul (Mister et al., 2022).

2.3.2 Etiologi Halusinasi Pendengaran

Etiologi halusinasi pendengaran dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Harkomah (2019) menyebutkan bahwa tidak adanya komunikasi yang terbuka dalam keluarga, faktor genetik, serta ketidaktahuan

keluarga dalam memberikan intervensi yang tepat di rumah dapat menjadi pemicu munculnya halusinasi. Selain itu, penghentian pengobatan tanpa persetujuan tenaga kesehatan serta stres akibat masalah kehidupan juga dapat memicu kekambuhan (Lingga, 2018). Faktor-faktor lain seperti ketidakpatuhan dalam minum obat, tidak melakukan kontrol secara teratur ke fasilitas kesehatan, serta kurangnya dukungan dari keluarga dan lingkungan sosial turut berperan dalam memperburuk kondisi pasien.

2.3.3 Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

Secara klinis, halusinasi pendengaran ditandai dengan adanya pengalaman mendengar suara atau bisikan yang jelas maupun tidak jelas, yang terkadang bersifat memerintah atau mengajak bicara (Wijayati et al., 2019). Menurut SDKI (2017), tanda-tanda gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran meliputi mendengar bisikan, merespons suara yang tidak nyata, berbicara sendiri, kesulitan konsentrasi, dan perilaku seperti sedang mendengarkan sesuatu yang tidak dapat dideteksi oleh orang lain. Halusinasi ini paling sering ditemukan pada pasien dengan skizofrenia, dan biasanya bersifat mengganggu serta membuat pasien sulit membedakan antara realita dan persepsi (Abdurkhman & Maulana, 2022).

2.3.4 Penatalaksanaan Halusinasi Pendegaran

Penatalaksanaan halusinasi pendengaran melibatkan pendekatan multidisipliner. Intervensi keperawatan mencakup observasi terhadap perilaku yang mengindikasikan halusinasi, pemantauan isi halusinasi, serta penyesuaian

stimulasi lingkungan. Tindakan terapeutik seperti menciptakan lingkungan yang aman, melakukan pembatasan wilayah jika diperlukan, serta mendorong pasien mendiskusikan perasaannya tanpa memperdebatkan isi halusinasi juga penting. Edukasi kepada pasien dan keluarga untuk mengenali dan mengontrol halusinasi dilakukan melalui teknik distraksi seperti berdzikir, relaksasi, serta dukungan sosial. Kolaborasi pemberian obat-obatan antipsikotik dan antiansietas juga menjadi bagian penting dari penatalaksanaan (Tim Pokja SIKI & SLKI DPP PPNI, 2017).

2.3.5 Komplikasi Halusinasi Pendengaran

Jika tidak segera ditangani, halusinasi pendengaran dapat menimbulkan komplikasi serius, termasuk risiko membahayakan diri sendiri, orang lain, serta lingkungan (Fekaristi et al., 2021). Dampaknya dapat meluas ke berbagai aspek kehidupan seperti aspek biologis, sosial, dan spiritual, terutama jika isi halusinasi bersifat destruktif, misalnya berupa perintah melakukan kekerasan atau bunuh diri (Utomo, 2021).

2.3.6 Faktor Resiko Halusinasi Pendengaran

Faktor risiko halusinasi pendengaran meliputi hilangnya kemampuan mengontrol diri, kecenderungan untuk panik, histeris, perilaku agresif, serta ketakutan yang berlebihan (Harkomah, 2019). Restuningtiyas et al. (2022) juga menambahkan bahwa efek dari halusinasi ini dapat berdampak negatif tidak hanya pada pasien, tetapi juga pada keluarga, terutama jika pasien sampai melakukan tindakan yang melukai diri sendiri atau orang di sekitarnya.

2.4. Konsep Terapi Dzikir

2.4.1 Definisi Terapi Dzikir

Terapi spiritual dzikir berakar dari kata *dzakar*, yang secara harfiah berarti mengingat. Dalam praktiknya, dzikir merupakan suatu bentuk latihan spiritual yang bertujuan untuk membiasakan seseorang agar senantiasa mengingat Allah di luar ibadah formal seperti salat (Pratiwi, 2022). Dalam perspektif Islam, terapi dzikir diklasifikasikan sebagai pendekatan spiritual untuk penyembuhan, yang memanfaatkan kekuatan batin atau ruhani seseorang. Proses ini dilakukan melalui pelaksanaan ritual keagamaan seperti salat, doa, dan dzikir, dengan tujuan memperkuat iman serta mengembangkan potensi religius yang sesuai dengan fitrah manusia, sehingga tercipta kehidupan yang lebih seimbang dan harmonis (Pratiwi, 2022).

Secara teknis, dzikir terdiri dari kalimat-kalimat suci yang diucapkan sebagai bentuk pengingat akan keberadaan dan keagungan Allah, serta sebagai upaya untuk mentaati perintah-Nya dan menjauhi larangan-Nya (Himawan et al., 2021). Aktivitas ini telah terbukti memberikan ketenangan pikiran dan membantu meningkatkan keseimbangan dalam berbagai aspek kehidupan, seperti psikologis, sosial, spiritual, hingga fisik (Muzaenah & Hidayati, 2021). Dalam pengertian yang lebih luas, dzikir mencakup semua bentuk aktivitas yang dilakukan dengan niat tulus untuk meraih keridaan Allah. Oleh karena

itu, segala perbuatan yang dapat mengarahkan seseorang untuk terus mengingat Allah dapat dikategorikan sebagai bentuk *dzikrullah* (Rahman, 2020).

2.4.2 Tujuan Terapi Dzikir

Dalam pandangan Islam, terapi dzikir dipahami sebagai pendekatan spiritual untuk membantu penyembuhan gangguan jiwa dengan memanfaatkan kekuatan batin atau aspek keagamaan seseorang. Metode ini tidak mengandalkan intervensi farmakologis, melainkan dilakukan melalui kegiatan ibadah seperti dzikir yang bertujuan untuk mendekatkan diri kepada Allah, menyucikan hati dan jiwa, serta membentuk karakter yang mulia (Pratiwi & Rahmawati, 2022).

Terapi dzikir memiliki peran penting dalam mengelola berbagai gejala halusinasi, antara lain gangguan konsentrasi, kegelisahan, perubahan persepsi sensorik, kecenderungan mengalami kejang, hingga disorientasi terhadap lingkungan. Gejala tersebut juga sering disertai dengan perilaku seperti berbicara atau tertawa sendiri, merespons suara yang tidak nyata, menghindari interaksi sosial, berjalan mondar-mandir, atau bahkan mengganggu lingkungan sekitar. Dengan melibatkan aspek ketenangan spiritual, terapi dzikir diyakini mampu mengurangi intensitas halusinasi yang mengganggu persepsi realitas, sehingga pasien lebih mampu menjalani kehidupan sehari-hari secara lebih fungsional (Prasetyo et al., 2023).

2.4.3 Manfaat Terapi Dzikir

Dzikir diyakini membawa berbagai manfaat bagi manusia, salah satunya adalah menciptakan ketenangan batin serta mendukung pengendalian emosi. Praktik ini dapat membantu meredakan emosi negatif dan mendorong munculnya emosi positif, sehingga berdampak baik bagi kesejahteraan psikologis seseorang. Dalam kajian tasawuf, dzikir dianggap sebagai “nutrisi spiritual” yang dilakukan oleh para sufi dalam berbagai keadaan sebagai bentuk penghayatan kehadiran Allah dan sebagai sarana untuk menenangkan jiwa (Widianengsih, 2022).

Menurut pandangan para sufi, dzikir merupakan aktivitas kontemplatif yang mengarahkan perhatian sepenuhnya kepada Allah dan menjauhkan pikiran dari segala sesuatu yang bersifat duniawi (Nurbakhsah, 2002 dalam Widianengsih, 2022). Dengan demikian, dzikir tidak hanya menjadi bentuk ibadah spiritual, tetapi juga berperan sebagai mekanisme regulasi emosi karena mampu menenangkan hati dan mengalihkan fokus dari hal-hal yang menimbulkan tekanan psikologis.

Pratiwi dan Rahmawati Arni (2022) menambahkan bahwa terapi dzikir dapat memberikan sejumlah manfaat fisiologis dan psikologis, antara lain:

- a. Membersihkan hati dan jiwa dari hal-hal negatif,
- b. Menunjang kesehatan fisik,
- c. Memberikan efek penyembuhan terhadap penyakit,
- d. Menumbuhkan rasa syukur dan pengagungan terhadap Allah,

- e. Mengurangi tingkat nyeri secara signifikan,
- f. Menjadikan tubuh dan pikiran lebih tenang serta relaks.

2.4.4 Indikasi dan Kontraindikasi Terapi Dzikir

Menurut Prasetyo (2020), terapi dzikir diindikasikan bagi pasien yang mengalami gangguan pola pikir, khususnya yang menunjukkan pola berpikir negatif atau menyimpang yang dapat mengganggu proses berpikir secara adaptif. Terapi ini bertujuan untuk membantu menenangkan pikiran, memperbaiki fokus, serta menstabilkan kondisi emosional dan spiritual pasien.

Sebaliknya, kontraindikasi terapi dzikir berlaku pada pasien yang tidak menunjukkan gangguan pola pikir atau memiliki pikiran yang cenderung positif dan adaptif, karena pada kondisi tersebut, intervensi spiritual semacam ini tidak menjadi prioritas utama dalam penatalaksanaan klinis.

1. Indikasi

- a. Efek Penenang: Terapi *dzikir* dapat memberikan efek menenangkan bagi pasien dengan halusinasi pendengaran, membantu mereka merasa lebih rileks, serta mengurangi kecemasan yang muncul akibat suara halusinasi.
- b. Peningkatan Fokus dan Konsentrasi: Melakukan *dzikir* secara rutin dapat membantu pasien mengalihkan perhatian dari suara halusinasi yang mengganggu ke aktivitas yang lebih positif dan terkendali.

- c. Penguatan Spiritual: *Dzikir* dapat memperkuat aspek spiritual pasien, memberikan ketenangan batin, serta meningkatkan keyakinan dan harapan dalam menghadapi gangguan yang dialami.
- d. Membantu Regulasi Emosi: Dengan rutin melakukan *dzikir*, pasien dapat lebih mudah mengendalikan emosi dan mengurangi respons negatif terhadap halusinasi pendengaran.
- e. Menurunkan Stres dan Kecemasan: Pengulangan kalimat *dzikir* yang menenangkan dapat berfungsi sebagai teknik relaksasi yang membantu pasien mengelola stres dan kecemasan yang mungkin memperburuk gejala halusinasi.

2. Kontraindikasi

- a. Pengalaman Negatif terhadap *Dzikir* atau Agama: Jika pasien memiliki trauma atau pengalaman buruk terkait *dzikir* atau aspek keagamaan lainnya, terapi ini dapat memicu kecemasan atau reaksi emosional yang tidak diinginkan.
- b. Gangguan Psikotik yang Parah: Pada pasien dengan skizofrenia berat yang mengalami halusinasi pendengaran sangat kuat atau delusi terkait keagamaan, terapi *dzikir* perlu diawasi dengan ketat oleh tenaga kesehatan untuk mencegah interpretasi yang salah.
- c. Persepsi yang Salah terhadap Suara *Dzikir*: Beberapa pasien dengan gangguan persepsi sensorik mungkin salah mengartikan suara *dzikir*

sebagai bagian dari halusinasi, yang dapat memperburuk kondisi mereka jika tidak ditangani dengan tepat.

- d. Kesulitan dalam Berpartisipasi: Jika pasien memiliki gangguan kognitif atau kondisi yang membuat mereka sulit memahami atau mengikuti terapi *dzikir*, pendekatan ini mungkin kurang efektif dan perlu dipertimbangkan metode lain yang lebih sesuai.
- e. Pemahaman Agama yang Menyimpang: Jika pasien memiliki pemahaman agama yang ekstrem atau fanatik, terapi dzikir berpotensi disalahartikan sebagai bagian dari wahyu atau pesan ilahi, sehingga dapat memperkuat delusi keagamaan.
- f. Interpretasi Halusinasi sebagai Suara Ilahi: Pasien yang meyakini halusinasinya sebagai suara Tuhan atau bisikan gaib dapat menganggap dzikir sebagai konfirmasi dari suara tersebut, sehingga memperkuat halusinasi dan memperburuk kondisi klinis.

2.4.5 Jenis jenis Dzikir

Dzikir merupakan salah satu bentuk ibadah yang sangat dianjurkan dalam Islam, tidak terbatas pada waktu dan tempat tertentu seperti masjid, mushalla, atau mihrab setelah salat. Dzikir adalah bentuk pengingat terus-menerus kepada Allah yang dapat dilakukan dalam berbagai kondisi dan aktivitas sehari-hari. Menurut Febriani et al. (2024), zikir diklasifikasikan menjadi tiga jenis utama, yaitu:

1. Dzikir Lisan (*Zikru bil Lisan*)

Dzikir lisan dilakukan melalui pengucapan kalimat-kalimat tauhid dan lafaz-lafaz yang mengandung puji serta pengagungan terhadap Allah, seperti:

1. *Alhamdulillah* (Segala puji bagi Allah),
2. *Allahu Akbar* (Allah Maha Besar),
3. *La Ilaha Illallah* (Tiada Tuhan selain Allah),
4. *Subhanallah* (Maha Suci Allah).

Imam Fakhrurrozi mendefinisikan dzikir lisan sebagai bentuk dzikir verbal, yaitu mengucapkan kalimat suci dengan lidah. Dzikir ini diyakini mampu mendatangkan rahmat dan cinta Allah. Sebagaimana ditegaskan dalam hadis riwayat Sunan Tirmidzi No. 3521:

“Sungguh, perkataanku: Subhaanallahi wal Hamdulillahi wa laa Ilaaha Illa Allah wa Allahu Akbar (Maha Suci Allah, segala puji hanya milik Allah, tiada Tuhan selain Allah, dan Allah Maha Besar), itu lebih aku sukai daripada terbitnya matahari.”

2. Dzikir Hati (*Zikru bil Qolbi*)

Dzikir hati dilakukan dalam bentuk perenungan dan kesadaran spiritual tanpa melafazkan kata-kata secara verbal. Jenis dzikir ini bersifat kontemplatif, yang dilakukan dengan merenungkan tanda-tanda kebesaran Allah dalam ciptaan-Nya. Dzikir hati erat kaitannya dengan *tafakkur*, yaitu berpikir mendalam tentang fenomena alam dan kehidupan sebagai refleksi kebesaran Allah. Firman Allah dalam QS. Ali-Imran: 190–191 menyebutkan:

“Sesungguhnya dalam penciptaan langit dan bumi serta pergantian malam dan siang terdapat tanda-tanda (kebesaran Allah) bagi orang yang berakal, (yaitu) orang-orang yang mengingat Allah sambil berdiri, duduk, atau dalam keadaan berbaring, dan memikirkan penciptaan langit dan bumi (seraya berkata), ‘Ya Tuhan kami, tidaklah Engkau menciptakan semua ini sia-sia. Mahasuci Engkau, lindungilah kami dari azab neraka.’”

Menurut Tafsir Ibnu Katsir (2019), ayat tersebut menunjukkan bahwa bentuk dzikir yang paling dalam adalah ketika seseorang mengingat Allah melalui hati dan pikiran yang dipenuhi dengan kesadaran spiritual.

3. Dzikir Perbuatan (*Zikru bil Jawarih*)

Dzikir perbuatan melibatkan aktivitas anggota tubuh dalam ketaatan kepada Allah. Dalam bentuk ini, dzikir diwujudkan melalui tindakan nyata yang sesuai dengan ajaran Islam, seperti membantu orang lain, bersedekah, berkata baik, menjaga pandangan, serta menghindari perbuatan maksiat. Allah menyatakan dalam QS. Al-A’raf: 179:

“... Mereka memiliki hati yang tidak mereka pergunakan untuk memahami (ayat-ayat Allah), memiliki mata yang tidak mereka pergunakan untuk melihat (ayat-ayat Allah), serta memiliki telinga yang tidak mereka pergunakan untuk mendengarkan (ayat-ayat Allah). Mereka seperti hewan ternak, bahkan lebih sesat lagi. Mereka itulah orang-orang yang lengah.”

Menurut Tafsir Ibnu Katsir (2019b), manusia yang tidak menggunakan potensi inderawinya untuk mencari petunjuk Allah tergolong sebagai orang yang sesat dan jauh dari rahmat-Nya. Contoh-contoh dzikir perbuatan antara lain:

1. Mata yang menangis karena takut kepada Allah,
2. Telinga yang mendengarkan bacaan Al-Qur'an,
3. Lidah yang hanya mengucapkan kebaikan,
4. Tangan yang gemar menolong dan bersedekah,
5. Hati yang selalu berharap kepada ridha Allah.

2.4.6 Mekanisme Kerja Terapi Dzikir Menurunkan Halusinasi

Terapi dzikir merupakan pendekatan spiritual dalam intervensi keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien dalam mengendalikan gejala psikotik, termasuk halusinasi pendengaran. Mekanisme kerja terapi ini dapat dijelaskan melalui keterlibatannya dalam sistem saraf pusat, khususnya dalam regulasi persepsi, emosi, dan fungsi kognitif.

Secara neurobiologis, halusinasi terjadi akibat disfungsi pada sistem saraf pusat yang mengganggu kemampuan otak dalam memproses dan membedakan stimulus internal dari eksternal. Informasi sensorik yang dikumpulkan oleh sistem sensorik diintegrasikan di otak, terutama pada lobus frontal, bagian otak yang berperan dalam proses berpikir, perencanaan, pengambilan keputusan, perhatian, dan kontrol perilaku.

Bagian khusus dalam lobus frontal yang disebut korteks prefrontal (*prefrontal cortex*) berperan penting dalam pengambilan keputusan, regulasi

emosi, serta penilaian terhadap realitas. Aktivasi korteks prefrontal yang sehat memungkinkan individu untuk merespons stimulus secara tepat dan adaptif. Dalam kondisi gangguan jiwa seperti skizofrenia, fungsi area ini terganggu, sehingga persepsi bisa menjadi tidak akurat dan memunculkan halusinasi.

Setelah informasi diproses di *korteks prefrontal*, sinyal diteruskan ke bagian *premotor* dan motor *cortex*, serta jalur otonom, yang berfungsi dalam kontrol gerakan, aktivitas viseral, dan sistem endokrin (Ikawati, 2014). Ketidakseimbangan aktivitas saraf dalam jalur ini turut berkontribusi pada munculnya respons perilaku terhadap halusinasi, seperti kegelisahan atau tindakan agresif.

Terapi dzikir membantu menstabilkan aktivitas otak dengan cara menenangkan sistem limbik dan mengaktifkan pusat perhatian di otak, sehingga membantu pasien mengalihkan fokus dari stimulus halusinogenik ke aktivitas spiritual yang bermakna. Dzikir yang dilakukan secara teratur dan khusyuk dapat menurunkan aktivitas amigdala (pusat respons stres dan ketakutan) serta meningkatkan aktivitas pada sistem saraf *parasimpatisik*, yang memunculkan efek relaksasi dan ketenangan.

Menurut Akbar & Rahayu (2021), terapi dzikir memberikan dampak positif terhadap pasien skizofrenia dengan gejala halusinasi. Dzikir membantu mengalihkan perhatian dari suara-suara tidak nyata (*internal stimuli*) dan menggantinya dengan fokus terhadap pengucapan kalimat-kalimat spiritual, sehingga tercipta kestabilan emosional dan ketenangan batin.

Pelaksanaan terapi dzikir umumnya melibatkan komunikasi interaktif dan partisipasi aktif dari pasien. Sebelum sesi dimulai, perawat menjelaskan tujuan dan tahapan terapi kepada pasien untuk membangun rasa aman dan keterlibatan emosional. Terapi dilakukan secara verbal dan terstruktur, dengan menggunakan alat bantu seperti tasbih. Rangkaian dzikir yang umum digunakan meliputi:

1. Istighfar (3 kali): memohon ampun kepada Allah sebagai bentuk penyucian diri,
2. Tasbih (33 kali): mengagungkan kesucian Allah (*Subhanallah*),
3. Tahmid (33 kali): memuji Allah atas segala nikmat (*Alhamdulillah*),
4. Takbir (33 kali): mengakui keagungan Allah (*Allahu Akbar*).

Selama sesi, perawat memberikan dukungan verbal positif, seperti pujian dan dorongan untuk meningkatkan partisipasi pasien. Monitoring juga dilakukan untuk menilai ekspresi emosi pasien, respons terhadap dzikir, serta perubahan dalam gejala halusinasi.

2.4.7 Waktu dan Durasi Pelaksanaan Terapi Dzikir

Pelaksanaan terapi dzikir dijadwalkan satu kali setiap tiga hari atau dilakukan saat pasien menunjukkan tanda-tanda halusinasi dan memerlukan ketenangan emosional. Setiap sesi terapi berlangsung selama 10 hingga 20 menit, menyesuaikan dengan kemampuan dan kondisi psikologis pasien saat itu. Pendekatan ini menekankan *fleksibilitas*, sehingga memungkinkan perawat

untuk menyesuaikan frekuensi terapi berdasarkan intensitas gejala dan respons individual terhadap terapi.

Penjadwalan yang *fleksibel* ini menjadi kunci efektivitas terapi, mengingat dinamika kondisi pasien skizofrenia dengan gangguan persepsi sensorik seperti halusinasi dapat berubah sewaktu-waktu. Dengan demikian, terapi dapat diberikan secara responsif, tidak kaku, dan tetap terstruktur.

Hal ini sejalan dengan temuan Rusmalina (2019), yang menunjukkan bahwa terapi dzikir selama tiga hari berturut-turut dengan durasi 10–20 menit per sesi mampu memberikan manfaat signifikan dalam menurunkan intensitas gejala halusinasi pada pasien gangguan jiwa. Selain itu, terapi ini juga meningkatkan kenyamanan batin serta memperkuat kualitas spiritual pasien secara keseluruhan.

Dengan pendekatan yang supotif dan terencana, terapi dzikir tidak hanya berfungsi sebagai mekanisme pengalihan dari stimulus halusinogenik, tetapi juga berperan dalam membentuk ketenangan batin, meningkatkan kontrol diri, dan memperbaiki kualitas hidup pasien melalui penguatan spiritualitas.

2.4.8 Standar Operasional Prosedur Terapi Dzikir

Tabel 2. 2

Standar Operasional Prosedur Terapi Dzikir

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI DZIKIR
Topik	Penerapan terapi dzikir pada pasien Skizofrenia dengan halusinasi pendengaran.
Pengertian	Terapi Spiritual Dzikir berasal dari kata "dzakar" yang berarti ingat. Dzikir adalah konsep, wadah, sarana agar manusia tetap terbiasa mengingat kepada-Nya ketika berada di luar shalat (Pratiwi, 2022).
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan efek tenang. 2. Meningkatkan fokus dan konsentrasi. 3. Menguatkan spiritual pasien. 4. Membantu regulasi emosi. 5. Menurunkan stres dan kecemasan. 6. Interpretasi Halusinasi sebagai Suara Ilahi
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efek penenang. 2. Peningkatan fokus dan konsentrasi. 3. Penguatan spiritual. 4. Membantu regulasi emosi. 5. Menurunkan stres dan kecemasan.
Kontraindikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman negatif terhadap dzikir/agama. 2. Gangguan psikotik yang parah. 3. Persepsi salah terhadap suara dzikir. 4. Kesulitan berpartisipasi. 5. Pemahaman Agama yang Menyimpang 6. Interpretasi Halusinasi sebagai Suara Ilahi
Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leaflet terapi dzikir 2. Tasbih (99 butir)
Tahap Pra-Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek catatan medis dan catatan keperawatan pasien. 2. Cuci tangan. 3. Menyiapkan alat yang diperlukan.

Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyapa pasien dan keluarga serta memastikan suasana yang nyaman dan tenang. 2. Mengidentifikasi kondisi emosional pasien serta kesiapan untuk mengikuti terapi dzikir. 3. Menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur terapi dzikir secara sederhana kepada pasien dan keluarga. 4. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya atau menyampaikan kekhawatiran terkait terapi. 5. Melakukan kontrak waktu pelaksanaan terapi dzikir, termasuk durasi dan frekuensi sesi terapi. 6. Menanyakan persetujuan kepada pasien dan memastikan kesediaan untuk mengikuti terapi.
Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sesuai prosedur. 2. Pastikan lingkungan tenang dan nyaman untuk pelaksanaan terapi dzikir. 3. Minta pasien untuk berwudhu agar merasa lebih bersih dan siap untuk berdzikir. 4. Atur posisi pasien agar duduk dengan nyaman dan rileks. 5. Bacakan Basmallah (Bismillahirrahmanirrahim) untuk memulai terapi. 6. Berikan tasbih kepada pasien dan jelaskan cara penggunaannya. 7. Minta pasien untuk membaca Istighfar (Astaghfirullah wa atubu ilaih) sebanyak 33 kali. 8. Arahkan pasien untuk membaca Tasbih (Subhanallah) sebanyak 33 kali. 9. Lanjutkan dengan membaca Tahmid (Alhamdulillah) sebanyak 33 kali. 10. Minta pasien untuk membaca Takbir (Allahu Akbar) sebanyak 33 kali. 11. Akhiri sesi dengan membaca Tahlil (La ilaha illallah Muhammadur Rasulullah) sebanyak 33 kali. 12. Berikan waktu bagi pasien untuk duduk tenang dan manfaat dzikir yang telah dilakukan. 13. Catat respon pasien setelah terapi dzikir, termasuk ekspresi wajah, perubahan emosi, atau halusinasi yang mungkin dirasakan. 14. Bereskan alat (tasbih) dan rapikan posisi pasien. 15. Cuci tangan sesuai prosedur.
Tahap Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek kondisi pasien terkait perubahan emosi, ketenangan, dan fokus setelah sesi dzikir.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tanyakan kepada pasien tentang perasaan dan pengalaman selama sesi dzikir (misalnya, apakah merasa lebih tenang, cemas berkurang, atau halusinasi berkurang). 3. Observasi respon verbal dan non-verbal pasien untuk menilai efek terapi dzikir. 4. Catat respon pasien dan evaluasi efek terapi dzikir pada catatan keperawatan. 5. Sampaikan kepada pasien dan keluarga bahwa sesi terapi dzikir telah selesai. 6. Tentukan kontrak waktu untuk sesi terapi dzikir selanjutnya. 7. Bereskan alat yang digunakan (tasbih, leaflet, dll.). 8. Cuci tangan sesuai prosedur. 9. Berpamitan dan mengucapkan salam kepada pasien dan keluarga.
Tahap Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencatat semua tindakan dan respon klien selama prosedur tindakan dan sesudah tindakan. 2. Mencatat waktu, frekuensi, dan jenis alat yang dipakai selama tindakan. 3. Menuliskan nama jelas dan paraf perawat.

(Sumber: Akbar & Rahayu (2021))

2.4.9 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Terapi Dzikir

Tabel 2. 3
Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Terapi Dzikir

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN TERAPI DZIKIR DENGAN GANGGUAN HALUSINASI PENDENGARAN	
A. Tahap Orientasi :	<p>1. Memberikan salam dan menyapa pasien Perawat:Assalamu'alaikum, selamat pagi Bapak/Ibu. Apa kabarnya hari ini? Pasien:Wa'alaikumussalam, pagi... saya agak gelisah... suaranya masih ada kadang-kadang. Perawat:Terima kasih sudah bercerita. Tenang, saya di sini untuk membantu Bapak/Ibu agar lebih tenang dan nyaman.</p> <p>2. Melakukan kontrak waktu Perawat:Bapak/Ibu, saat ini saya akan mendampingi sekitar 15 menit ya. Apakah waktunya sesuai dan Bapak/Ibu bersedia untuk kegiatan hari ini? Pasien:Iya, boleh...</p> <p>3. Menjelaskan tujuan, manfaat, dan cara penerapan terapi dzikir Perawat:Hari ini kita akan mencoba terapi dzikir, yaitu mengingat dan menyebut nama Allah dengan tenang.</p>

	<p>Tujuannya adalah agar Bapak/Ibu merasa lebih rileks, lebih fokus, dan perlahan-lahan bisa mengalihkan perhatian dari suara-suara yang sering terdengar.</p> <p>Manfaatnya, terapi ini bisa membantu menenangkan pikiran dan perasaan, serta membuat hati lebih damai. Nanti saya akan membimbing dzikir secara perlahan, Bapak/Ibu tinggal mengikuti saja.</p> <p>4. Menanyakan persetujuan dan persiapan pasien</p> <p>Perawat:Apakah Bapak/Ibu bersedia mencoba terapi dzikir bersama saya? Kalau sudah siap, kita bisa mulai sekarang.</p> <p>Pasien:Baik, saya siap...</p> <p>Perawat:Alhamdulillah. Kita mulai ya, Bapak/Ibu boleh duduk dengan nyaman dulu, tarik napas pelan-pelan...</p>
B. Tahap Kerja :	<p>1. Pasien diberikan kesempatan untuk berwudhu</p> <p>Perawat: Bapak/Ibu, sebelum kita mulai berdzikir, apakah Bapak/Ibu ingin berwudhu dulu agar lebih tenang dan bersih secara fisik maupun batin?</p> <p>Pasien:Iya, saya mau wudhu dulu.</p> <p>Perawat:Silakan, saya tunggu sampai Bapak/Ibu selesai.</p> <p>2. Pasien duduk dengan nyaman, tenang, khusyu, berpakaian bersih dan rapi</p> <p>Perawat: Sudah wudhu ya, silakan duduk dengan nyaman. Kita mulai dengan kondisi tenang dan berpakaian rapi, agar lebih khusyu'.</p> <p>3. Sebelum memulai awali membaca Basmallah (Bismillahirrahmanirrahim)</p> <p>Perawat: Kita mulai dengan membaca basmallah terlebih dahulu. Silakan ikuti saya ya."Bismillahirrahmanirrahim."</p> <p>Pasien:"Bismillahirrahmanirrahim."</p> <p>4. Perawat memperagakan tata cara berdzikir menggunakan tasbih</p> <p>Perawat:Bapak/Ibu, ini adalah tasbih yang akan kita gunakan. Saya akan memperagakan caranya terlebih dahulu, perhatikan ya... (Perawat memperagakan secara perlahan cara memegang dan menghitung tasbih sambil berdzikir)</p> <p>5. Awali dzikir dengan membaca istighfar</p> <p>Perawat:Kita awali dengan membaca istighfar bersama:"Astaghfirullah wa atubu ilaih." (sebanyak 33 kali sambil menghitung di tasbih)</p> <p>Pasien:"Astaghfirullah wa atubu ilaih..."</p> <p>6. Tasbih (Subhanallah) 33 kali</p>

	<p>Perawat: Kita lanjutkan dengan membaca tasbih: "Subhanallah"</p> <p>Pasien: "Subhanallah" (sebanyak 33 kali sambil menghitung di tasbih)</p> <p>7. Tahmid (Alhamdulillah) 33 kali</p> <p>Perawat: Sekarang kita baca tahmid bersama: "Alhamdulillah"</p> <p>Pasien: "Alhamdulillah" (sebanyak 33 kali sambil menghitung di tasmid)</p> <p>8. Takbir (Allahu Akbar) 33 kali</p> <p>Perawat: Lanjutkan dengan takbir: "Allahu Akbar"</p> <p>Pasien: "Allahu Akbar" (sebanyak 33 kali sambil menghitung di tasbir)</p> <p>9. Tutup dengan kalimat tahlil 33 kali</p> <p>Perawat: Terakhir kita tutup dengan membaca tahlil satu kali: "La ilaha illallah Muhammadur rasulullah."</p> <p>Pasien: "La ilaha illallah Muhammadur rasulullah."</p> <p>10. Prosedur ini menggunakan tasbih</p> <p>Perawat: Seluruh dzikir ini kita lakukan sambil menggunakan tasbih, agar lebih teratur dan mudah dalam pengulangan.</p> <p>11. Perawat mengevaluasi dan menutup kegiatan dengan doa</p> <p>Perawat: Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah dzikir tadi?</p> <p>Pasien: Lebih tenang, kayak plong rasanya...</p> <p>Perawat: Alhamdulillah. Semoga dzikir ini membawa ketenangan dan menjadi jalan kesembuhan ya.</p> <p>Mari kita tutup dengan doa: "Alhamdulillahi rabbil 'alamin, Allahumma yaa Syafi, syifina, warhamna, amin."</p>
C. Terminasi :	<p>1. Mengkaji proses dan hasil dari terapi dzikir</p> <p>2. Menganalisis sesi yang telah dilakukan untuk melihat keefektifan terapi</p> <p>3. Menganalisis hasil dan catatan terapi sehingga perawat dapat mengetahui proses teknik yang dilakukan pasien dalam melakukan terapi dzikir.</p> <p>1. Mengkaji proses dan hasil dari terapi dzikir</p> <p>Perawat: Bapak/Ibu, sekarang kita sudah menyelesaikan terapi dzikirnya. Saya ingin tahu bagaimana perasaan Bapak/Ibu selama dan setelah melakukan dzikir tadi?</p> <p>Pasien: Saya merasa lebih tenang... tadi suara-suara itu sempat hilang sebentar waktu saya dzikir.</p> <p>Perawat: Alhamdulillah, itu hal yang sangat baik. Artinya Bapak/Ibu sudah mulai bisa mengalihkan perhatian ke hal yang positif.</p> <p>2. Menganalisis sesi yang telah dilakukan untuk melihat keefektifan terapi</p> <p>Perawat: Dari apa yang Bapak/Ibu rasakan tadi, apakah kegiatan dzikir ini membantu menenangkan pikiran dan hati?</p> <p>Pasien: Iya, tadi terasa lebih fokus... suaranya nggak terlalu mengganggu pas saya baca dzikir.</p> <p>Perawat: Baik, berarti dzikir ini cukup efektif membantu mengurangi gangguan halusinasi ya. Kita bisa lanjutkan secara rutin agar manfaatnya makin terasa.</p>

	<p>3. Menganalisis hasil dan catatan terapi Perawat: Tadi saya juga mencatat bahwa Bapak/Ibu sudah bisa mengikuti dengan lancar mulai dari istighfar, tasbih, tahmid, takbir sampai tahlil. Kalau boleh saya tanya, bagian mana yang paling membuat Bapak/Ibu merasa tenang? Pasien: Ketika baca “Subhanallah” terus menerus, rasanya adem. Perawat: Bagus sekali, nanti bisa lebih difokuskan di bagian itu kalau Bapak/Ibu ingin berdzikir mandiri. Penutup Perawat: Saya sangat mengapresiasi usaha Bapak/Ibu hari ini. Terima kasih sudah bekerja sama dan mencoba dengan baik. Besok kita bisa lakukan lagi, ya. Semoga hari Bapak/Ibu menyenangkan dan tetap dalam ketenangan. Pasien: Terima kasih, pak. Iya, saya mau coba lagi nanti. Perawat: Alhamdulillah. Wassalamu’alaikum warahmatullahi wabarakatuh. Pasien: Wa’alaikumussalam.</p>
--	--

2.5. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Halusinasi Pendengaran

2.5.1 Pengkajian

a. Identitas

Gangguan ini umumnya muncul pertama kali pada masa remaja akhir atau awal dewasa (pubertas hingga usia 21 tahun). Namun, dalam beberapa kasus dapat juga muncul sejak usia dini.

b. Keluhan Utama

Pasien dibawa ke rumah sakit karena mengalami kemunduran kemauan (avolition) dan kedangkalan emosi, serta perubahan perilaku seperti menarik diri, malas beraktivitas, dan kurang peduli terhadap diri sendiri.

c. Faktor Predisposisi

- a. Faktor predisposisi mencakup:
 - b. Keturunan/genetik
 - c. Gangguan endokrin dan metabolisme
 - d. Kelainan susunan saraf pusat
 - e. Kelemahan fungsi ego atau daya juang mental yang rendah
- d. Psikososial
- a. Genogram

Risiko skizofrenia berdasarkan hubungan keluarga (Oktaviani, 2020):

- 1) Salah satu orang tua → risiko 7–16%
- 2) Kedua orang tua → risiko 40–68%
- 3) Saudara kandung → 7–15%
- 4) Saudara tiri → 0,9–1,8%
- 5) Saudara kembar → 2–15%

- b. Konsep Diri

Konsep diri negatif akibat gejala skizofrenia seperti ketidakmampuan melakukan aktivitas, penurunan motivasi, dan keputusasaan.

- c. Hubungan Sosial

Pasien cenderung menarik diri, berdiam diri, melamun, dan tidak tertarik pada interaksi sosial.

- d. Aktivitas Spiritual

Aktivitas keagamaan menurun, seperti jarang salat, tidak berdzikir, atau tidak lagi melakukan ibadah rutin.

e. Status Mental

a. Penampilan Diri

Tidak terawat: rambut acak-acakan, baju tidak rapi, tidak mengganti pakaian, bahkan bisa terbalik.

b. Pembicaraan

Nada suara rendah, lambat, apatis, dan bicara sering tidak nyambung.

c. Aktivitas Motorik

Aktivitas tidak bervariasi, postur kaku, dapat menunjukkan katalepsia (mempertahankan posisi yang aneh dalam waktu lama).

d. Emosi dan Afek

Emosi dangkal, tidak sesuai dengan situasi, ekspresi wajah datar.

e. Interaksi Saat Wawancara

Tidak kooperatif, kontak mata kurang, cenderung diam dan tidak menanggapi lawan bicara.

f. Persepsi

Pasien dapat mengalami halusinasi (khususnya halusinasi pendengaran berupa suara yang menyuruh, mengejek, atau mengancam).

g. Proses Pikir

Bisa terjadi gangguan logika berpikir, tapi tidak selalu ditemukan secara dominan.

h. Kesadaran

Gangguan kesadaran kualitatif terhadap diri sendiri dan lingkungan.

i. Memori dan Orientasi

Orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang masih baik.

j. Kemampuan Penilaian

Tidak dapat mengambil keputusan yang rasional, memberi alasan yang tidak logis.

k. Tilik Diri (Insight)

Umumnya rendah atau tidak ada kesadaran terhadap gangguan yang dialami.

f. Kebutuhan Sehari-Hari

Terjadi penurunan minat dan perhatian terhadap aktivitas dasar seperti:

a. Makan

b. BAB/BAK

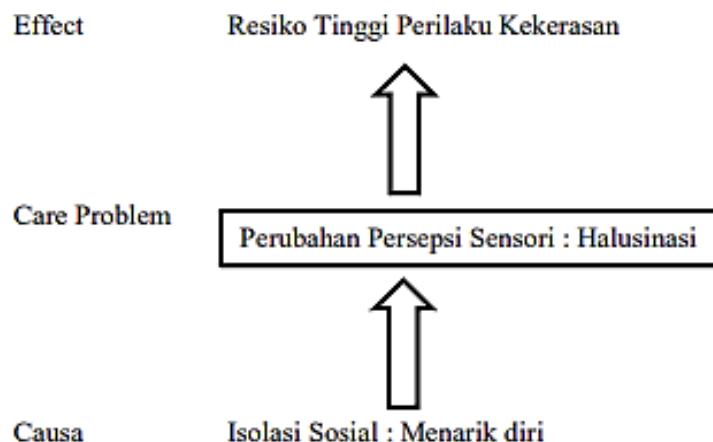
c. Mandi dan kebersihan diri

d. Berpakaian

e. Istirahat dan tidur

f. Pekerjaan dan tanggung jawab keluarga

Bagan 2. 2 Pohon masalah halusinasi



(Sumber dari (Prabowo, 2014 dalam (Fitri, 2022))

2.5.2 Analisa Data

Berdasarkan Fitri (2022), untuk menetapkan diagnosis keperawatan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, perawat harus memastikan bahwa minimal 80% tanda dan gejala berikut muncul pada pasien:

Tabel 2. 4
Analisis Data Skizofrenia

Analisis Data	Masalah
DS: <ul style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera penciuman, perabaan, atau pengecapan DO : <ul style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu. 	Gangguan sensori persepsi: Halusinasi Pendengaran
DS: <ul style="list-style-type: none"> 1. Merasa ingin sendirian 2. Merasa tidak aman di tempat umum 	Isolasi Sosial

DO:	
1. Menarik diri 2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan	
DS:	
1. Mengancam 2. Mengumpat dengan kata-kata kasar 3. Suara keras 4. Bicara	Risiko Perilaku Kekerasan
DO:	
1. Menyerang orang lain 2. Melukai diri sendiri/orang lain 3. Merusak lingkungan 4. Perilaku agresif/amuk	

2.5.3 Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan berdasarkan SDKI DPP PPNI (2016) yang mungkin muncul adalah:

1. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi berhubungan dengan gangguan penglihatan, pendengaran, penghidu, dan perabaan (D.0085)
2. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental (D.0121)
3. Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi (D.0146)

2.5.4 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan ialah tindakan yang dibuat untuk membantu klien dalam beranjak dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat kesehatan yang diinginkan dalam proses keperawatan (Fitri, 2022).

Menurut intervensi atau rencana tindakan keperawatan pada klien dan keluarga, yaitu:

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Gangguan persepsi sensori (D.0085) berhubungan dengan gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan perabaan, dan gangguan perabaan	<p>Persepsi sensorik membaik (L.09083) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x3 Pertemuan, maka diharapkan persepsi sensori meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun. 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun. 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun. 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun. 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan. 6. Perilaku halusinasi menurun. 7. Menarik diri menurun. 8. Melamun menurun. 9. Curiga menurun. 10. Mondar- mandir menurun 	<p>Manajemen Halusinasi (1.09288)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi. 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan. 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan lingkungan yang aman. 5. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik). 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi. 7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi. 8. Anjurkan melakukan distraksi (mis:Berdzikir melakukan aktivitas dan Teknik Relaksasi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi. 10. Anjurkan bicara pada orang yang percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi. 11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. <p>Kolaborasi</p>

			12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.
2	Isolasi Sosial (SDKI D.0121) berhubungan dengan perubahan status mental dibuktikan dengan merasa ingin sendirian, merasa tidak aman ditempat umum, menarik diri, menolak berinteraksi dengan orang lain.	Keterlibatan Sosial Meningkat (L.13116) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x3 Pertemuan, maka keterlibatan sosial meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Minat interaksi meningkat2. Verbalisasi isolasi menurun3. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun4. Perilaku menarik diri menurun	<p>Terapi Aktivitas (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis: bekerja) dan waktu luang6. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas2. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial3. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia4. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih5. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih6. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif7. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot8. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif

			<p>9. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>10. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</p> <p>11. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p> <p>12. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</p> <p>13. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu 2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih 3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan Kesehatan 4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 5. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai
3	Risiko Perilaku Kekerasan (SDKI D.0146) dibuktikan dengan halusinasi	<p>Kontrol Diri Meningkat (L.09076.)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x3 Pertemuan, maka kontrol diri meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpanan menurun 3. Suara keras menurun 4. Bicara ketus menurun 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544).</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin

			<p>2. Libatkan keluarga dalam perawatan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara assertif 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)
--	--	--	--

Sumber: (SDKI DPP PPNI, 2016), (SLKI DPP PPNI, 2018), dan (SIKI DPP PPNI, 2018)

2.5.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan keperawatan oleh klien. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien dengan halusinasi dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus lebih dulu melakukan. Menurut (Prabowo, 2014) dalam (Fitri, 2022)) Dalam implementasi rencana tindakan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran, fokus tindakan meliputi pengkajian kondisi pasien terkait halusinasi, melibatkan keluarga dalam proses terapi dzikir, menganjurkan pasien untuk duduk di tempat yang tenang selama terapi, mengobservasi respon pasien selama dan setelah dzikir, mengkaji tingkat kecemasan dan fokus pasien sebelum dan sesudah dzikir, serta membantu keluarga dalam mendukung pelaksanaan terapi dzikir agar pasien merasa lebih tenang dan fokus.

Implementasi spesifik yang akan dilakukan adalah penerapan terapi dzikir pada pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran. Terapi dzikir akan dilakukan selama 3 hari, dengan pendekatan selama 2 hari, akan dilakukan setiap sesi selama 10 - 20 menit.

2.3.6. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Yusuf, 2015 dalam Fitri, 2022) evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil.

- a. Evaluasi proses (*formatif*) dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan.
- b. Evaluasi hasil (*sumatif*) dilakukan dengan membandingkan respons klien terhadap tujuan yang telah ditentukan

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir. Setiap huruf dalam SOAP memiliki makna sebagai berikut:

1. S (Subjektif): Respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
2. (Objektif): Respons objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

3. A (Analisis): Analisis ulang terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau terjadi kontradiksi dengan masalah sebelumnya.
4. P (Perencanaan): Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis terhadap respons klien.

Pada tahap evaluasi, peneliti akan menilai efektivitas penerapan terapi dzikir dalam asuhan keperawatan jiwa pada pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran. Kriteria keberhasilan tindakan ini mencakup penurunan frekuensi halusinasi pendengaran serta peningkatan kemampuan pasien dalam mengalihkan perhatian saat munculnya halusinasi melalui dzikir.