

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia (*schizophrenia*) adalah masalah gangguan jiwa yang cukup berat (gangguan psikotik) dimana berpengaruh pada bagaimana perasaan, pikiran dan perilaku seseorang. Skizofrenia ditandai dengan hilangnya daya tilik diri (*insight*) dan rasa kehilangan pemahaman terhadap kenyataan atau realita pada penderitanya (popovic, Benabarre dan Goikolea, 2014) dan (Sadock, 2014). Skizofrenia merupakan istilah yang berasal dari bahasa Yunani yaitu schizo atau split yang berarti perpecahan dan phren atau jiwa yang merupakan sebuah kekacauan atau terfragmentasinya pikiran orang dengan skizofrenia (ODS). Skizofrenia merupakan penyakit yang cukup serius apabila menyerang pada individu, salah satu penyebab skizofrenia karena terjadi gangguan konsentrasi pada neurotransmitter otak, kelainan otak struktural dan adanya perubahan reseptor pada sel-sel otak. Pasien dengan skizofrenia dapat memiliki emosi, perasaan, pemikiran, ucapan serta perilaku yang tidak normal sehingga berdampak pada kehidupan, aktivitas sosial, pekerjaan dan kemampuan individu dalam mengurus dirinya sehingga berdampak

pada bagaimana kualitas hidupnya. Kelompok individu rentan skizofrenia adalah dengan riwayat keturunan keluarga skizofrenia, pernah terjangkit virus ketika dalam kandungan serta bisa jadi karena penyalahgunaan narkoba (Smarpatient, 2016).

b. Gejala Skizofrenia

Penderita skizofrenia dapat dikenali dari tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh ODS. Kelompok skizofrenia menurut Dadang (dalam Sivitriana, 2019) dibagi menjadi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif dapat berupa halusinasi, waham, delusi, ambivalensi, asosiasi longgar, flight of idea. Gejala negatif skizofrenia ditandai dengan wajah penderita yang menunjukkan apatis, alogia, afek datar, afek tumpul (Muhith, 2015).

1) Gejala Positif

a) Halusinasi

Gejala yang paling sering ditemukan pada pasien dengan skizofrenia adalah halusinasi. Halusinasi adalah persepsi tidak nyata dimana klien merasakan hal yang sebenarnya tidak ada atau merupakan suatu persepsi yang palsu dimana individu memiliki pencerapan tanpa ada rangsangan dari luar. Respon ODS terhadap halusinasi yang muncul meliputi perasaan curiga, perasaan ketakutan tanpa sebab, merasa tidak aman, kadang merasa gelisah dan bingung, kurang konsentrasi dan predation, tidak dapat

mengambil keputusan, perilaku mencederai diri dan merusak lingkungan serta ketidakmampuan dalam membedakan keadaan antara nyata dan tidak nyata (Sivitriana, 2019). Halusinasi dibagi menjadi halusinasi pendengaran, halusinasi penciuman, halusinasi penglihatan, halusinasi perabaan dan halusinasi pengecapan (Muhith, 2015).

b) Waham

Waham adalah keyakinan atau kepercayaan yang tidak benar dan sesuai kenyataan atau fakta dalam diri ODS dimana kepercayaan tersebut tidak bisa dikoreksi oleh dirinya sendiri. Waham yang dialami penderita biasanya bersifat tidak wajar dan mustahil untuk terjadi. Waham tersebut dapat berupa suatu identitas keagamaan, politik atau individu merasa memiliki kemampuan atau kekuatan “manusia super”. Hal yang dipikirkan oleh ODS biasanya tidak masuk akal dan tidak sesuai dengan budaya, misalnya mengaku sebagai presiden atau menteri, berkomunikasi dengan hal ghoib atau dengan makhluk asing yang datang dari planet lain (KMK, 2015). Waham dapat dikelompokkan menjadi waham kejar, waham sisip pikir, waham kebesaran, waham siar, waham rujukan dan lain-lain (Gonzalez et al., 2013).

c) Delusi

Delusi merupakan keyakinan yang salah atau palsu dan tidak sesuai dengan realita yang ada serta tidak dapat dikoreksi (Sivitriona, 2019). Menurut Muhith delusi sendiri hampir sama dengan waham, namun delusi dapat berkembang sesuai dengan pemikiran pribadi, misalnya:

- (1) Penganiayaan, pasien sering berfikir bahwa dirinya merupakan korban, merasa terancam atau pusat dari konspirasi.
- 2) Kepasifan, pasien sering menganggap bahwa pikiran dan tindakannya itu dikendalikan oleh kekuatan dari luar
- 3) Lainnya, misalnya kemegahan, seksual atau agama.

d) Ambivalensi

Ambivalen merupakan kondisi dimana individu memiliki dua keyakinan atau perasaan yang saling bertentangan tentang seseorang, kejadian atau situasi (Sivitriona, 2019).

e) Asosiasi longgar

Asosiasi longgar merupakan keadaan dimana individu memiliki pikiran atau ide yang terpecah-pecah, pikiran yang tidak terstruktur serta pemikiran buruk (Sivitriona, 2019).

f) Flight of Idea

Flight of Idea merupakan keadaan dimana individu ketika diajak berkomunikasi terjadi aliran verbalisasi yang cepat yang jawabannya sering melompat dari satu topik ke topik yang lain (Sivitrana, 2019).

2) Gejala Negatif

Gejala negatif pada ODS menunjukkan adanya defisit respon emosi yang normal atau defisit proses pikiran reaksi yang kurang baik dari individu terhadap suatu program pengobatan. Gejala negatif ditunjukkan dengan kemampuan untuk mempengaruhi, motivasi atau kemampuan untuk menikmati aktifitas. Hal yang dapat memicu gejala ini adalah adanya peningkatan jumlah dopamin yang berlebihan pada atrofi otak atau terjadi perubahan fungsional otak (Sivitrana, 2019).

a) Apatis

Apatis merupakan ketidak pedulian individu pada lingkungan ditandai dengan penurunan emosi, motivasi dan antusiasme (Sivitrana, 2019).

b) Alogia

Seseorang dengan alogia biasanya memiliki pembicaraan yang sangat minim, konteks nada sinis dari pembicaraan tersebut tidak bermakna. Alogia terjadi pada

pasien ODS dengan menunjukkan pembicaraan yang tiba-tiba berhenti secara mendadak ketika ODS sedang diajak berkomunikasi dan membicarakan suatu topik tertentu, setelah berhenti secara mendadak biasanya ODS akan melanjutkan pembicaraannya selang beberapa waktu kemudian (Sivitriona, 2019).

c) Afek datar

Pada pasien dengan ODS afek datar ditunjukkan dengan adanya ekspresi wajah yang datar atau tidak ada ekspresi dalam menunjukkan emosi atau moodnya (Sivitriona, 2019).

d) Anhedonia

e) Afek tumpul

f) Katatonia

g) Tidak memiliki kemauan

c. Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan sebuah sindrom yang terdiri dari kumpulan penyebab dan perjalanan penyakit. Faktor yang berperan dalam munculnya skizofrenia adalah genetik dan bagaimana individu dalam berinteraksi dengan lingkungan. Hubungan individu tersebut dapat menyebabkan perubahan neurologis seperti infeksi prenatal (first hit). Infeksi prenatal merupakan keadaan dimana

dengan gen yang rentan akan menyebabkan inflamasi dan perubahan neurologis.

Perubahan tersebut berlanjut ketika masa dewasa seseorang tersebut terpapar hal-hal yang dapat menyebabkan individu mengalami masalah kejiwaan berupa skizofrenia, seperti trauma, stressor social, dan aktivitas inflamasi (secondary hit). Keadaan tersebut akan menginduksi perubahan neurilogia yang lebih lanjut sehingga memunculkan gejala klinis berupa gejala positif dan negative. Gejala ini muncul akibat adanya gangguan fungsi sistem neurotransmitter tertentu. Sehingga dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa munculnya skizofrenia disebabkan oleh adanya interaksi kompleks antara genetik dan lingkungan.

1) Faktor Genetik

Skizofrenia adalah suatu penyakit jiwa yang dapat diturunkan dari hubungan derajat pertama maupun derajat kedua. Derajat pertama seperti orangtua, saudara laki-laki ataupun perempuan yang memiliki riwayat skizofrenia, sedangkan derajat dua yaitu paman, bibi, kakek/nenek, dan sepupu yang memiliki skizofrenia.

2) Faktor Lingkungan

Sedangkan menurut Zahnia (2016) faktor lingkungan juga mempengaruhi terjadinya skizofrenia, diantaranya yaitu:

(a) Usia

Usia dapat menentukan perkembangan jiwa dan mental pada seseorang sehingga berpengaruh pada kejadian skizofrenia. Semakin tinggi usia seseorang maka semakin matang pula perkembangan jiwa dan mental seseorang, namun semakin besar juga tanggung jawab dalam kehidupan masyarakat. Skizofrenia biasanya terjadi pada tahapan usia dewasa. Individu pada usia 25-35 tahun meningkatkan resiko terjadinya skizofrenia sebesar 1,8 kali dibandingkan individu dengan rentang usia 17-24 tahun.

(b) Jenis kelamin

Skizofrenia lebih sering dialami oleh laki-laki. Angka kejadian skizofrenia pada laki-laki sebesar 72% dengan risiko sebesar 2,37 kali lebih lebih besar dibandingkan perempuan. Laki-laki menganggap dirinya merupakan penopang utama dalam rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup dan peningkatan hormone stress. Perempuan sendiri lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki sehingga resiko stress psikologisakan relatif lebih rentan ketika dikenai trauma.

(c) Pekerjaan

Sebesar 85,3% orang dengan skizofrenia adalah orang yang tidak bekerja. Orang yang tidak bekerja mempunyai risiko sebesar 6,2 kali dibandingkan dengan kelompok yang bekerja untuk terkena skizofrenia karena adanya tekanan, stress dan depresi yang dialami di kehidupannya akibat pengangguran. Keadaan stress ini berhubungan dengan meningkatnya kadar hormon katekolamin akibat munculnya perasaan tidak berdaya. Orang yang bekerja akan memunculkan rasa optimis dan semangat hidup yang lebih besar.

(d) Status perkawinan

Seseorang yang belum menikah 1,22 kali berisiko untuk mengalami kejadian skizofrenia. Adanya pertukaran ego yang ideal antar individu dalam status marital ketika mengidentifikasi perilaku antara suami dan istri dapat menciptakan kedamaian. Perhatian dan kasih sayang keluarga mengakibatkan hidup menjadi lebih berarti sehingga dapat meningkatkan kepuasan dalam hidup.

(e) Konflik keluarga

Keluarga yang memiliki konflik dapat meningkatkan resiko sebesar 1,13 kali untuk terkena skizofrenia.

(f) Status ekonomi

Status ekonomi rendah memiliki risiko 6 kali lebih besar untuk mengalami gangguan jiwa skizofreni. Tingkat kemiskinan dan ekonomi rendahbukan merupakan faktor risiko, tetapi faktor yang bertanggung jawab terhadap munculnya gangguan kesehatan yang dapat memicu gangguan jiwa. Selain stress psikososial, keterikatan stresor ekonomi juga dapat menimbulkan permasalahan yang lebih kompleks.

(g) Tingkat Pendidikan

Orang dengan tingkat pendidikan rendah lebih berisiko 1,886 kali lebih besar mengalami skizofrenia. Orang dengan Pendidikan tinggi maka memiliki kemampuan yang lebih baik dalam menerima informasi dan bagaimana cara mengatasi masalahnya. Sementara itu, pendidikan rendah daya tangkapnya cenderung menjadi kurang dan akibat pengetahuan yang terbatas.

d. Jenis-jenis Skizofrenia

Skizofrenia dibagi menjadi beberapa jenis. Pembagiannya adalah sebagai berikut:

1) Skizofrenia paranoid (F20.0)

Skizofrenia paranoid lebih sering terjadi pada usia dewasa. Perubahan yang muncul yaitu individu lebih mudah tersinggung,

cenderung congkak, suka menyendiri dan kurang memiliki kepercayaan terhadap orang lain. Pada penderita ini ditemukan adanya waham kejar dan halusinasi pendengaran, akan tetapi fungsi kognitif dan afek masih dalam keadaan baik.

2) Skizofrenia hebefrenik (F20.1)

Usia 15-25 tahun merupakan usia yang paling sering terjadi pada penderita penyakit skizofrenia hebefrenik. Gejala yang paling terlihat ditandai dengan adanya gangguan dalam proses berfikir, gangguan kemauan serta terjadi depersonalisasi (double personality). Ciri utama dari penderita ini adalah pembicaraan yang kacau, kepribadian premorbid. Sedangkan ciri khas lainnya seperti pemalu, suka menyendiri, tingkah laku penderita sering kacau dan afek datar (inappropriate).

3) Skizofrenia katatonik (F20.2)

Skizofrenia katatonik biasanya timbul pada individu dengan rentang usia antara 15-30 tahun. Jenis skizofrenia ini bersifat akut dan didahului oleh kondisi stress emosional. Ciri utama ditunjukkan dengan adanya gangguan pada psikomotor seperti motoric immobility, aktivitas padamotoric yang berlebihan, negativesme yang ekstrim serta gerakan individu yang tidak terkendali. Selain itu, individu mungkin akan mengalami gaduh dan gelisah atau katatonik maupun stupor katatonik.

4) Skizofrenia tak terinci (F20.3)

Gejala pada jenis ini biasanya tidak jelas gejala yang muncul pada pasien bukan merupakan diagnosa skizofrenia paranoid, hebefrenik atau katatonik. Penderita skizofrenia tak terinci juga tidak mampu memenuhi diagnosa skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

5) Skizofrenia pasca-skizofrenia (F20.4)

Merupakan gangguan yang biasanya menampilkan gejala depresi yang menonjol dan begitu mengganggu.

6) Skizofrenia Residual (F20.5)

Keadaan kronis dari skizofrenia dapat berkembang terjadi skizofrenia residul. Penderita ini ditandai dengan sedikitnya memiliki satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negative yang lebih menonjol. Gejala negative yang ditunjukkan berupa menurunnya pembicaraan dan ekspresi non-verbal, keterlambatan psikomotor, penurunan aktivitas, pasif dan tidak ada inisiatif, penumpukan afek, serta defisit perawatan diri dan fungsi sosial (Wahyudi dan Fibriana, 2016).

7) Skizofrenia Simplex (F20.6)

Masa pubertas merupakan masa aling sering di temukannya skizofrenia simplex. Gejala utama yang ditunjukkan yaitu pada emosi, gangguan proses pikir dan mengalami kemunduran

kemauan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat pada masalah ini. Kejadian ini muncul secara perlahan, dimulai dengan kurang memperhatikan keluarganya dan menarik diri dari pergaulan. Keadaan ini akan terus berkembang dan mulai mundurdalam pekerjaan, pelajaran dan akhirnya menjadi pengaguran. Penderita skizofrenia jenis ini perlu segera ditolong karena ia dapat menjadi pengaguran, pengemis, pelacur atau penjahat.

e. Penatalaksanaan Skizofrenia

Terapi yang baik pada pasien skizofrenia adalah dengan mengkombinasikan aspek medis, perawatan psikologis atau psikoterapi dan dukungan dari lingkungan sekitarnya. Psikoterapi memiliki peranan yang besar bagi pasien skizofrenia dalam upaya kesembuhan (Azzahroh, 2019). Berikut terapi yang dapat diberikan pada pasien skizofrenia :

1) Farmakologi

Pengobatan utama orang dengan skizofrenia adalah obat-obatan. Obat dapat mengurangi atau menghilangkan gejala positif yang tidak teratur pada pasien secara efektif seperti delusi dan halusinasi. Obat juga mampu mengendalikan kecemasan dan membantu penderita untuk berorientasi pada kehidupan yang nyata. Jenis obat-obatan untuk mengatasi penyakit mental dapat berupa antipsikotik tipikal dan atipikal yang disesuaikan dengan kondisi

pasien. Antipsikotik tipikal meliputi haloperidol, thioridazine dan fluphenazine sedangkan obat antipsikotik atipikal seperti clozapine, risperidone dan olanzapine. Kedua jenis obat bisa memberikan efek samping yang berbeda (Smarpatien, 2019).

Terapi obat sangat penting terutama pada waktu lima tahun setelah fase akut pertama, karena pada fase tersebut merupakan fase awal terjadinya perubahan pada otak. Clozapine merupakan obat antipsikotik yang paling efektif terhadap pasien skizofrenia yang resisten terhadap obat. Namun, clozapine menyebabkan hipotensi ortostatik. Selain itu, clozapine dengan dosis tinggi memberikan efek samping serius, seperti kejang (Azzahroh, 2019).

2) Non farmakologi

Menurut Surilena dalam Oktovina penderita skizofrenia juga memerlukan perawatan lain seperti perawatan psikososial. Terapi psikososial merupakan suatu terapi yang dapat membantu penderita dapat mengatasi penyakitnya sehingga menjadi lebih mandiri dan rutin dalam menjalani program pengobatan. Diharapkan terapi ini dapat mengurangi terjadinya kekamuhan. Tujuan dari terapi ini adalah membantu penderita dalam menyesuaikan diri atau adaptasi dalam kehidupan bermasyarakat dan meningkatkan kemandiriannya.

Terapi non-farmakologi dapat berupa terapi individual, terapi kelompok, terapi berorientasi-keluarga dan terapi perilaku

(Azzahroh, 2019). Beberapa penelitian (dalam Triyani, 2019) mengemukakan bahwa terapi spiritual juga merupakan terapi non farmakologis yang dapat mempercepat proses penyembuhan pasien skizofrenia.

Spiritualitas merupakan bentuk keyakinan dalam hubungan dengan Tuhan Yang Maha Kuasa. Dengan adanya keyakinan spiritual seseorang dapat mempertahankan dan menciptakan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar. Selain itu, keyakinan spiritualitas seseorang dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku perawatan. Seseorang yang mampu mengembangkan rasa syukur, sabar serta ikhlas menunjukkan kebutuhan spiritualnya terpenuhi (Yusuf, A. et al, 2016). Spiritualitas pada pasien skizofrenia sendiri dapat mempengaruhi peningkatan integritas sosial dan mengurangi resiko bunuh diri. Selain itu, coping agama dapat mempengaruhi seseorang ketika mengalami stress dan membantu proses penyembuhan penyakit (Triyani, 2019).

3) Psikoedukasi

Tujuan psikoedukasi adalah untuk meningkatkan kemampuan ODS dan keluarga ketika mengelola gejala yang muncul. Bentuk kegiatan dari psikoedukasi adalah dengan mengajak pasien untuk mengenali gejalanya, melatih cara mengelola gejala, merawat diri, mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan. Selain itu, pasien dan keluarga juga diajarkan untuk dapat mengenali

dan mengelola gejala prodromal. Kegiatan ini diharapkan mampu mencegah kekambuhan. Intervensi perilaku juga bermanfaat untuk diterapkan pada fase ini (KMK, 2015).

4) Terapi lainnya

ECT (terapi kejang listrik) dapat dilakukan pada Skizofrenia untuk proses rehabilitasi. Pada mulanya, ECT diperkenalkan untuk pengobatan skizofrenia pada tahun 1930-an. Akan tetapi untuk saat ini yang paling sering digunakan adalah pada perawatan depresi (Petrides et al, 2015). ECT dikembangkan oleh Cerletti dan Bini seorang psikiater dari Italia. Menurutnya, kejang bisa melindungi otak dari gejala psikotik. Hal tersebut didasarkan pada penderita skizofrenia yang jarang mengalami epilepsi (pengamatan tersebut ternyata tidak akurat).

ECT sendiri akhirnya lebih banyak digunakan untuk kondisi lain dengan indikasi seperti gangguan mood, khususnya pada kondisi katatonik dan lebih efektif untuk diterapkan pada penderita dengan gangguan psikotik serta memerlukan respons cepat seperti pasien dengan kekurangan gizi atau agresif. ECT sangat berperan pada penderita parsial klopazine atau pasien yang resisten dengan klopazine, untuk meningkatkan pengobatan (Jones, 2020).

Tujuan dari rehabilitasi ini adalah dapat membantu dan melatih kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari. Rehabilitasi disesuaikan dengan kondisi dari setiap individu

yang ditetapkan oleh ahli medis professional. Program pengobatan yang sesuai bagi pasien dapat berupa pelatihan perawatan diri seperti kebersihan diri, memasak, penggunaan uang, keselamatan dalam rumah tangga dan adaptasi di lingkungan masyarakat. Rehabilitasi lain yang dilakukan seperti pelatihan dalam menghadapi dunia kerja dan keterampilan interpersonal dengan anggota keluarga serta manajemen emosional dan stress (Smarpatien, 2016).

Faktor yang sangat penting dalam membantu kesembuhan pasien adalah dukungan keluarga. Keluarga yang menghadapi pasien skizofrenia dengan cara dan sikap yang benar maka dapat mendorong pasien untuk rutin mengikuti program pengobatan. Disamping itu, pemantauan perubahan kondisi dan gejala oleh keluarga juga membuat pasien akan mendapatkan perawatan yang tepat. Anggota keluarga juga harus memperhatikan kesehatan fisik dan mental masing-masing, bersantai dan mencari bantuan yang dibutuhkan ketika merawat pasien (Smarpatien, 2016).

2. Konsep SQEFT (Spiritual Qur,anic Emotional Freedom Tecnique)

a. Pengertian

Terapi SQEFT (*Spiritual Qur,anic Emotional Freedom Tecnique*) merupakan terapi non-farmakologis spiritual yang dan banyak digunakan baik didalam maupun di luar negeri. SQEFT adalah kombinasi intervensi bagi praktisi Kesehatan mental baik dokter,

perawat maupun psikolog, keluarga pasien dan masyarakat. SQEFT menekankan pada bagaimana membersihkan diri, spiritualitas dari semua penyakit dan politeisme, kemudian melakukan sholat dan dzikir, mendengarkan ayat suci Al-Qur'an sambil dilakukan EFT (Aini, 2019).

Dalam proses ini terjadi pelepasan emosi negatif dengan menyebutkan kalimat penegasan untuk meningkatkan keikhlasan dan kepasrahan saja kepada Allah azza wajalla (Rosyanti. et al, 2018). Intervensi SQEFT ditujukan sebagai pilihan terapi tambahan baru bagi penderita skizofrenia. Intervensi spiritual untuk pasien Muslim memiliki hasil positif dalam meningkatkan status kesehatan dan meminimalkan gejala penyakit. Menurut Aini (2019) terapi ini terdiri dari terapi Qur'an dan EFT, adapun penjelasannya adalah sebagai berikut:

1) Terapi EFT

EFT merupakan suatu terapi psikologi yaitu terapi akupunktur tanpa jarum pada titik meridian tubuh dengan cara mengetuk. Titik meridian itu akan merangsang tubuh melepaskan endorphine dan monoamine yang berfungsi dalam kontrol rasa sakit dan perangsangan relaksasi. EFT merupakan Teknik yang mengoptimalkan sistem energi tubuh untuk memperbaiki kondisi emosi, pikiran dan perilaku melalui teknik set-up, tune-up, dan tapping (Pegettt, Lawrence dan Millward, 2014).

a) *The Set-up*

The set-up pada terapi EFT memiliki tujuan untuk memastikan bahwa aliran energy yang ada pada tubuh tersalurkan dengan tepat. Pegettt, Lawrence dan Millward tahun 2014 mengatakan the set-up juga digunakan untuk menetralsisir atau sering disebut psychological reversal sebagai bentuk perlawanan psikologis biasanya berupa pikiran negatif yang spontan atau keyakinan negatif dibawah kesadaran sebagai contoh *psychological reverse* ini diantaranya:

- (1) Saya tidak mampu untuk mewujudkan keinginan saya
- (2) Saya tidak mampu untuk tampil PD didapan publik
- (3) Saya merupakan korban pelecehan seksual
- (4) Saya merasa bersalah sehingga merasa terganggu dan menghantui hidup saya.
- (5) Saya sering marah dan kecewa pada orang sekitar seperti istri atau suami karena tidak sesuai harapan
- (6) Saya tidak mampu berhenti merokok karena kecanduan
- (7) Saya tidak memiliki motivasi dan semangat hidup
- (8) Saya tidak mungkin bisa sukses dan ingin menyerah

Ketika keyakinan atau pikiran negative muncul, maka salah satu alternative yang dapat dilakukan yaitu berdo'a dengan khusyu', mengikhlaskan dan pasrah pada Tuhan dengan mengucapkan "Yaa Allah... meskipun saya..... (menyebutkan

keluhan yang dialami), saya ikhlas menerima sakit/masalah saya ini, saya pasrahkan pada-Mu kesembuhan saya”.

Kalimat tersebut sering disebut dengan *The Set-Up words*, yaitu kata-kata yang perlu diucapkan dengan khusyuh dan perasaan serta keikhlasan. Diharapkan dengan adanya penghayatan ini dapat menetralkan keyakinan dan pikiran *negative (psychological reserve)*. Dalam konsep religius, the set-up words merupakan “do’a kepastian” bahwa apapun masalah dan rasa sakit dialami, harus berusaha ikhlas menerima serta pasrah. Kita harus meminta kesembuhan atas kondisi yang kita alami hayun kepada Allah SWT.

The set-up terdiri dari dua aktivitas, pertama dengan mengucapkan kata-kata seperti di atas diulang sebanyak tiga kali dan diucapkan dengan penuh perasaan. Kedua ketika mengucapkan kalimat tersebut diiringi dengan memberikan penekanan pada dada menggunakan tangan kita pada tempat yang tepat yaitu di score spot (titik nyeri). *Score spot* berada pada daerah di dada bagian ketika diberikan tekanan akan terasa sakit atau dapat dilakukan dengan mengetuk karate chop dengan kedua ujung jari.

b) *The Tune-in*

Tune-in merupakan merasakan masalah dan rasa sakit yang dialami kemudian mengucapkan kata seperti, “saya ikhlas, saya

pasrah” atau “Ya Allah saya ikhlas menerima sakit saya ini dan saya pasrahkan pada-Mu untuk kesembuhan saya”. Pada kondisi ini kita mengarahkan pikiran ke dalam rasa sakit tersebut. Untuk memunculkannya, *tune-in* dapat dilakukan dengan cara memikirkan kembali masalah atau suatu peristiwa yang dialami yang menimbulkan rasa sakit secara spesifik. Reaksi negatif yang seperti perasaan marah, sedih, takut tersebut sudah muncul kemudian kita mengucapkan kata-kata “Ya Allah... Saya ikhlas... saya pasrah” (Pegettt, Lawrence dan Millward, 2014).

c) *The Tapping*

Tapping merupakan memberikan ketukan secara ringan dengan menggunakan dua ujung jari pada titik-titik meridian tubuh yang dikombinasikan dengan *tune-in* secara terus-menerus. Ketika mengetuk pada titik-titik kunci (*the major energy meridian*) maka dapat memunculkan gangguan emosi yang terjadi. *Tapping* yang dilakukan beberapa dapat membantumenetralisis rasa sakit yang dialami. Hal tersebut disebabkan karena aliran energi tubuh kembali berjalan dengan normal sehingga rasa sakit dapat berkurang. Berikut adalah titik-titik tersebut :

- (1) Cr = *Crown*, pada titik dibagian atas kepala
- (2) EB = *Eye Brow*, Pada titik permulaan alis mata
- (3) SE = *Sede Of The Eye*, di atas tulang samping mata

- (4) UE = *Under The Eye*, 2 cm di bawah kelopak mata
- (5) UN = *Under The Nose*, tepat di bawah hidung
- (6) Ch = *Chin*, di antara dagu dan bagian bawah bibir
- (7) Cb = *Collar Bone*, di ujung tempat bertemunya tulang dada, collar bonedan tulang rusuk pertama
- (8) UA = *Under The Arm*, di bawah ketiak sejajar dengan puting susu (pria) atau tepat di bagian tengah tali bra(wanita).
- (9) BN = *Bellow Nipple*, 2,5 cm di bawah puting susu (pria) atau tepatdi perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara
- (10) IH = *Inside Of Hand*, di bagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan
- (11) OH= *Outside Of Hand*, di bagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan
- (12) Th = *Thumb*, ibu jari di samping luar bagian bawah kuku
- (13) IF = *Index Finger*, jari telunjuk di samping luar bagian bawah kuku(di bagian yang menghadap ibu jari)
- (14) MF = *Middle Finger*, jari tengah di samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari)
- (15) RF = *Ring Finger*, jari manis di samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)

(16) BF = *Baby Finger*, Jari kelingking samping luar bagian bawah kuku (dibagian yang menghadap ibu jari)

(17) KC = *Karate Chop*, di samping telapak tangan, bagian yang kita gunakan untuk mematahkan balok saat karate.

(18) GS = *Gamut Spot*, Di bagian antara perpanjangan tulang jari manis dan tulang jari kelingking.

Setelah itu, kemudian melakukan 9 gamut procedure (gerakan untuk merangsang otak) :

- a) Menutup mata
- b) Membuka mata
- c) Mata digerakkan dengan kuat ke kanan bawah
- d) Mata digerakkan dengan kuat ke kiri bawah
- e) Memutar bola mata searah jarum jam
- f) Memutar bola mata berlawanan jarum jam
- g) Bergumam dengan berirama selama 3detik
- h) Menghitung 1,2,3,4,5
- i) Bergumam lagi selama 3 detik

Setelah menyelesaikan gamut *procedure*, langkah terakhir adalah mengulangi lagi tapping dari titik pertama hingga ke-17 (berakhir di karate chop). Kemudian diakhiri dengan mengambil nafas panjang dan menghembuskannya, sambil mengucapkan rasa syukur (Hanifah, 2021).

2) Terapi Qur'an

Menurut Ibnu Qoyyim & Hamdani Bakran (dalam penelitian Rosyanti, 2018), terapi Alquran adalah terapi penyembuhan pada individu dengan masalah Kesehatan baik pada penyakit gangguan mental ataupun fisik. Terapi ini dilakukan dengan mengucapkan ayat-ayat suci dalam Al Qur'an, dzikir, doa para nabi yang dapat dibacakan untuk dirinya sendiri atau orang lain yang meminta kesembuhan. Terapi Alquran dilakukan dikondisi relaksasi otot dan pikiran, kemudian baru melafalkan/mnegucapkan ayat suci Al-Qur'an. Perasaan stres dan kecemasan bisa berubah menjadi tenang karena melalui dzikir, mendengarkan dan mengaji yang mengingat Allah, dapat memberikan efek ketenangan, kedamaian, menghilangkan kecemasan, stress atau depresi. Alan Goldstein menemukan bahwa zat morfin dalam otak manusia dikenal sebagai endorphan (Aini, 2019).

Zat morfin dapat merangsang dan mempercepat tubuh memproduksi endorphan apabila kondisi otot dan pikiran rileks, sehingga dengan otot dan pikiran yang rileks tersebut akan memancarkan gelombang alpha yang berkorelasi dengan kondisi tenang dan rileks (Rosyanti, 2018).

3. Konsep Tingkat BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*)

BPRS adalah suatu skala pengukuran yang digunakan untuk menilai keparahan simtom positif dan simtom negatif pada pasien gangguan

psikotik dan menilai perubahan pada pasien psikotik, termasuk menilai gangguan berpikir, emotional with drawal dan retardasi, ansietas dan depresi, sifat permusuhan dan kecurigaan (Yusuf. et.al, 2016). Selain itu, BPRS penting untuk menilai kondisi klinis dari pasien skizofrenia.

Pemulihan atau kesembuhan klien skizofrenia dapat dipantau dengan berbagai alat ukur. Salah satu alat ukur untuk menilai perkembangan pemulihan atau kesembuhan pada pasien skizofrenia dalam menggunakan alat ukur *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Alat ukur ini telah digunakan secara luas dan divalidasi.

Mneurut Rosyanti, BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) terdiri dari 18 item, setiap item dibagi menjadi 7 kategori (tidak ada, sangat ringan, ringan, sedang, sedang-keras, keras, sangat keras) dengan rentang nilai keseluruhan 18-126). BPRS bukanlah skala diagnostik, melainkan skala untuk menilai deskripsi klinis aktual dari pasien (kekritisian psikopatologi) selama pengobatan. BPRS dapat digunakan untuk kapan perawatan medis diperlukan dan kapan perawatan medis bisa dihentikan. BPRS dapat digunakan untuk menilai pasien dengan gejala serius. termasuk gejala depresi (nomor 1, 2, 5, 6, 9, dan 13).Skala penilaian psikiatrik ringkas atau BPRS pada awalnya adalah alat ukur yang dirancang untuk menilai perubahan dalam keparahan psikopatologi.

Brief Psychiatric Rating Scale atau BPRS kemudian dikembangkan untuk memberikan teknik penilaian yang cepat terhadap evaluasi perubahan pasien dengan gejala psikotik. Panduan ini berisi pertanyaan-pertanyaan

wawancara serta penilaian skor yang disesuaikan dengan kondisi responden saat pengambilan data. Tujuan adanya panduan ini adalah untuk membantu dokter dan peneliti untuk mendapatkan gejala kejiwaan secara sensitif dan untuk menilai tingkat keparahan responden. Panduan ini akan memungkinkan dokter dan peneliti untuk melakukan wawancara berkualitas tinggi yang memadai untuk tugas memperoleh dan menilai tingkat keparahan gejala pada individu yang sering tidak bisa berbicara atau menyangkal penyakit mereka. Panduan tersebut dibakukan untuk membakukan penilaian (Rosyanti, 2018).

Adapun panduan penilaian BPRS ada pada tabel, sebagai berikut :

Tabel 2.1 Panduan Penilaian BPRS

No	Item	Kategori	Skor	Tanda Gejala
1	<i>Somatic concern</i> Derajat yang berhubungan dengan kecemasan yang berlebihan terhadap kesehatan tubuh/ketakutan terhadap penyakit yang diderita	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Kekhawatiran somatic sesekali tapi disimpan
		Ringan	3	Kekhawatiran somatic yang sesekali diungkapkan ke orang lain ex : keluarga, dokter
		Sedang	4	Ekspresi melebihi penyakit yang ada,tapi tidak ada gangguan fungsi, tapi bukan delusi
		Sedang Kearah Berat	5	Ekspresi melebihi penyakit yang ada, gangguan fungsi, tapi bukan delusi
		Berat	6	Delusi somatic tanpa mengungkapkan ke orang lain
		Sangat Berat	7	Delusi somatic dan diungkapkan ke orang lain
2		Tidak ada	1	Tidak ada

	<i>Anxietas/Kece masan</i> Perasaan, ketakutan, ketegangan, kepanikan, atau kekhawatiran terhadap masa yang akan datang atau masa kini	Sangat Ringan	2	Melaporkan ketidaknyamanan karena kekhawatiran atau kekhawatiran yang jarang terjadi
		Ringan	3	Sering cemas tetapi dapat mengalihkan perhatian ke hal-hal lain.
		Sedang	4	Cemas sesekali dan tidak dapat mengalihkan ke hal hal lain dengan mudah, tetapi tidak ada gangguan dalam dalam berfungsi
		Sedang Kearah Berat	5	Sering cemas tapi tidak setiap hari, beberapa area fungsi terganggu
		Berat	6	Cemas setiap hari tapi tidak bertahan sepanjang hari, banyak area fungsi terganggu
		Sangat Berat	7	Sangat berat (Cemas bertahan sepanjang hari, sebagian besar area fungsi terganggu
3		<i>Emotional withdrawal</i> (Penarikan Emosional) Kekurangan kemampuan pasien untuk berhubungan secara emosional selama situasi wawancara.	Tidak ada	1
	Sangat Ringan		2	Kurangnya keterlibatan emosional yang ditunjukkan oleh kegagalan sesekali untuk membuat komentar timbal balik, sesekali tampak asyik, atau tersenyum dengan sikap kaku, tetapi secara spontan melibatkan pewawancara hampir sepanjang waktu
	Ringan		3	Kurangnya keterlibatan emosional yang ditunjukkan oleh kegagalan yang nyata untuk membuat komentar timbal balik, tampak asyik, atau kurang hangat, tetapi menanggapi pewawancara saat didekat
	Sedang		4	Kontak emosional tidak banyak muncul dalam wawancara karena subjek tidak menjelaskan tanggapan, gagal

				melakukan kontak mata, tidak peduli jika pewawancara mendengarkan, atau mungkin sibuk dengan materi psikotik.
		Sedang Kearah Berat	5	Sama seperti "4" tetapi kontak emosional tidak terjadi pada sebagian besar wawancara.
		Berat	6	Secara aktif menghindari partisipasi emosional. Sering tidak responsif atau menanggapi dengan jawaban ya / tidak (bukan semata-mata karena delusi penganiayaan). Menanggapi hanya dengan sedikit pengaruh
		Sangat Berat	7	Secara konsisten menghindari partisipasi emosional. Tidak responsif atau menanggapi dengan jawaban ya / tidak (bukan semata-mata karena delusi penganiayaan). Mungkin pergi selama wawancara atau tidak menanggapi sama sekali.
4	<i>Conceptual Disorganizational</i> (Kekacauan dalam berpikir) Derajat yang Berhubungan dengan proses pikir seperti bingung, diskoneksi, atau disorganisasi (proses berpikir bingung, terputus, tidak terorganisir, , terganggu)	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Penggunaan kata-kata yang aneh atau bertele-tele tetapi ucapannya bisa dipahami.
		Ringan	3	Ucapan agak sulit dipahami, perubahan topik secara tiba-tiba
		Sedang	4	Ucapan sulit dipahami, sering perubahan topik, 1 2 pernyataan kalimat yang tidak koheren
		Sedang Kearah Berat	5	Ucapan sulit dipahami, tangensialitas, neologisme, pemblokiran, atau sering perubahan topik, 3-5 kalimat pernyataan tidak koheren
		Berat	6	Ucapan tidak dapat dipahami karena gangguan yang parah di sebagian besar waktu. Banyak banyak item BPRS tidak dapat dinilai secara mandiri.
		Sangat Berat	7	Ucapan tidak dapat dipahami selama wawancara

5	<i>Guilt Feelings</i> (Perasaan bersalah) Perasaan yang menyalahkan diri sendiri, merasa malu, menyesali perbuatan dan perilaku di masa lalu	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Khawatir telah mengecewakan seseorang, pikiran dapat dialihkan ke hal lain
		Ringan	3	Menyuarakan rasa bersalah ke orang lain
		Sedang	4	Asik yg tdk proporsional dengan rasa bersalah, melakukan kesalahan, melukai orang lain dengan melakukan atau gagal melakukan sesuatu, tetapi dapat dengan mudah mengalihkan perhatian ke hal-hal lain.
		Sedang Kearah Berat	5	Asyik dengan rasa bersalah, telah mengecewakan seseorang atau pada sesuatu, dapat mengalihkan perhatian pada hal-hal lain, tetapi hanya dengan usaha keras. Bukan delusi.
		Berat	6	Rasa bersalah karena delusi, mencela diri yang tidak masuk akal.
		Sangat Berat	7	Rasa bersalah karena khayalan, mencela diri, sibuk dengan rasa bersalah, mengungkapkan ke orang lain atau bertindak berdasar delusi.
6	<i>Tension</i> (Ketegangan/ kekauan) Manifestasi ketegangan dari fisik dan motorik, merasa gugup dengan tingkat aktivasi yang tinggi	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Mencabut kuku jari, kaki bergoyang-goyang, menggaruk kulit kepala beberapa kali, atau mengetuk jari
		Ringan	3	Sama dengan no.2 tapi insentsitas lebih sering
		Sedang	4	Banyak dan seringnya tanda-tanda tegangan motorik dengan satu atau lebih tanda yang kadang terjadi secara bersamaan: Mengibas-ngibaskan kaki sambil meremas-remas tangan
		Sedang Kearah Berat	5	Banyak dan seringnya tanda-tanda tegangan motorik dengan satu atau lebih tanda-tanda

		Berat	6	yang sering terjadi secara bersamaan. Masih jarang terjadi saat tidak ada tanda-tanda ketegangan.
		Sangat Berat	7	Sama dengan no.5 tapi tanda-tanda ketegangan terus 45 berlanjut
7	<i>Mannerisms and posturing</i> (Mannerism dan postur tubuh) perilaku motorik yang aneh, tidak biasa, tidak alami tidak termasuk tic.	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Tingkah laku atau aktivitas yang eksentrik atau aneh yang akan sulit dijelaskan oleh orang biasa, misalnya meringis, mencungkil. Diobservasi sekali untuk waktu yang singkat.
			3	Sama seperti "2", tetapi terjadi pada dua kejadian dalam durasi singkat
		Ringan	3	Misalnya gerakan atau tindakan bergaya, goyang, anggukan, menggosok, atau meringis, tetapi jarang. Misalnya, postur tubuh yang tidak nyaman dipertahankan selama 5 detik lebih dari dua kali.
		Sedang	4	Sama seperti "4", tetapi sering terjadi
		Sedang Kearah Berat	5	Perilaku stereotip yang sering, mengasumsikan dan mempertahankan postur yang tidak nyaman atau tidak tepat, goyangan yang intens, noda, ritual aneh, atau postur janin. Subjek dapat berinteraksi dengan orang dan lingkungan untuk waktu yang singkat terlepas dari perilaku tersebut.
		Berat	6	Sama seperti "6", tetapi subjek tidak dapat berinteraksi dengan orang atau lingkungan karena perilaku tersebut
		Sangat Berat	7	Sama seperti "6", tetapi subjek tidak dapat berinteraksi dengan orang atau lingkungan karena perilaku tersebut
8	<i>Grandiosity</i> (Waham kebesaran)	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Merasa hebat dan menyangkal masalah, tapi masih realistis

	Membanggakan diri dan merasa memiliki segalanya.	Ringan	3	Pendapat diri yang berlebihan melampaui kemampuan dan pelatihan
		Sedang	4	Kesombongan yang tidak wajar, mengklaim dirinya brilian, berwawasan, atau berbakat di luar proporsi realistis, tetapi jarang mengungkapkan diri atau bertindak atas ide ide itu.
		Sedang Kearah Berat	5	Sama seperti 4 tetapi sering mengungkapkan diri dan bertindak atas ide-ide megah ini, bukan delusi
		Berat	6	Delusi, mengklaim memiliki kekuatan khusus seperti ESP, memiliki jutaan dolar, menemukan mesin baru, bekerja di tempat kerja ketika diketahui bahwa dia tidak pernah dipekerjakan dalam kapasitas itu, mengaku baik Yesus Kristus, atau Presiden
		Sangat Berat	7	Delusi, sama seperti 6 tetapi subjek tampak sangat asyik dan cenderung mengungkapkan atau bertindak atas delusi berlebihan itu
9	<i>Depression Mood</i> (Mood depresi) Munculnya perasaan pesimis, tidak semangat menjalani kehidupan dan selalu merasa sedih	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Terkadang merasa sedih, tertekan atau tidak bahagia
		Ringan	3	Sering merasa sedih atau tidak bahagia tetapi dapat dengan mudah mengalihkan perhatian ke hal lain
		Sedang	4	Sering kali merasa sangat sedih, tidak bahagia, depresi sedang
		Sedang Kearah Berat	5	Depresi berat yang sering, tetapi tidak setiap hari, beberapa area fungsi terganggu oleh depresi
		Berat	6	Sangat tertekan setiap hari tetapi tidak bertahan sepanjang hari, banyak area fungsi terganggu oleh depresi

		Sangat Berat	7	Setiap hari mengalami depresi berat, sebagian besar area fungsi terganggu oleh depresi)
10	<i>Hostility</i> (Menunjukkan permusuhan dan Penghinaan terhadap orang lain diluar situasi wawancara	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Mudah tersinggung atau pemarah, tapi tidak diungkapkan secara terbuka
		Ringan	3	Argumentatif atau sarkastik
		Sedang	4	Marah secara terang-terangan pada beberapa kali, berteriak pada orang lain secara berlebihan
		Sedang Keparah Berat	5	Mengancam, membanting, atau melempar barang
		Berat	6	Sudah menyerang orang lain tetapi kemungkinan tidak membahayakan, misalnya menampar atau mendorong, menghancurkan properti, misalnya, menjatuhkan furnitur, jendela pecah
		Sangat Berat	7	Sudah menyerang orang lain dengan kemungkinan pasti untuk melukai mereka misalnya, penyerangan dengan palu atau senjata
11	<i>Suspiciousness</i> (Curiga) Keyakinan yang diungkapkan atau jelas bahwa orang lain telah bertindak jahat atau dengan maksud diskriminatif.	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Waspada, enggan menanggapi beberapa pertanyaan pribadi, melaporkan kesadaran diri di depan umum
		Ringan	3	Menjelaskan insiden di mana orang lain telah menyakiti atau ingin menyakitinya yang terdengar masuk akal. Pasien merasa seolah-olah orang lain sedang menonton, tertawa, atau mengkritiknya di depan umum, tetapi ini hanya terjadi sesekali atau jarang.
		Sedang	4	Mengatakan bahwa orang lain membicarakan dirinya dengan maksud jahat, memiliki niat negatif, atau dapat membahayakan dirinya. Di luar kemungkinan masuk akal, tapi

				bukan delusi. Insiden penganiayaan yang dicurigai terjadi sesekali (kurang dari sekali seminggu) dengan beberapa keasyikan.
		Sedang Kearah Berat	5	Sama seperti 4, tetapi insiden sering terjadi, seperti lebih dari sekali dalam seminggu, misal delusi parsial.
		Berat	6	Delusi berbicara tentang Mafia, FBI, atau orang lain yang meracuni makanannya, penganiayaan oleh kekuatan supernatural
		Sangat Berat	7	Sama seperti 6, tetapi keyakinannya aneh, pasien cenderung mengungkapkan atau bertindak atas delusi penganiayaan
12	<i>Hallucinations</i> (Perilaku Halusinasi) Persepsi tanpa stimulus eksternal yang normal korespondensi	Tidak ada	1	Tidak ada
			2	Saat istirahat atau tidur melihat penglihatan, mencium bau, atau mendengar suara, suara atau bisikan tanpa adanya rangsangan dari luar
		Ringan	3	Halusinasi dalam keadaan kesadaran yang jernih, 48 mendengar suara memanggil nama subjek, mengalami halusinasi pendengaran non verbal (misalnya, suara atau bisikan), halusinasi visual tak berbentuk, atau memiliki pengalaman sensorik dengan adanya stimulus yang relevan dengan modalitas (misalnya, ilusi visual) jarang (misalnya, 1 2 kali seminggu
			Sedang	4

		Sedang Kearah Berat	5	Mengalami halusinasi setiap hari, beberapa area fungsi terganggu oleh halusinasi.
		Berat	6	Mengalami halusinasi verbal atau visual beberapa kali sehari, banyak area fungsi terganggu oleh halusinasi ini
		Sangat Berat	7	Halusinasi verbal atau visual yang terus-menerus sepanjang hari, sebagian besar area fungsi terganggu oleh halusinasi in).
13	<i>Motor retardation</i> (Retardasi motor/melambat) Pengurangan atau kemunduran tingkat energi, dibuktikan dengan pergerakan yang lambat	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Gerakan atau ucapan sedikit melambat atau berkurang dibandingkan dengan kebanyakan orang
		Ringan	3	Terlihat memperlambat atau mengurangi gerakan atau ucapan dibandingkan dengan kebanyakan orang
		Sedang	4	Pengurangan atau kelambatan secara besar dalam gerakan atau ucapan
		Sedang Kearah Berat	5	Jarang bergerak atau berbicara secara spontan atau gerakan yang sangat mekanis atau kaku
		Berat	6	Tidak bergerak atau berbicara kecuali didorong atau didesak
		Sangat Berat	7	Beku, katatonik
14	<i>Uncooperativeness</i> (tidak kooperatif) Dibuktikan dengan bukti resistensi, tidak ramah, kesal, dan kurangnya kesiapan untuk bekerja sama dengan pewawancara	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Menunjukkan tanda-tanda keengganan nonverbal, tetapi tidak mengeluh atau membantah
		Ringan	3	Mengeluh untuk mengikuti tetapi terus berlanjut tanpa argumen
		Sedang	4	Menolak secara verbal tetapi akhirnya mengikuti setelah pertanyaan diucapkan ulang atau diulangi
		Sedang Kearah Berat	5	Sama seperti 4, tetapi beberapa informasi yang diperlukan untuk penilaian yang akurat dirahasiakan

		Berat	6	Menolak untuk bekerja sama dalam wawancara, tetapi tetap dalam situasi wawancara
		Sangat Berat	7	Sama seperti 6, dengan upaya untuk menghindari wawancara)
15	<i>Unusual thought content</i> (Isi pikir tidak sesuai) Konten pemikiran yang tidak biasa, ganjil, aneh, atau ganjil. Beri nilai pada tingkat keanehan, bukan tingkat disorganisasi ucapan	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Ide referensi (orang mungkin menatap atau mungkin menertawakannya), ide penganiayaan (orang mungkin menganiaya dia). Keyakinan yang tidak biasa pada kekuatan psikis, roh, UFO, atau keyakinan yang tidak realistis pada kemampuan seseorang.
		Ringan	3	Sama seperti 2, tetapi tingkat distorsi realitas lebih parah seperti yang ditunjukkan oleh ide-ide yang sangat tidak biasa atau keyakinan yang lebih besar. Konten mungkin tipikal delusi (bahkan aneh), tetapi tanpa keyakinan penuh. Khayalan tampaknya tidak terbentuk sepenuhnya, tetapi dianggap sebagai salah satu penjelasan yang mungkin untuk pengalaman yang tidak biasa
		Sedang	4	Delusi hadir tetapi tidak ada keasyikan atau gangguan fungsional. Mungkin delusi yang dikemas atau keyakinan absurd yang didukung kuat tentang keadaan delusi masa lalu.
		Sedang Kearah Berat	5	Delusi penuh hadir dengan beberapa keasyikan atau beberapa area fungsi yang terganggu oleh pemikiran delusi
		Berat	6	Delusi penuh hadir dengan banyak keasyikan atau banyak area fungsi terganggu oleh pemikiran delusi
		Sangat Berat	7	Delusi penuh hadir dengan keasyikan hampir total atau

				sebagian besar area fungsi terganggu oleh pemikiran delusi.
16	Afek tumpul	Tidak ada Sangat Ringan	1	Tidak ada
			2	Rentang emosi sedikit tenang, menampilkan ekspresi wajah dan nada suara berada dalam batas normal
		Ringan	3	Rentang emosi secara keseluruhan berkurang, tenang, nada suara agak monoton
		Sedang	4	Rentang emosi menurun secara nyata, pasien tidak menunjukkan emosi, senyum, atau bereaksi terhadap topik yang menyusahkan. Nada suara monoton atau ada penurunan yang nyata pada gerakan spontan. Penampilan emosi atau gerak tubuh biasanya datar
		Sedang Kearah Berat	5	Rentang emosi sangat menurun, pasien tidak menunjukkan emosi, sedikit tersenyum atau bereaksi terhadap topik yang menyusahkan, sedikit gerak tubuh, ekspresi wajah tidak terlalu sering berubah, ada suara sering kali monoton
		Berat	6	Rentang emosional atau ekspresi yang sangat sedikit, mekanis dalam ucapan dan gerak tubuh pada Sebagian besar waktu, ekspresi wajah tidak berubah, nada suara seringkali monoton
		Sangat Berat	7	Hampir tidak ada rentang emosi atau ekspresi, gerakan kaku, nada suara monoton sepanjang waktu
17	Kegembiraan	Tidak ada Sangat Ringan	1	Tidak ada
			2	Peningkatan intensitas emosional yang halus dan sekilas. Misalnya, kadang-kadang tampak terlalu waspada atau terlalu waspada.

		Ringan	3	Peningkatan intensitas emosional yang halus tetapi terus-menerus. Misalnya, penggunaan gerak tubuh yang lincah dan variasi nada suara.
		Sedang	4	Peningkatan intensitas emosional yang pasti tetapi sesekali. Misalnya, bereaksi terhadap pewawancara atau topik yang dibahas dengan intensitas emosional yang terlihat, berbicara menekan.
		Sedang Kearah Berat	5	Peningkatan intensitas emosional yang pasti dan terus-menerus. Misalnya bereaksi terhadap banyak rangsangan, baik relevan maupun tidak, dengan intensitas emosi yang cukup besar. Ucapan sering menekan.
		Berat	6	Peningkatan intensitas emosional. Misalnya bereaksi terhadap sebagian besar rangsangan dengan intensitas emosi yang tidak tepat. Mengalami kesulitan menetap atau tetap pada tugas. Seringkali gelisah, impulsif, atau ucapan sering kali menekan.
		Sangat Berat	7	Peningkatan intensitas emosional yang nyata dan terus-menerus. Bereaksi terhadap semua rangsangan dengan intensitas yang tidak tepat, impulsif. Tidak bisa tenang atau tetap pada tugas. Sangat gelisah dan impulsif hampir sepanjang waktu. Ucapan bertekanan konstan.
18	Disorientasi	Tidak ada	1	Tidak ada
		Sangat Ringan	2	Kadang kacau atau agak bingung 1 2 kali selama wawancara, dapat berorientasi pada orang, tempat, dan waktu

Ringan	3	Kadang-kadang kacau atau agak bingung 3-4 kali selama wawancara, ketidakakuratan kecil dalam orang, tempat, atau waktu, misalnya, tanggal lebih dari + atau 2 hari, atau memberikan definisi rumah sakit yang salah
Sedang	4	Sering bingung saat wawancara, ketidakakuratan kecil dalam orang, tempat, atau waktu dicatat, seperti dalam "3" di atas. Selain itu, mungkin mengalami kesulitan mengingat informasi umum, misalnya, nama presiden
Sedang Kearah Berat	5	Sangat bingung selama wawancara, bingung dengan orang, tempat, atau waktu. Ketidakakuratan yang signifikan dalam menyebutkan misalnya, tanggal lebih dari satu minggu, atau tidak dapat memberikan nama rumah sakit yang benar. Mengalami kesulitan mengingat informasi pribadi, misalnya di mana dia lahir, atau mengenali orang yang dikenal.
Berat	6	Disorientasi pada orang, tempat, atau waktu, misalnya, tidak dapat menyebutkan bulan dan tahun yang benar. Disorientasi di 2 dari 3 bidang
Sangat Berat	7	Sangat bingung/disorientasi terhadap orang, tempat, atau waktu, misalnya, tidak dapat memberikan nama atau usia, disorientasi di semua 3 bidang

Jumlah skor

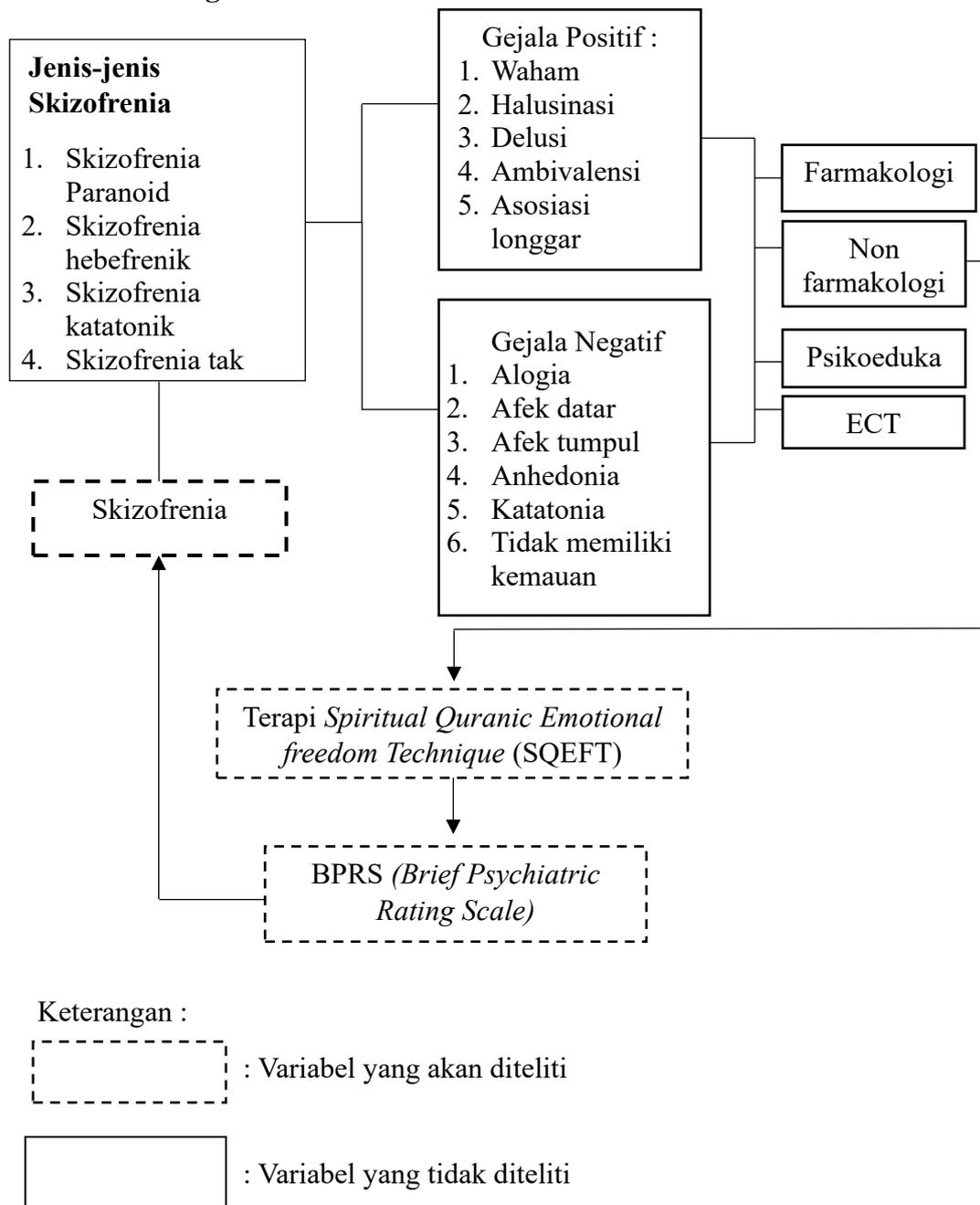
Masing-masing item diukur dengan skor 0-7, dengan skor 0 tidak diperiksa, Skor 1 diberikan jika tidak ada gejala, Skor 2 diberikan pada

pasien yang muncul tanda/gejala sangat ringan, skor 3 diberikan pasien yang muncul tanda/gejala ringan, skor 4 pasien yang muncul tanda/gejala sedang, skor 5 diberikan jika tanda/gejala agak berat, skor 6 diberikan diberikan jika tanda/gejala berat, skor 7 diberikan diberikan jika tanda/gejala sangat berat (Huguelet. Et al, 2011).

Namun, pada dasarnya BPRS dikembangkan untuk menilai kondisi pasien dengan skizofrenia (Huguelet. Et al, 2011). Panduan ini berisi pertanyaan-pertanyaan wawancara serta penilaian skor yang disesuaikan dengan kondisi responden saat pengambilan data. Tujuan adanya panduan ini adalah untuk membantu dokter dan peneliti untuk mendapatkan gejala kejiwaan secara sensitif dan untuk menilai tingkat keparahan pada responden. Panduan ini akan memungkinkan dokter atau peneliti untuk melakukan wawancara berkualitas tinggi yang memadai untuk tugas memperoleh dan menilai tingkat keparahan gejala pada individu yang sering tidak bisa berbicara atau yang menyangkal penyakit mereka. Panduan ini disediakan untuk membakukan penilaian (Aini, 2019).

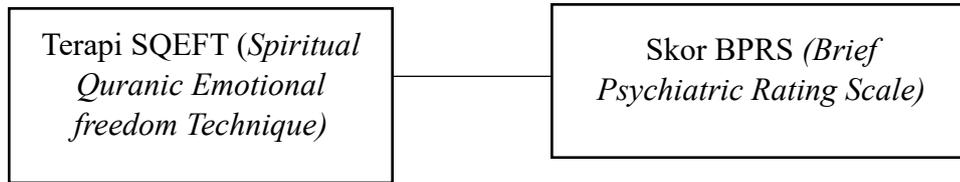
Dengan demikian, item pada BPRS berfokus pada gejala yang umum pada pasien dengan gangguan psikotik, termasuk skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya, serta yang ditemukan pada pasien dengan gangguan suasana hati yang parah, terutama mereka yang memiliki ciri-ciri psikotik.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori
(Rosyanti et. al (2018), Hanifah (2021), Aini K (2019), Fatmawati INA (2016))

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada pengaruh *terapi spiritual quranic emotional freedom technique* (SQEFT) terhadap skor BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) terhadap pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.