

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep teori skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham) afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Putri, 2017).

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (schism) antara pikiran, emosi dan perilaku pasien yang terkena. Perpecahan pada pasien digambarkan dengan adanya gejala fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, khususnya kelonggaran asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autisme dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi Stuart (2013, dalam Frabawanti, 2019).

2.1.2 Etiologi

Stuart (2016) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

a. Faktor predisposisi

menunjukkan bahwa adanya peningkatan resiko penyakit pada orang di tingkat pertama (orang tua , saudara, keturunan) atau pada tingkat kedua (kakek nenek, sepupu, paman, bibi,) pada skizofrenia. Namun banyak orang yang terkena skizofrenia tidak memiliki kerabat atau saudara yang memiliki gangguan skizofrenia, maka kontribusi gen tertentu sangatlah kecil. Skizofrenia disebabkan oleh berbagai mekanisme seperti biologis, lingkungan dan pengalaman, seperti

anak yang diasuh oleh keluarga atau orang tua dengan skizofrenia maka anak tersebut memiliki resiko sama seperti orang tua mereka. Faktor yang kedua yaitu neurobiologi, faktor ini menunjukkan adanya kelainan pada anatomi, fungsional, dan neurokimia dalam kehidupan dan system otak mortem skizofrenia. Adanya penelitian yang menunjukkan bahwa korteks prefrontal dan korteks limbik mungkin tidak sepenuhnya bisa berkembang pada otak seseorang dengan skizofrenia. Hasil penelitian pada neurobiologi yang bisa konsisten yaitu adanya penurunan volume pada otak dan juga adanya perubahan pada system neurotransmitter.

b. Faktor presipitasi

Terjadinya skizofrenia adalah yang pertama faktor biologis yaitu adanya penurunan mekanisme gating yang tidak normal mungkin terjadi pada gangguan skizofrenia. Gating ini merupakan adanya proses kelistrikan yang melibatkan elektrolit. Hal ini berhubungan dengan adanya hambatan dan juga rangsangan potensial aksi saraf serta adanya umpan balik yang terjadi di dalam system saraf yang berhubungan dengan system penyelesaian transmisi saraf. Jadi adanya penurunan pada mekanisme gating ini menyebabkan ketidakmampuan seseorang untuk menyeleksi rangsangan yang sudah ada. Kemudian adanya penilaian terhadap stressor, meskipun belum ada penelitian yang menyebutkan bahwa stress dapat menjadi penyebab skizofrenia, tetapi skizofrenia ini tidak hanya menyebabkan munculnya stress, tetapi bisa menjadi lebih buruk oleh stress.

Masalah yang terkait dengan coping stress dapat menyebabkan munculnya kembali gejala tersebut. Sumber coping yaitu sumber daya pada keluarga seperti pemahaman orang tua tentang penyakit tersebut, adanya faktor ekonomi yang

cukup, tersedianya waktu dan tenaga yang cukup, dan memiliki kemampuan untuk memberikan dukungan yang sifatnya berkelanjutan akan mempengaruhi jalannya penyesuaian pada gangguan jiwa. Adanya mekanisme koping pada proses penyesuaian dengan keadaan gangguan jiwa, pasien juga harus aktif menggunakan mekanisme koping yang adaptif. Mekanisme koping yang termasuk strategi koping kognitif, emosional, interpersonal, fisiologis, dan spiritual, yang dapat berfungsi sebagai alat dasar perumusan tindakan keperawatan.

2.1.3 Klasifikasi

Menurut (Singh et al., 2020), klasifikasi skizofrenia terbagi menjadi enam bagian yaitu:

1. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan kecurigaan yang tidak masuk akal dan terutama gejala positif. Positif berarti bahwa gejala-gejala ini biasanya merespons perawatan medis. Pasien disibukkan dengan setidaknya delusi penganiayaan atau sering mengalami halusinasi pendengaran. Orang dengan delusi paranoid curiga terhadap orang lain secara tidak masuk akal. Hal ini dapat mempersulit mereka untuk mempertahankan pekerjaan, menjalankan tugas, melanjutkan pertemanan, dan bahkan mengunjungi dokter. Selain itu, gejala skizofrenia lainnya seperti bicara tidak teratur, afek datar, katatonik, atau perilaku tidak teratur, tidak ada atau kurang menonjol dibandingkan gejala positif ini 2.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia Hebefrenik ini ditandai dengan gejala yang tidak teratur. Agar sesuai dengan kriteria untuk subtype ini, gejala berikut harus ada:

a. Bicara Tidak Teratur

Tanda-tanda bicara yang tidak teratur melibatkan asosiasi yang longgar, ketekunan, neologisme, dan Hampir tidak mungkin untuk memahami apa yang dikatakan orang tersebut.

b. Perilaku Tidak Terorganisir

Tanda-tanda perilaku tidak teratur termasuk agitasi, kesulitan dalam bertindak dengan tepat dalam situasi sosial, memakai banyak lapisan pakaian di hari yang hangat, kekonyolan seperti anak kecil, perilaku seksual yang tidak pantas di depan umum, buang air kecil di depan umum dan mengabaikan kebersihan pribadi, kesulitan memulai atau menyelesaikan.

c. *Flat or Inappropriate Affect*

Flat or Inappropriate Affect ini adalah kurangnya menunjukkan emosi yang ditandai dengan ekspresi wajah lesu dan tidak berubah dan sedikit atau tidak ada perubahan dalam kekuatan, nada, atau nada suara. Rentang ekspresi yang sangat terbatas ini terjadi bahkan dalam situasi yang biasanya tampak sangat menyenangkan atau sangat menyedihkan. Misalnya, setelah mendengar berita bagus, seseorang dengan skizofrenia mungkin tidak tersenyum, tertawa, atau tidak memiliki kegembiraan dalam tanggapan mereka (misalnya, kontak mata yang buruk, kurangnya ekspresi wajah).

3. Skizofrenia Katatonik

Tanda-tandanya meliputi stupor katatonik dan kekakuan motorik atau eksitasi katatonik. Pasien tidak dapat berbicara, merespon atau bahkan bergerak. Mereka menunjukkan kegembiraan yang parah atau mania dalam kasus lain. Tanda-

tanda kegembiraan katatonik adalah mengoceh atau berbicara tidak jelas. Lebih lanjut, skizofrenia katatonik juga dapat mencakup echolalia dan echopraxia. Hal ini disebabkan oleh kekhasan gerakan involunter seperti postur aneh, meringis, atau gerakan stereotip (misalnya mengayun, melambai, menggigit kuku).

4. Skizofrenia tidak berdiferensiasi

Skizofrenia tidak berdiferensiasi Ini adalah kategorisasi untuk orang-orang yang tidak sesuai dengan tiga kategori sebelumnya (paranoid, tidak teratur, katatonik). Individu-individu ini mengalami delusi, halusinasi, disorganisasi, perilaku katatonik, efek datar, energi rendah, paranoia, perlambatan psikomotor dan penarikan sosial.

5. Skizofrenia residual

Pasien tidak mengalami delusi, halusinasi, bicara yang tidak teratur, atau perilaku yang tidak teratur atau katatonik. Di sisi lain, mereka mengalami gejala negatif dari skizofrenia, misalnya, sulit memusatkan perhatian, menarik diri dari pergaulan, apatis, penurunan bicara, dll.

6. Gangguan Skizoafektif

Gangguan ini ditandai dengan perva-defisit sive/persistent dalam keterampilan sosial dan interpersonal, perilaku eksentrik, ketidaknyamanan membentuk hubungan pribadi yang dekat, serta distorsi kognitif dan persepsi. Orang dengan kondisi tersebut mengalami gejala psikotik, seperti halusinasi atau delusi, serta gejala mania atau episode bipolar depresi atau campuran keduanya.

2.1.4 Tanda dan gejala

Menurut (Yosep & Sutini, 2019) gejala-gejala yang muncul pada penderita skizofrenia yaitu terbagi menjadi dua:

1. Gejala Positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, member kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya pada penderita skizofrenia, lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses atau mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

2. Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa

melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien skizofrenia tidak bisa merasakan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

2.2 Konsep teori halusinasi

2.2.1 Definisi

Halusinasi adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2017). Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, sehingga klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Azizah, 2016).

2.2.2 Etiologi

a. Faktor Predisposisi

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

a. Biologis

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

b. Psikologis

Respon psikologis pasien dipengaruhi oleh keluarga dan lingkungan pasien. Penolakan atau tindakan kekerasan yang terjadi dalam

hidup pasien adalah sikap atau keadaan yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan orientasi realitas.

c. Sosial Budaya

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

b. Faktor Presipitasi

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

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

2.2.3 Klasifikasi

1. Halusinasi Pendengaran (Auditory)

Klien mendengar suara dan bunyi tidak berhubungan dengan stimulasi nyata dan orang lain tidak mendengarnya.

2. Halusinasi Penglihatan (visual)

Klien melihat gambar yang jelas atau samar tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak melihat.

3. Halusinasi penciuman (Olfactory)

Klien mencium bau yang muncul dari sumber tentang tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak mencium.

4. Halusinasi pengecapan (Gustatory)

Klien merasa makan sesuatu yang tidak nyata. Biasa merasakan makanan yang tidak enak.

5. Halusinasi perabaan (Taktil)

Klien merasakan sesuatu pada kulit tanpa stimulus yang nyata.

2.2.4 Manifestasi klinis

Menurut (PPNI, 2016) tanda dan gejala halusinasi penting perlu diketahui oleh perawat agar dapat menetapkan masalah halusinasi, antara lain:

1. Respon tidak sesuai
2. Bersikap seolah mendengar sesuatu
3. Menyendiri
4. Melamun
5. Konsentrasi buruk
6. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
7. Curiga
8. Melihat ke satu arah
9. Mondar-mandir
10. Berbicara sendiri

2. Respon psikososial

Respon psikososial meliputi :

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

3. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c. Kerusakan proses emosi perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan sesuatu yang tidak teratur. Isolasi sosial adalah kondisi yang dialami oleh individu dan diterima sebagai

ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.2.6 Tahap halusinasi

Menurut (Kusumawati & Hartono, 2010) tahapan terbagi menjadi empat yaitu:

1. Tahap Comforting (Fase Menyenangkan)

Klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Perilaku klien : Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

2. Tahap Condemning (Halusinasi menjadi menjijikan)

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berpikir sendiri menjadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak mau orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontronya. Perilaku klien: meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asyik dengan dengan halusinasinya dan tidak bias membedakan realitas. Pada tahap ini klien mampu di berikan terapi dzikir.

3. Tahap Controlling (Pengalaman sensori menjadi berkuasa)

Bisikan, suara, isi halusinasi, semakin menenjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya. Karakteristik klien : Kemauman dikendalikan halusinasi, rentan perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat,

tremor dan tidak mampu mematuhi perintah. Pada tahap ini klien mampu diberikan terapi dzikir.

4. Tahap Concuering (Klien lebur dengan halusinasinya, panik)

Halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang control, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan. Perilaku klien : perilaku teror akibat panic, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dibagi menjadi 2 yaitu penatalaksanaan Farmakologi dan Non Farmakologi. Penatalaksanaan Keperawatan Farmakologi menurut Rasmun (2009) antara lain :

1. Clorparomazine

a. Indikasi

Kesadaran diri terganggu, daya nilai normal sosial tilik diri terganggu, berdaya berat dalam fungsi mental : waham, halusinasi, gangguan perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

b. Mekanisme kerja

Memblokade dopamina pada reseptor paska sinap di otak khususnya sistem ekstrapiramidal.

c. Efek samping

- Sedasi (penenang)

- Gangguan otonomik (hipotensi, anti kolinergik), mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung)
- Gangguan ekstrapiramidal (dystonia akut, akathisia, sindrom Parkinson tremor, bradikardia, rigidity)
- Gangguan endokrin (amenorrhoe, ginekomasti)
- Metabolik
- Hematologik (pendarahan) biasanya untuk pemakaian jangka panjang.

2. Haloperidol

a. Indikasi

Berdaya berat dalam kemampuan menilai realita dalam fungsi netral serta dalam fungsi kehidupan sehari-hari

b. Mekanisme kerja

Obat ini anti psikosis dalam memblokir dopamina pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal

c. Efek samping

- Sedasi dan Inhibisi psikomotor
- Gangguan otonomik (hipotensi, anti kolinergik, mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung)

3. Trihexyphenidil

a. Indikasi

Segala jenis penyakit Parkinson, termasuk pasca ensefalitis dan idiopatik, sindrom Parkinson akibat obat misalnya reserpine dan fenotiazine.

b. Mekanisme kerja

Sinergis dengan kinidine, obat anti depresi trisiklin dan antikolinergik lainnya.

c. Efek samping

Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, bingung, agitasi, konstipasi, takhikardi, dilatasi, ginjal, retensi urine.

Sedangkan penatalaksanaan Keperawatan Non Farmakologi pada pasien halusinasi menurut (Keliat & Akemat, 2010) yaitu:

- 1) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Kognitif/Persepsi klien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien di evaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini, diharapkan respon terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Aktivitas berupa stimulus dan persepsi. Stimulus yang disediakan yaitu membaca artikel atau majalah, membaca buku, puisi, menonton acara TV (ini merupakan stimulus yang disediakan), stimulus dari pengalaman masa lalu yang menghasilkan proses persepsi klien yang maladaptif atau destruktif misalnya kemarahan, kebencian, putus hubungan, pandangan negatif pada orang lain dan halusinasi. Kemudian persepsi klien dilatih terhadap stimulus.
- 2) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Sensori Aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensori klien. Kemudian di observasi reaksi sensori klien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara non verbal (ekspresi wajah dan gerakan tubuh).

Biasanya klien yang tidak mau mengungkapkan komunikasi verbal akan terstimulasi emosi dan perasaanya, serta menampilkan respon. Aktivitas yang digunakan sebagai stimulus adalah music, seni menyanyi, menari. Jika hobi klien diketahui sebelumnya, dapat dipakai sebagai stimulus, misalnya lagu kesukaan klien dapat digunakan sebagai stimulus.

2.3 Evidence Based Practice : Terapi dzikir pada halusinasi

2.3.1 Definisi

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 suar-suara 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).

2.3.2 Tujuan

Untuk mengetahui pengaruh terapi psychoreligious Dzikir terhadap perubahan persepsi sensorik pada pasien halusinasi pendengaran. Terapi spiritual adalah kegiatan ritual keagamaan seperti berdoa, berdzikir, memuji Tuhan, ceramah agama, studi kitab suci. (6) Terapi spiritual atau terapi religi dzikir, jika diucapkan dengan baik dan benar dapat membuat hati menjadi tenang dan rileks. Terapi zikir juga dapat diterapkan pada pasien halusinasi, karena ketika pasien melakukan terapi zikir dengan tekun dan memusatkan perhatian dengan sempurna (khusu') dapat berdampak ketika halusinasi muncul, pasien dapat menghilangkan suara-suara yang tidak nyata dan dapat lebih sibuk dengan zikir (Dermawan, 2017).

Terapi psikoreligius dzikir merupakan terapi yang menggunakan media dzikir mengingat Allah yang bertujuan memfokuskan pikiran dan menenangkan hati (Aini Zulaina, 2017)

2.3.3 Indikasi

Berdasarkan Tanda dan gejala pada indikator Afektif paling banyak dialami responden seperti senang dengan halusinasinya, merasa terganggu, ketakutan, khawatir dan curiga. Pada indicator fisiologis paling banyak dialami responden seperti kewaspadaan, tekanan darah dan keringat dingin meningkat. Pada tanda dan gejala pada indikator perilaku paling banyak dialami responden seperti menggerakkan bibirnya/komat-kamit, cenderung mengikuti halusinasinya dari pada menolak, daya tilik dirikurang, penampilan tidak sesuai, dan menunjukan-nunjuk kearah tertentu. Tanda dangejala pada indikator sosial paling banyak

dialami responden seperti Acuh dengan lingkungan, Kesulitan menjalin hubungan dengan orang lain, dan Tidak tertarik dengan kegiatan harian. Dampak yang terjadi dari halusinasi adalah seseorang dapat kehilangan control dirinya sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun merusak lingkungan, hal ini terjadi dimana seseorang yang mengalami halusinasi sudah mengalami panic dan perilakunya dikendalikan oleh pikiran halusinasinya. Dalam situasi ini seseorang yang mengalami halusinasi dapat melakukan bunuh diri bahkan bisa membunuh orang lain (Hartono.Y., 2012)

2.3.4 Pedoman pelaksanaan

Salah satu terapi alternatif yang dapat dikombinasikan dengan terapi generalis adalah terapi dzikir (Emulyani & Herlambang, 2020). Dzikir merupakan ibadah verbal ritual, yang tidak terikat dengan waktu, tempat atau keadaan. Berdzikir dan berdoa seharusnya tidak hanya menjadi ritual seremonial sesudah selesai sholat atau dalam berbagai acara atau upacara. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Akbar dan Rahayu (2021) pada pasien halusinasi pendengaran di ruang UPIP RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang menunjukkan adanya peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi setelah pemberian terapi psikoreligius: dzikir sebagai suatu upaya terapi non farmakologi pada pasien halusinasi pendengaran.

Pelaksanaan terapi dzikir menurut Emulyani & Herlambang (2020) dilakukan selama 7 hari dengan durasi waktu 10-20 menit dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Membaca Basmallah (Bismillahirrahmanirrahim) sebelum dzikir
2. Istighfar (Astaghfirullahal'adzim) sebanyak 33 kali,

3. Tahlil (La ilaha illallah) 33 kali
4. Tasbih (Subhanallah) 33 kali
5. Tahmid (Alhamdulillah) 33 kali
6. Takbir (Allahu akbar) 33 kali

2.5 Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Halusinasi

I. PENGKAJIAN

1. Identitas Klien

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

2. Alasan Masuk

Alasan masuk klien hingga dibawa ke rumah sakit.

3. Faktor predisposisi

a. Faktor biologis

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

b. Faktor psikologis

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

c. Faktor sosial budaya

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

4. Faktor presipitasi

a. Biologis

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

b. Lingkungan

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

c. Stres sosial / budaya

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

d. Faktor psikologik

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

e. Mekanisme koping

Mekanisme koping yang digunakan pasien halusinasi adalah respon neurobiologis maladaptif yaitu: regresi untuk menangani kecemasan dan proyeksi untuk menjelaskan kerancuan persepsi dan menarik diri.

f. Sumber koping

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

g. Perilaku halusinasi

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

II. ANALISA DATA

Tabel 2.1 Analisa Data Halusinasi

Data Fokus	Masalah keperawatan
DS :	Gangguan Persepsi Sensori :
- Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	halusinasi
- Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan	
DO:	
- Distorsi sensori	
- Respons tidak sesuai	

-
- Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu
-

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
2. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
3. Resiko perilaku kekerasan

IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tabel 2.2 Strategi Pelaksanaan Halusinasi Pendengaran

Diagnosa	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran	Pasien mampu : <ul style="list-style-type: none"> - Mengenali halusinasi yang dialaminya - Mengontrol Halusinasinya - Mengikuti program pengobatan 	Setelah 1 x pertemuan, pasien dapat menyebutkan : <ul style="list-style-type: none"> - Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan - Mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi 	SP I <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) - Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Tahapan tindakannya meliputi : <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan cara menghardik halusinasi - Peragakan cara menghardik - Minta pasien memperagakan ulang - Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien - Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

		<p>Setelah 1 x pertemuan, pasien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain 	<p>SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) - Latih berbicara / bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul - Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
		<p>Setelah 1 x pertemuan pasien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya. 	<p>SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan 2) - Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul <p>Tahapannya :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi - Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien - Latih pasien melakukan aktivitas

			<ul style="list-style-type: none"> - Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) <p>Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku pasien yang (+)</p>
		<p>Setelah 1 x pertemuan, pasien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Menyebutkan manfaat dari program pengobatan 	<p>SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2&3) - Tanyakan program pengobatan - Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa - Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program - Jelaskan akibat bila putus obat - Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat - Jelaskan pengobatan (5B) - Latih pasien minum obat - Masukkan dalam jadwal harian pasien

	Keluarga mampu : Merawat pasien di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien	Setelah 1 x pertemuan keluarga mampu menjelaskan tentang halusinasi	SP 1 <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien - Jelaskan tentang halusinasi : <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian halusinasi - Jenis halusinasi yang dialami pasien - Tanda dan gejala halusinasi - Cara merawat pasien halusinasi (cara berkomunikasi, pemberian obat & pemberian aktivitas kepada pasien) - Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau - Bermain peran cara merawat - Rencana tindak lanjut keluarga, jadwal keluarga untuk merawat pasien
		Setelah 1 x pertemuan keluarga mampu : <ul style="list-style-type: none"> - Menyelesaikan kegiatan yang sudah dilakukan 	SP 2 <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1) - Latih keluarga merawat pasien

		- Memperagakan cara merawat pasien	- RTL keluarga / jadwal keluarga untuk merawat pasien
		Setelah 1 x pertemuan keluarga mampu : - Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Memperagakan cara merawat pasien serta mampu membuat RTL	SP 3 - Evaluasi kemampuan keluarga (SP 2) - Latih keluarga merawat pasien - RTL keluarga / jadwal keluarga untuk merawat pasien

V. IMPLEMENTASI

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

VI. EVALUASI

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

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

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

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

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