

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Halusinasi

1. Definisi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata (Keliat & Helena, 2018)

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren : Persepsi palsu. Berbeda dengan ilusi dimana klien mengalami persepsi yang salah terhadap stimulus, salah persepsi pada halusinasi terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang terjadi. Stimulus internal dipersepsikan sebagai sesuatu yang nyata ada oleh klien (Abdul Natsir & Abdul Muhith, 2011).

2. Etiologi

Halusinasi merupakan salah satu gejala dalam menentukan diagnosis klien yang mengalami psikotik, khususnya skizofrenia. Halusinasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni (Muhith, 2015) :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan

2) Faktor neurobiology

Ditemukan bahwa korteks prefrontal dan korteks limbik pada klien dengan skizofrenia tidak pernah berkembang penuh. Selain itu, klien juga akan mengalami penurunan volume dan fungsi otak abnormal. Neurotransmitter juga ditemukan tidak normal khususnya dopamine, serotonin dan glutamat.

3) Studi neurotransmitter

Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter serta dopamine berlebihan sehingga jumlah dopamine tidak seimbang dengan kadar serotonin.

4) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sejak bayi akan membekas di ingatannya sampai dewasa dan ia akan merasa di singkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

5) Faktor biokimia

Adanya stress yang berlebihan yang dialami oleh seseorang maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia sehingga menjadi ketidakseimbangan asetil

kolin dan dopamine.

6) Faktor psikologis

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

7) Faktor genetic

Telah diketahui bahwa secara genetik skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang keberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar indentik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami skizofrenia, sementara dizygote peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami Skizofrenia berpeluang 15% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya mengalamiskizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.

8) Teori virus

Paparan virus influenza pada trimester ke-3 kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi schizofrenia.

9) Psikologis

Beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi schizofrenia antara lain anak yang di pelihara oleh ibu yang suka cemas, terlalu melindungi, dingin dan tak berperasaan, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya.

b. Faktor Presipitasi

1. Dimensi Fisik

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

2. Dimensi emosional

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

3. 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 implus yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

4. Dimensi social

Klien mengaggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata itu sangatlah membahayakan, klien asik dengan halusinasinya. Seolah- olah dia merupakan tempat akan 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 sistem halusinasi berupa ancaman, dirinya maupun orang lain. Oleh karna itu, aspek penting dalam melakukan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalam interpersonal yang memuaskan, serta menguasai klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak langsung.

5. Dimensi spiritual

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

3. Manifestasi Klinis

Adapun Tanda dan gejala pada pasien halusinasi bergantung pada jenis halusinasi yang dialaminya. Yosep (2011) mengungkapkan bahwa beberapa tanda dan gejala yang dapat dijadikan untuk menegakkan diagnosis pada pasien halusinasi yaitu :

a. Halusinasi Pendengaran

Data Subjektif

- 1) Mendengar sesuatu yang menyuruh klien melakukan sesuatu yang berbahaya

- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- 3) Mendengar suara atau bunyi
- 4) Mendengar seseorang yang sudah meninggal
- 5) Mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain
atauyang membahayakan

Data Objektif:

- 1) Mengarahkan telinga pada sumber suara
- 2) Bicara atau tertawa sendiri
- 3) Marah-marah tanpa sebab
- 4) Menutup telinga mulut komat kamit
- 5) Ada gerakan tangan

b. Halusinasi Penglihatan

Data Subjektif

- 1) Melihat orang yang sudah meninggal
- 2) Melihat makhluk tertentu
- 3) Melihat bayangan
- 4) Melihat sesuatu yang menakutkan
- 5) Melihat cahaya yang sangat terang

Data obyektif :

- 1) Tatapan mata pada tempat tertentu

- 2) Menunjuk ke arah tertentu
- 3) Ketakutan pada objek yang dilihat

c. Halusinasi Penghidungan

Data Subjektif

- 1) Mencium sesuatu seperti bau mayat, darah, bayi, fase, bau masakan, dan parfum yang menyengat
- 2) Klien mengatakan sering mencium bau sesuatu

Data obyektif :

- 1) Ekspresi wajah seperti sedang mencium
- 2) Adanya gerakan cuping hidung
- 3) Mengarahkan hidung pada tempat tertentu

d. Halusinasi Peraba

Data Subjektif

- 1) Klien mengatakan seperti ada sesuatu di tubuhnya
- 2) Merasakan ada sesuatu di tubuhnya
- 3) Merasakan ada sesuatu di bawah kulit
- 4) Merasakan sangat panas, atau dingin
- 5) Merasakan tersengat aliran listrik

Data obyektif :

- 1) Mengusap dan menggaruk kulit
- 2) Meraba permukaan kulit

- 3) Menggerak gerakan badanya
- 4) Memegangi terus area tertentu

e. Halusinasi Pengecap

Data Subjektif

- 1) Merasakan seperti sedang makan sesuatu
- 2) Merasakan ada yang dikunyah di mulutnya

Data obyektif :

- 1) Seperti mengecap sesuatu
- 2) Mulutnya seperti mengunyah
- 3) Meludah atau mutah

f. Halusinasi Penghidungan

Data Subjektif

- 1) Klien mengatakan tubuh nya tidak ada fungsinya
- 2) Merasakan tidak ada denyut jantung
- 3) Perasaan tubuhnya melayang layang

Data obyektif :

- 1) Klien menatap dan melihati tubuhnya sendiri
- 2) Klien memegangi tubuhnya sendiri

4. Fase Halusinasi

Fase halusinasi dibedakan menjadi 4 fase yakni

(Stuart dan Laraia dalam Muhith, 2015) :

| Fase Halusinasi | Karakteristik | Perilaku Klien |
|--|---|--|
| FASE I <i>Comforting</i> ansietas sebagai | Klien mengalami perasaan seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut mencoba | 1. Tersenyum dan tertawa tidak sesuai 2. Menggerekkan bibir tanpa |
| halusinasi menyenangkan | untuk bafokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas individu mengenal bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kondisi kesadaran jika ansietas dapat ditangani dengan nonpsikotik | suara 3. Pergerakan mata yang cepat 4. Respon verbal yang lambat jika sedang asyik 5. Diam dan asyik sendiri |
| FASE II <i>Complementing</i> ansietas berat halusinasi memberatkan | Pengalaman sensasi menjijikan dan menakutkan. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin mengalami pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain | 1. Ansietas 2. Peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah 3. Rentang perhatian menyempit 4. Asyik dengan pengalaman sensori 5. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita. |

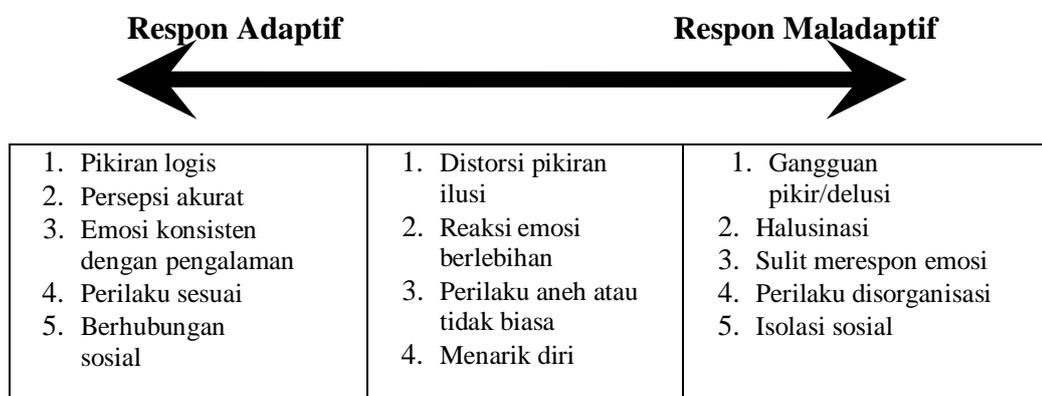
| | | |
|--|---|---|
| <p>FASE III <i>Controlling</i> ansietas berat pengalaman sensori jadi berkuasa</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasinya 2. Isi halusinasi menjadi menarik 3. Klien mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasinya berhenti | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti 2. Kesukaran hubungan dengan orang lain 3. Rentang perhatian hanya beberapa detik / menit adanya 4. Adanya tanda-tanda fisik ansietas berat berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah 5. Isi halusinasi menjadi atraktif 6. Perintah halusinasi ditaati 7. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tremor dan berkeringat. |
| <p>FASE IV <i>Conquering</i> Panik Umumnya menjadi melebur dalam</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasinya 2. Halusinasi berakhir dari beberapa jam/ hari jika | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku error akibat panik 2. Potensi kuat <i>suicide / homicide</i> 3. Aktifitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, |
| <p>Halusinasi</p> | <p>tidak ada intervensi terapeutik</p> | <ol style="list-style-type: none"> 3. Agitasi menarik diri atau katatonik 4. Tidak mampu merespon perintah yang kompleks 5. Tidak mampu merespon lebih dari satu orang 6. Agitasi atau kataton |

5. Rentang Respon

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis. Ini merupakan respon neurobiologis yang paling maladaptif. Jika klien sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera. Klien dengan halusinasi mempresepsikan suatu stimulus panca indera walaupun sebenarnya

stimulus tersebut tidak ada. respon individu (yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi) yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai ilusi. Klien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus pancaindera tidak akurat sesuai dengan stimulus yang diterima (Muhith, 2015).

Berikut adalah gambaran rentang respons halusinasi (Wulandari, 2018) :



Keterangan rentang respon menurut Farida & Yudi(2015)

adalah sebagai berikut:

a. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif antara lain sebagai berikut :

- 1) Pikiran logis yaitu ide yang berjalan secara logis dan koheren
- 2) Persepsi akurat yaitu proses diterimanya rangsangan melalui

panca indera yang didahului oleh perhatian sebagai individu yang sadar tentang sesuatu yang ada di dalam maupun diluar dirinya

- 3) Emosi konsisten adalah manifestasi perasaan yang konsiten atau efek keluar disertai banyak komponen fisiologik dan biasanya berlangsung tidak lama
- 4) Perilaku sesuai yaitu perilaku individu berupa tindakan nyata dalam menyelesaikan masalah masih dapat diterima oleh norma-normal sosial dan budaya umum yang berlaku
- 5) Hubungan sosial yaitu hubungan yang dinamis menyangkut antara individu dan individu, individu dan kelompok dalam bentuk kerja sama

b. Respon psikososial

- 1) Proses pikiran kadang terganggu (ilusi) yaitu interpretasi yang salah atau menyimpang tentang penyerapan (persepsi) yang sebenarnya sungguh-sungguh terjadi karena adanya rangsangan panca indera
- 2) Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orrang lain.
- 3) Emosi berlebihan atau kurang yaitu manifestasi perasaan atau efek keluar berlebihan atau kurang
- 4) Perilaku tidak sesuai atau tidak biasa yaitu perilaku individu berupa tindakan nyata dalam menyelesaikan masalahnya tidak diterima oleh norma-norma sosial atau budaya umum yang

berlaku.

c. Respon maladaptive

- 1) Respon maldaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif ini meliputi :
- 2) Waham adalah suatu keyakinan yang salah dipertahankan secara kuat atau terus menerus namun tidak sesuai dengan kebenaran
- 3) Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata.
- 4) Isolasi sosial yaitu menghindari dan dihindari oleh lingkungan sosial dan berinteraksi

6. Proses Terjadinya Masalah

Halusinasi diawali dengan adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi pada diri seseorang yang mengakibatkan merasa cemas dan mencari cara untuk mengatasi rasa cemasnya. Individu yang tidak memiliki coping yang adaptif mengatasi masalahnya dengan cara yang maladaptif seperti menarik diri dan membayangkan sesuatu yang berlawanan dari kenyataan yang dihadapi atau membayangkan sesuatu yang diharapkan terjadi dan memenuhi kebutuhannya. Cara yang dilakukannya ini membuatnya merasa nyaman dan menurunkan rasa cemasnya. Bila tidak dilakukan intervensi kondisi ini berlanjut, klien

terus menggunakan koping yang maladaptif untuk mengatasi cemasnya. Lama kelamaan rasa nyaman yang diperolehnya berubah menjadi rasa yang menakutkan karena pada perkembangan selanjutnya klien mendengar suara-suara yang mengancamnya. Sementara klien sudah tidak mampu lagi mengontrolnya. Bila tidak diintervensi, akibat dari rasa takut atau menuruti perintah suara-suara, klien dapat melakukan hal yang membahayakan dirinya, orang lain atau lingkungan disekitarnya (Videbeck, 2008).

7. Mekanisme Koping

Mekanisme koping dapat dipengaruhi oleh faktor lingkungan, konsep diri, rasa aman nyaman, pengalaman masa lalu dan tingkat pengetahuan seseorang. Mekanisme koping didefinisikan sebagai strategi untuk manajemen tingkah laku kepada pemecahan masalah yang paling sederhana dan realistis, berfungsi untuk membebaskan diri dari masalah yang nyata maupun tidak nyata, dan koping merupakan semua usaha secara kognitif dan perilaku untuk mengatasi, mengurangi, dan tahan terhadap tuntutan-tuntutan (Muhith, 2015)

8. Penatalaksanaan

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan Skizofrenia. Dimana Skizofrenia merupakan jenis psikosis, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi (Oktiviani, 2020) :

a. Farmakoterapi

Obat-obatan untuk terapi halusinasi berupa antipsikotik, haloperidol, antiansietas, antidepresan, penstabil mood, antiparkinson, serta stimulan.

b. Terapi psikososial

Karakteristik dari halusinasi adalah rusaknya kemampuan untuk membentuk dan mempertahankan hubungan sesama manusia, maka intervensi utama difokuskan untuk membantu klien memasuki dan mempertahankan sosialisasi yang penuh arti dalam kemampuan klien Alternatif :

1) Terapi modalitas

Semua sumber daya di rumah sakit disarankan untuk menggunakan komunikasi yang terapeutik, termasuk semua (staf administrasi, pembantu kesehatan, mahasiswa, dan petugas instalasi)

2) Terapi kelompok

Terapi kelompok adalah psikoterapi yang dilakukan pada klien bersama-sama dengan jalan aukuasi yang diarahkan oleh seseorang yang tertatih

3) Terapi keluarga

Tujuan dari terapi keluarga :

a) Menurunkan konflik kecemasan

b) Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap

Kebutuhan masing masing keluarga

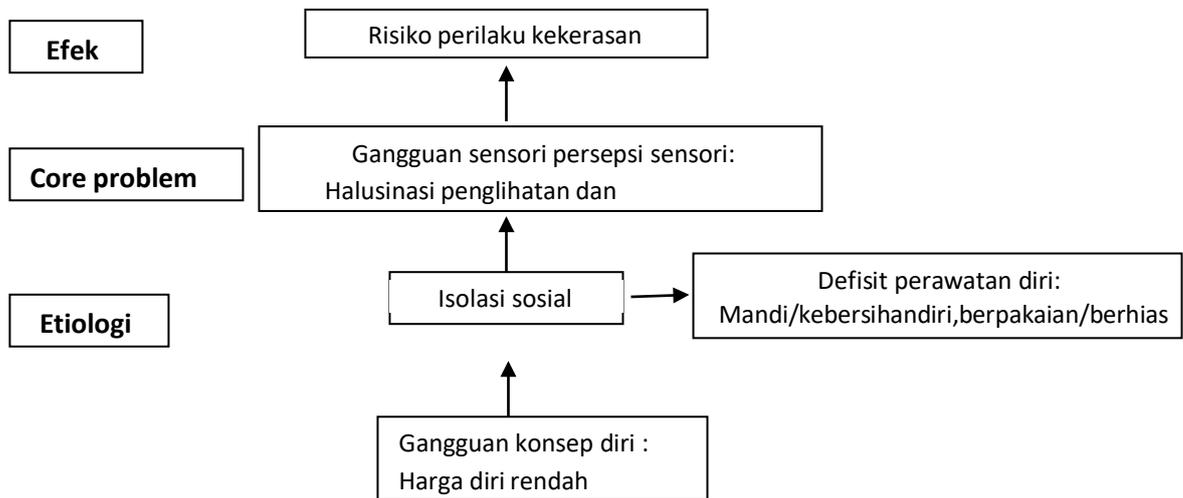
- c) Meningkatkan pertanyaan kritis
- d) Menggambarkan hubungan peran yang sesuai dengan tumbuh kembang. Perawat membekali keluarga dengan pendidikan tentang kondisi klien dan kepedulian pada situasi keluarga.

c. Terapi psikoreligi

Terapi psikoreligius yaitu 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 & Fani Okviansanti, 2016).

9. Pohon Masalah

Adapun pohon masalah pada halusinasi antara lain sebagai berikut : (Yosep, 2011)



B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan Askep teoritis, diuraikan dengan beberapa langkah sebagai berikut (Keliat, 2011) :

a. Identitas Klien

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

b. Keluhan Utama

Biasanya yang menjadi alasan utama yang menyebabkan kambuhnya halusinasi klien, dapat dilihat dari data klien dan bisa pula diperoleh dari keluarga, antara lain : berbicara, senyum dan tertawa sendiri tanpa sebab. Mengatakan mendengar suara-suara. Kadang pasien

marah- marah sendiri tanpa sebab, mengganggu lingkungan, termenung, banyak diam, kadang merasa takut dirumah, lalu pasien sering pergi keluar rumah dan keluyuran/jalan-jalan sendiri dan tidak pulang kerumah.

c. Faktor Predisposisi

1) Gangguan jiwa di masa lalu

Pasien pernah mengalami sakit jiwa masa lalu atau baru pertamakali mengalami gangguan jiwa.

2) Riwayat pengobatan sebelumnya

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

3) Riwayat pengobatan sebelumnya

a) Aniaya fisik

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

b) Aniaya seksual

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

c) Penolakan

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

d) Tindakan kekerasan dalam keluarga

Biasanya ada atau tidak ada klien mengalami kekerasan

daalam keluarga baik sebagai pelaku, korban maupun sebagai saksi.

e) Tindakan criminal

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

f). Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

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

g). Riwayat pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

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

d. Fisik

4) Observasi tanda-tanda vital seperti

tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan

5) Antropometri yang terdiri dari ukur tinggi badan dan berat badan

6) Menjelaskan keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien

e. Psikososial

1) Genogram

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

maupun keluarga pada saat pengkajian.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

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

b) Identitas diri

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

c) Peran diri

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

d) Ideal diri

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

e) Harga diri

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

3) Hubungan sosial

a) Orang terdekat atau yang berarti

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

b) Peran serta dalam kelompok

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

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

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

4) Spritual

a) Nilai dan Keyakinan

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

b) Kegiatan Ibadah

Pasien akan mengeluh tentang masalah yang dihadapinya kepada Tuhan YME.

f. Status Mental

1) Penampilan

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

2) Pembicaraan

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

3) Aktifitas motorik

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

4) Alam perasaan

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

5) Afek

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

6) Interaksi selama wawancara

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

7) Persepsi

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

8) Proses pikir

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

9) Isi pikir

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

10) Tingkat kesadaran

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

11) Memori

Pasien mengalami gangguan daya ingat jangka panjang

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

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

13) Kemampuan penilaian

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

14) Daya tilik diri

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

g. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

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

2) BAB/BAK

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

3) Mandi

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

4) Berpakaian/berhias

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

5) Istirahat dan tidur

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

6) Penggunaan obat

Pasien mengatakan minum obat 2 kali sehari dan pasien tidak

mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

7) Pemeliharaan kesehatan

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

8) Aktifitas didalam rumah

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

9) Aktivitas diluar Rumah

Pasien beraktivitas seperti biasanya diluar rumah

h. Mekanisme Koping

1) Adaptif

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

2) Maladaptif

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

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

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

pelayanan kesehatan.

j. Pengetahuan

Biasanya pasien halusinasi mengalami gangguan kognitif.

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial, diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu klien, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Adapun diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada diagnosis utama gangguan persepsi sensori halusinasi menurut (Sutejo, 2019) antara lain sebagai berikut :

- a. Gangguan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran
- b. Perilaku kekerasan
- c. Gangguan konsep diri: HDR

3. Intervensi Keperawatan

| NO | DX KEPERAWATAN | TUJUAN | INTERVENSI |
|----|---|---|---|
| 1 | Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran | Setelah dilakukan 1× interaksi, pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat dengan kriteria: ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan perasaannya | <p>Bina hubungan saling percaya dengan ramah baik verbal maupun non verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal 2. Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan 3. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien 4. Buat kontrak waktu yang jelas 5. Tunjukkan sikap yang jujur dan menunjukkan sikap empati serta menerima apa adanya 6. Beri perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien 7. Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya 8. Dengarkan ungkapan pasien dengan penuh perhatian ada ekspresi perasaan pasien |
| | | Setelah dilakukan 2× interaksi, pasien dapat menyebutkan: isi, waktu, frekuensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi | <p>SP 1 P (Pasien)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi jenis halusinasi pasien 2. Identifikasi isi halusinasi pasien 3. Identifikasi waktu halusinasi pasien 4. Identifikasi frekuensi halusinasi pasien 5. Identifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 6. Identifikasi respons pasien terhadap halusinasi |

| | | | |
|---|---------------------------|--|---|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 7. Ajarkan pasien menghardik halusinasi 8. Anjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian |
| | | Setelah dilakukan 2× interaksi pasien mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar | <p>SP II P (Pasien)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian |
| | | Setelah dilakukan 2× interaksi Pasien mendapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya | <p>SP III P (Pasien)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian |
| | | Setelah dilakukan 2× interaksi pasien mampu menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya | <p>SP IV P (Pasien)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian |
| 2 | Risiko perilaku kekerasan | Setelah dilakukan 1× pertemuan klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat yang ditunjukkan dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Wajah cerah, tersenyum | <ol style="list-style-type: none"> a. Bina hubungan saling percaya dengan klien <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam setiap kali interaksi 2. Perkenalan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi 3. Tanyakan panggilan nama kesukaan klien 4. Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> b. Mau berkenalan c. Ada kontak mata d. Bersedia menceritakan perasaan | <p>setiap kali berinteraksi</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Tanyak perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien 6. Buat kontrak interaksi yang jelas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian |
| | | <p>Setelah dilakukan interkasi dengan klien, klien dapat menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya baik pada diri sendiri, orang lain maupun dilingkungan sekitarnya</p> | <ul style="list-style-type: none"> a. Bantu klien mengungkapkan perasaan kesalnya b. Motivasi klien untuk mencerritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya c. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penialai setiap ungkapan perasaan klien |
| | | <p>Setelah dilakukan interaksi klien mampu menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tanda fisik: mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang dl b. Tanda emosional: perasaan marah, jengkel, bicara kasar. c. Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi kekerasan | <ul style="list-style-type: none"> a. Bantu klien mengungkapkan tanda-tadan perilaku kekerasan yang dialaminya b. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi c. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Setelah dilakukan interaksi, klien dapat menjelaskan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jenis- jenis ekspresi kemarahan yang selami ini telah dilakukannya Perasaan saat melakukan kekerasan Efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah | <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini Motivasi klien untuk menceritakan perasaan klien setelah tindakan kekerasan tersebut terjadi Diskusikan apakah dengan tindakan kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi |
| | | <p>setelah dilakuukan pertemuan klien mampu menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya</p> <ol style="list-style-type: none"> Diri sendiri: luka, diajuhiteman, dll Orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll Lingkungan: barang atau benda rusak, dll | <p>Diskusikan dengan klien dampak negative dari cara yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain/keluarga dan lingkungan di sekitarnya</p> |
| | | <p>setelah dilakukan pertemuan dengan klien, klien dapat</p> | <p>Diskusikan dengan klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah dengan sehat |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>mengungkapkan cara-cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan</p> | <p>2. Jelaskan berbagai alternatif untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang diketahui oleh klien</p> <p>3. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur dan olahraga. 2. Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain 3. Sosial: latihan asertif dengan orang lain <p>Spiritual: sembahyang/doa, zikir meditasi, dll sesuai dengan keyakinan masing-masing</p> |
| | | <p>Setelah dilakukan interaksi dengan klien, klien mampu mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur dan olahraga. b. Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain c. Sosial: latihan asertif dengan orang lain <p>Spiritual: sembahyang/doa, zikir meditasi, dll sesuai dengan keyakinan masing-masing</p> | <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan dianjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan b. Latih klien cara yang dipilih c. Peragakan cara melaksanakan yang dipilih d. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan e. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna <p>Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih</p> |

| | | | |
|---|---------------------------|--|--|
| | | <p>setelah dilakukan pertemuan dengan keluarga, keluarga dapat menjelaskan cara merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan dan keluarga mampu mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien</p> | <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien untuk mengatasi perilaku kekerasan. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien untuk mengatasi perilaku kekerasan. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat klien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan keluarga. Peragakan cara merawat klien (menangani perilaku kekerasan). Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang. Beri pujian kepada keluarga setelah memperagakan. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan. |
| | | <p>Setelah dilakukan pertemuan dengan klien, klien mampu menjelaskan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Manfaat minum obat Bentuk dan warna obat Dosis obatnya Waktu pemberian obat Cara pemakaian <p>Efek samping</p> | <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan manfaat minum obat secara teratur Jelaskan kepada klien mengenai jenis obat, dosis, waktu pemakaian, cara pemakaian, dan efek samping yang bisa muncul Anjurkan klien untuk minum obat tepat waktu, melaporkan kepada perawat/dokter jika terjadi efek yang tidak biasa dan beri pujian kepada pasien terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat |
| 3 | Gangguan konsep diri: HDR | <p>Klien mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang dimiliki.</p> | <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien. Setiap bertemu klien hindarkan dari memberi penilaian negatif. Utamakan memberi pujian yang realistic |
| | | <p>Klien memiliki daftar kemampuan/kegiatan yang dapat</p> | <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaannya. |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | dilakukan | |
| | | Klien memiliki rencana ADL yang tersusun | <ul style="list-style-type: none"> a. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan dengan menyusun ADL. b. Beri contoh kegiatan yang dapat dilakukan klien c. Tingkatkan kegiatan yang dapat dilakukan sesuai kondisi |
| | | Klien melakukan kegiatan sesuai rencana dan kondisi | <ul style="list-style-type: none"> a. Beri kesempatan kepada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan b. Beri pujian atas keberhasilan klien |

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan (Pardede et al, 2021). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (here and now). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, tekhnikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Farida Kusuma, 2014) bahwa evaluasi keperawatan yaitu proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus-menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut :

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

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

S : Respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons klien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal-hal sebagai berikut :

- 1) Rencana teruskan jika masalah tidak berubah
- 2) Rencana dimodifikasi jika masalah tetap ada dan semua rencana tindakan sudah dilakukan, tetapi hasil belum memuaskan.
- 3) Rencana dan diagnosis keperawatan dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada.

C. Konsep Berdikir

1. Definisi Terapi Dzikir

Terapi psikoreligius Dzikir menurut bahasa berasal dari kata "dzakar" yang berarti ingat. Dzikir juga di artikan "menjaga dalam ingatan". Jika berdzikir kepada Allah artinya menjaga ingatan agar selalu ingat kepada Alla ta'ala. Dzikir menurut syara' adalah ingat kepada Allah dengan etika tertentu yang sudah ditentukan Al-Qur'an dan hadits

dengan tujuan mensucikan hati dan mengagungkan Allah. Menurut Ibn Abbas ra. Dzikir adalah konsep, wadah, sarana, agar manusia tetap terbiasa dzikir (ingat) kepadaNya ketika berada diluar shalat (Arif Munandar, 2019)

2. Tujuan

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 (Arham, 2015).

Menurut Anshori dzikir bermanfaat mengontrol prilaku. Pengaruh yang ditimbulkan secara konstan, akan mampu mengontrol prilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari. Seseorang yang melupakan dzikir atau lupa kepada Allah, terkadang tanpa sadar dapat berbuat maksiat, namun mana kala ingat kepada Tuhan kesadaran akan dirinya sebagai hamba Tuhan akan muncul kembali. Dzikir juga bermanfaat sebagai pembersih hati. Dzikir merupakan lawan kelalaian (nisywan), jika manusia mengingat Allah dalam keadaan apapun dan menyadari dirinya ada dihadapan dzat suci, tentu akan menahan diri dari masalah –masalah yang tidak sesuai dengan keridhaan-Nya, dan mengendalikan diri agar tidak bersikap durhaka. Semua malapetaka dan penderitaan yang timbulkan oleh hawa nafsu dan setan, disebabkan oleh kelupaan akan Allah. Ingat Allah dapat mebersihkan hati dan mensucikan jiwa

3. Indikasi

Seseorang yang berdzikir akan merasakan beberapa manfaat, selain merasakan ketenangan batin, juga terdapat manfaat-manfaat yang lain yaitu :

a. Menentramkan, membuat hati menjadi damai

Apabila manusia mengalami kesulitan, kesusahan dan kegelisahan maka berdzikirlah, insyaallah hati manusia akan menjadi lebih tenang dengan rahmatnya. Melalui dzikir, hati menjadi tentram, damai, melalui kedamaian ini maka jiwa dipenuhi oleh emosi positif seperti bahagia dan optimis.

b. Menambah keyakinan dan keberanian

Melalui dzikir jiwa bertambah yakin akan kebesaran Allah SWT. Sehingga bisa menjadikan kita berani menghadapi tantangan apapun.

c. Mendapatkan keberuntungan

Keberuntungan bisa diartikan sebagai mendapatkan kemudahan ketika kita sedang diliputi oleh masalah pelik. Ketika jiwa mulai putus asa dan lemah, Allah memberikan jalan terang kepada kita sehingga kita mampu menyelesaikan masalah dengan baik.

d. Menghilangkan rasa takut

Melalui dzikir, rasa takut yang meliputi jiwa perlahan-lahan dapat ditundukan. Hilangnya ketakutan ini membuat teguh pendirian. Keteguhan membuat pantang berputus asa sehingga tetap berusaha

secara maksimal mencapai keridhoannya dalam kehidupan. Mendapatkan kenikmatan dan keselamatan lahir batin. Melalui dzikir senantiasa dilindungi Allah dari segala bencana. Keselamatan selalu menyertai, sehingga kehidupan menjadi tentram. Keselamatan merupakan rahmat yang besar dari Allah, yang akan menjamin tercapainya kehidupan yang damai dan sejahtera di dunia dan akhirat kelak.

e. Melepaskan manusia dari kesulitan hidup

Melalui dzikir, mampu melewati ujian yang diberikan Allah dengan sabar dan tawakal. Karena dalam setiap kesulitan pasti ada kemudahan. Sekuat kuatnya manusia, tetaplah ia makhluk yang lemah dan tak berdaya tanpa pertolongan dari Allah.

4. Kontraindikasi

Dzikir tidak memiliki kontraindikasi karena dengan melafazkan dzikir tidak menyebabkan adanya kerugian.

5. Prosedure Pemberian

Adapun prosedur pelaksanaan terapi dzikir menurut (Arif Munandar, 2019) antara lain sebagai berikut :

- 1) Klien duduk dengan nyaman, tenang dan khusyu'
- 2) Berpakaian bersih dan rapi
- 3) Posisi duduk menghadap ke arah kiblat
- 4) Sebelum mulai terapis meminta do'a agar diberikan kemudahan dan kelancaran

- 5) Mulai dzikir dengan melafazkan kalimat tahlil (*Laillahailallah*), kalimat takbir (*Allahu Akbar*) kalimat Tasbih (*Subhanallah*) dan terakhir kalimat istighfar (*Astagfirullahal'adzim*). Dilafazkan masing- masing 33kali
- 6) Menutup dzikir dengan ucapan hamdallah (*Alhamdulillah*)

D. Tinjauan Al Islam Kemuhadiyah

Dalam hal kepercayaan muslim, shalat dan dzikir adalah kewajiban untuk beribadah kepada Tuhan dan dilakukan lima kali dalam satu hari (Suryani, 2013). Mereka mempercayai bahwa Tuhan lah yang lebih berkuasa sehingga mereka meminta bantuan untuk mengurangi suara halusinasi itu dengan beribadah kepada Alloh SWT. Keuntungan yang didapatkan dalam shalat yaitu dapat memberikan ketenangan hati, mengurangi kecemasan, gundah-gulana kehidupan dan kesulitan hidup (Suryani, 2013). Dzikir yaitu dengan mengingat Tuhan dengan beberapa kalimat seperti "*Laillahailallah, Allohu Akbar*", "*Subhanalloh*" dan "*Astagfirulloh*" dilakukan setelah shalat dan dapat dilakukan kapanpun ketika membutuhkan pertolongan Allah atau ketika merasa ketakutan, ketika suara-suara tersebut muncul. Dzikir dapat digunakan untuk memberikan ketenangan karena zat endorphin keluar otomatis dalam otak, zat tersebut seperti morfin namun yang dihasilkan secara alami oleh tubuh dapat mengurangi rasa sakit dan memberikan perasaan positif (S Suryani, 2013).

Seorang muslim memang diperintahkan untuk berdzikir kepada Allah SWT pada setiap waktu dengan hati, lisan, dan anggota badannya, karena

dzikir adalah obat kegersangan hati yang dapat melandasi perilaku manusia. Sebagaimana firman Allah SWT dalam Q.S Al-Ra'du / 13 : 28

Terjemah : “(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka manjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, Hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram”

Berdasarkan tafsir Quraish Shihab bahwa orang-orang yang selalu kembali kepada Allah SWT dan menyambut kebenaran itu adalah orang-orang yang yang beriman. Mereka adalah orang-orang yang ketika berdzikir mengingat Allah dengan membaca Al-Qur'an dan sebagainya, hati mereka menjadi tenang. Hati memang tidak akan dapat tenang ketika tanpa mengingat dan merenungkan kebesaran dan kemahakuasaan Allah, dengan selalu mengharapkan keridaan-Nya. Orang-orag yang beriman dan hati kita menjadi tentram disebabkan karena dzikir, sungguh hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tentram.

Saat zikir telah menembus seluruh bagian tubuh bahkan ke setiap sel-sel dari tubuh, hal ini akan berpengaruh terhadap tubuh (fisik) dengan merasakan getaran rasa yang lemas dan menembus ke seluruh tubuh. Pada saat inilah tubuh manusia merasakan relaksasi atau pengendoran saraf sehingga ketegangan-ketegangan jiwa (stres) akibat tidak terpenuhinya kebutuhan jasmani maupun kebutuhan rohani akan berkurang bahkan bisa saja hilang sama sekali. (Misbakhuddin & Siti Arofah, 2015)

Saraf yang ditembus oleh zikir adalah sistem saraf pusat karena pada penderita skizofrenia terjadinya perubahan sistem transmisi sinyal

penghantar syaraf (neurotransmitter) dan reseptor di sel-sel syaraf otak (neuron), sama halnya dengan penderita halusinasi dimana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Zikir juga mampu melepaskan hormon serotonin yang berfungsi untuk mengatur suasana perasaan dan mencegah depresi. Kemudian hormon endorfin yang berfungsi untuk mengurangi kecemasan dan merasa lebih membaik (Misbakhuddin & Siti Arofah, 2015)