BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Terapi Audio Murottal (Surah Al-Fatihah)

1. Definisi Terapi Audio Murottal (Surah Al-Fatihah)

Terapi Audio Murottal adalah pendekatan yang memanfaatkan pemutaran rekaman pembacaan Al-Qur'an (murottal) sebagai stimulus suara yang bertujuan untuk memberikan efek menenangkan dan relaksasi, serta membantu mengurangi gejala psikologis seperti kecemasan atau pengalaman halusinasi dengan melalui mekanisme pendengaran dan dampak neurologis. (Rosyanti et al., 2022).

Terapi audio murottal Al Qur'an Surah Al Fatihah merupakan pendekatan non-farmakologis yang bersifat komplementer dan berbasis psikospiritual. Metode ini dilakukan dengan mendengarkan pembacaan Al Qur'an yang dilakukan dengan cara tartil dan berirama, tujuannya untuk menciptakan kondisi relaksasi, mengurangi kecemasan, serta meningkatkan ketenangan emosional dan spiritual seseorang. Pendekatan ini berdampak melalui stimulasi auditory yang mempengaruhi sistem saraf serta struktur limbik di otak. (Billy, B., Siregar, L., & Rahmadani, 2023).

Surah Al-Fatihah adalah bagian pembuka Al-Qur'an yang terdiri dari tujuh ayat. Ayat-ayat ini dianggap mengandung doa, pujian, dan permohonan yang kuat secara spiritual. Lantunannya berpotensi menenangkan pikiran, mengurangi stres, serta memberi rasa ketenangan batin saat dibaca atau didengarkan. Dalam kerangka terapi, ayat-ayat ini dimanfaatkan karena makna dan ritme tartilnya yang menyampaikan nuansa spiritual dan relaksasi psikologis. (Muttaqin & Falah, 2023)

2. Faktor-Faktor Penyebab Keterbatasan Terapi Audio Murottal

Efektivitas terapi murottal dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang perlu dipahami untuk penerapan yang optimal menurut(Herawatey 2024):

a. Kualitas audio dan teknik pemutaran. Kualitas rekaman bacaan (kejernihan suara, tempo, dan durasi) memainkan peran krusial dalam efektivitas terapi. Suara yang lembut dan stabil cenderung lebih efektif

memicu respons relaksasi pada pendengar karena stimulasi auditori bekerja secara optimal terhadap sistem saraf.

b. Kondisi psikologis dan keterikatan spiritual individu. Respon terhadap murottal berbeda-beda antar individu. Mereka yang memiliki keterikatan spiritual yang kuat terhadap bacaan mungkin menunjukkan perubahan psikologis yang lebih cepat dibanding yang tidak begitu religius. Penelitian pada pasien halusinasi pendengaran menunjukkan adanya perbedaan skor halusinasi setelah terapi murottal, menandakan kondisi awal berpengaruh pada hasil.

c. Konteks layanan kesehatan dan dukungan profesional. Terapinya lebih efektif jika dilakukan di lingkungan yang terkontrol seperti klinik atau rumah sakit dengan dukungan profesional, dibanding penerapan secara mandiri tanpa bimbingan.

3. Manfaat Terapi Audio murottal

Adapun manfaat mendengarkan murottal menurut (Abdurrachman dkk, 2020) antara lain:

a. Mendengarkan ayat-ayat Al-Qur'an dengan tartil mendapatkan ketenangan jiwa.

b. Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung.denyut nadi dan aktifitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketegangan kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik.

4. Evaluasi Efektivitas Terapi Audio Murottal

Evaluasi dampak terapi audio murottal dilakukan dengan memperhatikan perubahan kondisi pasien sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi, baik dalam aspek psikologis, perilaku, maupun fisik. Indikator utama yang sering digunakan mencakup penurunan tingkat kecemasan, berkurangnya gejala halusinasi, serta peningkatan rasa tenang dan kemampuan mengontrol diri. Hasil dari evaluasi menunjukkan bahwa terapi murottal memberikan efek relaksasi melalui stimulasi pada gelombang otak dan sistem saraf, sehingga pasien menjadi lebih tenang dan emosional mereka lebih stabil (Sutanti, 2020).

Pada pasien yang mengalami gangguan mental seperti skizofrenia, evaluasi terapi menunjukkan adanya penurunan frekuensi dan intensitas halusinasi setelah rutin mengikuti terapi audio murottal. Pasien juga memperlihatkan peningkatan kemampuan dalam mengendalikan halusinasi serta menunjukkan respons perilaku yang lebih baik. Hal ini mengindikasikan bahwa terapi murottal merupakan intervensi tambahan yang efektif dalam perawatan jiwa (Waja, 2023).

B. Gangguan Halusinasi Pendengaran

1. Definisi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi merupakan sebuah kondisi di mana individu mengalami perubahan atau gangguan dalam persepsi, sehingga mereka mempersepsikan hal-hal yang tidak ada. Ini adalah pengalaman sensorik yang terjadi tanpa adanya rangsangan eksternal, di mana seseorang merasakan sesuatu melalui indra mereka tanpa adanya stimulus yang nyata (Pujiningsih, 2021).

Halusinasi juga dapat dijelaskan sebagai ketidakmampuan seseorang untuk membedakan antara rangsangan yang berasal dari dalam dirinya sendiri dan rangsangan dari lingkungan luar. Dalam hal ini, klien memberikan interpretasi atau pandangan terhadap dunia mereka meskipun tanpa adanya objek atau rangsangan yang nyata. Ciri-ciri halusinasi meliputi pengalaman melihat atau mendengar sesuatu yang sebenarnya tidak ada, yang disebabkan oleh hilangnya kemampuan untuk

membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) (Latifah, L., Sari, N., & Putri, 2022).

2. Etiologi Halusinasi

Faktor-faktor yang menyebabkan halusinasi ada dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi menurut (Muhith, 2021).

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan elemen risiko yang berperan dalam menentukan tipe serta jumlah sumber daya yang bisa diakses oleh individu untuk menghadapi tekanan yang timbul baik dari klien ataupun keluarganya. Elemen-elemen predisposisi mencakup aspek perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetik.

b. Faktor Perkembangan: Ketika proses perkembangan mengalami hambatan dan interaksi sosial terganggu, individu cenderung mengalami kecemasan dan tekanan.

c. Faktor Sosiokultural: Berbagai elemen dalam masyarakat dapat membuat seseorang merasa terasing, sehingga orang tersebut merasakan kesepian dalam lingkungan yang membesarkannya.

d. Faktor Biokimia: Memiliki pengaruh terhadap munculnya gangguan mental. Saat seseorang mengalami stres berlebihan, tubuhnya akan memproduksi zat yang memiliki sifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimethytrenferase (DMP).

e. Faktor Psikologis: Karakter kepribadian yang lemah dan kurang bertanggung jawab lebih rentan terhadap penyalahgunaan bahan adiktif. Hal ini berimpact pada ketidakmampuan klien dalam membuat keputusan yang baik untuk masa depannya. Klien sering kali memilih kesenangan sekejap dan melarikan diri dari kenyataan menuju dunia khayalan.

f. Faktor Genetik: Gen yang berkontribusi terhadap skizofrenia belum teridentifikasi, tetapi penelitian menunjukkan bahwa faktor keluarga memiliki hubungan signifikan dalam penyakit ini.

Adapun faktor presipitasi menurut (Yani, L., Putri, A., & Sari, 2022) terdiri dari:

a. Biologis: Kelelahan, kurangnya istirahat, penyakit fisik yang serius, serta penggunaan atau penghindaran zat-zat psikoaktif seperti alkohol, narkotika, dan obat-obatan tertentu bisa mempercepat kemunculan halusinasi.
b. Psikologis: Beban emosional yang berat, seperti perselisihan dalam keluarga, kehilangan orang yang dicintai, tekanan di tempat kerja, atau masalah emosional yang mendesak dapat memicu munculnya halusinasi.
c. Sosial Budaya: Aspek sosial dan budaya tidak bisa dipisahkan dari aspek psikologis, karena adanya stres dari lingkungan sosial dan budaya dapat memicu reaksi psikologis seperti penolakan sosial, tekanan kerja, gangguan dalam hubungan pribadi, kemiskinan, dan kurangnya dukungan sosial.

3. Tahapan Halusinasi

Ada empat tahapan halusinasi menurut (Ruswadi, 2021):

a. Tahap I: Menenangkan (ansietas sedang) yaitu, halusinasi yang menyenangkan.

Pada tahap ini, seseorang berada dalam kondisi non-psikotik di mana mereka merasakan tekanan, kegelisahan, kecemasan, kesepian, rasa bersalah, dan rasa takut. Mereka kemudian mencoba untuk berfokus pada pemikiran yang menenangkan agar dapat meredakan kecemasan. Individu bisa menyadari bahwa pikiran dan pengalaman indrawi berada dalam kendali kesadaran mereka. Jika kecemasan tidak dapat dikelola dengan baik, orang tersebut cenderung menunjukkan perilaku seperti tersenyum, tertawa tanpa alasan yang jelas, menggerakkan bibir tanpa suara, menggerakkan mata dengan cepat, bereaksi verbal yang lambat, atau terdiam dengan perasaan bahagia.

b. Tahap II: Mengutuk (ansietas sedang) yaitu, halusinasi yang menjijikkan.

Di fase ini, individu mengalami persepsi sensorik yang menakutkan dan menjijikkan, dengan kecemasan yang semakin meningkat, kehilangan kendali, dan mungkin mencoba menjauh dari sumber yang dianggap mengancam. Mereka berusaha agar orang lain tidak menyadari kondisi ini dan berupaya mempertahankan kontrol, sambil merasa dipermalukan oleh pengalaman sensorik yang dialami dan menarik diri dari interaksi sosial. Fase ini dapat dianggap sebagai keadaan psikotik ringan. Gejala yang muncul termasuk meningkatnya aktivitas sistem saraf otonom akibat ansietas, detak jantung, pernapasan, dan tekanan darah yang meningkat, kesulitan dalam berkonsentrasi, terfokus pada pengalaman sensorik, serta ketidakmampuan membedakan antara halusinasi dan kenyataan.

c. Tahap III: Mengontrol (ansietas berat) yaitu, pengalaman sensorik yang menguasai.

Tahap ini mengontrol termasuk dalam kategori psikotik, di mana individu mulai kehilangan kekuatan untuk melawan halusinasi dan akhirnya menyerah pada pengalaman tersebut. Isi halusinasi menjadi sangat menarik, sehingga individu merasa kesepian seiring hilangnya pengalaman sensorik tersebut. Seseorang cenderung lebih mudah mengikuti instruksi dari halusinasi, kesulitan dalam menjalin hubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya dalam beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat yakni, berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah.

d. Fase IV: *Conquering* (panik) yaitu, seseorang menjadi melebur dalam halusinasinya

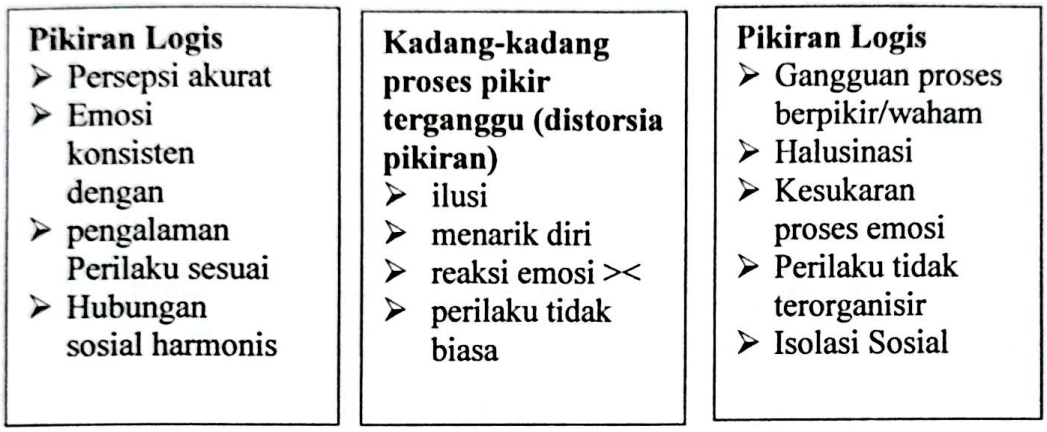
Fase ini termasuk dalam psikotik berat. Pengalaman sensori atau halusinasi menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Jika tidak dilakukan intervensi teraupetik maka halusinasi akan berkepanjang dari beberapa jam atau beberapa hari. Pada fase ini individu akan berperilaku teror akibat panik, potensial suicide atau

homicide, aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti kekerasan, pemberontakan, menarik diri, gangguan psikomotor (bergerak), dan juga tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu merespon lebih dari 1 orang.

4. Rentang Respon

Rentang Respon Neurobiologis

Respons Adaftif ⟷ **Respon Maladaftif**



Gambar 2. 1 Rentang Respon

5. Respon adaptif

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

a. Pikiran logis merupakan pandangan yang mengarah pada hal kenyataan. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
b. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
c. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
d. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

6. Respons maladaptif

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

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

7. Tanda dan Gejala Halusinasi

Perilaku pasien yang berkaitan dengan halusinasi adalah sebagai berikut (Pongdatu 2023):

a. Bicara, senyum, dan tertawa sendiri;
b. Menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, dan respon verbal yang lambat.;
c. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindari diri dari orang lain;
d. Tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan keadaan yang tidak nyata;
e. Terjadi peningkatan dalam denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah;
f. Fokus pada lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik membuat klien berkonsentrasi dengan pengalaman sensorinya;
g. Memiliki rasa curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungannya), dan takut;
h. Sulit berhubungan dengan orang lain;

i. Ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah;
j. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat;
k. Tampak tremor dan berkeringat, perilaku panik, agitasi dan gangguan psikomotor (bergerak).

8. Penanganan Halusinasi

Penatalaksanaan halusinasi menurut Prabowo dalam Kustiawan, Somantri & Cahyati, (2023) antara lain:

a. Farmakoterapi Neuroleptika

Dengan dosis efektif bermanfaat bagi pasien dengan skizofrenia yang kronis, hasilnya akan lebih banyak jika mulai diberi dalam dua tahun setelah sakit. Neuroleptika dengan dosis tinggi membantu pasien dengan peningkatan psikomotorik. Obat farmakologi yang dapat diberikan pada pasien halusinasi sebagai penonang yaitu! Clorparamasine, Haloperidol, Trihexypenidit.

b. Terapi kejang Listrik

Terapi kejang listrik adalah pengobatan yang menimbulkan kejang secara spontan dengan melewatkan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua tample. Terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi. Dosisi terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

c. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi suportif individu atau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat. Selain itu, terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat, maupun dokter. Dengan tujuan agar pasien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang tidak baik.

d. Terapi modalitas

1) Terapi musik yaitu, mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi dan menikmati relaksasi musik yang disukai.

2) Terapi seni yaitu, mengekspresikan perasaan melalui berbagai karya seni.
3) Terapi menari yaitu, mengekspresikan emosi melalui gerakan tubuh
4) Terapi relaksasi yaitu, belajar dan berlatih relaksasi dalam kelompok meningkatkan pasrtisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.
5) Terapi kelompok Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulus Persepsi: Halusinasi

   Sesi 1: Mengenal halusinasi

   Sesi 2: Mengontrol halusinasi dengan menghardik

   Sesi 3: Mengontrol halusinasi dengan minum obat

   Sesi 4: Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

   Sesi 5: Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap.

9. Alat Ukur Halusinasi

Alat ukur halusinasi menggunakan alat ukur auditory hallucinations rating scale (AHRS) adalah alat ukur untuk mengetahui gambaran halusinasi pendengaran pasien skizofrenia. Alat ukur auditory hallucinations rating scale (AHRS) dikembangkan oleh Haddock. Lembar kuesioner yang diterapkan pada penelitian ini yaitu semacam skala halusinasi yang disebut auditory hallucination rating scale atau AHRS yang memiliki skor dari 0 (tidak ada), antara 1 dan 11 (ringan), antara 12 dan 22 (sedang), antara 23 dan 33 (berat), dan antara 34 dan 44 (sangat berat) dengan penilaian 0 hingga 4. Skala ini meliputi sebanyak 11 item pertanyaan di mana nantinya responden akan mengisinya dengan symbol ceklis (v) ke dalam kotak jawaban tetapi harus memilih salah satu yang paling sesuai dengan kondisi sesungguhnya yang dirasakan responden. Menurut Utomo instrumen sudah dikatakan valid dengan nilai r>0,3 dan reliabel dibuktikan dengan nilai alpha >0,60 (Utomo, S. F. P., Aisyah, P. S., & Andika, 2021).

C. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikologis ditandai dengan masalah signifikan dalam cara berpikir, merasakan, dan bertindak. Terdapat kesalahan dalam pemikiran di mana ide-ide yang berbeda tidak saling berhubungan dengan baik, cara berpikir yang keliru, persepsi dan perhatian yang tidak tepat, emosi yang datar atau tidak cocok, serta sejumlah kelainan dalam aktivitas motorik (Latifah, L., Sari, N., & Putri, 2022).

2. Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu faktor predisposisi dan presipitasi (Videbeck, 2020).

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis atau Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis menderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15% terkena penyakit yang sama dan jika kedua orang tua penderita skizofrenia akan memiliki resiko 35% pada anak terkena penyakit skizofrenia.

2) Faktor Neuroanatomi

Penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

3) Neurokimia

Penelitian neurokimia memperlihatkan neurotransmitters adanya perubahan secara konsisten sistem otak pada individu penderita skizofrenia. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju (Mashudi, 2021).

4) Faktor Psikologis.

Skizofrenia muncul akibat ketidakmampuan untuk menyelesaikan tahap awal perkembangan psikososial, seperti misalnya anak yang tidak mampu menjalin hubungan saling percaya yang dapat menimbulkan konflik batin sepanjang hidupnya. Dalam bentuk yang parah, skizofrenia ditandai dengan ketidakmampuan untuk menghadapi permasalahan yang ada. Gangguan identitas, kesulitan dalam menghadapi persoalan citra diri, serta kekurangan dalam pengendalian diri juga merupakan elemen penting dari teori ini

5) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut:

1) Biologis

Stresor biologis yang berbuhungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam

otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Gejala Pemicu

Gejala pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

3. Patofisiologi Skizofrenia

Aktivitas berlebihan pada jalur dopamin mesolimbik, menurut hipotesis dopamin, menyebabkan skizofrenia. Kesimpulan ini didasarkan pada fakta bahwa amfetamin, yang meningkatkan efeknya dengan melepaskan dopamin, dapat menyebabkan psikosis mirip dengan skizofrenia. Obat antipsikotik, terutama yang generasi pertama, bekerja dengan memblokir reseptor dopamin, terutama reseptor D2.

Dalam skizofrenia, proses yang terjadi ini melibatkan sel glial (seperti astroglial dan mikroglial), stres oksidatif, serta peradangan pada sistem imun saraf. Selain itu, ketidakseimbangan glutamatergik (kerja glutamat yang kurang) dan dopaminergik (terlalu aktif di area limbik dan kurang aktif di bagian frontal) berkembang seiring waktu akibat proses-proses ini. Faktor-faktor fisik atau somatik juga berperan dalam munculnya skizofrenia, semakin besar faktor fisik atau somatik yang terlibat, semakin tinggi kemungkinan seseorang terkena skizofrenia (Kustiawan, R., Somantri, I., & Cahyati, 2023).

Perjalanan penyakit skizofrenia menurut Sapuro terbagi menjadi empat tahap (Kustiawan, R., Somantri, I., & Cahyati, 2023):

a. Tahap pramorbid ditandai dengan adanya ketidaknormalan fungsi, yang bisa muncul sebagai akibat dari dampak penyakit tertentu.

Riwayat gangguan mental dalam keluarga, pengalaman prenatal, masalah saat melahirkan, dan gangguan saraf menjadi tanda premorbid psikosis. Faktor premorbid lainnya meliputi sifat pemalu dan kecenderungan untuk menarik diri, interaksi sosial yang kurang baik, serta perilaku yang anti-sosial.

b. Tahap prodromal ditandai dengan gejala yang tidak spesifik, yang bisa muncul selama berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bahkan lebih dari satu tahun sebelum terjadinya psikosis. Namun, banyak penelitian menunjukkan bahwa tahap prodromal dapat berlangsung antara dua hingga lima tahun. Fase ini dimulai dengan kelainan fungsi pada fase pramorbid dan dapat berkembang menjadi gejala psikotik. Tahap ini dicirikan oleh timbulnya psikosis dengan intensitas rendah. Penting untuk mengenali tanda dan gejala serta melakukan pengobatan agar tidak berlanjut ke fase aktif.
c. Tahap aktif dicirikan oleh gejala positif atau psikotik yang mencolok, seperti katatonia, inkoherensi, delusi, dan halusinasi, serta perubahan emosional. Sebagian besar intervensi untuk gejala-gejala ini dapat menghilang dengan sendirinya, tetapi juga bisa menyebabkan eksaserbasi atau bertahan lama.
d. Fase terakhir dikenal sebagai fase residual, yang menunjukkan gejala serupa dengan fase prodromal tetapi dengan gejala positif atau psikotik yang lebih sedikit. Penderita skizofrenia sering kali mengalami gangguan kognitif yang mencakup ketidaknormalan dalam berbicara spontan, urutan peristiwa, fungsi eksekutif (seperti perhatian, konsentrasi, dan koneksi sosial), serta kewaspadaan, di samping gejala yang terlihat pada tiga tahap sebelumnya. Gejala dari fase aktif bisa memudar atau menjadi kurang signifikan selama fase residu, yang biasanya terjadi setelah fase aktif penyakit. Afek datar dan penurunan dalam fungsi sosial sering kali terlihat, dan gejala negatif mungkin masih ada. Pada saat-saat antara serangan psikosis yang aktif, kerusakan residual sering kali menjadi lebih parah.

4. Klasifikasi Skizofrenia

Skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe menurut pedoman DSM-IV (Videbeck, 2020) sebagai berikut:

a. Skizofrenia Paranoid

Pada tipe ini di tandai dengan satu atau lebih waham atau halusinasi pendengaran yang sering. Pada skizofrenia paranoid tanda lain yang muncul yakni sama dengan persekutonik (merasa menjadi korban atau dimata matai) atau waham kebesaran, kadang kadang religious berlebihan atau waham agama atau bermusuhan, perilaku agresif.

Tidak ada satupun yang menonjol (bicara tidak teratur, perilaku katonik atau disorganized, afek dasar atau tidak sesuai).

b. Skizofrenia Disorganized

Ditandai dengan afek datar atau tidak sesuai, inkoherensi, kelonggaran asosiasi, perilaku yang sangat tidak teratur dan kriteria untuk tipe katonik tidak terpenuhi.

c. Sizofrenia Katonik

Ditandai oleh gangguan psikomotor, baik aktivitas psikomotor, baik aktivitas motorik diam atau berlebihan. Immobilitas motorik (kekakuan) dapat dimanifestasikan dengan katalepsi (fleksibilitas seperti lilin) atau pingsan. Ciri lain seperti tindakan negatif yang ekstrim, mutisme, gerakan volunter yang khas, echolalia (mengulang kata atau frase yang didengar) dan echopraxia (meniru aktivitas orang lain).

d. Skizofrenia *Undifferentiated* (Tidak Terinci)

Memenuhi karakteristik diagnosa tetapi bukan kriteria paranoid, disorganized, dan katonik. Pada skizofmia tidak terinci ditandai dengan gejala skizofrenia campuran atau dari tipe lain, gangguan pikiran, afek, dan perilaku.

e. Skizofrenia Residual

Ditandai oleh penarikan sosial, afek datar, kelonggaran asosiasi, tidak adanya gejala berikut (waham yang menonjol,

halusinasi, bicara tidak teratur, dan perilaku, disorganized atau katatonik), bukti lanjutan berupa adanya gejala negatif dua atau lebih banyak gejala karakteristik diagnostik.

5. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala yang muncul pada klien skizofrenia digolongkan menjadi tiga gejala (Maramis dalam Rahayuningsi & Ayudia, 2023) yaitu:

a. Gejala positif

Gejala positif yang timbul pada klien skizofrenia adalah:

1) Delusi atau waham yaitu keyakinan yang tidak rasional, meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan tersebut tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
2) Halusinasi yaitu persepsi sensori yang palsu yang terjadi tanpa stimulus eksternal, Penderita skizofrenia merasa melihat, mendengar, mencium, meraba atau menyentuh sesuatu yang tidak ada.
3) Disorganisasi pikiran dan pembicaraan yang meliputi tidakruntutnya pola pembicaraan dan penggunaan bahasa yang tidak lazim pada orang dengan skizofrenia.
4) Disorganisasi perilaku yang meliputi aktivitas motorik yang tidak biasa dilakukan orang normal, misalnya gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, dan agresif.
5) Gejala positif lain yang mungkin muncul pada orang dengan skizofrenia adalah pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya dan juga menyimpan rasa permusuhan.

b. Gejala negatif

Gejala negatif yang mungkin muncul pada penderita skizofrenia adalah:

1) *Affective flattening* adalah suatu gejala dimana seseorang hanya menampakkan sedikit reaksi emosi terhadap stimulus, sedikitnya bahasa tubuh dan sangat sedikit melakukan kontak mata. Dalamhal ini, bukan berarti orang dengan skizofrenia tidak mempunyai

emosi. Orang dengan skizofrenia mempunyai dan merasakan emosi pada dirinya namun tidak mampu mengekspresikannya.

2) *Alogia* adalah kurangnya kata pada individu sehingga dianggap tidak responsif dalam suatu pembicaraan. Orang dengan skizofrenia seringkali tidak mempunyai inisiatif untuk berbicara kepada orang lain bahkan merasa takut berinteraksi dengan orang lain sehingga sering menarik diri dari lingkungan sosial.
3) *Avolition* adalah kurangnya inisiatif pada seseorang seakan-akan orang tersebut kehilangan energi untuk melakukan sesuatu.

c. Gejala kognitif

Gelaja kognitif yang muncul pada orang dengan skizofrenia melibatkan masalah memori dan perhatian. Gejala kognitif akan mempengaruhi orang yang terkena skizofrenia dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti bermasalah dalam memahami informasi, kesulitan menentukan pilihan, kesulitan dalam konsentrasi, dan kesulitan dalam mengingat.

6. Terapi untuk Penyakit Skizofrenia

Ada dua jenis terapi untuk pasien skizofrenia, yaitu terapi farmakologi dan non farmakologi (Kustiawan, R., Somantri, I., & Cahyati, 2023).

a. Farmakologi

Terapi farmakologi melibatkan penggunaan obat-obatan. Obat neuroleptika biasanya selalu diresepkan, kecuali jika obat-obat tersebut tidak diizinkan, karena sekitar 75% penderita skizofrenia menunjukkan kemajuan saat menggunakan obat-obat neuroleptika. Ketidaksesuaian penggunaan obat ini termasuk neuroleptika dengan sifat antikolinergik yang kuat seperti klorpromazin, molindone, dan thioridazine pada pasien yang memiliki masalah hipertrofi prostat atau glaukoma sudut tertutup, serta sebagai obat penenang.

b. Non Farmakologi

Perawatan dengan terapi modalitas adalah terapi yang paling penting dalam keperawatan. Sebagai seorang terapi, perawat harus

berusaha untuk merubah perilaku maladaptif pasien menjadi perilaku yang lebih baik dan mendorong pengembangan keterampilan yang ada pada pasien. Beberapa jenis terapi modalitas dalam keperawatan jiwa meliputi:

1) Terapi individu

Ini adalah suatu hubungan yang terorganisir antara perawat dan klien untuk mengubah sikap klien. Dalam interaksi ini terdapat ikatan yang dibuat dengan sengaja untuk tujuan terapi. Dilaksanakan melalui langkah-langkah sistematis, sehingga diharapkan hubungan ini dapat memicu perubahan perilaku klien sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan di awal. Hubungan terorganisir ini memiliki tujuan untuk membantu klien menyelesaikan konflik yang mereka hadapi. Selain itu, klien juga diharapkan dapat meredakan penderitaan dan menemukan cara yang tepat untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka.

2) Terapi lingkungan

Ini adalah suatu pendekatan yang dilakukan dengan mengubah atau mengatur lingkungan, agar terwujud perubahan perilaku dari maladaptive menjadi lebih baik. Proses terapi dilakukan dengan menciptakan suatu lingkungan yang terapeutik bagi klien. Lingkungan yang terapeutik akan memberikan kesempatan kepada klien untuk belajar dan mengubah perilaku dengan menekankan pada nilai-nilai terapetik dalam kegiatan dan interaksi.

3) Terapi kognitif

Prinsip di balik terapi ini adalah untuk mengubah keyakinan serta sikap yang berpengaruh pada emosi dan perilaku klien. Proses terapi dilakukan dengan membantu klien untuk mengidentifikasi stresor yang memicu gangguan mental, lalu mengenali dan mengubah pola pikir serta keyakinan yang tidak tepat menjadi lebih tepat.

4) Terapi keluarga

Terapi ini sebagai pendekatan yang melibatkan seluruh anggota keluarga, di mana setiap anggota dilibatkan dalam proses terapi. Tujuan dari terapi ini adalah agar keluarga dapat menjalankan fungsi mereka dalam merawat anggota yang mengalami gangguan mental. Oleh karena itu, target utama dari terapi ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi, yakni mereka yang tidak dapat melaksanakan tugas-tugas yang diharapkan dari masing-masing anggotanya.

5) Terapi aktivitas kelompok

Terapi ini merupakan suatu bentuk psikoterapi yang ditujukan untuk kelompok pasien, dilakukan dengan cara berdiskusi di antara pasien-pasien dan dipandu oleh seorang terapis atau petugas kesehatan jiwa terlatih.

7. Penanganan Skizofrenia

Penggunaan obat antipsikotik tetap menjadi metode utama dalam menangani skizofrenia, sedangkan dukungan psikososial dapat memperbaiki hasil pengobatan (Fitrikasari, A.; Kartikasari, 2022).

a. Perawatan di Rumah Sakit

Rawat inap dilakukan untuk memastikan diagnosis, menstabilkan terapi, melindungi keselamatan pasien, meningkatkan kemampuan dalam merawat diri, serta membangun koneksi antara pasien dengan komunitas pendukung. Perawatan singkat selama 4 hingga 6 minggu terbukti seefektif perawatan yang lebih lama. Program kegiatan sehari-hari menghasilkan dampak yang lebih baik, sementara pusat perawatan harian dan layanan medis di rumah sakit mampu memperpanjang durasi perawatan di luar rumah sakit serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

b. Terapi dengan Obat

Obat antipsikotik mampu meredakan gejala psikotik dan mencegah relaps, meskipun ada kemungkinan efek samping yang menyerupai gejala Parkinson. Sekitar tujuh puluh persen pasien yang

menggunakan antipsikotik berhasil mencapai kondisi remisi. Cairan ini bekerja dengan menghalangi reseptor dopamin pada sel saraf. Terdapat dua jenis obat tersebut: generasi pertama dikenal sebagai Antagonis Reseptor Dopamin (DA), sedangkan generasi kedua disebut Antagonis Reseptor Serotonin-Dopamin (SDA). Obat generasi kedua (SDA) cenderung memiliki efek samping yang lebih jarang terkait dengan gangguan ekstrapiramidal. Jika terapi dimulai setelah periode waktu tertentu, ada kemungkinan prognosis dapat menurun.