



## **PENERAPAN TERAPI PSIKORELIGI DZIKIR UNTUK MENURUNKAN HALUSINASI PADA KLIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH BINAAN PUSKESMAS AMBARAWA**

**Anggarawati Tuti<sup>a</sup>, Primanto Rico<sup>b</sup>, Khosim A Nanang<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> D III Keperawatan, [tutianggarawati@gmail.com](mailto:tutianggarawati@gmail.com), STIKES Kesdam IV/Diponegoro

<sup>b</sup> D III Keperawatan, [ricoprimento@gmail.com](mailto:ricoprimento@gmail.com), STIKES Kesdam IV/Diponegoro

<sup>c</sup> D III Keperawatan, [nanangmch@gmail.com](mailto:nanangmch@gmail.com), STIKES Kesdam IV/Diponegoro

### **ABSTRACT**

*Schizophrenia is a mental disorder that occurs in the long term which causes patients to experience hallucinations, delusions or delusions, and changes in behavior, with symptoms of psychosis. the patient has difficulty distinguishing reality from his own thoughts. Hallucinations are disruptions to reality orientation characterized by a person giving a response or assessment without any stimulus received by the five senses, as a result of perceptual disturbances such as feeling false sensors in the form of sound, sight, taste, touch or smell. Dzikir psychoreligious therapy is a therapy with a religious approach that can reduce hallucinations in hallucinations in schizophrenic clients. The type of research used is descriptive with a case study approach method. The subjects used were 2 people with the criteria of being Muslim, had signs and symptoms of hallucinations and had undergone SP 1 and SP 2. Measurement of hallucinations using a hallucination measurement questionnaire. Dzikir psychoreligious therapy is carried out for 7 consecutive days. The results of data analysis showed that subject I experienced a decrease in hallucinations from a score of 35 (sufficient ability) to 16 (good ability), subject II from a score of 30 (sufficient ability) to 13 (good ability). The case study results concluded that there was a decrease in hallucinations in schizophrenic clients. Dzikir psychoreligious therapy is recommended as a nursing intervention in reducing hallucinations in schizophrenic clients because it can provide peace, peace, happiness and peace of mind.*

**Keywords :** Schizophrenia, hallucinations, dzikir psychoreligious therapy

### **ABSTRAK**

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang terjadi dalam jangka panjang yang mengakibatkan pasien mengalami halusinasi, delusi atau waham, dan perubahan perilaku, dengan gejala psikosis yaitu kondisi dimana pasien kesulitan membedakan kenyataan dengan pikirannya sendiri. Halusinasi merupakan gangguan orientasi realita yang di tandai dengan seseorang memberikan tanggapan atau penilaian tanpa adanya stimulus yang di terima oleh panca indra, sebagai dampak dari gangguan persepsi seperti merasakan sensor palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghidu. Terapi Psikoreligi dzikir merupakan terapi dengan pendekatan keagamaan yang dapat menurunkan halusinasi pada klien skizofrenia. Jenis penelitian yang digunakan deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Subjek yang digunakan sejumlah 2 orang dengan kriteria beragama Islam, mempunyai tanda dan gejala halusinasi dan sudah menjalani SP 1 dan SP 2. Pengukuran halusinasi menggunakan kuisioner pengukuran halusinasi. Terapi psikoreligi Dzikir dilaksanakan selama 7 hari berturut-turut. Hasil analisa data didapatkan subjek I mengalami penurunan halusinasi dari skor 35 (kemampuan cukup) menjadi 16 (kemampuan baik), subjek II dari skor 30 (kemampuan cukup) menjadi 13 (kemampuan baik). Hasil studi kasus menyimpulkan terdapat penurunan halusinasi pada klien skizofrenia. Terapi psikoreligi dzikir direkomendasikan sebagai intervensi keperawatan dalam menurunkan halusinasi pada klien skizofrenia karena dapat memberikan ketenangan, kedamaian, kebahagiaan dan ketentraman jiwa.

**Kata Kunci :** Skizofrenia, halusinasi, terapi psikoreligi dzikir

### **1. PENDAHULUAN**

Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola psikologis atau pola perilaku yang penting secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distres atau penderitaan dan menimbulkan bahaya pada satu atau lebih

fungsi kehidupan manusia. Seseorang mengalami gangguan jiwa apabila ditemukan adanya gangguan pada kesadaran, perhatian, emosi, perilaku motorik, proses pikir, bicara, persepsi, daya ingat, inteligensia, tilikan dan pertimbangan.(3) Dapat dikatakan bahwa gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut dibagi kedalam dua golongan yaitu : Gangguan Jiwa (Neurosa) dan Sakit Jiwa (Psikosa).(4) Hasil survey World Health Organization (WHO 2017) menyatakan penduduk dunia menderita masalah gangguan jiwa hampir 450 juta jiwa. Di Asia Tenggara mencapai lebih dari 68 juta jiwa dengan jumlah tertinggi yaitu Indonesia sekitar 27,3 juta jiwa. Penyebab kecacatan YLDs (Years Lived With Disability) secara global kontributor terbesar adalah gangguan mental sebesar 14,4% dan di Indonesia mencapai 13,4% dibanding dengan penyakit lainnya. Hasil survey World Health Organization (WHO 2018) menyatakan saat ini diperkirakan sekitar 20 juta orang lebih di dunia terkena skizofrenia.1 Kasus gangguan jiwa berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) tahun 2018 meningkat sekitar 450 ribu gangguan jiwa berat. Jawa Tengah urutan ke tujuh dengan jumlah (8,7 per mil).(6) Profil kesehatan provinsi Jawa Tengah tahun 2019 menyatakan ODGJ Berat di Provinsi Jawa Tengah sebanyak 81.983 orang dan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar sebanyak 68.090 atau sebesar 83,1 persen.

Studi awal yang didapatkan di Puskesmas Ambarawa pada tahun 2020 klien dengan skizofrenia berjumlah 58 orang, berdasarkan wilayah kerja, Kelurahan Kupang menjadi urutan pertama dengan skizofrenia berjumlah 17 orang, untuk Kelurahan Pasekan terdapat 10 orang, dan Kelurahan Panjang 7 orang dengan skizofrenia.(8) Halusinasi merupakan gejala yang paling banyak ditemukan pada skizofrenia, lebih dari 70% klien skizofrenia mengalami halusinasi.(9) Halusinasi merupakan suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar, walaupun tampak sebagai suatu yang khayal, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang terobsesi. Ketika mengalami halusinasi perilaku klien biasanya mengalami marah tanpa sebab, berbicara atau tertawa sendiri, ketakutan kepada sesuatu yang tidak jelas, terjadi peningkatan denyut jantung, curiga atau bermusuhan, sulit berhubungan dengan orang lain. Dari perilaku itu mengakibatkan resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Ini diakibatkan karena pasien berada dibawah halusinasinya yang meminta dia untuk melakukan sesuatu hal diluar kesadarannya. Untuk mengurangi dampak yang ditimbulkan membutuhkan peran aktif perawat yang mempunyai keilmuan keperawatan jiwa.(3) Terapi modalitas merupakan terapi utama untuk proses keperawatan jiwa yang juga bertujuan menolong seseorang keluar dari kesulitannya dalam berbagai bidang kehidupan dan masalahnya termasuk dalam bidang gangguan psikiatrik.(10) Jenis terapi modalitas meliputi terapi individual, terapi lingkungan, terapi biologis, terapi kognitif, terapi keluarga, terapi perilaku, terapi bermain, dan terapi spiritual atau terapi religius.4 Terapi religius atau spiritual merupakan terapi dengan pendekatan terhadap kepercayaan yang dianut oleh klien dengan cara memberikan pencerahan.10 Pengalaman religius di bagian lobus temporal yang berlangsung beberapa detik saja dapat mempengaruhi emosional yang lama dan kuat sepanjang hidup dan dapat mengubah arah hidup. Salah satu bentuk terapi psikoreligi yaitu terapi dzikir.

## 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktifitas sehari-hari.5 Beberapa faktor penyebab skizofrenia antara lain:(5)

- a. Faktor genetik, saat ini belum teridentifikasi secara spesifik, namun pengaruh lokasi kromosom 6 pada gen dengan kromosom 4, 8, 15, 22 berhubungan dengan skizofrenia.
- b. Faktor keturunan atau bawaan adalah faktor penyebab yang tidak besar pengaruhnya bagi kemunculan skizofrenia.
- c. Ketidakseimbangan neurotransmitter (dopamin dan glutamat).
- d. Faktor lingkungan, contohnya kekurangan gizi selama kehamilan, dan stigma (penyebab kekambuhan pasien skizofrenia).

Fase Skizofrenia terbagi menjadi dua yaitu fase akut dan fase kronik. Pada fase akut, dimulai dari munculnya gejala sampai dengan sebelum enam bulan, di tandai dengan gejala positif dan gejala negatif. Fase kronik di tandai dengan gejala akut yaitu sudah berlangsung selama enam bulan atau lebih. Fase akut di tandai dengan pasien tidak memperhatikan kebersihan diri dan gangguan motorik atau pergerakan.5 Pengobatan skizofrenia menggunakan obat antipsikotik untuk mengatasi gejala psikotik.

### 2.2. Halusinasi

Halusinasi adalah salah satu gejala yang sering di temukan pada pasien gangguan jiwa dan identik dengan skizofrenia.14 Halusinasi yaitu gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien

memperepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Ketika penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Jenis halusinasi antara lain halusinasi pendengaran (akustik, auditorik), halusinasi penglihatan (visual), halusinasi penghidu (olfaktori), halusinasi peraba (taktil, kinaestetik), halusinasi pengecap (gustatorik), halusinasi sinestet. Halusinasi berkembang melalui empat fase, dan setiap fase mempunyai karakteristik yang berbeda yaitu sebagai berikut:(3)

- a. Fase pertama (fase comforting) yaitu fase menyenangkan, dimana tahap ini nonpsikotik dengan karakteristik pasien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Pasien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cari ini hanya menolong sementara. Perilaku klien biasanya tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.
- b. Fase kedua (fase condemning atau ansietas berat) yaitu halusinasi menjadi menjijikkan dan termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik pasien biasanya mempunyai pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berpikir sendiri jadi dominan mulai merasakan ada bisikan yang tidak jelas. tidak ingin orang lain mengetahui, dan pasien tetap dapat mengontrolnya. Perilaku pasien dengan meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Pasien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.
- c. Fase ketiga (fase controlling atau ansietas berat) yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa dan pasien menyerang pada halusinasinya. Karakteristiknya yaitu bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol pasien. Pasien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya. Perilaku pasien : kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Mempunyai tanda-tanda fisik berupa pasien berkeringat, tremor dan tidak mampu mematuhi perintah.
- d. Fase keempat (Fase conquering atau panik) yaitu klien lebur dengan halusinasinya, termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi klien. Pasien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan. Dilihat dari perilaku pasien menunjukkan perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katakonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

Proses terjadinya halusinasi dapat dibagi menjadi dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi:(9)

- a. Faktor Predisposisi
  - 1) Biologis yaitu adanya faktor herediter mengalami gangguan jiwa, adanya resiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan Napza. Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami ketika ditunjukkan dengan penelitian-penelitian seperti penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik. Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).
  - 2) Psikologis yang mempengaruhi respon dan kondisi psikologis pasien yaitu keluarga, pengasuh dan lingkungan klien. Salah satu sikap atau keadaan yang bisa mempengaruhi gangguan orientasi realitas yaitu penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien adanya kegagalan yang berulang, kurangnya kasih sayang, atau overprotektif.
  - 3) Sosial Budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.
- b. Faktor Presipitasi:3
  - 1) Biologis seperti Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

- 2) Stress lingkungan , dimana ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.
- 3) Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor

Tanda dan gejala halusinasi di nilai dari observasi pasien dan ungkapan pasien antara lain: bicara, senyum sendiri dan ketawa sendiri. menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, dan respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain, dan berusaha menghindari diri dari orang lain., tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan keadaan tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik dan berkonsentrasi dengan pengalaman sensorinya., curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain, dan lingkungannya) dan takut, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah, tidak mau mengikuti perintah dari perawat., tampak tremor dan berkeringat, perilaku panik, agitasi dan katon.

### 2.2.1 Dampak halusinasi

Dampak halusinasi yaitu resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Ini diakibatkan karena pasien berada dibawah halusinasinya yang meminta pasien untuk melakukan sesuatu di luar kesadarannya.<sup>3</sup> Dampak halusinasi juga sering muncul hysteria, rasa lemah dan tidak mencapai tujuan, ketakutan yang berlebihan, pikiran yang buruk yang ketika sampai pada fase IV (fase conquering).<sup>5</sup> Pasien juga bisa kehilangan kontrol dirinya sehingga pasien bisa melakukan bunuh diri (suicide), membunuh orang lain (homicide) dan bahkan merusak lingkungan sekitar.<sup>(15)</sup>

### 2.2.2 Penatalaksanaan

Pengobatan harus secepat mungkin diberikan, disini peran keluarga sangat penting karena setelah mendapat perawat di RSJ pasien dinyatakan boleh pulang sehingga keluarga mempunyai peranan yang sangat penting di dalam merawat pasien, menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif dan sebagai pengawas minum obat. Pengobatan atau terapi sebagai berikut: (3)

- a. Farmakoterapi  
Neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat pada penderita sekizofrenia yang menahun.
- b. Terapi kejang listrik  
Merupakan pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui elektrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.
- c. Psikoterapi dan Rehabilitasi  
Terapi psikoterapi individual atau kelompok sangat membantu karena perhubungan dengan prsaktis dengan maksud pasien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik mebantu pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Dimaksudkan agar pasien tidak mengasingkan diri dengan terapi modalitas. Terapi modalitas merupakan terapi utama untuk proses keperawatan jiwa yang juga bertujuan menolong seseorang keluar dari kesulitannya dalam berbagai bidang kehidupan dan masalahnya termasuk dalam bidang gangguan psikiatrik.<sup>(10)</sup>

Tindakan keperawatan sangat dibutuhkan dalam mengurangi tanda dan gejala halusinasi sehingga pasien dapat mengoptimalkan kemampuannya dan pasien dapat hidup sehat dengan masyarakat. Tindakan dengan nilai spiritual atau psikoreligi merupakan modifikasi tindakan keperawatan yang dapat mempercepat penyembuhan. Terapi psikoreligi merupakan terapi dengan pendekatan terhadap kepercayaan yang dianut oleh pasien dengan cara memberikan pencerahan agama.<sup>(10)</sup> Tujuan terapi spiritual terapi spiritual antara lain:

- 1) Mereduksi lamanya waktu perawatan pasien gangguan psikis
- 2) Memperkuat mentalitas dan konsep diri pasien
- 3) Pasien gangguan psikis berasal dari persepsi yang salah terkait dengan dirinya, orang lain dan lingkungan, dengan terapi psikoreligi maka pasien akan di kembalikan persepsinya terkait dengan dirinya, orang lain dan lingkungan
- 4) Mempunyai efek positif dalam menurunkan stres.

Salah satu tindakan keagamaan yang pnting adalah berdoa, yaitu memanjakan permohonan kepada Allah SWT supaya memperoleh sesuatu kehendak yang diridhoi.<sup>4</sup> Nilai psikoreligi berdoa yang dapat menurunkan tanda dan gejala halusinasi adalah dzikir.<sup>12</sup> Terapi dzikir jika sering dilakukan dengan baik akan menumbuhkna jiwa yang tenang terlebih saat emosi meningkat, dengan terapi dzikir ini diterapkan

dan dilakukan secara mandiri memberikan manfaat positif, emosi akan meredam dan seseorang akan merasakan kedamaian pada jiwa dan lebih dekat dengan Sang Pencipta.(16)

### 3. METODOLOGI PENELITIAN

Studi kasus ini menggunakan penelitian deskriptif yaitu penelitian yang berusaha mendeskripsikan dan menginterpretasikan sesuatu. Contohnya kondisi atau hubungan yang ada, pendapat yang berkembang, proses yang berlangsung, akibat atau efek yang terjadi atau tentang kecenderungan yang tengah berlangsung.(18) Tujuan penelitian deskriptif yaitu untuk membuat deskripsi, gambaran, atau lukisan secara sistematis faktual dan akurat mengenai fakta-fakta sifat-sifat serta hubungan antara fenomena yang di selidiki. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan penerapan terapi psikoreligi dzikir untuk menurunkan tanda dan gejala halusinasi pasien skizofrenia. Subjek studi kasus dalam penerapan terapi ini melibatkan 2 responden yang di amati secara mendalam. Subjek dengan kriteria inklusi dan eksklusi berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan. Instrumen studi kasus menggunakan lembar kuesioner pengukuran halusinasi terdapat 12 pertanyaan terdiri dari respon kognitif, afektif, perilaku, dan sosial. (9) Terapi dzikir dilaksanakan 7 kali selama 7 hari dibimbing diarahkan dan diamati supaya subjek dapat melaksanakan sesuai tahapan yang di rencanakan. Setiap tindakan dilaksanakan selama 20-30 menit secara tatap muka pada waktu dan tempat yang disepakati subjek. Analisis data dilakukan dengan cara mengukur tingkat halusinasi sebelum pemberian terapi religius dzikir dan setelah terapi religius dzikir.(12) Data disajikan dengan tabel dan narasi.

### 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Gambaran subyek

Subyek I berusia 29 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMP, subjek tidak bekerja, subjek belum menikah, subjek merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara. Subjek mengatakan saat ini masih sering mendengar suara-suara seperti mangajak, menyuruh, dan bercakap-cakap. Subjek mengatakan mendengar suara tersebut jika sendirian dan sedang melamun, saat mendengar suara-suara tersebut pasien mengusir suara-suara dan kadang membiarkan suara tersebut mengganggu sampai suara tersebut hilang.

Pada faktor predisposisi dan presipitasi, keluarga mengatakan subjek pernah mengalami gangguan jiwa sejak 11 tahun yang lalu. Subjek I pernah dirawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2017 dengan alasan masuk sering marah-marah, tidak bisa tidur, berbicara sendiri dan mondar mandir seperti orang kebingungan. Selain alasan tersebut faktor yang mencetuskan Subjek I masuk RSJ adalah putus obat. Subjek I pertama kali masuk RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2010 dengan alasan mempunyai masalah perkelahian dan korban bullying dengan teman sekolahnya waktu kelas 3 SMA sehingga tidak bisa menyelesaikan pendidikannya, setelah kejadian itu Subjek I tidak bisa tidur selama 6 hari dan mendengarkan bisikan suara yang menjengkelkan sehingga Subjek I memarahi setiap orang yang didekatnya. Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti subjek I. Saat ini subjek masih mengkonsumsi obat Olanzapin 1x10mg dan Depakote ER 1x250mg.

Subyek II, berusia 47 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, subjek tidak bekerja, subjek belum menikah, subjek merupakan anak ke 7 dari 7 bersaudara. Saat ini subjek mengatakan masih sering mendengar suara seperti menasehati, menakuti, dan melihat bayangan wanita. Subjek mengatakan mendengar suara-suara saat duduk sendirian dan melamun. Subjek mengatakan jika mulai mendengar suara tersebut subjek menyibukkan diri dengan membantu orangtuanya berjualan. Namun subjek mengatakan cara tersebut tidak dapat menghilangkan suara yang terdengar. Subjek mengatakan sangat terganggu dengan suara yang terdengar.

Pada faktor predisposisi dan presipitasi, keluarga mengatakan subjek pernah mengalami gangguan jiwa sejak 27 tahun yang lalu. Total Subjek II masuk RSJ sudah 7 kali yaitu 4 kali dirawat di RSJ Budi Asih Magelang pada tahun 1994, 1998, 2001, 2006 dan 3 kali di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang pada tahun 2008, 2011, 2019. Subjek II terakhir dirawat di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang pada tahun 2019 dengan alasan masuk sering marah-marah, melihat bayangan hitam, berbicara sendiri dan suka keluyuran. Selain alasan tersebut faktor yang mencetuskan Subjek II masuk RSJ adalah putus obat. Subjek II pertama kali masuk RSJ Budi Asih Magelang pada tahun 1994 dengan alasan meninggalnya Ayah Subjek II dan gagal melanjutkan ke perguruan tinggi dikarenakan kurangnya biaya, setelah kejadian itu Subjek II mengurung diri di kamar, berbicara sendiri dan tidak mau makan. Subjek II juga mengatakan pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan saat masih SD di jauhkan dalam pergaulan oleh teman-temannya karena subjek pendiam dan mempunyai penyakit di telinganya pada umur 8 tahun. Keluarga

mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti subjek II. Saat ini subjek masih mengkonsumsi obat Trifluoperazin 2x5mg dan Trihexyphenydil 1x2mg.

Tabel 1. Hasil Pengukuran Halusinasi Pada Subjek I Dan Subjek II Sebelum Dilakukan Terapi Psikoreligi Dzikir

Subyek	Skor	Kategori
I	35	Kemampuan Cukup
II	30	Kemampuan Cukup

Kemampuan menurunkan halusinasi sebelum dilakukan terapi psikoreligi dzikir kedua subjek dikategorikan kemampuan cukup, yaitu subjek I mempunyai skor 35 dan subjek II mempunyai skor 30. Sesudah dilakukan terapi psikoreligi dzikir terdapat penurunan tingkat halusinasi pada subjek I dan subjek II, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2 Hasil Pengukuran Halusinasi Pada Subjek I Dan Subjek II Sesudah Dilakukan Terapi Psikoreligi Dzikir

Subyek	Skor	Kategori
I	16	Kemampuan baik
II	13	Kemampuan baik

Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi keperawatan psikoreligi dzikir pada hari pertama sampai hari terakhir kedua subjek menunjukkan peningkatan dalam menurunkan halusinasi dengan terapi psikoreligi dzikir, pada subjek I menjadi kategori kemampuan baik dengan skor 16, sedangkan pada subjek II menjadi kategori kemampuan baik dengan skor 13.

Terapi psikoreligi dzikir dapat menurunkan halusinasi pada subjek I dan subjek II. Halusinasi yang terjadi pada subyek I dan II di akibatkan karena putus obat dimana subyek I mempunyai riwayat 2 kali masuk RSJ, sedangkan subyek II mempunyai riwayat 7 kali masuk RSJ. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mulyani pada tahun (2020) dengan judul ubungan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Poli Jiwa RSUD. DR. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin, dapat disimpulkan bahwa kepatuhan minum obat pasien skizofrenia rendah sebesar 22%, sedang 58% dan tinggi 20%. Tingkat kekambuhan pasien skizofrenia rendah sebesar 18%, sedang 50% dan tinggi 32%.<sup>22</sup> Selain itu didapatkan hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan pada pasien skizofrenia. Pada subjek I mendapat terapi obat Olanzapin 1x10mg dan Depakote ER 1x250mg, sedangkan subjek II mendapat terapi obat Trihexyphenydil 1x2mg dan Trifluoperazin 2x5mg.

Perbedaan kemampuan mengontrol halusinasi pendengaran tersebut kemungkinan dikarenakan oleh faktor keluarga, pada subjek I keluarga lebih mementingkan kesibukannya masing-masing. Sedangkan pada subjek II selalu didampingi ibunya dalam setiap kegiatan. Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam memotivasi untuk kesembuhan klien. Hal ini sesuai penelitian yang dilakukan oleh Tiara (2020) dengan judul Hubungan Konsep Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia. Dengan kesimpulan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dilihat dari dukungan emosional, informasi, nyata, dan pengharapan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia.<sup>23</sup> penelitian Dene Fries (2020) “Dukungan Keluarga Berhubungan Dengan Kemampuan Pasien Skizofrenia Dalam Mengontrol Halusinasi di RSKD Provinsi Maluku” yang menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan kemampuan pasien skizofrenia dalam mengontrol halusinasi. (22) Dukungan tersebut dapat memotivasi subyek agar segera sembuh dan dapat mengikuti penerapan sesuai arahan peneliti dengan baik.

Nilai psikoreligi berdoa yang dapat menurunkan tanda dan gejala halusinasi adalah dzikir.<sup>12</sup> Para ahli ilmu jiwa telah memastikan bahwa ritual meditatif yang telah sejak lama dipraktikkan ternyata mampu mempercepat penyembuhan dan membangun kesehatan tubuh manusia secara menyeluruh.<sup>10</sup> Mekanisme terapi dzikir dapat mengontrol tanda dan gejala halusinasi yaitu fungsi sistem saraf yang mendeteksi, menganalisa, dan menghantarkan informasi. Informasi dikumpulkan oleh sistem sensorik, di integrasikan ke otak depan (frontal lobe) dalam perencanaan, pengaturan, pemecahan masalah, perhatian, kepribadian, serta tingkah laku maupun emosi maka bagianotak depan disebut prefrontal cortex sebagai fungsi kognitif untuk menentukan kepribadian dan sinyal akan di teruskan ke otak bagian belakang yang terdiri dari premotor dan motor sebagai sistem motorik dan jalur otonom untuk mengontrol gerakan, aktifitas viserial, dan fungsi-fungsi endokrin.<sup>12</sup>

## 5. KESIMPULAN DAN SARAN

Halusinasi yaitu gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Kemampuan menurunkan halusinasi sebelum dilakukan terapi psikoreligi dzikir pada subjek I dikategorikan kemampuan cukup dengan skor 35, sedangkan subjek II dikategorikan kemampuan cukup dengan skor 30. Penerapan terapi psikoreligi dzikir dilakukan 7 kali berturut-turut selama 7 hari. Setelah diberikan terapi psikoreligi dzikir, kemampuan menurunkan halusinasi menjadi meningkat. Pada subjek I menjadi kategori kemampuan baik dengan skor 16 dan subjek II menjadi kategori kemampuan baik dengan skor 13. Hal ini menunjukkan bahwa terapi psikoreligi dzikir dapat memberikan ketenangan, kedamaian, kebahagiaan dan ketentraman jiwa.

Berdasarkan analisa dan kesimpulan studi kasus, maka dalam bab ini peneliti akan menyampaikan saran diantaranya: Diharapkan klien skizofrenia dengan halusinasi dapat menerapkan terapi psikoreligi dzikir sesuai dengan SOP yang telah dilaksanakan di Wilayah Binaan Puskesmas Ambarawa, keluarga diharapkan ikut terlibat dalam merawat anggota keluarga yang menderita halusinasi dengan memfasilitasi pelaksanaan terapi psikoreligi dzikir agar hasil terapi lebih optimal, Institusi Pendidikan membuat modul untuk terapi psikoreligi dzikir sehingga dijadikan salah satu bahan ajar agar lebih banyak pengetahuan tentang terapi., dan bagi peneliti selanjutnya meneliti tentang pengaruh tempat yang tenang terhadap kemampuan menurunkan halusinasi.

## DAFTAR PUSTAKA

1. KemenKes RI. *Situasi Kesehatan Jiwa di Indonesia*. Infodatin (2019).
2. Undang-undang No 18. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa (Law of the Republic of Indonesia No 18 Year 2014 on Mental Health). (2014).
3. Eko Prabowo. *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. (Nuha Medika, 2014).
4. Iyus Yosep, T. S. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing*. (PT Refika Aditama, 2016).
5. Budi Anna Keliat dkk. *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa :CMHN (INTERMEDIATE COURSE)*. (EGC, 2015).
6. Riskesdas, K. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). *J. Phys. A Math. Theor.* 44, 1–200 (2018).
7. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2019*. (2019).
8. Puskesmas Ambarawa. Rekapitulasi ODGJ Per Desa Pkm Amb 2020.
9. Emi Wuri Wuryaningsih dkk. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa 1*. (UPT, 2018).
10. Setyoadi & Khushriadi. *Terapi Modalitas Keperawatan Pada Klien Psikogeriatrik*. (Salemba Medika, 2011).
11. Yusuf & Dkk. *Kebutuhan Spiritual Konsep dan Aplikasi Dalam Asuhan Keperawatan*. (Mitra Wacana Media, 2017).
12. Emulyani, E. & Herlambang. Pengaruh Terapi Zikir Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Halusinasi Pada Pasien Halusinasi. *Heal. Care J. Kesehat.* 9, 17–25 (2020).
13. Dermawan, D. Pengaruh Terapi Psikoreligius : Dzikir Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rsjd Dr. Arif Zainudin Surakarta. *Profesi (Profesional Islam. Media Publ. Penelit.* 15, 74 (2017).
14. Rilla Sovitriana. *Dinamika Psikologis Kasus Penderita Skizofrenia*. (Uwais Inspirasi Indonesia, 2019).
15. Suheri. Pengaruh Tindakan General Halusinasi Terhadap Frekuensi Halusinasi Pada pasien Skizofrenia Di RSJ Graha Pemda DIY. *Naska Publ.* (2014).
16. Munandar, A., Irawati, K. & Prianto, Y. Terapi Psikoreligius Dzikir Menggunakan Jari Tangan Kanan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta. *Din. Kesehat. J. Kebidanan Dan Keperawatan* 10, 69–75 (2020).
17. I Ketut Suwarjana. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. (CV ANDI OFFSET, 2012).
18. Soebardhy dkk. *Kapita Selekta Metodologi Penelitian*. (2020).
19. Silalahi, R. N. *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Terhadap Perubahan Gejala Halusinasi Pada Klien Skizofrenia Di Rsj Prof. Dr. Muhammad Ildrem Daerah Povsu Medan Tahun 2015*. (2015).
20. Kesehatan, K. *Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan 2011*. Litbang Kementerian Kesehat. 1–134 (2011).

21. Christian. *Kewenangan Pemberian Persetujuan Tindakan Medis (Informed Consent) Terhadap Pasien Yang Tidak Cakap Secara Hukum (Suatu Perbandingan Common Law System Dan Civil Law System)*. J. Chem. Inf. Model. 53, 1689–1699 (2019).
22. Mulyani, Isnani, N. & Solihin, R. A. A. H. S. P. S. *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Poli Jiwa RSUD. DR. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin*. J. Kaji. Ilm. Kesehat. dan Teknol. 2, 35–39 (2020).
23. Tiara, C. *Hubungan Konsep Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Relationship Concept of Family Support with Recurrence Rate in Schizophrenia* Artikel info Artikel history. Juni 11, 522–532 (2020).