

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Pengertian skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang memiliki ‘arti terpisah/batu pecah’ dan *phren* yang berarti ‘jiwa’. Secara umum skizofrenia diartikan sebagai pecahnya/ketidakserasan antara afek, kognitif, dan prilaku. Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, assosiasi terbagi-bagi sehingga muncul inkoherensi, afek, dan emosi inadekuat, serta psikomotor yang menunjukan penarikan diri, ambivalensi dan prilaku bizar. Pada skizofrenia, kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang dikemudian hari.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia sering ditemukan pada lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia. Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan distur gangguan kognitif, emosi, persepsi, pemikiran dan prilaku. Ada pula pendapat yang menyebutkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan otak dengan kelainan structural dan fungsional yang dapat dilihat dalam studi *neuroimaging* dan komponen genetic, seperti yang terlihat dalam studi kembar. Gangguan ini biasanya kronis, meliputi fase prodromal, fase aktif, dan fase residual. Fase aktif memiliki gejala seperti halusinasi, delusi, dan

berpikir tidak teratur. Fase prodromal dan residual yang ditandai dengan bentuk dilemahkan gejala aktif, seperti keyakinan lama dan pemikiran magis, serta defisit dalam perawatan diri dan hubungan interpersonal. Tahun 1970, jumlah pasien skizofrenia dirumah sakit mengalami penurunan lebih dari 50%. Dari pasien yang dirawat, 80% dikelola sebagai pasien rawat jalan. Meskipun skizofrenia dibahas sebagai penyakit tunggal, namun sebenarnya terdiri atas sekelompok gangguan etiologic heterogen.

Skizofrenia merupakan gangguan yang berlangsung selama minimal 1 bulan gejala fase aktif. Gangguan skizofrenia juga dikarakteristik dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negative (apatis, menarik diri, penurunan daya pikir, dan penurunan afek), dan gangguan kognitif (memori, perhatian, pemecahan masalah dan sosial). Selain itu, skizofrenia juga memiliki beberapa tipe, seperti paranoid, hiperfrenik, katatonik, *undifferentiated*, dan residual.

Dibanding dengan gangguan mental yang lain, skizofrenia bersifat kronis dan melemahkan. Bagi individu yang pernah mengidap skizofrenia dan pernah dirawat, maka kemungkinan kambuh sekitar 50-80%, selain itu harapan hidup pasien skizofrenia 10 tahun lebih pendek dari pada pasien dengan gangguan mental yang lain.

Seperi telah dijelaskan dalam pengertian di atas, bahwa skizofrenia dapat menyerang siapa saja, tanpa melihat jenis kelamin, status sosial, maupun Tingkat Pendidikan. Berdasarkan hasil statistic, skizofrenia banyak diderita oleh individu berusia 15-30 tahun. Selain itu, paravaleensi skizofrenia di negara berkembang dan negara maju relative sama, sekitar 20% dari jumlah penduduk dewasa.

Survey WHO (2006) terhadap 982 keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa menunjukan 51% klien kambuh akibat berhenti meminum obat, dan 49% kambuh akibat mengubah dosis obat tanpa anjuran dokter. Kekambuhan tersebut terjadi karena bermacam faktor, seperti karena pasien tidak patuh meminum obat, bosan meminum obat, takut ketergantungan

terhadap obat tersebut, dan khawatir efek samping obat tersebut membuat individu tidak bisa berkerja dengan baik.

Diindonesia paravaleensi penderita skizofrenia mencapai 0,3 sampai 1% dan biasanya mulai tampak pada usia sekitar 18 sampai 45 tahun, namun ada pula yang mulai menunjukan skizofrenia pada usia 11 sampai 12 tahun. Sehingga dapat diasumsikan, jika penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa menderita skizofrenia. Data di atas menunjukan bahwa penderita skizofrenia didunia, bahkan diindonesia tidak menunjukan angka yang sedikit.

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Skizofrenia

a. Factor Prenatal

Terdapat beberapa faktor yang dibahas pada bagian ini. Namun, terdapat satu faktor khusus yang dibahas pada bagian ini, yaitu faktor prenatal. Sebelum kita membahas lebih lanjut mengenai faktor prenatal, sebaiknya kita mengetahui pengertian dari prenatal terlebih dahulu. Prenatal atau priode sebelum lahir, yaitu priode perkembangan manusia paling awal yang dimulai sejak konsepsi (Ketika ovum dibuahi oleh sperma) sampai menjadi janin hingga akhirnya terlahir sebagai seorang individu. Pada masa prenatal ini, terdapat beberapa hal yang menyebabkan bayi dalam kandungan menjadi rentan terkena skizofrenia. Penyebab skizofrenia dibedakan menjadi beberapa faktor, yaitu faktor nongenetic, endogen dan eksogen pada masa kehamilan dan kelahiran yang berkaitan dengan peningkatan resiko terjadinya skizofrenia.

a. Faktor Endogen

Faktor endogen ini bisa didapat melalui ibu dengan diabetes pada masa kehamilannya, maka tujuh kali lebih sang bayi yang akan lahir sering mengalami skizofrenia dikemudian hari, bila dibandingkan dengan anak yang lahir dari ibu tanpa diabetes. Hal ini disebabkan karena *insulin-dependent* diabetes melitus ditemukan lebih banyak pada keluarga derajat pertama pasien skizofrenia dibandingkan kontrol.

b. Faktor Eksogen

Dibumi utara, terjadinya penurunan suhu antara bulan Desember hingga Maret, menunjukan bahwa bayi yang lahir pada musim dingin lebih rentan menderita skizofrenia. Fenomena ini diperkirakan berkaitan dengan infeksi virus, kurangnya paparan sinar matahari, dan vitamin D, suhu, atau kondisi cuaca berat, yang dapat mempengaruhi perkembangan otak janin. Namun, pengamatan ini kurang konsisten dibumi Selatan, dan tidak tampak pada daerah ekuator.

b. Factor Non Prenatal

Selain faktor prenatal, terdapat beberapa faktor yang berasal dari luar yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia. Faktor yang berasal dari luar kehamilan, kelahiran, antara lain:

1. Faktor Genetik

Faktor genetik dihubungkan dengan anggota keluarga lain yang juga menderita skizofrenia. Kemungkinan ini semakin besar jika keluarga lain yang mengidap skizofrenia memiliki hubungan persaudaraan yang dekat. Fenomena ini berdasarkan penelitian klasik awal tentang genetika dari skizofrenia yang dilakukan pada tahun 1930-an. Kembar monozigotik memiliki angka kesesuaian tertinggi. Penelitian pada kembar monozigotik yang diadopsi menunjukan bahwa kembar yang diasuh orang tua angkat mempunyai skizofrenia dengan kemungkinan yang sama besarnya seperti saudara kandungnya.

2. Faktor Biologis

Dapat dilihat dari perubahan pada sistem transmisi sinyal penghantar syaraf (neurotransmitter) dan reseptor disel-sel saraf otak (neuron) dan interaksi zat neurokimia seperti dopamine dan serotonin yang ternyata mempengaruhi fungsi kognitif (alam

pikir), afektif (alam perasaan), dan psikomotor (prilaku) yang menjelma dalam bentuk gejala-gejala positif maupun negatif skizofrenia. Abnormalitas otak yang terjadi dapat menyebabkan respons neurobiologik yang maladaptif dan baru mulai dipahami, yang mencakup hal-hal berikut.

- a. Dalam perkembangan skizofrenia, penelitian pencitraan otak mulai menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas. Fenomena ini meliputi lesi pada area frontal, temporal dan limbik paling berhubungan dengan prilaku psikotik.
- b. Kimia dalam otak yang dikaitkan dengan skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan hal berikut:
 - Dopamin neurotrasmiter yang berlebihan.
 - Ketidakseimbangan antara dopamine dan neurittransmiter lain.
 - Masalah pada sistem reseptor dopamine.

3. Faktor Psikososial

Faktor psikososial disebabkan oleh perubahan dalam kehidupan seseorang (anak remaja hingga dewasa) sehingga setiap individu dipaksa harus beradaptasi dan mampu menangulanginya, sehingga timbulah keluhan-keluhan dibidang kejiwaan berupa gangguan jiwa dari yang ringan hingga berat.

Pada Sebagian orang, perubahan sosial yang serba cepat dapat menjadi stressor psikologis, antara lain:

- a. Pola kehidupan Masyarakat yang semula sosial religius cenderung berubah kearah Masyarakat yang individual, materialistic, dan sekuler.
- b. Pola hidup sederhana dan produktif cenderung kearah hidup mewah dan konsumtif.

- c. Struktur keluarga yang semula keluargab besar cenderung kearah keluarga inti bahkan sampai pada pola orang tua tunggal.
- d. Hubungan kekeluargaan (silaturahmi) yang semula erat dan kuat cenderung menjadi longgar dan rapuh. Masing- masing anggota keluarga seolah hidup sendiri-sendiri, sehingga antara anggota keluarga yang satu dengan yang lain menjadi asing.
- e. Nilai moral etika agama dan tradisional Masyarakat, cebderung berubah menjadi Masyarakat sekuler dan modern.
- f. Lembaga perkawinan mulai diragukan dan pasangan cenderung untuk memilih hidup Bersama tanpa menikah.
- g. Ambisi karir dan materi yang tak terkendali menganggu hubungan interpersonal baik dalam keluarga maupun Masyarakat.

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Seperti telah dijelaskan diatas, bahwa skizofrenia memiliki beberapa tipe. Adapun tipe skizofrenia menurut DSM V (2013) antara lain :

a. Paranoid

Merupakan subtipe yang paling umum Dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya Dimana individu merasa dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

1) Halusinasi dan waham harus menonjol:

- a) Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi peluit, mendengung, atau bunyi tawa.
- b) Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.

- c) Waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam.
- 2) Gangguan affektif, dorongan kehendak dan pembicaraan serta gejala katatonik secara relatif tidak menonjol

b. Disorganisasi (hebefrenik)

Ciri-cirinya adalah:

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia.
- 2) Biasanya terjadi pada 15-25 tahun.
- 3) Perilaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, serta prilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan.
- 4) Afek tidak wajar, sering disertai cekikikan dan perasaan puas diri, senyum-senyum sendiri, tertawa , dan lain-lain.
- 5) Proses berpikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

c. Katatonik

Gangguan psikomotor terlihat menonjol, sering kali muncul bergantian antara mobilitas motoric dan aktivitas berlebihan. Satu atau lebih dari prilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya:

- 1) Stupor: kehilangan semangat hidup dan senang diam dalam posisi kaku tertentu sambil membisu dan menatap dengan pandangan kosong.
- 2) Gaduh gelisah: tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal.
- 3) Menampilkan posisi tubuh tertentu: secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh.

- 4) Negativisme: tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah seperti menolak untuk membentulkan posisi badannya, menolak untuk makan, mandi, dan lain-lain.
- 5) Rigiditas: mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakan dirinya.
- 6) Fleksibilitas area/*waxy flexibility*: mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk, namun setelah itu, ia akan senantiasa mempertahankan posisi tersebut.
- 7) Gejala-gejala lain seperti *command automatism*: lawan dari negativisme, yaitu mematuhi semua perintah secara otomatis dan kadang disertai dengan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

d. Skizofrenia Residual

Ciri-cirinya:

- 1) Gejala negatif dari skizofrenia menonjol seperti pelambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek tidak wajar, pembicaraan inkoheren.
- 2) Ada Riwayat psikotik yang jelas seperti waham dan halusinasi dimasa lampau (minimal telah berlalu satu tahun) yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- 3) Tidak terdapat gangguan mental organik,

2.1.4 Gejala Skizofrenia

Terdapat beberapa gejala yang menunjukkan individu terkena skizofrenia. Berikut table yang menunjukkan skizofrenia.

Positif	Negatif	Kognitif
<i>Hallucination</i>	<i>Apathy</i>	<i>Memori Impairment</i>
<i>Delusion</i>	<i>Avolution</i>	<i>Decrease In Attention</i>
<i>Disorganized</i>	<i>Alogia</i>	<i>Impaired Executive Functioning</i>
<i>Suspiciousness</i>	<i>Anbedonia</i>	

Berdasarkan ICD-10 dan PPDGJ III, skizofrenia dapat didiagnosis jika menunjukkan satu gejala berikut yang jelas dan biasanya dua gejala atau lebih jika gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas. Adapun gejala yang muncul antara lain sebagai berikut:

- a. *Thought echo*: isi pikiran diri sendiri yang bergema dan berulang dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun memiliki kualitas berbeda.
- b. *Thought insertion or withdrawal*: isi pikiran asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*).
- c. *Thought broadcasting*: isi pikiran tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
- d. *Delusion of control*: waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
- e. *Delusion of influencer*: waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
- f. *Delusion of passivity*: waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap kekuatan dari luar.
- g. *Delusion of perfection*: pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

Selain gejala diatas, terdapat gejala lain yang menunjukkan bahwa individu mengidap skizofrenia. Gejala tersebut adalah halusinasi auditorik. Gejala ini menunjukkan hal yang terjadi pada individu seperti suara, meskipun suara tersebut adalah suara halusinasi yang berkomentar secara terus-menerus tentang prilaku pasien. Jenis suara halusinasi juga muncul dari salah satu bagian tubuh.

Selain suara-suara halusinasi, terdapat halusinasi yang secara jelas muncul pada individu yang mengalami gejala skizofrenia. Gejala lain tersebut berupa halusinasi yang menetap dari pancaindra apa saja, apabila disertai oleh waham yang mengambang maupun setengah terbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas ataupun disertai oleh ide-

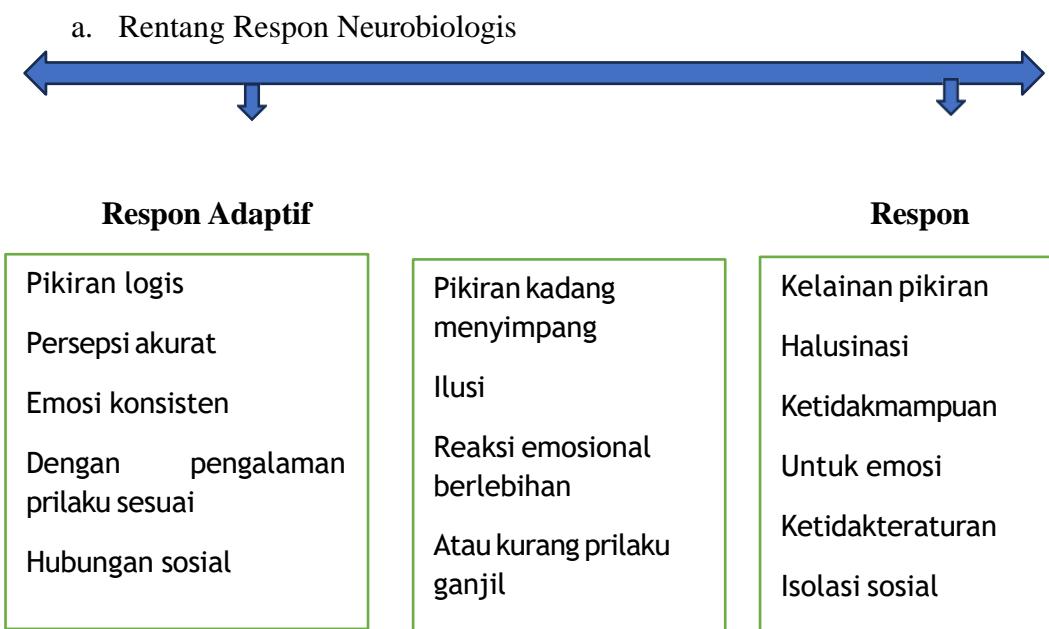
ide berlebihan (*over valued ideas*) yang menetap , atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan berkelanjutan. Sehingga, arus pikir terputus (*break*) atau mengalami sisipan (*interpolationi*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.

Gejala lain yang muncul yaitu prilaku katatonik. Perilaku katatonik meliputi gaduh-gelisah, posisi tubuh tertentu, atau fleksibilitas area, negativism, mutisme, dan stupor. Gejala negatif juga muncul dari sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi gejala tersebut harus jelas, bukan disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika. Gejala tersebut harus berlangsung minimal 1 bulan. Harus ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek.

Sementara itu. PPDGJ III menyebutkan bahwa diagnosis skizofrenia paranoid, harus memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia dan memenuhi kriteria tambahannya seperti: halusinasi dan atau waham arus yang tampak menonjol, suara halusinasi yang memberikan ancaman atau perintah kepada pasien, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*) mendengung (*humming*) atau bunyi tawa (*laughing*). Halusinasi juga dapat berupa pembauan atau pengecapan rasa, bersifat seksual, perasaan tubuh, halusinasi visual.

2.1.5 Prilaku dan Rentang Respons Skizofrenia

Prilaku yang berhubungan dengan masalah-masalah proses informasi yang berkaitan dengan skizofrenia sering disebut sebagai defisit kognisi. Prilaku ini meliputi masalah-masalah semua aspek ingatan, perhatian, bentuk, dan jumlah ucapan (kelainan pikiran formal), pengambilan Keputusan, dan delusi (bentuk dan isi pikiran).



Skema 2.1 Rentang Respon Skizofrenia

Sumber : Ns.Sutejo , 2017

b. Perilaku yang berhubungan dengan emosi

Emosi terbagi menjadi dua jenis, yaitu emosi hiperekspresi (emosi berlebihan) dan emosi hipoekspresi (emosi yang kurang) dengan sikap yang tidak sesuai. Individu dengan skizofrenia, biasanya cenderung bermasalah dengan emosi. Namun bukan berarti individu dengan skizofrenia bermasalah dengan dua jenis emosi tersebut. Penderita skizofrenia hanya cenderung bermasalah dengan hipoekspresi. Pasien dengan skizofrenia juga sering mengalami emosi yang berkaitan dengan kesulitan yang disebabkan oleh penyakit mereka seperti frustasi dalam mengatasi rintangan untuk mencapai tujuan personal.

Respon emosional yang terjadi pada skizofrenia.

- 1) Alekstimia : Kesulitan dalam pemberian nama dan penguraian emosi.
- 2) Apati : Kurang memiliki perasaan, emosi, minat, dan kepedulian

- 3) Anhedonia : Ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban, dan kedekatan.
- c. Perilaku yang berkaitan dengan Gerakan dan Perilaku
- Penderita akan menunjukkan perilaku yang aneh, tidak enak dipandang, membingungkan, kesukaran mengelola, dan tampak tidak kenal dengan orang lain. Gerakan dan perilaku abnormal pada skizofrenia.
- 1) Gerakan
 1. Katatonia, kelenturan seperti lilin (*waxy flexibility*), sikap tubuh.
 2. Efek samping ekstra pyramidal dan pengobatan psikotropika.
 3. Gerakan mata abnormal.
 4. Meringgis.
 5. Apaksis (kesulitan melaksanakan tugas yang kompleks).
 6. Ekprasia (sengaja meniru Gerakan orang lain)
 7. Langkah yang tidak normal.
 8. Manerisme.
 - 2) Perilaku
 1. Deteriorasi penampilan.
 2. Agresi/agitasi
 3. Perilaku stereotipik atau berulang.
 4. Avolisi (kurang energi dan dorongan).
 5. kurang tekun dalam bekerja atau sekolah.
- d. Perilaku yang berkaitan dengan hubungan

Perilaku ini berkaitan dengan hubungan sosial yang dibangun oleh pasien terhadap orang sekitarnya, atau biasa disebut dengan sosialisasi. Dalam arti luas, sosialisasi merupakan kemampuan untuk menjalani hubungan kerja sama saling tergantung dengan orang lain. Perilaku yang berkaitan dengan hubungan yang disebabkan oleh respons neurobiologik maladaptif:

1. Isolasi dan menarik diri dari hubungan sosial.
2. Harga diri rendah.
3. Ketidak sesuaian sosial
4. Tidak tertarik dengan aktivitas rekreasi.

5. Kerancuan identitas gender
6. Stigma yang berhubungan dengan penarikan diri oleh orang lain.

2.1.6 Sumber Koping

Pada individu, sumber koping perlu dikaji dengan pemahaman terhadap pengaruh gangguan otak pada perilaku. Inteligensia atau kreativitas yang tinggi diperlakukan sebagai kekuatan. Selain itu, orang tua harus aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda mengenai keterampilan koping. Hal ini diperlukan karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan, namun berbagai pengetahuan yang bersumber dari keluarga, pengetahuan yang bersumber dari keluarga. Pengetahuan yang bersumber dari keluarga berupa penyakit, finansial yang cukup, ketersediaan waktu dan tenaga, serta kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan.

2.1.7 Mekanisme Koping

Mekanisme koping untuk penderita neurobiologis termasuk skizofrenia, terdiri dari beberapa hal. Adapun perilaku yang mewakili Upaya untuk melindungi diri dari pengalaman yang kurang menyenangkan berhubungan dengan respon neurobiologik yaitu sebagai berikut :

1. Regresi merupakan mekanisme koping yang berhubungan dengan masalah proses informasi dan Upaya untuk menangulangi ansietas, hanya mempunyai sedikit energi tertinggal untuk aktivitas hidup sehari-hari.
2. Projeksi digunakan untuk menjelaskan kerancuan persepsi.
3. Menarik diri.

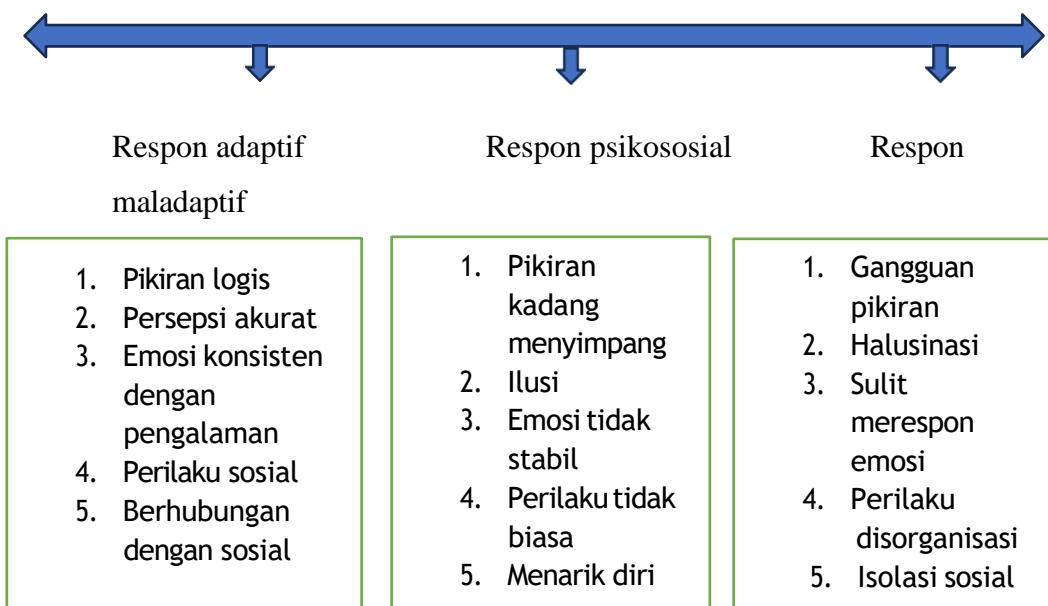
2.2 Konsep Dasar Halusinasi

2.2.1 Pengertian halusinasi

Halusinasi adalah pencerapan tanpa adanya rangsangan apapun pada pancha indra seorang pasien, yang terjadi dalam keadaan sadar/bangun, dasarnya mungkin organik, fungsional, psikotik ataupun histerik. (Maramis,2000)

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensorik dari suatu objek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien gangguan jiwa mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas (Yusuf, PK, & Nihayati, 2015).

2.2.2 Rentang Respon Halusinasi



Skema 2.2 Rentang Respon Halusinasi

Keterangan :

Sumber : Trimelia, 2011

A. Respon Adaptif

Respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah dan akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Adapun respon adaptif yakni :

- 1) Pikiran Logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima akal.
- 2) Persepsi Akurat merupakan pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.
- 3) Emosi Konsisten dengan Pengalaman merupakan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.
- 4) Perilaku Sosial dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut yang diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- 5) Hubungan Sosial merupakan proses suatu interaksi dengan orang lain dalam pergaulan ditengah masyarakat dan lingkungan.

B. Respon Psikososial

Adapun respon psikososial yakni:

- 1) Pikiran terkadang menyimpang berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan.
- 2) Ilusi merupakan pemikiran atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- 3) Emosi berlebihan dengan kurang pengalaman berupa reaksi emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- 5) Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindar interaksi dengan orang lain, baik dalam berkomunikasi maupun berhubungan sosial dengan orang-orang di sekitarnya.

C. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan respon individu dalam

menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.

Adapun respon maladaptif yakni:

- 1) Kelainan pikiran (waham) merupakan keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- 3) Kerusakan proses emosi merupakan ketidakmampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang di timbulkan.
- 5) Isolasi sosial merupakan kondisi dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya. (Stuart, 2017).

2.2.3 Etiologi Halusinasi

2.2.3.1 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi menurut Yosep (2011) :

a. Faktor pengembangan

Perkembangan klien yang terganggu misalnya kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi hilang percaya diri.

b. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak terima dilingkungan sejak bayi akan membekas diingatannya sampai dewasa dan ia akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Faktor biokimia

Adanya stres yang berlebihan yang dialami oleh seseorang maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat

halusinogenik neurokimia dan metytranferase sehingga terjadi ketidakseimbangan asetil kolin dan dopamin.

d. Faktor psikologis

Tipe kepribadian yang lemah tidak bertanggung jawab akan mudah terjerumus pada penyelah gunaan zat adaptif. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Faktor genetik dan pola asuh

Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2.2.3.2 Faktor Presipitasi

Penyebab halusiansi dapat dilihat dari lima dimensi menurut (Rawlins, 1993 dalam Yosep, 2011).

a. Dimensi Fisik

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

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan manakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini merangsang bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang

menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengobrol semua perilaku klien.

d. Dimensi Sosial

Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan, klien asik dengan halusinasinya, seolah-olahia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak di dapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi di jadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya ataupun orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan menupayakan suatu prosesinteraksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta menguasakan klien tidak menyediri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak lagsung.

e. Dimensi Sepiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupanya secara spiritual untuk menyucikan diri. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, memyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.2.4 Klasifikasi Halusinasi

Klasifikasi halusinasi terbagi menjadi 5 menurut Yusuf (2015).

1) Halusinasi Pendengaran

Data objektif antara lain: bicara atau tertawa sendiri, marah tanpa sebab, mengarahkan telinga kearah tertentu,klien menutup telinga.Data subjektif antara lain: mendengarkan suara-suara atau kegaduhan, mendengarkan suara yang ngajak bercakap-cakap, mendengarkan suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

2) Halusinasi Penglihatan

Data objektif antara lain: menunjuk kearah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. Data subjektif anatar lain: melihat bayangan, sinar, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

3) Halusinasi Penciuman

Data objektif antara lain: mencium seperti membau bau-bauan tertentu dan menutup hidung. Data subjektif antara lain: mencium bau- bau seperti bau darah, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.

4) Halusinasi Pengecapan

Data objektif antara lain: sering meludah, muntah. Data subjektif antara lain: merasakan seperti darah, feses, muntah.

5) Halusinasi Perabaan

Data objektif antara lain: menggaruk-garuk permukaan kulit. Data subjektif antara lain: mengatakan ada serangga dipermukaan kulit, merasa seperti tersengat listrik.

2.2.5 Manifestasi Klinis Halusinasi

Tanda-tanda halusinasi menurut Yosep (2010) & Fajariyah (2012) meliputi sebagai berikut :

Tabel 2.1 Manifestasi Klinis Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Subjektif	Data Objektif
Halusinasi Pendengaran (Auditory-hearing voices or sounds)	1. Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan. 2. Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap. 3. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan	1. Klien tampak bicara sendiri 2. Klien tampak tertawa sendiri 3. Klien tampak marah- marah tanpa sebab. 4. Klien tampak mengarahkan telingake arah tertentu. 5. Klien tampak

	<p>sesuatu yang berbahaya.</p> <p>4. Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain.</p>	<p>menutup telinga.</p> <p>6. Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu.</p> <p>7. Klien tampak mulutnya komat kamit sendiri.</p>
Halusinasi Penglihatan (<i>Visual-seeing persons or things</i>)	<p>1. Klien mengatakan melihat seseorang yang sudah meninggal,</p> <p>melihat makhluk tertentu, melihat bayangan hantu atau sesuatu yang menakutkan.</p>	<p>1. Klien tampak tatapan mata pada teman tertentu.</p> <p>2. Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu.</p> <p>3. Klien tampak ketakutan pada objek tertentu yang dilihat.</p>
Halusinasi Penghidu (<i>Olfactory-smelling odors</i>)	<p>1. Klien mengatakan mencium sesuatu seperti : bau mayat, bau darah, bau bayi, bau feses, atau bau masakan, parfum yang menyenangkan.</p> <p>2. Klien mengatakan sering mencium bau sesuatu</p>	<p>1. Klien tampak mengarahkan hidung pada tempat tertentu.</p> <p>2. Ekspresi wajah klien tampak seperti mencium sesuatu dengan Gerakan cuping hidung.</p>

Halusinasi Perabaan (<i>Tactile-feeling bodily sensations</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, atau makhluk halus. 2. Klien mengatakan merasakan sesuatu di permukaan kulitnya seperti merasakan sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik, dan sebagainya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak mengusap, mengaruk-garuk, meraba-raba permukaan kulitnya. 2. Klien tampak menggerak-gerakan tubuhnya seperti merasakan sesuatu merabanya.
Halusinasi Pengecapan (<i>Gustatory-experiencing tastes</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah tertentu padahal tidak ada yang sedang dimakannya. 2. Klien mengatakan merasakan minum darah, nanah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak seperti mengecap sesuatu. 2. Klien tampak nsering meludah 3. Klien tampak mual dan muntah

Tanda-tanda yang berkaitan dengan halusinasi pendengaran meliputi sebagai berikut :

a. Data Objektif :

- 1) Klien tampak bicara sendiri.
- 2) Klien tampak tertawa sendiri.
- 3) Klien tampak marah-marah tanpa sebab.
- 4) Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu.
- 5) Klien tampak menutup telinga.
- 6) Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu.
- 7) Klien tampak mulutnya komat-kamit sendiri.

b. Data Subjektif :

- 1) Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan.
- 2) Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap.
- 3) Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukannya yang berbahaya.
- 4) Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain.

2.2.6 Tahapan Proses terjadinya Halusinasi

Menurut Direja (2011), proses terjadinya halusinasi terbagi menjadi 4 tahap, yaitu:

a. Tahap I (*Comforting*)

Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan, mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas, pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran.

Perilaku klien yang mencirikan dari tahap I (*Comforting*) yaitu tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

b. Tahap II (*Condemning*)

Menyalahkan, tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antisipasi dengan karakteristik pengalaman sensori menakutkan, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, mulai merasa kehilangan control, menarik diri dari orang lain.

Perilaku klien yang mencirikan dari tahap II yaitu dengan terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan berkurang, konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

c. Tahap III (*Controlling*)

Mengontrol, tingkat kecemasan berat, pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak lagi dengan karakteristik klien menyerah dan menerima pengalamansensorinya (halusinasi), isi halusinasi menjadi atraktif, dan kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

Perilaku klien pada tahap III ini adalah perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan orang lain, perhatian terhadap lingkungan berkurang, hanya beberapa detik, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

d. Tahap IV (*Conquering*)

Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, klien tampak panik. Karakteristiknya yaitu suara atau ide yang datang mengancam apabila tidak diikuti. Perilaku klien pada tahap IV adalah perilaku panik, resiko tinggi mencederai, agitasi atau kataton, tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

2.2.7 Mekanisme coping halusinasi

Mekanisme coping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme coping halusinasi menurut Yosep (2016), diantaranya:

a. Regresi

Proses untuk menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

b. Proyeksi

Keinginan yang tidak dapat di toleransi, mencerahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan identitas).

c. Menarik diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis.

Reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindar sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis yaitu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

2.2.8 Penatalaksanaan Halusinasi

2.2.8.1 Penatalaksanaan Medis

a. Psikofarmakoterapi

Terapi dengan menggunakan obat bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Klien dengan halusinasi perlu mendapatkan perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun obat-obatannya seperti :

1. Golongan butirefenon : haloperidol (HLP), serenace, ludomer.

Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3 x 5 mg (IM), pemberian injeksi biasanya cukup 3 x 24 jam. Setelahnya klien biasanya diberikan obat per oral 3 x 1,5 mg. Atau sesuai dengan advis dokter (Yosep, 2016)

2. Golongan fenotiazine : chlorpromazine (CPZ), largactile, promactile.

Pada kondisi akut biasanya diberikan per oral 3 x 100 mg, apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi menjadi 1 x 100 mg pada malam hari saja, atau sesuai dengan advis dokter (Yosep, 2016).

b. Terapi stomatitis

Terapi somatis adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik pasien walaupun yang diberi perlakuan adalah fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien. Jenis terapi somatis adalah meliputi pengikatan, ECT, isolasi dan fototerapi (Kusumawati & Hartono, 2011).

1. Pengikatan adalah terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik pada klien sendiri atau orang lain.
2. Terapi kejang listrik adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang (grandmal) dengan mengalirkan arus listrik kekuatan rendah (2-3 joule) melalui elektrode yang ditempelkan beberapa detik pada pelipis kiri/kanan (lobus frontalis) klien.
3. Isolasi adalah bentuk terapi dengan menempatkan klien sendiri diruangan tersendiri untuk mengendalikan perilakunya dan melindungi klien, orang lain, dan lingkungan dari bahaya potensial yang mungkin terjadi. akan tetapi tidak dianjurkan pada klien dengan risiko bunuh diri, klien agitasi yang disertai dengan gangguan pengaturan suhu tubuh akibat obat, serta perilaku yang menyimpang.
4. Terapi deprivasi tidur adalah terapi yang diberikan

kepada klien dengan mengurangi jumlah jam tidur klien sebanyak 3,5 jam. cocok diberikan pada klien dengan depresi.

2.3 Konsep Dasar Terapi Modalitas

2.3.1 Pengertian Terapi Modalitas

Terapi Modalitas merupakan terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini diberikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dari perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif (Prabowo,2014).

Terapi modalitas keperawatan jiwa merupakan bentuk terapi non farmakologis yang dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Nasir dan Muhibis, 2011).

2.3.2 Tujuan Terapi Modalitas

Tujuan dilaksanakannya terapi modalitas dalam keperawatan jiwa adalah:

- 1 Menimbulkan kesadaran terhadap salah satu perilaku pasien
- 2 Mengurangi gejala gangguan jiwa
- 3 Memperlambat kemunduran
- 4 Membantu adaptasi terhadap situasi sekarang
- 5 Membantu keluarga dan orang-orang yang berarti
- 6 Mempengaruhi keterampilan merawat diri sendiri
- 7 Meningkatkan aktivitas
- 8 Meningkatkan kemandirian (Prabowo,2014).

2.3.3 Peran Perawat Dalam Terapi Modalitas

Secara umum peran perawat dalam pelaksanaan terapi modalitas bertindak sebagai leader, fasilitator, evaluator, dan motivator (Nasir dan Muhibah, 2011). Tindakan tersebut meliputi:

- 1 Mendidik dan mengorientasi kembali seluruh anggota keluarga, misalnya perawat menjelaskan mengapa komunikasi itu penting, apa visi seluruh keluarga, kesamaan harapan apa yang dimiliki semua anggota keluarga.
- 2 Memberikan dukungan kepada klien serta sistem yang mendukung klien untuk mencapai tujuan dan usaha untuk berubah. Perawat menyakinkan bahwa anggota keluarga klien mampu memecahkan masalah yang dihadapi anggota keluarganya.
- 3 Mengkoordinasi dan mengintegrasikan sumber pelayanan kesehatan. Perawat menunjukkan institusi kesehatan mana yang harus bekerja sama dengan keluarga dan siapa yang bisa diajak konsultasi
- 4 Memberi pelayanan prevensi primer, sekunder dan tersier melalui penyuluhan, perawatan dirumah, pendidikan dan sebagainnya. Bila ada anggota keluarga yang kurang memahami perilaku sehat didiskusikan atau bila ada keluarga yang membutuhkan perawatan.

2.4 Konsep Dasar Terapi Psikoreligius

2.4.1 Pengertian Terapi Psikoreligius

Terapi psikoreligius Dzikir berasal dari kata “Dzakar” yang berarti Ingat. Dzikir juga diartikan “menjaga dalam ingatan”. Jika berdzikir kepada Allah artinya kita tetap menjaga agar selalu ingat kepada Allah ta’alla. Dzikir menurut syara’ adalah mengingat Allah dengan etika tertentu yang sudah diciptakan dalam Al-Quran dan Hadist dengan tujuan mensucikan hati dan mengagungkan Allah. Tujuan dari dzikir

adalah untuk mensucikan hati dan jiwa, bersyukur atas apa yang telah diberikan Allah, menyehatkan tubuh, dan mencegah diri dari bahaya nafsu (Putri et al., 2021).

Terapi dzikir ini mengkombinasikan pendekatan kesehatan jiwa modern dan pendekatan aspek religious atau keagamaan yang bertujuan meningkatkan mekanisme coping atau mengatasi masalah karena dengan berdzikir dapat membersihkan pikiran secara psikologis, menimbulkan ketenangan batin dan keteduhan jiwa sehingga pasien halusinasi dapat terkontrol. (Pratiwi et al., 2022)

Terapi psikoreligius dzikir adalah terapi yang menggunakan media dzikir pada proses penerapannya. Penerapan psikoreligius dzikir pada pasien halusinasi bertujuan untuk mengontrol halusinasi, karena aspek ini ditunjukan untuk memaksimalkan manfaat dari pengalaman, pengobatan dan perasaan damai bagi pasien, sehingga perlu disediakan sarana ibadah seperti bacaan dzikir, kitab suci dan sebagainya.

Terapi Spiritual:Dzikir secara Islami, yaitu suatu perlakuan dan pengobatan yang ditujukan kepada penyembuhan suatu penyakit mental, kepada setiap individu, dengan kekuatan batin atau ruhani, yang berupa ritual keagamaan bukan pengobatan dengan obat-obatan, dengan tujuan untuk memperkuat iman seseorang agar ia dapat mengembangkan potensi diri dan fitrah beragama yang dimilikinya secara optimal, dengan cara mensosialkan nilai-nilai yang terkandung di dalam al- Quran dan as-Sunnah ke dalam diri. Seperti melakukan shalat wajib, berdoa dan berzikir dari perbuatan tersebut dapat membuat hidup selaras, seimbang dan sesuai dengan ajaran agama (Yusuf, 2015).

Terapi spiritual atau terapi religius yang antara lain dzikir, apabila dilafalkan secara baik dan benar dapat membuat hati menjadi tenang dan rileks. Terapi dzikir juga dapat diterapkan pada pasien halusinasi, karena ketika pasien melakukan terapi dzikir dengan tekun dan memusatkan perhatian yang sempurna (khusyu') dapat memberikan

dampak saat halusinasinya muncul pasien bisa menghilangkan suarasuara yang tidak nyata dan lebih dapat menyibukkan diri dengan melakukan terapi dzikir (Hidayati, 2014). Sesuai penelitian terdahulu menyatakan setelah dilakukan terapi psikoreligius: dzikir pada pasien halusinasi pendengaran terjadi peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi (Dermawan, 2017).

2.4.2 Tujuan Terapi Psikoreligius

Tujuan dari dzikir adalah mengagungkan Allah, mensucikan hati dan jiwa, mengagungkan Allah selaku hamba yang bersyukur, dzikir dapat menyehatkan tubuh, dapat mengobati penyakit dengan metode Ruqyah, mencegah manusia dari bahaya nafsu (Janiarti, 2022).

Menenangkan dan konsentrasi. Dengan membaca doa dan pengingat, orang mempercayakan semua masalah kepada Allah, sehingga mengurangi tingkat stres mereka (Wulandari, 2021). Dzikir dapat mengusir, menundukkan dan membakar setan, karena dzikir bagaikan benteng yang sangat kokoh yang mampu melindungi seorang hamba dari serangan musuh-musuhnya.

Dzikir dapat menghilangkan kesedihan, kegundahan, dan depresi, dan dapat mendatangkan ketenangan, kebahagiaan dan kelapangannhidup. Karena dzikir mengandung psikoterapeutik yang mengandung kekuatan spiritual atau kerohanian yang dapat membangkitkan rasa percaya diri dan rasa optimisme yang kuat dalam diri orang yang berdzikir.

Dzikir dapat menghidupkan hati. Dzikir dapat menghapus dosa dan menyelamatkannya dari adzab Allah, karena dengan berdzikir dosa akan menjadi suatu kebaikan yang besar, sedang kebaikan dapat menghapus dan menghilangkan dosa.

2.4.3 Manfaat Terapi Psikoreligius

1. Meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien halusinasi pendengaran
2. Membersihkan pikiran secara psikologis, menimbulkan ketenangan batin dan ketiduhan jiwa sehingga terhindar dari stress, rasa cemas, takut dan gelisah.
3. Dapat mengurangi kecemasan seseorang
4. Dapat membantu seseorang dalam mengontrol pikiran negative
5. menimbulkan ketenangan batin dan ketiduhan jiwa sehingga terhindar dari stress, rasa cemas, takut dan gelisah

2.4.4 PROSEDUR TINDAKAN TERAPI PSIKORELIGIUS : Dzikir

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI DZIKIR

Manfaat	1. Meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien halusinasi pendengaran 2. Membersihkan pikiran secara psikologis, menimbulkan ketenangan batin dan ketiduhan jiwa sehingga terhindar dari stress, rasa cemas, takut dan gelisah.
Saran	Penerapan terapi dzikir
Kebijakan	Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi Pendengaran
Petugas	Perawat
Alat dan bahan	Alat : 1. Sarung (bagi pasien laki-laki) 2. Mukenah (bagi pasien perempuan) 3. Sajadah 4. Tasbih 5. Berpakaian yang sopan dan menutup aura
Waktu	3 hari 20 menit
Teknik	1. Tindakan sistematis dan berurutan 2. Tanggap terhadap reaksi pasien

Prosedur pelaksanaan	<p>Persiapan Alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung (bagi pasien laki-laki) 2. Mukenah (bagi pasien perempuan) 3. Sajadah 4. Tasbih 5. Berpakaian yang sopan dan menutup Aurat <p>Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat 2. Menempatkan alat didekat pasien Tahap <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 2. Melakukan kontrak waktu 3. Menjelaskan tujuan, manfaat dan cara penerapan terapi psikoreligius 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien <p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diberikan kesempatan untuk
-----------------------------	--

	<p>Berwudhu</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kemudian menyiapkan peralatan ibadah seperti sarung (laki-laki), mukenah (perempuan), sajadah, dan tasbih 3. Pasien duduk dengan nyaman, tenang, khusyu, berpakaian bersih dan rapi, (jika pasien laki-laki menggunakan sarung, jika pasien perempuan menggunakan mukenah) 4. Awali membaca Basmallah (Bismillahirrahmanirrahim) 5. Istigfar (Astaghfirullahhal'adzim) sebanyak 3 kali 6. Dilanjutkan dengan tasbih (Subhanallah) sebanyak 33 kali 7. Tahmid (Alhamdulillah) sebanyak 33 kali 8. Takbir (Allahuakbar) sebanyak 33 kali <p>Terminasi Evaluasi tindakan</p>
--	--

(*sumber Jurnal Widya Arisandy 2024*)