

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Teori

2.1.1. Kecemasan

A. Pengertian Kecemasan

Pada dasarnya, kecemasan merupakan hal wajar yang pernah dialami oleh setiap manusia. Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil Lur Rochman, 2010:104).

Namora Lumongga Lubis (2009:14) menjelaskan bahwa kecemasan adalah tanggapan dari sebuah ancaman nyata ataupun khayal. Individu mengalami kecemasan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang. Kecemasan dialami ketika berfikir tentang sesuatu tidak menyenangkan yang akan terjadi.

Kecemasan adalah rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan juga merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan tingkah laku, baik tingkah laku yang menyimpang ataupun yang terganggu. Kedua-duanya merupakan

pernyataan, penampilan, dan penjelmaan dari pertahanan terhadap kecemasan tersebut (Singgih D. Gunarsa, 2008:27).

B. Gejala- gejala Kecemasan

Gejala kecemasan, baik akut maupun kronis merupakan komponen utama bagi semua gangguan psikiatri. Sebagian dari komponen kecemasan itu bisa berupa gangguan panik, fobia, obsesi kompulsi, dan sebagainya (Nasir, 2011). Penyebab cemas diantaranya adanya perasaan takut tidak diterima dalam lingkungan tertentu, adanya pengalaman traumatis, seperti trauma perpisahan, kehilangan atau bencana alam, adanya frustrasi akibat kegagalan memenuhi kebutuhan fisiologis (kebutuhan dasar) dan adanya ancaman pada konsep diri.

Kecemasan berasal dari perasaan tidak sadar yang berada didalam kepribadian sendiri, dan tidak berhubungan dengan objek yang nyata atau keadaan yang benar-benar ada. Kholil Lur Rochman, (2010:103) mengemukakan beberapa gejala-gejala dari kecemasan antara lain:

1. Ada saja hal-hal yang sangat mencemaskan hati, hampir setiap kejadian menimbulkan rasa takut dan cemas. Kecemasan tersebut merupakan bentuk ketidak beranian terhadap hal-hal yang tidak jelas.
2. Adanya emosi-emosi yang kuat dan sangat tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan *exited* (heboh) yang

memuncak, sangat *irritable*, akan tetapi sering juga dihinggapai depresi.

3. Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan *delusion of persecution* (delusi yang dikejar-kejar).
4. Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan terasa sangat lelah, banyak berkeringat, gemetar, dan seringkali menderita diare.
5. Muncul ketegangan dan ketakutan yang kronis yang menyebabkan tekanan jantung menjadi sangat cepat atau tekanan darah tinggi.

Kecemasan juga memiliki karakteristik berupa munculnya perasaan takut dan kehati-hatian atau kewaspadaan yang tidak jelas dan tidak menyenangkan. Gejala-gejala kecemasan yang muncul dapat berbeda pada masing-masing orang. (Kaplan & Sadock, 2010) menyebutkan bahwa takut dan cemas merupakan dua emosi yang berfungsi sebagai tanda akan adanya suatu bahaya. Rasa takut muncul jika terdapat ancaman yang jelas atau nyata, berasal dari lingkungan, dan tidak menimbulkan konflik bagi individu. Sedangkan kecemasan muncul jika bahaya berasal dari dalam diri, tidak jelas, atau menyebabkan konflik bagi individu.

C. Faktor- faktor Penyebab Kecemasan

1. Faktor predisposisi

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kecemasan (Stuart, 2009). Faktor-faktor tersebut antara lain:

a. Teori psikoanalitik

Menurut teori psikoanalitik Sigmund Freud, kecemasan timbul karena konflik antara elemen kepribadian yaitu id (*insting*) dan *super ego* (nurani). Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang sedang superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan norma budayanya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elememen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b. Teori *interpersonal*

Menurut teori ini kecemasan timbul dari perasan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan *interpersonal*. Kecemasan Juga berhubungan dengan perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik.

c. Teori *behavior*

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

d. Teori *persepektif* keluarga

Kecemasan dapat timbul karena pola interaksi yang tidak adaptif dalam keluarga.

e. Teori *persepektif* biologi

Fungsi biologis menunjukkan bahwa otak mengandung *reseptor* khusus *Benzodiazepine*. *Reseptor* ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam amino butirik *gamma neuro regulator* (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme *biologis* berhubungan dengan kecemasan sebagaimana *endomorfine*. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai *predisposisi* terhadap kecemasan. Kecemasan dapat disertai gangguan fisik dan menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi *stressor*.

2. Faktor *presipitasi*

Faktor *presipitasi* adalah faktor- faktor yang dapat menjadi pencetus terjadinya kecemasan (Stuart, 2009). Faktor pencetus tersebut adalah:

- a. Ancaman terhadap integritas seseorang yang meliputi ketidakmampuan *fisiologis* atau menurunnya kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari- hari.

- b. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi dari seseorang.

D. Jenis-jenis Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu perubahan suasana hati, perubahan didalam dirinya sendiri yang timbul dari dalam tanpa adanya rangsangan dari luar. (Stuart, 2009). membagi kecemasan menjadi tiga jenis kecemasan yaitu:

1. Kecemasan *Rasional*

Merupakan suatu ketakutan akibat adanya objek yang memang mengancam misalnya ketika menunggu hasil ujian. Ketakutan ini dianggap sebagai suatu unsur pokok normal dari mekanisme pertahanan dasar kita.

2. Kecemasan *Irrasional*

Yang berarti bahwa mereka mengalami emosi ini dibawah keadaan-keadaan spesifik yang biasanya tidak dipandang mengancam.

3. Kecemasan *Fundamental*

Kecemasan *fundamental* merupakan suatu pertanyaan tentang siapa dirinya, untuk apa hidupnya, dan akan kemanakah kelak hidupnya berlanjut. Kecemasan ini disebut sebagai kecemasan *eksistensial* yang mempunyai peran *fundamental* bagi kehidupan manusia.

E. Tingkat kecemasan

Stuart dan Sundeen (2009) membagi tingkat kecemasan menjadi empat tingkat antara lain:

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas.

Respon fisiologisnya ditandai dengan sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, bibir bergetar. Respon kognitif merupakan lapang persepsi luas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif. Respon perilaku dan emosi seperti tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meningkat.

2. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan, padahal yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Respon fisiologis kecemasan sedang diantaranya sering nafas pendek,

nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, diare, dan gelisah. Sedangkan respon kognitif dari kecemasan sedang diantaranya: lapang persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya. Respon perilaku dan emosi pada kecemasan sedang antara lain: meremas tangan, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur dan perasaan tidak enak.

3. Kecemasan Berat

Sangat mengurangi lapang persepsi seseorang terhadap sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk menghentikan ketegangan individu dengan kecemasan berat memerlukan banyak pengarahannya untuk dapat memusatkan pikiran pada suatu area lain. Respon fisiologi: nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, berkeringat, ketegangan dan sakit kepala. Respon kognitif: lapang persepsi amat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah. Respon perilaku dan emosi: perasaan ancaman meningkat.

4. Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detail perhatian hilang. Hilangnya kontrol menyebabkan individu tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Respon fisiologis: nafas pendek, rasa tercekik, sakit dada, pucat,

hipotensi, koordinasi motorik rendah. Respon kognitif: lapang persepsi sangat sempit, tidak dapat berpikir logis. Respon perilaku dan emosi mengamuk dan marah, ketakutan, kehilangan kendali.

F. Penatalaksanaan Kecemasan

Menurut Hawari (2008) penatalaksanaan *ansietas* pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, yaitu mencakup fisik (somatik), psikologik atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius. Selengkapnya seperti pada uraian berikut:

1. Upaya meningkatkan kekebalan terhadap cemas, dengan cara:
 - a. Makan makan yang bergizi dan seimbang
 - b. Tidur yang cukup
 - c. Cukup olahraga.
 - d. Tidak merokok
 - e. Tidak meminum-minuman keras
2. Terapi psikofarmaka

Terapi psikofarmaka merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan *neuro-transmitter* (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak (*limbic system*). Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah

obat anti cemas (*anxiolytic*), yaitu seperti diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspirone HCl, meprobamate dan alprazolam.

3. Terapi Somatik

Gejala atau keluhan fisik (*somatik*) sering dijumpai sebagai gejala ikutan atau akibat dari kecemasan yang bekerpanjangan. Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik) itu dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

4. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain :

- a. Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.
- b. Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidakmampuan mengatasi kecemasan.
- c. Psikoterapi *re-konstruktif*, untuk dimaksudkan memperbaiki kembali (*re-konstruksi*) kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat *stressor*.

- d. Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien, yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat.
- e. Psikoterapi psiko-dinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadapi stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan.
- f. Psikoterapi keluarga, untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan, agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung

5. Terapi psikoreligius

Untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial.

G. Penilaian Terhadap Kecemasan

Untuk mengukur tingkat kecemasan Pasien skizofrenia menggunakan parameter penilaian tingkat kecemasan, alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A), yang terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok di rinci lagi dengan gejala-gejala yang

lebih spesifik (Hawari, 2008). Menurut Hawari (2008) gejala-gejala yang lebih spesifik adalah sebagai berikut:

1. Perasaan cemas: cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
2. Ketegangan: merasa tegang, lesu, tidak dapat beristirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan gelisah.
3. Ketakutan: pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas dan pada kerumunan orang banyak.
4. Gangguan tidur: sukar untuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi, mimpi buruk dan mimpi yang menakutkan.
5. Gangguan kecerdasan: sukar berkonsentrasi, daya ingat menurun dan daya ingat buruk.
6. Perasaan depresi (murung): hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, terbangun pada saat dini hari dan perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
7. Gejala somatik/ fisik (otot): sakit dan nyeri di otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk dan suara tidak stabil.
8. Gejala somatik/ fisik (sensorik): tinnitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas dan perasaan ditusuk-tusuk.

9. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah): takikardi (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan dan detak jantung menghilang/ berhenti sekejap.
10. Gejala respiratori (pernafasan): rasa tertekan atau sepi di dada, rasa tercekik, sering menarik nafas dan nafas pendek/ sesak.
11. Gejala gastrointestinal (pencernaan): sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, BAB konsistensinya lembek, sukar BAB (konstipasi) dan kehilangan berat badan.
12. Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin): sering buang air kecil, tidak dapat menahan BAK, tidak datang bulan (tidak dapat haid), darah haid berlebihan, darah haid sangat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin (frigid, ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang dan impotensi).
13. Gejala autonom: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala pusing kepala terasa berat, kepala terasa sakit dan bulu-bulu berdiri.

14. Tingkah laku/ sikap: gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kening/ dahi berkerut, wajah tegang, otot tegang/ mengeras, nafas pendek dan cepar serta wajah merah.

Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (skor) antara 0-4, dengan penilaian sebagai berikut:

1. Nilai 0 = tidak ada gejala (keluhan)
2. Nilai 1 = gejala ringan
3. Nilai 2 = gejala sedang
4. Nilai 3 = gejala berat
5. Nilai 4 = gejala berat sekali/ panik.

Masing- masing nilai angka (skor) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu : total nilai (skor) : kurang dari 14 = tidak ada kecemasan, 14-20 = kecemasan ringan, 21-27 = kecemasan sedang, 28-41= kecemasan berat, 42-56 = kecemasan berat sekali.

1.1.2. Skizofrenia

A. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia dapat didefinisikan sebagai suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak yang belum diketahui), dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Kaplan and Sadock, 2010).

Bleuler mengemukakan manifestasi primer skizofrenia ialah gangguan pikiran, emosi menumpul dan terganggu. Ia menganggap bahwa gangguan pikiran dan menumpulnya emosi sebagai gejala utama daripada skizofrenia dan adanya halusinasi atau delusi (waham) merupakan gejala sekunder atau tambahan terhadap ini (Lumbantobing, 2007).

Skizofrenia merupakan gangguan yang benar-benar membingungkan atau menyimpan banyak teka-teki. Pada suatu saat, orang-orang dengan skizofrenia berpikir dan berkomunikasi dengan sangat jelas, memiliki pandangan yang tepat atas realita, dan fungsi secara baik dalam kehidupan balik, mereka kehilangan sentuhan dengan realita, dan mereka tidak mampu memelihara diri mereka sendiri, bahkan dalam banyak cara yang mendasar (Wiramihardja, 2007).

B. Etiologi

Arif (2006) menyebutkan bahwa penyakit skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit tunggal akan tetapi disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu:

1. Somatogenesis

a. Faktor-faktor Genetik (Keturunan)

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa gen yang diwarisi seseorang, sangat kuat mempengaruhi resiko seseorang mengalami skizofrenia. Studi pada keluarga

telah menunjukkan bahwa semakin dekat relasi seseorang dengan pasien skizofrenia, makin besar risikonya untuk mengalami penyakit tersebut.

b. *Biochemistry* (ketidakseimbangan kimiawi otak)

Beberapa bukti menyebutkan bahwa skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut *neurotransmitter*, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli menyebutkan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas *neurotransmitter dopamine* yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas abnormal terhadap *dopamine*. Banyak para ahli menyebutkan bahwa aktivitas *dopamine* yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa *neurotransmitter* lain seperti *serotonin* dan *norepinephrine* tampaknya juga memainkan peranan.

c. *Neuroanatomy* (Abnormalitas Struktur Otak)

Beberapa teknik imaging, seperti MRI dan PET telah membantu para ilmuwan untuk menemukan abnormalitas struktur spesifik dari otak pasien skizofrenia. Misalnya, pasien skizofrenia yang kronis cenderung memiliki ventrikel otak yang lebih besar. Mereka juga memiliki volume jaringan otak yang lebih sedikit daripada

orang normal. Pasien skizofrenia menunjukkan aktivitas yang sangat rendah pada *lobus frontalis* otak. Ada juga kemungkinan abnormalitas di bagian-bagian lain otak seperti di *lobus temporalis*, *basal ganglia*, *thalamus*, *hippocampus* dan *superior temporal gyrus*. *Magnetic resonance imaging* (MRI) menunjukkan perbedaan struktural antara otak orang dewasa normal di sebelah kiri dengan otak di sebelah kanan. Otak pasien skizofrenia menunjukkan pembesaran *ventrikel*, namun tidak semua pasien skizofrenia menunjukkan abnormalitas ini.

2. *Psikogenesis*: Pemahaman kemunculan skizofrenia menurut pendekatan psikologis (khususnya *psikodinamik*)
 - a. Pandangan Sigmund Freud

Banyak konseptualisasi Freud tentang skizofrenia berasal dari ungkapan tentang *cathexis*, yaitu jumlah energi yang dilekatkan pada struktur intrapsikis atau *object-representation*.vFreud yakin bahwa skizofrenia dicirikan dengan *decathexis* atas objek-objek. Freud mendefinisikan skizofrenia sebagai regresi dikarenakan frustrasi yang *intens* dan konflik dengan orang lain. Regresi dari *object-representations* ketahap *autoerotic* disertai dengan penarikan investasi emosional dari *object-representations* dan figur-figur *eksternal*, yang

menjelaskan tampilan penarikan diri *autistic* pasien skizofrenia. Freud menyatakan bahwa *cathexis* pasien kemudian diinvestasikan pada diri atau ego. Setelah mengembangkan model struktura, Freud merevisi pandangannya tentang psikosis. Dia memandang neurosis sebagai konflik antara ego dan id, sementara psikosis adalah konflik antara ego dan dunia eksternal. Sejalan dengan revisi ini, Freud tetap mempertahankan teorinya tentang *decathexis*. Menurut Freud, pasien skizofrenia tidak mampu melakukan *transference*.

b. Pandangan Harry Stack Sullivan

Menurut Sullivan, kegagalan pengasuhan oleh ibu menghasilkan *self* yang cemas pada bayi dan membuat anak tak dapat atau kurang dapat memuaskan kebutuhannya. Aspek pengalaman diri ini kemudian mengalami *disosiasi*, tetapi kerusakan pada *self-esteem* cukup besar. Onset skizofrenia menurut Sullivan adalah tampilnya kembali *self* yang terdisosiasi itu yang mengakibatkan panik dan disorganisasi *psikotik*. Tidak seperti Freud, Sullivan yakin bahwa skizofrenia yang paling parah sekalipun mempunyai kapasitas untuk *interpersonal relatedness*.

Karya Sullivan diteruskan oleh muridnya, Frieda Fromm-Reichmann (1950) yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia tidak bahagia dengan keadaan *with drawal* mereka. Pada dasarnya mereka adalah orang kesepian yang tak dapat mengatasi ketakutan dan ketidakpercayaan pada orang lain karena pengalaman menyakitkan di awal kehidupan.

c. Pandangan Aliran *Ego Psychology*

Psikolog ego awal mengamati bahwa kegagalan *ego boundary* adalah defisit utama pada pasien skizofrenia. Federn (1952) mengatakan bahwa pasien skizofrenia tidak memiliki batasan antara yang di dalam dan yang di luar karena *ego boundary* mereka tidak memadai. Mahler (1952) mengatakan bahwa *ego boundary* berkembang dari kontak fisik antara bayi dan ibu. Dia juga meyakini bahwa tidak adanya stimulasi ini pada ibu bayi mengakibatkan kesulitan pasien skizofrenia membedakan diri dengan orang lain. Kecenderungan pasien skizofrenia dewasa untuk menyatu secara psikologis dengan sekeliling mereka dapat dipahami sebagai usaha untuk membangun kembali kebahagiaan simbiotik di masa awal kehidupan. Namun demikian, kebersatuan ini juga mengakibatkan ketakutan akan penghancuran diri, mengakibatkan pasien skizofrenia

merasa terjebak antara keinginan untuk bersatu dan ketakutan akan *disintegrasi*.

d. Pandangan Grotstein

Grotstein (1977a, 1977b) mengatakan bahwa adanya *hipersensitivitas* pada *stimuli perseptual* sebagai kekurangan utama. Ketidakmampuan untuk menyeleksi berbagai *stimuli* dan menfokuskan pada satu data pada satu waktu adalah kesulitan utama pada kebanyakan pasien skizofrenia. Kurangnya *stimulus barrier* dan tak terolahnya *impuls, primitive, destruktif*, mengakibatkan keadaan *emergency*. Untuk mengatasi *impuls* ini, pasien skizofrenia sangat mengandalkan *defense mechanism splitting* dan *projective identification* dalam suatu usaha *desperate* untuk mengeluarkannya pada figur ibu.

e. Pandangan Heinz Kohut

Menurut Kohut, psikosis merupakan akibat adanya gangguan yang serius pada *self*, di mana tidak ada struktur *defensive* yang dapat mengatasinya. Inti *self* dapat menjadi *noncohesive* (keadaan skizofrenia) baik karena kecenderungan biologis bawaan, maupun karena totalitas dan kontinuitasnya tidak direspon oleh *effective mirroring* di awal kehidupan (Kohut & Wolf, 1982 dalam Slipp (ed) 1982). Pollack (1989) menerapkan konsep-konsep *self-*

psychology atas skizofrenia. Dia mengemukakan bahwa *narcissistic injury* pada *self* mungkin merupakan faktor yang lebih berpengaruh pada kemunculan fenomena psikotik daripada *interpersonalloss* berbagai aspek subyek cinta. Gangguan utama pada pasien skizofrenia dapat dipahami sebagai proses pelemahan diri yang berkepanjangan atau fragmentasi diri. *Self obyek* dilingkungan pasien meski hadir untuk menyediakan “lem” untuk merekatkan *fragmentasi* diri pada Pasien skizofrenia.

C. Tipe Skizofrenia

Tipe-tipe Skizofrenia (Arif, 2006) antara lain:

1. Tipe *Paranoid*

Skizofrenia tipe paranoid memiliki kriteria *preokupasi* dengan satu atau lebih waham/ halusinasi dengar yang menonjol dan tidak ada gejala berikut ini yang menonjol seperti bicara *terdisorganisasi*, perilaku *terdisorganisasi* atau katatonik, atau afek datar/ tidak sesuai.

2. Tipe *Terdisorganisasi*

Skizofrenia tipe *terdisorganisasi* memiliki kriteria bicara *terdisorganisasi*, perilaku *terdisorganisasi*, dan afek datar atau tidak sesuai yang menonjol serta tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik.

3. Tipe *Katatonik*

Skizofrenia tipe katatonik memiliki gambaran klinis yang didominasi oleh dua dari gambaran berikut ini:

- a. *Imobilitas motorik* seperti yang ditunjukkan oleh *katalepsi* (termasuk *fleksibilitas lilin*) atau stupor
- b. Aktivitas *motorik* yang berlebihan (yang tampaknya tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh *stimuli eksternal*)
- c. *Negativisme* yang *ekstrim* (suatu resistensi yang tampaknya tanpa motivasi terhadap semua intruksi atau mempertahankan postur yang kaku menentang semua usaha untuk digerakkan) atau *mutisme*
- d. Gerakan *volunter* yang aneh seperti mengambil postur yang tidak lazim atau aneh secara disengaja (*posturing*), gerakan *stereotipik*, *manerisme* yang menonjol
- e. *Ekolalia/ekopraksia* merupakan dorongan kuat yang tidak terkendalikan dari penderita gangguan jiwa untuk meniru ucapan atau perbuatan yang dilakukan orang lain.

4. Tipe Tidak Tergolongkan

Skizofrenia tidak tergolongkan menunjukkan gejala yang tidak memenuhi kriteria untuk tipe paranoid, atau katatonik.

a. Tipe Residual

Skizofrenia tipe residual memiliki kriteria tidak adanya waham, halusinasi, bicara terdisorganisasi, dan

perilaku katatonik terdisorganisasi atau katatonik yang menonjol dan terdapat gangguan seperti gejala negatif, ditemukan dalam bentuk yang lebih lemah (misalnya keyakinan yang aneh dan pengalaman persepsi yang tidak lazim).

D. Kriteria Diagnostik

Paling tidak, terdapat enam kriteria diagnostik skizofrenia menurut DSM-IV TR (Arif, 2006) sebagai berikut:

1. Simtom- simtom khas

Dua atau lebih yang berikut ini, masing-masing muncul cukup jelas selama jangka waktu satu bulan (atau kurang, bila ditangani dengan baik):

- a. Delusi
- b. Halusinasi
- c. Pembicaraan kacau
- d. Tingkah laku kacau atau katatonik
- e. Simtom-simtom *negative*

2. Disfungsi sosial/ *okupasional*

a. Durasi

Tanda kontinyu gangguan berlangsung selama setidaknya 6 bulan. Periode 6 bulan ini mencakup setidaknya 1 bulan gejala (atau kurang bila telah berhasil diobati) yang

memenuhi kriteria 1 (yaitu gejala fase aktif) dan dapat mencakup periode gejala *prodromal* atau *residual*.

- b. *Eksklusi* gangguan *mood* dan skizoafektif
- c. *Eksklusi* kondisi medis umum/ zat
- d. Hubungan dengan *Pervasive Developmental Disorder*. Bila ada riwayat *Austic Disorder* atau gangguan PDD lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia hanya dibuat bila ada halusinasi atau delusi yang menonjol, selama paling tidak 1 bulan (kurang bila ditangani dengan baik).

E. Gejala

Menurut Eugen Bleuler (1857-1938) dalam Kaplan & Sadock, (2010) membagi gejala-gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok: gejala positif dan negatif. Gejala positif antara lain: *thought echo*, delusi, halusinasi. Gejala negatifnya seperti: sikap apatis, bicara jarang, efek tumpul, menarik diri. Gejala lain dapat bersifat non-skizofrenia meliputi kecemasan, depresi dan psikosomatik.

1. Gejala Negatif

Pada gejala negatif terjadi penurunan, pengurangan proses mental atau proses perilaku (*Behavior*). Hal ini dapat mengganggu bagi pasien dan orang disekitarnya.

a. Gangguan afek dan emosi

Gangguan dan emosi pada skizofrenia berupa adanya kedangkalan afek dan emosi (*emotional blunting*),

misalnya: pasien menjadi acuh tak acuh terhadap hal-hal yang penting untuk dirinya sendiri seperti keadaan keluarga dan masa depannya serta perasaan halus sudah hilang, hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik (*emotional rapport*), terpecah belahnya kepribadian maka hal-hal yang berlawanan mungkin terdapat bersama-sama, umpamanya mencintai dan membenci satu orang yang sama atau menangis, dan tertawa tentang suatu hal yang sama (*ambivalensi*) (Lumbantobing, 2007).

b. *Alogia*

Penderita sedikit saja berbicara dan jarang memulai percakapan dan pembicaraan. Kadang isi pembicaraan sedikit saja maknanya. Ada pula Pasien yang mulai berbicara yang bermakna, namun tiba-tiba ia berhenti bicara, dan baru bicara lagi setelah tertunda beberapa waktu (Lumbantobing, 2007).

c. *Avolisi*

Ini merupakan keadaan dimana Pasien hampir tidak bergerak, gerakannya miskin. Kalau dibiarkan akan duduk seorang diri, tidak bicara, tidak ikut beraktivitas jasmani (Lumbantobing, 2007).

d. *Anhedonia*

Tidak mampu menikmati kesenangan, dan menghindari pertemanan dengan orang lain (*Asociality*) pasien tidak mempunyai perhatian, minat pada rekreasi. Pasien yang sosial tidak mempunyai teman sama sekali, namun ia tidak memperdulikannya (Lumbantobing, 2007).

e. Gejala Psikomotor

Adanya gejala katatonik atau gangguan perbuatan dan sering mencerminkan gangguan kemauan. Bila gangguan hanya kemauan saja maka dapat dilihat adanya gerakan yang kurang luwes atau agak kaku, *stupor* dimana Pasien tidak menunjukkan pergerakan sama sekali dan dapat berlangsung sehari-hari, berbulan-bulan dan kadang bertahun-tahun lamanya pada Pasien yang sudah menahun; *hiper kinese* dimana Pasien terus bergerak saja dan sangat gelisah (Kaplan and Sadock, 2010).

2. Gejala Positif

Gejala positif dialami sensasi oleh Pasien padahal tidak ada yang merangsang atau mengkreasi sensasi tersebut dapat timbul pikiran yang tidak dapat dikontrol pasien.

a. *Delusi* (Waham)

Merupakan gejala skizofrenia dimana adanya suatu keyakinan yang salah pada Pasien. Pada skizofrenia waham

sering tidak logis sama sekali tetapi Pasien tidak menginsyafi hal ini dan dianggap merupakan fakta yang tidak dapat dirubah oleh siapapun. Waham yang sering muncul pada Pasien skizofrenia adalah waham kebesaran, waham kejaran, waham sindiran, waham dosa dan sebagainya (Kaplan and Sadock, 2010).

b. Halusinasi

Mendengar suara, percakapan, bunyi asing dan aneh atau malah mendengar musik, merupakan gejala positif yang paling sering dialami penderita skizofrenia (Lumbantobing, 2007).

F. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada Pasien skizofrenia dapat berupa terapi biologis, dan terapi psikososial.

1. Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi *elektrokonvulsif*, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah *chlorpromazine (thorazine)* dan *fluphenazine decanoate (prolixin)*. Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat *phenothiazines*, *reserpine (serpasil)*, dan *haloperidol (haldol)*,

Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Durand, 2007).

Terapi *Elektrokonvulsive* juga dikenal sebagai terapi *electroshock* pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, *electroconvulsive therapy* (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia. Tetapi terapi ini telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. ECT ini digunakan di berbagai Rumah Sakit Jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia.

Menurut Fink dan Sackeim (1996) antusiasme awal terhadap ECT semakin memudar karena metode ini kemudian diketahui tidak menguntungkan bagi sebagian besar penderita skizofrenia meskipun penggunaan terapi ini masih dilakukan hingga saat ini. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan Pasien. Pasien seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita kerancuan

pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Durand, 2007).

Pada terapi biologis lainnya seperti pembedahan bagian otak Moniz (1935, dalam Davison, et al., 1994) memperkenalkan *prefrontal lobotomy*, yaitu proses operasi primitif dengan cara membuang “*stone of madness*” atau disebut dengan batu gila yang dianggap menjadi penyebab perilaku yang terganggu. Menurut Moniz, cara ini cukup berhasil dalam proses penyembuhan yang dilakukannya, khususnya pada penderita yang berperilaku kasar. Akan tetapi, pada tahun 1950-an cara ini ditinggalkan karena menyebabkan penderita kehilangan kemampuan kognitifnya, otak tumpul, tidak bergairah, bahkan meninggal.

2. Terapi Psikososial

Gejala- gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada Pasien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang

dialami di usia dini. Pada terapi psikosial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand, 2007).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi *humanistik*. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan *terapist* berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari Rumah Sakit Jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali.

Dalam hal ini, keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Dari beberapa penelitian, seperti yang

dilakukan oleh Fallon (Davison, et al., 1994; Rathus, et al., 1991) ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi- terapi secara individual (Durand, 2007).

2.1.3. Terapi Psikoreligius

A. Pengertian Terapi Psikoreligius

Terapi adalah usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit, pengobatan penyakit dan perawatan penyakit. Dalam bidang medis, kata terapi sinonim dengan kata pengobatan (Suharso, 2013).

Menurut kamus lengkap psikologi, terapi adalah suatu perlakuan dan pengobatan yang ditujukan kepada penyembuhan suatu kondisi patologis pengetahuan tentang penyakit atau gangguan. Terapi juga dapat diartikan sebagai suatu jenis pengobatan penyakit dengan kekuatan batin atau rohani, bukan pengobatan dengan obat-obatan.

Sedangkan psikoreligius berasal dari dua kata, yaitu psiko dan religius. Psiko berasal dari kata *Psyche* (Inggris) dan *Psuche* (Yunani) artinya: nafas, kehidupan, hidup, jiwa, roh, sukma dan semangat. Sedangkan religius merupakan kata sifat dari kata benda religi, yang berarti berhubungan dengan agama atau keagamaan. Kata religi sendiri berasal dari bahasa belanda.

Pendapat lain mengatakan, *religi* berasal dari kata "*relegere*" yang berarti mengumpulkan dan membaca. Jadi *religi*, mengandung pengertian mengumpulkan cara-cara mengabdikan kepada Tuhan, dan ini terkumpul dalam kitab suci yang harus dibaca. Ada juga yang mengatakan, *religi* berasal dari kata "*religare*" yang berarti mengikat. Ini karena ajaran-ajaran agama (*religi*) memang mempunyai sifat mengikat bagi manusia (pemeluknya), dalam agama terdapat pula ikatan antara diri (hamba) dengan Tuhannya.

Religi yang artinya agama, berasal dari akar kata Sanskerta *gam* yang artinya pergi, kemudian setelah mendapat awalan *a* dan akhiran *a* (*agam-a*) artinya menjadi jalan. Jadi, agama adalah suatu jalan yang harus diikuti, supaya orang dapat sampai ke suatu tujuan yang mulia dan suci. Pengertian yang lebih populer adalah agama berasal dari *a* yang artinya tidak, dan *gama* yang berarti kacau, jadi agama ialah (yang membuat sesuatu) tidak kacau. Secara *terminology*, agama adalah mempercayai tentang adanya kekuatan kodrat yang Maha mengatasi, menguasai, menciptakan dan mengawasi alam semesta.

Agama juga merupakan salah satu aspek terpenting bagi kehidupan manusia, karena agama bagi manusia adalah merupakan undang-undang dasar dan pedoman hidup (*way of life*) dalam hidup dan kehidupannya.

Dengan mengetahui definisi dari psiko dan religius, maka dapat ditarik kesimpulan, psikoreligius adalah segala aktivitas yang berhubungan dengan ajaran agama berdasarkan peraturan atau perundang-undangan yang terkandung di dalamnya, dimana aktivitas keagamaan yang dilakukan itu mempunyai pengaruh terhadap kondisi mental seseorang.

Berdasarkan pengertian terapi dan psikoreligius di atas, maka dapat disimpulkan bahwa terapi psikoreligius (keagamaan) 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. Sehingga ia dapat hidup selaras, seimbang dan sesuai dengan ajaran Agama.

Terapi psikoreligius merupakan suatu pengobatan dalam praktek keperawatan khususnya keperawatan jiwa yang menggunakan pendekatan keagamaan antara lain doa-doa, dzikir, ceramah keagamaan, dan lain-lain untuk meningkatkan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan

yang merupakan *stressor psikososial* guna peningkatan integrasi kesehatan jiwa. Terapi psikoreligius merupakan suatu pengobatan alternatif dengan cara pendekatan keagamaan melalui doa dan dzikir yang merupakan unsur penyembuh penyakit atau sebagai psikoterapeutik yang mendalam, bertujuan untuk membangkitkan rasa percaya diri dan optimisme yang paling penting selain obat dan tindakan medis (Rozalino R, 2009).

Pendekatan keagamaan dalam praktek kedokteran dan keperawatan dalam dunia kesehatan, bukan untuk tujuan mengubah keimanan seseorang terhadap agama yang sudah diyakininya, melainkan untuk membangkitkan kekuatan spiritual dalam menghadapi penyakit merupakan terapi psikoreligius (Yosep I, 2009). Yang dimaksud dengan terapi spiritual kurang lebih adalah terapi dengan memakai upaya-upaya untuk mendekatkan diri pada Tuhan. Ini sama dengan terapi keagamaan, religius, atau psikoreligius, yang berarti terapi dengan menggunakan faktor agama, kegiatan ritual keagamaan, seperti sembahyang, berdoa, memanjatkan puji-pujian, ceramah keagamaan, kajian kitab suci, dan sebagainya. Hanya saja terapi spiritual lebih umum sifatnya dan tidak selalu dengan agama formal masing-masing individu (Wicaksana I, 2008).

Pengertian terapi spiritual atau terapi religius adalah sebuah terapi dengan pendekatan terhadap kepercayaan yang dianut oleh

klien, pendekatan ini dilakukan oleh seorang pemuka agama dengan cara memberikan pencerahan, kegiatan ini dilakukan minimal 1 kali seminggu untuk semua klien dan setiap hari untuk pasien. Terapi spiritual berbeda dengan berdoa, doa tersebut ditiupkan disebuah gelas berisi air minum kemudian meminta klien meminum air tersebut, meskipun sama-sama menggunakan sebuah perilaku dalam sebuah agama atau kepercayaan tetapi akan sangat berbeda dengan terapi spiritual (Rosyidi I, 2009).

B. Penatalaksanaan Terapi Psikoreligius

Pelaksanaan terapi psikoreligius berbentuk berbagai ritual keagamaan, yang dalam agama Islam seperti melaksanakan shalat, puasa, berdoa, berdzikir, membaca shalawat, mengaji (membaca dan mempelajari isi kandungan *Al-Quran*), siraman ruhani dan membaca buku-buku keagamaan yang berkaitan dengan agama.

Dari berbagai ritual keagamaan di atas, yang ingin diuraikan oleh penulis adalah shalat, doa, dan dzikir:

1. Shalat

Menurut bahasa, shalat berarti doa. Sedangkan menurut *syara'* shalat berarti menghadapkan jiwa dan raga kepada Allah dengan khusuk, sebagai wujud ketaqwaan seorang hamba kepada Tuhannya dan mengagungkan kebesaran-Nya, yang dimulai dengan takbir dan diakhiri dengan salam, menurut cara-cara dan syarat-syarat yang telah ditentukan.

Shalat adalah aktifitas fisik dan psikis. Kedua hal tersebut tidak dapat dipisahkan, seseorang yang shalat, berarti ia memadukan aktifitas fisik dan psikis secara bersamaan, dalam istilah ilmiyahnya yaitu memadukan antara kecerdasan intelektual, emosional dan spiritual. Jadi ketika tubuh bergerak, maka otak memegang kendali, ingatan seseorang tertuju pada bacaan dan jenis gerakan, dalam waktu yang sama, hati mengikuti dan membenarkan tindakan (Amin Syukur, 2011).

Pada saat seseorang sedang shalat (khusuk), maka seluruh pikirannya terlepas dari segala urusan dunia yang membuat jiwanya gelisah. Setelah menjalankan shalat, ia senantiasa dalam keadaan tenang, sehingga secara bertahap kecemasan itu akan mereda. Keadaan yang tenang dan jiwa yang tenang yang dihasilkan oleh shalat, mempunyai dampak terapi yang penting dalam meredakan ketegangan syaraf yang timbul akibat berbagai tekanan kehidupan sehari-hari, dan menurunkan kecemasan yang diderita oleh sebagian orang. Hal ini karena shalat merupakan salah satu bentuk dzikir kepada Allah dan dzikir akan bisa menimbulkan ketenangan batin.

Sebagaimana dijelaskan dalam *Al-Qur'an* Surah *Al-Ra'du* ayat 28, yang Artinya: “yaitu orang-orang yang beriman dan hati mereka tenang, ingatlah hanya dengan mengingat Allah-

lah hati menjadi tentram” (*Q.S. al-Ra’du* {13}: 28). Mengapa tenang? Karena dengan mengingat Allah otak manusia akan mencairkan kimia kebahagiaan yang disebut *Endorphine*. Pada dasarnya tujuan dari shalat sendiri bukanlah untuk kepentingan Sang Pencipta, melainkan untuk kepentingan manusia itu sendiri, agar dalam hidupnya senantiasa mendapatkan derajat, ketenangan dan kebahagiaan hidup di dunia maupun kelak di akhirat.

2. Do’a

Menurut bahasa, do’a artinya permohonan atau panggilan. Sedangkan menurut istilah *syar’i*, do’a berarti meminta pertolongan kepada Allah SWT, berlindung kepada-Nya dan memanggil-Nya, demi mendapatkan manfaat atau kebaikan dan menolak gangguan atau bala. Do’a juga merupakan kesempatan manusia mencurahkan isi hatinya kepada Tuhan, menyatakan kerinduan, ketakutan dan kebutuhan manusia kepada Tuhan. Menurut Dadang Hawari, do’a adalah permohonan yang dipanjatkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa, Maha Pengasih, Maha Penyayang dan Maha Pengampun. Seorang Muslim yang berdo’a kepada Allah berarti ia sedang memohon dan memintasesuatu kepada-Nya.

Dipandang dari sudut ilmu kedokteran jiwa dan kesehatan jiwa, do'a mengandung unsur *psikoterapeutik* yang mendalam. Psikoreligius terapi ini tidak kalah pentingnya dengan psikoterapi psikiatrik, karena doa mengandung unsur spiritual/kerohanian yang dapat membangkitkan rasa percaya diri dan rasa optimisme (harapan kesembuhan). Dua hal ini, yaitu rasa percaya diri (*self confident*) dan *optimisme*, merupakan dua hal yang amat *esensial* bagi penyembuhan suatu penyakit disamping obat-obatan dan tindakan medis yang diberikan. Sebagai terapi, do'a merupakan sebuah terapi yang luar biasa, banyak orang yang sembuh penyakitnya hanya dengan beberapa ucapan do'a dari orang-orang tertentu.

Dadang Hawari, 2008 dalam bukunya "*Dimensi Religi dalam Praktik Psikiatri dan Psikologi*", mengoleksi banyak hasil penelitian dari para ahli mengenai do'a sebagai "obat". Georgetown, Amerika Serikat, yang menyatakan bahwa dari 212 penelitian yang telah dilakukan oleh para ahli sebelumnya, ternyata 75 % menyimpulkan adanya pengaruh positif pada pasien, dan hanya 7 % yang menyatakan pengaruh negatif do'a terhadap hasil terapi. Manfa'at doa terhadap proses kesembuhan pasien terutama terletak pada berbagai penyakit, seperti depresi, kanker, kecemasan, stress, hipertensi, jantung

dan penyalahgunaan NAZA (Narkoba, Alkohol dan Zat Aditif).

3. Dzikir

Dzikir, secara etimologi berasal dari kata: *dzakara*, *yadzakuru*, *dzikran*, yang berarti menyebut dan mengingat. Sedangkan secara terminologis definisi dzikir banyak sekali. Ensiklopedi Nasional Indonesia menjelaskan, dzikir adalah ingat kepada Allah dengan menghayati kehadiran-Nya, ke-Maha Suci-Nya, ke-Maha Terpuji-Nya dan ke-Maha Kebesaran-Nya. Menurut Dadang Hawari, dzikir adalah suatu amalan dalam bentuk yang diucapkan secara lisan ataupun dalam hati yang berisikan permohonan kepada Allah SWT dengan mengingat nama-Nya dan sifat-Nya.

Sedangkan Sa'id Ibnu Jubair RA Menjelaskan, yang dimaksud dengan dzikir adalah suatu ketaatan yang diniatkan kepada Allah SWT. Hal itu berarti tidak terbatas masalah tasbih, tahmid, tahlil dan takbir, tapi dzikir adalah semua aktifitas manusia yang diniatkan kepada Allah SWT.

Ibnu Atha'allah As-Sakandi membagi dzikir menjadi tiga bagian, yaitu:

a. Dzikir *jali* (nyata, jelas)

Dzikir *jali* adalah suatu perbuatan mengingat Allah SWT dalam bentuk ucapan lisan yang mengandung arti pujian,

rasa syukur dan doa kepada Allah SWT dengan suara yang jelas.

b. Dzikir *khafi* (dzikir samar-samar)

Dzikir *khafi* adalah dzikir yang dilakukan secara khusyu' oleh ingatan hati, baik disertai dzikir lisan ataupun tidak.

c. zikir *haqiqi* (dzikir yang sebenar-benarnya)

Dzikir *haqiqi* adalah tingkat dzikir yang paling tinggi, yang dilakukan oleh seluruh jiwa raga, lahiriyah dan bathiniyah, kapan dan dimana saja.

Sama halnya dengan doa, dzikir juga mengandung unsur kerohanian/ keagamaan yang dapat membangkitkan rasa percaya diri (*self confidence*) dan keimanan (*faith*) pada diri orang yang sedang sakit, sehingga kekebalan tubuh meningkat, sehingga mempercepat proses penyembuhan.

M. Amin Syukur mengatakan, ada beberapa manfaat yang dapat dipetik melalui berdzikir, yaitu memantapkan iman, memperkuat energi akhlak, terhindar dari bahaya dan terapi jiwa, serta yang paling penting adalah terapi fisik. Hal ini sesuai dengan konsep yang dikemukakan oleh Hendra tentang penelitian dzikir (*Laa ilaaha illallah dan Astaghfirullah*) yang diberikan oleh dr. Arman Yurisaldi Saleh yang mengungkapkan fenomena dzikir ini melalui pendekatan ilmiah *neuro science*. Beliau adalah seorang spesialis syaraf

sekaligus seorang klinisi yang sering menangani dan menerima konsultasi penyakit-penyakit syaraf. Berdasarkan pengalaman empiris, didukung pengamatan langsung terhadap Pasien dan disertai studi literatur yang serius, dr. Yurisaldi akhirnya sampai pada kesimpulan adanya hubungan yang erat antara pelafalan huruf (*makharijul huruf*) pada bacaan dzikir *Laa ilaaha illallah* dan *Astaghfirullah* dengan tampilan klinis (kondisi fisik dan psikis) seseorang yang membacanya. Dzikir yang berdampak positif terhadap kesehatan syaraf dan tubuh ini tentu saja adalah dzikir yang dilafalkan secara baik dan benar sesuai aturan dalam ilmu *tajwid* dan difahami arti dan dihayati maknanya disertai dengan kesungguhan (*mujahadah*).

Dari kajian ilmu *tajwid* (ilmu yang mempelajari cara membaca *Al-Qur'an*), penulis ini mengetahui bahwa kalimat dzikir *Laa ilaaha illallah* dan *Astaghfirullah* mengandung dampak yang luar biasa. Dalam *Laa ilaaha illallah* terdapat huruf *jahr* yang diulang sebanyak tujuh (7) kali, yaitu huruf *lam*, dan dalam *astaghfirullah* terdapat huruf *ghain*, *ra* dan dua buah *lam*. Dari kedua kalimat dzikir itu maka ada empat huruf *jahr* yang harus dilafalkan seara keras/ jelas. Hasilnya adalah bahwa udara yang keluar dari paru-paru melalui mulut akan lebih banyak dibandingkan dengan bacaan pada kalimat dzikir yang lain, seperti *Subhanallah* (dua huruf *jahr*), *Allahu akbar*

(tiga huruf *jahr*) dan *Alhamdulillah* (dua huruf *jahr*). Ditinjau secara medis-klinis, jika kita melafalkan kalimat dzikir *Laa ilaaha illallah* dan *Astaghfirullah* secara benar sesuai ilmu *tajwid* berarti kita sedang mengeluarkan karbondioksida lebih banyak saat udara diembuskan keluar mulut, dibandingkan dengan jika kita membaca kalimat dzikir yang mengandung lebih sedikit huruf *jahr*.

Kalimat dzikir yang lain seperti dzikir *Asmaul husna*, *shalawat Nariyah* dan sebagainya, tetap bermanfaat memberikan dampak ketenangan. Dampak sehatnya adalah ketika seseorang melakukan dzikir secara *intens* dan khusyuk seraya memahami dan menghayati artinya, pembuluh darah di otak akan membuat aliran karbondioksida yang keluar dari pernafasan menjadi lebih banyak. Kadar karbondioksida di otak pun akan menurun dengan teratur. Sehingga tubuh pun akan segera menampilkan kemampuan *reflek/ kompensasi rileks*. Rangkaian proses pengeluaran karbondioksida yang merupakan oksidan/ gas buangan *metabolit* dan proses *neurosis* tersebut ternyata mempunyai efek positif bagi orang yang melakukan dzikir.

C. Metode Terapi Psikoreligius

1. Metode Wawancara

Adalah salah satu cara memperoleh fakta-fakta kejiwaan yang dapat dijadikan bahan pemetaan tentang bagaimana sebenarnya hidup Pasien pada saat tertentu yang memerlukan bantuan. Segala fakta yang diperoleh dari Pasien dicatat secara teratur dan rapi di dalam buku catatan (*cumulativae records*) untuk Pasien yang bersangkutan serta disimpan baik-baik sebagai file (dokumen penting). Pada saat dibutuhkan catatan pribadi tersebut dianalisa dan diidentifikasi untuk bahan pertimbangan tentang metode apakah yang lebih tepat bagi bantuan yang harus diberikan kepadanya.

2. Metode *Group Guidance* (bimbingan secara berkelompok)

Cara pengungkapan jiwa atau batin serta pembinaannya melalui kegiatan kelompok seperti ceramah, diskusi, seminar, simposium, atau dinamika kelompok (*group dynamics*) dan sebagainya. Metode ini baru dapat berjalan dengan baik bilamana bimbingan secara kelompok memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Usahakan agar bimbingan kelompok dapat berlangsung dengan tenang, jauh dari gangguan apapun serta tempat tersebut cukup sehat karena cukup ventilasi udaranya dan cahaya sinar matahari atau lampu.

- b. Usahakan agar kelompok tersebut tidak terlalu besar, sebaliknya jangan lebih dari 13 orang.
- c. Secara periodik, bimbingan kelompok perlu dilaksanakan dan diisi dengan ceramah-ceramah tentang hal-hal atau topik-topik masalah yang berkaitan dengan pengembangan kesehatan dan perilaku yang baik.

d. Metode *Non Direktif* (cara yang tidak mengarahkan)

Cara lain untuk mengungkapkan segala perasaan dan pikiran yang tertekan, sehingga menjadi penghambat kemajuan klien adalah metode non direktif. Metode ini di bagi menjadi dua macam yaitu:

1) Metode *Client centered*

Yaitu metode ini terdapat dasar pandangan bahwa klien sebagai makhluk yang bulat yang memiliki kemampuan berkembang sendiri dan sebagai pencari kemantapan diri sendiri (*self consistency*). Jadi bilamana konselor mempergunakan metode ini maka ia harus bersikap sabar mendengarkan dengan penuh perhatian segala ungkapan batin klien yang diutarakan kepadanya, dengan demikian seolah-olah konselor pasif, tetapi sesungguhnya aktif

menganalisa segala apa yang dirasakan oleh klien sebagai beban batinnya.

2) Metode *Edukatif*

Yaitu cara pengungkapan tekanan perasaan yang menghambat perkembangan klien dengan mengkorek sampai tuntas perasaan/ sumber perasaan yang menyebabkan hambatan dan ketegangan dengan cara-cara *keint centered*, yang diperdalam dengan permintaan/ pertanyaan yang motivatif dan persuasive (meyakinkan) untuk mengingat-ingat dan serta didorong untuk berani mengungkap perasaan tertekan sampai ke akar-akarnya. Dengan cara demikian, dapat terlepas dari dari penderitaan batin yang bersifat *obsentif* (pada hal yang menyebabkan ia terpaku pada hal-hal yang menekan batinnya).

e. Metode *Psikoanalitik* (penganalisaan jiwa)

Metode ini berasal dari teori psiko-analisa Freud yang dipergunakan untuk mengungkapkan segala tekanan perasaan terutama perasaan yang sudah lagi tidak disadari. Menurut teori ini, manusia yang senantiasa mengalami kegagalan usaha dalam mengejar cita-cita atau keinginan, menyebabkan timbulnya perasaan

tertekan yang makin lama makin menumpuk. Bilamana tumpukan perasaan gagal tersebut tidak dapat diselesaikan, maka akan mengendap ke dalam lapisan jiwa bawah sadarnya. Untuk memperoleh data tentang jiwa tertekan bagi penyembuhan klien tersebut, diperlukan metode psikoanalitik yaitu menganalisa gejala tingkah laku baik melalui mimpi atau ataupun melalui tingkah laku yang serba salah itu terjadi ulang-ulang.

- f. Metode *Direktif* (metode yang bersifat mengarahkan)
Metode ini lebih bersifat mengarahkan pada anak bombing untuk berusaha mengatasi segala kesulitan (problema) yang dihadapi. Pengarahan yang diberikan kepada klien ialah dengan memberikan secara langsung jawaban-jawaban terhadap permasalahan yang menjadi sebab kesulitan yang dihadapi/ dialami klien.
- g. Metode yang lainnya berkaitan dengan sikap sosial dalam hubungannya dengan pergaulan klien sering dipakai metode *sosiometri*, yaitu suatu cara yang dipergunakan untuk mengetahui kedudukan anak bimbing dalam hubungan kelompok.

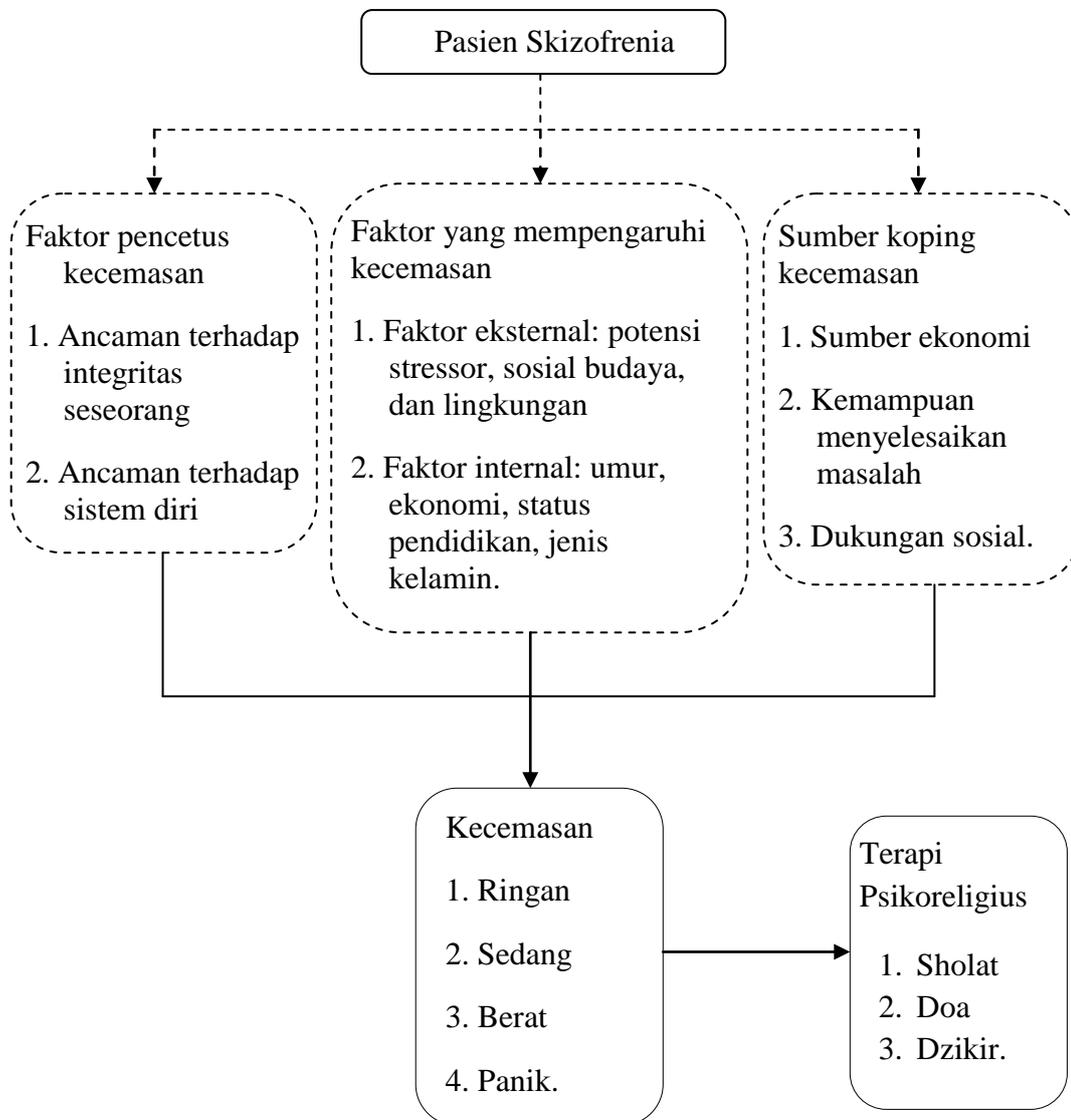
D. Tujuan Terapi Psikoreligius

Adapun tujuan terapi psikoreligius adalah menyempurnakan diri (pribadi) dalam hubungan vertikal kepada Tuhan (*hablum minallah*) dan horizontal terhadap sesama manusia (*hablum minannas*) atau alam sekitarnya (*hablum minal 'alam*), sehingga terwujud keselarasan dan keseimbangan hidup menurut fitrah kejadiannya.

Melalui pembinaan agama atau terapi psikoreligius, akan menghasilkan orang yang dengan sendirinya akan menjadikan agama sebagai pedoman, pengendali tingkah laku dan gerak-gerik dalam kehidupan sehari-hari.

Lebih jelasnya tujuan terapi psikoreligius dapat penulis kemukakan untuk menjadikan manusia yang berakhlak mulia dan sempurna, guna terciptanya masyarakat/ manusia yang taat kepada Tuhan, dimana Agama menjiwai dalam kehidupan, tingkah laku dan perbuatan manusia, sehingga akan tercipta masyarakat yang adil, aman dan tentram demi mencapai kebahagiaan dunia dan akhirat. Hidup akan bermakna bila disertai dengan Agama dan sebaliknya tanpa Agama hidup tidak akan merasa tenang/ cemas, bahkan jiwanya dapat terganggu yang selanjutnya dapat mengakibatkan timbulnya gangguan-gangguan kejiwaan.

2.2. Kerangka Teori



Keterangan:

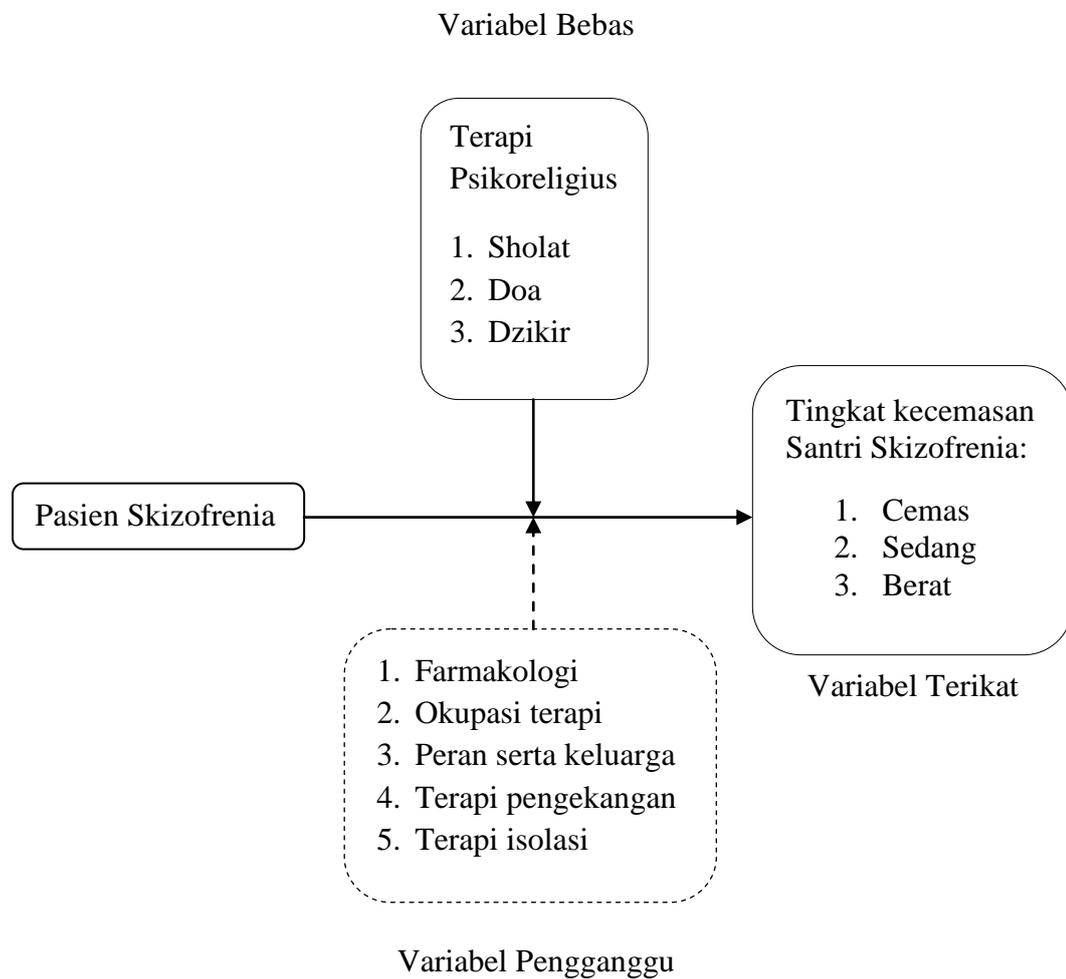
 : Yang diteliti

 : Yang tidak diteliti

Gambar 2.1 KerangkaTeori

(Arif, 2006; Lumbatobing, 2007; Kaplan and Sadock, 2010; NamoraLumongga Lubis,2009; Stuart,2007; Rosyidi I, 2009)

2.3. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka konsep

2.4. Hipotesis

H_a : Ada pengaruh terapi psikoreligius terhadap tingkat kecemasan Santri skizofrenia di Pondok Pesantren Assyifa Desa Cepoko.